

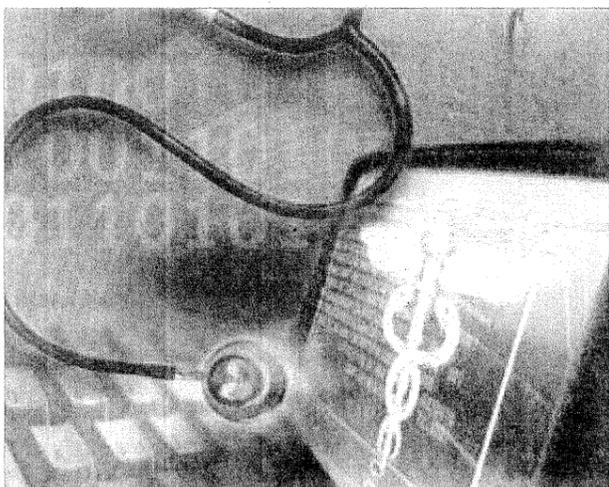
Per il processo di dematerializzazione le risorse sono state già stanziare negli anni

# Sanità digitale a «costo zero»

Dopo fondi Fas, finanziamenti europei e regionali ora la priorità è il risparmio

**F**ascicolo sanitario elettronico e sistemi di sorveglianza, prescrizione medica e cartella clinica digitale. È questo il «cuore» della Sanità digitale che dovrebbe a breve trovare il giusto ritmo grazie alla cornice normativa contenuta nel decreto Sviluppo. Sul Fse, uno degli obiettivi prioritari è quello di coordinare e rendere interoperabili le iniziative già avviate a livello regionale per consentire alle diverse piattaforme di interfacciarsi fra loro, a livello nazionale ed europeo.

I tempi non sono stati finora rapidissimi. Il progetto «Servizi in rete per Mmg/Pls - Fse regionale», a esempio - che coinvolge le regioni del Sud (Abruzzo, Molise, Basilicata, Campania, Puglia, Sardegna, Sicilia e Calabria) e vede impegnati il ministero della Salute e il Dipartimento per la digitalizzazione e l'innovazione nella Pa - a otto anni dall'avvio nel 2004, registra uno stato di realizzazione pari al 70 per cento. Le risorse economiche sono state già stanziare nell'ambito dei fondi Fas nel 2003 (39 milioni per il Centro-nord e 226 per le regioni del Centro-sud). A queste vanno aggiunte quelle previste dai fondi strutturali Ue 2000-2006 (45 milioni). A questi va sommata una quota dei finanziamenti destinati al Programma



straordinario di edilizia sanitaria e ammodernamento del patrimonio tecnologico del Ssn e fondi regionali ad hoc. Risorse che il Governo ritiene «più che sufficienti» a coprire i costi stimati per la realizzazione del Fse a livello nazionale, che ammontano a circa 90 milioni di euro.

Anche sul capitolo della digitalizzazione delle prescrizioni mediche, il decreto fissa una rigida tabella di marcia, senza prevedere oneri aggiuntivi. Le Regioni dovranno infatti provvedere alla graduale sostituzione delle

ricette cartacee per almeno il 60% nell'anno 2013, l'80% nell'anno 2014, il 90% nell'anno 2015. Infine la possibilità, anche per le aziende sanitarie locali, di implementare la conservazione delle cartelle cliniche solo in formato digitale. Anche qui non ci sono fondi. D'altro canto la Sanità digitale è finalizzata a un miglior controllo della spesa e alla riduzione degli sprechi. Quindi un salvadanaio per il futuro.

Rosanna Magnano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

MENO CARTA ED ERRORI: LA GRIGLIA DELLE ECONOMIE

## Dai progetti locali alla rete nazionale

**L'**istituzione del Fse presso le Regioni e le Province autonome consente di aggregare le informazioni presenti non soltanto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ma anche per scopi di studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico; infine, l'impiego dei dati disponibili per le finalità di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria potrà concorrere alla riduzione dei costi e al contenimento della spesa sanitaria, nell'ottica generale di un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi erogati, sia per i cittadini che gli operatori sanitari. Le finalità sono perseguite nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. A oggi la situazione sul territorio è ancora frammentata, ma soluzioni di fascicolo sanitario elettronico sono già state realizzate o sono in fase di realizzazione presso varie Regioni e Province autonome anche grazie a progetti finanziati e coordinati a livello nazionale, interregionale ed europeo.

Le infrastrutture sono in larga parte già disponibili, gli operatori concordano sull'iniziativa; le Regioni e il Governo ne riconoscono la valenza strategica e hanno già inserito il Fse rispettivamente nel Piano eGov 2010 della «Conferenza delle Regioni e Province autonome» e nel Piano eGov 2012 del Governo. Il progetto congiunto Infrastruttura tecnologica del Fascicolo sanitario elettronico (InfFse) tra il Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica amministrazione e l'innovazione tecnologica della Presidenza del Consiglio dei ministri e il Dipartimento Ict del Consiglio nazionale delle ricerche (2010-2011) ha avuto l'obiettivo di elaborare un insieme di linee guida di riferimento per l'implementazione di un'infrastruttura tecnologica del Fascicolo sanitario elettronico (Fse) del cittadino, condivisa a livello nazionale e allineata allo scenario europeo, in grado di permettere a tutti gli attori del Ssn autorizzati e ai cittadini stessi di accedere ai documenti socio-sanitari di loro competenza, ovunque essi siano localizzati.

Le linee guida per l'interoperabilità sono state approvate dal Tavolo della Sanità elettronica costituito presso il Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica amministrazione e supportano l'attuazione delle «Linee guida sul fascicolo sanitario elettronico», promosse dal ministero della Salute e approvate in Conferenza Stato-Regioni il 10 febbraio 2011. A seguito della realizzazione del rilascio delle citate specifiche InfFse il Dipartimento per la digitalizzazione della Pa e l'innovazione tecnologica e il Dipartimento Ict del Cnr hanno dato vita a un ulteriore progetto congiunto, OpenInfFse, (2011-2012) che ha avuto tra gli obiettivi principali la realizzazione di una suite open source delle componenti software InfFse da rendere disponibili alle Regioni/Province autonome sia singolarmente che nell'ambito di progetti di interoperabilità. Inoltre, OpenInfFse ha realizzato un primo nucleo stabile di infrastruttura interregionale che ha coinvolto le Regioni Calabria, Campania e Piemonte per l'interscambio di alcuni documenti di fascicolo, in particolare il Patient Summary e i referti di laboratorio. Le specifiche per l'interoperabilità sono state inoltre adottate dal progetto Ipse per l'interoperabilità nazionale ed europea delle soluzioni regionali di Fse, a cui partecipano le Regioni: Lombardia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Toscana, Abruzzo, Molise, Umbria, Sardegna e la Provincia autonoma di Trento.

Nel luglio 2012, sempre al Cnr, è stata affidata una terza e ultima tranche di progetto per l'evoluzione e interoperabilità tecnologica del fascicolo sanitario elettronico con l'obiettivo di accompagnare le Regioni dalla fase di sperimentazione alla fase a regime curando, in particolare, le problematiche di interoperabilità delle soluzioni adottate e di codifica dei dati clinici e di laboratorio. Una stima conservativa dei risparmi potenziali ottenibili con l'introduzione del Fse per ogni cittadino si attesta tra il 3% e il 5% della spesa sanitaria pubblica - tra i 3 e i 5 miliardi di euro annui (Dati normalizzati derivanti dall'applicazione del Fse in Canada - eHealth Infoway - e da sperimentazioni realizzate in alcune Regioni italiane).

**Ricette digitali.** Il procedimento di dematerializzazione della ricetta cartacea già disciplinato dal decreto 2 novembre 2011 del ministero dell'Economia e delle finanze e del ministero della Salute, attuativo dell'articolo 11, comma 16, del decreto legge 31 maggio 2010 n. 78, convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 30 luglio 2010, n. 122, prevede che le Regioni provvedano alla graduale sostituzione delle ricette cartacee per almeno il 60% nell'anno 2013, l'80% nell'anno 2014, il 90% nel 2015. In tali termini, questa disposizione non comporta nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Nel 2008 le ricette sono state circa 550 milioni (Fonte Federfarma). Considerando un risparmio compreso tra 1 e 1,5 euro per ricetta, si ottiene un risparmio totale per difetto pari a circa 600 Meuro annui. In base a sperimentazioni effettuate in alcune Regioni italiane, risulta che l'introduzione delle ricette digitali possa inoltre determinare una riduzione dell'ordine dell'8-10% della spesa farmaceutica e specialistica a carico del Ssn (quindi 1,2-1,5 mld di euro) imputabile ad abusi, errori materiali e d'uso delle prescrizioni, disallineamenti tra anagrafi, difficoltà nella verifica delle esenzioni.

**La Lombardia ha avviato il Progetto Ricetta Digitale nel 2011.** I risparmi, riferiti alla sola Regione Lombardia, sono stati stimati in circa 1 euro a ricetta, per un totale superiore ai 50 Meuro. La stima si riferisce esclusivamente ai risparmi derivanti dall'abolizione dell'intero ciclo della «ricetta rossa». Si stima che la sostituzione delle prescrizioni cartacee con l'equivalente documento elettronico possa determinare a regime risparmi annui tra 1,7 e 2 miliardi di euro pari a poco meno del 2% della spesa Ssn. I dati sono derivati da elaborazioni Confindustria basate sullo studio «Best Demonstrated Practice eHealth Impact», commissionato dalla Commissione europea a Booz Allen Hamilton (2005). Le stime ottenute sono state confermate da alcuni casi di studio realizzati nelle Regioni Campania, Piemonte e Marche. In particolare, oltre 600 milioni di euro di risparmi a seguito dell'eliminazione delle ricette cartacee e dei costi legati alla gestione dei relativi flussi. In aggiunta, stime sperimentali basate su rilevazioni/controlli a campione, indicano che a seguito dell'indotta e conseguente riduzione di abusi, errori materiali e d'uso nelle prescrizioni, sarebbe possibile generare ulteriori risparmi annui a regime pari a oltre 1 miliardo di euro (pari cioè al 7-8% della spesa farmaceutica).

Roberto Guarasci  
Urt del Cnr  
Università della Calabria

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### LA VIA OBBLIGATA PER AFFRONTARE LA SFIDA DEMOGRAFICA

## Lo scoglio della governance frammentata

**F**inalmente un Governo italiano ha proposto provvedimenti per la digitalizzazione del sistema sanitario. Era ora perché, nonostante siano ormai numerose le evidenze che legano la digitalizzazione della Sanità alla sua qualità ed efficienza, il nostro Paese ha continuato a ritardare investimenti essenziali. In Italia l'investimento pro capite in Sanità digitale è di 22 euro l'anno, contro i 60 e 70 euro l'anno rispettivamente di Paesi come la Gran Bretagna e la Danimarca con i quali dovremmo confrontarci.

Paradossalmente, il lusso che oggi non possiamo permetterci non è la digitalizzazione della Sanità, ma al contrario un suo ulteriore ritardo: solo con le tecnologie digitali, infatti, sarà possibile sostenere le sfide imminenti dell'invecchiamento demografico e dell'aumento della domanda di servizi, migliorando la qualità e l'appropriatezza delle cure, riducendo gli sprechi. Siamo tra i Paesi più anziani del mondo, con una popolazione ultra-ottantenne - quella che costa di più al Sistema sanitario - che dall'attuale 5% passerà nel 2060 al 14,9% (contro, a esempio, il 9% della Gran Bretagna). A quel punto il nostro sistema non sarà in grado di reggere se non saranno stati messi per tempo in atto tutti gli opportuni interventi di ammodernamento.

Per rendersene conto non serve guardare tanto in là: già oggi i migliori sistemi sanitari regionali del nostro Paese - considerati virtuosi sia per la qualità che per la sostenibilità delle prestazioni erogate - si caratterizzano per livelli di spesa informatica pro-capite che sono quasi doppi rispetto ai sistemi sanitari regionali meno virtuosi.

Un po' di risorse a pioggia e tante buone intenzioni non bastano più: la congiuntura economica e il ritardo sin qui accumulato impongono di fissare priorità chiare e di creare le condizioni per una attuazione immediata ed efficace.

Il decreto del ministro Passera ha fissato come prioritari tre ambiti d'intervento: l'istituzione del

Fascicolo sanitario elettronico, la diffusione delle prescrizioni mediche digitali e l'obbligo di conservare e condividere le cartelle cliniche ospedaliere solo in forma digitale. Si tratta di una scelta coerente perché digitalizzando i flussi di informazioni sanitarie si integrano e responsabilizzano gli attori del sistema a tutti i livelli, permettendo di combattere gli sprechi e di spostare la cura dagli ospedali al territorio. L'acquisita consapevolezza delle priorità a livello centrale si scontra adesso con lo scoglio più grande: la difficoltà di attuazione di qualunque tipo d'innovazione di sistema a causa di una governance frammentata e spesso inefficace. L'attribuzione incoerente di risorse e competenze relative alle scelte informatiche tra ministeri, Regioni, Aziende sanitarie, Dipartimenti e persino singoli operatori, fa sì che le direttive non si traducano in piani e azioni efficaci, ma si perdano in un'infruttuosa dialettica e rimpallo di responsabilità tra attori con visioni, logiche di funzionamento e sistemi di incentivi diversi.

Lo sviluppo o l'acquisto di soluzioni informatiche, a esempio, è stato finora fatto prevalentemente in un'ottica locale: secondo le stime dell'Osservatorio Ict in Sanità del Politecnico di Milano, a esempio, la quota di spesa tecnologica gestita attraverso bandi multi-aziendali o a livello di Area vasta non ha superato nel 2011 il 10% del totale. Fatta l'«agenda» dunque bisogna creare le condizioni per agire: senza una governance efficace dell'attuazione, che porti gli attori ai diversi livelli a formulare piani condivisi e a tradurli in azioni immediate, gli interventi delineati dal governo rischiano di restare soltanto buone intenzioni.

Mariano Corso  
Direttore scientifico degli Osservatori  
«Agenda Digitale» e «Ict in Sanità»  
del Politecnico di Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'investimento pro capite sull'e-health è troppo basso