

REPORT 2016



L'innovazione digitale per la sostenibilità del sistema sanitario



DIGITAL 360 | Group

La redazione del report *L'innovazione digitale per la sostenibilità del sistema sanitario* è stata curata da Antonio Veraldi, con la supervisione scientifica di Mariano Corso e Marco Paparella. I contenuti del report rappresentano il risultato del lavoro di rielaborazione degli spunti emersi nel corso del dibattito tra i protagonisti del tavolo.

CANTIERI DELLA PA DIGITALE

L'innovazione digitale per la sostenibilità del sistema sanitario - Edizioni ForumPA - ISBN 9788897169444
I contenuti sono rilasciati nei termini della licenza Creative Commons 2.5 Italia: Attribuzione Non Commerciale
Finito di impaginare: febbraio 2017

con il contributo di:



REPORT 2016



L'innovazione digitale per la sostenibilità del sistema sanitario

INDICE

1. L'INIZIATIVA CANTIERI DELLA PA DIGITALE	pag 5
---	--------------

2. IL CANTIERE DELLA SANITÀ DIGITALE	pag 7
---	--------------

3. IL QUADRO ATTUALE	pag 9
-----------------------------	--------------

- 3.1 Innovare per salvare il Sistema sanitario dal declino
- 3.2 Consapevolezza del ruolo dell'innovazione digitale per un nuovo SSN
- 3.3 Le principali barriere allo sviluppo e all'utilizzo di soluzioni digitali in sanità

4. GLI AMBITI DI PROPOSTA	pag 20
----------------------------------	---------------

- 4.1 Gli strumenti per l'evoluzione digitale
- 4.2 Le priorità di intervento: FSE e PDTA
- 4.3 Le risorse per la digitalizzazione
- 4.4 Il sistema degli appalti in sanità
- 4.5 Protezione dei dati personali

5. I PROTAGONISTI DEL TAVOLO	pag 25
-------------------------------------	---------------

1.

L'INIZIATIVA CANTIERI DELLA PA DIGITALE

di **Carlo Mochi Sismondi**, Presidente FPA

“Cantieri della PA digitale” è un’iniziativa di FPA per accompagnare lo sviluppo digitale dell’amministrazione italiana attraverso molteplici canali di confronto, approfondimento e ricerca tra amministrazioni (con particolare attenzione a quelle più innovative), università e ricerca, imprese di tecnologia e servizi avanzati, rappresentanza della cittadinanza organizzata.

L’idea che ci ha guidato non era di moltiplicare i tavoli, ce ne sono anche troppi, ma di costruire un confronto che avesse in sé due novità importanti che lo legittimasse e lo rendesse effettivamente utile allo sviluppo equo e sostenibile del Paese: la prima è di metodo ed è rappresentata dall’integrazione di soggetti, di approcci epistemologici e di interessi diversi in un lavoro realmente collaborativo, ma strutturato. Sino ad ora infatti i tavoli sono stati o istituzionali, e quindi tendenzialmente “rappresentativi” ma ingessati, o spontanei e quindi legati alle possibilità e alla buona volontà dei singoli partecipanti. La seconda novità è di contenuto: al centro dei cantieri (sia dei tavoli di lavoro sia dei siti Internet dedicati) non c’è “cosa” fare nei vari settori, le agende infatti sono anche troppo note, ma il “come” farlo. È infatti questo un tempo più per i manuali che per le norme, più per le cassette degli attrezzi che per i grandi piani, più per le ricette che per i menu appetitosi, ma irrealizzabili.

I Cantieri hanno preso il via all’inizio del 2016 e, in questo primo anno, hanno costituito sette

tavoli di lavoro e dieci canali verticali sul web, dedicati ciascuno ad un tema specifico del processo di digitalizzazione dell’amministrazione: sanità, giustizia, scuola, cittadinanza digitale, cybersecurity, pagamenti digitali, procurement innovativo, documenti digitali, Infrastruttura, data management.

Ciascun cantiere si è composto quindi di:

- un ristretto tavolo di lavoro che, attraverso un lavoro collaborativo, ha esaminato in quattro incontri in presenza e tramite interazione in rete lo stato dell’arte del tema; gli ostacoli normativi, di risorse o di comportamenti che rendono problematico il cambiamento; le migliori esperienze italiane e straniere; gli scenari tecnologici più avanzati e le possibilità che questi possono aprire; le modalità di realizzazione dei progetti; la mappatura degli attori.
- un sito Internet che ha raccolto molte decine di articoli originali con opinioni, testimonianze, esperienze sul tema e ha costituito un repository di “saperi” messi in condivisione. Ogni sito ha prodotto una newsletter quindicinale.

Le community di operatori hanno coinvolto circa 1.500 tra vertici delle amministrazioni e delle aziende e ricercatori; le newsletter hanno visto circa 50mila iscrizioni e le pagine sul sito hanno avuto una media di 30/35.000 visitatori unici al mese.

Ogni tavolo di lavoro ha prodotto un report che, oltre ad un’analisi completa dello stato dell’arte, riporta in un’agile sintesi le principali racco-

mandazioni che il tavolo di lavoro consegna ai decisori politici responsabili nella politica settoriale interessata.

Il lavoro del tavolo è stato completato da una mappa delle figure maggiormente rappresentative, che hanno in piedi i progetti più interessanti, che, ciascuna nella propria amministrazione, sono responsabili dell'execution della politica. Cosa abbiamo imparato da questo primo anno?

Tre cose prima di tutto:

- che di questi "cantieri" interattivi, aperti, multidisciplinari c'era veramente bisogno perché le politiche fossero esaminate da diversi punti di vista, perché si rompessero i "silos" e i giardinetti privati, perché uscissero fuori piccoli e grandi ostacoli e, insieme, le soluzioni per superarli.
- Che parlando della PA digitale non abbiamo parlato di un settore, di un aspetto laterale dell'azione pubblica, ma della PA tout court. Non esiste infatti una PA digitale oggetto dei nostri cantieri e una "PA non digitale". Il "digitale" non è infatti uno strumento né tantomeno un settore della nostra vita economica, sociale, relazionale, culturale ma è il mare in cui nuotiamo, è l'aria che respiriamo, è l'ecosistema in cui è immersa la nostra vita. In questo senso possiamo tranquillamente affermare che l'agenda digitale è semplicemente l'agenda dello sviluppo del Paese, perché qualsiasi politica di sviluppo economico non potrà che appoggiarsi sulla trasformazione digitale dei prodotti, dei processi, delle relazioni, dei ruoli. Altrettanto possiamo dire che la PA digitale è semplicemente una PA migliore, più veloce, più semplice, più vicina ai cittadini, più adatta a produrre "valore pubblico" per i contribuenti. Una buona PA o è digitale o non è.
- Che la Partnership-Pubblico-Privato deve uscire dalle sale dei convegni ed entrare nei "cantieri" delle politiche verticali. È stato subito evidente infatti che l'innovazione non può che venire da un'azione congiunta di tutte e quattro le componenti: government, imprese, università e ricerca, cittadinanza organizzata.

2.

IL CANTIERE SANITÀ DIGITALE

Nel 2015, FPA, con la collaborazione di **Federsanità ANCI** e il contributo scientifico dell'**Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità** del Politecnico di Milano, ha costituito un gruppo di lavoro composto da membri del Parlamento, vertici apicali delle Amministrazioni Centrali e delle Regioni, DG delle ASL/AO, vertici di Confindustria digitale ed esperti. È nata così "**Alleanza Innovazione Sanità**", un ciclo di incontri tematici cui hanno partecipato oltre 70 autorevoli personalità e influencer della sanità italiana.

Gli incontri tematici hanno consentito di raggiungere alcuni risultati, tra i quali:

- connettere tra loro attori della domanda, dell'offerta e della ricerca ancora distanti;
- integrare conoscenze e esperienze dei vertici delle strutture sanitarie, dei rappresentanti delle professioni sanitarie, dei vendor di soluzioni e servizi di alto contenuto tecnologico;
- avviare processi di advocacy: alcuni dei protagonisti di Alleanza Innovazione Sanità hanno lavorato alle Linee guida per i piani regionali del FSE; al Patto per la Sanità digitale; alla legge sulla responsabilità professionale; al codice degli appalti (con le sue propaggini verso il mondo del procurement dell'innovazione).

Dai lavori è emerso come, pur in un quadro di governance ancora fortemente distribuita e frammentata, ci sia una sostanziale convergenza tra decisori, operatori del settore ed esperti nel ritenere che, senza una sostanziale trasformazione digitale, il nostro sistema socio-sanitario non potrà reggere alle sfide del cambiamento, dell'au-

mento della domanda di salute e alla pressante necessità di contenimento della spesa pubblica. È emerso anche come questa consapevolezza si stia finalmente traducendo in una spinta riformista da parte del Governo, delle Regioni e delle Aziende sanitarie stesse.

Eppure il passaggio dai Piani all'execution risulta ancora difficile, lento e non privo di incertezze. Da qui l'attivazione del **Cantiere Sanità Digitale**, che ha visto in questo primo anno sia un frequentato e vivace tavolo di lavoro sia una seguita newsletter online a cui si sono iscritti circa diecimila operatori.

Il punto anche qui, come per tutti i nostri "cantieri", non è stato tanto "cosa" bisognasse fare, ma piuttosto "come". Nelle pagine che seguono alle riflessioni, all'analisi, alle indicazioni di metodo e alle segnalazioni di esperienze positive si affiancano precise raccomandazioni che il "tavolo" offre al decisore politico (il Ministero della Salute e le Regioni) e agli altri responsabili di questa complessa politica (l'AglD e il neo-nominato Commissario all'Agenda Digitale).

IL QUADRO SINOTTICO DELLE RACCOMANDAZIONI

Tema	Gli strumenti per l'evoluzione digitale	
<i>Raccomandazione</i>	1. Adottare strumenti e metodologie di assessment per Regioni, ASL e AO	
Tema	Le priorità di intervento: FSE e PDTA	
<i>Raccomandazioni</i>	2.1 Attivare il FSE anche nelle strutture private 2.2 Attivare i PDTA in tutte le Regioni	
Tema	Le risorse per la digitalizzazione	
<i>Raccomandazione</i>	3.1 Attivare fondi preferenziali, fondi specifici o misure di incentivazione per promuovere una sanità digital first	
Tema	Il sistema degli appalti in sanità	
<i>Raccomandazione</i>	4. Aprire il sistema degli appalti in sanità alle start-up, alle PMI e alle microimprese	
Tema	Protezione dei dati personali	
<i>Raccomandazione</i>	5. Adottare il nuovo regolamento EU	
Tema	Il sistema delle nomenclature	
<i>Raccomandazione</i>	6. Adottare un sistema nazionale delle Nomenclature	
Tema	Cybersecurity nelle ASL/AO	
<i>Raccomandazioni</i>	7.1 Attivare pacchetti formativi sulla cybersecurity 7.2 Istituire la figura del CISO	

3.

IL QUADRO ATTUALE

3.1 INNOVARE PER SALVARE IL SISTEMA SANITARIO DAL DECLINO

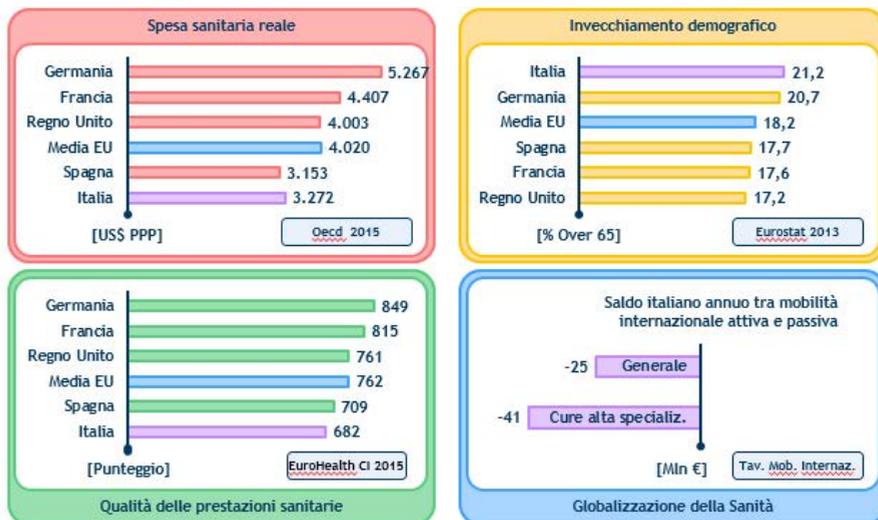
Innovare il SSN è un compito estremamente difficile. Diventa impossibile in assenza di una consapevolezza diffusa e di un senso di urgenza condiviso che spinga a superare inerzie e pregiudizi, ricercando nuovi e più efficaci equilibri tra interessi legittimi, ma non necessariamente convergenti. Occorre partire da alcune evidenze che devono essere fondamento e premessa a qualsiasi discorso sull'innovazione in Sanità.

1. Si parla sempre di spesa sanitaria e della sua incidenza sui conti dello stato e soprattutto su quelli regionali, ma qual è la spesa reale sanitaria in Italia? I dati OCSE relativi ai trend di spesa sanitaria riferiti all'anno 2015 dicono che nel nostro Paese la spesa pro capite per la salute ammonta a 3.272 \$ (valori ponderati per parità di potere d'acquisto - PPP), di cui circa i 3/4 (2.470 \$) derivano dal finanziamento pubblico e 802 \$ sono invece spesa out of pocket. Numeri che ci collocano di ben 600 \$ sotto la media Ocse, pari a 3.814 \$ PPP, e al 20° posto in questa graduatoria, con tutti i principali Paesi Ue che ci sopravanzano. Lasciando perdere gli Stati Uniti, che guidano la classifica con una spesa pari a 9.541 \$ per ogni residente (dovuta, per oltre il 50%, alla componente privata), anche i Paesi europei a noi più comparabili si attestano su valori decisamente più alti dei nostri: la Germania, ad esempio, spende 5.267 \$ PPP, la Francia 4.407 \$, UK 4.003 \$. A spendere meno dell'Italia: Spagna (3.153 \$), Grecia (2.245 \$) e poche altre. Il Sistema Sanitario italiano è, quindi, già oggi tra i meno costosi d'Europa: ulteriori tagli sono difficilmente proponibili, significherebbe semplicemente scaricare sulle famiglie ulteriori oneri, pregiudicando equità e stabilità sociale del Paese.
2. L'Italia è il Paese più vecchio d'Europa: con il 21,2% dei cittadini over 65 e il 6,4% over 80, si posiziona al secondo posto nel mondo, preceduto solo dal Giappone. Si prevede che nel 2080 gli anziani sopra i 65 anni saranno il 31,3% della popolazione, mentre gli ultraottantenni raggiungeranno quota 13,3%. Il quadro è peggiorato dal fatto che l'Italia è anche uno dei Paesi OCSE con l'aspettativa di vita in buona salute più bassa: 7 anni senza disabilità per le donne e circa 8 anni per gli uomini. Il che si tradurrà con l'allungamento dei periodi di morbilità (più anni d'esposizione a malattie patologiche e/o croniche) in una crescita incrementale della domanda di servizi sanitari. La vera emergenza non è quindi il costo attuale, ma il fatto che la domanda nei prossimi anni è destinata a impennarsi, con il tangibile rischio di portare la spesa fuori controllo se non verranno adottate misure strutturali.
3. Con una spesa modesta e una domanda elevata e in crescita, la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in Italia rischia di peggiorare in maniera costante. In soli 5 anni l'Italia è passata dal 15° al 22° dei 34 sistemi sanitari censiti dall'Euro Health Consumer Index 2015. Soffriamo soprattutto per quanto riguarda l'assistenza territoriale, la long term care, la prevenzione e l'assistenza farmaceutica territoriale. Inoltre, dal "Bilancio di sostenibilità del Welfare italiano" si evince come nel 41,7% dei nuclei familiari, almeno una persona rinunci alle prestazioni sanitarie a causa delle

lunghe liste d'attesa e dei costi elevati. Nel 2015 per la prima volta il Rapporto Osservasalute ha denunciato una riduzione della speranza di vita rispetto al 2014.

4. La globalizzazione arriva anche per la sanità; la liberalizzazione delle cure transfrontaliere cui Emilia De Biasi, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, si riferisce come una grande opportunità, rischia invece di trasformarsi per noi in una pesante minaccia. Dando la possibilità ai cittadini europei di farsi curare in altri Paesi a spese del proprio Servizio Sanitario Nazionale, la cosiddetta "Schengen della Salute" mette i Sistemi Sanitari dell'Unione Europea in competizione tra loro. Un ulteriore deterioramento dei servizi potrebbe spingere un gran numero di cittadini italiani a spostarsi oltre-confine per ricevere un'assistenza di qualità, con conseguente emorragia di denaro pubblico (stiamo parlando di un costo interregionale pari a 3,7 miliardi di euro/anno) e declino di un settore fondamentale dal punto di vista economico, sociale e occupazionale. Il comparto salute - considerando l'intera filiera - produce in Italia 290 Miliardi, il 9,4% del PIL, impiega 3,8 milioni di persone, il 16,5% del totale degli occupati del Paese. Sono cifre impressionanti e sono destinate a crescere a causa dell'invecchiamento demografico e dell'aumento delle patologie croniche, basta pensare alle forme di assistenza non familiare nei casi di fragilità, non autosufficienza e disabilità. Il comparto salute è capace da solo di condizionare lo sviluppo economico e l'attrattività del Paese.

Le quattro tabelle che seguono sintetizzano quanto abbiamo appena detto:



FONTE: OSSERVATORIO INNOVAZIONE DIGITALE IN SANITÀ - POLITECNICO DI MILANO

Le evidenze appena descritte ci dicono che il SSN necessita di una immediata trasformazione per rimanere a livello del Paese in cui noi tutti vogliamo vivere. L'urgenza della trasformazione deriva dal riconoscere che la Sanità è un servizio pubblico fondamentale per i cittadini di una nazione e un settore economico (White Economy) trainante per lo sviluppo di un paese. In questi anni, il mancato ammodernamento del SSN, oltre a mettere sotto stress l'universalismo che caratterizza il nostro Sistema, ha prodotto due ferite profonde: gli squilibri regionali e i ritardi nella visione integrata della salute, con l'affermazione della politica dei silos. Vanificando la visione che stava già nell'anticipatrice

legge 833 del 1978. Oggi la trasformazione immediata è resa possibile dalla tecnologia; non digitalizzare significa:

- lasciarsi come unica arma per assicurare la sostenibilità quella dei tagli lineari al SSN;
- ratificare la disuguaglianza di accesso alle cure erogate dal sistema;
- accettare il decadimento della qualità delle prestazioni;
- dare semaforo verde alle cure transfrontaliere.

3.2 CONSAPEVOLEZZA DEL RUOLO DELL'INNOVAZIONE DIGITALE PER UN NUOVO SSN

Il Ministero della Salute, le Regioni e le loro società in-house, le Aziende Sanitarie Pubbliche e Private, i Medici di Medicina Generale, sono attori chiave nel determinare le scelte di innovazione digitale del SSN e nell'influenzarne l'efficacia.

Dopo anni di spinte innovatrici isolate e legate a singole personalità, produttrici di eccellenze ma non di pratiche diffuse, dobbiamo registrare un aumento della consapevolezza tra i decisori pubblici (a livello centrale e territoriale) circa la necessità e l'urgenza di una risposta in termini di sistema. Ecco che la digitalizzazione del SSN si associa a interventi a livello di governance e a livello organizzativo. A livello di **governance**, governo e Regioni hanno tentato di raccordare le politiche, hanno condiviso obiettivi, linee guida e priorità da trasferire alle ASL/AO. Comprensibilmente attente a non veder messi a rischio investimenti progressi e poteri istituzionali, le Regioni hanno ampliato questo percorso di collaborazione, dialogando tra loro e con AGID e Consip. Da qui:

- il "Patto per la Sanità Digitale" che, inserito all'interno del Patto per Salute, individua alcune priorità di intervento: il Fascicolo Sanitario Elettronico e la sua integrazione con i servizi di Te-lemedicina; i PDTA e i sistemi di Patient Workflow Management per la continuità assistenziale ospedale-territorio; la Telemedicina: Teleconsulto, Telerefertazione, Telediagnosi, Telemonito-raggio, ecc.; Le Ricette digitali.
- il "Piano Nazionale delle Cronicità" che ripensa governance ed erogazione dei servizi per la gestione dei percorsi di cura per i pazienti cronici, avvalendosi dello sviluppo di soluzioni ICT, in una logica di convergenza con indirizzi e policy europee e con la programmazione di risorse strutturali dedicate (PON Governance).

A livello **organizzativo**, ripensando i modelli di erogazione della cura, accorpando e specializzando le strutture esistenti, creando servizi interoperabili, consolidando staff e centrali di acquisto, creando punti di accesso alle cure sul territorio. Innovazioni rispettose delle caratteristiche, dei punti di partenza e dei bisogni prioritari di ciascun territorio. In questo contesto, sarà possibile individuare ambiti da mettere «a sistema» e shared service da erogare a livello sovra-aziendale e sovra-regionale, garantendo sinergia e coerenza con le priorità, gli standard e le architetture di riferimento definite a livello nazionale da Ministero ed AgID.

Se informazioni e servizi digitali vengono offerti in modo facilmente accessibile, operatori professionali e cittadini li usano. Ciò conferma che gli italiani si comportano come in altri Paesi. Dall'ultima ricerca svolta dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano in collaborazione con Doxa, su un panel statisticamente rappresentativo di 1.000 cittadini, emerge come il 2016 abbia fatto registrare un vero e proprio boom nell'utilizzo di servizi sanitari online. Non si tratta dei mitici "millennials", ma di una popolazione matura di età compresa tra i 35 e i 54 anni, una popolazione che, già abituata a fruire dei servizi in rete per la propria vita privata e professionale, è ben disposta ad usare la rete per i servizi sanitari di cui ha bisogno per sé e per la propria famiglia, se questi sono semplici, accessibili e fanno risparmiare tempo e fatica. In base a questi dati, le conoscenze digitali dei cittadini non sembrano essere un ostacolo alla diffusione dei servizi sanitari digitali. Serve una doppia azione: da una parte è necessario avvicinare cittadini e professionisti, che ancora hanno un

contatto molto marginale con le tecnologie o non l'hanno affatto; dall'altra rendere i nuovi servizi effettivamente "convenienti".

La consapevolezza del digital first per la sostenibilità del SSN e il miglioramento dell'assistenza sembra quindi ormai consolidata. In recenti dichiarazioni pubbliche il Ministro della Sanità e persino il commissario del governo alla spending review hanno dichiarato che la Sanità Italiana non va più tagliata ma piuttosto riqualificata; e questo rilancio può e deve avvenire attraverso il digitale:

““

"L'eHealth rappresenta una leva strategica che può contribuire fattivamente a conciliare la qualità del servizio con il controllo della spesa".

"Una delle priorità del 2016 è l'attuazione del Patto della Sanità digitale. Con la Sanità digitale le aziende potranno scambiarsi velocemente i dati e dialogare tra loro, questo oltre a farci risparmiare migliorerà l'efficienze del sistema".

Beatrice Lorenzin, Ministro della Sanità

““

"In Sanità, più che parlare di sprechi bisogna parlare di possibilità di lavorare in modo più efficiente e recuperare risorse. In questo la digitalizzazione può darci un aiuto importante".

"Per la prima volta, abbiamo previsto nella Legge di Stabilità di quest'anno di attuare un piano nazionale di investimenti nelle tecnologie digitali, che interessa non solo la Sanità ma anche le altre aree della PA".

Yoram Gutgeld, Commissario alla Spending Review

Tuttavia, questa consapevolezza che l'innovazione tecnologica del nostro SSN non sia più rinviabile, non si traduce in *execution*. Le politiche tese a stimolare la digitalizzazione dei servizi in sanità cominciano a dare i primi frutti, ma l'attuazione dei piani di digitalizzazione della Sanità risulta ancora inadeguata, disomogenea, insufficiente rispetto alla portata e all'urgenza delle sfide in gioco.

““

Compete ai CIO di ASL/AO, in collaborazione con gli attori dell'offerta ICT, il ruolo di 'evangelisti' del digitale in azienda, facendo comprendere alle Direzioni Strategiche e ai professionisti sanitari i benefici dell'innovazione digitale

Mariano Corso

““

Un ambito su cui intervenire prioritariamente è sicuramente quello relativo alle competenze digitali dei professionisti sanitari, al fine di favorire il cambio culturale necessario perchè gli investimenti in tecnologia portino i vantaggi auspicati

Emilio Meneschincheri

““

Non esiste un problema di accesso ai servizi legato all'età e al gap generazionale, semmai la necessità di sviluppare servizi user friendly e comunicare nella maniera corretta al cittadino i servizi disponibili. L'elemento fondamentale è comunicare al cittadino dove si sta andando e quale servizio si sta mettendo a disposizione

Lorenzo Sornaga

3.3 LE PRINCIPALI BARRIERE ALLO SVILUPPO E ALL'UTILIZZO DI SOLUZIONI DIGITALI IN SANITÀ

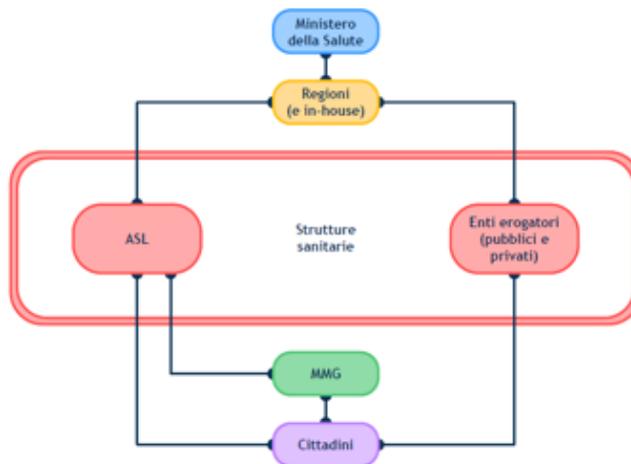
Cosa frena lo sviluppo e l'utilizzo di soluzioni digitali in Sanità? Quali sono le principali barriere e criticità?

A. FRAMMENTAZIONE DELLA GOVERNANCE

Nonostante gli interventi indicati al punto 3.2, la frammentazione della governance rimane ancora oggi una barriera importante all'execution dei piani di innovazione tecnologica. La conseguenza è lo sviluppo a macchia di leopardo delle soluzioni digitali nei diversi territori e addirittura tra ASL/AO dello stesso territorio.

La Sanità ha un oggettivo problema di *locus* delle decisioni, essendo caratterizzata da una eccessiva articolazione in livelli di governo: una situazione che contribuisce a rendere complicate decisioni già politicamente delicate per la natura degli interessi in gioco (cfr. figura 1).

Figura 1: Gli attori del SSN



GLI ATTORI DEL SSN - FONTE: OSSERVATORIO INNOVAZIONE DIGITALE IN SANITÀ - POLITECNICO DI MILANO

Lo sviluppo della Sanità Digitale in Italia, come si è configurato negli ultimi anni, risponde ad un insieme disorganico di attori, comitati e tavoli: Ministero della Salute, Regioni, Agenzia per l'Italia Digitale (AgID), Ministero Economia e Finanze, Tavolo tecnico AgID-MinSalute per il FSE, Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo Sanitario, Comitato di Coordinamento del Patto della Salute Digitale e così via.

La risposta a questa eccessiva frammentazione della governance non può però essere un nuovo centralismo. Abbiamo, infatti, una tale diversità che porre obiettivi identici per tutti, con le stesse scadenze, indicando le stesse priorità, potrebbe essere un tentativo non solo velleitario, ma anche pericoloso: dare in questo momento alla Calabria e alla Lombardia, alla Sicilia e al Trentino Alto Adige le medesime priorità creerebbe da una parte cattedrali nel deserto, dall'altra frustrazioni. È auspicabile un ruolo centrale del Ministero della Salute e dell'Agenzia per l'Italia Digitale per fornire standard e linee guida secondo le scadenze temporali. Se il ruolo di guida e di indirizzo del livello centrale è importante, affinché queste azioni siano concretamente portate avanti è però indispensabile che siano declinate in maniera appropriata nei diversi contesti regionali. Sono le Regioni i soggetti che gover-

nano il sistema sanitario, quelli a cui è demandato il compito di tradurre gli indirizzi nazionali in piani e progetti concreti, definendo roadmap di evoluzione coerenti con il punto di partenza (diverso da Regione a Regione) e guidando lo sviluppo delle soluzioni nelle singole strutture sanitarie sul territorio. E servono politiche regionali coerenti tra loro, in grado di guidare e supportare gli attori del sistema, fornendo competenze e servizi condivisi e premiando i comportamenti virtuosi. Infine, sono necessari progetti coraggiosi di aziende sanitarie e operatori, superando la logica delle sperimentazioni.

Figura 2: Lo stato di attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico



FONTE: AGID - MONITORAGGIO AVANZAMENTO CRESCITA DIGITALE

“

Fascicolo Sanitario Elettronico e Dossier Clinici associati, sistema di e-prescription e sistema di gestione dei profili, potenzialmente SPID, sono ad oggi le infrastrutture necessarie per una vera innovazione per gli operatori e i cittadini. Rimane un ultimo aspetto fondamentale per la sostenibilità e l'universalità del SSN: nuovi strumenti a supporto della governance

Mauro Caliani

“

I primi risultati della Strategia per la crescita digitale 2014-2020 mostrano come la sanità digitale in Italia non sia più un miraggio, ma un piano perseguibile che dà frutti concreti. Tuttavia, la velocità di attuazione è ancora modesta e disomogenea, inadeguata rispetto alla portata e all'urgenza delle sfide in gioco. È necessario attuare la sanità digitale con una governance partecipata e responsabile ai diversi livelli

Mariano Corso

“

Il Fascicolo elettronico è una infrastruttura in cui tutte le operazioni sanitarie fatte dal cittadino in qualsiasi struttura del SSN (ASL, AO, MMG) convergono in un “ambiente immateriale” consultabile. È il primo passo. I prossimi saranno un codice unico nazionale (CUNA) e l'anagrafe dell'assistito (ANA). Il FSE è ormai una realtà nella maggioranza delle regioni: solo tre sono in un ritardo sensibile. L'infrastruttura che farà dialogare i fascicoli regionali esiste

Massimo Casciello

“

I medici di medicina generale (MMG) sono chiamati ad interagire con il FSE sia in fase di consultazione che in qualità di fornitori di dati assistenziali, con il conferimento del Patient Summary. È evidente che la costituzione di banche dati così rilevanti su informazioni tanto delicate e sensibili, pongono questioni di libertà e sicurezza, mentre qualche dubbio matura riguardo l'effettiva fruibilità clinica di dati raccolti e sistematizzati senza logiche di tipo medico

Paolo Misericordia

“

È importante che una strategia per la sanità digitale non rimanga circoscritta alla struttura aziendale di Informatica, ma che parta dai bisogni dei cittadini e tutti gli stakeholder la vivano come un vero e proprio passo in direzione di una moderna assistenza sanitaria, fornendo input e proposte di miglioramento

Thomas Schael

“

L'innovazione digitale in sanità si fa sul territorio, a partire dal livello aziendale, ovvero quello maggiormente a contatto con il cittadino; purtroppo però l'innovazione nelle singole ASL/AO procede in maniera asincrona

Quirino Davoli

“

Ogni Regione dovrebbe dotarsi di un piano strategico che, raccordandosi con le priorità di intervento identificate a livello nazionale, definisca un percorso chiaro e sequenziale, che parta dall'assessment e dalla misurazione del livello attuale in cui la specifica Regione e le aziende sanitarie si trovano in termini di innovazione digitale, individui le soluzioni da implementare, definisca una roadmap di adozione che tenga conto dei prerequisiti e delle interdipendenze nello sviluppo dei diversi ambiti stabilendo le corrette priorità e, infine, ricerchi le fonti di finanziamento necessarie per sostenere gli investimenti, attraverso un giusto mix tra le azioni di breve, che possono garantire ritorni immediati, e gli interventi di carattere infrastrutturale da sviluppare sul lungo periodo

Marco Paparella

B. RISORSE ECONOMICHE

Risorse limitate e impossibilità di accedere al credito. Come faranno le ASL/AO a rispondere alla richiesta di una maggiore efficienza senza avere a disposizione il capitale necessario per introdurre nei loro processi le tecnologie e le innovazioni in grado di realizzarla? Per effetto dei tagli agli investimenti degli ultimi anni, la spesa ICT in sanità, che si era già pesantemente ridotta, risulta oggi lontana da quella dei principali Paesi Europei. Secondo i dati dell'Osservatorio Innovazione Digitale

in Sanità del Politecnico di Milano relativi al 2015, la spesa stimata per la Sanità digitale è pari a 1,34 miliardi di euro, circa l'1,2% della spesa sanitaria pubblica, corrispondente a 22 euro per abitante. Altri Paesi europei, con sistemi sanitari confrontabili al nostro, dedicano alla Sanità digitale budget di gran lunga superiori: la Francia, ad esempio, spende in sanità digitale circa 40 euro ad abitante, la Gran Bretagna 60 euro e la Danimarca addirittura 70 euro. È quindi evidente che la spesa in sanità digitale in Italia sia la metà di quella di Paesi europei a noi comparabili e non sufficiente per rispondere alle grandi sfide che si trova di fronte il nostro SSN, come visto nel capitolo 1. Anche se si è sfatato il mito dell'innovazione a costo zero; anche se è ormai consapevolezza diffusa che il processo di innovazione digitale, in sanità come in ogni altro comparto, è un processo oneroso che necessita di risorse e investimenti, siamo ancora in attesa di politiche che prevedano risorse dedicate. Inoltre, nelle PA i vincoli all'indebitamento sono rigidi, quindi gli investimenti, che nel settore privato si fanno senza avere a disposizione l'intero ammontare di risorse finanziarie necessarie, nelle PA non sono possibili, con un evidente paradosso: perché le amministrazioni possano aumentare la loro efficienza servono investimenti e innovazione, che non possono essere realizzati perché le PA non hanno a disposizione le risorse economiche necessarie, né possono indebitarsi chiedendo al credito di anticipare il capitale che restituiranno in un momento successivo. Quale via di uscita? Al momento nessuna, anzi viste le condizioni della finanza pubblica, il **Patto per la Sanità digitale** per essere approvato e costituire allo stesso tempo visione e guida per l'execution, ha dovuto prevedere la "**clausola di invarianza finanziaria**". Cioè le innovazioni indicate come prioritarie nel documento devono essere realizzate senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, semplicemente spendendo meglio le risorse esistenti o reinvestendo nel tempo i risparmi prodotti.

Salvo poi scoprire che, il Consiglio di Stato, nel suo parere del marzo scorso sullo schema di decreto legislativo di riforma del CAD, si esprimeva con grande chiarezza sul fatto che:

la mancata individuazione delle modalità con cui reperire le risorse necessarie per realizzare gli obiettivi programmati potrebbe, come peraltro già accaduto, pregiudicare l'esito della riforma stessa

evidenziando quindi:

la necessità di programmare delle spese aggiuntive rispetto a quelle previste per il settore, rendendo non perseguibile l'obiettivo di procedere nell'intervento normativo de quo a costo zero

e sottolineando come:

l'importanza della riforma de qua può giustificare il ricorso ad un ponderato incremento di spesa, atteso che l'eventuale erogazione di denaro pubblico potrà essere compensata dai risparmi di spesa derivanti dalla concreta e tempestiva applicazione della riforma stessa.

Forse il Patto per la sanità digitale non può propriamente definirsi una riforma del SSN, ma una guida e un indirizzo che promuova l'utilizzo delle risorse esistenti per una maggiore diffusione di tecnologie digitali, con l'obiettivo di mettere in moto nel SSN, nel medio periodo, un circolo virtuoso che produca la progressiva razionalizzazione nell'uso di risorse umane ed economiche, che potranno poi essere reimpiegate in nuovi servizi ed iniziative di digitalizzazione.

Faticoso, ma non campato in aria. Secondo le stime effettuate dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del PoliMI, il Sistema Sanitario nel suo complesso potrebbero ottenere risparmi pari a 6,8 miliardi all'anno attraverso, ad esempio:

- la deospedalizzazione di pazienti cronici, resa possibile dalle tecnologie a supporto della medicina sul territorio;
- l'introduzione della cartella clinica elettronica a supporto di medici e infermieri all'interno di ASL/AO;

- la dematerializzazione dei referti delle indagini diagnostiche e la loro consegna via web;
- la digitalizzazione della logistica;
- i servizi on line, quali la prenotazione delle prestazioni.

Al precedente importo si dovrebbero sommare i risparmi potenziali per i cittadini, calcolabili in circa 7,6 miliardi di euro, dovuti alla riduzione degli spostamenti per prenotare visite, ritirare referti, effettuare visite, ecc. Si tratta di un circolo virtuoso, che stante le condizioni di partenza (nessun onere di finanza pubblica aggiuntivo) diventa vitale avviare per il nostro Paese. Il passaggio conseguente e contemporaneo è quello di imparare a misurare gli impatti economici determinati con l'innovazione attuata e i risparmi ottenuti: non misurare può trasformare in vizioso il circolo virtuoso descritto. Spesso le amministrazioni pubbliche non hanno all'interno delle loro organizzazioni le strutture che servirebbero per affrontare con le dovute accortezze metodologiche le questioni legate alla valutazione degli investimenti pubblici e alla scelta degli investimenti a cui dare priorità.

“

Gli investimenti nel passato sono spesso stati sbagliati a causa di un'assenza di vision sulle priorità. La diffusione del FSE può essere l'azione per creare un substrato di condizioni abilitanti al dispiegamento dei servizi al cittadino, definendo le priorità. FSE non come banale strumento, ma come opportunità di fare sistema

Stefano Van Der Byl

C. MECCANISMI DI PROCUREMENT

In un sistema di vincoli di finanza pubblica, i processi di procurement pubblico possono diventare fattori abilitanti o ulteriori barriere all'innovazione digitale. I processi di acquisto, se frammentati come la governance, possono nascondere sprechi e corruzione. Per prodotti e soluzioni mature, quelle che si possono definire commodity, la centralizzazione degli acquisti (presso Consip o le centrali di acquisto regionali), prevedendo controlli su prezzi e qualità da parte di AgID, può ridurre l'inefficienza annidata nel processo di acquisto. Bisognerà governare la dinamica derivante da questa scelta perché la centralizzazione degli acquisti e l'inserimento di controlli non rallentino i tempi di approvvigionamento, non aumentino i costi, non costringano le amministrazioni che hanno identificato con impegno e responsabilità soluzioni economiche ed innovative, ad accedere solo a quelle disponibili presso le centrali d'acquisto. Contraddicendo anche lo spirito della nuova direttiva europea sugli appalti che promuove discrezionalità, flessibilità ed orientamento all'innovazione delle stazioni appaltanti.

Ulteriore freno al procurement di innovazione sono, al momento, le incertezze attuative e interpretative connesse al passaggio dal vecchio al nuovo codice degli appalti; un deficit di competenze all'interno delle strutture regionali e aziendali; il timore degli amministratori pubblici per l'azione della Corte dei Conti: nel primo semestre del 2016, questo combinato disposto, ha prodotto un rallentamento delle decisioni d'investimento e ritardi nella pubblicazione dei bandi di gara. Si registra un'applicazione difensiva del procurement dell'innovazione, si continua a parlare la lingua della manutenzione, scegliendo soluzioni affermate, per certi versi conservative, che impediscono di fare innovazione disruptive.

D. PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Tutti i servizi digitali del SSN sono caratterizzati dal fatto che il destinatario è la persona e vengono trattati dati sensibili. Come conciliare il bisogno di innovazione del SSN per continuare a garantire il diritto alla salute con la necessaria tutela della privacy dei cittadini?

Tecnologia e norma, due mondi che possono avere velocità diverse. La maturità della tecnologia per

nuovi servizi e la sua diffusione tra i cittadini e gli operatori anticipa spesso la regolazione degli stessi propria della seconda. Il regolatore molto spesso si è reso conto tardi della “esplosione” di determinati strumenti connessi all’e-health. Strumenti che senza appositi interventi rischiavano di aprire falle importanti nel sistema di protezione dei dati personali dei pazienti. Una regolazione reattiva ha frenato l’introduzione di strumenti innovativi nel SSN, causa l’indispensabile lavoro di interpretazione e armonizzazione dell’impianto normativo esistente con l’esigenza evidenziata dalla sanità digitale. In soccorso la funzione suppletiva svolta dal Garante per la privacy, che ha spesso anticipato, attraverso le proprie linee guida, l’intervento legislativo (è il caso, ad esempio, del referto online).

Tale barriera verrebbe abbattuta con un cambio di approccio, da reattivo a proattivo. Un diverso modo di lavorare che consideri la protezione dei dati personali come elemento progettuale fin dalla fase iniziale di sviluppo di soluzioni digitali. L’adozione di una logica di “privacy by design” argina il rischio di dover approntare a causa delle violazioni della tutela, rimedi arzigogolati e con costi elevati.

“

Come si inseriscono le tecnologie mature e ampiamente diffuse tra i cittadini nel delicato equilibrio tra diritto alla salute e diritto alla riservatezza? Come coniugare la rapida evoluzione della tecnologia e la sua tempestività di risposta con le norme vigenti in materia di privacy?

Claudio Dario

“

Contemperare prestazioni, efficienza e pieno rispetto dei diritti non solo è possibile, ma addirittura conveniente contribuendo così a creare valore, non solo per le persone i cui dati sono trattati o per il titolare del trattamento (ente pubblico o società), ma per la società nel suo insieme considerata. Il vero valore della privacy. Piuttosto è necessario conoscere la materia e considerarla sin dalla prima progettazione dei sistemi in modo che le soluzioni individuate, o richieste ai fornitori, siano orientate sin dall’origine all’osservanza dei requisiti e dei principi definiti dalle norme e dai numerosi provvedimenti emanati in questi anni

Francesco Modafferi

“

Il Fascicolo Sanitario Elettronico e il Dossier Sanitario Ospedaliero sono, per molti aspetti, citizen centered, modello chiave dell’innovazione. Ma c’è una potenziale contraddizione tra la spinta della Rete a condividere informazioni e la tendenza delle legislazioni ad accentuare la tutela del dato personale di salute

Mauro Moruzzi

“

È possibile trovare una soluzione equilibrata tra esigenza di protezione del dato personale e diritto alla salute se questi due valori vengono considerati come predominanti sin dall’inizio del ragionamento (dello sviluppo del servizio)

Silvia Melchionna

E. SICUREZZA

Anche la sicurezza, come la protezione dei dati personali, deve diventare elemento progettuale fin dalla fase iniziale di sviluppo di soluzioni di sanità digitale. Perché, secondo i dati di Interstate Technology and Regulatory Council (ITRC), gli incidenti nelle infrastrutture sanitarie nel 2015 solo negli Stati Uniti han-

no prodotto la compromissione di 119.908.807 record; Bloomberg Business afferma che gli attacchi al settore producono circa 6 miliardi di dollari di perdite annuali e una violazione standard in un ospedale costa più di 2 milioni di dollari, oltre a comportare la completa paralisi della struttura e innumerevoli disservizi sanitari. Inoltre, la Security Awareness, cioè lo sforzo che ogni ASL/AO deve fare per educare i propri dipendenti all'uso consapevole del web, è ancora obiettivo distante, nonostante linee guida chiare sui comportamenti da tenere siano state pubblicate con una Direttiva PCM il 1 agosto 2015. La mancata adozione di una logica di "security by design" (la progettazione della propria infrastruttura di sicurezza realizzata insieme alla progettazione dell'architettura di sistema) porta le strutture sanitarie a trattare con grande timore l'affacciarsi sulla rete e a rallentare la diffusione dei servizi on line.

“

È importante continuare a implementare i processi che portano alla sanità digitale, prestando però attenzione alla protezione del dato, che deve partire dall'apparato elettromedicale e proseguire lungo tutta la filiera - ovvero il passaggio dal dispositivo elettromedicale alla cartella sanitaria digitale, la condivisione di queste informazioni con l'utente finale e su app mobile
Gastone Nencini

F. TRASFERIMENTO DELLE BUONE PRATICHE

Tra le barriere all'innovazione, da ultimo conviene trattare la mancata diffusione delle buone pratiche. Numerose sono state le buone pratiche realizzate dalle regioni e da ASL/AO, tuttavia, esse hanno incontrato difficoltà a divenire pratiche diffuse: il riuso nelle sue varie definizioni non ha mai dato i risultati sperati. Ogni organizzazione ha sviluppato soluzioni profondamente personalizzate, giustificandole con la sua unicità organizzativa e territoriale oppure perché frutto di un bisogno specifico o di una personalità innovatrice di vera avanguardia, in ogni caso sganciate da modelli condivisi. Queste macchie di innovazione, eccessivamente personalizzate, sono state difficilmente riusabili in un contesto diverso da quello in cui quella determinata soluzione è stata sviluppata. Quando il riuso è stato praticato, mancando una logica di sistema, ha creato ulteriore disomogeneità, perché le regioni o le ASL/AO beneficiarie hanno spesso imboccato la strada di una nuova personalizzazione, con il paradossale risultato di un numero di soluzioni differenti pari al numero dei soggetti che hanno riusato la soluzione originaria.

“

L'innovazione e la standardizzazione tecnologica possono trasformare rapidamente ASL/AO in organizzazioni digitali, contribuendo ad eliminare alcuni ostacoli alla creazione e all'orchestrazione di servizi sanitari innovativi. Architettura applicativa a microservizi; API Standard REST per l'integrazione e l'orchestrazione delle risorse/oggetti; architettura SOA basata sugli standard web: ecco gli elementi per puntare a risultati concreti
Sergio Puggelli

“

Le buone pratiche derivanti dall'introduzione della ricetta dematerializzata, in combinazione con il FSE (che è il "luogo" in cui gestire anche i PDTA) possono trasformare il controllo per l'appropriatezza prescrittiva da sanzionatorio in ausilio per il medico prescrittore; possono trasformare i CUP attuali in CUP2.0, sempre meno front-end per i cittadini, sempre più strutture di controllo e di verifica di indirizzi ricevuti dalla programmazione. Trasformazioni che non possono prescindere dalla centralità che devono tornare ad avere i nostri medici di base, perché essi interagiscono, delle volte anche tutti i giorni, con i cittadini assistiti
Lorenzo Sornaga

4.

GLI AMBITI DI PROPOSTA

Come oltrepassare queste barriere e disegnare il percorso di attuazione della sanità digitale? Si può partire spingendo Regioni e Aziende Sanitarie a fare da fattori aggreganti nella stesura e nell'execution dei piani di innovazione tecnologica.

4.1 GLI STRUMENTI PER L'EVOLUZIONE DIGITALE

Nel quadro strategico del Patto per la sanità digitale e dell'attività di monitoraggio e verifica in carico alla Cabina di Regia per la Sanità Digitale (CRSD), occorre orientare le Regioni e, attraverso di loro, le ASL/AO a adottare strumenti e metodologie per effettuare un assessment del loro stato di maturità digitale. Tale assessment, unito ai bisogni rilevati sul territorio, dovrebbe consentire di definire il proprio specifico piano di digitalizzazione con priorità di intervento e di innovazione, armonizzato con gli obiettivi nazionali. Tutto ciò può contribuire ad evitare "fughe in avanti" e investimenti non efficaci e non coordinati; indirizzare verso gli obiettivi prioritari le poche risorse economiche a disposizione (in particolare, per le Regioni in Piano di Rientro); valorizzare i vendor, responsabilizzandoli sull'esigenza di riprogettazione di alcuni sistemi all'interno dell'ecosistema infrastrutturale complessivo. Per esempio:

• **Servizi al cittadino**

La priorità individuata dal Governo è stata quella di dare attuazione al Fascicolo Sanitario Elettronico, ma può il Fascicolo Sanitario Elettronico, benché importantissimo, costituire la priorità per tutti i Sistemi Sanitari, pur a fronte della loro profonda eterogeneità? La discussione ha messo in luce come occorra partire da una mappatura dello stato attuale dei servizi e dei bisogni specifici dei cittadini del territorio. Da questo, naturalmente, viene fuori come i bisogni dei cittadini dell'Emilia Romagna non siano i medesimi di quelli dei cittadini calabresi. Un primo bisogno di base, ad esempio, senza aver soddisfatto il quale diventa inefficace investire su servizi più sofisticati, è quello legato all'accesso alle prestazioni, che deve essere semplificato e facilitato attraverso l'uso del digitale. Il segreto per costruire servizi semplici e accessibili è l'ascolto, il coinvolgimento e quando possibile la co-progettazione dei servizi stessi con i cittadini. Pur senza negare le specificità dei territori e dei bisogni dei loro cittadini, è fondamentale che quei territori che si trovano in ritardo nello sviluppo della digitalizzazione non perdano l'occasione di riutilizzare l'esperienza fatta da quelli che si trovano più avanti, in modo da evitare di compiere i medesimi errori.

• **Servizi Infrastrutturali e Amministrativi**

In questo ambito si possono suggerire interventi prioritari relativi a infrastrutture applicative di base e a infrastrutture tecnologiche.

Per le infrastrutture applicative di base:

- Definizione dell'identità dei cittadini/pazienti (es. SPID) e delle anagrafi dei cittadini e dell'assistenza
- Verifica dell'interoperabilità e uniformità della semantica

- Definizione del governo della privacy
- Per le Infrastrutture tecnologiche:
- Centralizzazione dei CED
 - Sistemi di protezione e sicurezza dei dati
 - Sistemi di Business Continuity
- **Servizi a supporto dei processi clinico-sanitari e assistenziali**, definendo i diversi step da attuare per portare avanti un percorso evolutivo in questo ambito, dall'elementare al complesso, identificando driver di costo-beneficio:
 - anagrafe unica
 - repository dati clinici e amministrativi
 - sistemi collaborativi ospedale-territorio
 - telemedicina
 - modelli di assistenza domiciliare basati su PDTA.

RACCOMANDAZIONE 1

La proposta di FPA: Adottare da parte delle Regioni (e delle ASL/AO) strumenti e metodologie di assessment, che consentano di comprendere l'attuale livello di sviluppo e definire percorsi di evoluzione coerenti con la propria situazione attuale e il contesto in cui l'organizzazione si inserisce e procedere quindi a progettare una propria roadmap evolutivo valorizzando l'esperienza di altri territori e coinvolgendo i cittadini nella progettazione.

Per ciascuna di queste amministrazioni, individuare i **quattro soggetti "abilitanti"** dell'attuazione della rivoluzione digitale e farne i destinatari di una **specifica azione di formazione alla gestione del cambiamento digitale**, finanziata attraverso il **PON Governance**, volta a creare un background cognitivo comune in tutto il Paese, che avrà come effetto quello di promuovere la convergenza dei servizi online verso modelli uniformi.

4.2 LE PRIORITÀ DI INTERVENTO: FSE E PDTA

Per diffondere capillarmente il FSE e incrementarne l'uso da parte di cittadini e operatori, anche le strutture private (laboratori e medici) devono inserire ogni atto medico effettuato nel FSE.

Per aumentare la qualità dell'assistenza e una maggiore appropriatezza della terapia, si propone che le Regioni e le ASL/AO adottino i PDTA (Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali). Che questi PDTA siano pubblici attraverso i siti delle singole Aziende Sanitarie e quelli di Ministero e Istituto Superiore di Sanità (anche per garantire i medici in caso di contenzioso medico-legale). Il sistema nazionale delle Nomenclature potrà fornire una codifica univoca per tali dati elementari e per i relativi sistemi di indicatori.

RACCOMANDAZIONI 2.1 / 2.2

**La proposta di FPA: Attivare FSE anche nelle strutture private.
Attivare PDTA in tutte le Regioni**

4.3 LE RISORSE PER LA DIGITALIZZAZIONE

Per la digitalizzazione della sanità è necessario:

- attivare fondi preferenziali o vincolati per ciò che riguarda l'ex art. 20 L. 67/1988, come indicato nel Patto per la Sanità digitale;

- attivare un fondo specifico (magari creato con la partecipazione della Cassa Depositi e Prestiti) per la digitalizzazione della sanità e per la realizzazione dei servizi sanitari e sociali trasversali sulla continuità dell'assistenza e sull'engagement del paziente;
- attivare misure di incentivazione della digitalizzazione della sanità, con deroghe alle regole di ammortamento del DL 118/2011 per le aziende sanitarie (che non insistono su territori di Regioni in piano di rientro) che effettueranno, in forma associata (almeno 3 aziende sanitarie), investimenti per l'adeguamento dei servizi all'agenda digitale.

RACCOMANDAZIONE 3.1

La proposta di FPA: attivare fondi preferenziali o un fondo specifico oppure misure di incentivazione per promuovere una sanità digital first. I progetti presentati verranno validati dall'Agenzia per l'Italia Digitale.

4.4 IL SISTEMA DEGLI APPALTI IN SANITÀ

Nel comparto Sanità, il potenziale di innovazione risiede molto spesso nella proposta di start-up, PMI e microimprese. È necessario aprire il sistema.

RACCOMANDAZIONE 4

La proposta di FPA: aprire il sistema degli appalti in sanità alle start-up, alle pmi e alle microimprese. Occorre attivare misure che abbattano le barriere all'ingresso per nuovi operatori interessati al settore della Sanità:

- fare in modo che ad ogni singola azienda del RTI sia direttamente fatturata la propria quota di attività, evitando che aziende più grandi trattengano marginalità spettanti alle PMI, come potrebbe accadere mantenendo accentrati sulla mandataria la fatturazione e i pagamenti;
- dare la possibilità alle PMI di partecipare agli appalti pubblici, senza prefissati limiti o requisiti particolarmente restrittivi;
- individuare una metodologia "pubblica" per la valutazione delle start-up e dei loro potenziali di innovazione rispetto al mercato;
- diffondere iniziative di contatto fra le PA, le aziende e le start-up per la selezione delle iniziative più profittevoli in termini di beneficio dei servizi da rendere alla collettività (maggiore efficienza unita a minori costi).

4.5 PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Occorre adottare rapidamente il nuovo regolamento EU, che tiene maggiormente in conto il tema della gestione dei dati alla luce dell'evoluzione tecnologica in atto, nonché avviare tavoli di lavoro comuni per affrontare i casi in cui la tecnologia precede la norma (cfr. il caso delle App, su cui esiste un tavolo, aperto con il Ministero della Salute, per fare scouting delle App esistenti e per cercare di normare questa fattispecie).

RACCOMANDAZIONE 5

La proposta di FPA: Adottare il nuovo regolamento EU

4.6 IL SISTEMA DELLE NOMENCLATURE

L'elemento del linguaggio comune è un'altra delle grandi sfide della sanità digitale. Infatti, la creazio-

ne di “reti” aiuta la comunicazione e lo scambio di informazioni, ma per la reale interoperabilità, l’immediata trasferibilità dei dati, il concreto benchmark tra le prestazioni erogate, abbiamo la necessità di parlare tutti la stessa lingua. Oggi uno dei problemi più evidenti nella gestione dei dati, che pure ci sono e in grande quantità, è la mancanza di un insieme coerente di nomenclature e codifiche su tutti i dati gestiti e condivisi nei processi sanitari e sociali. È questo l’elemento base per riuscire a realizzare “progetti Paese” per avere dati analitici che possano essere confrontati tra loro. Storicamente sono stati adottati e mantenuti i sistemi di classificazione delle malattie (ICD), i sistemi utili per i DRG (ICD-9-CM per le procedure), i tariffari basati sul nomenclatore delle procedure, i sistemi sui dispositivi medici, il thesaurus MeSH per le ricerche bibliografiche.

RACCOMANDAZIONE 6

La proposta di FPA: Occorre consolidare un sistema nazionale delle Nomenclature e delle codifiche dei dati nei processi sanitari e sociali. Tali nomenclature, rese fruibili ai fornitori ICT per essere utilizzate nei loro sistemi per la gestione dell’assistenza, costituiranno anche il riferimento per la costruzione di Nomenclatori Tariffari nazionali e regionali, di sistemi di indicatori e di altri strumenti specifici che via via saranno ritenuti opportuni, tra cui:

- catalogo unico prescrittori; sistema nazionale dei servizi di base per le Reti Nazionali per Patologie Croniche e le condizioni di lunga durata (Long Term Conditions);
- PTDA specifici; nomenclatore tariffario specifico per la telemedicina (per uscire dall’alveo delle sperimentazioni, per ogni prestazione già prevista dal tariffario attuale, il valore complessivo della prestazione eseguita tramite telemedicina non potrà superare i livelli di valorizzazione attuali della prestazione a cui si riferisce).

4.7 CYBERSECURITY NELLE ASL/AO

Le attività formative sul tema della sicurezza dovrebbero essere rivolte non solo a dirigenti e funzionari dei Sistemi Informativi, ma ai dipendenti di tutti gli uffici delle strutture sanitarie. Infatti, la principale fonte di rischio cyber sono i comportamenti non consoni o errati di un qualsiasi dipendente, che possono vanificare anche le più sofisticate misure di sicurezza adottate da Regioni, ASL/AO.

RACCOMANDAZIONE 7.1

La proposta di FPA: Attivare pacchetti formativi sulla cybersecurity in autoapprendimento (posta elettronica, virus, furto identità, ...) per tutti i dipendenti di ASL/AO.

La formazione potrebbe essere fatta in maniera ciclica con piccoli moduli alla volta. Tale modalità oltre a non richiedere ingenti costi consente anche di misurare la reale consapevolezza dei dipendenti circa la sicurezza informatica. Analogo strumento può essere utilizzato per diffondere la consapevolezza su eventuali nuove minacce. Insomma, un canale centrale di formazione e informazione che mira a raggiungere direttamente i singoli utenti, che rappresentano uno dei maggiori punti deboli della catena di sicurezza. Inoltre vanno identificati percorsi per l’entrata e la “retention” di figure specializzate sulla Cyber Security, in linea con le pratiche già adottate da altri governi.

Sebbene la responsabilità ultima sulla cybersecurity delle strutture sanitarie sia sempre in capo al vertice, è fondamentale individuare una specifica figura dedicata al tema della sicurezza, dotandola di opportune deleghe che le consentano di poter operare efficacemente nel proprio ruolo, configurandosi quindi come l’interfaccia unica interna ed esterna per questa tematica.



RACCOMANDAZIONE 7.

La proposta di FPA: Istituire la figura del CISO nelle ASL/AO

Occorre rendere obbligatoria l'istituzione, all'interno di tutte le ASL/AO, del CISO (Chief Information Security Officer), figura specifica con l'esplicita e unica responsabilità di garantire la sicurezza.

Si tratterebbe di porre una norma per imporre un CISO, analogamente a quanto fatto con il risk manager, definendo puntualmente le competenze tecnologiche, normative ed organizzative necessarie a svolgere il ruolo. In questo senso, si potrebbe vincolare l'accesso alle procedure per il reclutamento di tali profili al possesso di specifici titoli di laurea (LM66) o al completamento di specifici percorsi formativi post laurea. Inoltre, il CISO sarà di supporto al vertice strategico delle ASL/AO per ogni aspetto relativo alla Cybersecurity.

5.

I PROTAGONISTI DEL TAVOLO



Mariano CORSO

Responsabile Scientifico Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, Politecnico di Milano

Direttore Scientifico di P4I - PARTNERS4Innovation è Professore Ordinario di "Leadership and Innovation" presso il Politecnico di Milano, Associate Dean della School of Management con Delega su Alumni e Talent Development. Co-fondatore e membro del comitato scientifico degli Osservatori Digital Innovation del Politecnico di Milano. Responsabile Scientifico di numerosi Osservatori tra cui Agenda Digitale, Innovazione Digitale in Sanità, Smart Working, Cloud & ICT as a Service e della Digital Business-Innovation Academy. Ha coordinato importanti progetti di ricerca e advisory per imprese e Pubbliche Amministrazioni nell'ambito dell'innovazione digitale, del change management, dell'ICT Transformation e dello Strategic Sourcing. È autore o coautore di numerose pubblicazioni di cui oltre 130 a livello internazionale.



Antonio VERALDI

Direttore Marketing Strategico, FPA

Da anni lavora per costruire, consolidare e allargare reti di amministratori pubblici, di professionisti della sanità pubblica e privata, di esponenti delle professioni, di ricercatori e di manager delle imprese. L'obiettivo è promuovere e facilitare l'incontro e lo scambio di idee, competenze e esperienze tra tutti questi soggetti, autori dell'innovazione della PA e dei sistemi territoriali.



Tonino ACETI

Coordinatore nazionale Tribunale dei diritti del malato, Cittadinanzattiva

In Cittadinanzattiva dal 2003, è il Coordinatore Nazionale del Tribunale per i diritti del malato, (TDM) e aggiunge questa carica a quella di Responsabile del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC). Ha dapprima operato nel front office del Pit Salute, il servizio di consulenza e tutela del Tribunale per i diritti del malato per 4 anni, successivamente è stato a capo dell'Ufficio studi e documentazione del TDM, e responsabile del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici dal 2009. È stato inoltre membro del Comitato Etico del Policlinico Umberto I di Roma, e componente della Commissione Ministeriale per la Semplificazione Amministrativa in materia di invalidità civile e handicap. Attualmente è anche componente dell'osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità" istituito presso il Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali, nonché componente della "Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria della Regione Molise".



Andrea BELARDINELLI

Direttore dell'Area Programmazione, monitoraggio e riorganizzazione, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi di Firenze

Prima di ricoprire il ruolo attuale è stato Direttore dell'Area Programmazione ed Innovazione dell'Azienda Usl 6 Livorno (2010-2013) e Responsabile delle Tecnologie e Procedure Informatiche e Sistema Informativo dell'Azienda Usl 8 di Arezzo (2006-2009). Laureato in Ingegneria Elettronica e specializzato in Informatica e Bioingegneria. E' stato ricercatore presso l'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa, svolgendo attività di ricerca applicata, con progettazione e sviluppo di apparati biomedicali dedicati al paziente e di applicazioni di Telemedicina, sia in ambito nazionale (Istituto Superiore Sanità, Ministero della Sanità, Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca, Ministero delle Attività Produttive, Direzione Generale Diritto alla Salute della Regione Toscana, ecc.), che internazionale (Formula Uno World Championship, Direzione Generale della Ricerca della Commissione Europea, ecc.). Ha collaborato con molte aziende private leader nel campo della microelettronica, dell'automazione e dell'ICT.



Carlo BERUTTI BERGOTTO

Dirigente Responsabile S.C. Informatica e Telecomunicazioni, Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera" Genova

Classe 1963 responsabile delle Information Communications Technologies dell'Ospedale Galliera di Genova dal 1997. L'IT dell'ospedale, è composta un organico di circa 30 tecnici, ha ricevuto numerosi riconoscimenti nell'ambito dell'innovazione informatica sanitaria. Fanno parte dell'IT del Galliera le strutture "Applicazioni e flussi" - "Automazione" ed "Infrastrutture e sistemi". E' ideatore e responsabile dell'evento Good "Galliera: ospedale orientato al digitale" www.galliera.it/good - giunto nel 2016 all'ottava edizione.



Mario BOMBELLI

Senior Manager, Santer Reply

Senior Manager Santer Reply bid manager area Pubblica Amministrazione Centrale/Locale. Santer Reply S.p.A è presente nella PA prevalentemente in ambito Socio-Sanitario con prodotti innovativi in ambito ospedaliero: sistemi di accoglienza pazienti, PRM; ERP, Gestione HR e in ambito clinico: FSE, Dossier Sanitario. Inoltre è presente con sistemi di governo (BI) a livello di Direzioni Generali Regionali: DWH clinico e gestionale.



Mauro CALIANI

Direttore U.O.C. Pianificazione innovazione tecnologica e sviluppo reti abilitanti, Azienda Usl Toscana Sud Est

Si è laureato in Ingegneria Elettronica presso l'Università degli studi di Firenze nel luglio del 1997. Ha iniziato la sua carriera professionale presso la Bassilichi di Firenze dove si è formato come PM per importanti progetti presso alcune delle più grandi Aziende italiane pubbliche e private. Dal 2000 ha svolto attività consulenziale presso Enti pubblici locali, Regioni ed in particolar modo Aziende Sanitarie, realizzando progetti di Egovernment e di innovazione tecnologica e di processo. Dal 2004 è dirigente pubblico, prima presso la Usl7 di Siena poi presso gli Estav della Regione Toscana e oggi è responsabile dell'innovazione dell'Azienda Usl Toscana Sud Est. Dal marzo 2009 al 2012 ha fatto parte della Commissione Egov 2012 presso il Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione e del 2011 al 2012 dell'Agenzia per l'Innovazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri.



Massimo CASCIELLO

Direttore Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Ministero della Salute

Massimo Casciello è laureato in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Malattie Infettive e corsi di perfezionamento in Ematologia. Ricopre oggi il ruolo di Direttore Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica presso il Ministero della Salute. Sempre presso il Ministero, nel 2000 ha ricoperto il ruolo di responsabile dell'ufficio ricerche della Direzione Generale della ricerca scientifica e tecnologia, e successivamente il ruolo di Direttore Generale della ricerca sanitaria e biomedica e vigilanza sugli enti.



Enzo CHILLELLI

Direttore Generale, Federsanità-ANCI

È dal 2006 Direttore Generale di Federsanità ANCI, dopo essere stato per circa dieci anni Direttore della "Pubblica Amministrazione Locale e Sanità" di Forum PA. Ha svolto consulenze e partecipato a commissioni per Amministrazioni Centrali e Locali e per associazioni di rappresentanza politica e sindacale. Ha partecipato alla Cabina di Regia per la sanità elettronica costituita dal Ministro per la Funzione Pubblica nella XV legislatura e dal Ministro per l'Università e la ricerca scientifica nella XVI legislatura.



Diego CONFORTI

Responsabile Ufficio Innovazione e Ricerca, Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale, Provincia Autonoma di Trento

È laureato in Medicina e Chirurgia con specializzazione in Malattie Infettive e corsi di perfezionamento in Ematologia. Ricopre oggi il ruolo di Direttore Generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica presso il Ministero della Salute. Sempre presso il Ministero, nel 2000 ha ricoperto il ruolo di responsabile dell'ufficio ricerche della Direzione Generale della ricerca scientifica e tecnologia, e successivamente il ruolo di Direttore Generale della ricerca sanitaria e biomedica e vigilanza sugli enti.



Mariangela CONTENTI

Consulente Senior in materia di Sanità Elettronica e Telemedicina, Federsanità ANCI

È un ingegnere informatico, esperto di progettazione ed adozione delle tecnologie digitali in ambito sanitario e socio-sanitario. Si occupa di assistenza tecnica e supporto alle Regioni e alle aziende sanitarie in materia di sanità digitale, e dal 2014 collabora con Federsanità come project manager e consulente senior. Dal 2016 collabora alla diffusione ed evoluzione del Modello sistemico per la gestione del rischio nelle aziende sanitarie ed ospedaliere italiane.



Claudio DARIO

Direttore Sanitario Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento

Medico con specializzazioni in cardiologia, igiene e medicina preventiva, è Direttore Sanitario dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento. In precedenza, ha rivestito il ruolo di Direttore Generale dell'Azienda ULSS 9 Treviso e dell'Azienda ULSS 7 Pieve di Soligo. Oltre ai vari incarichi ricoperti, è stato direttore sanitario dell'Azienda ULSS 16 Padova. Nell'ambito delle iniziative comunitarie nel campo dell'eHealth è stato project coordinator di importanti progetti di studio e per lo sviluppo di servizi di telemedicina, quali ad esempio HEALTH OPTIMUM e RENEWING HEALTH. Nel 2005 è stato prima tra i fondatori del Consorzio di Telemedicina e poi nel 2009 del Consorzio Arsenà.IT, che presiede tutt'ora. Già delegato per l'Italia dell'European Space Agency (ESA) Working Group on Telemedicine via Satellite - "Telemed Working Group" per la predisposizione del programma strategico di telemedicina.



Quirino DAVOLI

Responsabile UOSD Tecnologie Informatiche, ASL Roma 1

Direttore della UOC Tecnologie Informatiche e dei Sistemi Telematici e Telefonici della ASL Roma 1, si occupa dello sviluppo tecnologico ed architetturale dei sistemi informativi aziendali in tutte le sue componenti, della gestione dei sistemi telematici, della programmazione e successiva implementazione degli sviluppi funzionali operativi di ogni perimetro applicativo. È il responsabile di tutti i flussi informativi intra ed inter-aziendali e del centro ordinatore diretto di spesa per l'informatica, la telematica e la telefonia.



Pasquale D'ERASMO

Responsabile del Servizio Sanità, InnovaPuglia

Responsabile del Servizio Sanità di InnovaPuglia SpA (società in house della Regione Puglia) supervisiona e coordina, nei vari aspetti tecnici, amministrativi e economico-finanziari, la proposizione e l'attuazione degli interventi di Sanità Digitale affidati a InnovaPuglia. Dal 2004 è impegnato nella redazione di studi di fattibilità, progetti di massima, capitolati tecnici e nella realizzazione di attività di governo delle forniture ICT per i maggiori sistemi informativi di sanità digitale della Regione Puglia (edotto, 118, rete dei medici di medicina generale, sistema per la diagnostica per immagini, ...). Fino al 2004 è stato impegnato in attività di ricerca e di erogazione di servizi nel settore delle infrastrutture tecnologiche di elaborazione e comunicazione.



Lidia DI MINCO

Dirigente Ufficio Sistema Informativo Sanitario Nazionale della D.G. della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica, Ministero della Salute

Laurea in Matematica e perfezionamento in Economia e Gestione Sanitaria, è direttore del Sistema Informativo Sanitario Nazionale del Ministero della salute. Coordina le attività per l'evoluzione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) in coerenza con i Piani Sanitari Nazionali e le intese Stato-Regioni. Cura, in raccordo con le iniziative regionali ed europee, i progetti nazionali di sanità digitale tra i quali il Fascicolo Sanitario Elettronico, la telemedicina e la prescrizione elettronica. Docente in corsi e master universitari in materia di sistemi informativi sanitari. Partecipa in qualità di relatrice a convegni e seminari. È autrice e co-autrice di pubblicazioni e articoli. È stata consigliere tecnico per la sicurezza ICT del Ministro della salute.



Mario FREGONARA MEDICI

Responsabile Informatica e Telematica, Azienda Ospedaliero-Universitaria 'Maggiore della Carità

Direttore del Settore "Servizi Informativi Sanitari" nell'Assessorato alla "Tutela della Salute e Sanità" in Regione Piemonte, è Membro del Direttivo di A.I.S.I.S. ("Associazione Italiana Sistemi Informativi in Sanità") e socio di AIIC ("Associazione Italiana Ingegneri Clinici"). In precedenza ha ricoperto il ruolo di Responsabile dei Sistemi Informativi presso le Aziende Ospedaliere o Sanitarie di Novara, di Pesaro e di Monza, e della Ingegneria Clinica presso di Firenze. Ha maturato un'esperienza nell'ambito sanitario, sia pubblico che privato, dei sistemi informativi, informatica medica, telemedicina, ingegneria clinica ed elettromedicali, è stato Responsabile Tecnico in diversi Progetti Europei di Telemedicina, ed è co-autore di numerose comunicazioni e poster presentati in conferenze nazionali o internazionali su e-health, telemedicina e HTA.



Giancarlo GALARDI

Direttore Settore Information Communication Technology (ICT), AIFA

Laureato in Scienze dell'Informazione, attualmente è Dirigente del Settore Information Technology in AIFA. In precedenza ha ricoperto il ruolo dirigente della Regione Toscana – in comando presso ESTAR- responsabile del Coordinamento Innovazione in Sanità. È stato Direttore Generale della direzione Organizzazione e Sistema Informativo della Toscana e ha svolto l'incarico Responsabile dell'Area Interdipartimentale Ingegneria dei Sistemi Informativi e della Comunicazione della Regione Toscana.



Francesco GRASSO

Dirigente UOC Sistemi informativi, Azienda Ospedaliera 'Policlinico Umberto I'

Dirige i sistemi informativi aziendali (infrastruttura di comunicazione, infrastrutture di calcolo e di storage, sistemi software, protezione e sicurezza) del Policlinico Umberto I. Inoltre coordina le risorse specialistiche ICT e della gestione delle infrastrutture e dei sistemi ed è responsabile del trattamento dei dati per i trattamenti effettuati nell'ambito della UOC.



Monica MASOLO

Direttore Direzione ICT e Processi, Policlinico Universitario 'Agostino Gemelli'

Laureata in Economia e Commercio presso l'Università Bocconi di Milano con forte esperienza nella consulenza manageriale maturata all'interno di un contesto internazionale. Ha acquisito una grande conoscenza nel settore della consulenza concentrandosi su servizi bancari e finanziari. Attualmente, è direttore dei processi ICT presso la Fondazione Policlinico Gemelli di Roma e conduce un importante progetto volto a ristrutturare e trasformare il modello operativo dell'ospedale. Le sue principali competenze sono: organizzazione & BPR, strategia e gestione del cambiamento, CFO e credito, Corporate Governance e Compliance, fiscale, gestione patrimoniale. Nel 2001, ha fondato un'associazione non profit con i principali obiettivi di sostenere la formazione e sostenere centri di istruzione/formazione nei paesi emergenti.



Silvia MELCHIONNA

Responsabile ufficio segnalazioni reclami in ambito sanitario, Garante per la protezione dei dati personali

Laureata con lode in Giurisprudenza all'Università degli studi di Roma La Sapienza (Tesi in materia di consenso al trattamento dei dati personali) (1998); abilitazione all'esercizio della professione forense (2002). Funzionario, area direttiva, all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali-Dipartimento libertà pubbliche e sanità, con la specifica competenza nel settore del trattamento dati personali in ambito sanitario (dal 2003). Autrice di numerose pubblicazioni scientifiche e saggi in materie pubblicistiche e di protezione dei dati personali. Docente in master e corsi di specializzazione universitari. Relatrice a numerosi convegni, incontri e seminari su temi attinenti alla protezione dei dati personali, specialmente nel settore sanitario.



Emilio MENESCHINCHERI

Responsabile UOC Sviluppo applicativi clinici e Infrastrutture, Fondazione Policlinico Universitario "A. Gemelli".

È attualmente dirigente dell'Unità Operativa Complessa - Sviluppo applicativi clinici e infrastrutture presso il Policlinico Universitario "A. Gemelli". È stato Dirigente UOS Sistema Informativo e infrastrutture tecnologiche e dirigente responsabile dell'Unità di Controllo dei Sistemi Informativi presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore. In particolare in quest'ultimo ruolo è stato responsabile dei progetti d'informatizzazione, coordinamento del personale afferente all'unità organizzativa, predisposizione del budget e relativa gestione, gestione contratto di outsourcing e rapporti con i fornitori.



Paolo MISERICORDIA

Responsabile, Centro Studi Fimmg

Medico di Medicina Generale, vive e lavora a Sant'Elpidio a Mare (FM). Ha conseguito il diploma di Master Universitario di 2° livello in "e-Health" presso l'Università degli Studi di Camerino. È responsabile dell'Area ICT e del Centro Studi Nazionale della Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale - FIMMG. Ha ideato e coordinato lo sviluppo e la realizzazione di NETMEDICA ITALIA, una piattaforma su cloud che aggrega e standardizza i dati sanitari provenienti dai DB ambulatoriale dei MMG, consentendo la continuità informativa nell'assistenza, la consultazione dati in mobilità e modalità di valutazione evolute dei dati della MG italiana.



Francesco MODAFFERI

Dirigente Dipartimento libertà pubbliche e sanità, Garante per la protezione dei dati personali

Dirigente del Dipartimento libertà pubbliche e sanità presso il Garante per la protezione dei dati personali è docente a contratto di "Diritto della privacy" presso l'università e-CAMPUS, ha una lunga esperienza quale formatore, autore di studi in materia di privacy (l'ultimo "Lezioni di diritto alla protezione dei dati personali, alla riservatezza e all'identità personale", edito da Lulu.com- 2015) e relatore a numerosi convegni e seminari su temi attinenti alla protezione dei dati personali.



Roberto MORIONDO

Direttore Generale, Comune di Novara

Da oltre 20 anni mi occupo di ICT e recentemente anche di energia, innovazione, ricerca e università in Regione Piemonte. Mi sono laureato in Scienze politiche nella mia città specializzandomi nella valutazione economica dell'impresa pubblica e ho poi proseguito gli studi nel settore della gestione delle politiche pubbliche. Dirigente regionale dal 2003, nel 2007 sono diventato responsabile del Settore Sistemi Informativi e Tecnologie della Comunicazione della Regione Piemonte, coordinando il Programma WI-PIE e il Laboratorio di Sperimentazione Tecnologica. Sono stato Direttore della Direzione Innovazione, Università, Ricerca ed Energia. Parallelamente all'attività professionale ho svolto una costante attività di ricerca e docenza, pubblicando numerosi articoli su riviste nazionali e internazionali. Dall'ottobre 2011 al gennaio 2013 sono anche stato Presidente del CSI-Piemonte. Dal settembre 2016 sono Direttore Generale del Comune di Novara.



Mauro MORUZZI

Direttore Scientifico, CUP 2000

È laureato in Sociologia. Insegna Sociologia dell'Organizzazione all'Università di Urbino. E' stato inventore del CUP, il sistema elettronico di accesso alla sanità. Con Achille Ardigò ha progettato i primi sistemi e-Care per l'assistenza agli anziani fragili; è Presidente della Associazione Achille Ardigò. È co-direttore del Master Universitario di I Livello "Fascicolo Sanitario e Sociale Elettronico" dell'Università di Bologna; docente del Corso di Alta Formazione "Fascicolo Sanitario Elettronico in Italia" del Dipartimento di Scienze della Comunicazione dell'Università di Urbino e del Master "Management Innovativo delle Organizzazioni Sanitarie" dell'Università di Urbino. E' autore di diversi saggi e volumi.



Gastone NENCINI

Country Manager, Trend Micro Italia

Vanta una carriera significativa nel settore IT, iniziata oltre 25 anni fa con un'esperienza come programmatore presso Elsi Informatica e proseguita in Genesys come Technical Manager. Nel 1998 Nencini approda in Trend Micro Italia dove viene nominato Senior Sales Engineer per il Centro e Sud Italia, per passare successivamente a un ruolo di maggiore responsabilità e prestigio, diventando prima Technical Manager Developing BU (Italia, Benelux e Paesi Scandinavi) per poi focalizzarsi sul mercato Italiano con l'incarico di Senior Technical Manager Italy. Nel 2012 Gastone diventa Technical Director Southern Europe e a gennaio 2015 è ufficialmente nominato anche Country Manager Italia. Durante questi anni in Trend Micro, Gastone Nencini ha gestito e supervisionato una serie di importanti progetti di sicurezza per i maggiori clienti, fra cui, a livello italiano, si possono citare: Telecom, Fiat, Poste, Vodafone, Ferrari, Banca Nazionale del Lavoro, Banca Intesa San Paolo. Nencini ha, inoltre, introdotto servizi innovativi di assistenza e supporto per i clienti Enterprise e per il canale di rivenditori.



Imma ORILIO

Dirigente UOC Tecnologie Informatiche e Telecomunicazioni, ASL Napoli 2 Nord

CIO dell'ASL NA 2 NORD da 5 anni, insegna "Sistemi Informativi Sanitari" alla Facoltà di Scienze Infermieristiche della Università "Federico II" di Napoli. Promotrice delle logiche di Business Intelligence e di Analytic Dynamic nell'ambito dell'analisi dei flussi sanitari promotrice di un progetto di interpolazione dei dati sanitari e di quelli ambientali, ricopre da 10 anni anche il ruolo di Energy Manager e da anni si batte per realizzare un sistema di tracciatura del rifiuto speciale all'interno degli ospedali dell'ASL al fine di rendere sostenibile economico ed efficiente il processo di smaltimento dei rifiuti ospedalieri. Il background aeronautico da cui proviene è servito a sviluppare un grande equilibrio tra la propensione all'innovazione ed il pragmatismo del risultato certo, focalizzando qualunque processo in una prospettiva globale che non trascuri alcun particolare determinante, dall'analisi del rischio alle policy di sicurezza, dalla predisposizione al knowledge sharing alla tutela del dato in relazione alla sua classificazione.



Alfiero ORTALI

Responsabile UOSA Tecnologia e Sistemi Informatici Aziendali, Azienda Sanitaria Locale Roma 1

Laureato in Ingegneria Elettronica Presso l'Università degli Studi di Ancona ed Iscritto all'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Perugia. Ha svolto attività di consulenza per la P.A. fino al 2003. Dal 2003 al 2010 è stato Dirigente dell'UOC Sistema Informatico Telematico della ex ASL 2 Regione Umbria. Dal 2000 al 2010 docente a contratto presso l'Università Politecnica delle Marche - Facoltà di Medicina e Chirurgia - nel corso di laurea in "Tecnico di Radiologia Medica, per immagini e Radioterapia". Dal 2010 al 2015 dirigente del Servizio Sistemi Informativi della Provincia di Perugia. Dal marzo 2016 è dirigente dell'UOSA Servizi Informatici della nuova Asl Roma 1.



Marco PANTERA

Responsabile Struttura Sistemi Informativi del Territorio Sanità, Lombardia Informatica SpA

Nato a Milano nel 1966, si è laureato in Scienze dell'Informazione alla Università degli Studi di Milano nel 1991. Ha operato sin dal 1990 nell'ambito della digitalizzazione dei processi e dei servizi in organizzazioni complesse in ambito sanitario a livello nazionale e internazionale, presso primarie aziende IT e importanti realtà Ospedaliere pubbliche e private, sviluppando un'ampia e consolidata competenza manageriale di settore. Allo stato attuale è responsabile, presso Lombardia Informatica, della divisione deputata all'erogazione di servizi di consulenza organizzativa, reingegnerizzazione/innovazione dei processi e digitalizzazione dei servizi concernenti gli attori della socio-sanità lombarda (ASST, ATS, MMG, Farmacie, etc.) e ricopre, ad interim, il ruolo di direttore del servizio di Contact Center Regionale, struttura preposta alla prenotazione delle prestazioni sanitarie, da parte dei cittadini, presso gli Enti della socio-sanità lombarda, con modalità altamente innovative improntate alla multicanalità.



Marco PAPARELLA

Senior Advisor Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, Politecnico di Milano

Laureato in Ingegneria Gestionale presso il Politecnico di Milano, è responsabile dell'area di advisory "PA and Healthcare Digital Transformation" e Senior Advisor dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico. Da sempre impegnato come ricercatore e consulente sui temi dell'Agenda Digitale e dell'ICT in Sanità, lavora come project manager in progetti di supporto alle Pubbliche Amministrazioni, in particolare nel settore sanitario, per valutare l'efficacia e l'adeguatezza del loro modello organizzativo e di governance dell'innovazione e per definire e attuare percorsi di evoluzione tecnologica e organizzativa, attraverso attività di assessment, ridisegno dei processi e roadmap design.



Diana PASQUARELLI

Direttore UOC Approvvigionamenti Dipartimento per l'amministrazione dei fattori produttivi - USL Roma 3

Laureata in Scienze Politiche presso l'Università degli Studi La Sapienza, ha conseguito diversi Master tra i quali: "Consulente d'Impresa" e "Diritto Amministrativo e Scienze dell'Amministrazione" nonché un Corso di Perfezionamento in materia di Trasparenza e Anticorruzione "Gli effetti della normativa per la P.A. e per le Imprese" presso l'Università degli Studi Roma Tre. È stata Direttore di Strutture complesse e dell'Area Tecnico Economico Finanziaria della ASL ROMA 3, particolarmente attiva nell'implementazione dello sviluppo dei sistemi informativi aziendali. Attualmente è Direttore UOC Approvvigionamenti e partecipa ai gruppi di lavoro per i processi di aggregazione delle gare regionali.



Chiara PENELLO

Dirigente Struttura Processi e sistemi applicativi - Direzione Generale Welfare, Regione Lombardia

Laurea in Scienze Statistiche e demografiche all'Università degli studi di Padova, è attualmente Dirigente Direzione della Struttura Processi e sistemi applicativi presso la Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia. Si occupa del coordinamento con i Ministeri di riferimento per la Sanità Elettronica ed in particolare per il Sistema Tessera Sanitaria ed il Fasciolo Sanitario Elettronico, nonché dell'elaborazione degli indirizzi per la semplificazione nell'accesso ai servizi da parte degli utenti.



Nicola PINELLI

Direttore, FIASO

Direttore di FIASO dal 2012. Laureato in Economia all'Università La Sapienza di Roma, parla inglese e tedesco e è autore di numerose pubblicazioni sul management. Responsabile scientifico dei progetti di ricerca della Federazione per un decennio, svolge docenza in corsi di formazione rivolti ai manager sanitari presso le Università di Roma Tor Vergata, L. Bocconi di Milano, Cattolica del Sacro Cuore di Roma e l'Università di Lugano.



Filomena POLITO

Presidente, APIHM - Associazione Privacy and Information Healthcare Manager

Data Protection Officer, Fondatore e Presidente di APIHM (Associazione Privacy and Information Healthcare Manager), si occupa da più di venti anni nel sistema sanitario di privacy, protezione dei dati, innovazione, amministrazione digitale, trasparenza, accountability, auditing, ha fatto anche parte del Gruppo di lavoro che ha lavorato al testo delle misure sul trattamento dei dati nel sistema sanitario del Decreto Legislativo n.196/03. Consulente e formatore presso aziende sanitarie, enti pubblici e privati, esperta in valutazione d'impatto privacy, relatrice a numerosi convegni, incontri e seminari, può vantare più di 25.000 ore di docenza al suo attivo. Docente a contratto presso Master Universitari, Corsi di perfezionamento e di Alta Formazione, autrice di numerose pubblicazioni, componente del board di redazione di Riviste scientifiche, premiata più volte in ambito nazionale e comunitario per aver attivato ripetutamente processi di best practice, fra i quali "Cento Progetti al servizio del cittadino" del Forum P.A. 2004.



Sergio PUGELLI

Local Gov. & Healthcare Management, Hewlett-Packard Enterprise

Grazie all'esperienza trentennale nell'industria ICT, come profondo conoscitore delle organizzazioni e dei processi sanitari, nel ruolo di Enterprise Account Manager in Hewlett Packard Enterprise (HPE), sviluppa, per il settore pubblico, soluzioni informatiche per l'automazione di processo, l'integrazione applicativa e l'innovazione di servizio con particolare riferimento agli standard industriali, ai sistemi Open Source ed al Cloud Computing.



Giuseppe ROMANO

Direttore del Servizio Informativo Aziendale, ASP Catanzaro

Laurea in Fisica conseguita presso l'Università degli Studi di Messina. Direttore del Servizio Informativo Aziendale, sviluppo dell'attuale sistema informativo dell'Azienda Sanitaria di Catanzaro, integrando le varie tecnologie ed applicativi esistenti. Mansioni e responsabilità di livello manageriale, gestendo autonomamente induzione e controllo della spesa ed atti programmatici di rilevanza aziendale, essendo lo stesso inserito in posizione di staff alla Direzione strategica dell'Azienda Sanitaria di Catanzaro, nel campo dell'ICT, comunicazione, formazione e sistemi di valutazione.



Angelo ROSSI MORI

Direttore Area Innovazione e Sviluppo, Federsanità ANCI

Angelo Rossi Mori è un ricercatore sulla eHealth presso l'Istituto Tecnologie Biomediche, Consiglio Nazionale delle Ricerche, a Roma. Le sue ricerche sono incentrate su studi comparativi sui principi di progettazione e la valutazione di impatto delle strategie nazionali e regionali di eHealth. Sta sviluppando metodologie per implementare politiche sanitarie avanzate a livello regionale o nazionale, per una diffusione equilibrata delle tecnologie digitali (eHealth, telemedicina, mHealth, domotica) in tutti i settori della salute. Ha assistito le autorità sanitarie regionali di Sicilia, Campania, Calabria su un approccio sostenibile alla eHealth e telemedicina moderna. Altri temi di ricerca riguardano l'interoperabilità semantica, dataset clinici, EHR. PDTA.



Fulvio SBROIIVACCA

Direttore Divisione Sanità, INSIEL

Direttore Divisione Health & Social Care di Insiel. Laureato in Scienze dell'Informazione ha ricoperto incarichi di responsabilità nei gruppi ICT Finsiel, STET, Telecom. Ha diretto il Centro R&S Padriaciano di Insiel presso l'Area Science Park di Trieste, centro accreditato che ottiene la certificazione Assoricerca. Ha partecipato a diversi programmi di R&D sia a livello nazionale sia europeo, tra i progetti coordinati SISRCR (Servizi Integrati Sanitari Regionali per la Continuità della Cura) è stato selezionato dall'eEurope Awards for eGovernment 2005, alla conferenza europea interministeriale di Manchester. Ha rivestito il ruolo di LEAR nell'ambito di diversi progetti FP7 Unione Europea. Professore esterno di "Sistemi Informativi" del Corso di Laurea Magistrale in Ingegneria Informatica della Facoltà di Ingegneria presso l'Università degli Studi di Trieste, ha svolto attività didattiche, seminari e docenze in diversi ambiti.



Thomas SCHAEEL

Direttore Generale, Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Manager ed esperto nella progettazione e gestione di organizzazioni complesse nel settore pubblico e privato. Nei 30 anni della vita professionale e manageriale ha lavorato anticipando idee, concetti e metodi nel campo dell'organizzazione, del lavoro e dell'innovazione, che hanno prodotto progetti esemplari di change management ed integrazione tra organizzazione, persone e tecnologia in imprese pubbliche e private. Dal 2015 è Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per la realizzazione della riforma del sistema sanitario della Provincia Autonoma di Bolzano con un progetto particolare di informatizzazione della sanità territoriale ed ospedaliera. È stato Dirigente della Fondazione Opera San Camillo per la gestione operativa del processo di merger&acquisition da Versilia Righi a Fondazione Opera San Camillo e la successiva direzione per la riorganizzazione e ristrutturazione della Casa di Cura San Camillo per il raggiungimento del pareggio economico. Precedente esperienza da dirigente pubblico e innovatore in Sanità come Direttore Generale dell'ASL Magna Grecia di Crotone per governare rilevanti cambiamenti strategici ed organizzativi oltre alla definizione di un piano di rientro triennale dai 70 milioni Euro di disavanzo. È autore di oltre 150 articoli e di cinque libri pubblicati in italiano, inglese, francese e tedesco.



Christian SCHATZER

Responsabile Project Management ed innovazione, Azienda sanitaria dell'Alto Adige

Laureato in "Economia in cooperazione internazionale e allo sviluppo" all'Università degli Studi, La Sapienza di Roma con specializzazione in Marketing al Centro per Tecnologie e Management di Balzano. Attualmente è Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Precedentemente è stato Direttore Marketing & Comunicazione & CEO-Assistant presso Microtec GmbH. Formazione in Logistica Integrata presso il CERISMAS di Cesena. Gestione del cambiamento nell'offerta sanitaria e dinamiche del welfare italiano - Rapporto OASI SDA Bocconi, Bolzano. Formazione in Sviluppo della cultura del dato presso Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Bolzano e in Foundation and Practitioner in Programme Management.



Lorenzo SORNAGA

Dirigente Area Progettuale Sistemi Centrali e di Accesso per la Sanità, LAZIOcrea

È il Dirigente Responsabile dell'“Area Sanità e Sistemi centrali di accesso” in LAZIOcrea S.p.a., società in-house della Regione Lazio. Da sempre lavora sul tema dell'innovazione in Sanità. Nel corso della sua carriera ha contribuito fattivamente alla stesura e definizione dello standard italiano UNI 10533 “Struttura essenziale dei Sistemi Informativi Sanitari” (1994) e lo standard Europeo CEN 12967-1 “Healthcare Information Systems Architecture”. Ha collaborato al supporto, alle evoluzioni e alla definizione delle strategie di integrazione all'interno del raggruppamento temporaneo di imprese con azienda svedese, per il contratto con il “Copenhagen Hospital Corporation” di Copenhagen per l'integrazione dei sistemi esistenti in tutti gli ospedali di Copenhagen e per lo sviluppo di nuove applicazioni sul territorio. Da novembre 2005 lavora per la società in-house della Regione Lazio LAZIOcrea Spa dove è il Dirigente responsabile della progettazione, realizzazione ed evoluzione dei sistemi sanitari fra cui: il sistema di prenotazione delle visite specialistiche regionale ReCUP.



Franco VALLICELLA

Tesoriere Federazione Nazionale dei Collegi, IPASVI

Tesoriere della federazione Nazionale Collegi IPASVI e Responsabile del gruppo di lavoro istituito dalla stessa federazione per il progetto di digitalizzazione della Federazione Nazionale e dei 104 Collegi IPASVI provinciali. Direttore del SITRA dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova.



Stefano VAN DER BYL

Project Manager - Responsabile per il settore e-health, Agenzia per l'Italia Digitale

Laureato in ingegneria gestionale all'università di Roma “Tor Vergata” con una tesi realizzata negli Stati Uniti e una successiva borsa di studio per frequentare il master in “Integrazione Virtuale del sistema dell'Autotrasporto” all'università degli studi di Salerno “UniSa”. Dopo una breve esperienza ad Unintrasporti di Milano viene chiamato presso il Dipartimento Innovazione e Tecnologie della Presidenza del Consiglio dei Ministri per gestire progetti in ambito internazionale, prima con la Struttura di missione per l'e-Government e l'innovazione per lo sviluppo e successivamente in ambito Commissione Europea. Dal 2013 passa all'ufficio Progetti Strategici per l'innovazione in cui cura il settore sanità, beni culturali, scuola e alcune delle iniziative intersettoriali. Nel 2010 ha fatto parte della commissione di valutazione dei progetti d'innovazione per l'Expo Shanghai 2010, dal 2010 è membro dell'e-Government Group. Dal 2014 passa all'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) per cui continua a seguire progetti nel settore scuola, beni culturali e salute con particolare riferimento al fascicolo sanitario elettronico. Tra le sue esperienze figurano anche collaborazioni con il CNR, BIC Lazio e le ACLI.



FPA, i nostri asset

Da 28 anni FPA è leader in Italia nell'offerta a Pubbliche Amministrazioni e Aziende di servizi di comunicazione, eventi, contenuti editoriali, formazione, advisory e advocacy nell'ambito dell'innovazione della PA e dei sistemi territoriali.

Dal 2015 FPA è entrata a far parte del gruppo Digital 360, realtà di successo nell'ambito della ricerca e consulenza sui temi dell'innovazione digitale. L'azienda oggi può così contare su un ulteriore network di professionalità in ambito tecnologico, redazionale e legale nella progettazione e sviluppo dei propri progetti innovativi.

Mission: accompagnare i protagonisti pubblici e privati verso l'innovazione tecnologica, istituzionale e organizzativa di PA e territori.

FPA svolge il suo ruolo di accompagnamento all'innovazione attraverso:

Networking per favorire relazioni e partnership tra amministratori, referenti politici, aziende e cittadinanza organizzata.

Capacity building delle Amministrazioni e dei soggetti coinvolti nei processi di modernizzazione della PA: imprese, soggetti intermedi, università cittadini.

Rappresentazione dei fenomeni emergenti per individuare, studiare e promuovere l'applicazione di nuovi modelli di *government*.

Valorizzazione delle best practice sviluppate da imprese, amministrazioni e operatori territoriali, con lo scopo di favorirne la diffusione e il riuso.

Gli asset FPA

Reputazione derivante da 28 anni di attività nel settore pubblico.

Relazioni istituzionali con vertici e dirigenti di 70 Enti della PA Centrale, 20 Regioni, 110 comuni capoluogo e circa 120 aziende sanitarie.

Il più ampio, completo e aggiornato **database** della **PA** con **100.000 nominativi** della dirigenza pubblica centrale, locale e regionale.

Comunicazione web e community on line. FPA si conferma anche per il 2016 punto di riferimento sulle tematiche della Riforma della PA e dell'Agenda digitale con la testata giornalistica www.forumpa.it, la newsletter settimanale FPA net, i dieci canali tematici de "I Cantieri della PA digitale", la presenza sui principali social network e la repository degli atti on line degli eventi organizzati durante l'anno. I numeri sul web **nel 2016:** oltre **730.000** utenti unici, **76.000** iscritti alle newsletter, di cui **9.400** alle newsletter tematiche, con un incremento medio mensile del 3%.

FORUM PA (Roma, maggio 2017)

La convention di maggio rappresenta da 28 anni l'evento nazionale dedicato all'innovazione nella Pubblica Amministrazione e nei territori.

FORUM PA è il luogo delle relazioni istituzionali tra Governo centrale, Regioni, Comuni e Aziende Innovative.

FORUM PA è il luogo della formazione e del capacity building degli operatori pubblici e di chi collabora ai

processi di modernizzazione della PA.

FORUM PA è il luogo della comunicazione a stakeholder ed opinione pubblica sull'execution di politiche e processi in atto, anche grazie alla copertura mediatica riservata alla Manifestazione.

I **numeri del 2016**: 131 Partner pubblici e privati; 14.000 partecipanti unici; 90 eventi tra conferenze, tavole rotonde e laboratori; 100 workshop di formazione e presentazione di best practice; 900 relatori pubblici e privati; 20 ore di diretta streaming su tre canali.

Eventi tematici e territoriali

Oltre alla Manifestazione di maggio, FPA sostiene durante tutto l'anno, con molteplici iniziative dedicate a temi specifici o focalizzate sui territori, l'azione di ricerca e confronto con gli stakeholder dell'innovazione: I **FORUM PA Regionali** sono eventi di uno o due giorni in collaborazione con l'amministrazione regionale, per promuovere le linee di innovazione del territorio specifico. Le aziende partner possono partecipare a una plenaria istituzionale in cui confrontarsi con il vertice politico della Regione e a sessioni parallele di lavoro su tematiche verticali. Le tappe già in programma per il 2017 sono: Emilia Romagna, Campania, Veneto, Marche.

- **ICity Lab** fornisce ad Aziende e Comuni gli strumenti per conoscere, misurare e confrontare il livello di *smartness* delle città italiane attraverso i dati. Icity Lab si compone di: un **evento nazionale** con Sindaci, Assessori e dirigenti a innovazione e smart city dei comuni; **ICity Rate**, la classifica delle smart city italiane e la piattaforma di data analysis che misura la *smartness* delle città.
- **S@lute** è una convention sull'innovazione tecnologica e organizzativa per la salute ed il benessere dei cittadini. Aderiscono gli Enti pubblici del SSN, le Regioni, le ASL/AO, le professioni sanitarie, le società scientifiche. Le imprese partner partecipano portando proposte di innovazione nella sessione congressuale e scegliendo tra i diversi livelli di partnership.
- **Roadshow territoriali** vengono progettati ed organizzati sulle specifiche esigenze dell'Ente. Nell'organizzazione FPA si occupa di tutti gli aspetti relativi a progettazione dei contenuti, coinvolgimento di stakeholder e pubblico di interesse, logistica e tecnologia, promozione e comunicazione dell'iniziativa a livello territoriale.
- **Tavoli di confronto e laboratori di advocacy** su temi specifici, aperti a esperti, sperimentatori e stakeholder.

Cantieri della PA Digitale: tavoli di lavoro e canali di approfondimento on line

Cantieri della PA digitale sono dieci "laboratori" in cui i più autorevoli operatori pubblici e privati disegnano i percorsi di attuazione della PA digitale in altrettante aree verticali e trasversali dell'informatica pubblica: sanità, giustizia, procurement, documenti, pagamenti, cittadinanza, scuola, data management, infrastruttura, sicurezza.

Ciascun Cantiere rappresenta un'area di lavoro multicanale, dedicata ad un tema specifico, volta a monitorare, stimolare e favorire l'effettiva execution dei progetti e delle iniziative d'innovazione attraverso attività di advocacy, networking e lavoro collaborativo.

I Cantieri operano attraverso **due modalità** principali:

- un tavolo di lavoro ristretto che esamina lo stato dell'arte del tema; gli ostacoli normativi, di risorse o di comportamenti che rendono problematico il cambiamento; le migliori esperienze italiane e straniere; gli scenari tecnologici più avanzati e le possibilità che questi possono aprire; le modalità di realizzazione dei progetti.
- Dieci canali on line che raccolgono opinioni, testimonianze, esperienze sul tema e costituiscono un repository di "saperi" da mettere in condivisione e veicolato attraverso newsletter tematiche quindicinali. Ciascun canale tematico si propone come il luogo di riferimento della *digital transformation* in ciascun campo trattato.

I webinar

I Webinar sono seminari on line della durata di un'ora basati su piattaforma specializzata che permette la comunicazione audio e video in modalità sincrona e la condivisione di materiali.

Il webinar è un valore aggiunto per le organizzazioni che devono raggiungere attori diversi sul territorio nazionale. E' lo strumento ideale per: informare su norme, determine e regolamenti; formare su adempimenti e processi amministrativi; favorire lo scambio di buone pratiche; promuovere temi di innovazione.

I numeri del 2016: 21 webinar per un totale di oltre 7.300 partecipanti.

Advisory e Formazione

FPA vanta un team qualificato che si occupa della progettazione, gestione e realizzazione di **progetti di ricerca, analisi, formazione e community building** rivolti ad Aziende e PA. FPA co-disegna i singoli progetti in stretta collaborazione con le organizzazioni partner a partire da specifiche opportunità ed esigenze rilevate.

Academy Premium: i webinar formativi di FPA

Academy Premium è la **piattaforma di formazione** per accrescere le competenze degli operatori pubblici e dei soggetti privati che collaborano con la PA, fornendo una "cassetta degli attrezzi" e sapere utile, immediatamente spendibile all'interno delle proprie organizzazioni, su processi, norme, strumenti e tecnologie. Il programma di FPA Academy Premium è rivolto ad amministratori e dipendenti pubblici, aziende di servizi e organizzazioni non profit, imprenditori, operatori e studenti che vogliono rimanere al passo con il presente. Le iniziative all'interno del programma FPA Academy Premium prevedono una quota di partecipazione.

DIGITAL360 | Group

DIGITAL360 ha la missione di «accompagnare imprese e pubbliche amministrazioni nella comprensione e nell'attuazione della Trasformazione Digitale e dell'Innovazione Imprenditoriale, e favorirne l'incontro con i migliori fornitori tecnologici», attraverso una piattaforma multicanale unica in Italia composta da Contenuti Editoriali, Comunicazione, Lead Generation, Eventi, Advisory e Advocacy.

Per far questo **DIGITAL360** integra un **mix multidisciplinare e multiculturale di professionalità e competenze**: professori universitari, giornalisti, consulenti, ricercatori, professionisti degli eventi ed esperti di comunicazione, tutti accumulati da una grande passione e missione: il digitale e l'innovazione - visti come i motori della crescita e dell'ammodernamento di questo Paese.

ALCUNI NUMERI

- 40 testate e portali B2B dedicati all'innovazione digitale e imprenditoriale, frequentati ogni mese da oltre 600 mila tra manager, professionisti e funzionari pubblici;
- 13.000 articoli, 600 white paper e 320 video realizzati nell'ultimo anno;
- 420 convegni/workshop e 110 webinar organizzati nell'ultimo anno;
- 36 giornalisti, che da sempre interpretano e commentano l'innovazione digitale e imprenditoriale di questo Paese;
- 44 professionisti specializzati nella comunicazione, nella gestione di eventi e nella lead generation;
- 40 consulenti, che tutti i giorni supportano, con un approccio fortemente basato su metodologie e dati, imprese e pubbliche amministrazioni in alcuni dei temi più rilevanti della trasformazione digitale e dell'innovazione, smart working, open innovation, digital capability, B2B e fatturazione elettronica, ICT governance, ICT legal & compliance.



DIGITAL 360 | Group

