

## FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO

La prima efficace manifestazione della cultura e-Health è rappresentata in Italia dall'arrivo del **Fascicolo Sanitario Elettronico** (FSE) del Cittadino, che è nato nell'ultimo decennio, pur con architetture parzialmente diverse, in Emilia-Romagna e in Lombardia per iniziativa delle due società ICT regionali in house: CUP 2000 e Lombardia Informatica, entrambe aderenti ad AssinterItalia<sup>1</sup>.

### Le caratteristiche di una innovazione tecnologica

L'innovazione è potente, tecnologica e anche sociotecnica. Ma che cos'è un'innovazione tecnologica? E, ancor più, che cos'è una potente innovazione tecnologica? Kevin Kelly, nella sua più recente opera (Quello che vuole la tecnologia) scrive di un processo accelerato «di perdita di corporeità della tecnologia» ormai basata «su flussi immateriali di informazione»<sup>2</sup>. In realtà la tecnologia è un flusso immateriale di informazioni che si trasforma in conoscenza professionale e poi nel prodotto di un'organizzazione. Ha in sostanza la capacità di trasformare un'informazione ambientale, immateriale (un bisogno, un'emozione, una sofferenza) in un prodotto, come potrebbe essere la cura di una malattia. Il tecnologo è la persona (dell'organizzazione) che opera questa cabalistica trasformazione. Il medico, che ascolta il racconto (emozionale, sofferente) del paziente e prescrive la cura dopo aver acquisito conoscenza medica (professionale-organizzativa), rappresenta perfettamente questa figura, la quale domina il processo maieutico che crea la tecnologia. Quest'ultima altro non è, quindi, che la capacità di un'organizzazione (ad esempio, sanitaria) di rispondere ad un bisogno vitale, ad un impulso vivo, con una cosa morta, ovvero tecnologica: un prodotto, una pillola, un consiglio, una manipolazione del corpo. Non ci dovrebbero essere dubbi sul fatto che il dolore è qualcosa di vivo mentre una pillola è una cosa morta.

La tecnologia reifica le aspirazioni della gente in conoscenza organizzativa (appunto, tecnologica) e poi in prodotti materiali e immateriali. La comunicazione delle informazioni è

alla base di questo processo sociale. Si ha poi un'innovazione tecnologica quando la tecnologia estende la sua capacità maieutica di risposta a nuovi bisogni e a nuove emozioni della gente, oppure quando questo processo viene in qualche modo «accelerato»<sup>3</sup>. Le reti, in particolare quelle di generazione internet, hanno questa capacità di accelerare i flussi comunicativi che generano il prodotto attraverso processi di alta comunicazione. Esse sono pertanto portatrici di potenti innovazioni che si manifestano nell'abbattimento delle barriere spazio-tempo e in modifiche strutturali al processo tecnologico. Le reti curvano il tempo e lo spazio organizzativo-tecnologico, così come la velocità della luce e la gravità curvano lo spazio-tempo. Uno spazio e un tempo che nei sistemi organizzati è scandito dalla burocrazia.

### Le reti e-Health al servizio della comunicazione

Con le reti orizzontali e-Health del FSE si progetta, per la prima volta nell'informatica sanitaria italiana, un'architettura di grafi di generazione internet (e-Health) non al servizio della burocrazia amministrativa e medica, della verticalità sanitaria, ma per la comunicazione tra i professionisti della salute – tra il medico o pediatra di famiglia (MMG, PLS) e il medico specialista (MS) – e tra il cittadino e il medico, tra ambiente e organizzazione.

La nuova architettura del FSE crea grandi cluster regionali in rete di medici di medicina generale, di pediatri di famiglia, di specialisti ambulatoriali e ospedalieri, i quali condividono in tempo reale dati e informazioni individuali di salute dell'assistito. In questa nuova architettura non si condividono semplicemente dati generici di sanità, flussi, ma informazioni personali di salute dell'assistito che si generano nell'interazione medico-paziente, nell'ascolto professionale del racconto del sofferente, nella visita medica, nell'esame diagnostico e specialistico, nell'auto-osservazione del cittadino.

I dati che circolano in un sistema non sono, infatti, tutti della stessa natura. Esistono dati organizzativi riferiti alla vita dell'organizzazione, dati individuali riferiti alla persona e infine dati professionali che servono per generare il prodotto tecnologico, che attengono alla sfera professionale di lavoro

Questa parola chiave è adattata dal libro di Mauro Moruzzi *La sanità dematerializzata e il fascicolo sanitario elettronico. Il nuovo welfare a bassa burocrazia*, edito da Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2014.

del professionista. Non mancano, poi, dati delle organizzazioni che servono ai cittadini e non solo ai burocrati, come potrebbero essere gli orari dei treni, quelli di apertura di un ambulatorio o il numero di telefono del medico di famiglia. Questi ultimi si possono definire come dati organizzativi personalizzati, poiché ognuno di noi li usa a suo modo (l'orario di visita del mio medico non è generalmente quello del medico del mio vicino). I numeri del bilancio economico e la quantità delle prestazioni erogate in un anno da un'azienda sanitaria sono invece dati organizzativi e nulla hanno a che fare con la temperatura corporea di un paziente febbricitante o con il suo peso corporeo.

Acquisiti in ambito medico e trascritti in una cartella clinica, i dati personali cambiano natura, assumono valenza professionale, ovvero tecnologica, entrano nel ciclo organizzativo di realizzazione del prodotto, subiscono un processo di reificazione al fine di generare un prodotto. I dati della spesa sanitaria nazionale o regionale, di cui parlano spesso politici e dirigenti della sanità, non forniscono alcuna informazione sullo stato di salute della gente, poiché

sono dati di natura organizzativa. Diversamente, il numero dei bambini che in un anno ha contratto carie ai denti rispetto all'anno precedente è un dato collettivo di salute, come quello degli obesi in forte crescita. Peccato che i politici e i dirigenti della sanità preferiscano, spesso, parlarci dei loro dati organizzativi anziché dei nostri dati personali di salute. I primi sono del sistema burocratico, dell'organizzazione, i secondi del mondo vitale della gente. Due mondi assai diversi. Il prodotto dell'organizzazione sanitaria ha anch'esso una duplice valenza: la diagnosi e la cura (prevenzione e riabilitazione sono, per certi aspetti, sottoprodotti di questi due). Essi sono due prodotti radicalmente diversi, poiché il primo è immateriale, ovvero costituito da dati e informazioni – dematerializzati in bit nell'era della digitalizzazione – mentre il secondo è fatto di atomi che si materializzano non solo nei farmaci, ma nell'energia dell'azione medica, chirurgica, fisiatrica, psicologica.

Nel primo caso i dati e le informazioni diventano essi stessi prodotti, peraltro ampiamente utilizzati in tutte le forme di prevenzione delle malattie e degli incidenti, di tutela della

## Verso un welfare a bassa burocrazia

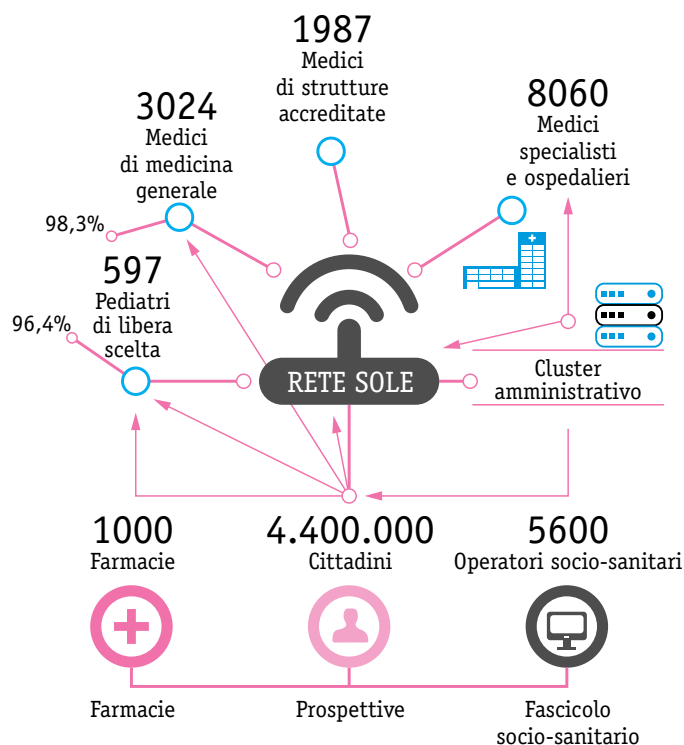
Un libro di **Mauro Moruzzi**  
272 pagine a colori. €35,00

**Il Pensiero Scientifico Editore**  
[www.pensiero.it](http://www.pensiero.it)



Numero Verde  
**800-259620**

Il grafico della rete regionale e-Health dell'Emilia-Romagna.



salute. Affinché ciò avvenga, occorre però che questi dati e queste informazioni siano acquisiti come conoscenza individuale attraverso un processo di condivisione e comunicazione.

La diffusione delle reti e-Health ha fondamentalmente questo scopo.

La rete è una forma di organizzazione particolare (di retro-organizzazione) che produce comunicazione (alta comunicazione) attraverso la condivisione dei flussi di dati e informazioni dematerializzate. Quello che s'intende qui evidenziare è la straordinaria capacità del mondo delle reti di generazione internet (e-Health, e-Care) di entrare strutturalmente nella produzione della salute e quindi nel welfare sanitario.

Il FSE e le reti regionali e-Health che lo generano rappresentano lo sviluppo più avanzato dell'e-Health nella situazione europea. L'Electronic Personal Record (EPR), la versione europea del FSE italiano, è considerato dai paesi della Comunità europea una tappa d'importanza strategica che richiede un impegno straordinario di risorse, soprattutto organizzative. L'investimento in tecnologia ICT è, infatti, irrilevante rispetto all'enorme sforzo richiesto per la

riorganizzazione delle strutture sanitarie, la formazione e ri-formazione delle professionalità.

Il cambiamento culturale che il FSE/EPR provoca è paragonabile, per certi aspetti, alla rivoluzione di internet in campo bancario e finanziario con l'e-Banking e l'e-Finance. Il Fascicolo e l'e-Health portano un'innovazione potente che cambia l'episteme tecnoculturale imperante da oltre trent'anni nel sistema assistenziale italiano.

Lo sviluppo di questi progetti, che ha avuto inizio – come già ricordato – in Lombardia (1999) e pochi anni dopo in Emilia-Romagna (2002), ha portato la cultura europea dell'e-Health in Italia, necessaria per un'assistenza ad alta comunicazione.

### Le esperienze della Lombardia e dell'Emilia-Romagna

Le basi culturali e tecnologiche di partenza delle due esperienze regionali più avanzate sono diverse. La Lombardia progetta un forte investimento strutturale in tecnologia di rete e nella Carta del Cittadino, che sarà distribuita a nove milioni di persone con costo considerevole.

In Emilia-Romagna, diversamente, si pensa a un'estensione delle Reti tecnosociali del cittadino – attivate in forma originale fin dal 1990 con il CUP Metropolitano di Bologna – attraverso innanzitutto il coinvolgimento dei circa 4000 medici di famiglia della Regione.

Si parte, negli anni 2000-2001, dall'idea progettuale di estendere il grafo di rete del CUP Metropolitano di Bologna – che già integrava i medici specialisti e i cittadini e utilizzava la comunicazione mista<sup>5</sup> – in ambito regionale. In quel momento il grafo permetteva solo una condivisione dei dati della prenotazione elettronica (e-Booking) con le agende mediche dei medici specialisti. L'inserimento delle impegnative dei medici di famiglia nella rete, portate personalmente dal cittadino ai punti CUP, avveniva soltanto attraverso l'apporto manuale di operatori di Back Office e Front Office.

L'estensione del grafo di rete ai medici di famiglia, in una dimensione non più metropolitana ma regionale, avrebbe non solo automatizzato l'ultimo passaggio, ma creato un canale interattivo di ritorno del referto allo stesso MMG, qualora tutto il sistema avesse un sufficiente grado di informatizzazione; determinando così la possibilità che anche il cittadino diventasse un nodo del grafo e potesse quindi condividere il contenuto del referto.

I diversi percorsi del FSE portano comunque verso obiettivi

comuni: progettare reti tecno-sociali che consentono al cittadino assistito dal sistema sanitario di condividere i propri dati di salute con il medico di famiglia e i medici specialisti. Una condivisione che è alla base di un processo più ampio di comunicazione e di socializzazione delle informazioni di salute. I dati, raggruppati in forma dematerializzata nei repository delle organizzazioni sanitarie che li hanno generati sfruttando l'interazione medico-paziente, possono essere letti e anche replicati in un sito web del cittadino: la My Page del FSE. È sempre il cittadino che autorizza la condivisione in tempo reale, in rete e-Health, di questi dati con il medico di famiglia e con i medici specialisti che l'hanno in cura. La persona può tecnologicamente ricomporre i propri dati di salute sparsi, frammentati, nel tempo (recente e di vita) e

nello spazio geografico delle diverse strutture mediche e sanitarie. La ricomposizione dei dati e delle informazioni individuali di salute ha come baricentro di attrazione lo stesso cittadino e non più, com'è sempre accaduto, l'ospedale o il medico. L'assistito diventa hub di se stesso, linkando permanentemente i nodi professionali che generano e conservano i suoi dati, alimentandoli e personalizzandoli; auto-generando informazioni sul proprio corpo che entrano in rete e arricchiscono il suo Fascicolo. Uno scenario che mette il cittadino-paziente al centro del sistema della cura e della medicina.

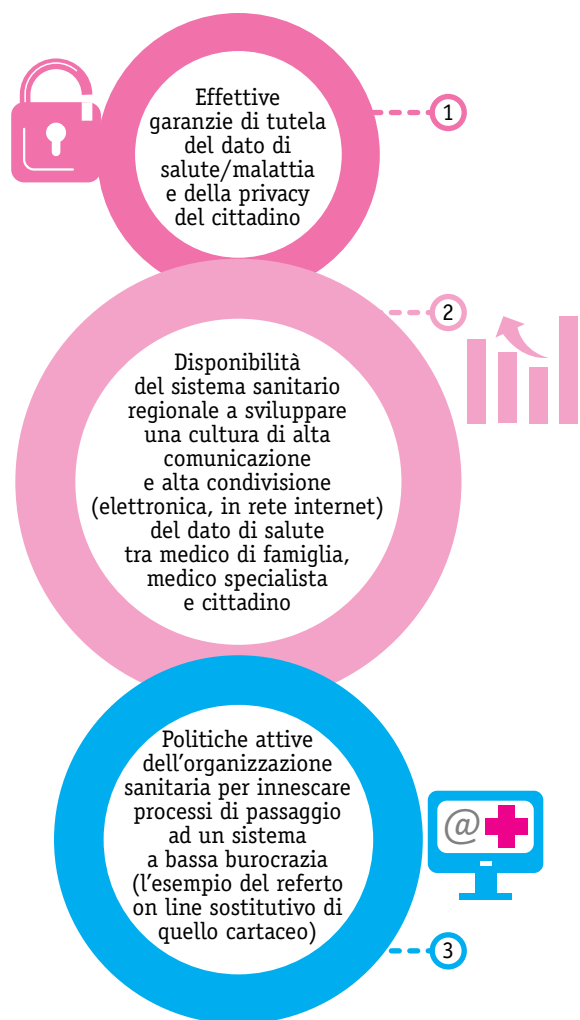
La realizzazione di reti e-Health di generazione e la nascita del FSE erano cose impensabili nel vecchio mondo verticale dell'informatica sanitaria, quello dei data manager, dei sistemi informativi aziendali.

Nei primi dieci anni del nuovo secolo i grandi player di mercato dell'ICT sanitaria e di internet partecipano all'impresa con un'alta dose di scetticismo. Non effettuano particolari investimenti tecnologici se non richiesti e garantiti espressamente dai committenti pubblici, come nel caso lombardo. In altre parole, l'industria ICT non industrializza ancora il Fascicolo nonostante il procedere di alcune esperienze regionali e la formulazione di linee-guida ministeriali e dell'Autorità Garante della Privacy tra il 2009 e il 2010. Nonostante ciò, il primo passo è compiuto e si incrina il vetro delle resistenze burocratiche e culturali. Il Fascicolo diventa non soltanto una realtà per milioni di cittadini italiani, ma anche una piattaforma di servizi online per l'assistito.

Nel 2009 la rete regionale e-Health «SOLE» dell'Emilia-Romagna – acronimo di Sanità On LinE<sup>6</sup>, realizzata dalla società CUP 2000 per la Regione Emilia-Romagna – genera il primo FSE italiano in formato My Page, dopo due anni di sperimentazioni, che sarà attivato il 20 dicembre da Romano Prodi, cittadino residente a Bologna e ospite d'onore all'evento di varo del progetto. In Emilia-Romagna tutti i cittadini residenti – oltre alle persone presenti per studio e lavoro – possono oggi attivare su internet il proprio Fascicolo, cioè la loro My Page di salute, andando all'indirizzo [www.fascicolo-sanitario.it](http://www.fascicolo-sanitario.it) e seguendo le istruzioni. Le norme di protezione della Privacy in vigore in Italia richiedono poi un rapido passaggio a un punto CUP o ad uno sportello URP delle ASL con un documento d'identità per farsi spedire la password di accesso al sistema in posta elettronica personale<sup>7</sup>.

Il FSE, nella sua forma compiuta già realizzata in queste

Criticità nella diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico.



Regioni, raccoglie tutti i referti di laboratorio, radiologia, visite specialistiche, lettere di dimissioni dall'ospedale. I vari certificati sanitari compaiono nel Fascicolo al quale solo l'interessato può, ovviamente, accedere.

Dal FSE si possono prenotare le visite, pagare il ticket, cambiare il proprio medico di famiglia, mantenere aggiornata l'agenda elettronica degli appuntamenti sanitari, inserire documenti sanitari personali dal proprio computer, annotare problemi di salute in un apposito taccuino, decidere a chi inviare automaticamente i propri referti (al medico di famiglia, ad altri medici), oscurare un referto che non si vuole far conoscere, tenere i link e gli indirizzi di medici specialisti, dei pediatri dei figli, condividere informazioni e problemi di salute con altre persone, ecc.

È difficile trovare in Europa un'innovazione così potente.

Nella primavera 2014, circa quattro milioni di cittadini dell'Emilia-Romagna – su una popolazione residente di circa 4,4 milioni – hanno dato il consenso a una prima fase di attivazione del loro FSE: i dati personali di salute entrano così nella rete regionale e-Health e arrivano nelle cartelle cliniche elettroniche dei medici di famiglia. Ogni MMG e ogni PLS riceve automaticamente, con questo consenso, tutti i referti e gli altri documenti sanitari del proprio assistito.

Nel 2014 (aprile) già 101.000 cittadini emiliano-romagnoli hanno attivato la propria My Page del FSE sul web e una parte di essi la usa per archiviare dati, scaricare i referti e prenotare una visita con il CUPWeb<sup>8</sup>.

La differenza, peraltro consistente, tra disponibilità dei cittadini a mettere i loro dati di salute in rete per condividerli con i propri medici curanti e le effettive attivazioni sul web della My Page del FSE può essere spiegata in vari modi. Innanzitutto le Aziende Sanitarie della Regione hanno avvertito l'importanza di questa innovazione con uno scarto di tempo di diversi anni, rispetto al team di progetto. Si sono così registrati ritardi rilevanti rispetto agli obiettivi del piano di diffusione e comunicazione del Fascicolo. Incomprensioni culturali, resistenze burocratiche, gestione verticistica del rapporto tra organizzazione sanitaria e assistiti sono i fattori che ostacolano la diffusione del FSE anche in una Regione di buona sanità come l'Emilia-Romagna. Esistono però anche numerosi fattori di resistenza e di diffidenza presenti dal lato del cittadino il quale vive, da sempre, in modo critico il rapporto con l'organizzazione sanitaria. In questo settore l'utente ha pochissimi strumenti di autotutela e autodifesa rispetto alla burocrazia e ai medici, a differenza, ad esempio,

di quello che accade con le amministrazioni comunali e di quartiere. Questa diffidenza si traduce nella costante ricerca di certezze e, sotto quest'aspetto, la carta e i bolli sembrano dare maggiori garanzie dei bit. Inoltre, non bisogna sottovalutare il peso del *digital divide* generazionale e territoriale, oltre alla diffusa sensibilità rispetto alla tutela della propria privacy per i dati di salute-malattia. Una parte della popolazione è attenta e sensibile a questi temi e pensa, non sempre a torto, che i polverosi archivi cartacei degli ospedali siano, tutto sommato, più sicuri dei repository e delle reti elettroniche di internet. In presenza di norme di legge non sempre chiare, e peraltro non sempre rispettate dagli attori, e di un traffico incontrollato dei dati di salute della gente, questi comportamenti sono abbastanza spiegabili.

### Le esperienze nelle altre Regioni italiane

Le esperienze del Fascicolo delle Regioni Emilia-Romagna e Lombardia hanno fatto scuola in Italia. Diverse altre esperienze e-Health/FSE sono nate all'inizio del secondo decennio del nuovo secolo.

Queste realtà sono state censite dall'Osservatorio Nazionale sul FSE attivato nel 2013 da AssinterItalia in collaborazione con l'Università di Urbino, FIASO, FederSanità e l'Istituto Nazionale Tumori G. Pascale di Napoli. La ricerca 2013 sul FSE dell'Osservatorio nazionale ha messo a confronto le informazioni provenienti da un campione significativo di ASL italiane con i dati forniti da quindici società ICT in house delle diverse Regioni, ottenendo risposte strutturate da 11 delle 15 società regionali in house e da 238 Aziende Sanitarie e IRCCS (su 300).

Il target delle aziende in house regionali conferma che nel 2013 un gruppo considerevole di Regioni italiane ha programmi operativi di realizzazione del FSE (Veneto, Friuli Venezia-Giulia, Alto Adige) mentre Lombardia, Emilia-Romagna e Trentino sono ormai a un livello avanzato di realizzazione; altre Regioni stanno sperimentando il FSE in forma limitata o hanno programmi specifici d'intervento in questo settore (Valle d'Aosta, Piemonte, Liguria, Umbria, Puglia e anche Sardegna e Sicilia).

Il dato più interessante della ricerca riguarda il coinvolgimento dei cittadini nella progettazione e-Health. La Lombardia ha l'indice più alto di coinvolgimento dell'utenza rispetto a tutte le altre Regioni, per una ragione ancora una



volta tecnologica: la distribuzione capillare a tutta la popolazione della smartcard (Carta Regionale dei Servizi) che permette l'accesso e l'identificazione al portale regionale, dove è possibile prendere visione dei propri dati di salute e scaricare i referti. L'Emilia-Romagna ha adottato una scelta differente, di graduale distribuzione delle credenziali di accesso al sistema ai cittadini «vis à vis», attraverso la lenta identificazione dell'utente ai punti di accettazione delle Aziende Sanitarie. È evidente che le due scelte sottendono orientamenti non soltanto tecnologici, ma anche politici e organizzativi diversi nella gestione del servizio sanitario. L'Emilia-Romagna ha però ereditato dall'esperienza storica e dalla cultura del CUP metropolitano bolognese un obiettivo più ambizioso: la realizzazione di una My Page, di un'interfaccia Web per tutti i cittadini non soltanto come contenitore del FSE, ma nell'ottica strategica di una piattaforma tecnologica personale dell'utente per le

informazioni, i servizi online e l'interazione tra i soggetti. La seconda parte, ancora più interessante, dell'indagine dell'Osservatorio Nazionale interessa la rilevazione relativa a 238 Aziende Sanitarie italiane che sono state chiamate a esprimersi e auto-valutarsi sull'attuazione del progetto Fascicolo, nel frattempo previsto per tutti i cittadini da una legge dello Stato. La rilevazione ha indicato, sotto quest'aspetto, diversi indici di valutazione, in particolare lo stato di digitalizzazione dei documenti sanitari e dei repository aziendali che è alla base del processo di realizzazione del FSE. La carta geografica della sanità digitale italiana assume, dai dati forniti dalle ASL, diverse intensità, ma conferma sostanzialmente le rilevazioni parziali precedenti. Le Regioni del centro nord hanno un livello più alto di digitalizzazione dei documenti sanitari; nel Sud d'Italia questo livello ha qualche riscontro soltanto nelle piccole Regioni del Molise e della Basilicata.

Altro dato indicativo è la diffusione dei servizi online al cittadino: la risposta delle Aziende Sanitarie mette in evidenza una situazione precaria, in cui questi servizi, nel vecchio e frammentario impianto informatico della sanità italiana, hanno una qualche consistenza soltanto nella prenotazione delle prestazioni e nel pagamento dei ticket sanitari; più recentemente anche nelle informazioni sui tempi di attesa per le visite specialistiche richieste dalla legge sulla trasparenza<sup>9</sup>. Gli indici di diffusione regionale del FSE in Italia, nell'autovalutazione delle singole ASL, ripercorrono, con qualche indicativa differenza, quelli delle indagini precedenti. La carta geografica e sanitaria dell'Italia si colora ancora una volta, nell'autovalutazione delle singole Aziende Sanitarie (non delle Regioni), nei territori protagonisti del FSE, con significativi indici anche in Liguria, nel Veneto, in Umbria e Molise.

Come già detto, la ricerca è stata focalizzata, nella dimensione regionale, alle realtà dotate di società ICT in house con l'ente Regione. La Regione Toscana, pur non avendo una propria società dedicata all'e-Health, ha sviluppato, dal 2010, un'interessante esperienza di attivazione del FSE (chiamato FSE-T) su vasta scala con la distribuzione di una carta regionale dei servizi che permette di attivare il Fascicolo. Il progetto non consente ancora (2014) una condivisione dei dati di salute del cittadino con i medici di famiglia e con i medici specialisti; tuttavia già oltre un milione e cinquecentomila persone hanno attivato il FSE-T e possono scaricare online i documenti sanitari; il progetto, dotato di

Osservatorio Nazionale FSE: la diffusione del fascicolo in Italia nel 2013. Fonte: Ricerca dell'Università di Urbino per l'Osservatorio Nazionale del FSE.



- Regioni con Società ICT in House
- R Regioni che hanno realizzato il FSE
- T Regioni tecnologicamente o progettualmente preparate alla realizzazione del FSE
- S Regioni che hanno fatto solo parziali sperimentazioni FSE
- Regioni senza particolare sviluppo del FSE

una moderna infrastruttura tecnologica e di un sistema di tutela della sicurezza dei dati di ultima generazione, è in fase di rapida evoluzione sulla base delle linee-guida nazionali. La conclusione del Rapporto dell'Osservatorio Nazionale FSE 2013 può essere riassunto in cinque punti:

1. il Fascicolo è ormai una realtà diffusa nel Centro-Nord e coinvolge già fattivamente oltre 10 milioni di cittadini;
2. si sta evolvendo come progetto nazionale;
3. le Regioni che si sono dotate di Società in house, attivando programmi e-Health in collaborazione con l'industria ICT, hanno ottenuto i migliori risultati e possono ancora migliorarli se riutilizzeranno – come prevede espressamente la legge italiana – delle soluzioni tecnologiche e degli investimenti già fatti da altre Regioni e quindi dalla pubblica amministrazione;
4. occorre un efficace sistema di diffusione, sul territorio nazionale e tra i soggetti realizzatori, delle conoscenze acquisite superando barriere che impediscono la condivisione dei risultati e soprattutto della cultura dell'e-Health e del FSE;
5. la realizzazione del FSE per tutti i cittadini italiani comporterà enormi risparmi nel sistema sanitario italiano se alla dematerializzazione della carta subentrerà un utilizzo diffuso dei dati in rete e-Health per riprogettare i processi clinici e amministrativi e l'organizzazione della sanità.

Quest'ultimo aspetto del progetto è particolarmente interessante e attuale. In sede di presentazione della citata ricerca dell'Osservatorio Nazionale del FSE a Napoli (Monastero dei Camaldoli, 14 giugno, 2013) è stata evidenziata una possibilità di «risparmio materiale» (costo della carta, della stampa e soprattutto della distribuzione e del trasporto umano e postale dei certificati) per ogni documento sanitario dematerializzato di circa 0,5 euro, senza considerare i costi sociali derivanti dalla mobilità fisica degli utenti. Si consideri che per ogni milione di abitanti-assistiti, il servizio sanitario nazionale genera oggi mediamente circa 15 milioni di documenti cartacei all'anno. Tale cifra unitaria di risparmio può aumentare oltre le dieci volte in base alla possibilità di utilizzare i dati in formato dematerializzato per la riorganizzazione dei processi clinici e amministrativi aziendali, per la drastica riduzione degli errori clinici e dei fenomeni di non-appropriatezza nelle prescrizioni farmaceutiche. Su una base annua di un miliardo di documenti sanitari – non lontana da quella reale del SSN pubblico e accreditato – si

possono pertanto avere risparmi materiali non inferiori al mezzo miliardo di euro, ma soprattutto risparmi complessivi di efficienza sistemica non inferiori ai cinque miliardi di euro. Queste primissime analisi permettono di affermare con un certo grado di certezza che l'investimento in reti e-Health e nel FSE diffuso, non solo si auto-paga, ma è la chiave di volta per un grande progetto di rivisitazione dell'efficacia e dell'efficienza del servizio sanitario nazionale.

### Mauro Moruzzi

*Professore di Sociologia dell'Organizzazione, Università di Torino e Direttore Scientifico di CUP 2000 spa, Bologna*

### NOTE

1. AssinterItalia è l'associazione delle Società ICT delle Regioni italiane. Dal 2008 riunisce aziende a capitale interamente pubblico che operano nel settore dell'informatica per la Pubblica Amministrazione secondo il modello «in house providing».
2. Kelly K (2011). Quello che vuole la tecnologia. Torino: Codice Edizioni, p. 12.
3. Flichy P (2007). Understanding technological innovation: A socio-technical approach. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
4. Il Progetto CRS-SISS (Carta Regionale dei Servizi – Sistema Informativo Socio-Sanitario), realizzato dalla società Lombardia Informatica per conto della Regione Lombardia, è stato avviato nel 1999 con l'obiettivo di realizzare una piattaforma informatica innovativa per semplificare l'accesso ai servizi sanitari da parte degli operatori e dei cittadini ([www.siss.regionelombardia.it](http://www.siss.regionelombardia.it)).
5. Con l'utilizzo di operatori di sportello per far accedere i cittadini ai servizi delle reti elettroniche. La formula della comunicazione mista è Pa-Pfo M Pfo-Po, dove il cittadino (Pa, persona dell'ambiente) comunica con il medico (Po, persona dell'organizzazione) attraverso la macchina (M, tecnologia di rete) e un nodo tecno-umano formato da operatori della rete in posizione di Front Office (Pfo) e Back Office (Pbo).
6. SOLE è la rete informatica che collega i medici e i pediatri di famiglia a tutte le strutture sanitarie e agli specialisti del servizio sanitario regionale. Il progetto, iniziato nel 2002, è stato interamente finanziato dalla Regione Emilia-Romagna e realizzato da CUP 2000 S.p.A. in collaborazione con le aziende sanitarie ([www.progetto-sole.it](http://www.progetto-sole.it)).
7. La password verrà successivamente cambiata dall'utente a ulteriore protezione dei suoi dati. A Bologna è possibile attivare il FSE anche in Piazza Maggiore, presso l'URP del Comune.
8. Il CupWeb regionale dell'Emilia-Romagna è il sistema di prenotazione online delle prestazioni specialistiche (visite ed esami) della sanità regionale. Il sistema, realizzato da CUP 2000, è integrato con il FSE. Da marzo 2014 è possibile prenotare online anche per minori e soggetti tutelati, tramite le stesse modalità attualmente utilizzate per consultare i documenti sanitari sul FSE.
9. Nel 2010 il 44% dei 379 siti analizzati dal IV Rapporto del ministero della Salute «sull'utilizzo di Internet come strumento di comunicazione dei dati sui tempi di attesa nei siti Web delle regioni e PA e delle strutture del Servizio sanitario nazionale» rileva che le ASL danno le informazioni nel 57% dei casi via Web (nel Nord-Ovest il 79%); così il 48% dei siti Web delle regioni e il 47% delle Aziende Ospedaliere; mentre registrano percentuali più basse gli IRCCS (21%) e i Policlinici universitari (14%). Nel Rapporto non è specificata l'effettiva attendibilità di questi dati, che potrebbe essere assai bassa in quanto la maggioranza dei siti non dispongono di sistemi e-Health di rilevazione in tempo reale. [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1516\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1516_allegato.pdf)

## Switch farmacologico nel management delle patologie croniche

Lo switch farmacologico o *drug switching* è molto diffuso in pratica clinica, soprattutto nel management delle patologie croniche, e si riferisce alla sostituzione di un farmaco con un altro. Nello specifico tale sostituzione può riguardare un principio attivo con un altro principio attivo, appartenente o meno alla stessa classe farmacologica (per esempio, switch tra due statine, simvastatina e rosuvastatina), nel caso di inefficacia terapeutica o scarsa tollerabilità al primo principio attivo assunto, oppure un principio attivo 'di marca', cioè *branded*, con il rispettivo generico (o biosimilare nel caso dei farmaci biologici), al fine di ridurre la spesa farmaceutica. Altri scenari comprendono lo switch tra due farmaci generici contenenti lo stesso principio attivo o tra farmaco generico e rispettivo farmaco *branded*.

In Italia la spesa farmaceutica è cresciuta enormemente negli ultimi due decenni. Secondo l'ultimo rapporto nazionale dell'OsMed sull'impiego dei farmaci in Italia, nel 2013 la spesa farmaceutica

nel nostro Paese è stata pari a 26,1 miliardi di euro, con un incremento di circa il 2,3% rispetto all'anno precedente. Circa il 75% di questa spesa è a carico del Sistema Sanitario Nazionale (SSN)<sup>1</sup>.

Alla luce di questo crescente trend della spesa farmaceutica, negli ultimi anni il SSN e i sistemi sanitari regionali hanno promosso politiche sanitarie volte a favorire l'utilizzo dei farmaci a minore costo, e in particolare di quelli a brevetto scaduto e *non-branded*. In accordo a ciò, sempre secondo il suddetto rapporto dell'OsMed, i farmaci a brevetto scaduto rappresentano ad oggi il 46% della spesa farmaceutica convenzionata, in crescita rispetto agli anni precedenti.

In Italia con la legge Balduzzi si è favorita la pratica dello switch da farmaco *branded* a generico grazie anche alla disponibilità delle liste di trasparenza di sostituibilità per i farmaci a brevetto scaduto, che vengono costantemente aggiornate dall'AIFA.

Se da un lato switchare ad un farmaco a minor costo garantisce una riduzione della spesa farmaceutica, il cosiddetto zapping farmacologico con la prescrizione di differenti generici con scatole di colore e forma differenti in pazienti anziani in politerapia potrebbe ridurre l'aderenza alle terapie farmacologiche, con ricadute negative sia sugli esiti clinici sia sui costi sanitari.



Quarto rapporto sull'ictus

## Dopo l'ictus: integrazione e continuità delle cure

Istituto Auxologico Italiano  
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO

 Il Pensiero Scientifico Editore

Quarto rapporto sull'ictus

## Dopo l'ictus: integrazione e continuità delle cure

A cura dell'Istituto Auxologico Italiano

*Dopo l'ictus: integrazione e continuità delle cure*

fa seguito ai volumi precedenti, che hanno trattato la prevenzione, la diagnostica, la terapia e la genetica dell'ictus cerebrale, proponendosi come un vero e proprio manuale per quanti sono chiamati a curare e assistere i pazienti colpiti da ictus.

Raccoglie la produzione di specialisti del settore tra i più attivi in Italia e nel mondo, e rappresenta, oltre che uno strumento di conoscenza clinico-scientifica e di aggiornamento professionale, una inconfutabile testimonianza dell'incessante lavoro diretto alla ricerca di soluzioni terapeutiche e riabilitative.

Dalla Presentazione di Sergio Zaninelli

[www.pensiero.it](http://www.pensiero.it)

Numero verde 800-259620