

Comitato scientifico

Annamaria Angiuli, Alberto Azzena, Carla Barbati, Alessandro Balestrino
Luigi Benvenuti, Giuseppe Caia, Stefano Campositrini, Vincenzo Caputi, Imbrenghi
Aldo Carosi, Roberto Cavallo Perin, Salvatore Cimini, Francesco Dal Canto
Marcello Degni, Giuseppe Di Gaspare, Ruggiero Di Pace, Domenico D'Orsogna
Marina D'Orsogna, Clemente Di San Luca, Alfredo Fioritto, Loredana Giani
Walter Giulietti, Maria Immordino, Fulco Lancaster, Fulvio Longavita
Francesco Mangano, Fabio Merusi, Antonio Pedone, Eugenio Picozza
Ferdinando Pinto, Mario Pischella, Andrea Perici, Aristide Police, Guido Rivoeschi
Riccardo Ursi, Aldo Sandulli, Maria Alessandra Sandulli, Antonio Satta
Franco Gaetano Scoca, Rolando Tarchi, Alberto Zamardi

Collana Itinerari di Diritto pubblico e di Finanza pubblica

La Collana "Itinerari di Diritto pubblico e di Finanza pubblica", è istituita al fine di promuovere l'approccio interdisciplinare sui temi delle gestioni pubbliche, sia con gli Atti dei Convegni annuali di contabilità e finanza pubblica, sia con studi monografici che affrontino le diverse declinazioni che, nell'attuale scenario politico ed economico, è venuto ad assumere il "diritto del bilancio". Infatti lo studio del diritto del bilancio spazia dai rapporti governo-parlamento nei processi decisionali di finanza pubblica, alla tutela dei diritti fondamentali, ai rapporti con le Istituzioni europee ed ai sistemi di controllo nazionali ed europei sulle finanze pubbliche, ai finanziamenti nazionali e sovranazionali del debito pubblico e alle relative ricadute sul sistema economico e sociale dello Stato ed a molti altri aspetti che riguardano l'agire delle amministrazioni pubbliche. L'intento della Collana è dunque quello di riaccendere l'attenzione su questi e su altri temi che interessano il diritto del bilancio, con un approccio che, nel far emergere la forte interdisciplinarietà, non trascuri anche l'apporto di studi comparati. A tal fine la Collana è suddivisa in quattro Sezioni: una Sezione dedicata agli Atti dei Convegni annuali di contabilità e finanza pubblica, una Sezione dedicata agli studi monografici, una Sezione dedicata ai saggi, ed una Sezione dedicata alla manualistica.

DALLA EMERGENZA SANITARIA
ALLA STABILIZZAZIONE FINANZIARIA
DELLA SANITÀ PUBBLICA

Atti Convegno Nazionale di Contabilità Pubblica
Pisa, 17-19 dicembre 2020

a cura di

Alessandro Balestrino, Michele Bernasconi
Stefano Campostrini, Giovanna Colombini
Marcello Degni, Pasquale Ferro
Pier Paolo Italia, Vanessa Manzetti

LOREDANA GIANI

SPUNTI SULLA DIGITALIZZAZIONE IN SANITÀ.
VERSO UN PROCESSO SISTEMICO PER L'APPROPRIATEZZA
FUNZIONALE DELL'ECOSISTEMA SANITÀ?

SOMMARIO: 1. La asistematicità degli interventi come principale fattore di crisi del processo di transizione digitale. – 2. Cenni sul lento cammino della transizione digitale dell'ecosistema sanità. – 3. Digitalizzazione e appropriatezza nell'esercizio della funzione. – 4. L'interconnessione come pilastro per la transizione digitale in ottica sistemica. Policentrismo e *governance* multi-livello. – 5. *Segue*. Competizione amministrata e *governance* reticolare. – 6. *Segue*. Innovazione tecnologica e intelligenza artificiale. Interoperabilità e interconnessione dei dati. – 7. Spunti conclusivi.

1. *La asistematicità degli interventi come principale fattore di crisi del processo di transizione digitale*

Il processo di digitalizzazione della pubblica amministrazione, e in particolare del settore sanitario, come ben sappiamo, ha avuto una forte accelerazione anche in ragione delle sollecitazioni e delle necessità registratesi nel periodo della pandemia, sebbene prima di essa non fosse certo sconosciuto, ma era rimasto prevalentemente appannaggio dei tecnici, con un ingresso graduale nelle linee di *policy* e interventi focalizzati su settori specifici che in concreto sono risultati non sistematici¹.

Una gradualità di interventi che ben si comprende se si considera lo stato dell'evoluzione tecnologica che ne costituisce l'imprescindibile presupposto, ma che, proprio se si considerano le evidenze emerse nel periodo della pandemia, presenta numerose criticità in quanto proprio la parcellizzazione non ha consentito di sfruttare appieno le potenzialità che tale processo presenta.

La delicatezza e rilevanza del tema è di immediata evidenza, se si

¹ S. STRAIANO, *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, in *Rivista AIG*, 2020, 4 ss.

considera che l'evoluzione tecnologica è la linfa vitale per il miglioramento delle prestazioni erogate nell'ambito sanitario. Si pensi già solo all'impatto che la rivoluzione scientifica e tecnica occorsa nel secolo scorso ha avuto nel settore, a partire - ed è solo un esempio - dai sistemi di trasmissione via telefono delle radiografie, o allo sviluppo, avutosi soprattutto nel periodo intercorso tra le due guerre mondiali, della stesura telefonica², o ancora alle accelerazioni che si sono registrate dopo la Seconda guerra mondiale³.

Uno sviluppo che, anche grazie all'avvento di internet, ha registrato enormi passi in avanti, inducendo cambiamenti radicali nell'ecosistema sanità, tanto nei rapporti tra gli attori (i diversi operatori del sistema, dalle aziende ai professionisti) e lo Stato, quanto nei rapporti tra i primi e gli utenti del sistema e che, però, non ha trovato sempre una matrice istituzionale, regolamentare e contrattuale adeguate.

Con riferimento alla nostra esperienza, una prima fase della digitalizzazione in sanità e lo sviluppo dell'articolato sistema informativo sanitario ha identificato delle soluzioni tecnologiche serventi lo sviluppo dei sistemi orientati da un lato al governo del SSN (a partire dai sistemi epidemiologici a quelli di matrice amministrativa gestionale), dall'altro ai sistemi orientati alla cura del paziente (a partire dal CUP fino alla telemedicina⁴ e le biotecnologie). E la stessa articolazione del nuovo sistema informativo sanitario ha ripreso l'articolazione per mattoni del Sistema Sanitario Nazionale suddiviso anch'esso sui due macro ambiti richiamati del "sistema orientato al governo del SSN" e del "sistema orientato alla cura del paziente".

Gli interventi regolatori erano orientati su specifici profili quali il fascicolo sanitario elettronico⁵, la dematerializzazione delle prescrizioni

² Sul punto si veda l'analisi svolta da J. CRAIG, *Introductions*, in R. Wooten, J. Craig (a cura di), *Introduction to telemedicine*, London, 1999, 3 ss.; S. GHERARDI, A. STRATI, *La telemedicina. Fra tecnologia e organizzazione*, Bari, 2004.

³ Si rinvia alla ricostruzione operata in AA.VV., *Effects and Effectiveness of Telemedicine*, in *Health Care Financing Review*, 1995, 115 ss.

⁴ Tema tornato, di recente, all'attenzione della dottrina, per diverse questioni irrisolte, A. CECCHI, C. PASTURENZA, *Servizi al paziente: quando si tratta di telemedicina e quali sono le relative implicazioni (focus) sulla necessità della preventiva autorizzazione regionale*, in *Rev. Dir. farm. Sci.*, 2021, 255 ss.

⁵ D.p.c.m. 29 settembre 2015, n. 178. Per una computa analisi dell'evoluzione normativa e delle problematiche che ruotano attorno al trattamento dei dati si rinvia a F.

mediche⁶, il CUP⁷, la Tessera Sanitaria⁸ prima infrastruttura per l'accesso ai servizi in rete⁹, la ricetta digitale¹⁰, o il collegamento in rete dei medici del SSN¹¹, e, poi il Fascicolo Sanitario Elettronico e la Cartella Clinica elettronica¹².

Nel corso degli anni si sono registrate fughe in avanti in alcuni ambiti specifici non senza problemi di regolazione, gestione e, soprattutto, di coordinamento all'interno del sistema. Si pensi, ad esempio alla telemedicina, le cui origini, come noto, risalgono già agli anni Settanta quando gli strumenti telematici furono utilizzati per trasmettere a distanza i parametri vitali degli astronauti, sviluppando quella che Thomas Bird¹³ aveva definito in termini di una «*spratica medica senza l'abitudine confronto fisico tra medico e paziente, usando un sistema multimediale interattivo*». Un sistema i cui vantaggi, anche per il paziente, vengono poi posti in luce negli anni successivi. Si pensi al documento «*Advanced Informatics in Medicine*»¹⁴ dell'UE nel quale si evidenziano profili relativi al «pronto

COVINO, *Uso della tecnologia e protezione dei dati personali sulla salute tra pandemia e normalità*, in *Federalismi.it*, 2021; sul tema, si v. N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo Sanitario Elettronico (anche alla luce del PNRR)*, in *Federalismi.it*, 2021.

⁶ D.m. 2 novembre 2011.

⁷ Il 29 aprile 2010 è stata siglata dalla Conferenza Stato Regioni l'intesa sulle linee guida nazionali del sistema CUP che ha poi trovato riscontro nel d.lgs. 135/2009 che alla lettera f) del c. 2 dell'art. 1 consente alle farmacie di operare come canali di accesso al sistema CUP. Disposizione poi implementata con il DM 8 luglio 2011 e con il d.l. 5/2012 teso a promuoverne il sostegno nei piani sanitari regionali.

⁸ Istituita ai sensi dell'art. 50, c. 1, d.l. 269/2003 e disciplinata con il decreto 11 marzo 2004.

⁹ Successivamente la Tessera Sanitaria è stata unificata con la Carta Nazionale dei Servizi o con la Carta di Identità elettronica, grazie a una complessa successione normativa.

¹⁰ D.l. 179/2012.

¹¹ Art. 50, c. 5 bis d.l. 269/2003, dpcm 26 luglio 2008 con il quale sono stati definiti i principi generali relativi alla trasmissione telematica dei dati delle certificazioni di malattia al sistema SAC e poi, con il decreto interministeriale 26 febbraio 2010 anche all'INPS.

¹² Sul punto si rinvia all'analisi condotta da F. COVINO, *op. cit.*, C. INGENITO, *La rete di assistenza sanitaria on-line: la cartella clinica elettronica*, in *Federalismi.it*, 2021.

¹³ L. BASHSHUR, T. REARDON, G.W. SHANNON, *Telemedicine: a new health care delivery system*, in *Annu. Rev. Public Health* 2000, 21, 613-37.

¹⁴ Per il dettaglio del progetto, perfezionato nel 1994, cfr. il sito istituzionale cor-

accesso alla consulenza di esperti e alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove si trovano l'individuo e le informazioni» o ancora alle posizioni espresse già sul finire degli anni Novanta (1997) dall'OMS¹⁵ che sottolineava come la telemedicina fosse «l'erogazione di servizi sanitari quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione delle malattie». Una tecnica costellata da non poche questioni giuridiche rispetto alla quale nelle *Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina*¹⁶ relative all'intero processo, dalla erogazione alla retribuzione della visita, si individuano quattro tipologie di prestazioni: (i) quelle che possono essere assimilate a qualunque prestazione sanitaria diagnostica e/o terapeutica tradizionale, rappresentandone un'alternativa di erogazione; (ii) quelle che non possono sostituire la prestazione sanitaria tradizionale, limitandosi a supportarla e renderla meglio accessibile e/o aumentandone l'efficienza e l'equità distributiva; (iii) quelle che integrano in varia proporzione la prestazione tradizionale rendendola più efficace e più capace di adattarsi in modo dinamico ai cambiamenti delle esigenze di cura dei pazienti; infine, (iv) quelle che risultano capaci di sostituire completamente la prestazione sanitaria tradizionale, rappresentando nuovi metodi e/o tecnologie diagnostiche e/o terapeutiche e realizzando nuove prassi assistenziali utili ai pazienti¹⁷.

dir.europa.eu; per un'analisi complessiva dei riscontri relativi agli obiettivi fissati, cfr. A. ANDREONI, *Strategies for emerging technologies and strategic sectors: evidence from OECD countries and some critical reflections on the Italian case*, in *L'industria*, 2017, 3 ss.

¹⁵ Si tratta della c.d. sanità erogata a *tem zero*, in un progetto aggiornato - sulla linea dell'idea elaborata nel noto documento del 1997 - da CE, COM 2008 (689); sul tema, anche al fine di tracciare un bilancio delle politiche pubbliche in materia G. BARRO, *Il gradimento degli utenti è un indice di successo dei servizi sanitari nazionali? Considerazioni in margine al Rapporto OMS 2000*, in *Tendenze nuove*, 2001, 115 ss.

¹⁶ Accordo assunto in sede di Conferenza Stato Regioni ai sensi dell'art. 4, comma 1, d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, rep. art. n. 215/CSR del 17 dicembre 2020.

¹⁷ *Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina*, cit., 7. L'accordo contiene poi una definizione delle prestazioni di telemedicina e delle condizioni per l'erogazione al fine di ricondurre tali attività ai livelli essenziali di assistenza. In particolare, l'attenzione si sofferma sulla televisita, sul teleconsulto medico, sulla teleconsulenza medico-sanitaria, sulla teleassistenza da parte di professionisti sanitari (infermiere/fisioterapisti/logopedista/ecc.), sulla teleferetazione e, infine, sul triage telefonico.

Senza scendere nel dettaglio dell'evoluzione della telemedicina, che, come rilevato dall'OMS è certamente una opportunità efficiente dell'ecosistema sanitario, è evidente come essa presenti numerosi profili di criticità, dalla tutela della *privacy* degli assistiti, alla necessità di garantire l'appropriatezza erogativa in ogni singola fase. Criticità che trovano conferma nella esigenza, da più parti manifestata, e poi in parte soddisfatta, di una disciplina unitaria del fenomeno, si da considerare e garantire elementi di base, quali la garanzia del rapporto con il paziente¹⁸.

E' così pure il già menzionato Fascicolo Sanitario Elettronico, le cui origini risalgono al 2008, con la creazione di un tavolo interistituzionale presso il Ministero della salute e le cui linee guida per la progettazione furono approvate dalla Conferenza Stato Regioni il 10 febbraio 2011, seguite, nel luglio del 2012, dalle Linee guida di infrastruttura tecnologica del FSE realizzate nell'ambito di una collaborazione tra il Dipartimento per la digitalizzazione della pubblica amministrazione e l'innovazione tecnologica e il Dipartimento tecnologie dell'informazione e delle comunicazioni del CNR. Materialmente istituito con il d.l. 179/2012¹⁹, il FSE, cioè «l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito» - ora esteso con il decreto rilancio (n. 34/2020) a tutti i documenti digitali e sanitari riferiti alle prestazioni, tanto quelle a carico del SSN quanto quelle private, potenziando, evidentemente non senza problemi di tutela della riservatezza, il flusso di informazioni provenienti dalla tessera sanitaria relativo alle prestazioni pagate dai cittadini - ha avuto una diversa applicazione sull'intero territorio nazionale, che di fatto ha rallentato il raggiungimento delle tre finalità dichiarate nel d.p.c.m. 29 settembre 2015, n. 178 recante il regolamento in materia di FSE. Secondo quanto in esso previsto, infatti, il FSE persegue una finalità di cura (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione), di ricerca (studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico), di governo (programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria)²⁰.

¹⁸ A. ARDISONE, *La relazione medico-paziente nella sanità digitale. Possibili impatti sul professionalismo medico*, in *Rass. It. soc.*, 2018, 77 ss., che fa emergere le criticità insite in approcci integralisti, in un senso o nell'altro.

¹⁹ Convertito nella legge 17 dicembre 2012, n. 221.

²⁰ Le problematiche, complesse e articolate, che ruotano attorno al trattamento e

O si pensi, ancora, all'uso dell'Intelligenza Artificiale il cui potenziale anche nel settore della sanità pubblica è da tempo riconosciuto dall'OMS con riferimento a diversi ambiti, quali la prevenzione delle malattie e la sorveglianza della salute pubblica rispetto alla quale emblematico può essere l'esempio del *Google Flu Trends*, creato dalla piattaforma Google nel 2009 che, attraverso il tracciamento delle ricerche effettuate dagli utenti, era risultato particolarmente utile nella indicazione degli andamenti epidemiologici, o agli utilizzi che ne sono stati effettuati nel periodo della pandemia. Come evidenziato nell'ultimo rapporto della CE, sull'uso dell'intelligenza artificiale nell'ambito sanitario²¹, il problema centrale è rappresentato dalla frammentazione delle esperienze nazionali, rispetto alle quali si registra l'assenza di strategie nazionali specifiche per il settore sanitario, nonché la necessità di implementare politiche specifiche in materia di concorrenza, di disciplina del diritto di autore e della protezione dei dati relativi all'uso e allo scambio dei dati sanitari, nonché dei profili attinenti alla introduzione di certificazioni per l'utilizzo dell'Intelligenza artificiale in ambito sanitario e alla riqualificazione del personale. Aspetti che, come si legge nel documento, che rendono necessaria la individuazione di una strategia condivisa, e di un quadro politico adeguato, con interventi mirati che mancano del tutto nelle strategie nazionali sull'Intelligenza artificiale, sebbene non si possono sottovalutare, anche per il settore in questione, quegli aspetti orizzontali quali il raggiungimento della capacità e aggiornamento professionale, il passaggio dalla ricerca all'applicazione dei dati e le stesse infrastrutture.

all'uso dei dati sanitari sono state oggetto di numerosi approfondimenti da parte della dottrina. Per tutti si rinvia a F. COVINO, *op. cit.*; M. ANISI, P. GUARDA, *Blockchain and eHealth: seeking compliance with the General Data Protection Regulation*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2020, 477 ss., 480; G. ESCURVILLE, *Le novità sul Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*, in *Ciber spazio e diritto*, 2020, 427 ss.; P. GUARDA, L. PETROCCI, *Quando l'intelligenza artificiale parla: assistenti vocati e sanità digitale alla luce del nuovo regolamento generale in materia di protezione dei dati*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2020, 34 ss., per una ricostruzione dei disegni di legge in materia, cfr. F. G. CUTTALA, *Lo sviluppo della telemedicina e i profitti di tutela della privacy ad essa connessi*, in *Studi parl. Pol. cost.*, 2018, 201.

²¹ Ares (2021) 6509085 - 22 ottobre 2021. Interessante sul punto il progetto *Plasma-re il futuro digitale dell'Europa*. Dare forma al futuro digitale dell'Europa (2020).

2. *Cenni sul lento cammino della transizione digitale dell'ecosistema sanità*

Il primo intervento complessivo in materia è rappresentato dal documento della Commissione europea del 2004, seguito da una serie di azioni finalizzate a promuovere l'*e-health*, confluiti nella Comunicazione del 2012 della Commissione europea al Parlamento europeo recante il *Piano d'azione Sanità elettronica 2012-2020 - Una sanità innovativa per il 21esimo secolo* - nel quale si sottolineano, tra l'altro, i profili relativi alla sostenibilità e accessibilità che l'implementazione dell'*e-health*, inserita già cinque anni prima tra i mercati guida più promettenti, avrebbe potuto garantire²². Ma, nonostante la nomina di una *task force* dedicata, guidata da Toomas Hendrik Ilves, lo sviluppo organico di un processo di digitalizzazione dedicato alle peculiarità dell'ecosistema sanità, in suo complesso, ha stentato a prendere piede, tanto che la stessa Commissione europea ha fatto ricorso, già nel 2018, a linee strategiche rivolte agli Stati al fine di sollecitare l'implementazione di un «sistema di sanità digitale»²³. E, analogamente, scarso effetto hanno avuto anche le sollecitazioni provenienti dalle sedi internazionali²⁴ che hanno da più parti tentato di indurre un processo di armonizzazione cognitiva, rivolto agli stati e agli operatori del sistema, in particolare, per quanto qui di interesse, con riferimento alla realtà italiana.

Da uno sguardo d'insieme rivolto alla implementazione del processo

²² Nella Comunicazione si sottolineava come l'*e-health* potesse «portare benefici ai cittadini, ai pazienti, agli operatori sanitari, ma anche alle organizzazioni del settore e alle autorità pubbliche preposte. Un impegno efficace della sanità elettronica può rendere l'assistenza sanitaria più incentrata sui cittadini, ossia più mirata, efficace ed efficiente, e contribuire a ridurre i casi di errore in ambito sanitario e la durata dei ricoveri ospedalieri. Essa favorisce, inoltre, l'inclusione socioeconomico e le pari opportunità, la qualità della vita e l'autoresponsabilità dei pazienti grazie a una maggiore trasparenza, un migliore accesso ai servizi e alle informazioni e l'uso dei social media per fini legati alla salute» (6).

²³ Sul punto cfr. l'analisi esaustiva su alcune realtà europee svolta in AA. VV., *E-Health in Europe: Current Situation and Challenges Ahead Health*, in *Policy and Technology*, 2016, 314 ss.

²⁴ In aggiunta ai documenti che sono richiamati nel testo, si rinvia anche al documento OECD (2020), *The OECD Digital Government Policy Framework: Six Dimensions of a Digital Government*, OECD Public Governance Policy Papers, n. 2, Paris.

di digitalizzazione è, infatti, evidente come esso si sia andato delineando, negli ultimi decenni, secondo percorsi e azioni diversificate, non sempre guidati da un quadro integrato (anche in termini di amministrazioni e settori coinvolti) e/o da processi temporali lineari, sia a livello centrale, sia decentrato. Un andamento non fluido, confermato, ad esempio, nel rapporto della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 2014 - *Strategie per la crescita digitale 2014-2020* – nel quale si sottolinea proprio la estrema frammentazione del processo di digitalizzazione, dovuta non solo alla compresenza di diversi attori operanti nel sistema, per di più a livelli territoriali diversi, ma anche l'assenza di un quadro regolatorio unitario e, più in generale, di una molteplicità di ambiti che esprimono una dinamica asintetica che è ancor più evidente proprio se si pensa al settore della sanità nel quale il tema è ancor più articolato in ragione dei diversi piani e ambiti applicativi di riferimento, dei molteplici attori che intervengono nel governo e nella gestione del sistema e anche dell'articolata dimensione dell'appropriatezza che caratterizza, o meglio dovrebbe caratterizzare le scelte decisionali a tutti i livelli, tanto di pianificazione quanto di gestione.

La strategia per la crescita 2014-2020 e il Primo Piano Triennale per l'informatica della pubblica amministrazione²⁵ - attualmente siamo al terzo Piano Triennale²⁶ - hanno poi definito le singole azioni di intervento dedicate all'ecosistema della sanità digitale e le principali soluzioni per definire i servizi sanitari, limitare gli sprechi, migliorare il rapporto costo-qualità dei servizi sanitari e anche ridurre le differenze tra i territori.

Negli ultimi anni, in ragione delle spinte dell'innovazione tecnologica da un lato, particolarmente forte e avvertita in sanità, e degli impegni presi a livello europeo all'interno di "agende digitali condivise", si è andato accelerando il processo di transizione digitale che trova nell'AGID, nei piani triennali per l'informatica della PA²⁷ e nella recente Strategia

²⁵ Sulla cui attuazione si rinvia a M.L. MARTIRE, *Il Piano nazionale di e-government*, in *Ann. It.*, 2006, 694 ss.

²⁶ Sul tema, anche rispetto agli obiettivi programmatici, R. VIGNOLA, *Il nuovo piano triennale per l'informatica nella pubblica amministrazione 2019-2021 e i servizi demografici*, in *Lo Stato Civile Italiano*, 2019, 45 ss.

²⁷ Realizzati con AGID e il Dipartimento per la trasformazione digitale, sono strumenti essenziali per promuovere la trasformazione digitale del paese e, in particolare, quella della Pubblica amministrazione.

Nazionale 2025²⁸ i principali, ma non unici, riferimenti programmatici. In parallelo, sono numerosi gli ambiti e le disposizioni che hanno accompagnato e accompagnano la disciplina dell'amministrazione digitale: dal procedimento amministrativo telematico²⁹, al tema dei dati³⁰ della loro sicurezza e privacy³¹, al data science e agli algoritmi nel processo amministrativo³², sino ai servizi pubblici digitali³³, alla relazione e informazione con utenti e cittadini e l'elenco potrebbe continuare.

Però solo nel 2017 il Piano Triennale per l'informatica della Pubblica Amministrazione sono stati in definiti azioni, tempi e obiettivi per lo sviluppo di ecosistemi digitali nonché per la realizzazione di infrastrut-

²⁸ Presupposto logico del Piano Triennale, la Strategia, pubblicata dal Ministero dell'innovazione agli inizi del 2020, affonda le radici negli obiettivi di sviluppo sostenibili delle Nazioni Unite. Nella strategia si sottolinea che «l'innovazione e la digitalizzazione del paese devono far parte di una riforma strutturale dello Stato che promuova più democrazia, uguaglianza, etica, giustizia e inclusione e generi una crescita sostenibile nel rispetto dell'essere umano e del nostro pianeta». Le sfide individuate nella strategia sono: (i) una società digitale; (ii) un paese innovativo; (iii) sviluppo inclusivo e sostenibile.

²⁹ A. MASUCCI, *Procedimento amministrativo e nuove tecnologie. Il procedimento amministrativo elettronico ad istanza di parte*, Torino, 2011; J.B. AUBY, *Il diritto amministrativo di fronte alle sfide digitali*, in *1st. Fed.*, 2019, 619 ss.

³⁰ SI V. V. PAGANELLI, *Conservazione dei dati e comunità digitale. Una rilettura della Big Data Governance pubblica alla luce delle nuove sfide globali*, in *Riv. It. Inf. Dir.*, 2021, 13 ss.; G. RAZZANO, *Tecnologia "Blockchain" per la banca dati per le DAT? Osservazioni alla luce del diritto alla protezione (e controllo) dei dati personali e del principio del buon andamento*, in *Consilia Online*, 2021, 423 ss.

³¹ Tema oggetto di pericolosa demagogia e banalizzazione, con qualche eccezione, tra cui M. FRANZONI, *Lesione dei diritti della persona e tutela della privacy e intelligenza artificiale*, in *Jus Civile*, 2021, 4 ss., 7, che se ne occupa in termini generali non necessariamente riferiti alla pubblica amministrazione.

³² Sul tema la bibliografia è ampia, ci si limita a rinviare, per il rapporto tra decisione amministrativa e data science a P. FORTE, *Diritto amministrativo e Data Science. Appunti di intelligenza amministrativa artificiale (AAI)*, in *PA Persona Amministrazione*, 2020, 247 ss.; G. CARULLO, *Decisione amministrativa e intelligenza artificiale*, in *Dir. Inf.*, 2021, 431 ss.; G. FASANO, *L'intelligenza artificiale nella cura dell'interesse generale*, in *Giorn. dir. amm.*, 2020, 715 ss.

³³ Il tema involge direttamente quello della smart city, su cui di recente G. DELLE CAVE, *Comunità intelligenti, enti locali, mobilità sostenibile. Le Smart City al cospetto del potere pubblico*, in *Dir. Econ.*, 2021, 385 ss.; per un'analisi che si concentra sull'impatto del digitale sull'esecuzione del servizio, cfr. V. BRICANTE, *Digitalization and public services: critical notes concerning emerging ways of administrating*, in *It. J. Pub. L.*, 2021, 203 ss.

ture immateriali comprensive delle piattaforme abilitanti funzionali alla transizione dell'intero ecosistema sanità.

Il Piano Triennale per l'informatica dell'amministrazione 2020-2022³⁴, nel proseguire gli indirizzi contenuti nelle due versioni precedenti, focalizzati rispettivamente sulla introduzione del *modello strategico dell'informatica nella p.a.* e sulla *implementazione* di tale modello, prosegue nella direzione della implementazione focalizzandosi, dunque, sulle azioni previste a tale scopo. In particolare, proprio per l'ecosistema sanità, il Piano Triennale individua, a titolo esemplificativo, tre progetti generali, cogliendo quegli ambiti per i quali nel tempo si erano registrate sensibili fughe in avanti: il *fascicolo sanitario elettronico* come esempio di infrastruttura abilitante grazie alla quale il cittadino può tracciare, consultare, condividere la propria storia sanitaria, nonché i dati e documenti digitali di tipo socio-sanitario generati da eventi che lo riguardano³⁵; il *CUP*, centro unico di prenotazione e, dunque, strumento di semplificazione ed efficientamento delle strutture; la *telemedicina*, come esempio di rapporto con il territorio.

³⁴ Approvato con d.p.c.m. 17 luglio 2020 espressamente prevede che «gli obiettivi del Piano triennale sono basati sulle indicazioni che emergono dalla nuova programmazione europea 2021-2027, sui principi dell'eGovernment Action Plan 2016-2020 e sulle azioni previste dalla eGovernment Declaration di Tallin (2017-2021) i cui indicatori misurano il livello di digitalizzazione in tutta l'UE e rilevano l'effettiva presenza e l'uso di servizi digitali da parte dei cittadini e imprese».

³⁵ Nel rapporto AGID Rapporto 2021, *La spesa ICT nella Sanità territoriale italiana. Rilevazione effettuata nel periodo ottobre 2021 – dicembre 2021* si evidenzia come alla data dello stesso il 77% del campione esaminato, pari a 117 aziende sanitarie ed ospedaliere ha provveduto ad integrarsi con il FSE, mentre il 18% risulta in fase di integrazione (27). E di questi «il 65% delle aziende rende disponibile sul FSE oltre il 75% dei referti prodotti (57% nella precedente edizione) e il 14% tra il 50% e il 75%. Il restante 21% delle Aziende, contro 27% della passata rilevazione, carica sul FSE meno del 50% dei propri referti» (28). I principali soggetti che gestiscono la piattaforma sono, per l'82% dei casi l'Assessorato regionale che condivide le attività con società in house o enti strumentali presenti sul territorio, mentre l'alimentazione del FSE è effettuata prevalentemente dalle strutture sanitarie e in misura molto più ridotta dai Medici di medicina generale e dagli Ospedali e IRCCS privati. Ma la efficacia del FSE in termini di circolarità delle informazioni risulta certamente ridotta se si considera che la maggior parte dei dati caricati riguardano i referti di laboratorio, mentre le immagini radiologiche e le cartelle di dimissione sono caricate rispettivamente solo nel 35% e nel 6% dei casi gli stessi certificati di malattia solo nel 16%, come i dati di telemedicina che vengono caricati soltanto nel 7% dei casi.

3. Digitalizzazione e appropriatezza nell'esercizio della funzione

Nel complesso, dunque, lo sviluppo della sanità digitale si è mosso lungo linee differenziate e disomogenee a livello territoriale le cui criticità sono emerse soprattutto a fronte dello stress test rappresentato dalla crisi pandemica che, come ogni evento avverso, ha posto in evidenza anche le potenzialità di una riforma necessaria dell'ecosistema sanità che trova proprio nella digitalizzazione un pilastro che può esprimere grandi potenzialità incidendo sulle tre dimensioni, organizzativa, prestazionale e dei costi non solo riducendoli, ma anche contribuendo a razionalizzare l'utilizzo delle risorse esistenti. E ciò non certo solo per la scelta esplicitata nello stesso PNRR di dedicare un momento essenziale della riforma alla transizione digitale, ma a monte per le stesse potenzialità che siffatta transizione presenta che potrebbero impattare sulla agognata appropriatezza dell'amministrazione, riferita non certo in una dimensione limitata alla singola prestazione, ma intesa, piuttosto, in una dimensione orientata al risultato di una organizzazione e, dunque, alla protezione positiva in favore della collettività.

Sul punto una precisazione appare necessaria in relazione alla portata del principio di appropriatezza³⁶ ben noto nell'ambito della sanità, dove, però, è sempre stato legato prevalentemente alla dimensione della prestazione clinica. Entrato, come noto, nell'ordinamento italiano sul finire degli anni Novanta, il principio è stato letto in una prospettiva che lo lega essenzialmente alla prestazione, al profilo della cura, risultando, ad esempio, uno dei requisiti di inclusione delle nuove prestazioni all'interno del LEA³⁷.

³⁶ Entrato nell'ordinamento italiano con la l. 27 dicembre 1997, n. 449 che all'art. 32, c. 9, che lo individua tra i criteri per il monitoraggio dell'uso delle risorse da parte delle aziende ospedaliere (lett. a e b), nonché con riferimento ai LEA (art. 50, lett. b), poi è stato recepito nel d.lgs. n. 229 del 1999 il cui art. 1 fa riferimento alla appropriatezza delle cure rispetto a specifiche esigenze. L'art. 8 quater, c. 4, lett. c) e lett. f) fanno riferimento alla valutazione sistematica e continuativa della appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, richiamando poi anche la dotazione delle strutture rispetto alle prestazioni erogabili. Per una analisi dell'evoluzione del principio di appropriatezza, legato alla prestazione sanitaria, cfr. V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale, dall'uniformità all'appropriatezza*, in *Federalismi.it*, 2018.

³⁷ Sul punto basti richiamare il c. 7 dell'art. 1 del d.lgs. 502/1992, nel testo modifica-

Ma proprio dalla sua coniugazione ai profili della essenzialità della prestazione e della qualità dell'assistenza e, dunque, alle specifiche esigenze di salute del cittadino e alle modalità di erogazione delle prestazioni elementi che consentono di proiettare questo principio in una dimensione correlata alla funzione, o meglio al risultato del suo esercizio.

E segnali significativi in tal senso vengono proprio dal settore sanitario dove l'appropriatezza ha via via preso il posto del principio di uniformità, grazie alla valorizzazione di quei profili che consentono di definire ciò che è necessario (appropriato) in relazione allo specifico bisogno. E, dunque, come strumento per garantire quelle istanze di differenziazione (in ragione del contesto e del bisogno) coniugandole con la garanzia di una unitarietà e uniformità della prestazione, connessa alla dimensione correlata alla costruzione e garanzia di una cittadinanza sociale³⁸ legato a doppia maglia ai LEA³⁹ il cui aggiornamento, e la stessa

to nel 1997 ai sensi del quale «sono posti a carico del Servizio Sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio Sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che: a) non rispondono a necessità di assistenza tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio Sanitario nazionale di cui al comma 2, [cioè la dignità della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e appropriatezza rispetto alle specifiche esigenze, l'economicità nell'impiego delle risorse]; b) non soddisfino il principio di efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate; c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio di economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza».

³⁸ Sul punto si rinvia alla analisi di A. POGGI, *Diritti sociali e differenziazioni territoriali*, in R. Baldazzi (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenza di sistema*, Milano, 2005, 600 ss.

³⁹ Si veda, ad esempio, la disciplina contenuta nei commi 554-565 dell'art. 1, l. 28 dicembre 2015, n. 208 di istituzione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei lea e la promozione dell'appropriatezza del Servizio Sanitario nazionale allo scopo di «garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario nazionale nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica».

definizione di erogabilità o le c.d. condizioni di appropriatezza – che gradualmente diventa anche organizzativa – dovrebbero essere definite avvalendosi delle valutazioni di *Health Technology Assessment*⁴⁰. Ma nei successivi interventi normativi⁴¹ emerge con maggiore chiarezza il richiamo alla dimensione economica consentendo di cogliere lo stretto legame esistente con il profilo qualitativo della prestazione⁴², ma anche di leggere in maniera diversa quel legame con le condizioni di contesto⁴³ che, se male interpretato, può risultare un *valutus* rispetto alla piena garanzia del bene salute. In questo senso, se la logica della appropriatezza supera la dimensione strettamente riferita alla singola prestazione sanitaria assume e viene estesa al complesso delle prestazioni che possono essere offerte all'interno del sistema, includendo anche la dimensione organizzativa del servizio, inclusa evidentemente anche di quegli aspetti correlati all'uso delle tecnologie disponibili, lo stesso principio di appropriatezza una dimensione e portata diverse, ponendosi esso stesso come misura in concreto del diritto che non può appiattirsi su una uniformità livellante⁴⁴, condizionata dal contesto e dalle necessità di conte-

⁴⁰ Cfr. d.p.c.m. 12 gennaio 2017.

⁴¹ Cfr. art. 1, c. 538, legge 28 dicembre 2015, n. 208 ai sensi del quale rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse disponibili, l'attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario.

⁴² Sul punto si rinvia all'analisi condotta da G. PASTORI, *Autonomia e responsabilità nel sistema sanitario*, in G. Pastori, *Scritti scelti*, II, Napoli, 2010, 718 ss.; F. GIGLIANI, *La riduzione dei livelli essenziali di assistenza secondo appropriatezza da parte delle Regioni*, in *Giorn. Dir. Amm.*, 2015, 529 ss.

⁴³ Cfr. l'analisi svolta da M. LUCIANI, *Livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. Cotelani, G. Cerrina Feroni, M.C. Grisolia (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione, modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, 26, il quale sottolinea, non a caso, che i livelli essenziali delle prestazioni non si esauriscono nei LEA.

⁴⁴ Sul punto cfr. le riflessioni di C. TUBERTINI, *I livelli essenziali di assistenza*, in G. Cerrina Feroni, M. Livi Bacci, A. Peretto (a cura di), *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, Firenze, 2017, 89 ss., *Id.*, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione e ritorno*, in *Riv. dir. sic.*, 2016, 72, sottolinea «la comune considerazione secondo la quale l'attuazione del principio di uguaglianza implica la necessità per l'ordinamento di fornire risposte differenziate alle concrete esigenze dei cittadini: di qui, la valorizzazione dell'autonomia degli enti territoriali come strumento per il raggiungimento dell'uguaglianza», rimarcando, così, quanto già affermato in *Id.*,

nimento della spesa. Esso, al contrario, deve fungere da perno per una rilettura (e, dunque, valutazione) del contesto, anche organizzativo, della rosa delle possibilità per giungere ad individuare la soluzione più appropriata divenendo così l'appropriatezza si pone come predicato della prestazione⁴⁵ e, dunque, a monte, specchio e misura dell'organizzazione e dell'impiego delle risorse disponibili.

In questa diversa dimensione, pertanto, l'appropriatezza va intesa come declinazione del principio costituzionale del buon andamento cogliendone le molteplici sfaccettature, anche organizzative. Quindi una appropriatezza che guarda all'ecosistema sanitario, riferita globalmente all'organizzazione, all'attività e, poi anche, alla prestazione, espressione dei primi due elementi. Ciò a quel servizio che viene offerto al soggetto rispetto al quale occorre garantire qualità, efficacia, efficienza, equità e, dunque, differenziazione ed eguaglianza sostanziale, pur nel rispetto delle esigenze economiche e di finanza pubblica. Elementi che sono essenziali al funzionamento del sistema e rispetto ai quali la digitalizzazione presenta potenzialità, e anche rischi da non sottovalutare, soprattutto se si guarda alla necessaria evoluzione del SSN imposta non dalla crisi pandemica *ex se* considerata, ma dalla prospettiva di una necessaria razionalizzazione del sistema resa necessaria anche da una riconsiderazione, anche a livello di programmazione dello stesso, del "rischio"⁴⁶.

In questo senso il "buon andamento", l'appropriatezza, implicano che il soggetto che sceglie bene assuma delle decisioni che garantiscano l'appropriatezza, assicurando un giusto equilibrio che, per usare le parole di J. Mach, è un equilibrio tra *exploration* ed *exploitation*, tra apprendimento, analisi, imitazione, rigenerazione e cambiamento tecnologico. Un equilibrio che non può, evidentemente, essere vittima di visioni parziali

La garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni nell'organizzazione del servizio sanitario, in A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca, S. Civitarese, Matteucci, (a cura di), *Oltre l' aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milano, 2008, 451 ss. e «l'esistenza di differenziazioni costituisce un elemento implicito del sistema: anzi, rappresenta [...] un'opportunità di recuperare un approccio più "individuale" nella risposta ai bisogni di salute della collettività» (453).

⁴⁵ Cfr. L. CIUCCOLO, *I livelli essenziali delle prestazioni. Spunti ricostruttivi ed esigenze di attuazione*, in R. Balduzzi (a cura di), *op. cit.*, 79 ss.

⁴⁶ Sul punto sia consentito rinviare ad AV.VV., *Dal diritto dell'emergenza al diritto del rischio*, Napoli, 2018.

e di dimensioni circoscritte, né delle sole imposizioni derivanti dai profili finanziari tramantesi in tagli lineari, senza che la stessa dimensione organizzativa del sistema venga riletta in una prospettiva tesa a garantire il raggiungimento di un rinnovato equilibrio.

E, così anche nel processo di razionalizzazione funzionale della spesa, a "farla da padrone" non sarà, come non sarebbe dovuto essere, il taglio lineare, e le stesse condizioni di contesto non possono essere lette secondo una visione che tende a rimarcare la immutabilità, rendendo accettabili le ineluttabili conseguenze delle scelte assunte, ma al contrario si impone la valutazione degli elementi necessari per garantire comunemente l'appropriatezza delle scelte, sulla base dei bisogni espressi dalla popolazione, e dunque il riassetto del profilo organizzativo secondo una dimensione razionale, compatibile anche con le esigenze della spesa⁴⁷. E, così le stesse condizioni di contesto vengono proiettate in una dimensione diversa, elastica, divenendo un dato oggettivo di riferimento sulla cui base individuare dei percorsi (anche diversi sul piano organizzativo e, per ritornare al tema delle presenti pagine, anche attraverso l'utilizzo di strumenti e processi di digitalizzazione) appropriati per la soddisfazione del diritto.

In questa prospettiva emergono le ragioni per cui parlare e affrontare il tema della digitalizzazione riferito all'ecosistema sanitario presuppone che si faccia un passo indietro per acquisire una visione complessiva del sistema, inteso nel senso più ampio di «insieme di corpi appartenenti a un complesso che, organicamente costituito, ruota attorno a dei pilastri», o meglio dei valori che devono (pur troppo dovrebbero) ispirare l'organizzazione e l'attività del sistema inteso tanto nella sua dimensione organizzativo-istituzionale, quanto in quella ad essa speculare relativa alla attività amministrativa, come soddisfazione del bisogno effettivo che, va precisato, non può essere considerato necessariamente corrispondente a quello della "domanda del paziente". Valori che ricaviamo dal quadro costituzionale, dal quadro della Carta di Nizza e dalla CEDU e che si muovono lungo una linea concettuale ideale che va dal

⁴⁷ Tale questione deve essere letta in un'ottica dinamica e relativa alle circostanze concrete, come emerge dall'analisi condotta da V. PADOVANI, *La concorrenza in sanità tra statalità del fabbisogno assistenziale e discrezionalità amministrativa. I vincoli all'accesso dei nuovi erogatori*, in *Federalismi*, 2021, 371 ss.

diritto alla salute, interpretato in una dimensione complessiva e, azzarderei, in una dimensione che deve mantenere fede ai principi solidaristi e personalisti che la nostra Carta fondamentale esprime, alla appropriatezza del risultato garantito dalle parti del sistema sanitario.

4. *L'interconnessione come pilastro per la transizione digitale in ottica sistemica. Policentrismo e governance multilivello*

In questo senso, prescindendo dall'analizzare verticalmente un tema specifico di amministrazione generale in sanità, nelle pagine che seguono vorrei mantenere una impostazione generale, e ciò in quanto è mia personale convinzione che la riflessione sul tema della transizione digitale non possa non cogliere *in primis* le potenzialità derivanti dalla interconnessione tra i diversi profili e piani su cui essa si articola.

E proprio il richiamo alla interconnessione (delle parti del sistema digitalizzato) impone si richiamino le coordinate di contesto, distinguendo nell'ambito del macrotema della digitalizzazione le ipotesi in cui si fa semplicemente riferimento alla implementazione di nuove tecnologie all'interno dell'ecosistema della sanità, da quelle in cui vi è proprio l'utilizzo di strumenti di intelligenza artificiale, cioè quegli algoritmi computazionali che presentano una capacità di apprendere dai dati seguendo compiti automatici, seguendo quella distinzione che l'OMS racchiude nelle diverse categorie di *e-health* e del *digital health*, inclusive, queste ultime, dell'uso dei *big data* e dell'intelligenza artificiale. E ciò in quanto ogni elemento richiede un diverso approccio per garantire il raggiungimento dell'obiettivo⁴⁸.

In tale prospettiva si possono individuare tre chiavi di lettura (che in altra prospettiva sono i fattori di criticità che hanno segnato il percorso la digitalizzazione dell'ecosistema sanitario e che rischiano di pregiudicare la piena operatività e l'estrinsecazione delle reali potenzialità, anche nel contesto del processo di transizione digitale delineato nel PNRR)

⁴⁸ Come osservato da A. ALGOSTINO, *Costituzionalismo e distopia della pandemia di Covid-10 tra fonti dell'emergenza e cybilanciamento dei diritti*, in *Costituzionalismo*, 2021, 1 ss., 33, che osserva la difficoltà nel trovare una modalità unica di valutazione dell'erogazione del servizio.

che riguardano essenzialmente (i) il decentramento e la policentricità decisionale (per usare una terminologia molto cara a noi amministrativisti); e conseguentemente (ii) la *governance* multilivello, i modelli e i sistemi a rete; e, infine, (iii) l'innovazione tecnologica, l'intelligenza artificiale e il *data science*. Fattori che necessariamente vanno letti in maniera integrata in quanto il miglioramento della sostenibilità del SSN e il rafforzamento dell'efficacia delle prestazioni dell'ecosistema della sanità non può prescindere da nessuno di essi.

Senza scendere nel dettaglio dei profili richiamati, ciascuno dei quali potrebbe essere oggetto di un autonomo approfondimento, ai fini che qui interessano sia consentito sottolineare come il decentramento amministrativo e la relativa policentricità decisionale, nella spesso difficile dialettica tra Stato, regioni e Aziende Sanitarie, rappresenti il nodo centrale fondante il sistema decisionale di programmazione, gestione e controllo del sistema sanità ed ha portato alla creazione di sistemi differenziati anche nei processi di attuazione della transizione digitale. Infatti, la policentricità, come sappiamo, ha imposto la differenziazione dei sistemi sanitari regionali anche in termini di prevenzione, distribuzione, relazione tra ospedale e territorio, nonché con riferimento alle scelte di specializzazione, incidendo sulla stessa appropriatezza dei sistemi regionali nonostante la unicità dei LEA, rendendo molto articolata la *governance* (multilivello) anche in termini di distribuzione e integrazione delle competenze decisionali (e di controllo), di modelli organizzativi della spesa sanitaria e, quindi, di attivazione e controllo della stessa.

E sul punto basti pensare proprio agli scenari più recenti in relazione alla crisi pandemica, in termini di dialettica complessa, a volte molto conflittuale, tra centro e periferia e di capacità di risposta dei sistemi sanitari regionali a delle scelte organizzative di investimento, programmazione, allocazione e utilizzo delle risorse. Scelte, queste ultime, spesso condizionate dal taglio lineare della spesa, subito senza che si attivasse quella intelligenza organizzativa funzionale alla individuazione di soluzioni appropriate, anche implementando processi digitali, in cui la dimensione del "risultato", della garanzia del servizio, non fosse ipotecata in ragione delle esigenze di spesa. Le differenze che sono emerse nel periodo della pandemia hanno manifestato ancor più la loro caratterizzazione e valenza, incidendo notevolmente sulla stessa capacità dei sistemi di risposta all'emergenza e hanno fatto emergere la rilevanza di questo elemento. Senza in alcun modo voler prendere posizione su un sistema regionale in particolare, ma solo al fine di evidenziare come alcuni elementi organizzativi, quali la valo-

rizzazione del rapporto con il territorio, di fatto si sono rivelati elementi tali da consentire al sistema stesso di incamerare le sollecitazioni, evidentemente non previste derivanti dall'evento eccezionale, individuando al suo interno fattori, elementi da cui partire per individuare un sistema di risposta, e dunque garantire la stessa resilienza sistemica.

La rilevanza del dato territoriale è stata più volte ribadita anche dalla Corte dei conti che nel *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica* (2020) ha offerto un approfondimento specifico sulla sanità e sulle principali criticità emerse, sottolineando come, elemento centrale della crisi della sanità sia da rintracciarsi nel progressivo impoverimento del sistema di assistenza sul territorio e il "privilegio" la concentrazione delle cure nei grandi ospedali. Elementi che hanno fatto trovare il territorio indifeso, e la popolazione «senza protezioni adeguate», con sensibili differenze regionali⁴⁹. E in linea con questo, nel rapporto del 2021 si sottolinea la rilevanza che la stessa digitalizzazione, e più in generale

⁴⁹ La Corte sottolinea come «41. La crisi ha messo in luce anche, e soprattutto, i rischi insiti nel ritardo con cui ci si è mossi per rafforzare le strutture territoriali, a fronte del forte sforzo operato per il recupero di più elevati livelli di efficienza e di appropriatezza nell'utilizzo delle strutture di ricovero. Se aveva sicuramente una sua giustificazione a tutela della salute dei cittadini la concentrazione delle cure ospedaliere in grandi strutture specializzate riducendo quelle minori che, per numero di casi e per disponibilità di tecnologie, non garantivano adeguati risultati di cura (la banca dati Esti da questo punto di vista ne fornisce una chiara evidenza), la mancanza di un efficace sistema di assistenza sul territorio ha lasciato la popolazione senza protezioni adeguate. Se fino ad ora tali carenze si erano scatenate non senza problemi sulle famiglie, contando sulle risorse economiche private e su una assistenza spesso basata su monopoteria con bassa qualificazione socio-sanitaria (badanti), finendo per incidere sul particolare individuale, esse hanno finito per rappresentare una debolezza anche dal punto di vista della difesa complessiva del sistema quando si è presentata una sfida nuova e sconosciuta. E, infatti, sempre più evidenti che una adeguata rete di assistenza sul territorio non è solo una questione di civiltà a fronte delle difficoltà del singolo e delle persone con disabilità e cronicità, ma rappresenta l'unico strumento di difesa per affrontare e contenere con rapidità fenomeni come quello che stiamo combattendo. L'insufficienza delle risorse destinate al territorio ha reso più tardivo e ha fatto trovare disarmato il primo fronte che doveva potersi opporre al dilagare della malattia e che si è trovato esso stesso coinvolto nelle difficoltà della popolazione, pagando un prezzo in termini di vite molto alto. Una attenzione a questi temi si è vista nell'ultima legge di bilancio con la previsione di fondi per l'acquisto di attrezzature per gli ambulatori di medicina generale, ma essa dovrà essere comunque implementata superata la crisi, così come risorse saranno necessarie per gli investimenti diretti a riportare le strutture sanitarie ad efficienza» (25).

l'introduzione delle (nuove) tecnologie possono avere nell'ammodernamento del sistema⁵⁰ evidenziando, in considerazione della struttura su tre assi del PNRR, come "digitalizzazione e innovazione" costituiscono driver per l'innovazione e trasformazione dei processi, dei prodotti e dei servizi funzionali anche a consentire il superamento degli ostacoli naturalmente connotati al policentrismo del sistema. Ciò in linea con quegli orientamenti che, come sottolineato, già prima della crisi pandemica dallo stesso giudice amministrativo, una governance pubblica incisiva in ambito ICT può fungere da volano per la piena attuazione del principio costituzionale del buon andamento⁵¹.

⁵⁰ «Un contributo importante potrà venire dalle tecnologie non solo per adeguare e ammodernare le strutture, ma anche nel mettere a disposizione, come stanno facendo l'amministrazione centrale e le regioni, strumenti per una programmazione nell'utilizzo delle risorse attenta alle effettive esigenze dell'assistenza e, quindi, in grado di evitare duplicazioni nell'offerta e inefficienze organizzative» (XXII).

⁵¹ Cons. Stato, VI, 8 aprile 2019, n. 2270. Una prospettiva sottolineata da più parti, come ad esempio il documento Progetto ICT nella sanità. Coordinamento servizi e tecnologie, di Confindustria nel quale si sottolinea come il miglioramento delle prestazioni del Servizio Sanitario Regionale, «ottimizzando l'impiego delle risorse ospedaliere e rendendo più efficaci i percorsi di cura, attraverso una miglior gestione dei flussi informativi e l'introduzione di modelli operativi innovativi, capaci di superare le tradizionali logiche di verticalizzazione anarchica che caratterizzano in gran parte l'operato delle diverse strutture che operano all'interno del Sistema Sanitario nello scenario attuale; Lo spostamento progressivo del baricentro del Sistema Sanitario verso un modello di assistenza articolato sul territorio e sulla prossimità al cittadino, in grado di costituire un'alternativa efficace alla ospedalizzazione per la gestione delle cure primarie, attraverso modelli organizzativi evoluti che, coordinando un network di soggetti specializzati ed operanti sul medesimo territorio, è in grado di offrire servizi articolati e qualitativamente elevati.

Questi due percorsi evolutivi si istanziano in quattro principi chiave, indicati anche all'interno dell'art. 20 della legge 67 del 1988 che fissa gli obiettivi generali per il programma di investimenti in tecnologie:

- Dati – disponibilità, qualità e integrità dei dati. Occorre garantire che vengano raccolti i dati relativi a tutti gli step di erogazione delle prestazioni sanitarie e che i dati siano validati dagli attori preposti rendendoli rapidamente disponibili a tutti i livelli del Sistema Sanitario Regionale;

- Informazioni – connessione delle informazioni strutturate lungo i percorsi informativi. Le informazioni corrispondenti agli eventi sanitari, che si manifestano ad ogni interazione tra cittadino/paziente e le diverse componenti del Sistema Sanitario, devono essere integrate e strutturate in modo da garantire una lettura coerente delle prestazioni sanitarie erogate nell'ambito del percorso di cura del paziente;

- Servizi – integrazione dei servizi sul territorio. L'efficienza operativa del Sistema

La rilevanza chiave del tema del territorio nell'analisi della complessa e sistemica relazione tra digitalizzazione, *governance* e appropriatezza emerge anche nel rapporto AGHD sulla Spesa ICT nella sanità territoriale italiana³² nel quale si sottolinea come il PNRR abbia «designato anche il modello di sanità territoriale che Agenas dovrà sviluppare e successivamente monitorare nella sua realizzazione come ente designato dal Ministero della Salute», individuando la dimensione territoriale ottimale nei «distretti» da costituire ogni 100 mila abitanti³³ e rispetto ai quali andranno effettuate le attività di programmazione, anche della trasformazione digitale. E in questa nuova dimensione un ruolo centrale viene affidato alla telemedicina e al tele-monitoraggio da distinguere per patologie croniche, come primi strumenti per garantire l'assistenza sul territorio.

In questo senso il processo di transizione digitale ha dovuto affrontare, sta affrontando, e dovrà ancora affrontare e sciogliere numerosi nodi rispetto a processi, multilivello e/o interconnessi, amministrativi e

Sanitario presuppone una stretta collaborazione fra i diversi soggetti a livello distrettuale, locale e regionale, per garantire la continuità nei percorsi di cura e la qualità dei servizi offerti:

- Architettura IT – modularità ed efficacia. L'architettura IT a supporto del sistema sanitario deve essere sviluppata rispondendo a requisiti di modularità, economicità, semplicità ed efficacia d'uso per l'utente, valorizzando la capacità di ottimizzare l'integrazione tra le componenti infrastrutturali di base: rete di telecomunicazioni in banda larga, Data Center e Centri Servizi dislocati sul territorio, piattaforme applicative.

L'ICT rappresenta la soluzione più idonea per abilitare le direttrici di innovazione presidiando i principi chiave sopra indicati, introducendo iniziative in grado di ottimizzare il trade-off tra qualità di servizio ed esigenze di contenimento della spesa (supportato anche da adeguati interventi organizzativi e di gestione del cambiamento)³⁴ (5).

³² Rapporto 2020, rispetto alla rilevazione effettuata nel periodo aprile 2019-ottobre 2019, nonché nel Rapporto 2021. *La spesa ICT nella Sanità territoriale italiana. Rilevazione effettuata nel periodo ottobre 2021 – dicembre 2021*, nel quale si sottolinea il mutamento del contesto della seconda rilevazione in relazione ai programmi europei e nazionali quali il Next Generation EU e il conseguente PNRR «che stanno portando il nostro Paese ad affrontare profonde riflessioni e riforme della sanità in logica territoriale» (9).

³³ In questo disegno, si troveranno ad operare nel distretto le COT (Centrali operative territoriali) con funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra i servizi e professionisti coinvolti nei setting assistenziali (assistenza territoriale, sanitaria, sociosanitaria, ospedaliera) e di dialogo con la rete di emergenza e urgenza, le Case di Comunità Hub e Spoke, gli Ospedali di comunità, gli Hospice, la parte di assistenza domiciliare e le ISA.

gestionali – dal procedimento amministrativo telematico, al sistema dei controlli, al fascicolo sanitario elettronico, alla digitalizzazione di atti e contratti, e in realtà può risultare un elemento che consente di superare gli elementi di criticità che l'intrinseca policentricità del sistema sanitario presenta.

5. Segue. *Competizione amministrata e governance reticolare*

La considerazione di questo profilo porta al secondo tema chiave, legato ai modelli e sistemi a rete, legato alla cosiddetta “competizione amministrata” nell'erogazione³⁴, secondo un principio universalistico e basato sui LEA, di servizi di prevenzione e tutela che soddisfino in modo appropriato la domanda, o meglio i bisogni di salute della popolazione. Profilo che rende ancor più evidente come la stessa natura dei servizi sociosanitari e le scelte degli assetti istituzionali del SSN conferiscano una naturale e rilevante caratteristica a rete (ospedale/territorio, pubblico/privato) ai sistemi sanitari tanto nazionale quanto regionale. Reti che determinano modelli erogativi, organizzativi e decisionali – e quindi di spesa oltre che di servizio – differenziati e che, per poter funzionare in modo appropriato, non possono prescindere dalla implementazione e valorizzazione del profilo già richiamato della interconnessione.

Gli elementi appena menzionati rimandano ad altri macro-temi di grande rilievo. Il primo relativo alle sfide di *governance* – e di amministrazione appropriata – nell'ambito dello specifico assetto del sistema pubblico-privato definito nel modello regionale, il secondo riguardante la necessaria valorizzazione e ri-equilibrio sostanziale dei modelli: reticoli di *governance* complessiva e di gestione del sistema di erogazione dei servizi, il terzo relativo alla richiamata garanzia di interconnessione. In tale ambito, si pensi solo rispetto alla situazione attuale all'impatto che, ai fini di una risposta appropriata alle sfide poste dall'emergenza, possono avere la messa a sistema – supportata dalla transizione digitale - della

³⁴ Tema che porta con sé un'analisi sul c.d. autogoverno degli ambiti, come rilevato da M.R. FERRARESE, *Governance*, in *Par.*, 2016, 3 ss., 8; rispetto al tema della spesa, cfr. M. D'ARSENZO, *La salute ai tempi della "spending review": come conciliare il controllo della spesa sanitaria con l'effettività del diritto alla salute e della relativa tutela giurisdizionale*, in *Dir. econ.*, 2018, 42 ss.

medicina di base, diagnostica, della dimensione territoriale e delle cure ospedaliere (in regime di ricovero e UTIC) e la definizione dei cruscotti informativi integrati che consentono la tempestiva e appropriata azione preventiva, organizzativa e di controllo.

E così risulta evidente che l'amministrazione digitale, anche nel sistema della sanità pubblica, dovrebbe svolgere un ruolo non solo regolamentare ma di connettore e facilitatore delle reti, nonché un ruolo di volano di digitalizzazione, rimandando al potenziale ruolo che gli investimenti e i progressi dell'amministrazione digitale possono avere e garantire nel contesto dell'attuazione della più ampia transizione digitale del sistema Paese. Un effetto volano che, non a caso, è ripreso nella prima delle tre sfide ("una società digitale") della Strategia Nazionale 2025⁵⁵.

Una messa a sistema che non può prescindere dalla valorizzazione di alcuni elementi quali la standardizzazione su base nazionale del linguaggio digitale in sanità; ispirato ai c.d. principi *FAIR*⁵⁶ – *findability, accessibility, interoperability* e *reusability* –, funzionali a garantire un uso otti-

⁵⁵ I tre obiettivi alla base della prima sfida sono:

«1. I cittadini e le imprese accedono online ai servizi della Pubblica Amministrazione. La diffusione delle piattaforme abilitanti (identità digitale, sistema di pagamento elettronico, anagrafe unica, carta di identità elettronica), la razionalizzazione delle infrastrutture e delle risorse (cloud), la promozione di modelli virtuosi (linee guida di design, riuso di software), la creazione di nuovi servizi digitali permettono un uso sistematico da parte di cittadini e imprese di servizi digitali efficienti e facili da usare.

2. Il Pubblico è volano di digitalizzazione del privato. Attraverso una efficace integrazione dei servizi pubblici con i servizi privati, il miglioramento del procurement e le politiche di *open innovation*, la Pubblica Amministrazione diventa un elemento abilitante della crescita dei servizi digitali nel mondo privato.

3. Il Patrimonio informativo pubblico e l'utilizzo e condivisione dei dati da parte delle amministrazioni e dei privati è valorizzato e incentivato. Viene valorizzato il patrimonio di open data della Pubblica Amministrazione, per permettere efficienza e trasparenza nei servizi esistenti, sviluppare nuovi servizi, attrarre nuove realtà imprenditoriali. L'uso del patrimonio informativo pubblico viene usato anche per lo sviluppo e il monitoraggio di strategie e decisioni informate e mirate da parte della Pubblica Amministrazione».

⁵⁶ Si tratta di principi definiti da un gruppo di esperti tra il 2014 e il 2016 per garantire un uso ottimale dei dati della ricerca, pubblicati nel 2016 su *Scientific Data*. Sul punto cfr. M. D. WILKINSON, M. DUMONTIER, B. MONS, *The FAIR Guiding Principles for scientific data Management and Stewardship*, in *Sci Data*, 3, 2016, 1 ss.

male dei dati; la messa a fattor comune da parte degli operatori di dati clinici in formato digitale e reale; lo spostamento delle prestazioni su canali digitali, sempre nel rispetto della prestazione, della sua natura e, dunque, graduandone comunque la qualità, la diffusione, anche nel settore sanitario, di competenze digitali, stando, però, attenti ad evitare il c.d. *deskilling*⁵⁷. Nell'ambito della necessaria valorizzazione di reti forti, nella prospettiva dell'amministrazione digitale della sanità pubblica emerge, infatti, come tema di particolare rilevanza e criticità, sia il sistema a rete tra ospedale e territorio e il necessario spostamento dell'asse erogativo (e delle relative risorse e del loro utilizzo appropriato).

La rilevanza che i processi di digitalizzazione hanno per l'ecosistema sanità è evidente proprio nella struttura della Missione 6 relativa alla salute che, come noto, riguarda non solo il rafforzamento del SSN, il potenziamento delle strutture e dei servizi sanitari di prossimità e domiciliari e nello sviluppo della telemedicina, ma anche l'«innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale», cui è dedicata espressamente la seconda componente.

6. Segue. *Innovazione tecnologica e intelligenza artificiale. Interoperabilità e interconnessione dei dati*

E proprio il richiamo alle linee di sviluppo del PNRR porta al terzo e ultimo, ma non di minore importanza, tema chiave attorno al quale sviluppare una riflessione integrata in tema di amministrazione digitale in Sanità che si lega alle sfide – e alle richieste di disciplina e regolamentazione – poste dai processi di innovazione tecnologica. Nel *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica* (2020) la Corte dei conti annovera, infatti, la «spinta alla modernizzazione dei sistemi sanitari e allo sviluppo della telemedicina quale uno degli effetti di lungo periodo – e opportunità da cogliere – del forte impulso delle sperimentale attività a distanza in questo momento storico»⁵⁸. Dunque, innovazione tecnologica e amministrazione digitale che immancabilmente rimandano al più ampio tema

⁵⁷ Di recente, in termini ampi, P. PIRAS, *Innovazione tecnologica e divario digitale*, in *Dir. econ.*, 2022, 111 ss.

⁵⁸ Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica, 2020, 3.

della intelligenza artificiale (rispetto sia agli ambiti legati al *data science* sia alla telemedicina e alle biotecnologie), ai temi della sicurezza, oltre che allo sviluppo e tutela delle innovazioni stesse. Tutto ciò apre una serie di sfide in tema di regolazione, non solo rispetto alla proprietà intellettuale e ai brevetti, ma anche alla più ampia relazione tra *law&technology*, anche in riferimento al ruolo degli algoritmi e del *data science*⁵⁹.

E in questa prospettiva, una dimensione trasversale e chiave dell'analisi delle transizioni digitali in Sanità e, in particolare, dell'appropriata amministrazione digitale della Sanità Pubblica è, senza dubbio, rappresentata dal tema dei dati e delle informazioni rispetto al corretto sviluppo di sistemi di ICT, sia per il governo del sistema, sia della cura del paziente. Elementi conoscitivi indispensabili per garantire la stessa razionalità e appropriatezza delle scelte dell'amministrazione⁶⁰.

I dati (*open data*, dati pubblici e *big data*) e le informazioni, la loro digitalizzazione e interconnessione, sono il cuore informativo a supporto di una efficace transizione digitale nell'ecosistema sanità, nella direzione della definizione e implementazione di sistemi appropriati di *governance*. E in proposito non si può non condividere quanto riconosciuto da una parte della dottrina che individua nei dati i «nuovi strumenti dell'amministrazione digitale», anche rispetto alla implementazione di

⁵⁹ Sul punto cfr. il saggio della D.U. GALETTA, *Digitalizzazione e diritto ad una buona amministrazione (il procedimento amministrativo fra diritto UE e tecnologie ICT)*, in R. Cavallo Perin, D.U. Galetta (a cura di), *Il diritto dell'amministrazione pubblica digitale*, Torino, 2020, 85; F. COVINO, *op. cit.*

⁶⁰ Sul punto preziosi, sia pure riferiti a un contesto diverso, gli insegnamenti di F. LEVI, *L'attività conoscitiva della pubblica amministrazione*, Torino, 1967. Attività e profili che, sia pure in una prospettiva differente, sono stati approfonditi dalla dottrina più recente. Tra i diversi studi cfr. A. PREDIERI, *Preziosa ad uno studio sullo Stato come produttore di informazioni*, in *Studi in onore di Giuseppe Chiarelli*, Milano, II, 1974, 1626 ss.; AA.VV., *La funzione di comunicazione nelle pubbliche amministrazioni*, Bologna, 2001; AA.VV., *L'informazione delle pubbliche amministrazioni*, Bologna, 2001; B. PONTI, *Il patrimonio informativo pubblico come risorse. I limiti del regime italiano di riutilizzo dei dati delle pubbliche amministrazioni*, in *Dir. Pubbl.*, 3, 2007, 991 ss.; M. FALCONE, *Big data e pubbliche amministrazioni: nuove prospettive per la funzione conoscitiva pubblica*, in *Riv. Trim. Dir. Pubbl.*, 3, 2017, 23 ss.; E. SORRENTINO, A.F. SPAGNULO, *Dati sanitari: aperti, accessibili e riutilizzabili*, in *MediaLaws*, 2021, 170; E. CARLONI, *Le verità amministrative. L'attività conoscitiva tra procedimento e processo*, Milano, 2011.

una «struttura interconnessa e più informata» e rispetto al più ampio tema della interoperabilità⁶¹ che ritorna nuovamente assieme ai profili relativi alla raccolta, trattamento e conservazione dei dati e il suo ruolo verso l'implementazione a sistema. Non a caso le strategie e le azioni individuate nel Piano triennale per l'informatica nella PA e nella Strategia Nazionale 2025, individuano nella interoperabilità un tema chiave, a garanzia di integrazione, accesso, rete, a garanzia di accesso ai LEA e per la esigibilità sostanziale degli stessi⁶².

Il tema dei dati rinvia ad una serie di problematiche relative alla loro raccolta, trattamento, gestione e conservazione. E non a caso la prima sfida della Strategia Digitale 2025 (una società digitale), con riferimento particolare agli impatti della digitalizzazione dell'amministrazione, richiama direttamente gli obiettivi strategici della politica europea e i temi legati al mercato unico digitale europeo da un lato e la privacy e del regolamento UE sulla *privacy*⁶³, così come del più ampio tema della sicurezza informatica. Rispetto a questo ambito, nel Rapporto AGID sulla Spesa ICT nella Sanità territoriale italiana si evidenzia come la *cyberscurity* rappresenti un aspetto di elevata criticità nel sistema sanitario, ulteriormente «accrevitata negli ultimi anni dalla diffusione della digitalizzazione e l'ampliamento della superficie di attacco, che unita alla tipologia dei dati trattati, ha determinato un inasprimento dei fenomeni di *cyber crime* avveniti come obiettivo strutture sanitarie»⁶⁴.

Privacy, sicurezza informatica e interoperabilità rientrano, non a caso, nelle azioni chiave dell'ultimo Piano triennale AGID e nella Strategia nazionale 2025, accanto alle tematiche relative alle procedure e ai processi che intercettano, ad esempio, non solo il fascicolo informatico, ma

⁶¹ G. CARULLO, *Big Data e pubblica amministrazione nell'era delle banche dati interconnesse*, in *Conc. merc.*, 2016, 181 ss.

⁶² Sul punto cfr. l'analisi di M. FALCONE, *Le potenzialità conoscitive dei dati amministrativi nell'era della "rivoluzione dei dati": il caso delle politiche di erudizione dell'epatie C*, in *Ist. Fed.*, 2017, 26 ss.; di recente, G. BIFANI, *Cerchez, consenso e certificazioni informatiche: problemi e prospettive di un approccio giuridico al fenomeno delle tecnologie basate sui registri distribuiti*, in *Dir. econ.*, 2021, 77 ss.

⁶³ Rinvia al saggio di F. ROSSI POZZO, *Il mercato unico digitale europeo e il regolamento UE sulla privacy*, in R. Cavallo Perin, D.U. Galetta (a cura di), *Il diritto dell'amministrazione pubblica digitale*, Torino, 2020, 43 ss.

⁶⁴ Rapporto AGID, 27.

anche la stessa implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico⁶⁵, pietra angolare per l'erogazione dei servizi sanitari digitali e la valorizzazione dei dati clinici nazionali, secondo quanto espressamente previsto nel PNRR, che, infatti, rappresenta una delle principali azioni di intervento definita già nel primo Piano triennale per l'informatica nella Pubblica amministrazione⁶⁶.

E non è certamente un caso che, vuoi anche per gli effetti della pandemia, la digitalizzazione di processi di comunicazione e di flussi informativi ha registrato un balzo in avanti, tanto con riferimento alla gestione dei rapporti tra i diversi enti coinvolti, quanto alla relazione cittadino-paziente/strutture sanitarie. I canali digitali di contatto hanno registrato un sensibile incremento fino alla creazione della App IO per l'accesso ai servizi di tutta la pubblica amministrazione, cui hanno aderito molte amministrazioni⁶⁷ ma, in concreto, l'utilizzo è stato limitato ad alcuni ambiti, quali il ritiro dei referti e alle prenotazioni, evidenziando un gap culturale e di alfabetizzazione digitale che rappresenta in concreto un ostacolo per il pieno sfruttamento delle potenzialità che il passaggio alla digitalizzazione potrebbe presentare.

E sul punto va osservato come la stessa prospettiva del Health Technology Assessment (HTA) integri in un processo multidisciplinare le dimensioni cliniche, economiche, sociali ed etiche connesse all'uso di una tecnologia sanitaria, al fine di supportare le scelte (e politiche sanitarie) sicure, efficaci e appropriate. A tal riferimento la SIHTA (Società Italiana di Health Technology Assessment) non a caso ha più volte sottolineato l'opportunità che gli stessi LEA siano definiti utilizzando in modo sistematico l'HTA.

Significativi nella direzione indicata non solo il d.p.c.m. 3 novembre 2020, recante *Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica*

⁶⁵ Sullo stesso piano andrebbero poste anche le riflessioni legate alla digitalizzazione del procedimento amministrativo e degli atti per un'analisi dei quali si rinvia all'analisi operata da R. Cavallo Perin, D.U. Galetta (a cura di), *Il diritto dell'amministrazione pubblica digitale*, Torino, 2020.

⁶⁶ Si v., per una sintesi del dibattito, F. APERIO BELLA, *Tecnologie innovative nel settore salute tra scarsità della risorse e differenziazione: alla ricerca di un equilibrio difficile*, in *Federazioni.it*, 2020.

⁶⁷ Nell'ultimo rapporto AGID, rispetto al campione analizzato, il 32% dei soggetti ha aderito alla APP o ne sta pianificando o sperimentando l'utilizzo (40).

da *Covid-19* nel quale l'utilizzo dei dati – considerati sempre più un bene comune – viene individuato quale percorso necessario per individuare le strategie per il contrasto all'epidemia, o anche il d.l. 16 luglio 2020, n. 76, contenente specifiche disposizioni (artt. 33, 34 e 35) per la gestione del patrimonio informativo a fini istituzionali.

7. *Spunti conclusivi*

L'articolazione su queste tre chiavi di lettura principali mirava non solo a meglio interpretare le sfide della transizione digitale in sanità, per una appropriata amministrazione della stessa, ma anche a sottolineare la necessaria interconnessione che tra i diversi ambiti applicativi dell'amministrazione digitale in sanità dovrebbe andare a garantire e valorizzare. Interconnessione, trasversale ai diversi ambiti applicativi dell'amministrazione digitale, servente alla governance e al controllo di sistemi appropriati, che trova nel tema dei dati la dimensione chiave per lo sviluppo di sistemi efficaci di amministrazione digitale.

Oggi, quindi, sulla base del progressivo sviluppo della transizione digitale in sanità, oltre che in ragione dell'evoluzione quali quantitativa sia del sistema di domanda, sia di quello di offerta dei servizi sanitari, appare opportuno non solo valorizzare le potenzialità delle innovazioni e strumenti negli specifici ambiti applicativi dell'amministrazione digitale, ma anche focalizzare l'attenzione e mettere in sinergia gli sforzi rispetto all'interconnessione tra i diversi ambiti, al contempo intervenendo in modo da fluidificarne la stessa interoperabilità.

Nelle pagine che precedono si è tentato di delineare un quadro di insieme, piuttosto che privilegiare l'approfondimento verticale di una dimensione specifica dell'amministrazione digitale, cercando di evidenziare come un approccio sistemico ai processi di transizione digitale in sanità, e i relativi strumenti che si vanno ad implementare, consente di valorizzare il ruolo di necessario fattore informativo, connettivo, implementativo e realizzativo che dovrebbe essere posto alla base delle politiche sanitarie e dei modelli organizzativi che si vanno a definire per la programmazione e di erogazione dei servizi sanitari. Un diverso approccio verso la valorizzazione della innovatività delle prestazioni, permetterebbe di coniugare, su un piano diverso, l'esigenza di soddisfazione del diritto fondamentale alla salute con quelle, ad esempio, di contenimento

della spesa, consentendo una razionalizzazione, e (necessaria) evoluzione del sistema del *welfare*.

In questo senso, dunque, parlare di amministrazione digitale in sanità significa, a mio avviso, assumere a monte una posizione, capire cosa si intende per amministrazione digitale nel contesto non della singola manifestazione, ma dell'ecosistema sanità⁶⁸, ponendo nuove tecnologie e dati alla base di una costruzione dell'intelligenza di sistema. E così, il dato e la digitalizzazione dovrebbero porsi come strumenti, come sistemi connettori e facilitatori della decisione politica, utile anche alla definizione dei paleriti di un'organizzazione necessariamente policentrica del sistema sanità che garantisca il bene salute.

⁶⁸ Si tratta, in altri termini, di stabilire la tenuta nel tempo delle politiche pubbliche in materia, come osservato da G. VICARELLI, M. BRONZINI, *La sanità digitale: dimensioni di analisi e prospettive di ricerca*, in *Pol. soc.*, 2018, 147 ss.; in termini generali, si tratta di cambiare l'approccio culturale al tema e al problema, G. INGRANELLO, *La cultura come risorsa strategica nell'economia digitale*, in *Econ. Cult.*, 2019, 333 ss.