

# IHPB

## ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

### LE NUOVE SFIDE PER LA SANITÀ DIGITALE

#### AUTORE

**Paolo Colli Franzone,**

*Osservatorio Netics*

#### UN MOMENTO “MAGICO”, DA COGLIERE

Dopo anni di illusioni e false partenze, tutto lascia pensare che questa sia la volta buona per la sanità digitale: crescono – ancorché timidamente e a macchia di leopardo – gli investimenti di Regioni, ASL e aziende ospedaliere pubbliche; crescono in misura rilevante iniziative private finalizzate a rendere disponibili all’utenza servizi di e-health e telemedicina; cresce persino l’interesse di investitori nei confronti di un mercato che potremmo definire “molto interessante”.

Cresce, soprattutto, la consapevolezza del fatto che solamente una massiccia iniezione di innovazione tecnologica e di processo possa supportare il percorso di razionalizzazione della spesa sanitaria nazionale a quantità e qualità di prestazioni invariate (se non, addirittura, incrementate).

#### INTRODUZIONE

**Stefano Del Missier**

*Direttore Responsabile Italian Health Policy Brief*

*Il nostro Paese ha spesso situazioni al limite del paradossale: difficile comprendere come, tra tante difficoltà, abbiamo fra i più alti indici di performance in settori strategici a livello mondiale quali la sanità, l’aerospaziale, la ricerca clinica, l’alimentazione, ecc. In teoria, abbiamo tutto per essere uno tra i paesi leader al mondo per quanto riguarda l’innovazione ma, nel classico passaggio da ciò che sta nell’Universo delle potenzialità alla cruda e concreta realtà di tutti i giorni, è venuto il tempo che qualche decisione per il SSN sia presa, e sia presa a valere per tutti.*

*Il tema dell’information technology (IT) in sanità è argomento finora rimasto un po’ ai margini di un settore, la sanità appunto, che è naturalmente centrata sulle scoperte scientifiche della medicina, sulla razionalizzazione dei processi sanitari, sull’architettura di modelli istituzionali e organizzativi più efficienti. L’IT è diventato argomento articolato e approfondito, ma sempre in contesti chiusi – non dico autoreferenziali – ma talmente specialistici da risultare incapaci di dialogare, di farsi comprendere. Negli ospedali, spesso, il responsabile IT è un destinatario di liste di problemi, non un commensale ai tavoli di discussione strategica e/o direzionale; e le riviste specializzate, appunto, sono strettamente riservate ad addetti ai lavori. Questo, invece, è argomento da Conferenza Stato Regioni. Non è infatti, difficile capire che il quadro attuale chiede a gran voce una certa discontinuità sui modelli fin qui perseguiti e sui processi decisionali fin qui adottati: come si potrebbe, altrimenti, coniugare la necessità di innovazione con i pochissimi soldi a disposizione? Come si può coniugare la mission del Ministero della Salute, che vede l’evolvere dei bisogni e la disponibilità di risposte adeguate ma costose, con la mission del Ministero dell’Economia e delle Finanze, che vede l’evolvere di obiettivi di contrazione del debito e della spesa pubblica?*

*È ormai chiaro ai più che innovazione e bisogno siano elementi strettamente con-*

Quelle che mancano, riferendosi al SSN, sono le risorse da destinare a un piano straordinario di e-health.

L'Osservatorio Netics, che ormai da otto anni analizza in profondità il mercato e i fenomeni dell'IT in sanità, ha recentemente stimato in 4,5-5 miliardi il fabbisogno necessario in tre anni per una completa (e uniforme a livello territoriale) reingegnerizzazione dei processi di erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari affiancata a un "refresh" dell'infrastruttura IT hardware e software. E si stima un effetto di razionalizzazione che può giungere a un risparmio per il SSN pari a non meno di 7 miliardi l'anno.

Il problema sta in quei 4,5-5 miliardi da trovare per innescare il circuito virtuoso. Problema destinato a rimanere tale sino a quando non si troverà il coraggio di cambiare paradigma, sdoganando una volta per tutte quei modelli di partenariato pubblico-privato e di procurement innovativo che ormai da anni praticamente tutto il mondo utilizza con profitto di tutte le parti in causa. Perché è evidente che di fronte a un saving potenziale pari a 7 miliardi l'anno, un investimento di 5 miliardi (ammortizzabile in 5 anni) rappresenta un ottimo affare per uno o più finanziatori e per i vendor di tecnologie e soluzioni per la Sanità.

La fotografia "ad oggi", riferendosi al livello di digitalizzazione e di disponibilità di soluzioni e servizi realmente orientati all'efficientamento dei processi di erogazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, assomiglia moltissimo a un mosaico lasciato a metà e

*nessi: l'universalismo (equità, solidarietà) del nostro sistema di tutela della salute è in pericolo (come già visto altrove: vero UK?), i bisogni di salute sono crescenti (molta più cronicità, e non solo maggiore domanda di qualità del servizio), i LEA sono fermi al 2001 (dov'è l'alzheimer?), e la difformità dei sistemi regionali non è più una competizione virtuosa a cercare il miglior rapporto tra utilizzo delle risorse e salute prodotta, ma è diventata sinonimo di un grande spreco. E su quest'ultimo punto – detto, purtroppo, da un regionalista convinto – limitandoci a investimenti (?) e spesa in IT (poca), possiamo dire che non solo le regioni spendono poco ma, soprattutto, spendono male. L'intervento di Paolo Colli Franzone parte proprio da queste considerazioni di ordine economico per dirci, paradossalmente, che l'attuale momento storico, così apparentemente difficile, è un "momento magico". A fronte di un investimento comunque significativo, i trend di riduzione della spesa attesa e di aumento di efficacia dei processi sanitari sono impressionanti.*

*Ma il problema non è tecnologico (o, almeno, lo è solo parzialmente): il problema è nella capacità di guardare e fare sistema. Sistema: cioè mondi che si ascoltano e che si parlano, scelte che tengono conto degli impatti futuri, quadro normativo coerente con la realtà e non con principi anacronistici e ingessanti la vita di tutti i giorni.*

*Colli Franzone entra direttamente nella vita di tutti i giorni, descrivendo come nella quotidianità è diventato impossibile non solo sfruttare le potenzialità dell'IT, ma anche esercitare pienamente la propria competenza professionale, a tutti i livelli. Tanto che ormai di difensivo non esiste più solo la medicina, ma esiste anche l'amministrazione. In questo scenario così ingessato, così bloccato, Colli Franzone dà spunti di decisione e di azione che sono già sul tavolo dei decisori istituzionali e che aspettano solo di una solida regia che li accompagni in un percorso finalmente virtuoso.*

*Governo, Regioni, aziende sanitarie e industria hanno questo spazio da percorrere insieme. Con questo numero di IHPB, quindi, vogliamo introdurre un nuovo asse di confronto per il miglioramento delle nostre policy sanitarie; vogliamo che si discuta seriamente di una delle leve di discontinuità che dovrebbero essere adottate nel nostro paese. Abbiamo bisogno di investire in innovazione con la possibilità di recuperare da subito le risorse destinate all'investimento. Abbiamo bisogno di omogeneizzare e rendere interoperabili i vari sistemi, perché il paese è uno, i cittadini sono europei, e i bit, come i virus, non si possono fermare ai confini.*

*Abbiamo bisogno di valorizzare i talenti già presenti nel nostro sistema (è normale che abbiamo un'industria italiana che lavora in 30 paesi del mondo in un settore di alta tecnologia e che fa fatica a lavorare in un paese dove l'IT si compra "un tot al chilo"?). Abbiamo bisogno di costruire politiche in cui la sanità "fai-da-te" venga riassorbita in modo sinergico nei processi di lavoro degli operatori sanitari.*

*Un certo modo di guardare e utilizzare l'IT può dare risposte positive a questi bisogni.*

con un bel po' di tessere fuori posto. Decine, centinaia di software differenti e rigorosamente incapaci di comunicare fra loro; un'infrastruttura fisica (hardware e reti) ai limiti dell'obsolescenza e clamorosamente vulnerabile, esposta agli attacchi di hacker "giocherelloni" ma anche – purtroppo – di eventuali squadroni di una cyber-war molto meno fantascientifica di quanto possa apparire. Un'offerta decisamente insufficiente di servizi online rivolti agli assistiti e ai pazienti, e questo è ancora più grave in quanto espone il SSN, e più in generale tutto il mondo della sanità, al rischio di dover mettere mano, più o meno a brevissimo termine, a un'azione di contrasto del "bad self-care" sempre più abilitato dalla rete e dall'imperversare dei social media. Perché è chiaro che una popolazione sempre più abituata a trovare tutto in rete, in assenza di informazioni e di servizi "ufficiali" andrà ad alimentare canali alternativi nella migliore delle ipotesi basati sull'improvvisazione, ma dietro ai quali molto sovente si nascondono mala fede e speculazioni. Ecco un altro motivo per il quale il SSN e i vari stakeholder privati (a partire dall'industria farmaceutica) dovrebbero costituire un fronte comune per veicolare informazioni, servizi e prestazioni rigorosamente controllabili e controllate, aderenti ai reali bisogni di salute dei cittadini. Promuovendo un "good self-care model" da affiancare al SSN e rigorosamente centrato sulla professionalità di medici e farmacisti "controllabili e controllati", capace di aiutare sul serio

i pazienti e i loro caregiver.

Il tema del "patient empowerment" è oggi sempre più centrale e strategico rispetto alla necessità di evolvere i modelli di cura, ma non può prescindere dalla responsabilizzazione del paziente medesimo e dalla sua consapevolezza rispetto ai pericoli derivanti dall'esposizione a circuiti informativi incontrollati e a tentazioni di sanità "fai-da-te". E l'e-health può fare moltissimo, in questo senso.

### **L'e-health nella trama dei processi sanitari**

Peraltro, un forte impulso alla diffusione dell'e-health arriva anche dal ridisegno delle strategie di erogazione delle prestazioni sanitarie: in un SSN sempre più orientato alla continuità assistenziale e all'integrazione ospedale-territorio, la circolazione in tempo reale delle informazioni cliniche diventa assolutamente centrale e abbisogna di un'infrastruttura tecnologica realmente diffusa e interoperabile.

Infrastruttura capace anche di mettersi in discussione, a partire dal Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). Anche nei (pochi) casi di FSE regionali in piena ed effettiva operatività, siamo comunque di fronte a piattaforme concepite anni e anni fa su modelli di cura "d'antan". Niente di irrisolvibile sotto il profilo squisitamente tecnologico: il problema è soprattutto organizzativo e giuridico, in presenza di un approccio forse un po' troppo rigoristico per quanto attiene alla gestione della privacy.

L'"e-Health" e la "tutela della privacy" sono due mondi che devono doverosamente comprendersi e rispettarsi fra loro. Ma qualcosa da rivedere nelle norme attualmente vigenti c'è.

Perché stiamo inevitabilmente (e doverosamente) andando verso un modello di cura sempre più policentrico, per non parlare delle ulteriori possibili (e altrettanto doverose) interazioni fra il mondo sanitario e quello socio-assistenziale. Ed è qui, su questo modello, che viene a cascare l'attuale impianto di gestione della privacy per il FSE: un modello pensato intorno a una filiera lineare: paziente, medico, analisi/referto, prescrizione/terapia, ricovero/cartella.

Per rendere più immediatamente comprensibile il limite attuale, facciamo un esempio basato su uno scenario di teleconsulto: il medico "in remoto" può accedere ai dati di fascicolo?

E se sì, con quali livelli di complicazione? Per rispondere a questa domanda, proviamo a prendere in considerazione anche la non del tutto remota possibilità che il medico "in remoto" sia un neurochirurgo neozelandese al quale il neurochirurgo "in locale" si rivolge in quanto gli riconosce competenze particolari in materia. Ed ecco che la cosa si complica non poco.

Ma anche senza andare a scomodare neurochirurghi neozelandesi, immaginiamo le sempre più frequenti interazioni fra soggetti afferenti o no al SSN e tutte le complicazioni del caso.

Per non parlare delle implicazioni in termini di quasi impossibilità di governare il controllo dell'appropriatezza

prescrittiva e di combattere il fenomeno dell'eccesso di medicina difensiva a causa del poco comprensibile istituto "dell'oscuramento dell'oscuramento", in base al quale un qualsiasi assistito è autorizzato a oscurare uno o più eventi clinici oscurando anche l'oscuramento medesimo. Per cui nessun professionista che si trovi a consultare "quel" FSE è in grado di sapere con certezza se e quanto esso è attendibile o nasconde "segreti", finendo quindi per decidere di "autotutelarsi" dando origine a prescrizioni molto probabilmente inutili. Il fatto è che la libertà individuale, e la tutela dei suoi sacrosanti diritti alla privacy, non può in nessun caso andare in conflitto con l'interesse collettivo. E il costo di comportamenti scorretti non può ricadere sul servizio sanitario nazionale. Senza dimenticare che un sistema sanitario in deficit di trasparenza non aiuta di certo le aziende ospedaliere e i singoli professionisti a dotarsi di coperture assicurative a prezzi sostenibili. Idem per quanto riguarda i cittadini, in uno scenario che vedrà sempre più crescere il mercato della sanità integrativa e la domanda di coperture assicurative in ambito sanitario. Perché l'e-Health è anche trasparenza, circolarità e condivisione dei dati, capacità di programmare politiche sanitarie sulla base di informazioni affidabili. In un "gioco" dove vincono tutti, se lo si gioca nel pieno rispetto delle regole: gli assistiti, che possono contare su maggiori quantità e qualità di servizi online; gli operatori sanitari e socio-sanitari, che possono accedere semplicemente e veloce-

mente a tutte le informazioni di cui necessitano per garantire prestazioni allo stato dell'arte; gli enti preposti alla programmazione sanitaria e alla pianificazione dei fabbisogni, che possono contare su dati precisi e, soprattutto, tempestivi. E così via, coinvolgendo tutto l'ecosistema degli stakeholder a vario titolo coinvolti. Realizzando tutti i presupposti per un servizio sanitario nazionale universale, equo e sostenibile.

### Quale tecnologia?

Partendo da un principio inderogabile: non è più tempo di tecnologia fine a sé stessa. E neppure di software costruito pedestremente su processi di erogazione prevalentemente orientati al "puro rispetto delle regole".

Se ha da essere un Piano di Sanità Digitale, esso deve partire in simbiosi con una profonda rivisitazione (e reingegnerizzazione) dei processi di erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali. Partendo dalla regola: "vale copiare". Perché non c'è probabilmente bisogno di inventarsi nulla, quanto piuttosto di essere capaci di analizzare (e imitare) le migliori pratiche abbondanti a livello internazionale. Una palestra interessantissima e ad elevato potenziale dove far esercitare società di consulenza, vendor di tecnologie e solution/service providers rigorosamente a braccetto fra loro e con i "clienti" (Stato, Regioni, aziende sanitarie e ospedaliere, centri diagnostici, medici, farmacisti, etc.

Di fatto, si verrebbe a creare un "vero"

ecosistema dell'innovazione: dove la committenza può persino permettersi di coinvolgere i fornitori immaginando modelli di remunerazione in qualche modo correlati al raggiungimento di obiettivi espressi in termini di performance. Niente che non succeda già in molte nazioni che hanno raggiunto livelli di maturità e consapevolezza nel rapporto "cliente-fornitore" (anche quando il cliente è un ente pubblico) capaci di superare la logica della "contrapposizione" introducendo meccanismi win-win decisamente interessanti per entrambi i fronti. Poco importa che tutto ciò significhi minacce più o meno significative per eventuali fornitori incumbent forse troppo abituati a sfruttare rendite di posizione: come è normale che accada, sono i momenti di forte criticità economico-finanziaria che più o meno volontariamente abitano un salutare ricambio aprendo le porte a portatori di innovazione "reale" e di modelli di business decisamente disruptive.

Così come è necessario ripensare radicalmente il paradigma dell'in-house providing in ambito IT: sono ancora decisamente troppe le società regionali in-house che non hanno saputo cogliere il senso e il bisogno di un sostanziale cambiamento di approccio. Alle in-house adesso si chiede di operare a più stretto contatto col mercato, dismettendo l'abito del marker e/o del compratore di giornate/uomo al massimo ribasso e abilitando lo sviluppo di ecosistemi orientati alla co-progettazione e alla condivisione di onori e oneri. Si va nella direzione di



un progressivo spostamento del baricentro della mission delle ICT in-house regionali, che a tendere dovrebbero diventare vere e proprie “agenzie regionali dell’innovazione”. È necessario che anche in Italia si affermino paradigmi quali quello del “Government as a Platform”. Più che produrre e gestire software e reti, la PA deve finalmente aprire la sua cassaforte principale: quella che contiene i dati. Abilitando iniziative di mercato che sviluppino soluzioni, apps e servizi rivolti alla PA medesima e ai cittadini. Anche perché è certo che nessuna amministrazione pubblica, per quanto influente e determinata, potrà fermare la grande rivoluzione portata dal cloud computing. Una rivoluzione che sta mandando in pensione decenni di business model dell’industria del software basati sul concetto di “licenza d’uso” e che sta mettendo fortemente in discussione il bisogno di una organizzazione (privata o pubblica, grande o piccola che sia) di “possedere fisicamente” il luogo e gli asset destinati all’elaborazione e allo storage dei dati.

IT sempre più come commodity, esattamente come successe a suo tempo per l’energia. Fino al punto di arrivare a situazioni (neppure poi troppo proiettate in futuri remoti) dove sarà sempre più normale dare per scontato il fatto che a partire da un determinato “input” si produca un corrispondente “output” senza necessariamente doversi chiedere da dove arriva e chi lo ha generato. Esattamente come succede già oggi per l’energia elettrica: accendiamo un interruttore e ci

aspettiamo che si accenda una lampadina. Nessuno si chiede da dove arriva l’energia e chi la ha materialmente prodotta. Il focus è sulla rete: è lei, che deve funzionare. Always on.

Questo significa che qualunque soluzione software deve poter interoperare con qualunque altra. E che il “vero” valore aggiunto risiede nel dato e nella rete.

Per non parlare di quello che succederà – sempre in un futuro che ormai è davvero quasi presente - sotto il profilo del dimensionamento delle risorse elaborative e del livello minimo di sicurezza richiesto: comincia a risultare chiaro il fatto che si va verso data center da centinaia di migliaia di server caratterizzati da una gestione della sicurezza ai limiti della paranoia. Quando invece tutta la Sanità italiana “risiede” in qualche decina di migliaia di server collocati in almeno 300 data center differenti. E non parliamo di sicurezza, né tantomeno di capacità di business continuity a fronte di eventi avversi: qui proprio non ci siamo, e speriamo che non succeda niente di grave altrimenti sono dolori.

Uno scenario come quello fin qui abbozzato non può neppure essere immaginato in assenza di banda: e così passiamo all’ultimo grande tema.

A maggior ragione se pensiamo a un SSN sempre più diffuso sul territorio, con propaggini che arrivano sino a casa del paziente, non possiamo pensare di farcela con la banda oggi disponibile. Anche in questo caso l’investimento necessario a portare banda larga e ultralarga “il più ovunque possibile” può

essere recuperato in pochissimi anni di esercizio, soprattutto se pensiamo ai ritorni in termini di razionalizzazione dei costi di erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. E torniamo così al punto iniziale: quei 4,5-5 miliardi di euro necessari a trasformare il SSN in una macchina perfettamente funzionante, e la disponibilità del privato a farsi carico degli investimenti a fronte di un modello di condivisione dei cost saving conseguiti.

## Conclusioni

Nello scenario descritto, a questo punto, il SSN dovrebbe/potrebbe limitarsi a due cose: crederci sino in fondo, e costruire un set minimo di condizioni a contorno.

In quanto al crederci, partiamo bene: il Ministero della Salute, su input diretto del Ministro, da quasi un anno sta lavorando al “Patto di Sanità Digitale” (inserito nell’intesa Stato-Regioni all’interno del Patto per la Salute) proprio in direzione dell’attivazione di iniziative di partenariato pubblico-privato. Manca ancora un Piano, se con questo termine intendiamo un documento di dettaglio che metta in fila obiettivi, strategie, modalità di execution, piano economico-finanziario, modalità di misurazione dei risultati attesi.

Ma siamo certi che arriverà, sperando che si tratti di un piano scritto a più mani e col contributo essenziale dei vendor e dei potenziali finanziatori.

Quanto alle condizioni di contorno, il discorso è leggermente più complicato. Si parte dall’ormai annoso proble-

ma della revisione in chiave semplificatoria e di innovazione dell'impianto normativo che regola il procurement pubblico. Sebbene siano già stati introdotti all'interno del Codice degli Appalti strumenti innovativi quali il dialogo competitivo, l'affidamento di servizi in concessione e la finanza di progetto, le stazioni appaltanti continuano a fare fatica ad uscire dalla logica della gara al massimo ribasso. Mancano probabilmente linee guida e precedenti, manca soprattutto un indirizzo preciso da parte delle istituzioni e un luogo di confronto con i due soggetti "temuti" dai public buyer: Corte dei Conti e ANAC. Va comunque detto che rispetto alle condizioni di contorno qualcosa deve cambiare anche sul versante dell'offerta: va acquisita dai vendor, a livello di top e middle management, la consapevolezza rispetto alla necessità di mettere in campo nuovi modelli di business.

Il che significa mandare in pensione abitudini consolidate e piccole o grandi rendite di posizione acquisite.

Se davvero parte (e deve partire: è inevitabile) una radicale operazione di digitalizzazione della sanità italiana, il mercato (attualmente assestato intorno agli 1,2 miliardi di euro l'anno) è in grado di raddoppiare nel giro di un triennio.

Lo spazio c'è, per tutti.

E ne vale davvero la pena.

---

**Italian Health Policy Brief**

Anno V - N° 1 - 2015

***Direttore Responsabile***

Stefano Del Missier

***Direttore Editoriale***

Marcello Portesi

***Editore***

**ALTIS**

Altis S.r.l.

Via della Colonna Antonina, 52  
00186 Roma

Tel. +39 06 95585200

Fax +39 06 95585299

***Contatti redazione***

Tel. +39 02 49538300

[info@altis-ops.it](mailto:info@altis-ops.it)

[www.altis-ops.it](http://www.altis-ops.it)

***Comitato degli esperti:***

Pier Luigi Canonico

Achille Caputi

Claudio Cricelli

Carlo Favaretti

Renato Lauro

Nello Martini

Antonio Nicolucci

Patrizio Piacentini

Annarosa Racca

Walter Ricciardi

Francesco Rossi

Mario Sorrentino

Federico Spandonaro

Ketty Vaccaro

Stefano Vella

---

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.