



**L'elettronica in sanità:**

**il significato della cooperazione  
pubblico-privato.**

## Il contesto.

---

Nello scenario della sanità italiana sono da tempo comparsi tre fenomeni sociali che hanno messo in crisi un sistema unanimemente riconosciuto come uno dei migliori nel garantire una tutela diffusa del diritto alla salute:

- *il progressivo invecchiamento della popolazione*
- *un' aumentata consapevolezza del bisogno di salute*
- *una crescita dell' offerta di prestazioni sempre più specialistiche.*

Il tutto si concretizza in una crescita della spesa spesso fuori controllo cui non fa seguito una parallela crescita delle risorse che rimangono sempre e comunque "finite" (o "non illimitate").

In questo scenario il sistema sanitario pubblico, per poter continuare a fornire prestazioni e servizi adeguati alle reali necessità dei cittadini, deve essere in grado contemporaneamente di:

- gestire in modo appropriato le risorse umane e finanziarie;
- mantenere un adeguato livello di qualità delle prestazioni erogate;
- mantenere l'equità nell'accesso alle risorse prestazionali che lo ha sempre caratterizzato.

Gli approcci iniziali al problema sono stati storicamente concentrati sulla messa in atto di meccanismi gestionali prettamente economici: tetti di spesa, budget, DRG, ridefinizione dei ruoli all'interno delle unità sanitarie locali con separazione tra soggetti committenti e soggetti fornitori, aziendalizzazione delle strutture ospedaliere, ticket, definizione di LEA statali e regionali, sconti sui farmaci concordati con le aziende, etc.. Successivamente, vista la scarsa efficacia delle soluzioni adottate, si sono identificati altri strumenti per il contenimento della spesa: l'iniziale concetto di razionamento delle risorse si è evoluto in quello di *governo della domanda* che ovviamente deve essere prioritariamente "clinico" e, certamente, non solo economico.

Rispetto al contesto della medicina generale l'attenzione si è sempre più concentrata sul contenimento della spesa farmaceutica dal momento che, pur rappresentando appena circa il 15 % della spesa sanitaria, essa è facilmente monitorabile e velocemente modificabile, con ricadute immediate. Limitate invece sono state le azioni di controllo delle prestazioni prescritte ed erogate nell'ambito di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) intercorrenti o concordati tra medici di famiglia e specialisti ospedalieri. Infine, negli ultimi tempi una maggiore attenzione concettuale si è riversata sulla ridefinizione degli ambiti operativi della *Medicina di Famiglia* alla quale vengono delegati compiti e funzioni prima di esclusiva competenza delle strutture assistenziali specialistiche ed ospedaliere, anche

mediante l'esternalizzazione di servizi la cui gestione sul territorio comporta oneri decisamente minori.

## Il ruolo delle cure primarie.

---

Il potenziamento delle *cure primarie* avviene attraverso due passi obbligati: il primo di questi, già da tempo avviato, consiste nella evoluzione del concetto stesso di attività professionale del medico di medicina generale, sempre meno individualistica e sempre più orientata al lavoro in equipe che si concretizza in forme associative semplici (medicina di gruppo ed in rete) e complesse (gruppi/nuclei di cure primarie, cooperative, etc), pur salvaguardando sempre e comunque l'inviolabile rapporto di fiducia individuale tra medico e paziente.

Il secondo passo coincide con la riorganizzazione strutturale e funzionale dell'assistenza socio-sanitaria nel territorio e si concretizza nella:

- **integrazione operativa** di più figure professionali diverse tra loro (per ambito di intervento e per competenze come lo sono il medico di famiglia, il pediatra di libera scelta, il medico di continuità assistenziale, i medici specialisti, gli infermieri, gli operatori sanitari e socio-sanitari) in moduli territoriali omogenei al fine di portare sul territorio tutti quegli strumenti, tutti quei mezzi e quelle risorse che consentano di far fronte alle istanze emergenti di esternalizzazione di servizi in modo *efficace* (ovvero con ricadute positive in termini di salute per i cittadini) e non solo *efficiente* (ovvero con congrui volumi di prestazioni erogate rispetto ai bisogni).
- **interazione organizzativo-gestionale** di tali moduli con le strutture di assistenza di secondo livello in modo da ottimizzare l'utilizzo coordinato delle risorse, siano esse strutture edilizie, dotazioni strumentali o personale sia sanitario che amministrativo evitando doppioni inutili e ridondanze pericolose oltre che costose.
- **messa in rete di tutti gli operatori** attraverso la realizzazione di un sistema informativo la cui architettura informatica sia espressione consequenziale ad una adeguata architettura organizzativa finalizzata non solo allo scambio di dati per rilevare e controllare indicatori di spesa ma anche e soprattutto alla messa in comune di informazioni atte a migliorare il livello qualitativo di tutta la catena dell'assistenza territoriale. Non sempre e non necessariamente un sistema informatico fatto da costose macchine e da complesse tecnologie di rete (spesso sottoutilizzate o obsolete) corrisponde ad un sistema informativo efficiente. La cui prerogativa è invece quella di produrre e distribuire informazioni (e non solo semplici dati) a chi ne abbia bisogno (cittadino in primo luogo !!), nel modo più agevole, nel momento giusto, nel minor tempo possibile .... ed al costo tecnologico più basso.

La definizione di modelli informatici condivisi in materia di architetture comuni, set di dati da archiviare, standard e codifiche condivise, elementi ai quali stiamo da tempo lavorando e collaborando, è una condizione non più rinviabile nel contesto della

rapida evoluzione delle tecnologie informatiche e della crescente esigenza di adeguare in questa direzione anche il SSN. La sanità ed i cittadini italiani non possono restare ai margini della modernizzazione tecnologica e le opportunità informatiche rappresentano una occasione irrinunciabile per la tutela della salute delle persone.

Non più rinviabile è l'adozione di misure necessarie a facilitare lo sviluppo dell'informatica sanitaria verso la costruzione del Fascicolo Sanitario Elettronico, che rappresenta il grande obiettivo strategico per la tutela della salute delle persone, da parte di tutto il sistema sanitario e in particolare e nello specifico da parte di una categoria che negli ultimi dieci anni ha rapidamente raggiunto livelli di espansione e di sviluppo dell'informatica davvero straordinari.

La sorprendente attenzione allo sviluppo di tecnologie innovative e di competenze sofisticate, dunque, ma anche l'applicazione dei concetti e dei criteri di appropriatezza nella erogazione delle prestazioni sanitarie, la cultura di un corretto rapporto medico-paziente e di un rinnovato rapporto di fiducia cittadini-SSN, unitamente alla sempre maggiore diffusione della cultura informatica e di una moderna visione preventiva e di tutela della salute dei cittadini, rappresentano in modo appropriato il ruolo attuale del medico di famiglia nell'attenzione al bisogno di buona sanità espresso ed inespresso nel Paese.

In questa partita che si gioca in modo preponderante sul terreno della informatizzazione, la Medicina di Famiglia ha giocato un ruolo particolarmente importante, anche attraverso una azione di promozione che ha prodotto un risultato di grande rilievo: la informatizzazione a tutt'oggi di circa il 65% dei medici di famiglia italiani.

Se, come cittadini, potessimo contare su una diffusa cultura informatica in sanità, se gli ospedali e gli specialisti potessero essere anche solo parzialmente vicini, da questo punto di vista, agli standard della medicina di famiglia, potremmo dire di avere di gran lunga il Servizio Sanitario migliore al mondo, aggiungendo alla grande professionalità dei nostri medici, e degli altri professionisti sanitari, la marcia in più che il motore tecnologico garantisce alla umanità della medicina. E potremmo certamente vedere la fine del percorso di costruzione del Fascicolo Sanitario Elettronico che rappresenta, per il suo specifico valore, lo strumento più appropriato a garantire ai cittadini la libera e democratica fruizione dei servizi sanitari.

Ma i problemi che ostacolano la crescita qualitativa del livello di utilizzo dello strumento informatico nel SSN sono molti e diversi. Tra questi, in modo sintetico, si possono evidenziare:

1. **La variabilità eccessiva dei programmi informatici per la gestione della scheda sanitaria individuale.**
2. **La mancanza di una rete diffusa degli operatori e dei presidi.**
3. **L'assenza di una politica organica di sviluppo tecnologico di livello istituzionale.**
4. **L'eccesso di regionalismo informatico.**

5. La carenza di codifiche e standard condivisi.
6. L'assenza di data set concordati.
7. La totale carenza di informatizzazione delle strutture sanitarie pubbliche.
8. Il minimalismo istituzionale nella promozione del virtuosismo informatico degli operatori sanitari.
9. La visione dell'informatica sanitaria come strumento di controllo ragionieristico e non di sviluppo della qualità e dell'appropriatezza.

In un contesto ombreggiato come questo appare ancora più luminoso e meritevole il forte impulso che la medicina di famiglia ha saputo dare alla crescita dell'informatica sanitaria, modernizzando se stessa e ponendo le basi per la crescita tecnologica (informatica) degli altri settori del SSN.

### **Fascicolo Sanitario Elettronico e politiche di tutela della salute: il ruolo dell'iniziativa privata nel sistema pubblico.**

---

Lo sviluppo e la uniformità delle potenzialità informatiche della medicina generale, che consentono solamente di sistematizzare le informazioni e di renderle disponibili per una lettura ed un uso organico, sono solo il primo e più elementare passo verso le applicazioni elettroniche più nobili. Noi crediamo che si debba marciare a tappe forzate verso il Fascicolo Sanitario Elettronico, perseguendo la disponibilità e la trasferibilità delle informazioni in tempo reale, l'aggiornamento costante delle informazioni contenute nella cartella o scheda sanitaria del cittadino e la tracciabilità degli eventi sanitari e dei relativi attori nel percorso di salute, di cura e di assistenza al cittadino.

Noi pensiamo che la raccolta dati sulla cartella clinica debba essere fortemente orientata a servire i cittadini e i loro bisogni, oltre che i progetti professionali, clinici, epidemiologici e di ricerca. Per questo motivo non occorre solamente rendere disponibili informazioni codificate e standardizzate, ma perseguire con vigore la trasferibilità dei dati ed il loro aggiornamento permanente, priorità ineludibile nella attività di tutela delle persone malate e di quelle sane.

Bisogna però modificare, nei modi e nei tempi dovuti, la filosofia che ha ispirato fino ad oggi la raccolta dei dati sanitari. Passare cioè da una centralità del medico e dei suoi processi professionali ad una centralità della persona e dei suoi diritti naturali. Ma in questo percorso di tutela della persona e della sua salute un significato essenziale hanno la medicina ed il medico di famiglia che, principalmente e permanentemente, garantiscono non solo la disponibilità del bene (i dati sanitari) e la loro qualità, ma anche il governo dei percorsi che essi faranno nel sistema sanitario.

La scommessa vera del prossimo futuro sarà, in questo scenario, realizzare le reti di interconnessione tra i professionisti del sistema sanitario, in modo da garantire al cittadino la disponibilità delle informazioni che lo riguardano in tempo pressoché

reale, ovunque egli si trovi ed ovunque egli abbia necessità di disporre di quelle informazioni. E la criticità principale sarà garantire la connettività al massimo livello possibile ed alle migliori condizioni tecniche ed economiche.

Anche se un tale sistema appare essere complesso, esso si fonda su alcune prerogative relativamente semplici:

1. **estendere la percentuale dei medici di famiglia informatizzati,**
2. **sostenere in modo adeguato la informatizzazione di base delle strutture ospedaliere e specialistiche.**
3. **provvedere allo sviluppo della rete informatica degli ospedali e delle strutture specialistiche pubbliche.**
4. **realizzare un modello di condivisione delle informazioni e di tracciabilità degli eventi, nel rispetto delle procedure di sicurezza e di tutela della privacy (FSE).**
5. **facilitare la connettività tra i vari terminali del SSN informatizzati e garantire in tal modo la possibilità di collegare i PC dei professionisti sanitari con il sistema di centralizzazione dei dati.**
6. **definire e tenere costantemente aggiornati il set di dati, gli standard e le codifiche comuni a tutte le aree del SSN,** elementi che possono fare da base per la raccolta e la condivisione dei dati clinici da parte dei soggetti interessati.
7. **operare on line:** il fascicolo sanitario consentirà di disporre in tempestivamente, da ogni parte del Paese, da parte di ogni operatore del sistema autorizzato dal cittadino, di tutte le informazioni legittimamente disponibili.
8. **garantire al cittadino la potestà autorizzativa all'ingresso nel sistema,** per la visualizzazione del proprio fascicolo sanitario personale, mediante l'utilizzo di adeguate modalità di accesso.
9. **stabilire a priori le regole di governo del sistema informatico,** definendo chi concede le autorizzazioni all'utilizzo dei dati, a che scopo possono essere utilizzati i dati ed ogni altra attività connessa alla esistenza ed alla disponibilità dei dati sanitari. Queste poche priorità sono altrettante condizioni perché nel Paese possa svilupparsi in modo compiuto un sistema di sanità elettronica disegnato sulle esigenze delle persone e sulla responsabilità dei professionisti, che abbia come obiettivo un grande progetto unitario e che veda coinvolti tutti gli attori che si muovono e operano dentro il SSN.

Sarà fondamentale che la grande capacità di iniziativa privata che in questo settore si è andata sviluppando negli ultimi decenni faccia il paio con il forte senso istituzionale pubblico che anima il governo della sanità nel Paese fin dalla emanazione della legge 833/78. Noi siamo molto convinti e consapevoli del grande ruolo che può giocare l'iniziativa privata nel settore informatico. Crediamo che la capacità di investimento, lo sviluppo della ricerca, la capacità di perseguire e ottimizzare la redditività, unitamente alla naturale propensione della cultura informatica alla libera espressione dentro il mercato possano essere le condizioni scatenanti la crescita anche del settore informatico sanitario.

E' peraltro sufficientemente ovvio che la manipolazione di dati sanitari non equivale, neanche dal punto di vista informatico, al trattamento di altre generiche informazioni. La intrinseca sensibilità dei dati inerenti la salute delle persone ha necessità di tutele ampie e forti, che non assoggettino il valore di quei dati all'interesse di qualcuno. Questo tipo di tutele e di garanzie deve essere, per forza di logica e di ragione, garantito dallo Stato, nell'interesse generale della collettività e nel rispetto dei diritti di ciascuno.

La logica della cooperazione forte tra servizio pubblico ed iniziativa privata sta dunque in questa affermazione generale e di principio: c'è chi fa e c'è chi controlla che ciò che è stato fatto risponda alle regole date a priori.

Ma non basta.

Il settore informatico è un campo in continua evoluzione sia dal punto di vista della componentistica, sempre in continuo aggiornamento e rinnovamento, che da quello della tecnologia applicativa, con software sempre più complessi e completi, che infine da quello della ricerca e della sperimentazione sempre tesa a trovare le migliori soluzioni, nel minore tempo possibile, alle più vantaggiose condizioni di mercato.

Queste considerazioni fanno sì che questo terreno sia peculiarmente ritagliato su una forte e capace iniziativa privata, che sappia anche tesaurizzare le conseguenze dei non pochi errori e delle non rare speculazioni che questo settore ha generato nel recente passato. Non credo che in questo campo ci siano spazi di manovra adeguati per l'iniziativa pubblica. Né credo che una tale ipotesi sia finanziariamente, economicamente, organizzativamente conveniente.

La storia recente dell'informatica sanitaria dimostra ciò che ho affermato. Con un esempio su tutti: quanti dei software di gestione della scheda sanitaria individuale sono frutto delle ricerche e della iniziativa pubblica? Ebbene, tutto questo settore appartiene ad un privato che, pur tra mille difficoltà, è riuscito a capitalizzare e rilanciare la grande esperienza e competenza della medicina di famiglia italiana.

Ma anche nel campo delle reti e dei sistemi integrati dovremmo essere grati alla nostra capacità di impresa.

Rimane però il grande capitolo delle regole, degli standard, delle codifiche, delle condizioni di sicurezza, della tutela della privacy e di tutte quelle condizioni di garanzia massima dei diritti delle persone, che costituiscono il terreno di competenza della iniziativa pubblica.

Su questo livello di competenze deve essere definito il quadro di insieme degli interventi strutturali della sanità elettronica del Paese, secondo i principi di unitarietà organizzativa e strutturale, al fine di evitare che singoli pezzi del paese, regionali o sovraregionali, procedano secondo l'interesse specifico, quando non di campanile.

Un ruolo forte, credo, debba essere giocato dal Ministro della salute. Se saprà costruire regole comuni, condivise, riconosciute e applicate; se saprà valorizzare le grandi qualità dell'impresa privata e le enormi capacità dei professionisti che già hanno

Rimini 21 Agosto 2006

costruito il presente della sanità elettronica del Paese; se saprà guidare in modo autorevole il percorso di crescita comune con tutti gli attori quotidiani del SSN; se saprà costruire i percorsi informatici sociali insieme a quelli sanitari; se saprà fare tutto ciò, il nostro SSN sarà di gran lunga il migliore.

Mario Falconi

---

Mario Falconi

L'elettronica in sanità: il significato della cooperazione pubblico-privato.