

Un esempio di governance efficiente: il Sistema Informativo Sanitario.

*a. Storia sintetica del Sistema Informativo Sanitario;
b. la struttura e il funzionamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario;
c. Il sistema informativo, strumento di governo del Sistema Sanitario Nazionale.*

di **Giuseppe Beato**

Premessa

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza¹, presentato dal Governo al Parlamento lo scorso 25 aprile 2021 e approvato definitivamente dal Consiglio Europeo il successivo 13 luglio², ha posto in primo piano fra gli obiettivi da conseguire e gli investimenti da effettuare una completa digitalizzazione dei servizi in tutti i campi della vita economica e sociale, con particolare riferimento ai servizi resi dalla Pubblica Amministrazione; per questi ultimi è prevista una spesa pari a 9,75 miliardi di euro entro l'anno 2026. Rinviando a quanto illustrato alle pagine 87 e seguenti del documento, vale qui ricordare che molti dei concetti lì svolti riprendono temi consueti, che animano da molti anni il dibattito sulle modalità auspicabili per attuare una conversione digitale di successo nei processi di servizio gestiti dalle amministrazioni pubbliche³.

Dai concetti fondamentali di *cloud first*, *Polo Strategico Nazionale* e *interoperabilità* - strettamente legati all'esigenza dei cittadini e delle imprese di dialogare con la burocrazia italiana comunicando una sola volta i dati e le informazioni che li riguardano - emerge la necessità di creare un "luogo virtuale comune" nel contesto del quale sia possibile inviare, ricevere e custodire informazioni, nonché rispondere sollecitamente alle richieste di servizi, licenze, autorizzazioni e accertamenti gestiti da amministrazioni pubbliche.

Ma le technicalità specifiche dell'informatica non bastano. Per governare processi digitali di rilevanza nazionale è necessario considerare attentamente i contesti istituzionali e di governo delle amministrazioni che hanno titolo di gestire tali processi. E' errato credere che un buon risultato finale sia perseguibile facendo riferimento ai soli strumenti che la tecnologia digitale mette a disposizione di tutti. Nel mondo pubblico le tecnologie informatiche si confrontano sempre con il contesto istituzionale in cui operano, composto di disposizioni di rango costituzionale, di leggi, regolamenti e prassi operative più o meno efficaci. Gli strumenti regolatori generali contano quanto le metodologie specifiche; pertanto, le errate previsioni regolatorie producono effetti negativi quanto e come i deficit di professionalità.

Un prezioso strumento metodologico di conoscenza, inoltre, deve consistere, non solo nell'immaginare modelli programmatori "a tendere", ma anche nello studiare, come in un laboratorio vivente, le **esperienze già realizzate**. Da questo punto di vista, non mancano nella realtà informatico/organizzativa pubblica esempi ed esperienze funzionanti: si pensi ai sistemi informativi dell'INPS, dell'Agenzia delle Entrate, del Mef, dell'ACI (per non parlare di quelli - contenenti dati sensibili - dell'Arma dei Carabinieri e della Banca d'Italia).

¹ Vedi testo integrale <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>.

² Vedi qui documentazione parlamentare <https://temi.camera.it/leg18/temi/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza.html>. Sito consultato il 13 dicembre 2021.

³ Erano già di pubblica notorietà i concetti contenuti due ultimi piani triennali dell'informatica prodotti da AGID. Si vedano il Piano triennale 2017-2019 <https://docs.italia.it/italia/piano-triennale-ict/pianotriennale-ict-doc/it/2017-2019/index.html> e il piano triennale 2020-2022 <https://www.agid.gov.it/it/agenzia/stampa-e-comunicazione/notizie/2020/08/12/il-piano-triennale-linformatica-nella-pa-2020-2022>.

Fra le esperienze già realizzate, si espongono di seguito la storia, la struttura e i risultati della **digitalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale**. Questa esperienza offre spunti preziosi, non solo dal punto di vista squisitamente tecnico, ma anche - con pari importanza - dal punto di vista della governance gestita dai diversi protagonisti – centrali e territoriali – presenti nel panorama istituzionale italiano. La Sanità italiana è caratterizzata, come altre materie pubbliche, dalle attribuzioni previste dall'articolo 117 della Carta Costituzionale allo Stato e alle regioni. Ciò implica, come in altri ambiti (si pensi ad esempio a quelle affidate agli uffici provinciali del lavoro), che una struttura di banca dati deve essere pensata tenendo conto dei contenuti del titolo V, in relazione alla capacità di coniugare l'intervento di amministrazioni centrali con quello delle regioni, degli enti locali e dei comuni.

Il nostro sistema istituzionale – è questa la tesi di fondo dello scritto presente – grazie a un'attività che origina dagli albori del Sistema Sanitario Nazionale ha sviluppato uno strumento ben funzionante di automazione e di condivisione digitale, nel contesto di un rapporto intelligente fra Stato e sistema regionale; circostanza quest'ultima non estranea, anzi fattore determinante degli innegabili successi conseguiti e riconosciuti a livello internazionale della Sanità italiana.

Le note che seguono offrono un profilo storico delle problematiche della digitalizzazione in questo settore cardine della pubblica amministrazione. E' utile analizzare la struttura istituzionale di un'esperienza pubblica di successo, supportata da una cornice regolatoria efficace, equilibrata e capace di attrarre e attingere al prezioso patrimonio di talenti di cui il nostro Paese abbonda. Anche sperando nell'estensione su altre materie di formule rivelatesi vincenti, può essere forse utile effettuare una descrizione del Sistema Informativo Sanitario italiano attraverso:

- una sintetica **storia** dell'evoluzione di tale sistema informatico, così come promossa e sostenuta da scelte strategiche rivelatesi efficaci;
- una descrizione della sua **struttura di fondo**, che costituisce la carta vincente in un sistema: un sistema unico gestito dal centro ma sottoposto a un controllo incrociato e a collaborazione VERA fra centro e territorio;
- un censimento dei **risultati** che la gestione di tale sistema rende possibili a beneficio della collettività.

a. Storia sintetica del Sistema Informativo Sanitario.

◆ AGLI ALBORI

Prima della rivoluzione digitale, la raccolta dei dati – dati pubblici di qualunque genere - si svolgeva attraverso supporti cartacei compilati, sottoscritti e inviati ai soggetti deputati al controllo. Il Servizio Sanitario Nazionale, sin dalla sua istituzione nel 1978⁴, disponeva di unità sanitarie Locali e ospedali diffusi in tutto il territorio nazionale; le modalità di utilizzo delle dotazioni finanziarie trasferite dall'Erario furono le prime informazioni da sottoporre al controllo dell'allora Ministero del Tesoro. Quindi la prima prescrizione fu quella di cui all'articolo 50 della legge 833: "Le unità sanitarie locali debbono fornire alle regioni rendiconti trimestrali, entro il termine perentorio di 30 giorni dalla data di scadenza del trimestre, in cui si dia conto dell'avanzo o disavanzo di cassa nonché dei debiti e crediti dei bilanci già accertati alla data della resa del conto anzidetto".

La citazione merita attenzione perché le certificazioni cartacee di bilancio sono l'antenato dell'attuale sofisticato sistema di informazioni digitali. Da notare subito che tali certificazioni richieste erano veicolate dalle unità sanitarie locali, tramite le regioni, non solo al Ministero del

⁴ Con [legge n. 833 del 23 dicembre 1978](#).

Tesoro, ma anche al Ministero della Sanità. L'osservazione ritorna utile per ricordare il secondo atto regolatorio – dell'anno 1984 - che riguardò dati e informazioni sul sistema Sanitario Nazionale: un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri - adottato d'intesa col Ministro della Sanità - ⁵ in aggiunta alle certificazioni contabili, prevedeva la trasmissione a quel ministero di una serie nutrita di atti di gestione: i dati, particolareggiati per ciascuna u.s.l., delle articolazioni dei servizi, delle guardie mediche, dei dati sul personale e dei dati sulla farmaceutica convenzionata.

L'organizzazione informativa regolata dal dpcm era basata sulla trasmissione via posta di "modellini"-tipo – compilati a mano e firmati dai funzionari responsabili – che andavano ad affluire a un servizio di *data entry* istituito al Ministero della Sanità: era un abbozzo di banca dati ante litteram, nel senso limitativo di informazioni periferia-centro che, una volta registrate ed elaborate da un apparato elettronico centralizzato, producevano risultati di sintesi secondo le necessità codificate in appositi *software*. Non si può ovviamente parlare di banca dati intesa come luogo digitale in cui i dati vengono depositati, registrati, classificati nel contesto di un'architettura concettuale. Ci troviamo però, pur con questo limite, in presenza di un'organizzazione informatizzata, finalizzata al governo delle **attività gestionali** del Sistema sanitario.

Quel sistema presentava, infine, una caratteristica che sarebbe rimasta immutata nel tempo: il percorso bottom-up di una serie d'informazioni capillari, dal territorio della Repubblica al suo centro ministeriale.

Le modalità tecniche di trasferimento dei dati rimasero sostanzialmente immutate fino al passaggio del secolo, pur se intervennero nuovi modelli di monitoraggio della gestione⁶ e della contabilità⁷. Si era intanto consolidato – parallelamente e in modalità separate – l'altro componente importante per il governo del sistema sanitario: il monitoraggio della quantità e della qualità delle prestazioni. L'ulteriore circostanza da sottolineare è che, in occasione dell'emanazione del decreto ministeriale che lo istituì ⁸, comparve a fianco dello Stato un altro soggetto "forte" nella produzione delle regole d'ingaggio: la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome, operante attraverso lo strumento giuridico delle "**intese**". Si può vedere nel prosieguo la rilevanza storica derivata da questa estensione della titolarità delle fonti regolatorie.

◆ IL NUOVO SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO (NSIS)

Nella realtà delle amministrazioni pubbliche, i sistemi di regole di gestione posti dalla legge e dai decreti conseguenti hanno un rilievo determinante sugli esiti pratici di qualunque riforma di un plesso organizzato. La bontà delle regole-base e degli strumenti previsti in astratto è indispensabile per generare/favorire i migliori comportamenti possibili conseguenti. Questa "legge fondamentale non scritta" vale anche per le materie informatiche: per queste ultime, anche le migliori impostazioni tecnologiche devono sempre fare i conti con i soggetti istituzionali che le ispirano: se le regole di base sono impiantate male, la conseguente gestione è destinata a funzionare male o a non funzionare. Nel caso del sistema informativo del SSN, l'impianto regolatorio di base ha consentito il prodursi di una realtà rivelatasi efficiente e di qualità, come si cercherà di dimostrare nel prosieguo.

⁵ Dpcm 17 maggio 1984, pubblicato sulla G.U. n. 153 del 5 giugno 1984 (supplemento ordinario) ed emanato in attuazione di quanto disposto dall'articolo 27, comma sesto, della legge 27 dicembre 1983, n. 730.

⁶ [Decreto del ministro della Sanità 23 dicembre 1996](#).

⁷ Decreto del ministro della Sanità 16 febbraio 2001, pubblicato su GU n. 90/2001, supplemento ordinario.

⁸ Previsto dall'articolo 10 del d. lgs n. 502/1992 e tradotto negli indicatori presenti nel [Decreto del Ministro della sanità 25 luglio 1995](#), adottato in applicazione dell'articolo 10, comma 3 del nuovo testo del d. lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992.

In linea con la prassi legislativa già adottata in precedenza e in perfetta coincidenza con la riforma del titolo V della Carta Costituzionale⁹, la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano si rese protagonista della riforma strutturale del Sistema Informativo del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso un accordo fra Ministro della Sanità e le regioni del febbraio 2001¹⁰. Fu deciso:

- a) l'istituzione di un Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale che operasse con un approccio olistico fra i suoi attori (Stato, regioni, aa.ss.ll., aziende ospedaliere, etc.) e, soprattutto, fra le sue diverse componenti gestionali e contabili, operanti fino allora in modalità separate;
- b) la condivisione del patrimonio informativo fra i diversi soggetti in campo;
- c) l'adeguamento del sistema in termini di architetture tecnologiche di contenuti informativi;
- d) l'interoperabilità del sistema, volta alla realizzazione e diffusione della carta sanitaria individuale;
- e) l'adozione di requisiti funzionali del nuovo sistema informativo (articolo 3);
- f) l'adozione di dotazioni finanziarie adeguate per la costruzione del nuovo sistema¹¹.

La novità strutturale più importante fu, soprattutto, un'altra: veniva istituito un presidio permanente "con funzioni di indirizzo, governo, monitoraggio e controllo dello sviluppo e avvio del nuovo SIS", esercitato da una cabina di regia composta in numero paritetico da rappresentanti del Ministero della Sanità e delle regioni. Questo organismo costituisce da venti anni il luogo dove si sperimenta la capacità di "leale collaborazione" fra le istituzioni centrali dello Stato e le regioni.

La strutturazione olistica del nuovo sistema, sua caratteristica fondamentale, meritava un'analisi di base sulle informazioni e i dati che dovevano andare a costituire la banca dati integrata. Un primo passo per la sua costruzione fu rappresentato dal "modello concettuale" predisposto nel 2002 dal Ministero della Sanità¹². Tuttavia, la pur esaustiva prospettazione teorica dei servizi a cura del Ministero acquistò forza propulsiva e adesione comune allorché la Conferenza Stato-regioni, con una delibera del dicembre 2003¹³, conferì alla Regione Veneto come capofila un progetto per la costruzione di classificazioni, codifiche, metodologie comuni per il Servizio Sanitario Nazionale (progetto "Mattoni del Servizio Sanitario Nazionale). Il progetto coinvolse tutte le regioni e lo Stato in un programma conclusosi nel 2007¹⁴: i rispettivi nuclei di professionalità designati operarono su 15 voci (i "mattoni"¹⁵) costitutive del Sistema Sanitario Nazionale. Queste sinergie, non solo

⁹ L'articolo 117 assegna la "tutela della salute" fra le materie di legislazione concorrente fra Stato e Regioni, ponendo così il vincolo della "leale collaborazione" fra tali Istituzioni della repubblica. Lo stesso articolo 117 (comma 2, lett. m) assegna alla potestà legislativa esclusiva dello Stato la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali", con medesimo vincolo di leale collaborazione con le autorità regionali. Le "intese" e gli "accordi" in sede di conferenza Stato-Regioni e di Conferenza unificata Stato-Regioni ed Autonomie locali sono regolati del decreto legislativo n. 281 del 28 agosto 1997 e dal decreto legislativo n. 131 del 5 giugno 2003.

¹⁰ Provvedimento 22 febbraio 2001 (G.U. 18 aprile 2001): "Accordo quadro tra il Ministro della Sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per lo sviluppo del nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale. Accordo ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281".

¹¹ Vedi anche sul tema l'accordo Stato regioni dell'8 agosto 2001.

¹² https://www.salute.gov.it/imgs/C_22_pagineAree_25_paragrafi_paragrafo_0_listaFile_itemName_0_fileAllegato.pdf

¹³ Delibera n. 1895 del 10 dicembre 2003, di approvazione del "Progetto Mattoni SSN".

¹⁴ Vedi qui i progetti collegati ai "15 mattoni del SSN" <http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/mattoni.jsp>

Sito consultato il 23 novembre 2021. Furono costituiti 15 gruppi di lavoro, operanti su 15 sotto-progetti, che coprivano nel loro insieme tutti i risvolti gestionali e contabili del SSN. L'obiettivo comune dei sottogruppi era, comunque, quello di costituire un linguaggio comune e garantire la confrontabilità delle informazioni presenti in ciascuna partizione della banca dati. Le 15 linee progettuali vennero realizzate entro l'anno 2007, ciascuna da un Gruppo di lavoro ristretto costituito da una regione o Istituzione *Capogruppo*, da un'*associata* e da un gruppo di lavoro. La capogruppo, oltre a definire i contenuti, l'articolazione ed il budget di progetto, individuava i membri del gruppo di lavoro ed aveva la responsabilità dei risultati del progetto. Il coordinamento fra regioni e ministero e fra regioni fra loro era assicurato, non solo dalla composizione mista dei gruppi di lavoro, ma anche da schema organizzativo predefinito di rapporti.

¹⁵ *I 15 Mattoni del SSN*.

consentirono di definire le basi di un linguaggio comune a livello nazionale costituito da metodologie, classificazioni e codifiche uniformi, ma cementarono anche un importantissimo collante nazionale di risorse professionali. Con un nucleo di concetti, definizioni e sistemi di codifica delle articolazioni dell'assistenza sanitaria nazionale (strutture, prestazioni, ospedali di riferimento, tempi di attesa prestazioni farmaceutiche assistenza residenziale, costi, assistenza collettiva, etc.) si costruiva la grammatica e la sintassi di **un sistema unitario** cui potevano fare riferimento tutte le successive iniziative si intendesse adottare nel prosieguo.

La solida struttura del contesto generale di riferimento consentì, in quello stesso anno 2003, di prevedere per legge il **progetto Tessera Sanitaria** che individuò lo strumento per consentire quella "gestione informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche e ospedaliere, erogate da soggetti pubblici e privati accreditati"¹⁶ che era stata varata tre anni prima con la legge finanziaria n. 388/2000¹⁷: l'introduzione dal 1° gennaio 2004¹⁸ della Tessera Sanitaria era basata sul codice fiscale, quale strumento unico di collegamento a sistema fra ricettari medici standardizzati e prodotti farmaceutici venduti, attraverso sistemi di lettura ottica dei codici dei ricettari stessi, del codice fiscale e delle medicine.¹⁹

Il nuovo sistema basato sull'analisi dei "mattoni" andava ulteriormente "blindato" da congegni che consentissero di superare le incertezze e i ritardi facilmente prevedibili, data la molteplicità dei soggetti chiamati a darne esecuzione: regioni, aziende ospedaliere, aa.ss.ll., r.s.a., medici convenzionati, farmacie. Sul tema fu provvidenziale una disposizione contenuta nella **legge finanziaria per l'anno 2005**²⁰: fu previsto un finanziamento integrativo di 2 miliardi di euro a carico dello Stato e destinato al Servizio Sanitario Nazionale, subordinato all'esecuzione di "ulteriori adempimenti per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del nuovo sistema informativo sanitario"; tali adempimenti sarebbero stati prescritti da un'intesa da perfezionare in sede di Conferenza Stato-regioni. La prospettiva dei finanziamenti produsse, di conseguenza, le prescrizioni di cui all'articolo 3 dell'intesa del 23 marzo 2005²¹, finalizzate all'eliminazione dei disavanzi attraverso l'obbligo per le regioni e autorità sanitarie territoriali di uniformarsi ai seguenti adempimenti:

-
- 01 - Classificazione delle strutture
 - 02 - Classificazione delle prestazioni ambulatoriali
 - 03 - Evoluzione del sistema DRG nazionale
 - 04 - Ospedali di Riferimento
 - 05 - Standard minimi di quantità di prestazioni
 - 06 - Tempi di attesa
 - 07 - Misura dell'appropriatezza
 - 08 - Misura dell'Outcome
 - 09 - Realizzazione del Patient File
 - 10 - Prestazioni farmaceutiche
 - 11 - Pronto soccorso e sistema 118
 - 12 - Assistenza residenziale e semiresidenziale
 - 13 - Assistenza primaria e prestazioni domiciliari
 - 14 - Misura dei costi del SSN
 - 15 - Assistenza sanitaria collettiva.

¹⁶ Il progetto poté facilmente essere iscritto al mattone n. 10 del NSIS quanto ai collegamenti nella banca dati complessiva.

¹⁷ articolo 87 della legge n. 388 del 23 dicembre 2000.

¹⁸ Il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, diagnostiche, specialistiche e ospedaliere si svolge attraverso il collegamento fra Tessera sanitaria, modelli di ricettari standardizzati e la trasmissione telematica dei dati (articolo 50 del decreto legge n. 69/2003, convertito in legge 326/2003 e articolo 1, comma 610, della legge n. 296/2006).

¹⁹ <https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/> Sito consultato il 12 dicembre 2021.

²⁰ articolo 1, comma 173, della legge n. 311/2004 <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2004-12-30;311>.

²¹ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2005/05/07/05A03665/sg>.

- a) il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario; con ciò veniva incentivato finanziariamente il costante e corretto utilizzo del NSIS da parte di tutta la variegata composizione dei soggetti che cooperano nel sistema sanitario nazionale;
- b) lo stringente collegamento fra gli adempimenti contabili e le “misure di qualità, efficienza ed appropriatezza” del Servizio Sanitario Nazionale, per le quali ci si avvale del NSIS;
- c) l’istituzione della responsabilità per il mancato rispetto dei contenuti e delle tempistiche dei flussi informativi del NSIS a carico dei direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliere universitarie.

Si legavano così regioni e aa.ss.ll. al buon funzionamento del Sistema Informativo Sanitario attraverso l’erogazione aggiuntiva di finanziamenti; l’alimentazione obbligata del sistema informativo diventava, per altro verso, strumento per monitorare efficienza e qualità dei servizi erogati²².

◆ IL RUOLO ACQUISITO DALLA CONFERENZA STATO - REGIONI

Un’altra “regola fondamentale non scritta” per il buon esito di una riforma amministrativa è quella secondo cui l’attuazione delle impostazioni di base deve essere efficiente e di qualità; nel caso del Nuovo Sistema Informativo Sanitario ha operato un sistema di implementazione delle regole - tecniche e non – che fa capo da circa vent’anni alle “**intese**” e agli “**accordi**” raggiunti in sede di **Conferenza Stato-regioni**.

Il nome “semplificato” di quest’organismo, individuato dallo stesso legislatore, sta per “Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano”: come è noto, si tratta del soggetto inter-istituzionale istituito nel lontano 1988 e in seguito regolato da disposizioni legislative conformi all’evoluzione in senso regionale degli Ordinamenti della Repubblica italiana²³. Possiamo oggi affermare che nessuna delle “regole d’ingaggio” che caratterizzano il Sistema Informativo Sanitario sia “passata” senza l’avallo di questo Organismo, composto dal Presidente del Consiglio dei ministri, dai governatori delle 20 regioni e dai presidenti delle due province autonome della Repubblica. Da qui soprattutto sono stati generati i gruppi tecnici di lavoro che hanno realizzato quella costruzione d’ingegneria informatica che è la banca dati del NSIS. Per precise disposizioni di legge e in virtù di sentenze della Corte Costituzionale, le intese e gli accordi in sede di Conferenza hanno operato, più che in attuazione di quanto previsto dalle leggi dello Stato, quasi sempre, invece, come base prescrittiva precedentemente concordata e in seguito da quelle fatta propria; la formula di rito presente in molte premesse di legge è “previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano”. Questa prassi legislativa, sancita da una sentenza della Corte Costituzionale dell’anno 2006²⁴, viene adottata anche in presenza di materie assegnate alla riserva di legislazione esclusiva

²² Le successive vicende legate alla gestione commissariale dei debiti sanitari accumulati negli anni precedenti hanno dimostrato che il NSIS è stato lo strumento fondamentale per accertare le situazioni di sbilancio finanziario e per accompagnare i piani di rientro delle regioni in deficit. Vedi fra le tante le vicende della Regione Lazio. https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=59343

²³ Si vedano nello specifico, oltre all’articolo 117 del Titolo V della Carta Costituzionale, anche l’articolo 12 della Legge n. 400 del 23 agosto 1988, gli articoli 8 e 9 della legge n. 59 del 15 marzo 1997, il decreto legislativo n. 281 del 28 agosto 1997 e l’articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 5 giugno 2003.

²⁴ Sentenza della Corte Costituzionale n. 134 del 23 marzo 2006 <https://www.giurcost.org/decisioni/2006/0134s-06.html> .

dello Stato dall'articolo 117 della Costituzione, quale ad esempio la determinazione dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria²⁵.

Quello illustrato è il modello di produzione delle regole che si è imposto nella costruzione del Sistema Informativo (ma non solo) del SSN. Le modalità attraverso le quali circolano le informazioni e l'“omogeneità nella diversità” dei diversi ambiti operativi sono il frutto di un “asset giuridico” stabile, caratterizzato da scelte condivise in sede di Conferenza Stato - regioni.

b. la struttura e il funzionamento del nuovo Sistema Informativo Sanitario.

Si descrivono ora gli aspetti caratterizzanti il NSIS e i suoi limiti, legati all'avvenuta differenziazione delle regole d'ingaggio nella realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico²⁶.

Le persone che costruirono il congegno NSIS, ideandone il modello concettuale e i “mattoni”²⁷, puntarono al perseguimento degli otto obiettivi strategici raffigurati qui sotto.

Figura 1 - Il modello concettuale del NSIS: gli otto obiettivi strategici



Con questo modello si prefiguravano tutte le funzioni e le attività del servizio sanitario nazionale, partendo dalla “rete di assistenza” (medici di base, aa.ss.ll., r.s.a., aziende ospedaliere pubbliche e convenzionate, farmacie, istituti universitari e di ricerca), transitando su costi, livelli essenziali di assistenza e relativo monitoraggio, liste d’attesa, farmaci; il tutto per confluire, in quel Fascicolo Sanitario Elettronico che costituisce, invece, ancora oggi l’elemento finale non realizzato del sistema.

Cerchiamo di isolare le caratteristiche di sistema più rilevanti:

²⁵ Cfr. C. Tubertini “La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla delimitazione delle competenze statali e regionali”, testo presentato in occasione del dell’incontro autunnale del gruppo San Martino – Perugia, 2005 <http://www.astrid-online.it/static/upload/protected/TUBE/TUBERTINI-Tutela-cost-salute-San-Mar.pdf>

²⁶ Previsto dall'articolo 12 del decreto legge n. 179 del 18 ottobre 2012, convertito in legge n. 221 del 17 dicembre 2021. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2012;179> . La procedura di implementazione informatica del FSE diverge dai canoni utilizzati per tutto il resto del sistema: cfr. <https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=5491&area=eHealth&menu=fse> . Sito consultato il 13 dicembre 2021.

²⁷ Cfr. il sito del Ministero della Salute al seguente indirizzo (visitato il 13 dicembre 2021): <http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaMenuMattoni.jsp?id=46&lingua=italiano>

1. La **condivisione delle informazioni fra i soggetti** che dirigono e/o gestiscono il SSN. Tutti i dati immessi a sistema, da qualunque punto della rete, circolano – pur con evidenti cautele connesse alla privacy degli assistiti e alle competenze specifiche di ciascuno dei soggetti in campo – fra i protagonisti cardine: Ministero della Salute, regioni, aa.ss.ll. e ospedali. I dati sono condivisi anche all’interno di ciascuno dei plessi indicati (reparti ospedalieri, poli universitari, etc.). Questo risultato è frutto di un impiego di risorse professionali esteso in tutto il territorio nazionale attraverso il coinvolgimento dei saperi e delle volontà presenti al “centro” e nelle regioni italiane;



2. **L’articolazione in grandi sistemi informativi**, ciascuno in collegamento con gli altri. Quattro quelli più importanti nel polo ospedaliero²⁸:
 - [Sistema Informativo Ospedaliero \(HIS\)](#)
 - [Sistema Informativo Di Laboratorio \(LIS\)](#)
 - [Sistema Informativo Radiologico \(RIS\)](#)
 - [Sistema per l’Archiviazione e la Comunicazione delle Immagini \(PACS\)](#).

Ai sistemi informativi del polo ospedaliero vanno aggiunti: a) il monitoraggio della Rete di Assistenza Sanitaria (MRO)²⁹ b) il sistema di monitoraggio dell’appropriatezza delle prestazioni erogate ai Livelli essenziali di assistenza (LEA); c) il sistema di approvvigionamento degli enti del SSN: sistemi di gara Consip³⁰, gare regionali e gare locali³¹ d) il sistema contabile-finanziario gestito dalle aziende sanitarie locali in diretto collegamento con i riferimenti istituzionali regionali e ministeriali (Min. Salute e MEF); e) il sistema di gestione informatizzata delle prestazioni farmaceutiche, legato alla Tessera Sanitaria³².

3. La **capillarità delle fonti di alimentazione** e la **logica bottom-up** di organizzazione delle informazioni acquisite a sistema. Le informazioni e i dati vengono immessi dai punti nevralgici operativi del sistema sanitario e ne svolgono una funzione gestionale immediata. Contemporaneamente queste informazioni minute vanno ad alimentare una serie di sintesi statistiche, contabili e finanziarie che rendono possibile il governo dell’intero sistema sanitario nazionale. Tre sono i campi di attività più rilevanti in cui la capillarità del sistema consente poi di disporre di una massa enorme e flessibile di

²⁸ Cfr. <https://vitolvecchia.altervista.org/sistema-informativo-sanitario/>

²⁹ Cfr. nel sito del Ministero della Salute, consultato il 13 dicembre 2021, https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=sistemaInformativo&menu=rete.

³⁰ Vedi sull’argomento <https://www.mediappalti.it/approvigionamento-degli-enti-del-servizio-sanitario-nazionale-il-rapporto-tra-gara-consip-gara-regionale-e-gara-locale-alla-luce-degli-ultimi-approdi-giurisprudenziali/>. Sito consultato il 13 dicembre 2021.

³¹ Fra questi sono da segnalare gli acquisti di beni e servizi informatici nell’ottica dell’interoperabilità fra i sistemi informatici del SSN e secondo le regole stabilite con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, come previsto dall’art. 1, comma 520, della Legge n. 208 del 28 dicembre 2015.

³² Vedi sul sito del Ministero della Salute consultato il 13 dicembre 2021 https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5281

informazioni: **1) la registrazione degli eventi in contesto ospedaliero**: il sistema informativo ospedaliero (HIS), quello di laboratorio (LIS), quello radiologico (RIS), quello di comunicazione d'immagini (PACS), oltre a intersecarsi fra loro, si alimentano con una serie d'informazioni minute, prime fra le quali quelle contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO)³³. Da qualche anno il contenuto informativo della SDO si è ampliato al punto di consentire la possibilità di tracciare i trasferimenti interni del paziente fra le diverse unità operative (discipline e reparti)³⁴; **2) il ciclo di vita delle ricette sanitarie**³⁵: vi sono coinvolti l'AIFA, i sanitari che le prescrivono, le farmacie del territorio nazionale le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni ambulatoriali specialistiche. Oltre alla funzionalità, oggi spinta alla quasi completa dematerializzazione del flusso informativo, la capillarità delle indicazioni che si desumono dal processo diagnosi medica/prescrizione/scelta del prodotto/acquisto/esenzione è in condizione di alimentare ogni possibile sintesi utile per monitorare le quantità delle medicine vendute, la spesa farmaceutica, il collegamento appropriato fra diagnosi terapeutiche e terapie farmacologiche; **3) i dati relativi alla rete di assistenza (Monitoraggio Rete di Assistenza-MRO)**: si desumono dalla certificazione effettuata da ciascun soggetto organizzatore di prestazioni (ospedali, aa.ss.ll., r.s.a., istituti universitari e di ricerca); funzioni e composizione delle unità di assistenza, numero e profilazione professionale del personale impiegato. Una massa enorme di dati, utile per sintesi statistiche a livello regionale e nazionale e per valutazioni in ordine all'appropriatezza dell'utilizzo delle risorse in relazione alle dotazioni finanziarie.

4. La **condivisione tecnica e politica dell'implementazione e attuazione del progetto di banca dati**, attraverso la Conferenza permanente Stato-regioni. Si è esposto più dietro in ordine alla predominanza di questo Organismo nel momento della produzione delle "regole del gioco"; qui si evidenziano, oltre al punto di vista giuridico-istituzionale, i due fattori abilitanti del buon funzionamento di questa condivisione del governo di sistema: **a)** la predisposizione tecnica delle migliori soluzioni è demandata alla **cabina di regia del NSIS**, "con funzioni di indirizzo, governo, monitoraggio, controllo dello sviluppo del Sistema informativo"³⁶, che è divenuta lo strumento "tecnico-politico" di gestione unitaria e concordata; **b)** l'indispensabile continuità di indirizzi sia tecnici che politici - necessaria per le politiche pubbliche di lunga durata - è assicurata dalla composizione mista del suo organismo di governo - la Conferenza Stato-regioni - che, superando l'instabilità politica dei singoli soggetti istituzionali che la compongono, ha goduto nei trascorsi vent'anni di

³³ Si veda il dettaglio nel sito del Ministero della Salute, consultato il 13 dicembre 2021

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1232&area=ricoveriOspedalieri&menu=vuoto. Vengono registrati i dati anagrafici del paziente (età, sesso, codice fiscale, residenza, livello di istruzione, etc.), le caratteristiche del ricovero (ad esempio istituto e disciplina dimissione, regime di ricovero, modalità di dimissione, data prenotazione, classe priorità del ricovero) e caratteristiche cliniche (diagnosi principale, diagnosi concomitanti, procedure diagnostiche o terapeutiche).

³⁴ completi di data e ora di ammissione, trasferimento e dimissione, possibilità di conoscere se una o più diagnosi erano già presenti al momento del ricovero, possibilità di tracciare (nel rispetto della vigente normativa a tutela della privacy) l'equipe chirurgica che ha eseguito gli interventi. Si veda il DM Salute 7 dicembre 2016, n. 261 <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58036>

³⁵ Vedi il sito della Ragioneria Generale dello Stato, consultato il 13 dicembre 2021, <https://sistemats1.sanita.finanze.it/portale/ricetta-elettronica-come-funziona>

³⁶ Articolo 4 del Provvedimento 22 febbraio 2001 (G.U. 18 aprile 2001). Si veda meglio nel sito del Ministero della Salute, consultato il 13 dicembre 2021:

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=2986&area=sistemaInformativo&menu=vuoto

quella **stabilità istituzionale** indispensabile per svolgere efficacemente un progetto tecnico di lungo periodo.

◆ **La nota dissonante: il Fascicolo Sanitario Elettronico**

Nella storia informatica del Servizio Sanitario Nazionale esiste una componente – la più importante sul versante dell’informazione agli assistiti – che costituiva l’ultimo degli otto obiettivi strategici perseguiti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario: **l’integrazione delle informazioni sanitarie individuali**, cioè il momento in cui il grande e complesso meccanismo di immissione capillare di dati sanitari da parte di tutti i protagonisti del SSN deve tradursi in una completa storia sanitaria individuale. Il **Fascicolo Sanitario Elettronico** – questo il nome attribuito - fu istituito e regolato 10 anni fa all’interno di un provvedimento legislativo d’urgenza emanato dal Governo Monti riguardante una serie di misure di rilancio dell’Italia digitale.³⁷ IL FSE doveva (e deve) contenere la storia della vita sanitaria di ciascun assistito, completa di tutti i suoi aspetti: caratteristiche di base, patologie croniche, malattie, interventi chirurgici, farmaci utilizzati, referti clinici e ambulatoriali. La certificazione sanitaria individuale è elemento decisivo per orientare efficacemente il lavoro dei professionisti sanitari e per consentire un servizio più efficace ed efficiente: il FSE è lo strumento pensato per agevolare l’assistenza del paziente e facilitare l’integrazione delle diverse competenze professionali³⁸.

In questo progetto qualcosa di importante non ha funzionato: a quasi dieci anni dal suo “lancio legislativo”, tale componente del sistema informativo manifesta limiti evidenti e conclamati³⁹: innanzitutto, pur in presenza dei dati ottimisti forniti dal sito del Ministero della Salute⁴⁰, il suo utilizzo è assai poco diffuso: siamo al 12 % dei cittadini e/o sanitari. Ma, soprattutto, coloro i quali si avventurano in uno dei 21 portali predisposti separatamente da regioni e province autonome scopre presto la sua caratteristica più odiosa: non è consultabile da un cittadino residente fuori dalla regione in cui abbia avuto un trattamento sanitario e i dati di ciascuno sono registrati solo nell’ambito degli eventi sanitari occorsi all’interno di una singola regione. Il crisma finale al sostanziale fallimento del progetto lo ha messo proprio il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza⁴¹ che nell’ambito della sesta missione “sanità” dedica una parte consistente dei finanziamenti, circa 1 miliardo e 380 milioni di euro, al “potenziamento del FSE”; segno questo che interventi e finanziamenti precedenti non hanno raggiunto l’obiettivo previsto.

Come è potuto accadere tutto questo? Parecchi utili elementi possono essere tratti dalla ricognizione sintetica dell’apparato regolatorio che ha accompagnato l’infelice attuazione del progetto. Si nota subito una palese discrepanza con precedenti interventi normativi sul NSIS: la legge istitutiva del FSE assegnava la realizzazione del progetto, non all’apparato professionale sinergico centro-territorio della Cabina di regia del NSIS, ma “alle regioni”. La predisposizione delle linee guida del progetto fu demandata a un soggetto assolutamente “nuovo” rispetto alla prassi fino allora seguita: l’Agenzia per l’Italia Digitale (AGID), che in effetti le emanò nel marzo 2014⁴². L’onda

³⁷ Articolo 12 del decreto legge n. 179 del 18 ottobre 2012, convertito in legge n. 221 del 17 dicembre 2012. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2012-10-18;179~art12> .

³⁸ si veda la presentazione del FSE sul sito dell’Agenzia per l’Italia Digitale : <https://www.fascicolosanitario.gov.it/il-fascicolo-sanitario-elettronico>. Sito consultato il 13 dicembre 2021.

³⁹ quest’articolo consultato sul web il 13 dicembre chiarisce diffusamente i limiti del servizio dal lato degli utenti <https://www.italian.tech/2021/07/23/news/l-italia-e-l-occasione-persa-del-fascicolo-sanitario-elettronico-311426343/>

⁴⁰ si veda sul sito del ministero (consultato il 13 dicembre 2021) <https://www.fascicolosanitario.gov.it>

⁴¹ Cfr. <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf> , p. 230.

⁴² vedi il testo del 31 marzo 2014 https://www.fascicolosanitario.gov.it/sites/default/files/public/media/2_fse_linee_guida_dpcm_31032014.pdf

anomala proseguì con un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri dell'anno 2016⁴³, il "Regolamento del FSE", emanato su proposta del Ministro della Salute e del Ministro delegato per l'Innovazione Tecnologica, di concerto con il Ministro per la Pubblica Amministrazione e la semplificazione e il Ministro dell'Economia e delle Finanze, "sentita (non "d'intesa" – n.d.r.) la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano". Seguì la circolare AGID n. 4 del 1° agosto 2017⁴⁴. Intanto le 20 regioni italiane apprestarono via, via i loro 21 sistemi di realizzazione dei fascicoli elettronici "senza porte e senza finestre", creando la torre di Babele plasticamente evidenziata dallo stesso sito del Ministero della Salute⁴⁵. Nel seguito, ecco comparire il classico pannicello caldo a riparazione di un progetto nato male: l'interoperabilità! Le legge di bilancio 2017 prevede l'Infrastruttura Nazionale dell'Interoperabilità⁴⁶ che aveva il compito di "far comunicare" fra loro sistemi informatici e i portali nati separatamente l'uno dall'altro⁴⁷. Ultima curiosa segnalazione: prima dell'avvento di prescrizioni legislative qui ricordate, che modificavano in radice una prassi normativa in vigore da un decennio, era stata raggiunta un anno prima, nel 2010, un'intesa in Conferenza Stato-regioni che ipotizzava il Fascicolo Sanitario Elettronico predisposto nelle modalità fino allora usuali, ben diverse da quelle in seguito manifestatesi⁴⁸.

Fuori da qualsiasi educata metafora, la storia del progetto FSE dimostra l'erraticità del legislatore italiano e, probabilmente, racconta anche di qualche regolamento di conti fra soggetti istituzionali in concorrenza fra loro, condotto a colpi di prescrizioni normative. L'aver affidato alle regioni singolarmente l'attuazione di un progetto di valenza nazionale, che interessa tutti i residenti nello Stato italiano, dimostra, non solo l'impostazione errata immaginata dieci anni fa, ma anche, *a contrario*, una regola generale: che nel mondo digitale italiano, quando siano coinvolte più titolarità istituzionali e amministrative, vanno costruiti sistemi informatici **UNICI**, affidandone però la predisposizione delle linee guida e l'attuazione a cabine di regia in cui siano rappresentative delle diverse istanze, conoscenze e sensibilità in campo. Fuori da questa formula virtuosa, valida per tutte le materie comuni, qualunque progetto è destinato a fallire.

c. Il sistema informativo quale strumento di governo del SSN

Per "governo del Sistema Sanitario Nazionale" si intendono qui sia le possibilità di utilizzo delle funzionalità gestionali dell'assistenza sanitaria messe a disposizione dei cittadini e dei residenti, sia le funzioni di policy di pertinenza dei vertici politici. Su tutti e due i versanti sono due i requisiti indispensabili per il successo: l'alto livello professionale degli addetti e le possibilità concesse dal sistema informativo. In ordine a quest'ultimo aspetto, si delineano i vantaggi connessi al buon funzionamento del sistema informativo sanitario.

I. La gestione delle molteplici attività del Servizio sanitario nazionale nel suo complesso.

⁴³ dpcm n. 178 del 29 settembre 2015 <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.del.presidente.del.consiglio.dei.ministri:2015-09-29;178!vig=>

⁴⁴ https://www.fascicolosanitario.gov.it/it/CircolareAgID_n.4/2017_del_1_agosto_2017

⁴⁵ vedi i 21 portali di FSE sul sito consultato il 13 dicembre 2021 <https://www.fascicolosanitario.gov.it/it/fascicoli-regionali>.

⁴⁶ Art. 1, comma 382, della legge n. 232 dell'11 dicembre 2016. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2016;232>

⁴⁷ si veda qui <https://www.fascicolosanitario.gov.it/it/4.Infrastruttura-Nazionale-per-l'Interoperabilita>

⁴⁸ vedi le linee guida dell'11 novembre 2010 allegate all'intesa dell'11 febbraio 2011 in Conferenza Stato regioni <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2011/03/02/11A02717/sg> e https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=1465

I benefici e i vantaggi delle funzionalità del sistema si manifestano verso gli utenti del SSN. La registrazione delle ricette sanitarie, l'acquisto dei farmaci con la gestione dei ticket, la registrazione degli acquisti sui modelli 730 precompilati, la gestione delle analisi cliniche, le modalità di gestione dei ricoveri ospedalieri a livello sia chirurgico e che terapeutico. Queste funzionalità hanno il supporto gestionale di un sistema informativo funzionante. Non comprendere tale collegamento stretto è sintomo di superficialità.

II. Il governo finanziario del sistema - la gestione dei piani finanziari di rientro.

Come si è visto, il sistema informativo sanitario nasce nel 1978 per monitorare e controllare le spese delle allora Unità Sanitarie Locali. Da allora, attraverso una serie di implementazioni successivi, i flussi informativi *bottom-up* sui conti economici, sulla contabilità analitica e nel complesso sugli andamenti finanziari di ciascuna azienda sanitaria locali sono divenuti continui. La capillarità delle informazioni consente di operare le sintesi utili e necessarie per elaborare politiche nazionali di governo dei conti del Servizio Sanitario Nazionale. Senza queste risorse mai si sarebbero potute realizzare le politiche di rientro dai deficit, quale quella avviata con la legge finanziaria per il 2005⁴⁹ (descritta più sopra) e per il 2010⁵⁰. Tutte le politiche consistenti in piani di rientro delle regioni e/o delle aziende sanitarie locali, fino a quella prevista dalla legge di stabilità per l'anno 2016⁵¹, sono state supportate dal sistema informativo sanitario. Immaginiamo il marasma che sarebbe derivato dall'assenza di dati già a sistema relativamente a strutture, addetti e costi: le autorità statali e regionali sarebbero state costrette a fare una rilevazione straordinaria condotta con "modelli di dichiarazione" da compilare, da inviare e da controllare! E non si pensi che quello qui evocato sia un "mondo scomparso": la Ragioneria Generale dello Stato usa ancora oggi questa metodologia per le rilevazioni annuali dei dipendenti pubblici che alimentano il "Conto Annuale".

III. La spesa farmaceutica

Praticamente tutti i costi e le spese del Servizio Sanitario Nazionale – acquisto di beni e servizi, personale, etc. – sono monitorati con il NSIS, dal livello "micro" fino alle sintesi contabili. Il finanziamento del SSN ammonta quest'anno a circa 122 miliardi di euro⁵², pari a più del 7,5 % del PIL (la percentuale è slittata di quasi un punto causa pandemia)⁵³. Dell'importo suddetto il 14,85 % riguarda la spesa farmaceutica, circa 18 miliardi di euro in cifra assoluta. Per il controllo di questo ingente flusso di denaro⁵⁴, polverizzato in milioni di prodotti in vendita, è prezioso l'apporto della piattaforma NSIS che gestisce sia la distribuzione e spesa farmaceutica diretta⁵⁵ (a cura delle aa.ss.ll. e degli ospedali), sia quella convenzionata tramite la rete delle farmacie⁵⁶. Il sistema è in condizione di gestire anche il

⁴⁹ Legge n. 311 del 30 dicembre 2004, articolo 1, commi 164-176.

⁵⁰ Legge n. 191 del 23 dicembre 2009, articolo 2, commi 75-98.

⁵¹ Legge n. 208 del 28 dicembre 2015, articolo 1, commi 524-534.

⁵² Articolo 1, commi 403 e seguenti, della legge di bilancio 2022, n. 178 del 30 dicembre 2020 <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2020-12-30;178> .

⁵³ Vedi sito <https://www.true-news.it/pharma/spesa-sanitaria-2021-122-miliardi-tutte-le-cifre-dellintesa-stato-regioni> consultato il 13 dicembre 2021.

⁵⁴ Cfr. G. Lo Conte "Il contenimento della spesa sanitaria", su "il Giornale di Diritto Amministrativo, n. 2/2021, p. 207.

⁵⁵ DM 31 luglio 2007 flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche in distribuzione diretta <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=24828&articolo=1> .

⁵⁶ Vedi sul sito dell'AIFA, consultato il 13 dicembre 2021 <https://www.aifa.gov.it/-/governo-della-spesa-farmaceutica-territoriale-ed-ospedaliera-per-gli-anni-2013-2014-20-1> . Il monitoraggio della spesa trae informazioni dalla gestione con Tessera Sanitaria delle ricette e degli acquisti in farmacia.

cosiddetto *payback*, cioè il rimborso da parte delle aziende farmaceutiche degli importi di spesa in eccedenza rispetto a quanto stanziato a inizio anno a carico dell'erario⁵⁷.

IV. Il governo generale del sistema

Il sistema di *governance* generale del SSN, operante in sede di Conferenza Stato-regioni con atti d'intesa e successiva "ratifica" legislativa⁵⁸, è stato definito in dottrina "*intergovernmental method*"⁵⁹ e si sviluppa attraverso scelte normative, finanziarie e gestionali di tipo strategico. Sono tre gli atti più importanti di *policy* del sistema sanitario:

1. Il **Patto per la Salute**⁶⁰, che, a decorrere dall'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, si è definitivamente affermato quale strumento generale attraverso cui Stato e regioni fissano ogni tre anni gli importi e le condizioni del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e le regole generali di gestione.
2. **L'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria**, atto fondamentale previsto dall'articolo 117 della Costituzione. Il primo di questi atti dopo la riforma del Titolo V fu emanato con dpcm 29 novembre 2001⁶¹; il più recente, sempre su input della Conferenza Stato-regioni, è contenuto nel dpcm del 12 gennaio 2017⁶². Oltre a stabilire i livelli minimi di assistenza e i termini dell'appropriatezza degli interventi sanitari, questi atti generali recano anche una serie di indicatori di efficienza e di qualità della gestione sanitaria⁶³, validi per tutte le regioni italiane. Il Nuovo Sistema di Garanzia⁶⁴ ha elaborato nell'anno 2020 n. 88 indicatori di efficienza e qualità, distribuiti fra i tre grandi settori d'interesse dei LEA (area prevenzione, area distrettuale, area ospedaliera). Da queste rilevazioni, basate sull'osservazione del nucleo più ristretto di 22 parametri "*core*" di gestione del SSN, sono emerse le 5 regioni italiane che "non garantiscono i LEA". Siamo in presenza di un indicatore oggettivo di *outcome*, fra i rarissimi esistenti nell'amministrazione pubblica italiana.

⁵⁷ Il termine *payback* identifica la procedura introdotta dall'art. 5 del decreto legge n. 159 del 2007 per l'assistenza farmaceutica territoriale (ed estesa successivamente anche alla farmaceutica ospedaliera dall'art. 15, comma 8, del decreto legge n. 95 del 2012) per effetto della quale le aziende del comparto farmaceutico sono chiamate a ripianare - per intero per quanto riguarda la spesa per la convenzionata territoriale, per metà relativamente alla spesa per acquisti diretti - l'eccedenza della spesa farmaceutica, allorché sia superato il tetto stabilito per legge.

⁵⁸ Gli atti di governo del sistema - patti per la salute e l'aggiornamento dei LEA - vengono ormai adottati in sede di Conferenza Stato Regioni cui segue sempre un riferimento specifico formale in sede legislativa parlamentare.

⁵⁹ Cfr. di A. Iacoviello e P. Colasante "Prassi e potenziali sviluppi dell'*intergovernmental method* nell'ordinamento italiano" pubblicato sul n. 3/2017 della rivista dell'Associazione Italiana dei Costituzionalisti. <https://www.rivistaaic.it/it/rivista/ultimi-contributi-pubblicati/paolo-colasante/prassi-e-potenziali-sviluppi-dell-intergovernmental-management-nell-ordinamento-italiano-riflessi-sul-principio-di-leale-collaborazione>, consultato il 13 dicembre 2021.

⁶⁰ Ha sostanzialmente sostituito il piano sanitario nazionale e la relazione sullo stato sanitario del Paese, previsti in origine dall'articolo 1, commi 5 e 12, del decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, così come modificato dall'articolo 1 del successivo d. lgs. n. 229 del 30 novembre 1999. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1999-06-19;229>.

⁶¹ Pubblicato sul supplemento ordinario della GU dell'8 febbraio 2002. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2002/02/08/02A00907/sg>.

⁶² Pubblicato sulla Serie Generale della GU del 18 marzo 2017. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

⁶³ L'atto più antico in materia è il D.M. Sanità del 24 luglio 1995. Un'esposizione strutturata di questi indicatori è presente all'[allegato3](#) del dpcm sui LEA emanato il 29 novembre 2001.

⁶⁴ Istituito, dopo intesa in sede di Conferenza, con DM 12 marzo 2019, con il coordinamento del "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza" - istituito ai sensi dell'art. 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 - che assicura il supporto alle attività inerenti al monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia dei servizi sanitari regionali. Vedi <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea> consultato il 13 dicembre 2021.

Regioni	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Valle d'Aosta	72,16	48,09	62,59
P.A. di Bolzano	53,78	50,89	72,79
Molise	76,25	67,91	48,73
Basilicata	76,93	50,23	77,52
Calabria	59,9	55,5	47,43
Sicilia	58,18	75,2	70,47

3. **La definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.** Nel 2016, dopo una diatriba durata più di 10 anni in ordine all'individuazione del soggetto titolato a produrre queste regole, la Corte Costituzionale⁶⁵ ha definitivamente deciso che fosse un decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, adottato **d'intesa** (e non "sentita") con la Conferenza Stato-regioni a determinare gli standard di assistenza ospedaliera, fra i quali, per tutte le regioni italiane, la dotazione massima di posti letto ospedalieri per ogni mille abitanti⁶⁶. In altri termini, siamo in presenza dell'atto concordato fra Stato e regioni italiane che ha imposto alle realtà territoriali che oltrepassavano i limiti complessivi di costo di chiudere le strutture di ricovero in esubero⁶⁷.

Solo a consultare il contenuto dei documenti sopra citati si comprende che mai sarebbe stato possibile enunciare – poi monitorare e controllare - principi e criteri di gestione valevoli per tutti gli attori del Sistema Sanitario Nazionale senza un contesto di riferimento unico digitale-informativo.

V. Le statistiche.

L'efficienza del Sistema Informativo Sanitario consente l'elaborazione di molteplici statistiche e *report* altrimenti non realizzabili: l'annuario statistico del SSN, il rapporto sul personale del SSN modulabile in tutte le possibili articolazioni, professionali e territoriali, i rapporti sulla tossicodipendenza e sulla salute mentale, il piano triennale della Sanità. L'Italia invia regolarmente all'OCSE gli indicatori della salute⁶⁸. Da ricordare anche l'Anagrafe Sanitaria, che raccoglie i dati anagrafici di tutti gli assistiti del SSN attraverso il collegamento con i codici fiscali. Sarebbe impossibile certificare queste informazioni, se non con generici dati di stima o a campione, senza il supporto del sistema informativo sanitario.

⁶⁵ Si veda Sentenza della Corte Costituzionale n. 134 del 23 marzo 2006 <https://www.giurcost.org/decisioni/2006/0134s-06.html> , già sopra citata.

⁶⁶ per memoria, "un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie" come stabilito dal Decreto del Ministro della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:ministero.salute:decreto:2015-04-02;70> .

⁶⁷ Si pensi, fra i tanti, alla regione Lazio che ha dovuto chiudere due ospedali "storici" quali il Forlanini e il San Giacomo.

⁶⁸ aspettativa di vita, tasso di mortalità per malattie cardio-vascolari e cancro, tasso di mortalità infantile, tempi di permanenza in ospedale, consumi farmaceutici, livelli di cura dell'asma, del diabete e delle malattie polmonari, copertura dei vaccini, etc. Cfr. fra i tanti Health at a glance 2013 <https://www.eticapa.it/eticapa/positivi-risultati-della-sanita-in-italia-health-at-a-glance-2013/#more-1975> consultato il 13 dicembre 2021.

VI. Le funzionalità digitali del sistema in occasione di emergenze sanitarie.

Il sistema informativo del SSN si mostra oggi in condizione di poter gestire per i circa 60 milioni di residenti in Italia il sistema di prenotazione dell'assunzione del vaccino anti-COVID e della successiva certificazione "verde" consegnata a ciascuno sul proprio computer di casa. Ciascuno di noi ha avuto modo di verificare come, entrando a sistema con il proprio codice fiscale sanitario, sia stato possibile svolgere – veramente con pochi "tocchi" sulla tastiera – la scelta del giorno di vaccinazione e ricevere, a volte il giorno stesso, il green pass da utilizzare per i propri spostamenti sociali. Questi risultati non si ottengono mai senza un'annosa, faticosa e costante applicazione concreta.

CONCLUSIONI

L'analisi qui svolta vuole innanzitutto sgombrare il campo da facili disfattismi e vittimismo: è da perdersi coltivare un modello mentale di valutazione dei servizi delle amministrazioni pubbliche che non sappia riconoscere il buono lì dove c'è. Non fosse altro che per confrontarlo costruttivamente con gli aspetti negativi che purtroppo esistono ancora in dimensione prevalente.

Nel caso del Sistema Informativo della Sanità pubblica italiana ci troviamo di fronte a un modello di organizzazione informativa **realizzato**, che può essere studiato per comprendere quale sia la formula più adeguata di gestione della digitalizzazione nelle pubbliche amministrazioni. Le caratteristiche (e le distonie) del sistema in questione offrono il vantaggio di una valutazione non astratta di ciò che è stato realizzato in un contesto pubblico caratterizzato dalla compresenza di più amministrazioni. In sintesi sono da evidenziare i seguenti aspetti:

- a. La **presenza di più amministrazioni** in ambito di attribuzioni istituzionali comuni – si deve pensare non solo alla Sanità ma a tutte le materie a legislazione concorrente riviste dall'articolo 117 Cost. – non si traduce ineluttabilmente in situazioni di confusione e paralisi, ma può essere governata attraverso luoghi di decisione condivisi, quali la Conferenza Stato – regioni. Nel caso del NSIS questo sistema di relazioni si è tradotto addirittura in elemento di stabilità politica per la gestione di programmi strategici che esigono un'implementazione pluriennale.
- b. Ove la *governance* di progetti informatici che coinvolgono e interessano tutti i cittadini residenti nel territorio nazionale sia condotta in modo non coordinato da soggetti statali o territoriali, si producono **effetti perversi** - quale ad esempio l'attuazione anarchica del progetto "Fascicolo Sanitario Elettronico" – cui poi è difficile rimediare. Se si deroga al criterio-cardine di *governance* comune organizzata, le linee guida, le strategie, i criteri operativi normati in astratto risultano sterili, non procurano i risultati auspicati e provocano grandi sprechi a livello finanziario.
- c. Sul piano strettamente gestionale, è pernicioso la prassi delle **iniziative separate**; si devono, piuttosto, istituire basi di dati e procedure operative dentro un contesto unico. Quando ciò non accade la rincorsa successiva verso sistemi di interoperabilità si rivela difficile e dispendiosa.

La bontà di queste tre regole non scritte - desumibili dalla dinamica concreta dalla realtà di una branca dei servizi pubblici del nostro Paese - può essere utilmente osservata a beneficio di almeno tre settori d'interesse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza: il sistema informativo del mercato del lavoro, la semplificazione dei processi di lavoro in enti che svolgono funzioni pubbliche identiche (i comuni *in primis*) e la gestione del progetto a tutt'oggi mal realizzato del Fascicolo Sanitario Elettronico.