

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

## RESOCONTO STENOGRAFICO

### AUDIZIONE

68.

## SEDUTA DI GIOVEDÌ 30 NOVEMBRE 2017

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **PAOLO COPPOLA**

### INDICE

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>			
Coppola Paolo, <i>presidente</i> .....	3	Gubian Lorenzo, <i>direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto</i> ....	8, 9, 11, 13, 14, 15
<b>Seguito dell'audizione di rappresentanti della Conferenza delle Regioni e Province autonome sul tema del Fascicolo Sanitario Elettronico:</b>		Miserendino Gandolfo, <i>Professional ICT presso l'assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna</i> .....	4, 5, 7, 8
Coppola Paolo, <i>presidente</i> .....	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16	Ruggeri Antonino, <i>Dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi, Regione Piemonte</i> ....	3, 5, 6, 11, 12, 15, 16
Bavaro Vito, <i>responsabile area ICT Regione Puglia</i> .....	6, 12, 13, 14	<b>Comunicazioni del Presidente:</b>	
D'Incà Federico (M5S) .....	7, 8, 14, 15, 16	Coppola Paolo, <i>presidente</i> .....	16

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE  
PAOLO COPPOLA

**La seduta comincia alle 8.35.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

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

*(Così rimane stabilito).*

**Seguito dell'audizione di rappresentanti della Conferenza delle Regioni e Province autonome sul tema del Fascicolo Sanitario Elettronico.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione di rappresentanti della Conferenza delle Regioni e Province autonome sul tema del Fascicolo Sanitario Elettronico.

Sono nostri ospiti: il dottor Antonino Ruggeri, Dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi, Regione Piemonte; l'ingegner Gandolfo Miserendino, *Professional ICT* presso l'assessorato Politiche per la Salute della c Emilia-Romagna; il dottor Vito Bavaro, responsabile area ICT Regione Puglia; il dottor Lorenzo Gubian, direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto. I nostri ospiti sono accompagnati dal dottor Paolo Alessandrini, responsabile Rapporti con il Parlamento, Segreteria della

Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Ringrazio tutti per la presenza.

Avverto i nostri ospiti che della presente audizione sarà redatto un resoconto stenografico e che, facendone espressa e motivata richiesta, in particolare in presenza di fatti illeciti sui quali siano in corso indagini tuttora coperte da segreto, consentendo la Commissione, i lavori proseguiranno in seduta segreta, invitando comunque a rinviare eventuali interventi di natura riservata alla parte finale della seduta.

Durante la prima parte dell'audizione, svoltasi il 21 settembre scorso, sono emerse alcune questioni, sulle quali è stato necessario acquisire la posizione della Conferenza. La Commissione ha acquisito agli atti la documentazione integrativa, inviata il 26 ottobre, che è consultabile su GeoCamera.

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

ANTONINO RUGGERI, *Dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi, Regione Piemonte*. Facendo seguito all'ultima audizione, abbiamo provveduto a integrare la documentazione che avevamo preparato per lo scorso incontro, riportando due paragrafi aggiuntivi: un paragrafo relativo alla ricognizione delle spese sostenute come Regione da quando era stato avviato il piano di lavoro sul Fascicolo Sanitario Elettronico trasmesso ai Ministeri competenti e un paragrafo che illustra i percorsi realizzativi di alcune tematiche di sanità digitale, legate anche al Fascicolo Sanitario Elettronico, in cui abbiamo riportato anche esperienze di alcune realtà regionali.

In questo paragrafo, abbiamo declinato quali sono le nostre chiavi di lettura a oggi adottate per quanto concerne i risparmi economico-finanziari, che, in alcuni casi, sono quantificabili dal punto di vista economico-finanziario e, in altri casi, si tratta di valutazioni di impatti sociali, le cui ricadute non sempre sono quantificabili a priori in termini economici.

Su questi due paragrafi, se ritenuto opportuno, entreremo più nel dettaglio attraverso il supporto di Gandolfo Miserendino, che ha curato la parte della rilevazione della spesa ICT, e poi passeremo a rappresentarvi alcune esperienze condotte nella Regione Veneto sul Fascicolo Sanitario Elettronico.

GANDOLFO MISERENDINO, Professionista *ICT presso l'assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna*. Per quanto riguarda il perimetro della rilevazione della spesa, non essendoci una metodologia condivisa che ci desse i limiti di questo perimetro, abbiamo pensato di indirizzare i razionali secondo questi due aspetti: per il periodo temporale, è stata presa in considerazione, come data di inizio della rilevazione, il 30 giugno 2014, ovvero la data di consegna del piano di progetto per la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico al Ministero, mentre, come data di fine rilevazione, abbiamo considerati il 31 dicembre 2016 ovvero l'ultima annualità disponibile già consolidata.

Come tipologie di spesa nella ricognizione, abbiamo messo tutte le spese di sviluppo e di manutenzione ordinaria e straordinaria, sostenute dalle regioni per l'implementazione e la gestione del Fascicolo per le seguenti componenti: l'architettura; i servizi; la disponibilità e l'accesso dell'assistito; l'integrazione del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta; le strutture sanitarie; l'interoperabilità; la gestione dei referti di laboratorio; la gestione del Profilo Sanitario Sintetico; *privacy* e sicurezza.

All'interno di queste voci, abbiamo incluso i costi di gestione, intesi come conduzione operativa e *customer service desk*. Non sono rientrati all'interno di questo perimetro gli eventuali costi sostenuti nelle

regioni nei periodi antecedenti, in quanto non era ancora presente e non era neanche abbozzato il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 178 del 2015. Esistevano già alcuni progetti relativi al Fascicolo Sanitario Elettronico. Faccio un esempio: la rete SOLE (Sanità OnLinE) per la Regione Emilia-Romagna non è il Fascicolo Sanitario Elettronico, ma è stata utilizzata come strumento di partenza perché già metteva in comunicazione il medico di medicina generale con la struttura ospedaliera.

Questi sono i razionali che sono stati applicati all'interno della ricognizione della spesa, per la quale vi abbiamo riportato i contributi pervenuti al coordinamento, regione per regione, meno i contributi della Provincia autonoma di Bolzano e della Sicilia, che, come vi abbiamo evidenziato, non li hanno consegnati.

PRESIDENTE. Non li hanno consegnati perché quei contributi non sono disponibili o perché è stato ritenuto che non fosse utile rispondervi?

GANDOLFO MISERENDINO, Professionista *ICT presso l'assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna*. Per rispondere alla Sua domanda, vorrei cedere, con il Suo consenso, la parola al collega Antonino Ruggeri perché non...

PRESIDENTE. A beneficio dei commissari, che magari non hanno sottomano la tabella, vorrei dire che noto che, nella tabella, i costi per cittadino hanno una variabilità molto alta. Per esempio, le Marche e l'Emilia-Romagna hanno praticamente gli stessi costi, anche se sappiamo benissimo che la popolazione non è la stessa, come pure il Piemonte ha speso 842 mila euro, praticamente quanto il Molise, che ne ha spesi 722 mila. Questa differenza si spiega con il fatto che, appunto, alcune regioni erano già partite, quindi, in questo calcolo, non è conteggiato tutto l'investimento fatto precedentemente e, da un certo punto di vista, le regioni che in questa tabella non hanno speso di più sono quelle che sono partite dopo? La dobbiamo in-

terpretare in questo modo, oppure ci sono regioni che hanno speso poco perché hanno fatto poco ?

ANTONINO RUGGERI, *Dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi, Regione Piemonte*. C'è una parte che andrebbe correlata agli esiti: ho speso « ics » per avere cosa ? Questo è il punto di domanda: è completato il processo oppure, siccome è molto impegnativo e difficile, se non è completato, a che punto è il processo ? Questa sarebbe una cosa da rilevare in modo più puntuale, quindi una parte...

PRESIDENTE. Scusi se La interrompo. Questa cosa non è rilevata dalle regioni.

ANTONINO RUGGERI, *Dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi, Regione Piemonte*. Sì, quest'aspetto è rilevato dalle regioni.

PRESIDENTE. Quindi, ci sono dei dati, ma non li avete raccolti ?

ANTONINO RUGGERI, *Dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi, Regione Piemonte*. Il tema è che gli ambiti di investimento sono diversi: esistono priorità dettate dall'adempimento ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) a livello nazionale, ma esistono anche obiettivi che si danno le regioni e che non trovano un riscontro sempre puntuale con gli adempimenti nazionali.

GANDOLFO MISERENDINO, *Professionista ICT presso l'assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna*. Provo a integrare: la ricognizione parte da un arco temporale che fotografa il periodo dal 3 giugno 2014 sino al 31 dicembre 2016. Va da sé che qualsiasi realizzazione della piattaforma abilitante per il funzionamento del Fascicolo Sanitario Elettronico condotto dalle regioni in data antecedente, non es-

sendo rientrato nell'oggetto della ricognizione, non è stata quantificata.

C'è un altro elemento di attenzione che mi sento di portarvi: si tratta di una ricognizione relativa alle spese della piattaforma del Fascicolo Sanitario Elettronico; quindi, al suo interno, non abbiamo preso in considerazione le spese che sostengono le aziende sanitarie per far sì che le informazioni di tutte le prestazioni, quindi di tutte le cartelle cliniche dematerializzate nei *repository*, siano disponibili nel Fascicolo Sanitario Elettronico. Questa è la vera spesa che si sostiene nell'ambito del Fascicolo Sanitario Elettronico, ma, come sappiamo, quel tipo di investimento va ben oltre la finalità del Fascicolo stesso, perché si tratta di un processo anche di cambiamento per la sburocratizzazione della pubblica amministrazione, che trasforma la carta in strumenti elettronici dematerializzati e il Fascicolo Sanitario Elettronico ne trae beneficio, quando attinge queste informazioni.

Ritorno all'argomento della piattaforma: per realizzare una piattaforma, o la realizzazione per 4.400.000 cittadini di una regione o per 800.000, sui grandi numeri, non dico che gli investimenti sono costi fissi o non variano al variare dei cittadini, ma prevalentemente non vi è giusto equilibrio di costi variabili. Per realizzare una serie di controlli, la numerosità gira sulla piattaforma come dimensionamento, ma alcuni costi di sviluppo comunque sono presenti perché, se devo collegare la piattaforma e farla leggere all'autenticazione SPID o del TS-CNS, quella è un'attività che si fa sia se devo gestire un cittadino nella piattaforma sia se ne devo gestire 4 milioni, e così via. Altra cosa è il dimensionamento della piattaforma, che deve dare una risposta a un numero variabile di popolazione in termini di utilizzo; quindi, un altro elemento che potrebbe inficiare il confronto è distinguere — anche se, a oggi, non abbiamo gli elementi per poter dare il giusto equilibrio di misura — quello che tecnicamente dovrebbe essere visto non come un costo variabile in termini di popolazione che usa il Fascicolo di una regione e quei costi che, al di là della numerosità, sui grandi nu-

meri, possiamo definire « costi fissi ». Gli elementi che mi vengono in mente in questo momento per spiegare una parte di queste variabilità sono legati a questi due ambiti.

L'arco temporale delle realizzazioni precedenti — concludo con un'altra riflessione — dovrebbe essere letto con la tabella che abbiamo riportato nel paragrafo sulla realizzazione della piattaforma, a pagina 5, perché per le realtà regionali in cui la piattaforma non è stata realizzata al 100 per cento, a tendere, sicuramente avremo dei costi di sviluppo da sostenere per realizzare e completare la piattaforma che è stata oggetto di ricognizione.

ANTONINO RUGGERI, *Dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi, Regione Piemonte*. Vorrei dire che esiste una griglia di indicatori stabiliti dagli adempimenti LEA, che è stata misurata in questo documento. Poi, esistono dei modelli organizzativi, che non sono identici tra loro. Faccio un esempio: in Veneto è stata chiesta la modifica delle cartelle cliniche ai medici di medicina generale, sperimentalmente, perché il consenso per la creazione e la realizzazione del Fascicolo possa essere richiesto dal medico di medicina generale e inviato al Fascicolo stesso. Non so quale sia la situazione nelle altre regioni, ma posso dire che questo ha comportato una modifica anche della piattaforma di raccolta, che doveva recepire anche questo servizio in più da parte del medico di medicina generale. Magari anche qualche altra regione lo ha fatto e non lo escludo, ma non so se, nello stesso periodo di osservazione, siano rientrati i costi di questa modifica per tutti. Noi li abbiamo, ma, sulla situazione delle altre regioni, ogni regione deve dovrebbe rispondere per saperlo. Questo non è un obiettivo posto dal DPCM citato, che dice che anche il medico « può raccogliere » il consenso e non dice « deve »; quindi, a seconda della scelta locale, qualcuno ha agito su quel « può » e qualcuno, invece, potrebbe non aver agito in tal senso, però questi dettagli non sono, in questo momento, negli indicatori di realizzazione della piattaforma.

Certo, il mio è un esempio — poi torno su *app* specifiche e altre cose — e penso che, più o meno, il ragionamento si possa spostare anche su altri dettagli. Chiaramente, la parte comune è rappresentata dagli indicatori posti sul tavolo degli adempimenti LEA.

VITO BAVARO, *responsabile area ICT Regione Puglia*. Vorrei aggiungere una considerazione per approfondire una questione già sollevata dal mio collega dell'Emilia-Romagna. La rilevazione parte dal 30 giugno 2014 e questo elemento fa comprendere anche le differenze di costo perché, prima del 2012, prima che la legge nazionale stabilisse l'istituzione da parte delle regioni del Fascicolo Sanitario Elettronico, vi erano delle linee guida ministeriali e comunque alcune regioni erano già partite con lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico, sebbene non vi fosse un quadro normativo certo e una definizione dei contenuti minimi certi.

Al 30 giugno 2014, quando le regioni hanno dovuto presentare il piano di progetto al Ministero della salute e all'AgID, si partiva da stadi diversi: in alcuni casi, chi non aveva ancora realizzato nulla ha dovuto presentare un piano di progetto con i costi relativi all'intera implementazione del sistema, mentre altri hanno dovuto realizzare adeguamenti minori e altri ancora, pur avendo un'infrastruttura di Fascicolo Sanitario Elettronico, hanno dovuto modificarla sostanzialmente per renderla conforme alle specifiche tecniche delle linee di progetto. Anche questo elemento giustifica e sostanzia alcune differenze abbastanza rilevanti, se facciamo una valutazione sul costo medio per assistito tra le diverse regioni, perché appunto abbiamo indicato, come punto di partenza, quello della presentazione dei piani di progetto stabilito dalla norma nazionale, ma il punto di partenza nelle regioni era sostanzialmente diverso.

PRESIDENTE. Vorrei fare una domanda sugli indicatori che voi avete riportato nella tabella. Per esempio, nella tabella che avete riportato, l'Emilia-Romagna e la Lombar-

dia sono a un complessivo 100 per cento, cioè, per tutti gli indicatori, hanno raggiunto il 100 per cento. Sul sito *fascicolosanitario.gov.it*, per esempio, ho visto che la Regione Emilia-Romagna ha raggiunto, come grado di realizzazione degli indicatori rispetto ai cittadini che hanno attivato il Fascicolo Sanitario Elettronico, meno del 10 per cento: l'8 per cento. Com'è possibile questa differenza?

GANDOLFO MISERENDINO, Professionista ICT presso l'assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna. Questo monitoraggio è un'extrapolazione del monitoraggio presente sul sito *fascicolosanitario.gov.it*.

PRESIDENTE. Non l'ho letto bene io? Sul sito *fascicolosanitario.gov.it*, per l'Emilia-Romagna, alla sezione cittadini, non c'è nessun indicatore sul 100 per cento.

GANDOLFO MISERENDINO, Professionista ICT presso l'assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna. La percentuale di realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, per esempio per la Regione Emilia-Romagna, è al 100 per cento nella rilevazione a pagina 2 del documento consegnato, ma, oggi, è al 95 per cento sul sito, per questo motivo: è stato introdotto dal Ministero dell'economia e delle finanze il sistema di interoperabilità nazionale e sono state consegnate il mese scorso delle specifiche, ancora in bozza, che dovranno essere testate alla fine del mese di dicembre. Per esempio, l'adeguamento del Fascicolo Sanitario Elettronico in Regione Emilia-Romagna non è più al 100 per cento perché ci sono delle nuove specifiche alle quali bisogna adeguarsi.

PRESIDENTE. Ma io facevo riferimento a un altro indicatore.

GANDOLFO MISERENDINO, Professionista ICT presso l'assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna. Ho compreso la domanda e provo a sintetizzare la risposta. Quello che abbiamo riportato nel documento è lo stato di comple-

tamento della realizzazione della piattaforma, che è disponibile anche su *fascicolosanitario.gov.it*, mentre quello che sta visionando lei sul sito non è la realizzazione della piattaforma, ma l'utilizzo della piattaforma, quindi si tratta di due tipologie di indicatori complementari, nel senso che posso realizzare la piattaforma, ma, nella sostanza, i cittadini che la utilizzano e quant'altro sono inferiori, quindi quello che legge sta misurando è l'utilizzo e non la realizzazione.

Quello che sta rappresentando il mio collega e che noi abbiamo illustrato nel documento è la percentuale di realizzazione dei servizi ai sensi del DPCM n. 178, con fotografia al 31 dicembre 2016, che fu rappresentata anche da AgID.

Nel corso dell'anno 2017, in attuazione al cosiddetto decreto Dini, sono state modificate le specifiche di interoperabilità. Questo ha comportato che, per i servizi di interoperabilità, ancorché realizzati in alcune regioni, come per esempio in Emilia-Romagna, al 100 per cento, tecnicamente, siccome le regioni si devono riadattare alle specifiche nazionali, quell'indicatore al 100 per cento, nell'esercizio 2017, è stato rivisto al ribasso perché deve essere rimodulato per generare dialogo con la piattaforma INI. L'Emilia-Romagna non ha completato l'attività in questa fase perché le specifiche tecniche non erano disponibili: il decreto di agosto definiva la piattaforma INI, ma la bozza è stata girata alle regioni circa un mese fa. In questi giorni l'AgID sta consolidando la bozza e, nel confronto che ho avuto la scorsa settimana, l'AgID mi ha riferito che, entro venerdì di questa settimana, il documento, ancorché non modificato nella sostanza, passerà da bozza a definitivo. Poi, come regioni, stiamo avviando già le attività perché conosciamo le specifiche tecniche per far dialogare la piattaforma del Fascicolo e la piattaforma INI. Questa attività, però, a oggi non è stata completata da nessuna regione perché non avevamo nemmeno il tempo materiale per avviare...

FEDERICO D'INCÀ. Vorrei porre una domanda, signor presidente.

PRESIDENTE. Prego, onorevole D'Incà.

FEDERICO D'INCÀ. Forse già nell'altra audizione lo avete spiegato, ma non lo ricordo. Nella tabella 16, per quanto riguarda le aziende sanitarie, l'utilizzo del Friuli Venezia Giulia è pari a zero e, per quanto riguarda i medici, l'utilizzo è sempre pari a zero, mentre i cittadini hanno un utilizzo dell'80 per cento. Credo, appunto, lo abbiate spiegato già, però non mi ricordo qual è la motivazione. Lo chiedo perché sarebbe più normale il contrario: prima lo utilizzano le aziende sanitarie, quindi i medici, e, alla fine, lo utilizza il cittadino, molto probabilmente. Che cosa può trovare al suo interno il cittadino, se quelli non lo utilizzano e non caricano nessun dato?

GANDOLFO MISERENDINO, Professionista ICT presso l'assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna. Per esperienza sugli sviluppi del Fascicolo Sanitario Elettronico nella mia Regione, in realtà, noto è che, a tempo zero, i primi fruitori dei servizi sono i cittadini e, successivamente, entrano i medici.

FEDERICO D'INCÀ. Però, i cittadini aprono il Fascicolo e, se non trovano niente, lo chiudono, dicendo: « grazie di tutto, ma non c'era niente ».

GANDOLFO MISERENDINO, Professionista ICT presso l'assessorato Politiche per la Salute della Regione Emilia-Romagna. Il fatto che il fruitore sia il cittadino non significa che nel Fascicolo non vi siano documentazioni cliniche, ma significa che le aspettative e la percezione degli utilizzi variano. Sicuramente c'è un aspetto che potrebbe essere rivisto. Lo dico perché ho chiesto, nella mia realtà regionale, come mai, al di là del fatto che abbiamo avviato in questi anni una sperimentazione pilota, che si deve evolvere e si deve diffondere, ci siano percezioni diverse. I motivi sono che l'operatore sanitario non si aspetta di vedere un'immagine di un documento clinico, perché quella è già nel *dossier* sanitario e non ce n'è l'utilità, ma si aspetta che nel Fascicolo possa leggere dati strutturati per

poter avere una cronistoria temporale e le informazioni cliniche su quel paziente. Oggi, queste funzionalità, per i motivi che avevo rappresentato la scorsa volta, non sono facilmente realizzabili, anche perché la strutturazione dei dati in CDA2 non è completata a livello nazionale.

C'è un altro elemento che vorrei porre alla vostra attenzione e che riguarda un'altra aspettativa. In questo caso, parlo della mia esperienza, ma non so se i colleghi possono confermarla o meno. L'aspettativa dell'operatore sanitario nell'azienda e dei medici non è di entrare su un altro portale e vedere la storia clinica del paziente, ma quella di leggere all'interno della propria cartella clinica, quindi acquisire l'informazione come *web service*. A oggi, a normative ferme, bisogna avere un livello di autenticazione forte e il livello SPID 2 non permette l'interoperabilità delle informazioni con la cartella clinica perché, se non erro, bisognerebbe – i miei approfondimenti potrebbero essere sbagliati – utilizzare il livello SPID 3, che dovrebbe certificare la posizione del medico rispetto al ruolo che ricopre, quindi tutelare *privacy*, sicurezza e quant'altro. In assenza di questo, non posso rendere i dati del Fascicolo disponibili, come Regione Piemonte, all'interno delle cartelle cliniche delle aziende.

FEDERICO D'INCÀ. Aggiungo solo un dato. Nel caso in cui manchino i dati strutturati all'interno del Fascicolo Sanitario Elettronico del Friuli Venezia Giulia, per cui l'azienda non lo utilizza e il medico non lo utilizza, a che cosa serve il Fascicolo per il paziente?

LORENZO GUBIAN, direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto. Vi faccio un esempio, senza rispondere per il Friuli Venezia Giulia, perché la domanda andrebbe fatta nello specifico a quella Regione.

FEDERICO D'INCÀ. Però siete in grado anche voi di osservare questa tabella e notare che c'è un dato strano. La situazione della Toscana è simile, però, almeno, la

Toscana ha il caricamento da parte dell'azienda sanitaria.

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. Nel Veneto, per un progetto che avevamo fatto con un forte coordinamento regionale, abbiamo messo i cittadini in condizione di scaricarsi i referti, già da qualche anno. Adesso, lo stiamo adeguando al DPCM n. 178, che poi è intervenuto. Per i nostri cittadini, il cui 60 per cento scarica i referti *on line*, c'è la possibilità di avere il servizio per scaricare i referti *on line*, ma poteva capitare che un medico all'interno dell'azienda non fosse collegato per vedere gli stessi referti che il cittadino poteva scaricare. Il documento digitale, quindi, esisteva e veniva utilizzato dal cittadino evitando di fare la coda al ritiro referti, con un impatto sociale non da poco.

Molti operatori sanitari lo vedono, ma non tutti gli operatori potevano vedere quel referto, cosa che dipendeva anche dal *software* utilizzato e dal fatto che questi fosse integrato con il Fascicolo. Si tratta dei servizi di interoperabilità, di cui stava parlando prima il collega Antonino Ruggeri.

Bisogna chiedersi se si possono dare servizi ai cittadini prima di darli all'operatore sanitario. Questo può capitare anche da noi, anche se la preoccupazione è quella di farli utilizzare prima agli operatori, quindi capisco l'osservazione che è stata fatta prima, però, qualche volta, è un servizio anche il semplice recupero del referto *on line*, che evita al cittadino di recarsi al ritiro referti. Non so quale sia il caso del Friuli Venezia Giulia, però, se volete, facciamo un approfondimento. In ogni caso, è un servizio anche riuscire a dare il recupero dei referti.

Sui dati strutturati, invece, il tema è — secondo me — un po' più complesso. La normativa attuale prevede, per esempio, che il referto di laboratorio sia in formato CDA2 con la codifica degli esiti in LOINC. Storicamente nessun laboratorio è abituato a fare i conti con LOINC, come tipo di codifica degli esiti, quindi bisogna fare un lavoro con i laboratoristi. Lo standard di riferimento esiste ed è stato indicato anche del DPCM n. 178, ma il problema è la

localizzazione di quello standard a livello di singola azienda sanitaria, perché tenete conto che il LIS e i sistemi di laboratorio sono nati perché il primario insieme alla IT comprava, configurava e faceva partire il LIS, mentre la codifica...

PRESIDENTE. Scusi, il LIS ?

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. Il LIS (Laboratory Information System) è un sistema che si usa in laboratorio e che è abbastanza complicato, perché è integrato con le macchine che fanno gli esami con i reagenti e restituiscono i risultati. Facciamo l'esempio dell'emocromo. A fronte di una richiesta dell'esame dell'emocromo, un esame del nomenclatore tariffario, ci sono dieci esiti in risposta, quindi dieci esiti da codificare. Ora, se il nostro obiettivo che è un medico, all'interno della cartella, possa mettere in grafico le tre glicate fatte nell'ultimo anno dal suo paziente, il dato non può tornare in PDF, ma deve essere strutturato. Strutturarlo perché il medico realmente lo possa utilizzare vuol dire che tutti usiamo lo stesso linguaggio quando indichiamo l'esito della glicata nel CDA2, un formato XML che rappresenta il referto. Lo dico perché nei nostri *dossier*, che rappresentano per noi la cosa più nota, ci sono cittadini multipatologia, che fanno tre ricoveri all'anno e che prendono numerosi farmaci, anche quattordici o venti farmaci al giorno. Per quei pazienti la produzione di referti, anche perché, in quanto scompensati cardiaci, fanno un DNR tutte le settimane, è micidiale. In un anno, quei pazienti fanno anche cinque o sei accessi al pronto soccorso. Al pronto soccorso, se, per esempio, aprono il *dossier* di questo signore e vedono quintali di PDF, visto che stiamo parlando di 300-400 referti, sapete che cosa fanno i medici ? Lo chiudono e fanno come facevano prima perché se devono leggere in quel momento quattrocento PDF...

PRESIDENTE. Come facevano prima i medici ? Con la carta ?

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*.

C'è un sistema per il *triage* automatico, ma si chiede anche al paziente. I medici si rifiutano di leggere, seduta stante, quattrocento PDF, ma, se le informazioni fossero strutturate, la sintesi delle cose salienti sarebbe automatica, perché la fa il sistema. Purtroppo, con il PDF è arduo fare sintesi automatica. C'è chi ha provato sistemi di *machine learning* per riuscire a estrarre automaticamente i dati, ma chi si fida poi del dato estratto? Ci sono percorsi da fare, che non sono banali. Adesso, questa tecnologia sta ritornando *in auge* perché i costi stanno drasticamente calando, però è un problema gestirla. In effetti, quando diciamo che la maggior parte dei costi della redazione del Fascicolo sta nelle aziende, non intendiamo il costo del Fascicolo, ma il costo di una digitalizzazione che serva veramente a qualcosa.

PRESIDENTE. Vorrei cercare di sistematizzare la cosa nell'ambito del percorso che la Commissione ha fatto. Da quello che finora è emerso, ci sono tre punti su cui vi chiedo chiarimenti.

Il primo punto riguarda la progettazione, perché, durante i lavori della Commissione, sono emerse più volte delle carenze di progettazione. Adesso lo banalizzo, semplifico ed estremizzo per cercare di capirci meglio, ma voi ci avete detto che gli operatori sanitari non lo usano perché non gli interessa e i cittadini non lo usano perché non gli interessa, ovvero abbiamo realizzato una cosa che è poco utile. Ho esagerato e lo so, però, quando io sento queste cose, mi domando: com'è possibile? Lo chiedo perché la progettazione di questo Fascicolo doveva essere fatta a norma di legge insieme ai portatori di interesse, per cui, prima di iniziare a realizzarlo, avremmo dovuto prendere i portatori di interesse e metterli intorno a un tavolo o a un tavolo virtuale e cercare di raccogliere le specifiche. Ora, quando si progetta un sistema, che, come abbiamo visto, è costato milioni di euro, bisognerebbe fare in questo modo, quindi mi domando come mai queste esigenze di dato strutturato e di sicurezza di livello 3 non siano emerse subito, in fase di progettazione.

Il secondo punto è sugli indicatori di risultato, di cui l'esempio principe è quello dell'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente. Il responsabile della realizzazione dell'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente in audizione ci ha detto «abbiamo fatto il 100 per cento», come, più o meno, vediamo nella tabella, dove l'Emilia-Romagna è al 100 per cento e la Lombardia al 100 per cento, ma, in realtà, l'indicatore di risultato che a noi interessa di più non è il *software* realizzato, ma l'utilizzo.

In particolare, sono andato a prendere quello che era scritto nel piano strategico Crescita Digitale e, al paragrafo sanità digitale, ho trovato come primo obiettivo il risparmio. Di conseguenza, se il primo obiettivo è il risparmio, uno si aspetta che, prima di partire, ci sia una metodologia condivisa di calcolo dei costi e di rilevazione dei risparmi, se l'obiettivo è quello. In questo caso, invece, non mi sembra che quella metodologia ci sia.

Il terzo punto riguarda il riuso del *software*, anche perché, come appunto ci avete giustamente detto, realizzare una piattaforma per 200 mila abitanti o per 20 milioni di abitanti cambia la situazione, ma non di tanto. Chiaramente, con il passo successivo, ci è stato detto «realizzarla per una regione o per venti regioni non cambia di molto». È anche vero che bisogna considerare l'interoperabilità con gli altri sistemi e il collegamento con le altre cose, ma è ragionevole pensare che, se, in partenza, si fossero messe d'accordo più regioni, forse si sarebbe riusciti a risparmiare del denaro pubblico. Per quanto ci rendiamo conto che sia particolarmente difficile mettere d'accordo regioni diverse, che sfruttano la loro autonomia, sacrosanta, nelle decisioni per l'interesse dei cittadini, ma, d'altra parte, nell'interesse dei cittadini forse poteva essere utile fare un percorso, almeno iniziale, di tentativo di cercare di mettere a fattor comune le soluzioni, in modo da abbattere i costi.

Rispetto a questi tre filoni, che trovano riscontro, purtroppo, nei lavori della Commissione in generale, che cosa ci potete dire? Chi doveva farlo? Come mai non

l'hanno fatto? Perché la progettazione era carente? Come mai non vengono misurati o rilevati gli indicatori di risultato, come ci si aspetta?

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. Non credo che gli indicatori non siano stati considerati. Il problema è che, quando si parla del Fascicolo, a tutti viene in mente – scusate il termine – di trattare il calderone di documenti, che afferiscono...

PRESIDENTE. Tutti? Non chi capisce qualcosa di digitale?

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. No, però il tema è che, seppure quello non è il servizio, abilita alla possibilità di costruire servizi, quindi il livello nazionale, con il Ministero della salute in particolare, è partito da una raccolta per cercare di uniformare la presenza dei documenti clinici, il che comunque è piattaforma abilitante: se ho documenti clinici, meglio se strutturati, posso poi pensare di costruirvi dei servizi. Ci sono degli esempi di cose fatte nel Veneto, partendo da questo ragionamento: nella prima fase, cercare di avere i documenti e, nella seconda fase, costruirvi dei servizi per cittadini e operatori, quindi, seppure l'obiettivo non è ottenere un calderone di documenti, non è per forza un punto da cui bisogna passare. Lo dico perché, se non si hanno i documenti clinici strutturati, strutturarli richiede – questo è il tema – un grandissimo lavoro fatto con i clinici. Il problema è che – esaspero anch'io la situazione – non può decidere il tecnico informatico quali dati strutturati devono essere presenti nel referto. Parlo per la Regione Veneto, ma questa cosa succede in tutte le regioni. Bisogna sedersi attorno a un tavolo con i laboratoristi, i microbiologi, i radiologi e i medici internisti e decidere qual è formato dai documenti strutturati.

PRESIDENTE. Si spera a livello nazionale, ma anche a livello regionale, perché, altrimenti...

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. Questo manca sul CDA2...

ANTONINO RUGGERI, *Dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi, Regione Piemonte*. Sono in corso alcune attività che dovrebbero consolidarsi nel 2018 per darci questa possibilità. Oggi, ovviamente questo manca. Per le trasmissioni per il pronto soccorso e altre informazioni utili sono stati definiti i requisiti minimi, per cui, come sta dicendo il mio collega, il prossimo passo dovrebbe essere quello di mettere la bollinatura del codice informatico per fare in modo che si parli la stessa lingua.

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. In realtà, questo è stato fatto per due tipologie di documenti, di cui uno è il referto di laboratorio, dove è stato deciso per il CDA2 con codifica LOINC, però questo vuol dire comunque calarlo nella propria realtà, anche perché bisogna riprendere tutti i codici esistenti a livello di ogni singola azienda e riqualificarli verso CDA2. L'altro documento ben strutturato è il Profilo Sanitario Sintetico (*Patient Summary*) all'interno della normativa. Questi sono, quindi, gli unici due documenti.

Chiaramente, la tipologia dei documenti in un'azienda sanitaria non si limita a questi due documenti. Perché sono stati scelti questi due? È stato scelto il referto di laboratorio perché copre il 50 per cento delle prestazioni per esterni, quindi, come era ovvio, si è partiti da quello che ne fa di più. Il *Patient Summary* è stato scelto perché, se esistesse, potrebbe calmierare la questione di doversi leggere quintali di storia per poter inquadrare la situazione del paziente. Tant'è vero che, anche nella mia Regione, queste sono le due principali azioni di lavoro, oggi.

Di questi errori, c'è in parte consapevolezza, ma stiamo passando in una fase in cui bisogna avere l'infrastruttura, che non deve essere vuota, ma riempita, per cui questo vuol dire, per noi, un monitoraggio

praticamente mensile con le aziende sanitarie per chiedere: « come siete messi ? » o « quali sono i referti che avete digitalizzati ? » o anche « avete strutturato il referto di laboratorio o state ancora salvando i PDF in repository ? ». È chiaro che, fino a qualche anno fa, in assenza, poteva andare bene anche il PDF, ma oggi non si potrebbe più ragionare in questo modo. Con ciò, Le ho risposto al primo punto. Coinvolgiamo i clinici e i cittadini nel processo disegno dei servizi, però lo facciamo a livello locale perché lo caliamo nel nostro modello organizzativo.

Come penso sia risaputo, c'è un'altra tematica: i modelli organizzativi delle regioni non sono tutti uguali, quindi, anche nell'erogazione dei servizi sanitari, bisogna adoperare qualcosa di locale. Si poteva tentare un riuso di qualcosa già fatta da qualcuno ? In realtà, il riuso è facile dove si parte da zero. Paradossalmente, le regioni che avrebbero potuto meno fare il riuso erano quelle che avevano fatto di più all'epoca dell'uscita alle specifiche, il che avrebbe voluto dire prendere e buttare via tutto. Anche queste regioni si sono trovate qualche volta in difficoltà, perché gli standard utilizzati non sono stati poi quelli adottati a livello nazionale, poiché chiaramente a livello nazionale sono state fatte scelte diverse. Faccio un esempio: la Lombardia ha iniziato quindici anni fa a parlare di Fascicolo, per cui è chiaro che, se gli arrivano oggi gli standard più moderni che si possano immaginare, fanno un grande lavoro per tenerli aggiornati, ma, paradossalmente, rischiano di essere più in difficoltà di qualcuno che parte da zero. Che cosa è successo ? In qualche caso, gli investimenti fatti in precedenza hanno segnato anche il futuro di qualche regione, nel mantenere il sistema e tentare di adeguarlo, invece che sostituirlo completamente. Una riflessione a livello nazionale è stata quella di favorire per le regioni che non hanno nulla — non so in che modo — l'attività di riuso di altre regioni, il che poteva assolutamente avere senso...

PRESIDENTE. Attualmente, le regioni in questione sono la Calabria, la Campania e la Sicilia...

ANTONINO RUGGERI, *Dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi, Regione Piemonte*. La Sicilia e la Campania dovrebbero aver richiesto la sussidiarietà. Questo implica che la realizzazione della piattaforma sarà quella della piattaforma INI, come livello regionale di sussidiarietà.

VITO BAVARO, *responsabile area ICT Regione Puglia*. Se mi è permesso aggiungere una considerazione sul punto uno, vorrei dare un ulteriore punto di vista. Riguardo a quello che Lei diceva sul difetto di progettazione, in realtà posso dire che questo non c'è perché veniamo da un mondo in cui, a livello nazionale, non vi erano delle regole ferree, quindi questo è il momento in cui tutte le regioni stanno ingegnerizzando di nuovo, tra l'altro, in maniera concorde...

PRESIDENTE. Scusi, regole ferree relativamente a... ?

VITO BAVARO, *responsabile area ICT Regione Puglia*. Alla realizzazione dei sistemi informativi aziendali di produzione dalla documentazione INI.

PRESIDENTE. A livello internazionale, però possiamo dire di sì ?

VITO BAVARO, *responsabile area ICT Regione Puglia*. Le faccio un esempio concreto: tra i documenti che devono finire nel Fascicolo Sanitario Elettronico, c'è il certificato vaccinale. Come Regione Puglia, nell'ambito dei gruppi di lavoro di cui all'articolo 26 del DPCM n. 178 del 2015, siamo regione capofila per definire con le altre regioni quali siano i contenuti minimi del certificato vaccinale. A oggi, non c'è un documento, né a livello internazionale né a livello nazionale, che ci dica quali siano i contenuti minimi del documento informatico che deve assicurare interoperabilità sul certificato vaccinale, quindi è questo il momento opportuno: se noi vediamo il Fascicolo quando, finalmente, a livello nazionale si stanno sedendo tutti gli interlocutori (le

regioni e il livello nazionale) per definire i contenuti minimi del certificato vaccinale, sfruttando quest'occasione, tra un anno, o un anno e mezzo, o due anni, definendo un documento per gli esiti dei gruppi di lavoro del DPCM...

PRESIDENTE. Scusi. Lei ha fatto un bellissimo esempio, però, nella mia ignoranza, da cittadino che è andato a prendere quel certificato nella sua regione e l'ha visto mi domando: com'è possibile che ci sia questa situazione, visto che, per mettersi d'accordo su una cosa di questo tipo, ci vorranno venti minuti?

VITO BAVARO, *responsabile area ICT Regione Puglia*. Per un PDF è così. Infatti, sulla carta, più o meno fino a oggi non hanno in realtà il...

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. Bisogna verificare la copertura e la scadenza.

PRESIDENTE. Si tratta di codifiche internazionali, che penso ci saranno.

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. Sulla copertura non ci sono e bisogna scegliere una codifica di riferimento. Bisogna vedere che cosa c'è nei sistemi attualmente perché, se uno vuole stimare seriamente che cosa vuol dire far cambiare loro sistema, dobbiamo fare attenzione. Io ho la fortuna di avere un *software* unico regionale, ma molte regioni hanno un *software* diverso in ogni azienda e molte regioni non hanno neanche il *software*. Tant'è vero che, negli adempimenti LEA, fino a poco tempo fa la copertura vaccinale era un dato dichiarato. Questo vuol dire che non si sa come lo calcolavano, ma speriamo lo facessero con la presenza almeno di *software* a livello aziendale, andando per somma. Nel mio caso, per quanto sia poca l'elaborazione a livello centrale, c'è la copertura vaccinale. C'è un'app che distribuisco alle famiglie per i bambini in età pediatrica o anche agli adulti che hanno coperture vac-

cinali, come gli antinfluenzali. Dall'app si possono scaricare i PDF, quindi io ho le informazioni strutturate, però, prima di fare il passaggio, voglio avere la certezza di farlo una volta sola.

PRESIDENTE. Il problema è che ci sono costi relativi alle modifiche dei sistemi informativi per la traduzione in un formato: se si sceglie un formato, magari qualche regione non ha nulla da spendere perché quel formato già esiste nei sistemi e qualche altra, invece, deve spendere, quindi il problema è che non si va avanti perché non si decide o si va avanti più lentamente perché...

VITO BAVARO, *responsabile area ICT Regione Puglia*. Stiamo andando avanti, però, per costruirlo. Quello che diceva prima il mio collega del Veneto può essere esteso a tutti, perché anche noi abbiamo, nella Regione Puglia, l'anagrafe vaccinale di tutti gli assistiti pugliesi e abbiamo consentito ai cittadini di andare in farmacia per scaricarsi in automatico l'attestato di vaccinazioni e quant'altro. Qual è l'elemento? Poi, tutti dobbiamo convergere sulla stessa specifica e, come diceva il mio collega, a livello di HL7 e di CDA2, a parte la lettera di dimissione o il *Patient Summary* e, in bozza avanzata, i verbali di pronto soccorso e qualche altro documento, non vi è specifica HL7 e CDA2 del certificato vaccinale. Come regioni stiamo facendo un lavoro egregio, che probabilmente non spetterebbe solo a noi. Ci stiamo lavorando insieme al Ministero della salute.

PRESIDENTE. Scusi, ma La interrompo perché, mentre Lei parlava, mi è venuto in mente che l'articolo 117 della Costituzione pone in capo allo Stato la possibilità di decidere quali siano gli *standard*, quindi questo problema si risolverebbe a monte, rispettando la Costituzione e facendo in modo che a livello centrale venga definito uno *standard*.

VITO BAVARO, *responsabile area ICT Regione Puglia*. Io rispondo per la mia Regione, dove stiamo provando un approc-

cio *roadmap*, coordinati dal Ministero della Salute.

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. Ci sono anche problemi organizzativi. Faccio un esempio: se non si registra in modo strutturato il lotto di produzione del farmaco, questo comporta una modifica organizzativa, il che vuol dire che non c'è più il campo libero dove inserire il lotto, ma bisogna fare un'integrazione con il *software* della logistica del farmaco utilizzato *in loco* per poter caricare il farmaco con la codifica corretta, cioè quello acquistato dall'azienda e non un qualsiasi farmaco nel mercato. Inoltre, nell'integrazione, deve esserci pure il lotto specifico, perché, come sapete, che i farmaci vengono richiamati tipicamente per lotto. Queste cose si mettono sul tavolo e chiaramente il Ministro della salute è in trattativa perché c'è chi si tira indietro e c'è chi dice « mettiamolo, ma non obbligatorio da subito perché, altrimenti, mi condizioni se mi rifiuti il dato, quando lo mando, dopo aver verificato se il dato c'è o meno ». Partono tutte queste dinamiche perché ognuno nota, a seconda della faccia che assume il documento, le cose che, tornato a casa, deve sistemare per le aziende. Queste sono le dinamiche che riguardano la standardizzazione, ma, se fosse solo così, sarebbe anche facile farla. Poi c'è anche la modifica dei *software*, per cui si muovono soldi ed è più difficile farla, ma, soprattutto, lo sforzo maggiore è, di solito, quello di una modifica organizzativa per raccogliere l'informazione nel modo corretto. Qualsiasi dato inserito deve essere raccolto in un certo punto del processo, per cui, se non lo si sta facendo, si deve mettere in condizione di farlo. Spesso, chi siede a quel tavolo vede questa situazione, quindi cerca di creare un percorso più che di dire a tutti i suoi operatori « da domani mattina », anche perché magari, se si è in difetto e non si riesce a far arrivare il lotto nel *software*, non si può obbligare a mettere un lettore *bar code* che legge direttamente la scatola da cui lo si ha estratto? Ci si fida? Quanti sono i punti in cui gli assistenti sanitari fanno le vaccinazioni? Queste sono tutte valutazioni da fare e il mo-

tivo per cui si cerca di gestire quello che è il percorso è che ci sono delle cose da fare prima. C'è chi è già avanti e da noi, per esempio, siamo riusciti a fare queste cose, ma abbiamo lavorato tre anni con le aziende per metterle in condizioni di arrivare ad un dato punto. In altri casi, immagino non sia semplice farlo.

PRESIDENTE. Mettete a fattor comune la vostra esperienza? Esistono dei luoghi in cui è possibile confrontarsi per offrire la possibilità di riutilizzare, oltre lo stesso *software*, anche buone pratiche?

VITO BAVARO, *responsabile area ICT Regione Puglia*. Nel gruppo di lavoro siamo coordinati dal Ministero della salute e dall'AgID, ossia dai soggetti previsti all'interno della cabina di cui all'articolo 26 del DPCM n. 178 del 2015, Quello è sicuramente il luogo ideale e opportuno, ma anche lo strumento con il quale, secondo me, stiamo facendo, nell'ultimo anno o anno e mezzo, i maggiori passi avanti. Grazie a questa cabina, si è anche ricongiunta la visione Stato-Regioni e il lavorare insieme per portare le esperienze dal basso dei clinici o, comunque, degli amministrativi nei processi aziendali e conciliarle con le esigenze di uniformità e standardizzazione, che arrivano giustamente dal livello nazionale.

FEDERICO D'INCÀ. La Sogei ha prodotto un suo Fascicolo Sanitario Elettronico. Quello di Sogei è basato su una delle regioni, quindi migliora un esempio già esistente, o l'ha costruito da zero, quindi le regioni che lo utilizzeranno – Campania, Calabria e Sicilia – lavoreranno su qualcosa di nuovo, che ancora non si è dimostrato funzionante, nella pratica?

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. I termini delle specifiche standard per comunicare con INI sono scaturiti dai tavoli di lavoro congiunti delle regioni, quindi gli *standard* sono nati in tavoli insieme a noi e si riutilizzavano gli *standard* di alcune regioni. Chiaramente, quando c'è stato questo lavoro, qualche regione ha dovuto ce-

dere, nel senso che c'erano regioni con *standard* abbastanza simili e regioni con *standard* abbastanza lontani, soprattutto quelle che avevano iniziato per prime. Qualcuno ha dovuto cedere, però è stato il gruppo delle regioni, insieme al Ministero della salute, all'AgID e al MEF, che ha stabilito quali erano gli *standard* di riferimento, ossia le chiamate o i *web service*. Adesso, non so quante « parolacce » di tipo informatico possa utilizzare, ma intendo...

PRESIDENTE. Tutte quelle che vuole, in questa Commissione.

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. Gli *standard* sono stati stabiliti e sono stati stabiliti i diagrammi di sequenze, i casi d'uso e tutto quello che serve all'interoperabilità. Questi sono diventati gli *standard* adottati da Sogei.

Sul prodotto, io non so che cosa abbia utilizzato Sogei, perché non ne abbiamo mai discusso con Sogei, nel senso che Sogei...

FEDERICO D'INCÀ. Esiste un tavolo di lavoro aperto con le regioni per capire quale sia la piattaforma che funziona meglio e lavorare su quella per poterla rendere una piattaforma anche per le altre regioni ?

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. Noi abbiamo portato l'esperienza con tutti i servizi che secondo noi erano necessari, cosa che abbiamo fatto nei tavoli. Sulla piattaforma da adottare, la Sogei, come per molte altre partite, non ci ha mai dato un livello di visibilità. Abbiamo avuto a che fare con la Sogei anche per la ricetta dematerializzata, dove, più o meno, c'è lo stesso svolgimento delle dinamiche.

FEDERICO D'INCÀ. Quali sono le dinamiche ?

LORENZO GUBIAN, *direttore Direzione ICT e Agenda Digitale della Regione Veneto*. Sulla ricetta dematerializzata, c'è una struttura tecnica, ma la Sogei non ci ha mai dato visibilità di quello che succede al suo

interno, giustamente, anche perché non deve darla noi, probabilmente.

FEDERICO D'INCÀ. Sembrerebbe anche corretto che vi fosse una sorta di tavolo di lavoro, dove le esperienze maturate possano essere messe a valore comune per un processo nuovo, che si sta costruendo e che deve essere ottimo per tre regioni che partono da zero, visto che già queste avranno — credo — già investito qualcosa del passato, che non ha funzionato, per cui, alla fine, oggi si trovano con un grandissimo ritardo. Io la vedo in questo modo e inserirei questo aspetto anche all'interno della nostra relazione, perché è corretto lavorare in maniera comune per poter ottenere il migliore risultato. Questo mi sembra ovvio.

ANTONINO RUGGERI, *Dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi, Regione Piemonte*. Sicuramente, vi sono stati, come stava rappresentando il mio collega, dei gruppi regionali, dove sono state portate le proprie esperienze, quindi tutte le specifiche tecniche nascevano congiuntamente, per questo ultimo anno, tra regioni che hanno portato il loro valore aggiunto, i Ministeri e l'AgID, sia per quanto concerne l'interoperabilità sia per quanto concerne tutti gli altri gruppi di lavoro all'interno di questa relazione. Quello che, nella sostanza, mi posso permettere di rappresentarvi è che, nel momento in cui si mettono insieme più persone con professionalità diverse, sicuramente non nasce una specifica tecnica, che è la copia di una realtà regionale, perché si prende un contributo migliore di ognuno di quelli che hanno partecipato ai gruppi. Sogei ha realizzato — o, comunque, sta ultimando — la realizzazione della piattaforma, che porta con sé l'acquisizione di quelle specifiche in attuazione del DPCM n. 178 del 2015, quindi, se il quesito è « qual è il codice e come Sogei lo ha sviluppato ? », posso rispondere di no. Come Regione Piemonte, non l'ho chiesto, ma so solo che Sogei, qualora dovessi avere la necessità di azzerare i miei investimenti informatici e aderire in sussidiarietà, lo mette a disposizione. È anche vero che è quello sarà limi-

tato alla realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, nella misura in cui, riallacciandomi alla riflessione che diceva poc'anzi il mio collega, come regione, volessimo investire ulteriori risorse per iniziare a ragionare, per esempio, sul percorso della cronicità o per altri investimenti a valore aggiunto per i cittadini e non potessimo fare i singoli interventi sulla piattaforma. In quel caso, dovremmo coordinarci a livello nazionale per implementare quelle specifiche della piattaforma.

FEDERICO D'INCÀ. Dal punto di vista esterno, se io sono Sogei, in virtù di non sprecare risorse dello Stato, semplicemente valuto quali siano le migliori piattaforme nel nostro Paese e cerco di fare fattore comune di queste piattaforme, anche per avere un costo minore nella realizzazione della piattaforma nazionale. Io la vedo in questa maniera, per cui il fatto che non ci sia stato questo incontro o questo confronto diretto con voi mi sembra una perdita per tutti noi. Credo che questa sia una visione comune che abbiamo tutti.

ANTONINO RUGGERI, *Dirigente del settore controllo di gestione, monitoraggio dei costi per i livelli di assistenza delle ASR e dei sistemi informativi, Regione Piemonte*. Per massima trasparenza, devo dire che si trattava di una situazione diversa dalla mia, quella della Regione Piemonte, perché, come Regione Piemonte, prima di ragionare sull'evoluzione della piattaforma esistente, ho richiesto un contributo al MEF e alla Sogei perché venissero a Torino a vedere la piattaforma così come l'avevamo realizzata per capire se le specifiche realizzate andavano contro qualsiasi razionale, quindi, piuttosto che dire «la dismetto e rifaccio di nuovo tutto», sono andato in regime di sussidiarietà totale con la piattaforma di Sogei. Come Regione Piemonte, l'ho fatto nel mese di luglio di quest'anno, però la situazione è diversa: la Sogei non ha chiesto a me come

avevo realizzato la piattaforma, ma io ho richiesto un contributo. Come Regione Piemonte, avevamo intenzione di far nascere il Fascicolo Sanitario Elettronico, per cui mi sono posto prudenzialmente il principio di dire «se un ente nazionale sviluppa una piattaforma, che ti rende in regime di sussidiarietà gratuito, prima di decidere di fare un investimento, cerco di capire il da farsi», quindi l'ho guardata dal lato opposto. È ovvio che hanno visto le specifiche, ma bisogna sentire Sogei.

FEDERICO D'INCÀ. Sì, ha ragione e potrebbe essere interessante avere in audizione la Sogei su questo tema.

PRESIDENTE. Se avremo abbastanza tempo, onorevole D'Incà.

Non essendovi altri interventi, chiedo ai nostri ospiti se abbiano documentazione in formato digitale, oltre quella che ci hanno già inviata, da consegnare alla Commissione. No, va bene. Ringrazio e tutti gli intervenuti e dichiaro conclusa l'audizione.

### Comunicazioni del Presidente.

PRESIDENTE. Comunico che, durante la seduta di ieri, la Commissione ha ricevuto documentazione dall'Osservatorio sull'Innovazione digitale in Sanità del Politecnico di Milano che, d'accordo con gli autori, ritiene di includere parzialmente nella categoria degli atti liberi e di pubblicare quindi come di consueto sul sito *web* della Commissione. Lo stesso avverrà per la documentazione inviata il 26 ottobre, in regime di atti liberi, dalla Conferenza delle Regioni.

**La seduta termina alle 9.35.**

*Licenziato per la stampa  
il 7 febbraio 2018*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO



\*17STC0029010\*