

LA SANITÀ NEL PNRR

OSSERVAZIONI SULLA VERSIONE TRASMESSA ALLA PRESIDENZA DELLA
CAMERA DEI DEPUTATI IL 15 GENNAIO 2021

Sommario

1	Executive Summary.....	2
1.1	Assessment.....	5
1.2	Raccomandazioni.....	10
2	Introduzione.....	13
2.1	Metodo.....	13
3	Struttura generale del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.....	14
3.1	Overview.....	14
3.2	Vision e Goal.....	15
3.3	Mission e Strategy.....	18
3.3.1	Componente Riforme.....	18
3.3.2	M6C1 Assistenza di prossimità e telemedicina.....	21
3.3.3	M6C2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria.....	28

1 Executive Summary.

Come premessa è necessario considerare che il Piano è in bozza, di conseguenza è auspicabile ed augurabile che, le incongruenze individuate in questo report, possano essere risolte nei successivi passaggi di revisione.

La Mission Salute, tuttavia, presenta importanti debolezze strutturali, preoccupanti sia in termini di pianificazione strategica che di contenuto specifico.

L'obiettivo di un piano è principalmente quello di individuare che tipo di sistema si vuole disegnare nel medio/lungo termine. Coordinare una serie di goal, obiettivi, strategie e tattiche che vadano tutte verso una stessa direzione, chiara e verificabile.

Nel Piano manca la definizione di una visione di sistema, mentre la Missione appare un insieme di progetti non coordinati che risultano parziali e scarsamente integrati.

Il Piano è formato da tre componenti principali:

- Assistenza di prossimità e telemedicina
- Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria
- Riforme (trasversali)

Le componenti raccolgono un insieme di elementi di progetto che non formano, tuttavia, una strategia coerente e realmente eseguibile.

In particolare, la componente “Riforme” è poco sviluppata e incompleta.

Nell'analisi di dettaglio del PNRR emergono ripetutamente gli stessi problemi strutturali:

- **Piano frammentato in progetti**

I progetti sono scarsamente connessi tra loro.

Le stesse componenti principali non sono logicamente integrate, ad esempio: la telemedicina è citata nella prima componente e trascurata nella seconda

In generale: il sistema ospedaliero, FSE, assistenza di prossimità e sanità pubblica, risultano sconnessi.

- **Goal e Strategie privi di seguito operativo e Obiettivi concreti**

Il Piano, su diversi elementi critici, è incompleto con azioni e fini senza seguito operativo.

Interventi senza obiettivi misurabili e goal generali senza azioni concrete per raggiungerli o carenti nelle motivazioni¹.

Ad esempio:

- la Cartella Clinica Elettronica è presente come Goal ma non ha azioni di implementazione.

¹ Alcuni progetti hanno obiettivi che non qualificano il vantaggio che si vuole ottenere da una certa azione.

- la risposta di Sanità Pubblica alle malattie infettive emergenti² è, incredibilmente, priva di ogni azione che la supporti.
- la modernizzazione degli Ospedali include, ad alto livello, la digitalizzazione ma questa non ha riscontri in obiettivi ed azioni concrete
- la formazione ha obiettivi realizzativi ma le scelte specifiche non sono giustificate e sono assenti obiettivi che misurino i risultati attesi (*outcome*).

È importante osservare che il Piano, in quasi tutte le sue parti e specialmente per l'ambito della digitalizzazione, segue una logica di modesto miglioramento.

In questo modo non risponde al cambiamento dello scenario in corso e non interviene sulle criticità emerse con la pandemia.

Nella sostanza il PNRR si limita a investire in tecnologia, senza evidenziare scopi concreti e una chiara direzione strategica.

La pandemia ha invece evidenziato criticità strutturali, come l'inadeguatezza del meccanismo dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). I LEA non sono stati in grado di rilevare carenze croniche come la debolezza della medicina territoriale anche in regioni considerate avanzate e l'assenza dell'implementazione e dell'aggiornamento dei piani pandemici.

L'SSN, nel suo insieme, ha mostrato l'incapacità di disporre di dati clinici in modo³ adeguato e tempestivo, questo perché i LEA, i soli dati disponibili, sono stati progettati per il rientro contabile dei bilanci regionali e non per la Sanità Pubblica.

Se da un lato, ad alto livello, lo scopo del Piano è la digitalizzazione del SSN, questo si traduce nei fatti, in azioni ed obiettivi incoerenti. A partire dalla già citata assenza della Cartella Clinica Elettronica, passando per la mancanza di obiettivi nella digitalizzazione ospedaliera, per giungere ai limiti del Fascicolo Sanitario Elettronico, dove l'accento a nuove tecnologie e funzioni (IOT, App, Taccuino) corrisponde alla semplice diffusione di un inadeguato fascicolo documentale.

Manca, nell'FSE, la previsione di una riorganizzazione dell'architettura complessiva che preceda i diversi "Piani regionali". Il Fascicolo, per essere realmente utile, deve cessare di essere un semplice archivio documentale e diventare un sistema basato su dati standardizzati⁴ che supportino i processi di cura.

² Vedi oltre il Goal: *"Rafforzare la resilienza e la tempestività di risposta del sistema sanitario alle patologie infettive emergenti gravate da alta morbilità e mortalità, nonché ad altre emergenze sanitarie"*.

³ Nel 2019 sono stati pubblicati i dati relativi al 2017. Una revisione della metodologia è in corso, tuttavia è evidentemente insano avere dati di governo di sistema disponibili con un ritardo di 2 anni, inoltre non del tutto completi. Vedi: MdS, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2017*, febbraio 2019, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf.

⁴ Quindi interoperabili.

Senza una riprogettazione adeguata gli FSE regionali saranno strutturalmente incapaci di fornire servizi utili, omogenei e adeguati alla cura delle persone.⁵

La debolezza più rivelatrice delle debolezze Piano si riscontra nella formazione.

Colpisce che mentre è prevista la **formazione digitale** per operatori sanitari e management, sia **completamente assente la necessaria formazione di competenze di IT sanitario in termini di architetture, uso efficace di standard per l'interoperabilità e gestione di sistemi tecnologici complessi.**

Senza la creazione di competenze di questo tipo, oggi limitate e disomogenee, ad ogni livello del sistema (nazionale, regionale e territoriale) gli investimenti nella digitalizzazione saranno in larga parte ingestibili e pertanto poco utili.

Il Piano inoltre elude il punto centrale della *governance* del processo di digitalizzazione.

Nella maggior parte delle esperienze internazionali la governance è realizzata da agenzie specializzate di livello nazionale come l'Office of National Coordinator in USA, Infoway in Canada, Nictiz nei Paesi bassi, ASIP Santé in Francia, Digital Health in Australia.

Nel Piano la progettazione e il governo dell'architettura digitale è assente. In aree come quelle dell'FSE la governance è oggi frammentata su diverse Pubbliche amministrazioni centrali e le regioni, senza responsabilità chiare, lasciando numerose aree critiche non coperte⁶ o delegate a gruppi di lavoro transitori.

È invece necessario uno sforzo coordinato e costante in termini di standard, governance dell'architettura e dei processi di cura.

Per questo sono mandatorie: organizzazione, competenze adeguate e l'inclusione di aree finora lasciate scoperte o considerate superficialmente, evitando l'errore che la progettazione di un sistema complesso come quello sanitario sia ridotta ad un mero atto tecnologico.

Senza comprendere questi elementi la digitalizzazione sarà frammentata e poco efficace ma soprattutto non in grado di rispondere alle nuove sfide ed ai problemi che la pandemia ha evidenziato.

La raccomandazione generale che emerge dall'analisi del Piano è quella di inserire gli appropriati elementi tecnologici (standard ed architetture) ma soprattutto organizzativi (ruoli ed unità organizzative appropriate) che rendano il Piano coeso e che permettano di coinvolgere gli attori del sistema in una Vision chiara e compiutamente *Mission Oriented*.

⁵ Va osservato che l'attuale FSE è stato sostanzialmente inutile rispetto alla pandemia, nonostante questo sia stato inserito nel DL del 19 maggio 2020, n. 34 convertito con modificazioni dalla Legge del 17 luglio 2020, n. 77 recante: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19», con miglioramenti positivi ma senza relazioni con il contesto pandemico.

⁶ Come le terminologie cliniche.

1.1 Assessment

Nella tabella seguente sono riportate le valutazioni rispetto agli elementi del piano esposte in dettaglio nella sezione 3

Ref. Id	Nome	Assessment Category	Descrizione
M6	Il Goal relativo al rafforzamento della risposta del sistema sanitario alle patologie infettive emergenti non ha interventi (strategie)	weakness	<u>Anche se apparentemente incluso come goal di primo livello, il rafforzamento della risposta alle malattie infettive non è considerato nelle strategie e negli interventi</u>
M6	La Vision del piano non è definita	weakness	<u>Il piano non definisce una vision di sistema.</u> La Vision rappresenta in modo sintetico la motivazione profonda del piano oltre i singoli goal individuati.
M6-R	Collocazione della Riforma IRCCS incoerente	weakness	<u>La collocazione della riforma degli IRCCS qui ha una logica non chiara</u> dato che è collocata sotto l'assistenza di prossimità.
M6-R	Mancano Goal ed Obiettivi alle riforme	weakness	<u>Le strategie mancano di Goal ed Obiettivi temporali.</u> Questo è rilevato dato che le riforme sono abilitanti rispetto ai progetti.
M6-R	Riforme deboli e limitate	weakness	<u>Le riforme elencate appaiono parziali, incomplete e confinate solo ad alcuni aspetti.</u>
M6-R	Strategia di standardizzazione solo enunciata e parziale	weakness	<u>La strategia di standardizzazione è solo enunciata ma non ha strumenti (Strategie, tattiche ed obiettivi) per essere realizzata.</u> Manca l'individuazione di competenze, ruoli e strutture per la manutenzione e l'aggiornamento. La strategia di standardizzazione, inoltre, viene limitata alla sola assistenza territoriale, mentre la governance degli standard tecnologici sanitari deve essere ben coordinata in tutti gli ambiti.

M6C1	Integrazione progetti modesta		<p><u>I diversi progetti</u> (Casa della Comunità e presa incarico della persona, Casa come primo luogo di cura, Assistenza domiciliare, Sviluppo delle cure intermedie) <u>non possono essere implementati come progetti indipendenti.</u></p> <p>Senza connessione organizzativa e informatica sia a livello dell'assistenza di prossimità, che verso il sistema ospedaliero e l'FSE.</p> <p>Devono quindi essere previsti strumenti e interventi per la progettazione coordinata</p>
M6C1	Sanità pubblica marginale	weakness	<p>Dopo l'evidenza dei limiti del SSN nell'affrontare la pandemia COVID-19, ci si poteva attendere che <u>la sanità pubblica</u> fosse un aspetto centrale e bene integrato con il rinnovo del SSN mentre questa <u>appare come un goal di secondo livello collocato in modo inappropriato (considerato come sotto-goal dell'assistenza di prossimità e telemedicina mentre la sanità pubblica riguarda principalmente la popolazione). I contenuti strategici appaiono comunque non chiaramente sviluppati e sconnessi dal resto del piano.</u></p>
M6C1-1.1	Manca l'attore responsabile dello sviluppo del modello digitale dell'ADI	weakness	<p><u>È necessario identificare un attore responsabile dello sviluppo e della manutenzione del modello.</u> È importante che questo sia stabile e segua il modello in modo continuo, aggiornandolo e correggendolo in base all'esperienza ed all'evoluzione tecnologica e degli standard</p>
M6C1-2	Strategia di rafforzamento IRCCS senza Tattiche ed Obiettivi	weakness	<p><u>La strategia sugli IRCCS non ha Tattiche né Obiettivi definiti e non è quindi verificabile.</u></p>
M6C1-2	Strategia di finanziamento priva di obiettivi realizzativi e/o di impatto	weakness	<p><u>La strategia di finanziamento non ha Tattiche né Obiettivi realizzativi e/o di impatto definiti e non è quindi verificabile</u></p>

M6C1-2	Mancanza di una motivazione per la Tattica	weakness	<u>La tattica è priva di un rationale che possa motivarla strategicamente</u> , considerando anche la sua dimensione
M6C2	Assenza della Cartella clinica elettronica	weakness	<u>La Cartella Clinica Elettronica</u> , designata come goal del componente M6C2 ("Superare le criticità legate alla diffusione limitata e disomogenea della cartella clinica elettronica"), <u>non trova riscontro nelle azioni che la realizzino.</u> In questo modo la digitalizzazione ospedaliera proposta è obsoleta e parziale
M6C2-1-1	Obiettivo acquisizione grandi apparecchiature incompleto	weakness	<u>Non è indicato quando l'obiettivo sarà raggiunto. L'obiettivo è quindi incompleto</u>
M6C2-1.1	L'obiettivo della rilevazione dei Fabbisogni è limitato ai "grandi apparati"	weakness	La rilevazione si limita alle "grandi apparecchiature" e <u>non è considerato l'IT ospedaliero nel suo complesso</u> , ne questi aspetti sono trattati altrove. E' necessario che vengano trattati insieme e non separatamente.
M6C2-1.1	Strategia di Digitalizzazione Ospedaliera senza Tattiche ed Obiettivi	weakness	La Strategia di Digitalizzazione ospedaliera non ha Tattiche ed Obiettivi definiti, non vi sono quindi elementi per la sua esecuzione
M6C2-1.3	Flussi non consistenti con l'FSE	weakness	I Flussi sono un termine proveniente dal NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario del MdS) non è chiaro il senso dell'implementazione di 2 flussi aggiuntivi.
M6C2-1.3	Goal e Obiettivi non congruenti con l'architettura documentale attuale dell'FSE	weakness	La strategia sembra indicare una mancanza di comprensione dell'architettura documentale dell'FSE attuale. Sembra esserci un importante disallineamento sulla natura ed il funzionamento del FSE o quanto meno non è chiaro il senso della strategia.

			Da sottolineare che manca un collegamento con la sanità pubblica.
M6C2-1.3	Limiti organizzativi ed architetture della strategia FSE	weakness	<p>Il semplice "rafforzamento e completamento" è incompatibile con la strategia indicata.</p> <p>Il Fascicolo attualmente è un semplice sistema documentale del tutto inadeguato alla strategia, senza che ne sia profondamente rivista l'architettura.</p> <p>IOT, App, così come le funzioni di raccolta delle informazioni da parte del cittadino non sono realizzabili senza passare da un approccio documentale ad uno centrato sull'interoperabilità dei dati.</p> <p>La strategia non può limitarsi a rafforzare l'esistente ma vanno fatti investimenti reali sulla standardizzazione (Standardizzazione di risorse HL7 e Terminologie cliniche)</p>
M6C2-1.3	Ruolo ed organizzazione del Fascicolo non congruenti con l'architettura e le funzioni correnti	weakness	<p>Manca una comprensione effettiva del ruolo e della funzione del FSE rispetto alla missione Salute ed</p> <p><u>è necessaria una revisione profonda dell'organizzazione che sta dietro alla realizzazione del Fascicolo.</u> Questa è attualmente frammentata in numerose Amministrazioni, sia centrali che regionali, con responsabilità definite in modo non consistente.</p>
M6C2-2	Manca di una motivazione razionale per gli interventi e di Obiettivi di impatto	weakness	<p>Manca una motivazione razionale della strategica degli interventi settoriali scelti.</p> <p>Una strategia necessita, inoltre, di una motivazione ben definita e i suoi obiettivi non possono limitarsi alla sola realizzazione ma piuttosto devono includere la previsione del suo impatto che sia misurabile nelle sue conseguenze.</p>

M6C2-2.3	Assenza della formazione digitale	weakness	<p>Le competenze digitali sono citate nel titolo ma sono assenti negli interventi. Questo è in completo contrasto con i goal di ammodernamento e digitalizzazione. Vanno creati interventi specifici per l'IT sanitario in termini di management e progettazione delle architetture ed uso degli standard.</p> <p><u>Questa mancanza, da sola, rischia di invalidare l'intera strategia di digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale</u></p>
----------	-----------------------------------	----------	---

1.2 Raccomandazioni

Sono qui riportate le raccomandazioni che emergono dall'analisi del piano esposte in dettaglio nella sezione 3.

Raccomandazione (R1):

Devono essere creati interventi specifici per l'IT sanitario in termini di management e progettazione delle architetture ed uso degli standard.

Le competenze necessarie, oggi ridotte e non ben distribuite, devono essere costruite a tutti i livelli di sistema: centrale, regionale e territoriale.

È necessaria un'organizzazione stabile dedicata alla progettazione ed alla manutenzione ed all'evoluzione nel tempo dell'architettura del Servizio Sanitario Nazionale.

L'effetto di ogni ammodernamento tecnologico "per progetti" sarà modesto se non del tutto inconsistente senza un coordinamento condiviso che non può essere realizzato in modo episodico.

È importante comprendere che questa organizzazione non può essere puramente tecnologica ma deve coordinare gli aspetti funzionali, di processo e tecnologici.

Raccomandazione (R2):

Il componente Riforme deve essere ripensato e completato. A titolo di esempio è necessario:

- **reformare la governance e l'operatività del Servizio Sanitario Nazionale specie in condizioni di emergenza sanitaria.** Deve essere prevista una organizzazione e un insieme di tecnologie di sanità pubblica adeguate all'arrivo delle pandemie ed altre possibili emergenze integrate nel sistema e in grado di reagire in modo pronto ed efficace (*readiness*). È necessario, ad esempio, che la raccolta dei dati, essenziale per la valutazione dell'impatto di una pandemia sui cittadini, non possa avvenire attraverso dei fogli Excel e copiando dati in modo manuale.
- **reformare i LEA per individuare effettivamente i livelli di assistenza difforni tra le regioni e disporre di strumenti adeguati a indirizzare l'azione sugli squilibri e le insufficienze⁷.** La pandemia ha reso evidente che sanità pubblica e medicina territoriale non sono considerate nei LEA mostrando che regioni apparentemente ben dotate non hanno invece strutture adeguate al pari di regioni tradizionalmente considerate deboli. La riforma deve utilizzare tecnologie moderne che permettano la cattura dei dati in tempi utili. Non è sostenibile che i dati dei LEA possano essere pubblicati con due anni di ritardo⁸

⁷ L'SSN, a 15 anni dall'avvio dei "piani di rientro", evidenzia inadeguatezze (considerando solo quelle identificate dai LEA) in ben 11 Regioni e Province Autonome su ventuno, due delle quali tuttora commissariate dal governo centrale.

⁸ Nel 2019 sono stati pubblicati dati relativi al 2017. Una revisione della metodologia è in corso, tuttavia è evidentemente insano avere dati di governo di sistema disponibili con un ritardo di 2 anni, inoltre non del tutto completi. Vedi: MdS, Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2017, Febbraio 2019, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf.

• **riformare la struttura della governance del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed in generale della governance degli standard e delle architetture funzionali e tecnologiche per l'interoperabilità dell'IT sanitario.**

Attualmente la governance del FSE è frammentata tra diversi attori centrali, regioni e aziende sanitarie e non vi sono strutture organizzative stabili e competenze sufficienti allo sviluppo delle architetture e degli standard, lasciando diverse aree completamente scoperte. Ad esempio, le terminologie ufficiali disponibili sono ancora limitate all'obsoleto ICD9CM che ha finalità statistiche e non cliniche. Stessa situazione per i processi sanitari (clinical pathway) assenti dalle architetture attuali e dalla stessa Mission Salute.

Un piano di digitalizzazione deve contenere Goal, Obiettivi, Strategie e Tattiche verificabili in questo ambito e disegnare, ad alto livello, l'organizzazione responsabile della progettazione del sistema.

Raccomandazione (R3):

Va chiarito che i diversi progetti (Casa della Comunità e presa incarico della persona, Casa come primo luogo di cura, Assistenza domiciliare, Sviluppo delle cure intermedie) **non possono essere implementati in modo indipendente.** Senza connessione organizzativa e digitale con il sistema ospedaliero, l'FSE e la Sanità Pubblica la loro efficacia non sarà consistente con gli investimenti.

Devono quindi essere previsti strumenti e azioni per la progettazione coordinata degli interventi.

Raccomandazione (R4):

È necessario rivedere profondamente il contenuto della strategia sulla Sanità Pubblica facendo seguito, operativamente, al Goal: "Rafforzare la resilienza e la tempestività di risposta del servizio sanitario alle patologie infettive emergenti gravate da alta morbilità e mortalità, nonché ad altre emergenze sanitarie" ed esplicitare la connessione della sanità pubblica rispetto all'architettura complessiva dell'SSN e la sua organizzazione, ad esempio evidenziando un uso dell'FSE in questo ambito.

Raccomandazione (R5):

È necessario rivedere il contenuto della strategia sull'ammodernamento dei sistemi ospedalieri. Ammodernamento delle apparecchiature e l'IT Sanitario devono essere progettati e realizzati in modo coordinato e coerente.

La Cartella Clinica Elettronica, in questo contesto, è un elemento chiave che non può essere trascurato.

Va anche esplicitata l'integrazione tra ospedale e assistenza di prossimità ed includere la telemedicina.

Insieme alla evoluzione tecnologica ed alla indispensabile standardizzazione, in questo ambito è necessario promuovere una **modernizzazione dell'organizzazione ospedaliera.**

Raccomandazione (R6):

La strategia dell'FSE va ripensata profondamente, senza perdere il lavoro svolto negli anni passati, ma **adeguandola ai Goal di Assistenza di prossimità, Ammodernamento del sistema ospedaliero e Sanità pubblica.**

La strategia sui flussi si mostra concettualmente poco consistente con il funzionamento dell'FSE e con le tecnologie moderne di elaborazione dei dati.

Anche in questo caso va sottolineata l'importanza di creare un'organizzazione con competenze adeguate.

Un sistema complesso come quello sanitario non può essere gestito solo con tavoli e gruppi di lavoro transitori ed attori che si sovrappongono senza responsabilità chiaramente definite.

2 Introduzione

Il documento è un'analisi della Mission Salute della "Proposta di Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza" (PNRR) trasmessa alla Presidenza della Camera dei Deputati il 15 gennaio 2021.

L'obiettivo dell'analisi è quello di identificare le debolezze ed i miglioramenti necessari, dal punto di vista della Digitalizzazione e dell'ammodernamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), al fine accrescerne l'efficacia.

2.1 Metodo

L'analisi del piano è stata eseguita formalizzando la *Mission Salute* per mezzo del Business Motivation Model (BMM): uno standard internazionale⁹ che permette di definire ed analizzare Piani Strategici e Business Plan.

La struttura di BMM permette di identificare i componenti di un piano distinguendo Mezzi (Mission, Strategie e Tattiche) e Fini (Vision Goal ed Obiettivi).

La sua struttura facilita la costruzione e la verifica della consistenza dei piani e aiuta ad evitare che gli stessi abbiano aree non coperte, incoerenze logiche, definizioni mancanti, tempi di realizzazione ed intervento non ben definiti e dipendenze non rispettate.

Lo scopo di BMM è quello di supportare la stesura di piani solidi, eseguibili ed efficaci:

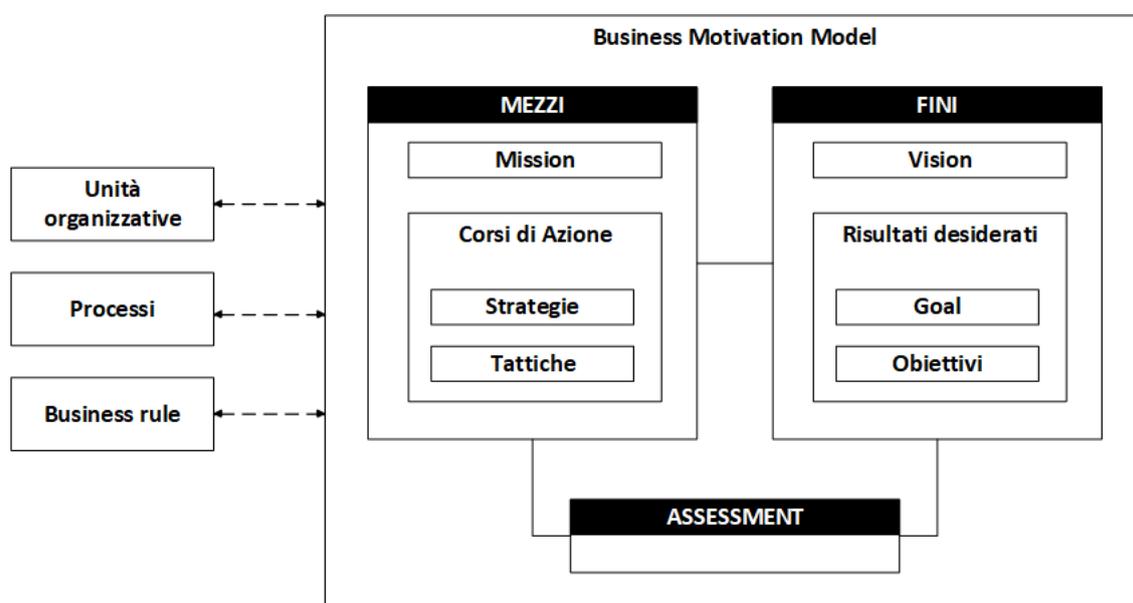


Figura 1 - Business Motivation Model (BMM) overview (frammento)

⁹ L'OMG Business Motivation Model (BMM) è un modello che definisce un linguaggio utile a supportare lo sviluppo e l'analisi di business plan e piani strategici. Vedi OMG, *Business Motivation Model*, Version 1.3, formal/2015-05-19, <https://www.omg.org/spec/BMM/>.

3 Struttura generale del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

3.1 Overview

La Mission Salute include tre componenti, due componenti strategiche che includono progetti (Assistenza di prossimità e telemedicina ed Innovazione, Innovazione ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria) ed una componente di Riforme, trasversali alle due componenti.

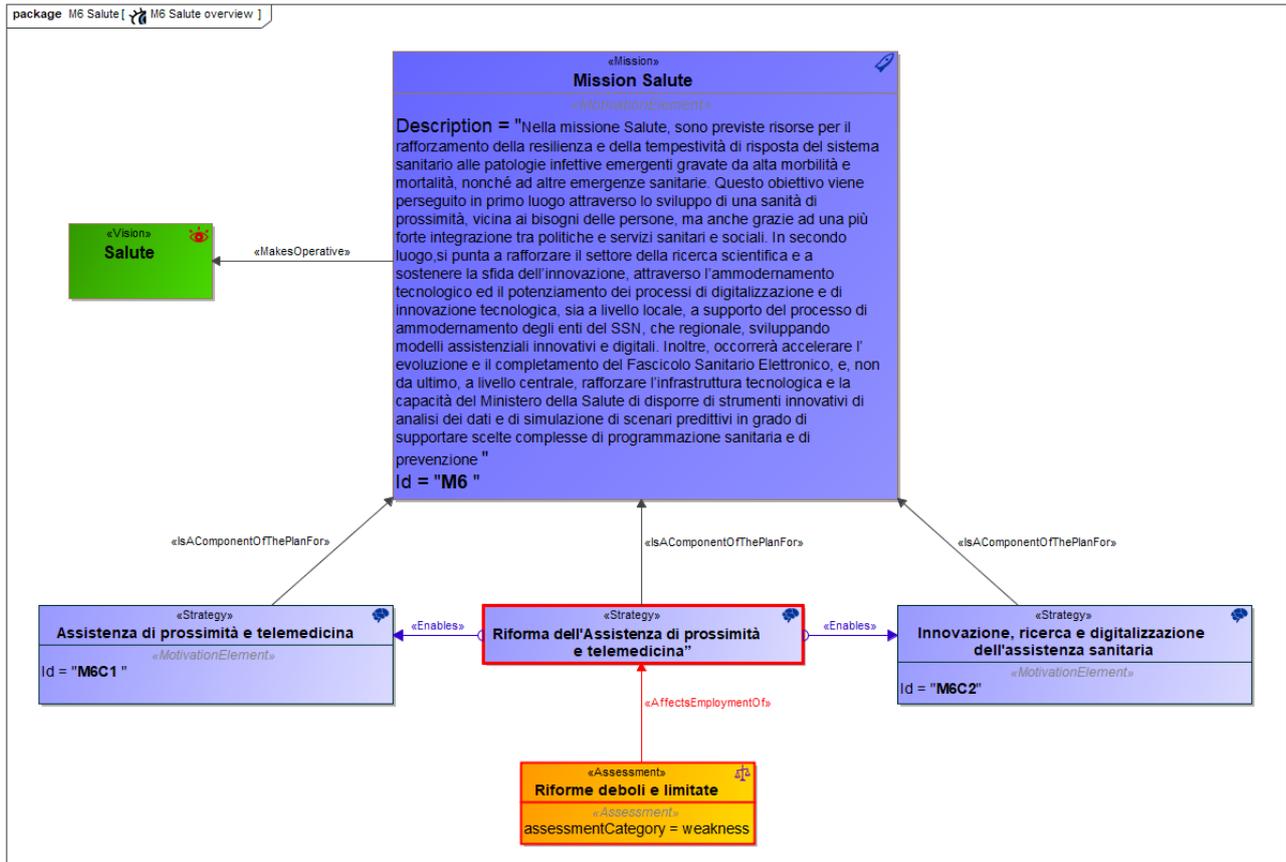


Figura 2 – Mission e componenti strategici

La Mission e le due componenti progettuali sono dotate di una serie di goal (vedi figura 2) mentre le riforme non hanno dei propri goal né obiettivi definiti, che devono essere derivati dalle componenti progettuali.

La Vision¹⁰ relativa alla Mission Salute non è esplicitata.

Va considerato che il piano è in bozza, di conseguenza, le incongruenze individuate in questo report, a partire dalla debolezza delle riforme presenti, dovrebbero essere risolte nei successivi passaggi di revisione.

¹⁰ Una **Vision** descrive lo stato futuro dell'enterprise, senza considerare il modo in cui questa deve essere realizzata. Una Vision è lo stato finale che l'enterprise vorrebbe raggiungere. Una Vision è *resa operativa* dalla Mission. Vedi OMG, *Business Motivation Model*, cit.

3.2 Vision e Goal

Come osservato il **Piano non include una Vision di sistema**¹¹ ma si limita ad un insieme di Goal¹² generali di alto livello.

La struttura dei Goal ha ancora necessità di essere elaborata dato che vi sono, ad esempio, Goal uguali o sostanzialmente simili, che si ripetono a diversi livelli della struttura e Goal che non hanno Obiettivi¹³ definiti né mezzi e strumenti (Strategie¹⁴ e Tattiche¹⁵) che li realizzino.

Ad esempio, la **Cartella Clinica elettronica** è citata tra i Goal ma non ha seguito nel piano e mancando completamente nella modernizzazione tecnologica negli ospedali.

Inoltre, non si capisce e sorprende notare che la **sanità pubblica**, nell'ambito delle malattie infettive, è presente nei goal della missione ma non ha alcun obiettivo né alcun intervento specifico. La sanità pubblica è limitata agli effetti dei cambiamenti climatici e collocata **erroneamente** come Strategia di secondo livello nell'ambito dell'*Assistenza di prossimità e telemedicina*¹⁶

Un altro aspetto particolarmente critico è la **formazione delle competenze digitali**. Queste sono citate nel Goal di alto livello ma appaiono assenti negli interventi. Questo non è coerente con i goal di ammodernamento e digitalizzazione del SSN.

La creazione e gestione di un sistema sanitario digitale richiede competenze IT adeguate nel campo dell'Enterprise Architecture (es. TOGAF¹⁷, UAF), nelle architetture come SOA e Microservices.

¹¹ Vedi Figura 3

¹² «Un **Goal** è la definizione di uno stato o di una condizione dell'Enterprise da acquisire in modo appropriato tramite Mezzi [Strategie, Tattiche] appropriati. Un Goal amplifica [*amplifies*] una Vision; ovvero, indica ciò che deve essere soddisfatto su base continuativa per ottenere efficacemente la Visione.» (OMG, *Business Motivation Model*, cit.)

¹³ «Un **Obiettivo** è la definizione di un target raggiungibile, definito nel tempo e misurabile che l'enterprise cerca di raggiungere per raggiungere i suoi Goal.» (OMG, *Business Motivation Model*, cit.). Questa definizione di "Obiettivo" è coerente con i popolari criteri "SMART" secondo cui un obiettivo deve essere: Specific (specifico), Measurable (misurabile), Attainable (raggiugibile), Relevant (pertinente), and Time-Based (temporizzato).

¹⁴ «Una **Strategia** è un componente del piano per la Mission. Una Strategia rappresenta la linea d'azione [*Course of Action*] essenziale per raggiungere i Fini (Goal in particolare). Una Strategia di solito incanala gli sforzi [*channels efforts*] verso i Goals.

Una Strategia è più di una semplice risorsa, skill o competenza a cui l'enterprise può affidarsi; piuttosto, una Strategia è accettata dall'impresa come l'approccio giusto per raggiungere i propri Goal, dati i vincoli e i rischi ambientali.» (OMG, *Business Motivation Model*, cit.)

¹⁵ «Una **Tattica** è un Corso di Azione [*Course of Action*] che rappresenta parte dei dettagli delle strategie. Una tattica implementa strategie. ... Una Tattica generalmente incanala gli sforzi [*channels efforts*] verso gli Obiettivi.» (OMG, *Business Motivation Model*, cit.)

¹⁶ Vedi oltre la sezione 3.3.2

¹⁷ OpenGroup TOGA, vedi: <https://www.opengroup.org/togaf>

Inoltre, sono necessarie solide conoscenze nell'uso degli standard di contenuto come HL7 CDA 2¹⁸ ed HL7-FHIR¹⁹ e nelle terminologie (es. esempio LOINC²⁰, SNOMED²¹) e skill adeguati nel disegno delle interfacce tra sistemi.

Queste competenze dovranno essere sufficientemente diffuse nel SSN perché il processo di digitalizzazione sia reale ed efficace.

Senza questi interventi la strategia di ammodernamento e transizione non potrà dare risultati consistenti nel tempo.

La mancanza di competenze (*skill shortage*), da sola, può far fallire l'intera strategia di digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale a prescindere dagli investimenti stanziati.

Raccomandazione (R1):

Devono essere creati interventi specifici per l'IT sanitario in termini di management e progettazione delle architetture ed uso degli standard.

Le competenze necessarie, oggi ridotte e non ben distribuite, devono essere costruite a tutti i livelli di sistema: centrale, regionale e territoriale.

È necessaria un'organizzazione stabile dedicata alla progettazione ed alla manutenzione ed all'evoluzione nel tempo dell'architettura del Servizio Sanitario Nazionale.

L'effetto di ogni ammodernamento tecnologico "per progetti" sarà modesto se non del tutto inconsistente senza un coordinamento condiviso che non può essere realizzato in modo episodico.

È importante comprendere che questa organizzazione non può essere puramente tecnologica ma deve coordinare gli aspetti funzionali, di processo e tecnologici.

¹⁸ HI7 CDA Release 2, vedi: https://www.hl7.org/implement/standards/product_brief.cfm?product_id=7

¹⁹ HL7 FHIR, vedi: <https://hl7.org/FHIR/>

²⁰ LOINC, vedi: <https://loinc.org/>

²¹ SNOMED, vedi: <https://www.snomed.org/>

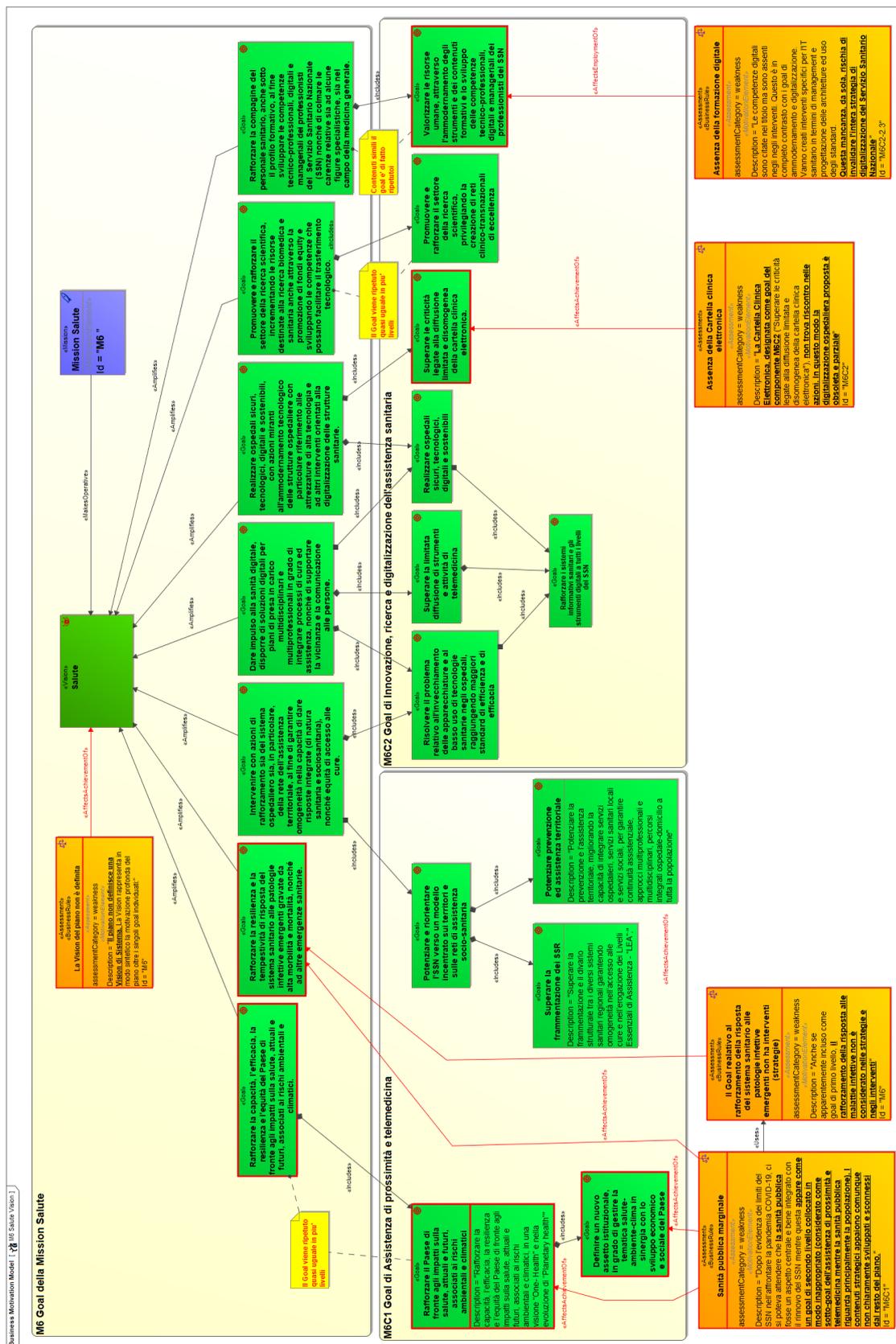


Figura 3 - Vision e Goal del Piano PNRR Sanità

3.3 Mission e Strategy

Come già mostrato (Figura 1) il piano prevede tre componenti (strategie):

- **Riforme** (trasversale ma denominata “Assistenza di prossimità e telemedicina”)
- M6C1 - Assistenza di prossimità e telemedicina (raccolge un insieme di progetti)
- M6C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria (raccolge un insieme di progetti)

3.3.1 Componente Riforme

Come accennato nell'Oveview questa componente appare ancora da elaborare. Le riforme elencate sembrano parziali, non dettagliate e confinate solo ad alcuni aspetti, con una coerenza debole rispetto al piano stesso.

Mancano goal ed obiettivi temporali chiari, strumenti concreti ed attori, cosa particolarmente rilevante dato che gli effetti degli interventi dipenderà dall'ampiezza e dall'efficacia delle riforme.

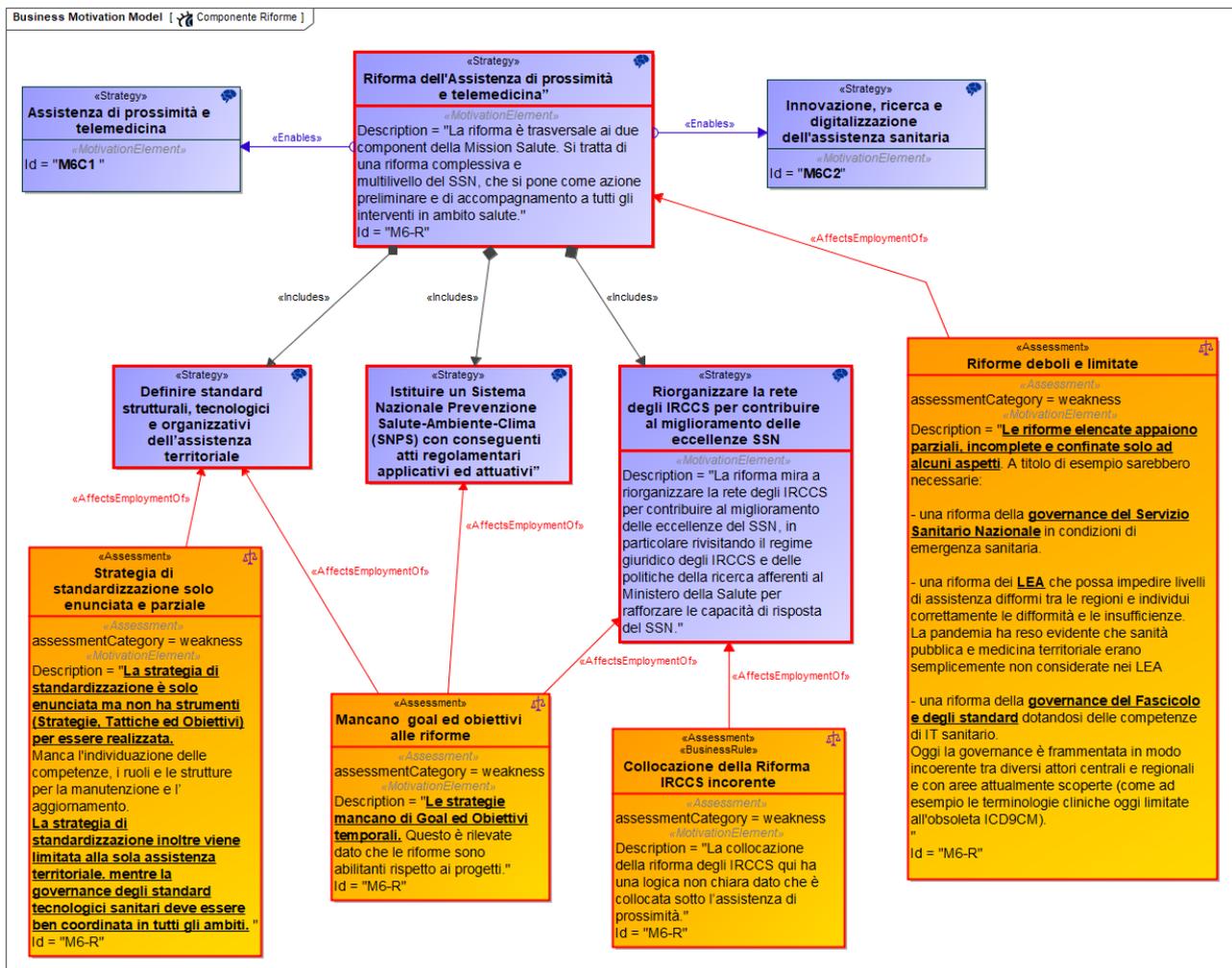


Figura 4 - La componente trasversale Riforme

Ad esempio, viene citata la strategia “**Definire standard strutturali, tecnologici e organizzativi dell’assistenza territoriale**” che include aspetti diversi e, nella sostanza, è enunciata ad alto livello ma non ha strumenti (interventi/riforme) specifici per essere realizzata.

In particolare, la strategia di standardizzazione viene limitata alla sola assistenza territoriale, mentre, almeno la *governance* degli standard tecnologici sanitari, deve essere ben coordinata e realmente trasversale ai diversi domini (territoriale, ospedaliera e di sanità pubblica) Nella maggior parte delle esperienze internazionali questo è realizzato da agenzie specializzate di livello nazionale come l’Office of National Coordinator in USA, Infoway in Canada, Nictiz nei Paesi bassi, ASIP Santé in Francia, Digital Health in Australia.

Come già osservato, senza una organizzazione che indirizzi questi aspetti, gli investimenti nel digitale non potranno funzionare. Questa carenza genera e amplifica i tradizionali “silos applicativi” che non sono in grado di interoperare e quindi di fornire un ritorno rilevante degli investimenti in digitalizzazione.

Per la **strategia di riforma degli IRCCS**, non appare comprensibile il suo inserimento sotto *l’Assistenza di prossimità e telemedicina*, non vi sono sufficienti dettagli per comprenderne la collocazione.

Le riforme elencate sono quindi, nella bozza, confinate ad alcuni aspetti di cui non è esplicitato il disegno strategico, inoltre mancano elementi di riforma tecnologici ed organizzativi non aggirabili.

Raccomandazione (R2):

Il componente Riforme deve essere ripensato e completato. A titolo di esempio è necessario:

- **riformare la governance e l’operatività del Servizio Sanitario Nazionale specie in condizioni di emergenza sanitaria**. Deve essere prevista una organizzazione e un insieme di tecnologie di sanità pubblica adeguate all’arrivo delle pandemie ed altre possibili emergenze integrate nel sistema e in grado di reagire in modo pronto ed efficace (*readiness*). È necessario, ad esempio, che la raccolta dei dati, essenziale per la valutazione dell’impatto di una pandemia sui cittadini, non possa avvenire attraverso dei fogli Excel e copiando dati in modo manuale.
- **riformare i LEA per individuare effettivamente i livelli di assistenza difformi tra le regioni** e indirizzare correttamente l’azione sugli squilibri e le insufficienze.
La pandemia ha reso evidente che sanità pubblica e medicina territoriale non sono considerate nei LEA mostrando che regioni apparentemente ben dotate non hanno invece strutture adeguate al pari di regioni tradizionalmente considerate deboli.
La riforma deve utilizzare tecnologie moderne che permettano la cattura dei dati in tempi utili. Non è sostenibile che i dati dei LEA possano essere pubblicati con due anni di ritardo²²
- **riformare la struttura della governance del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) ed in generale della governance degli standard e delle architetture funzionali e tecnologiche per**

²² Nel 2019 sono stati pubblicati dati relativi al 2017. Una revisione della metodologia è in corso, tuttavia è evidentemente insano avere dati di governo di sistema disponibili con un ritardo di 2 anni, inoltre non del tutto completi. Vedi: MdS, Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell’anno 2017, Febbraio 2019, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2832_allegato.pdf.

l'interoperabilità nell'IT sanitario.

Attualmente la governance del FSE è frammentata tra diversi attori centrali, regioni e aziende sanitarie e non vi sono strutture organizzative stabili e competenze sufficienti allo sviluppo delle architetture e degli standard, lasciando diverse aree completamente scoperte. Ad esempio, le terminologie sono ancora limitate all'obsoleto ICD9CM che ha finalità statistiche e non cliniche²³. Stessa situazione per i processi sanitari (*clinical pathway*) assenti dalle architetture attuali e dalla stessa Mission Salute.

Un piano di digitalizzazione deve contenere Goal, Obiettivi, Strategie e Tattiche verificabili in questo ambito e deve disegnare, ad alto livello, l'organizzazione responsabile della progettazione del sistema.

²³ Nela sezione XXX l'FSE sarà trattato con maggiore approfondimento.

3.3.2 M6C1 Assistenza di prossimità e telemedicina

Il componente include due sottocomponenti che contengono i progetti:

1. Potenziamento assistenza sanitaria e rete territoriale, che include i progetti:
 - Casa della Comunità e presa incarico della persona
 - Casa come primo luogo di cura (Assistenza domiciliare)
 - Sviluppo delle cure intermedie
2. Salute, Ambiente e Clima. Sanità pubblica ecologica che include un solo progetto con lo stesso titolo

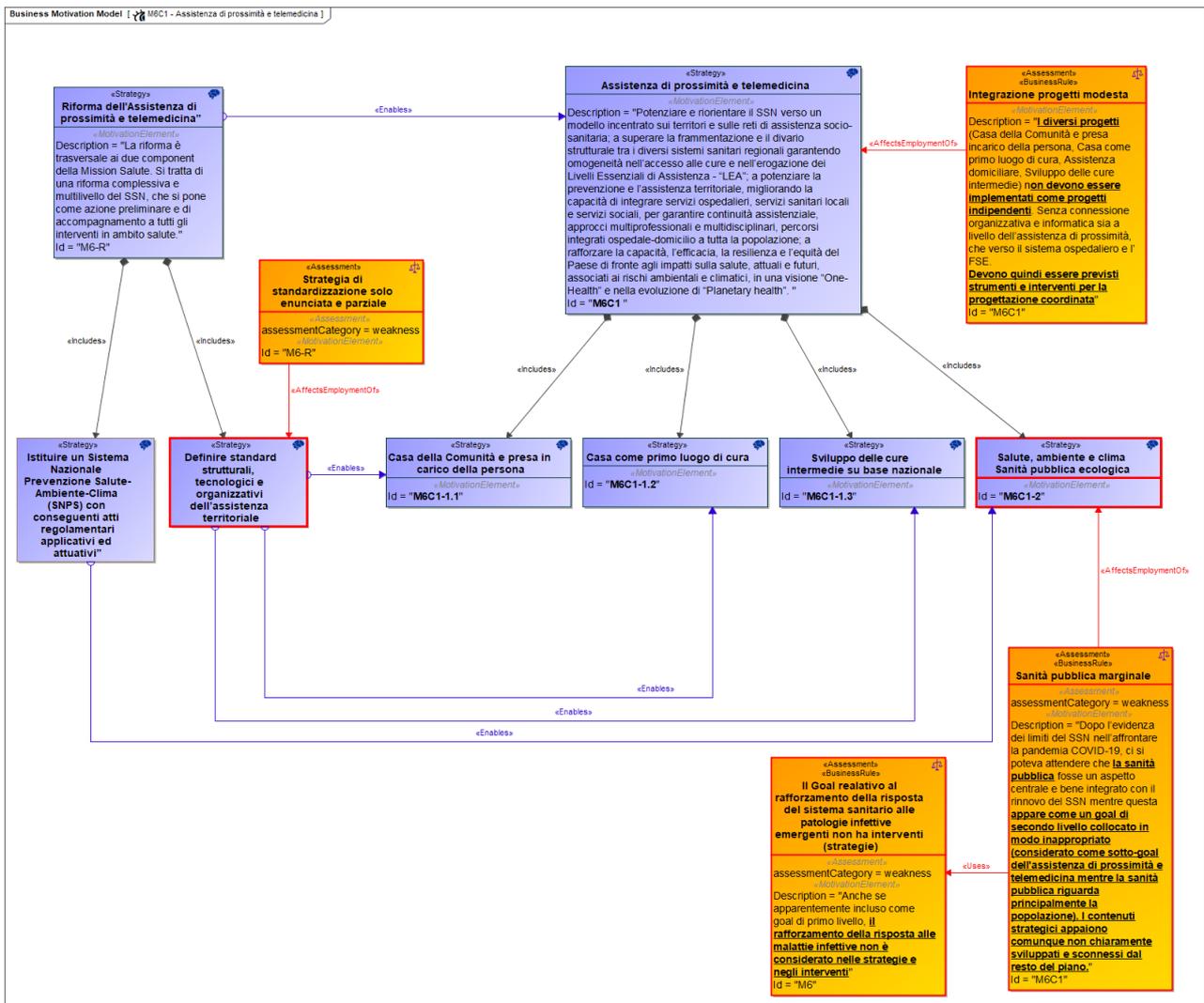


Figura 5 – Componente M6C1 - Assistenza di prossimità e telemedicina

Si sono già osservati limiti strutturali nella standardizzazione sia tecnologica che organizzativa limitata all’assistenza territoriale che, nel testo, esclude le cure intermedie.

Manca, inoltre, una connessione della stessa Assistenza di prossimità con il sistema ospedaliero.

Già osservati anche i limiti sulla **Sanità Pubblica**, che appare mal collocata e del tutto parziale²⁴.

Di conseguenza non è del tutto chiara la citazione della telemedicina nella Strategia dato che non ha un seguito strutturato nei sub-goal e nelle strategie individuate in questo contesto. Inoltre, la telemedicina ha comunque un ambito più ampio dell'assistenza territoriale.

Va osservato che l'Ammodernamento tecnologico e digitale è situato nell'altro ramo del piano (Innovazione ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria) ma questo non include la telemedicina che invece dovrebbe essere presente.

Come già osservato l'aspetto più debole e per molti versi sorprendente del PNRR è la scarsa rilevanza e il contenuto parziale della Sanità pubblica.

Raccomandazione (R3):

Va chiarito che i diversi progetti (Casa della Comunità e presa incarico della persona, Casa come primo luogo di cura, Assistenza domiciliare, Sviluppo delle cure intermedie) **non possono essere implementati in modo indipendente**. Senza connessione organizzativa e digitale con il sistema ospedaliero, l'FSE e la sanità pubblica la loro efficacia non sarà consistente con gli investimenti.

Devono quindi essere previsti strumenti e azioni per la progettazione coordinata degli interventi.

Nelle sezioni successive sono evidenziati i dettagli dei progetti inclusi nel componente.

²⁴ Vedi 2.4 Componente Riforme

3.3.2.1 M6C1-1.1 Casa della Comunità e presa in carico della persona

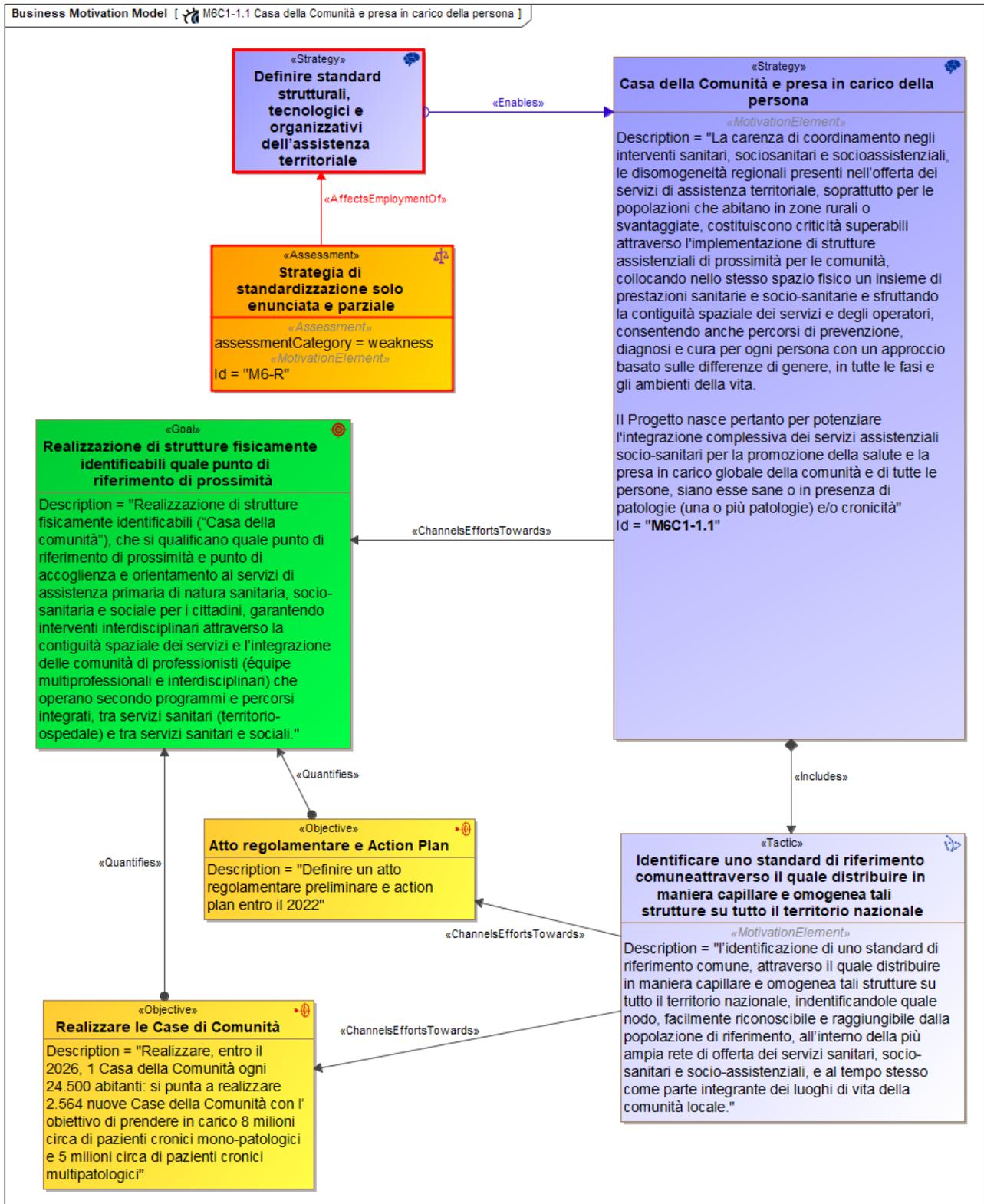


Figura 6 - 2.4.1 M6C1-1.1 Casa della Comunità e presa in carico della persona

Il progetto andrebbe meglio integrato nel piano complessivo, prevedendo gli strumenti organizzativi necessari. Valgono anche qui le raccomandazioni R1, R2 ed R3

3.3.2.2 M6C2-1.2 Casa come primo luogo di cura

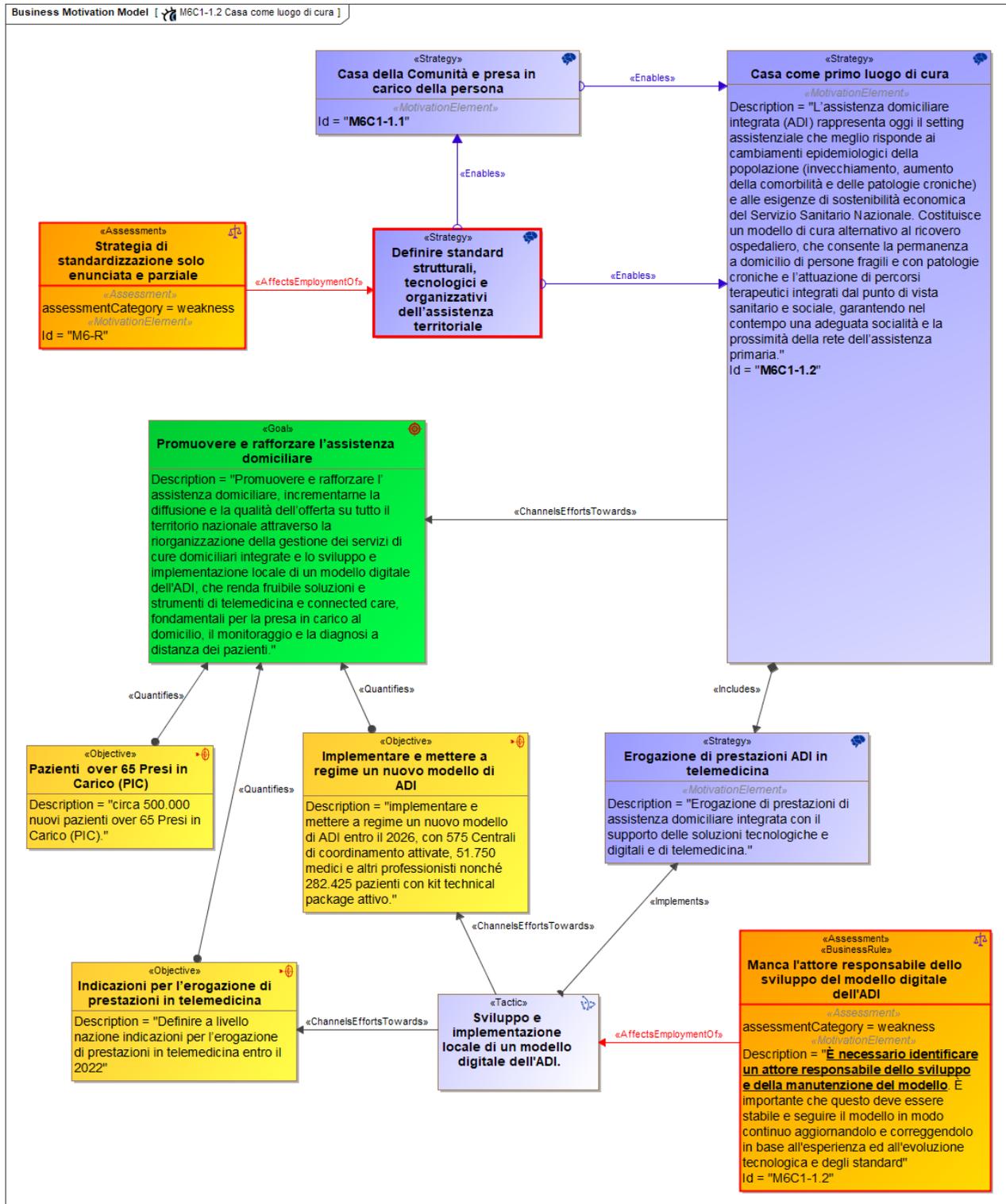


Figura 7 - M6C1-1.2 Casa come primo luogo di cura

Il progetto deve essere integrato in modo più chiaro nel piano complessivo, prevedendo gli strumenti organizzativi necessari. Inoltre, l'intervento prevede lo sviluppo e l'implementazione di un modello digitale dell'ADI, tuttavia l'elemento non è descritto e rientra nelle carenze della riforma, mancando della definizione di un attore che sviluppi e mantenga il modello e le specifiche.

Valgono anche qui le raccomandazioni R1, R2 ed R3

3.3.2.3 M6C2-1.3 Sviluppo delle cure intermedie su base nazionale

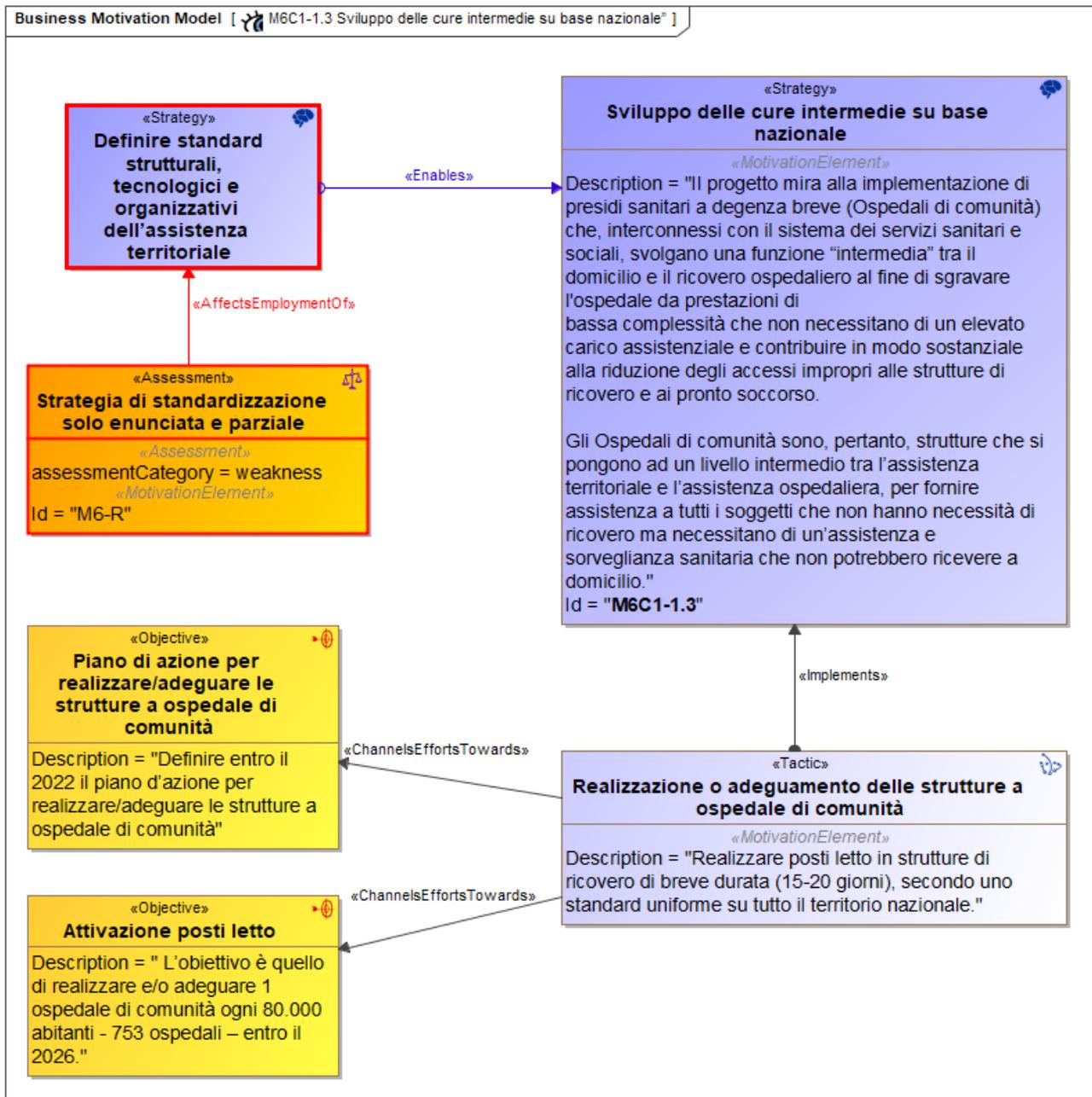


Figura 8 - M6C2-1.3 Sviluppo delle cure intermedie su base nazionale

3.3.2.4 M6C1-2 Salute, ambiente e clima Sanità pubblica ecologica

Il progetto appare essere uno dei più critici, considerando le difficoltà dell'SSN nell'affrontare la pandemia in termini Sanità pubblica.

Ci si poteva attendere che la **sanità pubblica** fosse un aspetto centrale e bene integrato con il rinnovo dell'SSN mentre **appare invece un goal di secondo livello collocato in modo inappropriato** e considerato come sotto-goal dell'assistenza di prossimità e telemedicina mentre la sanità pubblica come sappiamo riguarda principalmente la popolazione.

Inoltre, anche se apparentemente incluso come goal di primo livello, il rafforzamento della risposta alle malattie infettive non è considerato nelle strategie e negli interventi.

Il progetto inoltre include una strategia generale "Rafforzare strutture Ospedaliere Territoriali, IRCCS ed Enti di Ricerca per interventi integrati di promozione della salute, sorveglianza attiva e assistenza sanitaria e sistemi di comunicazione partecipativa delle comunità" che è priva sia di Obiettivi che di Tattiche concrete per realizzarla. Si collega evidentemente con una strategia di riforma degli IRCCS, presente nella componente "Riforme" che, tuttavia, è afflitta dagli stessi problemi: mancanza di obiettivi, assenza di goal e anche di un rationale complessivo esplicito.

In generale i contenuti presenti negli obiettivi relativi al clima non vengono chiaramente sviluppati e soprattutto restano scollegati dal resto del piano.

L'approccio "One Health" dichiarato, non si riflette nel progetto ma risulta completamente staccato rispetto al resto del piano ed all'architettura del Servizio Sanitario Nazionale, sia in termini organizzativi che di strumenti tecnologici.

Raccomandazione (R4):

È necessario rivedere profondamente il contenuto della strategia sulla Sanità Pubblica facendo seguito, operativamente, al Goal: "Rafforzare la resilienza e la tempestività di risposta del servizio sanitario alle patologie infettive emergenti gravate da alta morbilità e mortalità, nonché ad altre emergenze sanitarie" ed esplicitare la connessione della sanità pubblica rispetto all'architettura complessiva dell'SSN e la sua organizzazione, ad esempio evidenziando un uso dell'FSE in questo ambito.

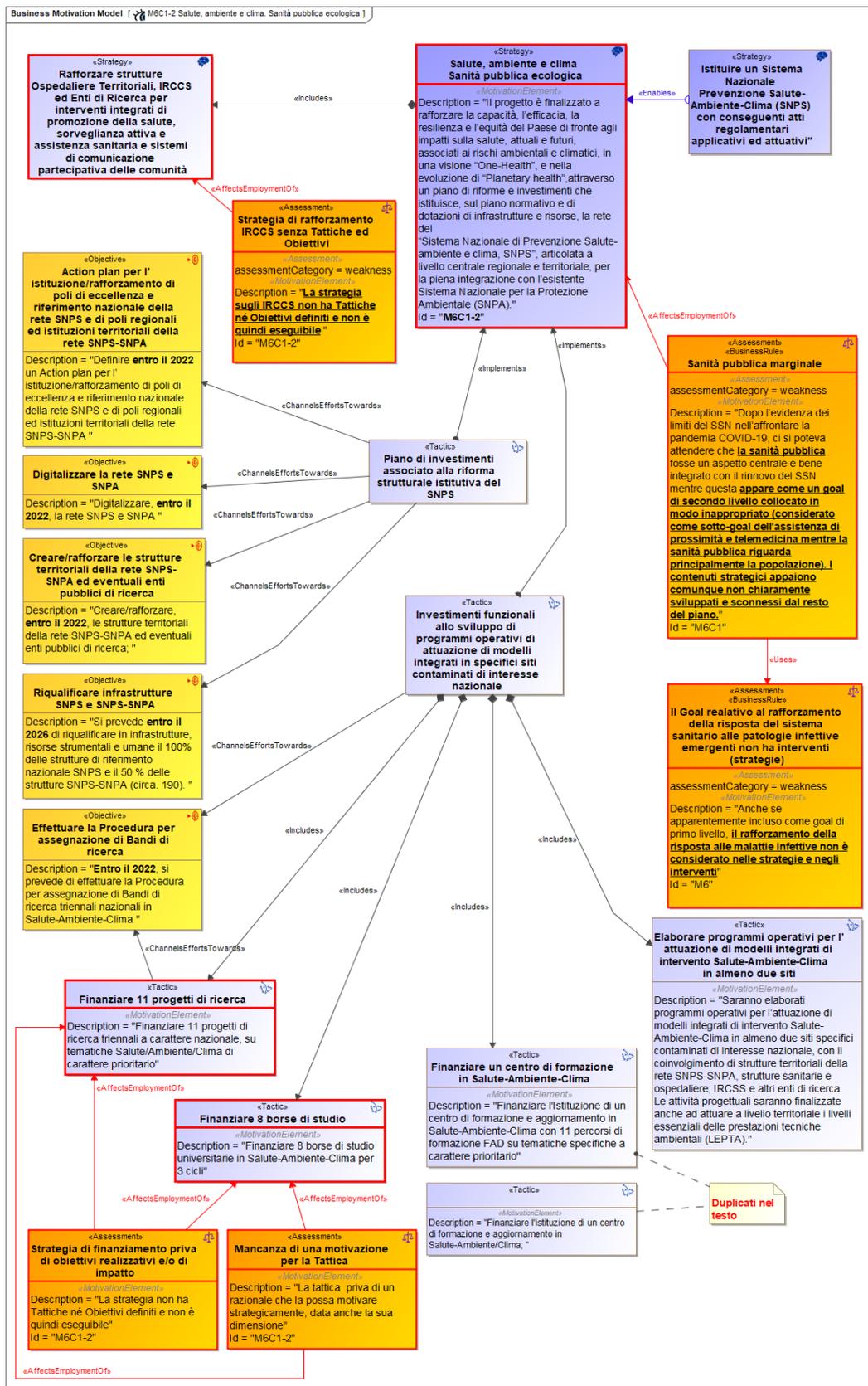


Figura 9 - M6C1-2 Salute, ambiente e clima Sanità pubblica ecologica

3.3.3 M6C2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria

La componente accorpa temi tra loro molto diversi risultando più come un contenitore che un componente strategico.

Include:

- M6C2-1 Ammodernamento tecnologico e digitale
 - M6C2-1.1 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero
 - M6C2-1.2 Ospedali (adeguamento antisismico)
 - M6C2-1.3 Fascicolo Sanitario Elettronico e raccolta, elaborazione e analisi dei dati a livello centrale
- M6C2-2 Ricerca, trasferimento tecnologico e formazione
 - M6C2-2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN
 - M6C2-2.2 Ecosistema innovativo della salute
 - M6C2-2.3 Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità

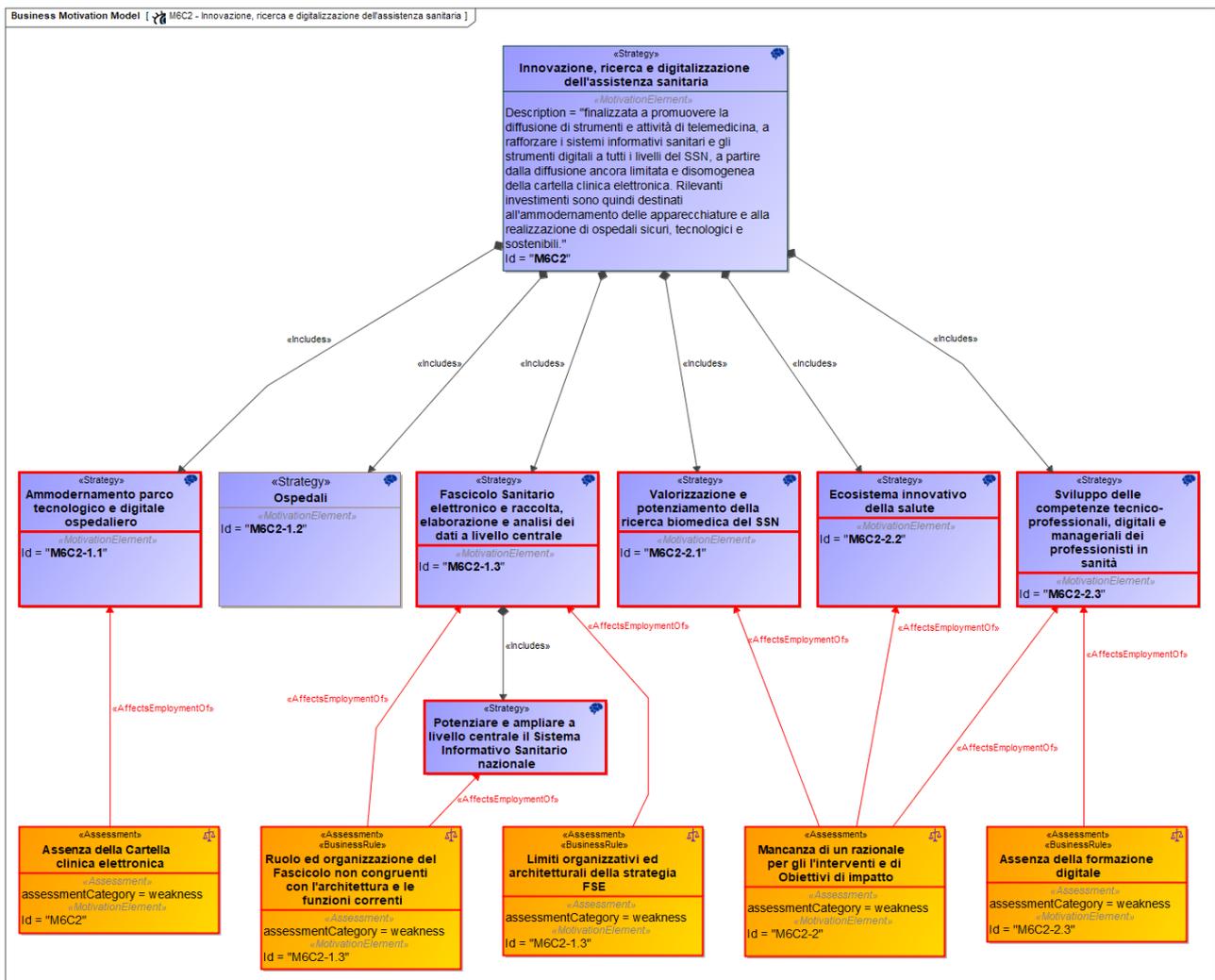


Figure 1 - M6C2 Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria

3.3.3.1 M6C2-1.1 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero

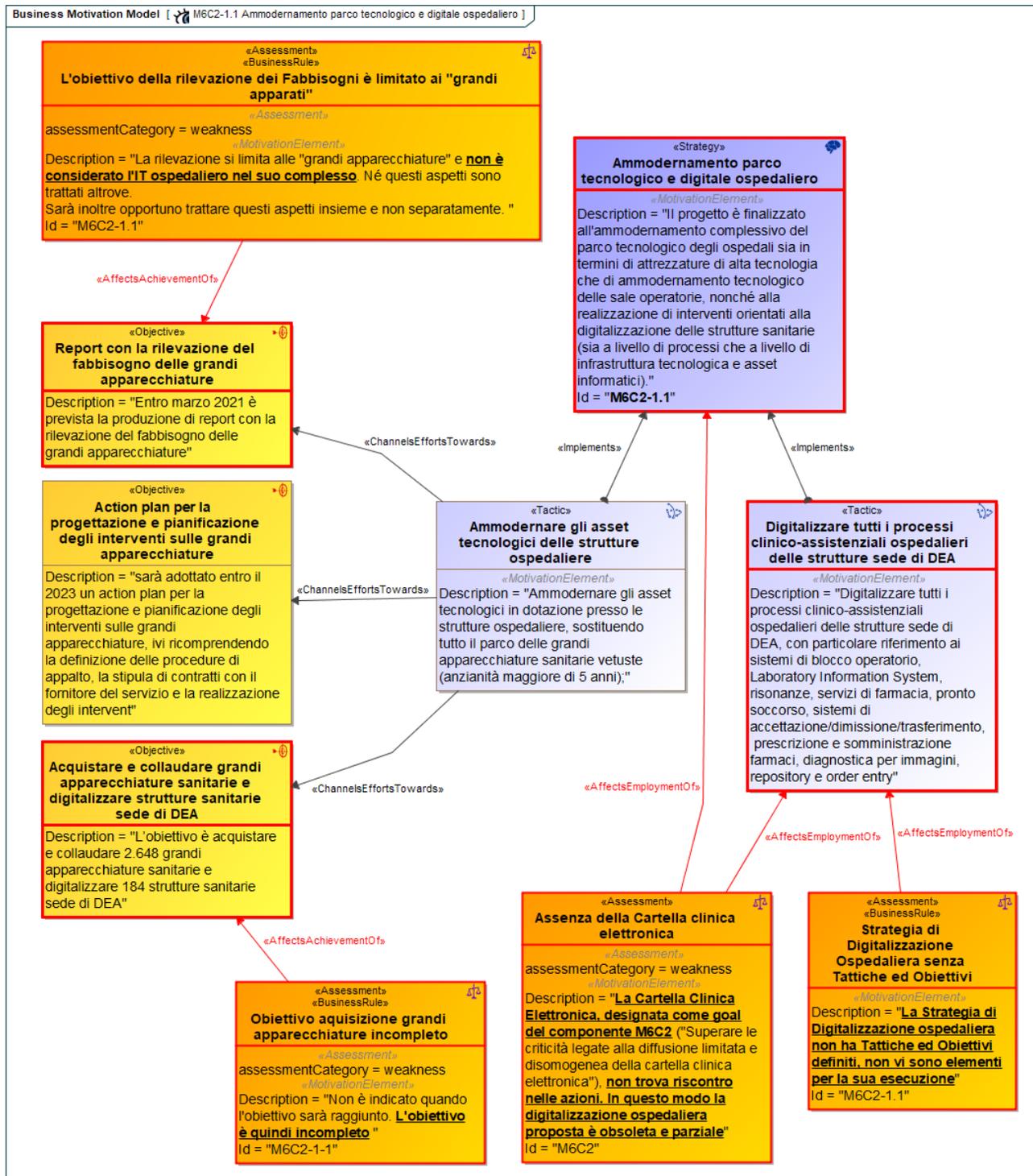


Figure 2 – M6C2-1.1 Ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero

Il progetto prevede di modernizzare il sistema ospedaliero sia nella digitalizzazione che negli apparati, tuttavia la digitalizzazione non è in realtà sviluppata.

È presente una rilevazione dei fabbisogni limitata alle "grandi apparecchiature" ma non è considerato l'IT ospedaliero nel suo complesso, inoltre, questi aspetti, non sono trattati altrove. Trattare questi aspetti insieme è ineludibile.

In generale mentre avvalersi di apparecchiature moderne ha una serie di obiettivi, questi sono assenti nella digitalizzazione. **La strategia dimentica di citare la "Cartella clinica elettronica", designata come goal del componente M6C2²⁵ che non trova riscontro in strategie e obiettivi concreti.**

Manca inoltre qualsiasi connessione con il territorio e Assistenza di prossimità, mentre la telemedicina non è citata.

Emerge, allo stato attuale, una digitalizzazione dei sistemi ospedalieri parziale e obsoleta.

Raccomandazione (R5):

È necessario approfondire il contenuto della strategia sull'ammodernamento dei sistemi ospedalieri. Ammodernamento delle apparecchiature e l'IT Sanitario devono essere progettati e realizzati in modo coordinato e coerente.

La cartella clinica elettronica, in questo contesto, è un elemento chiave che non può essere assolutamente trascurato.

Va anche esplicitata l'integrazione tra ospedale e assistenza di prossimità ed includere la telemedicina.

Insieme alla evoluzione tecnologica ed alla indispensabile standardizzazione, in questo ambito è necessario promuovere una modernizzazione dell'organizzazione ospedaliera.

²⁵ Goal "Superare le criticità legate alla diffusione limitata e disomogenea della cartella clinica elettronica"

3.3.3.2 M6C2-1.2 Ospedali (allineamento alle normative antisismiche delle strutture)

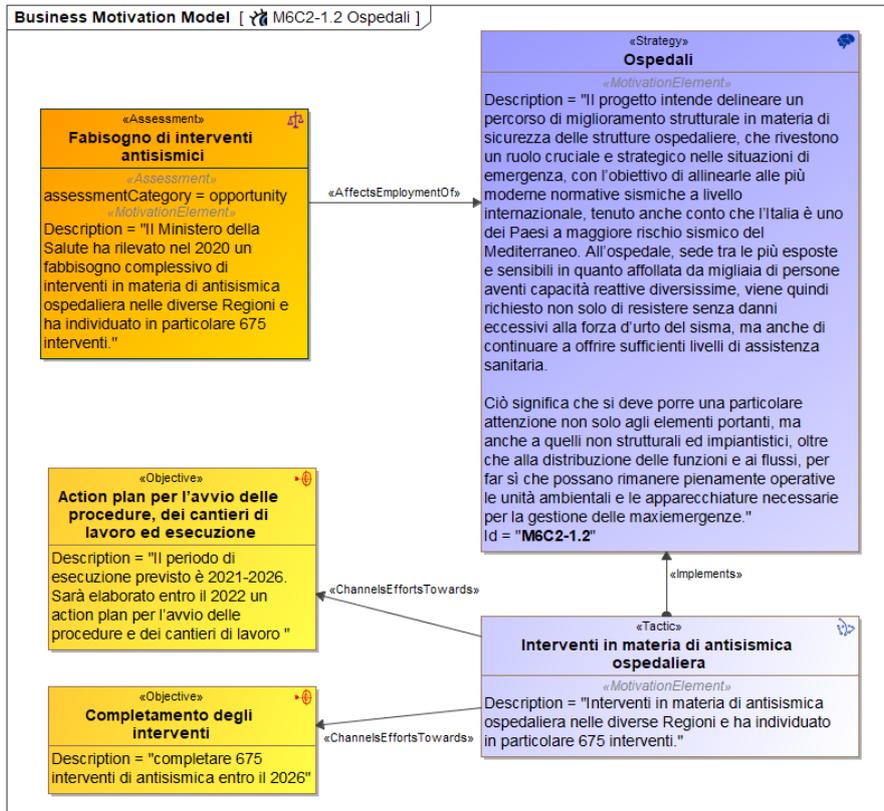
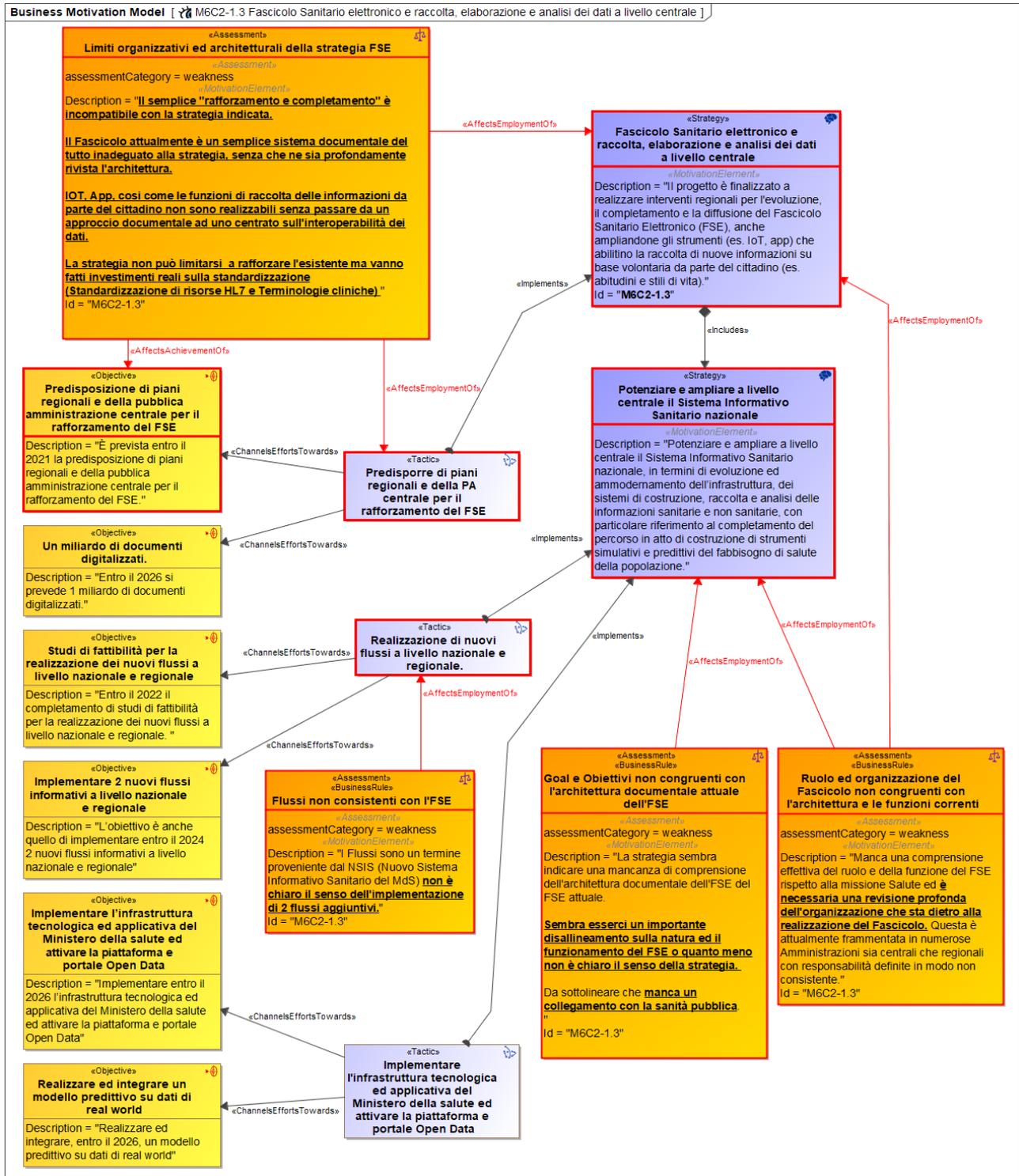


Figure 3 - M6C2-1.2 Ospedali (allineamento alle normative antisismiche delle strutture)

È una misura di allineamento delle strutture ospedaliere alle normative antisismiche, non sembra avere aspetti problematici.

3.3.3.3 M6C2-1.3 Fascicolo Sanitario elettronico e raccolta, elaborazione e analisi dei dati a livello centrale



Attualmente il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è un repository documentale a livello regionale con un'interoperabilità non consolidata e operativa tra i diversi Fascicoli regionali.

L’FSE oggi è funzionalmente un sostituto dell’insieme di documenti e referti cartacei portati a mano dal paziente alla visita medica. Dove disponibile, il Fascicolo permette di trasferire referti da un operatore sanitario ad un altro ed al cittadino.

Manca un effettivo orientamento ai dati e se da un lato i documenti sono stati specificati con lo standard HL7 CDA2²⁶ è assente una strategia efficace sulle terminologie. Attualmente in Italia la sola terminologia utilizzata è l’orami superato ICD9-CM²⁷ che inoltre nasce con finalità statistiche e non cliniche.

Il lavoro fatto sino ad oggi sull’FSE è senz’altro positivo²⁸ ma ad uno stato embrionale e, ad esempio, non comprende i processi di cura che non sono stati inclusi nella sua progettazione.

L’FSE dove essere visto, non come una singola applicazione informatica che si aggiunge al Servizio Sanitario Nazionale per depositare referti, ma **come uno strumento clinico che è parte del processo di cura**²⁹.

È imprescindibile per questo passare da un modello documentale a uno orientato ai dati ed ai processi e stabilire che il Fascicolo, non deve essere un semplice insieme di repository documentali, ma un sistema di interscambio ed elaborazione di dati (servizi) per il cittadino e per gli operatori sanitari coinvolti nel processo di cura.

Un FSE completo produrrebbe dei dati essenziali al governo del sistema sanitario sia in termini di appropriatezza che di sanità pubblica, senza dover ricorrere ai vecchi “flussi” NSIS³⁰.

Questo insieme di limiti ha reso l’FSE non utilizzabile durante la pandemia. A titolo di esempio l’ISS ha ricevuto le cartelle cliniche dei deceduti positivi al Covid-19 nei formati più vari (anche cartacei), mentre i soli dati strutturati disponibili sui ricoveri, provenienti dai flussi per i LEA, oltre che non tempestivi, sono essenzialmente a carattere amministrativo e spesso slegati, nella pratica, dalle cartelle cliniche ospedaliere (ove esistenti) e di conseguenza poco utilizzabili. Per implementare le nuove funzioni citate nella strategia: IOT, App e la “raccolta di nuove informazioni

²⁶ HL7, Clinical Document Architecture Release 2,

https://www.hl7.org/implement/standards/product_brief.cfm?product_id=7 . «HL7 Version 3 Clinical Document Architecture (CDA®) è uno standard di markup dei documenti che specifica la struttura e la semantica dei "documenti clinici" ai fini dello scambio tra fornitori di assistenza sanitaria e pazienti. Definisce un documento clinico come avente le seguenti sei caratteristiche: 1) Persistenza, 2) Gestione, 3) Potenziale per autenticazione, 4) Contesto, 5) Completezza e 6) Leggibilità umana.»

²⁷ La versione corrente rilasciata dall’OMS è l’ICD-11. Vedi <https://www.who.int/standards/classifications/icd>

²⁸ Anche se incompleto. Oggi la prescrizione è stata sfortunatamente realizzata con formati legacy con un orientamento principalmente contabile e non clinico. Questo riduce anche la possibilità di completare il ciclo prescrittivo dal punto di vista dei dati.

²⁹ Vedi ad esempio l’iniziativa BPM+ Health: <https://www.bpm-plus.org/>

³⁰ Nuovo Sistema Informativo Sanitario dell’Mds. Vedi:

http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?lingua=italiano&tema=Piani,%20finanziamenti%20e%20monitoraggio%20del%20SSN&area=sistemaInformativo

su base volontaria da parte del cittadino”³¹ è necessaria una riprogettazione dell’architettura, dello scopo e delle funzioni dell’FSE³².

Limitarsi ad estendere l’implementazione e l’uso del Fascicolo è del tutto insufficiente nel contesto attuale.

Pensare di partire con la predisposizione di “piani regionali e della PA centrale per il rafforzamento del FSE”, senza un’architettura adeguata e senza standard comuni è inutile.

Il progetto dedica molta attenzione alla strategia di livello inferiore per “Potenziare e ampliare a livello centrale il Sistema Informativo Sanitario nazionale” infatti ad essa sono dedicate due tattiche:

- Realizzazione di nuovi flussi a livello nazionale e regionale.
- Implementare l’infrastruttura tecnologica ed applicativa del Ministero della salute ed attivare la piattaforma e portale Open Data

Tuttavia, come già evidenziato, queste tattiche appaiono deboli con l’attuale Fascicolo, ancorché “rafforzato”. In particolare, non si comprende l’impatto della realizzazione di due nuovi flussi. Il termine proviene dal vecchio NSIS. Sembra esserci un equivoco sulla natura ed il funzionamento del FSE o quanto meno non è chiaro il senso della strategia.

In generale manca una comprensione effettiva del ruolo e della funzione del FSE rispetto alla missione Salute. È necessaria una profonda revisione dell’organizzazione che sta dietro alla realizzazione del Fascicolo che attualmente è frammentata in numerose amministrazioni, sia centrali che regionali, con responsabilità definite in modo confuso.

Raccomandazione (R6):

La strategia dell’FSE va ripensata profondamente, senza perdere il lavoro svolto negli anni passati, ma adeguandola ai Goal di Assistenza di prossimità, Ammodernamento del sistema ospedaliero e Sanità pubblica.

La strategia sui flussi si mostra concettualmente poco consistente con il funzionamento dell’FSE e con le tecnologie moderne di elaborazione dei dati.

Anche in questo caso va sottolineata l’importanza di creare un’organizzazione con competenze adeguate.

Un sistema complesso come quello sanitario non può essere gestito solo con tavoli e gruppi di lavoro transitori ed attori che si sovrappongono senza responsabilità chiaramente definite.

³¹ Del resto, queste funzioni sono già previste nell’FSE come “Taccuino”.

³² Un lavoro iniziale è stato svolto con il Profilo Funzionale Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) Regionale ISO/HL7 10781 EHR-System Functional Model. http://www.hl7italia.it/hl7italia_D7/Profilo%20Funzionale%20EHR-S%20FM%20di%20Fascicolo%20Sanitario%20Elettronico. Alla realizzazione del profilo parteciparono 19 Amministrazioni regionali e Province Autonome, 15 Agenzie Regionali, 3 Enti pubblici ed agenzie nazionali (INVITALIA, CISIS e CNR-ICAR) ed HL7 Italia. Lo standard è un profilo formale italiano di HL7-ISO Electronic Health Record System Function Model R2.

3.3.3.4 M6C2-2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

Manca un rationale della motivazione strategica ben definita e i suoi obiettivi non possono limitarsi alla sola realizzazione ma piuttosto devono includere la previsione del suo impatto che sia misurabile nelle sue conseguenze.

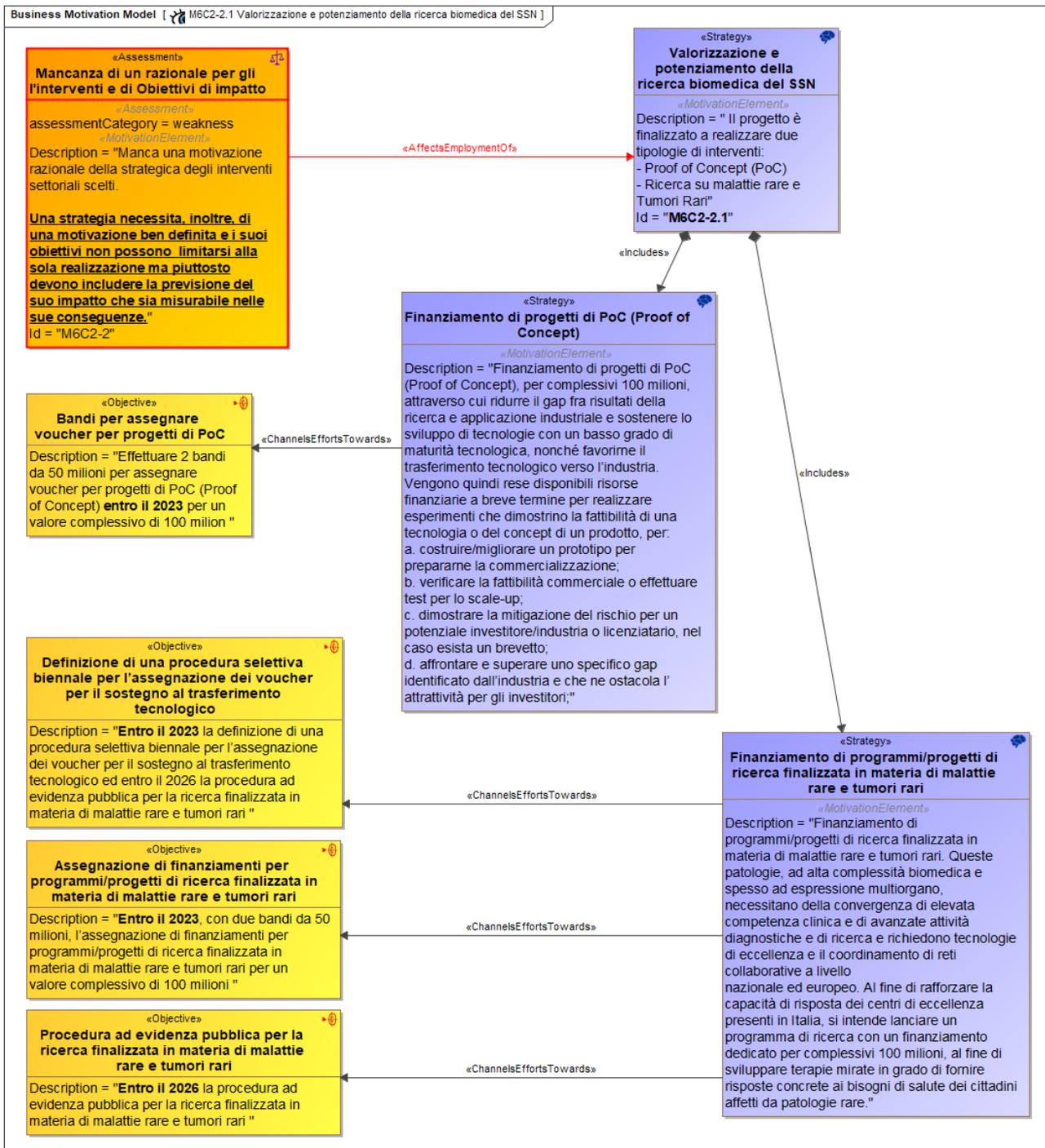


Figure 4 - M6C2-2.1 Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

3.3.3.5 M6C2-2.2 Ecosistema innovativo della salute

Nessuna osservazione, tuttavia andrebbero definiti gli impatti previsti della strategia .

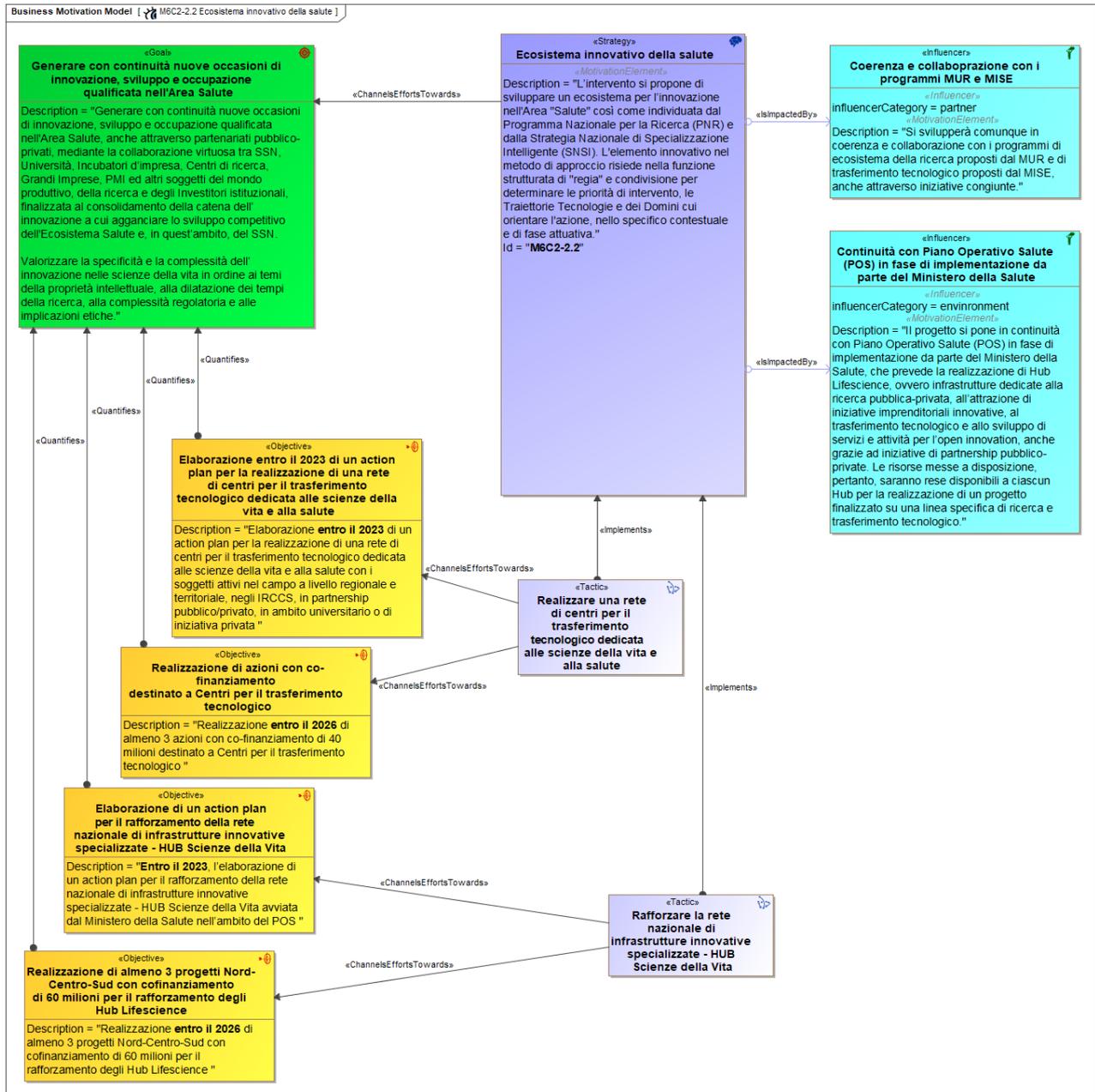


Figure 5 - M6C2-2.2 Ecosistema innovativo della salute

3.3.3.6 M6C2-2.3 Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità

Le competenze digitali sono citate nel titolo ma sono assenti negli interventi. Questo è in completo contrasto con i goal di modernizzazione e digitalizzazione. Vanno creati interventi

specifici per l'IT sanitario in termini di management e progettazione delle architetture ed uso degli standard.

Questa mancanza, da sola, rischia di invalidare l'intera strategia di digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

Anche in questo caso non si rileva un rationale della motivazione strategica dei singoli interventi settoriali scelti. Gli obiettivi di impatto sono quindi assenti.

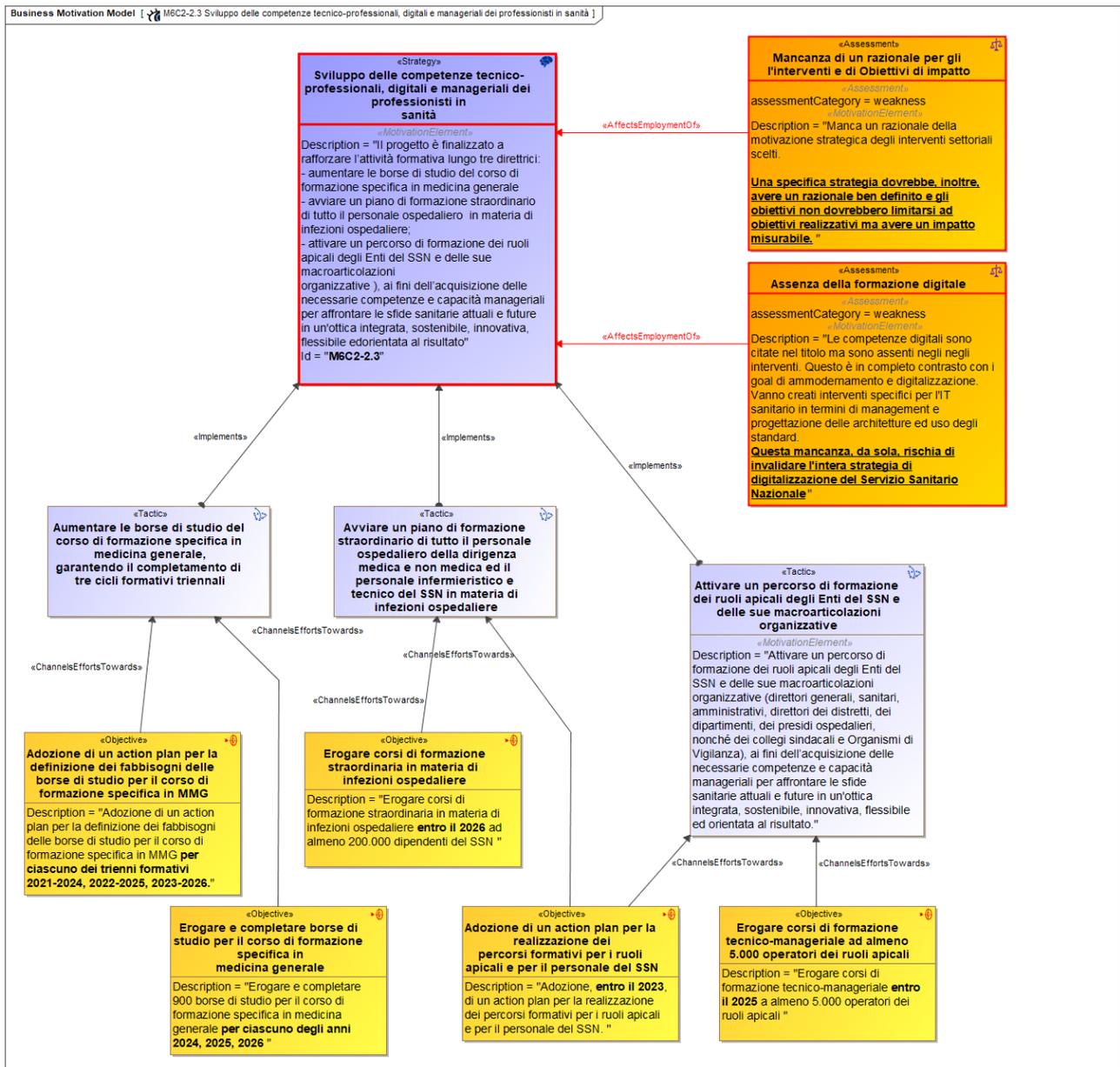


Figure 6 - M6C2-2.3 Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali dei professionisti in sanità

L'analisi è stata redatta da Stefano Lotti
 HL7 Italia CTO

HL7 International SOA WG Co-Chair

cto@hl7italia.it

[Il documento non è una specifica tecnica né uno standard HL7 approvato. Di conseguenza non necessariamente riflette formalmente il punto di vista di HL7 come entità]

HL7 International

Fondata nel 1987, Health Level Seven International (HL7 - www.hl7.org) è l'autorità globale sugli standard per l'interoperabilità nell'IT sanitario con 1.600 membri provenienti da oltre 50 paesi, tra cui oltre 500 organizzazioni che rappresentano operatori sanitari, agenzie governative, assicurazioni sanitarie, aziende farmaceutiche, fornitori e società di consulenza.

HL7 è una Standards Developing Organizations (SDO) no profit accreditata dall'ANSI ed è cofondatrice del Joint Initiative Council (JIC)³³ che raccoglie SDO in ambito sanitario.

Gli standard HL7 sono implementati dai fornitori e dai sistemi sanitari, e richiesti dai governi di tutto il mondo, fornendo soluzioni per la tecnologia dell'informazione sanitaria che includono: HL7® Fast Healthcare Interoperability Resources (FHIR®), HL7 Versione 2 (V2) e HL7V3-Clinical Document Architecture (CDA®)

HL7 Italia

HL7 Italia (www.hl7.it) si è formata nel 2003 come parte di HL7 International ed è responsabile della localizzazione degli standard HL7 nella realtà italiana e, più in generale, ha l'obiettivo di stimolare e convogliare i contributi regionali e nazionali allo sviluppo dello standard e favorire la modernizzazione del IT sanitario italiano.

I suoi membri rappresentano dal lato dei fornitori la quota maggioritaria del mercato dell'IT sanitario. Sono inoltre membri di HL7 Italia Regioni italiane e diverse In-House Regionali, Agenzie Governative nazionali e Istituti di Ricerca Pubblici oltre ad Aziende Sanitarie e singoli professionisti.

³³ <http://www.jointinitiativecouncil.org/>