

*Camera dei Deputati
Commissione parlamentare per la semplificazione*

**AUDIZIONE
DEL 1° GIUGNO 2020**

**NELL'AMBITO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA
IN MATERIA DI SEMPLIFICAZIONE DELL'ACCESSO DEI
CITTADINI AI SERVIZI EROGATI DAL SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE**

La Confederazione Cooperative Italiane, Confcooperative, è la principale organizzazione di rappresentanza, assistenza e tutela del movimento cooperativo e delle imprese sociali italiane per numero di imprese (17.500), persone occupate (531.000) e fatturato realizzato (68 miliardi di euro di fatturato). I soci rappresentati sono 3.150.000.

In ragione della funzione sociale che la Costituzione italiana (art. 45) riconosce alla cooperazione, Confcooperative ne promuove lo sviluppo, la crescita e la diffusione.

Confcooperative Sanità è la Federazione Nazionale di Confcooperative di rappresentanza, tutela e promozione delle Cooperative di Medici, Farmacisti, delle altre cooperative operanti nell'ambito della sanità, delle società di mutuo soccorso e delle imprese sociali di settore.

Confcooperative Sanità associa 380 enti. I soci delle cooperative sono 142mila. Nel complesso l'indotto occupazionale generato dalle imprese aderenti supera le 25.000 unità. Il giro d'affari aggregato, realizzato dalle imprese aderenti, ammonta a oltre 11,5 miliardi di Euro.

1. LA STRATEGIA DI CONF COOPERATIVE SANITÀ PER L'ASSISTENZA PRIMARIA

La sensibilità al tema di indagine della Commissione da parte della cooperazione sanitaria associata in Confcooperative Sanità è coeva alle origini stesse della cooperazione tra professionisti sanitari. Le cooperative sanitarie di Confcooperative sono portatrici di una strategia che guarda ad un sistema assistenziale centrato sulla presa in carico dei bisogni sanitari e sociosanitari della persona, specie se anziana e non autosufficiente, in prossimità o addirittura nello stesso ambiente di vita della persona. **Vorremmo essere partner, espressione dell'economia civile, di un sistema pubblico che dall'erogazione di interventi settoriali a domanda del paziente, evolva per intercettare tempestivamente e nell'ambiente di vita il suo bisogno assistenziale, molto spesso cronicizzato, soggetto a processi degenerativi, aggravato dalla presenza di una molteplicità di patologie.** Un sistema che sappia valutare il bisogno nelle sue dimensioni sanitarie per lo più associate a quelle socio-assistenziali; programmare risposte personalizzate secondo protocolli appropriati; realizzare e gestire concretamente gli interventi mediante team multi-professionali integrati che agiscono secondo processi continuativi, monitorabili e verificabili negli esiti, sviluppati sul territorio (ambulatorio, domicilio, residenza assistita) in collegamento con il medico di medicina generale ed il distretto. Fino ad oggi questa strategia, ancorché recepita negli atti di programmazione e nelle indicazioni della legge, non ha trovato, se non in qualche rara eccezione, attuazione.

2. LA SEMPLIFICAZIONE ED IL RUOLO DELLA TECNOLOGIA DIGITALE

Il tema della semplificazione dei rapporti tra il cittadino e la PA, mediante l'impiego di strumenti digitali che permettono lo scambio immediato e diretto dell'informazione tra il cittadino ed il servizio, consentendo la partecipazione attiva e responsabile del paziente e dei suoi familiari alla cura e al *follow up* (in una parola l'*empowerment* del paziente e del *caregiver*) diventa una evidente componente essenziale della strategia dell'assistenza primaria.

La convinzione è che la tecnologia digitale, nel momento in cui velocizza e facilita lo scambio a distanza di informazioni tra il paziente e l'operatore, è un potente strumento di miglioramento del servizio, sia sul versante della domanda che su quello dell'offerta di servizio. La messa a disposizione del paziente delle informazioni di servizio e l'immissione facilitata da parte del paziente stesso del dato (anagrafico, amministrativo, socio-ambientale, ma anche clinico) abbattano le asimmetrie informative e riducono i problemi logistici che caratterizzano la ricerca e l'accesso del cittadino alle strutture di servizio. L'interoperabilità, l'interconnessione, la circolazione e la raccolta dei dati generati dai processi assistenziali:

- migliorano l'offerta di servizio e riducono i costi sociali dello stesso¹;
- ottimizzano la capacità di risposta al bisogno;
- razionalizzano la valutazione, la programmazione, il coordinamento gestionale, l'adeguamento continuo e il controllo dei processi;
- consentono l'adozione programmata di forme di assistenza e di monitoraggio a distanza del paziente domiciliarizzato, favorendo la continuità, riducendo i costi delle prestazioni e permettendo in caso di rischi improvvisi interventi di emergenza;
- velocizzano la gestione del passaggio del paziente tra setting assistenziali ambulatoriali, domiciliari e residenziali legate alle dinamiche delle patologie;
- aumentano l'efficacia delle cure praticate mediante la partecipazione ed il coinvolgimento funzionale del paziente domiciliarizzato e dei suoi familiari;
- possono migliorare la gestione amministrativa degli affidamenti esterni del servizio e consentire il controllo delle attività;
- permettono anche lo svolgimento di programmi di sorveglianza delle patologie infettive, come emerso nel corso della gestione della pandemia da coronavirus.

Non è poco, **ma lo strumento digitale da solo non basta**. Se non dialoga con un sistema informativo calato in una struttura del servizio (mappa dei poteri e delle responsabilità) ripensata alla radice e se non si incardina nella **reingegnerizzazione dei processi e delle prassi operative**, comprese quelle del medico e del sanitario, la digitalizzazione serve a poco e può essere addirittura un inutile costo aggiuntivo ed un improvvido appesantimento per l'utente e per l'operatore. In molti casi proprio la cooperazione ha promosso e sperimentato pionieristicamente l'impiego nell'assistenza domiciliare di dispositivi digitali per il coordinamento e il controllo degli accessi, per il tele-monitoraggio e la tele-assistenza. Tuttavia, scarsa o nulla è stata però la ricaduta in termini di integrazione di queste esperienze nella progettazione dei servizi da parte della Committenza pubblica e nella interazione strutturata con la medicina generale, la farmaceutica, la specialistica, tutte autoreferenzialmente ripiegate sui loro doveri (di settore e ingabbiati nella loro normativa convenzionale).

3. LA BUROCRATIZZAZIONE DEGLI APPARATI DI SERVIZIO PUBBLICO

La semplificazione degli accessi e delle procedure di fruizione dei servizi pubblici è una sfida che la politica lancia prima ancora che alla sanità all'intero apparato della PA, inficiata da una burocratizzazione sostenuta dall'inflazione normativa, dalla stratificazione delle regole, dalla scomposizione delle competenze, dalla gerarchizzazione delle linee di

¹ L'osservatorio sul digitale stima i costi nel sistema non digitalizzato (ricerca informazioni, prenotazione, pagamento visite/esami e ritiro referti) in 5 miliardi di euro (audizione del 3 luglio 2019).

comando, dalla centralità dell'atto amministrativo, dal dogma della legalità intesa solo formalmente, dagli eccessi del potere autorizzativo, dalla sovrapposizione dei controlli formali di legittimità.

Le norme sulla centralità del cittadino, sulla sua partecipazione alla gestione dei servizi pubblici e sulla semplificazione, ma anche la privatizzazione del rapporto di lavoro pubblico e la riforma della dirigenza. non sono bastate a cambiare il volto degli apparati.

La sanità non è immune dalla degenerazione burocratica dei servizi, nonostante i correttivi indotti dalla cultura e dall'autonomia tecnica degli operatori professionali, ma **sconta la moltiplicazione dei centri politici di governo che ha favorito la formazione di apparati tendenzialmente orientati alla specializzazione, all'autoreferenzialità e poco propensi al cambiamento.**

4. LE CRITICITÀ

Si confida che, superata l'emergenza pandemica, le politiche di rilancio della sanità sappiano affrontare anche le criticità di sistema, incidendo in modo indiretto e diretto sulla semplificazione e sul miglioramento dei servizi sanitari, dando slancio ad una forte azione di governo **che declini la semplificazione facendo della digitalizzazione della salute e delle cure un potente antidoto contro la resistenza al cambiamento del sistema sanitario.**

4.1 L'assenza di una guida unitaria del sistema sanitario

In sanità la patologia della burocratizzazione è aggravata dal regionalismo, tratto genetico del sistema, al quale ormai molti imputano la responsabilità della disomogeneità e dei ritardi nella tutela della salute del cittadino, non più difendibili con l'invocazione della valorizzazione delle specificità dei territori, della loro economia e dei loro tratti sociali. Il regionalismo ha attraversato la stagione della riforma del Titolo V della Costituzione, ha lanciato nuove sfide sul versante della differenziazione e gli indirizzi della politica della semplificazione dei servizi pubblici stanno rischiando di rimanere impantanati nella disomogeneità regionalista.

4.2 Il ritardo sul fronte dell'assistenza primaria

Il sistema dell'assistenza primaria, al quale la cooperazione sanitaria ispira la sua visione strategica, appare come una dimensione organizzativa antitetica alle attuali cure territoriali ancora in larghissima misura gestite per patologie e strutturate per silos autoreferenziali e non dialoganti (medicina generale, specialistica, diagnostica, riabilitazione ambulatoriale, farmaceutica, residenzialità e semi-residenzialità, domiciliarità). Il settore dell'assistenza più esposto al disordine e alla precarietà è quello dedicato alle persone non autosufficienti, in crescita esponenziale per dinamiche demografiche, sanitarie e sociali. Respinte dall'ospedale perché non in condizione di acuzie, incapaci di raggiungere con i propri mezzi

le sedi dei servizi, queste persone hanno bisogno di una medicina attiva associata ad una forte componente assistenziale, che può essere resa solo in un ambiente domiciliare adeguatamente supportato dalla famiglia o in strutture sanitarie residenziali a forte componente socioassistenziale. Le leggi e gli indirizzi programmatici che disegnano l'ADI e la residenzialità ci sono. Ne sono individuati gli obiettivi ed i modelli, stabiliti i requisiti, definiti i processi di programmazione dei trattamenti e gli strumenti amministrativi di affidamento all'esterno. Ma entrambi questi settori non decollano nella misura in cui la domanda imporrebbe. **L'Italia è posizionata molto male nel confronto con i principali partner europei.** Latitano inoltre i meccanismi di integrazione con il medico di medicina generale e gli specialisti; deboli ed occasionali sono le forme di continuità ospedale-territorio che proprio nella telemedicina dovrebbero trovare il proprio cardine; restano incerti i rapporti con i servizi sociali del Comune. Si tenga però anche presente che l'uso della telemedicina è molto diffuso nel settore privato, soprattutto per il trattamento delle malattie croniche - fatto che porta a una frammentazione delle informazioni sul paziente (ogni azienda possiede i dati di sua pertinenza) e a un incremento della spesa sanitaria privata del cittadino.

Infine, si segnala che lo stato dell'assistenza domiciliare e residenziale sul territorio è il terreno sul quale si dovrà verificare l'efficacia delle politiche per la semplificazione centrate sui bisogni del cittadino.

4.3 Il mancato sviluppo del partenariato virtuoso con il privato sociale

L'attuale modello organizzativo delle cure territoriali, segmentato e focalizzato sul regime ambulatoriale a gestione diretta o convenzionata si è dimostrato del tutto impreparato ad affrontare, con le sue forze, l'ondata della domanda generata dal ribaltamento della piramide demografica e dall'incalzare della cronicità e della non autosufficienza, che richiedeva invece regimi assistenziali alternativi come la domiciliarità e la residenzialità. **Stante la rigidità degli apparati di offerta a gestione diretta, la risposta è stata quella dell'acquisto sul mercato di prestazioni professionali specializzate nella forma dell'appalto di servizi.** Recentemente, e solo in alcune realtà locali, si è imposta l'idea che l'affidamento esterno dell'assistenza residenziale e delle cure domiciliari configurasse una fattispecie di esercizio ausiliario di servizio pubblico e che dovesse essere regolato mediante l'accreditamento delle strutture, a garanzia della qualità del servizio, e mediante il sistema degli accordi contrattuali di diritto privato, a garanzia della libera scelta da parte del paziente. Nonostante i progressi registrati, **il sistema è rimasto legato alla logica della diffidenza tra committente pubblico ed erogatore privato, la quale impedisce il decollo di una vera relazione di partenariato sussidiaria, evoluta e di medio-lungo periodo** implicante: il coinvolgimento dell'erogatore nella progettazione del servizio; il suo impegno anche sul versante della semplificazione e della centralità del paziente; la sua responsabilizzazione sui risultati e la legittimazione di forme remunerative del rischio di impresa

4.4 L'anarchia nei sistemi informativi

I programmi di semplificazione e di miglioramento dei servizi mediante la digitalizzazione presuppongono l'interazione con i sistemi informativi di governo e di gestione dei servizi della PA. **Figlio del regionalismo, lo sviluppo dei sistemi informativi in sanità ha seguito percorsi e logiche autonomiste, il cui risultato è quello della proliferazione di tanti sistemi diversi che non dialogano tra di loro.** Il caso più clamoroso è proprio quello dei due pilastri del sistema informativo sanitario: la tessera sanitaria elettronica (TS) e il fascicolo sanitario elettronico (FSE), due strumenti informatici che, integrandosi tra di loro, avrebbero dovuto aprire orizzonti nuovi per l'accesso, la fornitura delle informazioni provenienti dal cittadino e l'incrocio con i dati provenienti dalla gestione dei servizi. In realtà i due strumenti hanno proceduto su due strade divergenti. Il Ministero della salute ha messo in campo cabine di regia, tavoli interistituzionali e ben nove gruppi di lavoro che hanno prodotto gli standard per la registrazione dei vari referti specialistici. Altri Ministeri, agenzie governative, istituti e centri di ricerca hanno tentato di mettere ordine tra i gruppi tecnici regionali, i consulenti e gli esperti che si sono affacciati nella progettazione dei singoli pezzi del sistema, avvalendosi delle politiche europee e nazionali di promozione della digitalizzazione del Paese che si sono succedute dal 2003. **Nel frattempo, ogni regione ha il suo progetto di FSE²; ne determina i contenuti, la struttura (centralizzata o distribuita), il linguaggio, le modalità di costituzione, le modalità di accesso e di interoperabilità in funzione di una propria idea di sistema informativo e dei propri fini istituzionali. Tutto questo senza troppo preoccuparsi di come il sistema possa dialogare con quelli delle altre regioni e quali utilità possa rilasciare a livello nazionale anche ai fini della ricerca; né tanto meno dell'uso che possa farne il cittadino.** Dal 2018 TS e FSE fanno parte del programma europeo per la sanità digitale come strumento di accesso facilitato e sicuro ai servizi, di responsabilizzazione e partecipazione del cittadino alle cure, di modelli di servizio centrata sulla persona e come veicolo di trasferimento e raccolta dei dati per fini di ricerca e di sanità pubblica. **Nessuna attenzione è tuttavia posta nei fascicoli regionali ai dati ambientali e sociosanitari, così importanti per la progettazione e la gestione dei servizi domiciliari; nessuna traccia inoltre della registrazione dei piani di trattamento definiti dal distretto ed affidati in gestione alle cooperative.**

² Il cruscotto dell'Agenzia per la digitalizzazione ci dice che sul tema sono attive 18 regioni, 11 di esse hanno accolto le regole della interoperatività, i fascicoli attivi sono circa 13 milioni, nei fascicoli giacciono 270 milioni di referti specialistici e non so quanti milioni di prescrizioni farmaceutiche.

4.5 L'esplosione disordinata del mercato dei dispositivi sanitari

La tecnologia ed il mercato offrono dispositivi per i più svariati impieghi, anche sanitari, talvolta sofisticati. In base alla regolamentazione europea del 1993, recepita con il D.lgs. 46/1997, è il produttore che decide la destinazione d'uso del prodotto; auto-dichiara la conformità del processo produttivo rispetto determinati requisiti essenziali e lo marca CE; lo correda delle informazioni sul suo corretto impiego e lo commercializza. Il Ministero della Salute esercita solo la vigilanza, mediante un programma di controlli sulla catena di produzione e commercializzazione. Non esiste un sistema di autorizzazione analogo a quello dei farmaci e degli altri dispositivi medici. **Il mancato riconoscimento della prestazione nei LEA scoraggia l'investimento per l'acquisto della macchina e per la reingegnerizzazione del processo.** La stessa industria di settore lamenta la scarsa messa a disposizione da parte del sistema informativo sanitario delle informazioni che potrebbero migliorare l'incontro virtuoso della ricerca tecnologica con la domanda.

In seconda battuta, la sanità digitale sta vivendo una crescita impetuosa³; è un settore che si sviluppa ad un passo che la Pubblica Amministrazione non riesce a reggere, tanto che i provvedimenti nazionali di riferimento appaiono del tutto superati. Ad esempio le "Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina", che risalgono al 2014, sono del tutto prive di riferimenti alle tecnologie 4.0 (*wearable device*, *intelligenza artificiale*, *internet of things*, *big data*, *machine learning*, etc.). **Le linee di indirizzo, quindi, dovrebbero quantomeno essere aggiornate**, con l'obiettivo di sfruttare le potenzialità delle risorse ICT di nuova generazione. In questo senso il Fascicolo Sanitario Elettronico a tutt'oggi presenta notevoli limiti così come pensato dieci anni fa. Occorrerebbe che lo stesso fosse reso interoperabile con app e *device* usati quotidianamente dagli assistiti, così arricchendosi continuamente con il monitoraggio di valori rilevati in remoto direttamente dal paziente (ciò renderebbe diagnosticabili in fase iniziale, molte patologie, permetterebbe di individuare situazioni di rischio e di gestire meglio a distanza l'assistenza e la cura). Va infine tenuto conto di un ulteriore aspetto cruciale quando si parla di interventi di natura sanitaria e sociosanitaria, **cioè la necessaria tracciabilità delle prestazioni erogate, non sempre garantita dalla pleora di piattaforme che stanno invadendo il mercato.**

³ Come riportato nel report della Commissione Europea "Market study on telemedicine", nel 2017 erano presenti sul mercato 325.000 "mobile health application", con 3,7 miliardi di download effettuati (erano 1,7 nel 2013), per un valore di 38,6 miliardi (erano 6,7 nel 2015). I *big data* in sanità, nello stesso anno, valevano circa 14,25 miliardi di dollari, varranno 68,75 miliardi nel 2025. Analogamente il mercato delle applicazioni sanitarie dell'intelligenza artificiale, stimato in poco meno di un miliardo di dollari, crescerà ad un valore di 27,6 miliardi nel 2025.

4.6 Appropriatelyzza e copertura degli strumenti

L'88% dei medici⁴ in Italia usa e-mail o WhatsApp per scambiare informazioni cliniche o comunicare con i pazienti, a dimostrazione che la telemedicina (intesa come televisita) viene già ampiamente utilizzata, tuttavia senza gli strumenti appropriati e dedicati a questo tipo di attività. Ciò comporta che gli utilizzatori siano spesso inconsapevoli dell'assenza di tutela della *privacy* dei dati dell'assistito quando usano questi strumenti di comunicazione "social".

L'utilizzo esteso di strumenti digitali non disegnati per la telemedicina ed il sorgere di tecnologie sempre più nuove portano inoltre il mercato ad aver estrema necessità di chiarimenti in ordine a:

- **ricetta dematerializzata in regime privato** (cosiddetta "ricetta bianca"): al riguardo si sottolinea infatti come i professionisti sanitari che operano in telemedicina in regime privato non sanno come comportarsi nel caso di prescrizioni (lo stesso vale per gli operatori di telemedicina e per le farmacie);
- **informazione:** l'e-mail per la comunicazione di informazioni cliniche è **stata esplicitamente criticata dal garante della privacy**, eppure è ancora ampiamente utilizzata;
- **attività di "televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e telecooperazione con refertazione a distanza"**⁵, che necessitano di regolamentazione per designare quali prestazioni possono essere effettivamente svolte, dove, come ed eventualmente con quale rimborsabilità.

Si ritiene inoltre opportuno, **considerato che la telemedicina (definibile appunto come televisita, teleconsulto, telemonitoraggio e telecooperazione) viene già nei fatti ampiamente utilizzata, renderla rimborsabile**, anche perché i medici che già ora usano questi strumenti digitali per operare con i propri assistiti non vengono rimborsati per tali attività. La rimborsabilità di interventi svolti in telemedicina potrebbe riguardare tutti i pazienti fragili, superando il concetto di cronicità attraverso quello di cure "personalizzate" che tengano conto delle caratteristiche cliniche e socioeconomiche, oltreché del contesto familiare ed abitativo. In particolare, potrebbe essere incrementato il numero dei pazienti che possono essere monitorati a distanza, complice anche una corretta e sempre maggior istruzione dei pazienti all'uso del digitale (numerosi esempi di pazienti anziani che durante l'emergenza COVID-19 hanno appreso velocemente l'uso di dispositivi che permettevano

⁴ Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità 2019 –School of Management del Politecnico di Milano.

⁵ Le nuove tecnologie permettono lo svolgimento di esami da casa (anche veri e propri kit di laboratorio inviati a casa del cittadino) o presso ambulatorio del MMG/farmacie/ parafarmacie / health point, esami che poi vengono poi refertati da uno specialista in remoto.

conversazioni video in remoto). La televisita può dunque diventare una soluzione anche per la popolazione più anziana.

Senza bisogno di ideare nuovi PDTA/PCA e nuove tecnologie, le Istituzioni potrebbero ottenere notevoli benefici grazie al riconoscimento di servizi digitali già esistenti che consentono di:

- supportare i programmi di governo per combattere stili di vita malsani tramite la prevenzione digitale;
- ridurre numero di giorni di degenza ospedaliera e ridurre i costi di cura del paziente.

4.7 Il divario informativo e tecnologico della popolazione anziana

Nonostante la maggiore “alfabetizzazione” tecnologica a cui si è fatto poc’anzi cenno, la semplificazione sul versante dell’accesso e della fruizione dei servizi pubblici richiede un salto culturale che sconta, quando è affrontata mediante l’impiego della digitalizzazione, il forte gap che ancora caratterizza la maggiorana della popolazione anziane nel rapporto uomo-macchina. A ciò dovrebbe sopperire **un’idonea campagna di comunicazione pubblica** e potrebbe essere molto efficace una specifica azione di supporto da parte degli operatori professionali, attualmente non riconosciuta né valorizzata.

4.8 La debolezza dell’investimento in ricerca e formazione

La digitalizzazione dovrebbe stimolare la ricerca e cambiare il modo di fare medicina. Il salto culturale della semplificazione non ha futuro se non è accompagnato dalla ricerca, dalla ridefinizione dei processi assistenziali e dall’aggiornamento del *modus operandi* nello svolgimento delle attività previste, anche a causa dell’assenza della telemedicina tra gli argomenti trattati nei percorsi universitari destinati agli operatori sanitari. Sullo sfondo vediamo emergere problemi che investono mondi quali l’università e la ricerca; gli ordini professionali promotori della definizione dei profili professionali; le società scientifiche produttrici di linee guida e protocolli; la contrattazione collettiva delle posizioni di lavoro.

5. CONCLUSIONI: LE PROPOSTE DI CONF COOPERATIVE SANITÀ

Nell’ottica di Confcooperative Sanità la semplificazione dell’accesso ai servizi sanitari, anche mediante la diffusione della digitalizzazione della salute e delle cure, passa necessariamente per una riorganizzazione complessiva del modello sanitario sui principi dell’assistenza primaria. Il nodo centrale, infatti, non è tanto la questione tecnologica in sé, quanto piuttosto la capacità del SSN di muoversi sulle direttrici della presa in carico, della continuità ospedale-territorio, dell’integrazione sociosanitaria, della collaborazione tra professionisti, dello sviluppo dell’assistenza domiciliare, della definizione di adeguati percorsi diagnostico-terapeutici, dello sviluppo della medicina proattiva e personalizzata

(anziché reattiva) e della prevenzione, che richiede un contatto diretto fra assistito e medico, di un modello di assistenza che responsabilizzi il paziente tramite l'uso di servizi digitali innovativi e alla portata di tutti.

Una visione non più centrata sulla singola patologia ma sulla persona, volta a fornire una pluralità di servizi integrati.

Focalizzandosi in particolare sulle problematiche connesse al rafforzamento dell'accesso ai servizi sanitari, mediante processi di digitalizzazione dell'ecosistema sanitario e di implementazione della telemedicina, si rileva quanto segue.

Per prima cosa si tratta di processi che necessitano di una **regia di sistema**, capace di definire un disegno complessivo che contemperi il peso dei diversi attori e dei sottosistemi in cui essi interagiscono. In particolare una visione strategica, sistemica ed integrata è indispensabile per orientare e supportare i decisori e gli *stakeholder* pubblici nel delicato processo di selezione, all'interno del vasto panorama dell'offerta tecnologica, delle soluzioni effettivamente in grado di generare un valore aggiunto per il SSN.

Servono, in seconda istanza, **regole condivise** per l'identificazione di standard tecnologici e protocolli tecnici coordinati e flessibili: che consentano l'interoperabilità dei sistemi ICT, riducendo il rischio di disallineamenti fra le diverse organizzazioni sanitarie e che assicurino, in virtù di ciò, flussi informativi affidabili sui quali strutturare anche rigorose metodologie di **analisi degli outcome**.

In terzo luogo, è fondamentale il riconoscimento del **ruolo dei soggetti privati**, come volano di sviluppo tecnologico. La velocità con cui evolve il mercato della sanità digitale rende difficile per la parte pubblica adattarsi con tempestività ai cambiamenti. L'attivazione di partnership con i *provider* privati, più flessibili e responsivi alle sollecitazioni del mercato in virtù della loro natura imprenditoriale, è la via maestra da percorrere per inserire tecnologie all'avanguardia nel quadro dei percorsi di cura territoriali. Tali partnership dovrebbero essere istituzionalizzate, superando una volta per tutte lo stadio dello sperimentalismo locale, attraverso la definizione di requisiti e di standard di accreditamento dei centri erogatori e di protocolli atti a garantire la tracciabilità delle prestazioni erogate a garanzia dei pazienti, degli operatori e dei soggetti finanziatori. Sarebbe auspicabile al riguardo anche promuovere collaborazioni pubblico-privato su piattaforme digitali che permettono una rete integrata ospedale-territorio-domicilio, per far interagire le varie figure professionali che seguono l'assistito e integrarle con nuove figure locali, come i farmacisti.

Il quarto aspetto, infine, è forse quello più dirimente: senza **reti di professionisti sul territorio**, le speranze di digitalizzare i processi assistenziali sono destinate a rimanere tali. Il ruolo dei professionisti, infatti, resta centrale: sia nella sua componente puramente tecnica; sia nell'azione essenziale di *empowerment* alla base dei processi di telemedicina. È infatti l'operatore a stimolare la partecipazione degli utenti al processo; ad addestrare il paziente

e/o il *caregiver* nell'utilizzo dei *device*; a garantire l'inclusione di quei soggetti, in particolare gli anziani, meno confidenti con gli strumenti informatici. È evidente, quindi, che l'investimento tecnologico avrà senso solamente se sostenuto dall'azione di professionalità formate, aggiornate e motivate anche attraverso percorsi di formazione universitaria. Non solo, la tecnologia sarà tanto più utile quanto più sarà complementare alle professionalità degli operatori e sartorializzata sulle loro esigenze e su quelle dei pazienti.