HIMSS ITALIAN COMMUNITY

Il Fascicolo Sanitario Elettronico: Potenzialità ed Azioni Evolutive

Indice

Section 1
Scopo e organizzazione del documento 3

Section 2
Il Fascicolo Sanitario Elettronico: Definizione e livello di adozione 5

Section 3
Il Fascicolo Sanitario Elettronico: Azioni Evolutive 7

Azione 1: Adeguamento delle soluzioni regionali di FSE 8

Azione 2: Estensione perimetro alimentatori FSE 9

Azione 3: Incrementare l'utilizzo del FSE da parte del cittadino 11

Azione 4: Valorizzare e integrare le soluzioni di medicina digitale 12

Azione 5: Gestione del dato e della privacy 13

Conclusioni 14

Allegato 1
Stato attuale e linee di evoluzione della sanità digitale in Italia 15

Allegato 2
Il Fascicolo Sanitario Elettronico: Definizione e livello di adozione 20

Working Group 26

1

Scopo e organizzazione del documento

La pandemia COVID-19 ha dimostrato in maniera evidente come **la sanità digitale**[1] sia ormai un elemento pervasivo imprescindibile per qualsiasi processo sanitario e costituisca un approccio innovativo nella gestione dei bisogni di salute, ponendosi come aspetto fondamentale nella relativa ricerca di soluzioni. In questo senso, l'emergenza sanitaria ha costituito una spinta importante nell'adozione di nuovi percorsi di cura e di tecnologie digitali a supporto[2]. Questi aspetti risultano recepiti e indirizzati nell'Atto di indirizzo 2021 del Ministero della salute che indica come elementi di fondamentale importanza[3]:

1. L'attivazione di un **percorso di diffusione dell'utilizzo della tecnologia** nell'ambito dei servizi sanitari basato sulla telemedicina e teleassistenza, sulle cartelle cliniche elettroniche, su piattaforme tecnologiche di intelligenza artificiale, sulla diagnostica point-of-care e sulle piattaforme per l'empowerment dei pazienti per l'educazione sanitaria dei cittadini;

2. Il **rafforzamento di strumenti analitici e quantitativi** a supporto della programmazione sanitaria al fine di mettere a disposizione strumenti in grado di rilevare dati e informazioni utili ad una prevenzione e programmazione sanitaria tempestiva, anticipando nuovi scenari epidemiologici;.

3. Il **potenziamento del nuovo sistema informativo sanitario** che supporterà le Regioni e il Ministero della salute nell'esercizio delle loro competenze;

4. Rendere **più efficace e completo il Fascicolo Sanitario Elettronico**, promuovendo la ricerca sanitaria attraverso la quale sarà possibile ottenere innovative applicazioni cliniche, che offriranno ai pazienti nuove e più efficaci cure e percorsi assistenziali, creando le premesse per una sanità

Un'ulteriore occasione di sviluppo della sanità digitale è data dai fondi del Next Generation EU assegnati all'Italia, che negli scenari attualmente in discussione danno un ruolo rilevante all'evoluzione della sanità digitale.

In particolare, sulla base delle informazioni attualmente disponibili, si ritiene che una parte dei fondi verrà assegnata al Fascicolo Sanitario Elettronico (di seguito FSE), coerentemente con l'attenzione posta al tema dal recente Decreto 1 marzo 2021, n. 22 che ha, in virtù della sua importanza, assegnato la gestione dei aspetti relativi al FSE direttamente al Presidente del Consiglio e al Comitato Interministeriale per la Transizione Digitale[4]. Tuttavia, coerentemente con le richieste della Commissione Europea, occorre definire in dettaglio le soluzioni da finanziare e attuare al fine di mettere in campo interventi coerenti con il percorso di evoluzione della sanità digitale[5]. In questo contesto, il presente documento si pone l'obiettivo di analizzare le opportunità evolutive del FSE. A tale scopo, il documento si articola in due paragrafi: il primo paragrafo intende fornire una definizione dello strumento FSE e analizzarne il livello di adozione, il secondo paragrafo presenta, invece, le opportunità evolutive del FSE e descrive una serie di azioni che possono essere realizzate al fine di cogliere tali opportunità.

Il documento trae origine dai tavoli di lavoro tenutisi nel corso di febbraio e marzo 2021 con rappresentanti di HIMSS Italian Community (che ha coordinato la stesura del presente documento), SIMM (Società Italiana di Leadership e Management in Medicina), AUSL della Romagna, IRST IRCCS Dino Amadori, Provincia Autonoma di Trento e Trentino Salute 4.0, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Fondazione Toscana Life Sciences, Roche.

[1] Per i dettagli circa lo stato di attuazione della sanità digitale in Italia, si rimanda all'Allegato 1.
[2] www.agendadigitale.eu/sanita/assistenza-sanitaria-e-nuovi-servizi-digitali-il-nodo-dellinteroperabilita-dei-sistemi-regionali/
[3] www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=94327
[4] www.agendadigitale.eu/sanita/sanita-digitale-piattaforme-dati-e-fascicolo-elettronico-pilastri-strategici-per-il-nuovo-governo/
[5] www.agendadigitale.eu/sanita/una-sanita-basata-sui-dati-per-non-vaccinare-a-caso-e-curare-meglio/

2

Il Fascicolo Sanitario Elettronico: Definizione e livello di adozione

L'Agenzia per l'Italia Digitale (AgiD)[6] definisce il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)[7] come "lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente", al fine di permettere "all'assistito una maggiore libertà nella scelta della cura e nella condivisione delle informazioni che sono tutte disponibili tramite l'accesso al Fascicolo dai professionisti sanitari".

Obiettivo del FSE è il miglioramento complessivo dei servizi di:

- **Prevenzione**, diagnosi, cura e riabilitazione;
- Studio e **ricerca scientifica** in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- **Programmazione** sanitaria, **verifica della qualità** delle cure e **valutazione** dell'assistenza sanitaria.

Come previsto dall'Articolo 12, Decreto Legge n. 179 del 18 ottobre 2012 „Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese"[8] il Fascicolo Sanitario Elettronico è istituito dalle Regioni e Province Autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Coerentemente con quanto definito nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 settembre 2015, n.178, *Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico*[9] il FSE contiene la storia clinica del paziente rappresentata da un insieme di dati e documenti.

L'AgID e il Ministero della Salute, in ottica di verificare l'andamento e lo stato di attuazione e di diffusione sul territorio nazionale del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), in accordo con le Regioni, hanno definito una serie di indicatori che permettono di rappresentare lo scenario completo. Nello specifico, le attività di monitoraggio sono suddivise in due gruppi distinti di indicatori: attuazione e utilizzo (distinguendo tra medici, cittadini e aziende sanitarie).

Guardando al livello di **attuazione**[10] si riscontra una situazione abbastanza evoluta, seppur con alcune disomogeneità tra le diverse regioni. In particolare, 5 regioni hanno raggiunto un livello completo di attuazione; delle restanti solo 3 regioni hanno un livello di attuazione inferiore al 90%, di cui solo 1 inferiore al 50%.

Guardando, invece, agli indicatori di **utilizzo** si registrano **notevoli differenze tra i diversi attori analizzati**. In particolare, emerge una generale arretratezza nell'utilizzo del Fascicolo da parte dei medici[11] e da parte dei cittadini[12] (pur a fronte di buone percentuali di cittadini con FSE attivo in diverse regioni). Dati migliori si rilevano per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie[13], anche se diverse regioni presentano ancora dati prossimi allo zero.

Gli indicatori appena descritti dimostrano come, in virtù di completamenti dell'attuazione molto recenti in alcuni territori e, soprattutto, di limiti significativi di utilizzo, **il FSE non sia ancora in grado di caratterizzarsi come uno strumento in grado di svolgere un ruolo di supporto alle decisioni cliniche e di strumento di governo, come sottolineato anche dalla ricerca dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità**[14]. In questo senso, il paragrafo successivo presenta una serie di opportunità evolutive e le relative proposte di azioni che potranno essere messe in campo al fine di coglierle.

[6] www.fascicolosanitario.gov.it/il-fascicolo-sanitario-elettronico
[7] Per un'analisi di dettaglio degli aspetti definitori del FSE e del relativo livello di utilizzo si rimanda all'Allegato 2.
[8] www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/12/18/12A13277/sg
[9] www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/11/11/15G00192/sg
[10] www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/a
[11] www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/bm
[12] www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/bc
[13] www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/ba
[14] www.agendadigitale.eu/sanita/una-sanita-migliore-grazie-ai-dati-polimi-ecco-ipassi-per-una-svolta/

3

Il Fascicolo Sanitario Elettronico: Azioni Evolutive

Le opportunità evolutive di seguito descritte sono emerse durante le discussioni dei tavoli di lavoro e sono volte a sfruttare tutte le potenzialità del FSE in termini di prevenzione e diagnosi, ricerca e governo. Sono in particolare presentate come azioni attuative che possono essere messe in campo da parte dei diversi attori al fine di cogliere le opportunità definite.

Nello scenario attuale emerge un utilizzo parziale del FSE per il supporto della cura dei pazienti. Il FSE dovrebbe infatti porsi come un vero e proprio **strumento decisionale** in grado di raccogliere e mettere a disposizione l'intera storia clinica del paziente. Si rilevano due ulteriori ruoli altrettanto rilevanti. A livello di ricerca, Il FSE potrebbe consentire la realizzazione di un **Repository Sanitario Nazionale in grado di garantire l'utilizzo dei dati per la ricerca sanitaria** e costituire una fonte informativa fondamentale per lo sviluppo di sistemi di Intelligenza Artificiale all'interno del Sistema Sanitario, come proposto in recenti report sul tema[15]. Inoltre, in termini di governo, il FSE dovrebbe superare le attuali logiche di flussi ex-post e dei debiti informativi evolvendo in ottica di piattaforma in grado di mettere a disposizione, sia a livello regionale che nazionale, **informazioni in tempo reale** relativi a prenotazioni ed erogazioni. Un esempio in questo senso è costituito dal Data Warehouse utilizzato da Regione Toscana per monitorare la richiesta e l'utilizzo dei servizi sul territorio supportando, in primo luogo, la gestione della pandemia COVID.

Al fine di cogliere le opportunità sopra descritte è stata ipotizzata una prima serie di azioni che sono riportate di seguito.

Azione 1:

Adeguamento delle soluzioni regionali di FSE

Lo scenario attuale presenta criticità significative legate al **livello di evoluzione delle diverse soluzioni regionali di FSE**. A livello centrale è stata realizzata **l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)**[16] che consente potenzialmente alle soluzioni regionali di pubblicare dati sull'indice nazionale. Tuttavia, si riscontrano ancora disomogeneità tra le diverse soluzioni e, in molti casi, mancanza di aderenza alle specifiche di integrazione richieste dall'INI con conseguente limitazione dell'interoperabilità tra le regioni. In particolare, le principali disomogeneità riguardano:

- I metodi di alimentazione del Fascicolo Sanitario Elettronico: dove in alcune regioni il FSE utilizza protocolli di sottomissione dei Documenti Clinici Elettronici (DCE) proprietari, mentre altri FSE utilizzano protocolli standard (ad esempio il protocollo XDS). Inoltre, in alcune Regioni si prevede un'integrazione diretta dei sistemi dipartimentali verso il FSE, mentre altre Regioni richiedono l'integrazione tra i repository aziendali e il FSE, per altro con differenze anche nella gestione dei DCE (che in alcuni casi sono memorizzati presso le strutture produttrici degli stessi e solo referenziati nel FSE come registro e in altri casi i FSE gestiscono propri archivi di DCE).

- Il formato dei dati archiviati nei diversi FSE: alcune regioni utilizzano, attualmente, formati strutturati (es. CDA2), altre solo documenti pdf, altre formati differenti. Le specifiche definite da INI suggeriscono di utilizzare pdf con allegato CDA2 o solo CDA2, questa seconda opzione, tuttavia, non norma il tema del foglio di stile, rendendo possibili ulteriori disomogeneità. Analogamente risultano disomogenee le tipologie di firme digitali sui documenti (PADES, CADES, XADES, ...).

- Codifiche dei dati e dei metadati: le diverse regioni utilizzano codifiche differenti, i dati e metadati comuni sono pochi e incompleti per la gestione dei dati clinici nelle strutture sanitarie.

Le disomogeneità sopra descritte, oltre a ridurre l'efficacia dello strumento FSE, comportano una difficile gestione dell'integrazione al FSE per le strutture sanitarie operanti su più regioni che si trovano a dover gestire protocolli di integrazione differenti di volta in volta, determinando perdite di efficienza e ritardi nell'alimentazione del FSE.

Al fine di superare queste problematiche è già stata avviata una serie di interventi a livello centrale che comprende lo **stanziamento di risorse volte all'adeguamento delle soluzioni regionali**, prevedendo anche una logica di assegnazione dei finanziamenti sulla base dei risultati ottenuti[17]. In questo senso, occorrerebbe potenziare le azioni in essere e le attività dei gruppi di coordinamento tra Stato e Regioni, al fine di monitorare e indirizzare le iniziative regionali. In questo senso, particolare attenzione dovrebbe essere posta su:

[15] www.fsk.it/top-news/intelligenza-artificiale-sanita-e-ricerca-biomedica-in-italia-proposta-di-repository-sanitario-nazionale/
[16] www.fascicolosanitario.gov.it/interoperabilit%C3%A0-del-fse

- Formati DCE e metadati, definendo anche specifiche da rendere vincolanti per i fornitori delle applicazioni e adottando in maniera massiva codifiche con una visione ampia e con logica clinica;

- Formati di firma, adottando una logica in grado di coprire le esigenze cliniche complete, non solo singoli documenti come nella configurazione attuale;.

- Modalità di integrazione che devono essere uniche e realmente standard in tutte le fasi del percorso di gestione del documento.

In parallelo, le Regioni dovrebbero impegnarsi concretamente nell'adeguamento delle soluzioni sfruttando gli strumenti e le risorse messi a disposizione a livello centrale.

Azione 2:

Estensione perimetro alimentatori FSE

Un ulteriore elemento da indirizzare riguarda la necessità di **estendere il perimetro degli alimentatori del FSE** al fine di renderlo effettivamente completo rispetto alla storia clinica del paziente e fruibile anche come **strumento a supporto dell'integrazione ospedale-territorio.** Il FSE potrebbe, infatti, rappresentare un elemento connettivo molto importante per abilitare un'efficace integrazione tra i diversi snodi del Sistema Sanitario coinvolti nella presa in carico dei bisogni di salute e cura.

In questo senso, occorre da un lato insistere nell'aumentare l'integrazione con i sistemi informatici usati dai singoli operatori sanitari (MMG, strutture sanitarie, ...), dall'altro richiedere l'alimentazione anche da parte degli attori privati. Il Decreto-Legge n. 34/2020 - „Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito con modificazioni dalla L. 17 luglio 2020, n. 77[18] -, sembra andare in questa direzione, includendo anche i privati non accreditati tra gli alimentatori del FSE.

Nel primo caso, al fine di **aumentare l'integrazione con i sistemi informatici usati dai singoli operatori sanitari,** le Regioni dovrebbero insistere maggiormente sulla tematica realizzando anche attività di monitoraggio continuo del livello di attuazione, al fine di intervenire prontamente in caso di criticità. In parallelo, le Regioni potrebbero incentivare l'utilizzo del FSE utilizzandolo come strumento di accesso a servizi a valore aggiunto che siano in grado di rispondere alle diverse esigenze presenti e che emergeranno grazie alla maggiore diffusione della sanità digitale. Un esempio è dato dal tema della comunicazione digitale medico-paziente, che richiederebbe l'utilizzo di piattaforme certificate di comunicazione.

Tuttavia, malgrado, secondo i dati dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano, il 37% dei medici ospedalieri e il 44% dei MMG/PLS sia interessato all'adozione di piattaforme di questo tipo, queste sono utilizzate rispettivamente solo dal 10% e dal 18% del campione. Il FSE potrebbe, quindi, diventare la piattaforma di riferimento per la comunicazione medico-paziente offrendo ai medici, che attualmente lamentano l'immaturità della relativa offerta da parte del mercato, una soluzione pronta all'uso. Inoltre, al fine di **rendere l'FSE uno strumento utile ai medici e quindi di maggior interesse**, a livello centrale occorrerebbe:

- Rendere il FSE lo strumento principale per lo scambio di informazioni tra le aziende sanitarie tramite una specifica azione normativa che renda non conveniente l'utilizzo di altri canali alternativi;
- Come primo passo indirizzare l'adozione e l'utilizzo del **Patient Summary e del Dossier Farmaceutico** su cui si registrano, ancora, diverse arretratezze in molti contesti regionali, malgrado la normativa in tal senso sia già in essere.

Infine, sempre a livello centrale, occorrerebbe **incentivare l'utilizzo, da parte del cittadino, del Taccuino** nell'ottica di rendere il cittadino stesso un alimentatore del FSE. Questo farebbe sì che, grazie all'accrescimento del suo empowerment, il cittadino sarebbe portato a richiedere a tutti gli attori coinvolti nel suo percorso di cura la compilazione del Fascicolo.

Per quanto concerne, invece, l'integrazione degli attori privati occorrerebbe, innanzitutto, a livello centrale, rendere attuativo il Decreto Legge sopra citato, definendo modalità di integrazione chiare e facilmente realizzabili; alle Regioni spetterebbe poi verificare l'effettiva attuazione delle integrazioni.

[17] www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=78423
[18] www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/19/20G00052/sg

Azione 3:

Incrementare l'utilizzo del FSE da parte del cittadino

Il successo del FSE passa, inoltre, inevitabilmente, dall'incrementarne l'utilizzo da parte del cittadino e dai MMG/PLS per cui, come già visto, si registra ancora un generale arretramento soprattutto in alcuni contesti regionali. L'incremento di utilizzo del FSE da parte del cittadino risulta fondamentale anche nell'ottica di realizzare l'obiettivo, definito da parte del Ministero per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, relativo al raggiungimento della piena cittadinanza digitale entro il 2026.[19]

Innanzitutto, le Regioni dovrebbero adoperarsi al fine di rendere il **FSE maggiormente "a misura di cittadino"** garantendo, in primis, una diffusione di differenti modalità di accesso. In particolare, sarebbe utile prevedere l'utilizzo di App come canali strategici di accesso maggiormente gestibili da più ampie categorie di cittadini (come ad esempio gli anziani, ancora fortemente bloccati dall'utilizzo del PC). In parallelo, occorrerebbe incentivare, a livello complessivo, l'adozione da parte dei cittadini di sistemi di autenticazione forte (con particolare attenzione a SPID), al fine di estendere il perimetro dei cittadini abilitati all'utilizzo del FSE.

Inoltre, le Regioni dovrebbero adoperarsi per trasformare **le piattaforme digitali dei FSE nel punto fondamentale di accesso per il cittadino ai servizi di sanità digitale facendone il canale privilegiato** per la visualizzazione delle proprie informazioni cliniche (non solo referti ma anche imaging) e per la prenotazione delle prestazioni sanitarie e il relativo pagamento, sfruttando i margini di miglioramento delle soluzioni attuali (secondo i dati dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità, al momento, solo il 23% dei cittadini utilizza canali Web o App per la prenotazione e solo il 19% per il pagamento di prestazioni sanitarie). Un esempio in questo senso è dato dalla Provincia Autonoma di Trento[20] che, dal 2012, ha implementato il progetto di Cartella Clinica del Cittadino (TreC): il sistema, connettendo una rete complessa di attori (cittadini, medici di medicina generale, ospedali, laboratori di analisi, istituzioni sanitarie), offre ai cittadini della Provincia di Trento, una serie di servizi (es. compilazione profilo sanitario, prenotazioni, ...).

In parallelo, a livello centrale, occorrerebbe, come già specificato in parte nella descrizione dell'azione precedente, intervenire al fine di spingere **sull'interoperabilità del Fascicolo con tutti gli attori che producono e gestiscono documentazione sanitaria relativa al cittadino** (come, ad esempio, le palestre per quanto concerne i certificati di idoneità all'attività sportiva). In questo senso, il FSE, che attualmente raccoglie già tutte le informazioni legate al COVID-19, potrebbe anche essere utilizzato come uno strumento di passaporto vaccinale evitando la creazione di uno strumento ulteriore che genererebbe sovrapposizione e ulteriore complessità. Inoltre, si potrebbero far evolvere anche le modalità attuali di gestione del dato, non gestendo l'informazione archiviata sul FSE come un documento in pdf, bensì utilizzando uno strumento che, basandosi su algoritmi in grado di gestire informazioni anche mutevoli (quali ad esempio la durata della copertura vaccinale), consenta di restituire in maniera immediata l'informazione circa il possesso, o meno, del requisito da parte del cittadino.

L'attenzione su questi temi emerge anche, a livello di strategia, nelle 'Linee di programma della Sanità regionale per il 2021' che fissano l'obiettivo di recuperare l'attenzione dei cittadini sull'utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico quale canale di accesso sicuro alla documentazione sanitaria[21].

[19] www.finanza.repubblica.it/News/2021/03/25/digitalizzazione_colao_piena_cittadinanza_digitale_entro_il_2026-109/
[20] www.trec.trentinosalute.net/home
[21] www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=94288

Azione 4:

Valorizzare e integrare le soluzioni di medicina digitale

Il FSE potrebbe anche costituire un **punto omogeneo di collocamento dei servizi di Telemedicina**, permettendo, ad esempio, la raccolta di dati, tramite integrazione, da sensori e da dispositivi di monitoraggio, garantendone la messa a disposizione sia per finalità cliniche che di ricerca.

A questo scopo occorrerebbe, innanzitutto, a livello centrale, definire una normativa volta a far sì che i produttori di dispositivi che raccolgono dati li debbano rendere disponibili al cittadino che li ha generati e, in un secondo momento, al Sistema Sanitario Nazionale.

Inoltre, a livello regionale, servirebbero iniziative volte a realizzare **ecosistemi di sanità digitale** che consentano di governare in modo centralizzato a livello regionale dati e funzioni, sfruttando le potenzialità del FSE.

Azione 5:

Gestione del dato e della privacy

Al fine di consentire un utilizzo del dato che sia nel contempo rigoroso e strategico, occorrerebbe, a livello centrale, **ottimizzare gli aspetti connessi alla protezione dei dati**, muovendosi da una restrittiva applicazione del GDPR a un approccio di assoluta compliance con la regolamentazione di riferimento, ma orientato a creare le condizioni necessarie perché il dato, anche sanitario, possa essere utilizzato per creare valore e informare le decisioni. Tale cambio di approccio comporterebbe evidenti benefici, portando al superamento dei limiti attuali, che restringono notevolmente le opportunità di riutilizzo dei dati per informare scelte di prevenzione/cura, ricerca e governo.

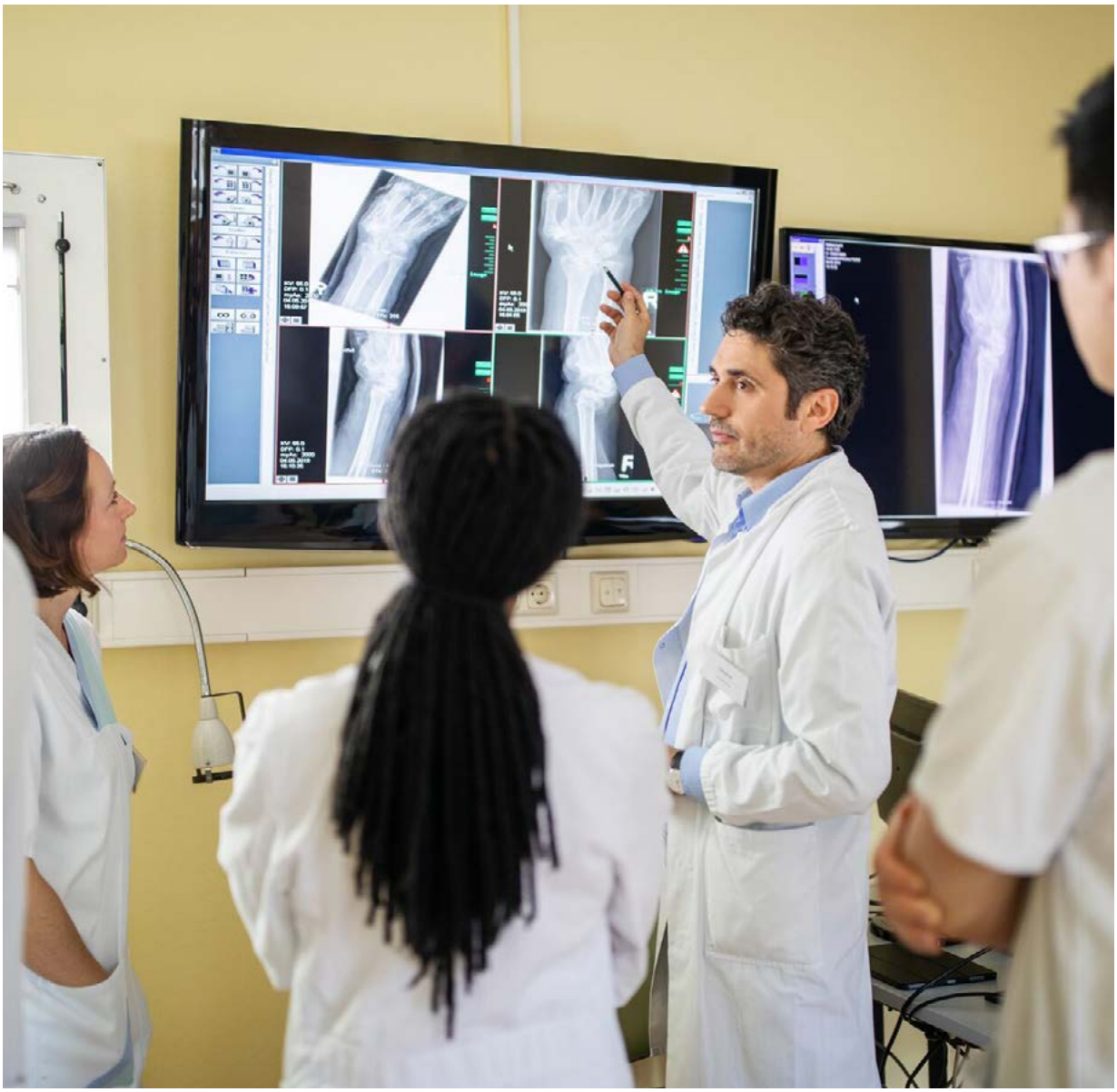
In questo senso, a livello centrale, occorrerebbe, innanzitutto, definire una strategia sull'utilizzo secondario dei dati, coerentemente con quanto previsto dalla Commissione Europea che, il 25 novembre 2020, ha presentato una nuova proposta di regolamento in materia di governance dei dati, il *Data Governance Act*[22]. A questo scopo sarebbe utile, in primo luogo, favorire l'emanazione di linee guida comuni volte a fornire una autorizzazione generale e a definire a quali condizioni i dati del FSE possano essere consultati per scopi secondari (come già fatto, ad esempio, in Finlandia[23]). Questo consentirebbe di evitare la necessità di dover consultare il Garante della Privacy per la validazione di ogni nuova iniziativa, con conseguente dispendio di tempo e risorse. Inoltre, le regioni dovrebbero incentivare le aziende sanitarie ad adottare soluzioni tecnologiche che permettano la gestione dinamica del consenso dei cittadini in modalità nativa digitale.

Un'ulteriore evoluzione potrebbe trarre spunto da quanto realizzato in altri paesi europei. In particolare, in Francia[24,25], è stato costituito insieme al Garante della Privacy e al Ministero della Salute un soggetto nazionale che gestisce un data lake per finalità di ricerca. Compito di tale soggetto consiste nel dare visibilità ai cittadini su come i dati vengono analizzati e fornire, direttamente, le autorizzazioni ai soggetti pubblici o privati che intendono effettuare ricerca sui dati archiviati presso il data lake. Un'iniziativa simile è stata avviata in Italia grazie all'accordo tra Ministero della Salute e Cineca finalizzato alla realizzazione di un data lake nazionale contenente i dati anonimizzati e pseudonimizzati raccolti dal FSE da utilizzare a fini di ricerca e di applicazione di tecniche di Intelligenza Artificiale per gestione del Sistema Sanitario Nazionale[26]. Tuttavia, nell'iniziativa non è stato, finora, coinvolto il Garante della Privacy e questo potrebbe comportare l'insorgere, in fasi successive, di problematiche di compliance.

[22] www.eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020PC0767&from=EN | [23] www.stm.fi/en/secondary-use-of-health-and-social-data
[24] www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/plateforme-des-donnees-de-sante | [25] www.health-data-hub.fr/ | [26] www.agendadigitale.eu/sanita/fascicolo-sanitario-elettronico-2021/

Conclusioni

Concludendo, è evidente come **le potenzialità dello strumento FSE costituiscano un grande occasione per l'evoluzione della sanità digitale in Italia** e devono rappresentare un obiettivo comune a tutti gli attori del sistema. Tuttavia, affinché vengano sfruttate richiedono **il superamento del concetto di FSE come semplice elemento normativo e legato a logiche di compliance alle regole di gestione del dato.** Queste logiche, infatti, devono essere ovviamente rispettate, ma non possono essere considerate il punto di partenza e di arrivo e devono, invece, essere affiancate dalla volontà di ragionare in termini di servizi digitali in grado di rispondere ad esigenze effettive di gruppi di utenti (cittadini, pazienti, MMG/PLS, medici specialisti, ...). Per far questo occorrerebbe avviare un dibattito che coinvolga decisori politici, da un lato, e tecnici, dall'altro, al fine di **realizzare un piano di azione concreto** (che può essere pensato a partire dalle azioni definite nel presente documento) da attuare in breve/medio termine.



ALLEGATO 1

Stato attuale e linee di evoluzione della sanità digitale in Italia

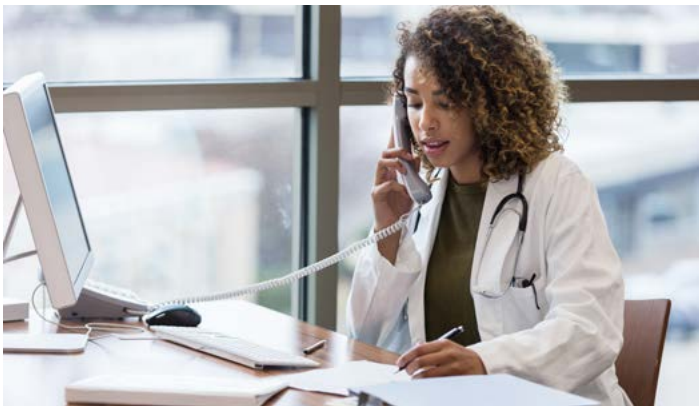
La pandemia COVID-19 ha dimostrato in maniera evidente come **la sanità digitale** sia ormai un elemento pervasivo imprescindibile per qualsiasi processo sanitario e costituisca un approccio innovativo nella gestione dei bisogni di salute, ponendosi come aspetto fondamentale nella relativa ricerca di soluzioni. In questo senso l'emergenza sanitaria, ha costituito una spinta importante nell'adozione di nuovi percorsi di cura e di tecnologie digitali a supporto[1] . Questi aspetti risultano recepiti e indirizzati nell'Atto di indirizzo 2021 del Ministero della salute che indica come elementi di fondamentale importanza[2] :

- L'attivazione di un **percorso di diffusione dell'utilizzo della tecnologia** nell'ambito dei servizi sanitari basato sulla telemedicina e teleassistenza, sulle cartelle cliniche elettroniche, su piattaforme tecnologiche di intelligenza artificiale, sulla diagnostica point-of-care e sulle piattaforme per l'empowerment dei pazienti per l'educazione sanitaria dei cittadini;

- Il **rafforzamento di strumenti analitici e quantitativi** a supporto della programmazione sanitaria al fine di mettere a disposizione strumenti in grado di rilevare dati e informazioni utili ad una prevenzione e programmazione sanitaria tempestiva, anticipando nuovi scenari epidemiologici;

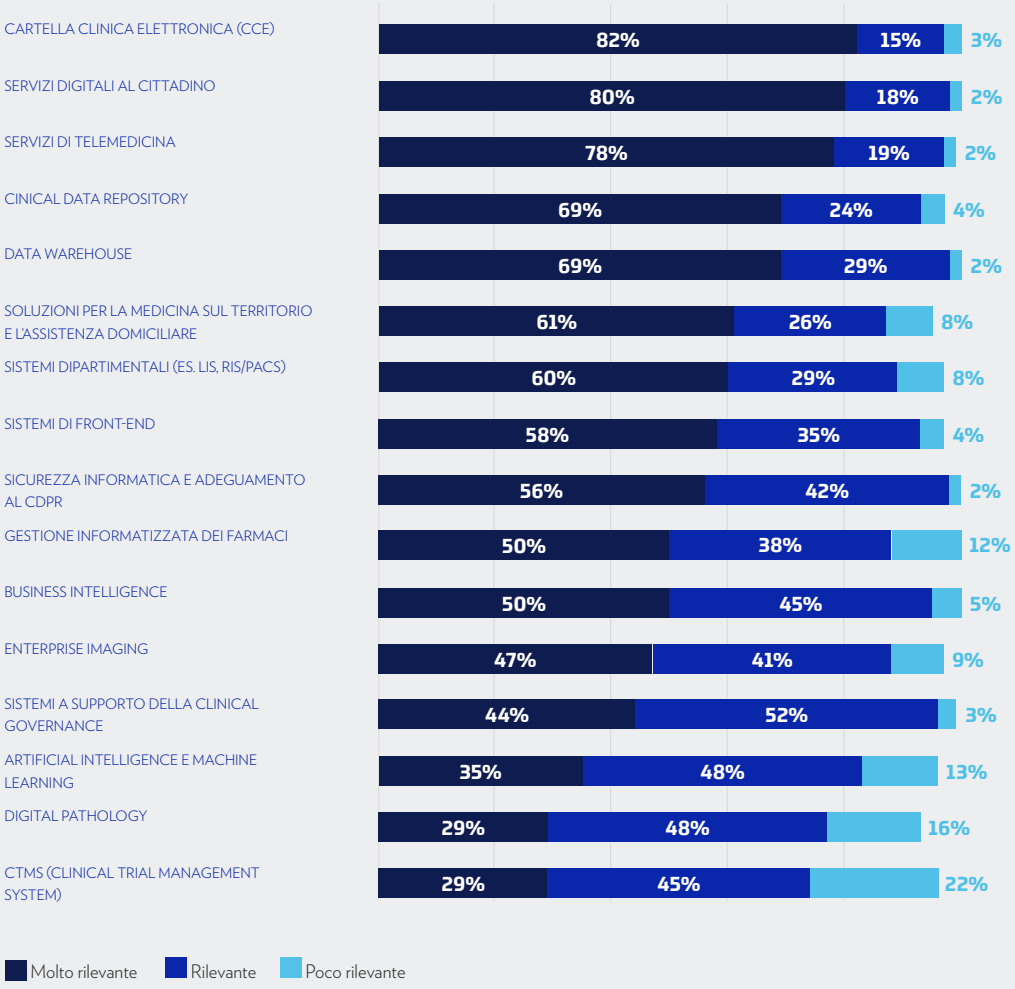
- Il **potenziamento del nuovo sistema informativo sanitario** che supporterà le Regioni e il Ministero della salute nell'esercizio delle loro competenze;

- Rendere **più efficace e completo il Fascicolo Sanitario Elettronico**, promuovendo la ricerca sanitaria attraverso la quale sarà possibile ottenere innovative applicazioni cliniche, che offriranno ai pazienti nuove e più efficaci cure e percorsi assistenziali.



Entrando nel concreto dei dati è possibile far riferimento ai risultati della ricerca dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano[3].

Figura 1 **Rilevanza degli ambiti di innovazione digitale per le innovazioni strategiche e budget di spesa sanitaria dedicato agli ambiti stessi**



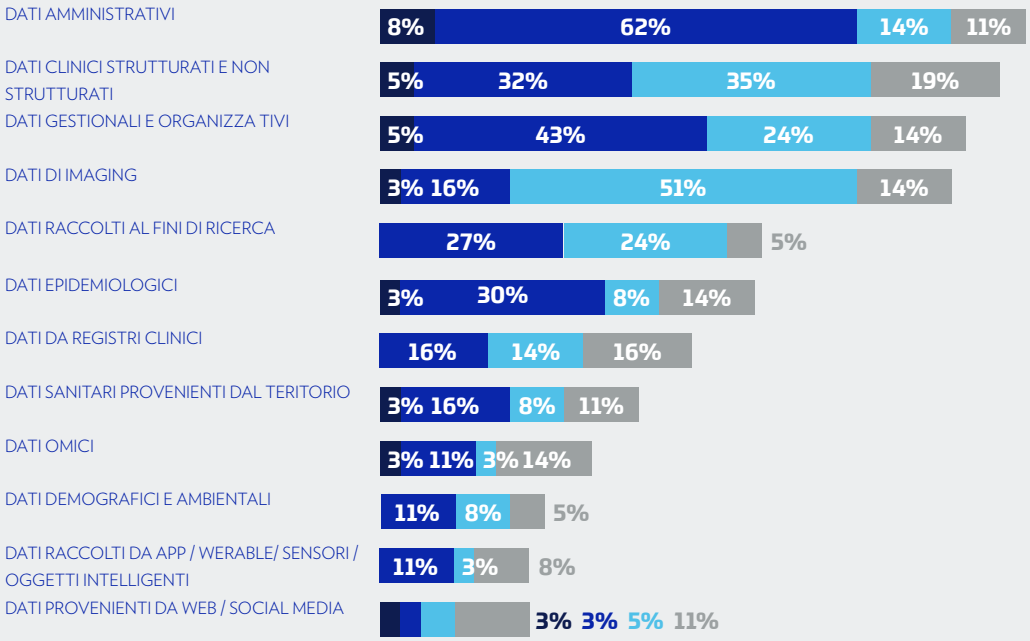
Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano

I dati confermano come l'impatto della **pandemia** abbia generato **un cambiamento in positivo della percezione da parte delle Aziende Sanitarie** della rilevanza dei diversi aspetti della sanità digitale. Innanzitutto, diversamente dagli anni precedenti, i servizi di **Telemedicina** acquistano un posizionamento molto elevato: la rilevanza e la priorità di investire in questo ambito sono aumentate considerevolmente (passando dal 48% rilevato nel 2019 al 78% rilevato nel 2020). Questo aspetto è confermato anche analizzando la percezione, relativa ai servizi di Telemedicina, da parte dei Medici di Medicina Generale e dei medici specialisti. Infatti, ben il 62% dei Medici di Medicina Generale e il 36% dei Medici Specialisti ha dichiarato di aver cambiato, in positivo, la propria opinione rispetto all'efficacia della Telemedicina a seguito dell'emergenza sanitaria.

[1] www.agendadigitale.eu/sanita/assistenza-sanitaria-e-nuovi-servizi-digitali-il-nodo-dellinteroperabilita-dei-sistemi-regionali/
[2] www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=94327
[3] Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità – "Connected Care": i servizi digitali al cittadino nel percorso di prevenzione e cura

Inoltre, particolare attenzione riscontrano la **Cartella Clinica Elettronica** (indicata come rilevante dall'82% del campione) e i servizi digitali al cittadino (rilevanti per l'80% del campione). L'interesse relativo alla **Cartella Clinica Elettronica** dimostra come la gestione, l'integrazione e la valorizzazione dei dati stiano acquisendo un'importanza crescente, questo aspetto è confermato alla rilevanza assegnata anche alle tematiche del Clinical Data Repository e del Data Warehouse. Sotto questo punto di vista, gli ambiti più avanzati legati alla valorizzazione dei dati raccolti (es. Artificial Intelligence e Machine Learing) risultano, ancora, meno interessanti in quanto considerati, forse, ad un successivo livello di evoluzione. Analizzando, nel dettaglio il livello di maturità nella valorizzazione dei dati (Figura 2) emerge come, attualmente, le principali tipologie di dati raccolti ed analizzati dalle strutture sanitarie italiane siano i dati amministrativi, i dati clinici strutturati e non strutturati, i dati di imaging e i dati raccolti ai fini di ricerca. Maggior arretramento si riscontra, invece, per quanto riguarda i dati epidemiologici, i dati da registri clinici, i dati sanitari provenienti dal territorio e i dati omici. Infine, meno di un quarto del campione raccoglie e analizza i dati demografici e ambientali, i dati raccolti da oggetti intelligenti (es. App, werable, sensori, ...) e i dai provenienti da web/social media.

Figura 2 **Il livello di maturità nella raccolta, gestione e valorizzazione dei dati nelle strutture sanitarie italiane, 2020**



Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano

Guardando, invece, ai **servizi digitali al cittadino**, è interessante anche analizzare l'effettivo utilizzo dei canali digitali da parte dei cittadini. L'emergenza sanitaria, ha, sicuramente, contribuito a invogliare i cittadini a sperimentare o aumentare l'utilizzo di servizi digitali, soprattutto per evitare di recarsi fisicamente presso una struttura sanitaria, tuttavia si riscontrano, come vedremo anche in seguito, ancora diversi limiti nell'adozione di tali servizi. Infatti, se più del 60% dei cittadini che in passato ha fatto accesso a questi servizi sanitari intende utilizzare in futuro i servizi digitali associati, gli strumenti digitali, risultano, utilizzati quasi esclusivamente dalla fascia di cittadini con età compresa tra i 35 e i 44 anni, probabilmente per la maggiore confidenza con l'utilizzo di tecnologie digitali. Relativamente a questi, il 32% di chi ha prenotato una prestazione online ha utilizzato il canale online, il 25% ha effettuato un pagamento tramite strumenti digitali e il 42% di chi ha ritirato i propri referti lo ha fatto digitalmente, mentre si riscontrano percentuali molto più basse per i cittadini che appartengono alle fasce più adulte (over 55).

Gli elementi appena descritti testimoniano come vi sia, in generale, un terreno fertile per lo sviluppo della sanità digitale in Italia.

Tuttavia, per sfruttare a pieno questa occasione occorre un forte coinvolgimento da parte di tutti gli attori e la realizzazione di una strategia comune a livello nazionale. In questo senso, può essere interessante analizzare le raccomandazioni emerse del Conensus Conference organizzato dal CeRgas di Sda Bocconi (Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale)[4].

Le raccomandazioni si focalizzano su tre aree principali: governance, valutazione e modelli di servizio.

A livello di **governance** è fondamentale strutturare una strategia in grado di dare seguito alle recenti indicazioni emanate a livello centrale definendo una cornice nazionale, da aggiornare regolarmente, basata su requisiti tecnologici unitari, processi di programmazione e metodi di valutazione relativi anche all'impatto delle tecnologie. In questo senso, il livello centrale dovrebbe definire obiettivi uniformi da calibrare sulle specificità a livello regionale e promuovere il coordinamento scientifico-sanitario a livello nazionale prevedendo forme di monitoraggio costante. Infine, l'identificazione delle priorità deve ispirarsi ai principi del realismo e puntare al consolidamento dei servizi già disponibili e alla diffusione delle soluzioni che si sono dimostrate valide.

Inoltre, le **tecnologie digitali** non possono essere sottratte a percorsi di valutazione robusti, identificando nuove metodologie in grado di produrre evidenze tempestive e continuative a supporto dei decisori. Strettamente connesso è il tema della tariffazione. In una prima fase il riconoscimento dei servizi di televisita è spesso avvenuto seguendo il modello *payment parity*, ovvero applicando tariffe speculari alla prestazione in presenza. Tuttavia, queste metodologie di tariffazione non tengono conto del valore generato, non essendo associate a un processo di valutazione multidimensionale. Infine, per tutte le soluzioni digitali, e più nello specifico per le app, si osservano tassi di abbandono fortemente crescenti nel corso del tempo, poiché anche il miglior intervento fallisce se utilizzato in maniera discontinua o impropria.

[4] Malattie croniche: ora la cura si fa con le tecnologie digitali* | Consensus Conference Group (lavoce.info)

Guardando, invece, ai **modelli di servizio** è evidente che l'introduzione delle innovazioni digitali si sostanzi nella trasformazione dei percorsi di cura, generando fabbisogni di continuo ridisegno dei modelli organizzativi e dei processi di accesso al servizio. In questo senso, occorre utilizzare modelli organizzativi adeguati ad inserire nei processi medico-assistenziali le opportune soluzioni digitali permettendo di realizzare la personalizzazione dei percorsi di cura, in particolare in ambito territoriale e il pieno sfruttamento delle molteplici modalità erogative disponibili (fisica, piattaforme web, app, ...). Inoltre, il capitale umano è imprescindibile per sostenere la trasformazione digitale del sistema e va rafforzato pensando alla necessaria relazione tra tecnologia, persone e competenze. È indispensabile lavorare sull'accettazione da parte dei pazienti e dei professionisti, attraverso processi educativi ad hoc e il rafforzamento delle competenze. Questo processo può essere facilitato sollecitando le università a sviluppare didattica appropriata per i sanitari già a livello di corso di laurea e attraverso la creazione di centri operativi assistenziali multiprofessionali (medico, sanitario, socio-assistenziale, psicologico). Infine, l'adozione di tecnologie digitali deve preservare l'unitarietà dell'azienda per garantire l'integrazione dei modelli di cura, l'equità di accesso alle cure e l'ottimizzazione delle risorse per tutti i pazienti.

ALLEGATO 2

Il Fascicolo Sanitario Elettronico: Definizione e livello di adozione

L'Agenzia per l'Italia Digitale (AgiD)[1] definisce il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) come "lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente", al fine di permettere "all'assistito una maggiore libertà nella scelta della cura e nella condivisione delle informazioni che sono tutte disponibili tramite l'accesso al Fascicolo dai professionisti sanitari". In questo senso, l'assistito viene posto al centro del sistema, garantendo il tracciamento di ogni azione medica che lo riguarda, coerentemente con le condizioni da lui definite al momento del primo accesso al FSE (persone autorizzate ad accedere, informazioni eventualmente da oscurare, ...).

Nel dettaglio, i principali obiettivi del FSE possono essere riassunti come segue:

- Agevolare l'**assistenza del paziente**;
- Offrire un servizio che possa **facilitare l'integrazione delle diverse competenze professionali**;
- Fornire una **base informativa** consistente.

Al fine di garantire il miglioramento complessivo dei servizi di:

- **Prevenzione diagnosi**, cura e riabilitazione;
- Studio e **ricerca scientifica** in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- **Programmazione** sanitaria, **verifica della qualità** delle cure e **valutazione** dell'assistenza sanitaria.

Come previsto dall'Articolo 12, Decreto Legge n. 179 del 18 ottobre 2012 „Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese"[2] il Fascicolo Sanitario Elettronico è istituito dalle Regioni e Province Autonome, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Coerentemente con quanto definito nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 settembre 2015, n.178, *Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico*[3] il FSE contiene la storia clinica del paziente rappresentata da un insieme di dati e documenti. All'interno di questi dati si distingue un "nucleo minimo" di dati e documenti da considerare obbligatori e una serie di elementi integrativi utili ad arricchire il FSE, ma che rimangono facoltativi e dipendono dalle scelte compiute dalle singole Regioni.

Il nucleo minimo dei dati e documenti del Fascicolo è costituito da:

- Dati identificativi e amministrativi dell'assistito;
- Referti;
- Verbali pronto soccorso;
- Lettere di dimissione;
- Profilo sanitario sintetico;
- Dossier farmaceutico;
- Consenso o diniego alla donazione degli organi e tessuti.

Tra questi riveste particolare importanza il **Profilo Sanitario Sintetico** (o Patient Summary) che contiene, oltre ai dati identificativi del paziente e del suo medico curante, tutte le informazioni cliniche che descrivono lo stato dell'assistito come, ad esempio, la lista dei problemi rilevanti, le diagnosi, le allergie, le terapie farmacologiche per eventuali patologie croniche e tutte le indicazioni essenziali per garantire la cura del paziente.

Invece, i dati di tipo integrativo del Fascicolo, e quindi non obbligatori sono:

- Prescrizioni (specialistiche, farmaceutiche, ecc.);
- Prenotazioni (specialistiche, di ricovero, ecc.);
- Cartelle cliniche;
- Bilanci di salute;
- Assistenza domiciliare: scheda, programma e cartella clinico-assistenziale;
- Piani diagnostico-terapeutici;
- Assistenza residenziale e semiresidenziale: scheda multidimensionale di valutazione;
- Erogazione farmaci;
- Vaccinazioni;
- Prestazioni di assistenza specialistica;
- Prestazioni di emergenza urgenza (118 e pronto soccorso);
- Prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero;
- Certificati medici;
- Taccuino personale dell'assistito (sezione riservata all'interno del FSE nella quale l'assistito può, in completa autonomia e secondo le modalità di accesso definite a livello regionale, aggiungere tutti i dati e i documenti che ritiene più opportuni, riguardanti il proprio percorso di cura anche fuori del Servizio Sanitario Nazionale);
- Relazioni relative alle prestazioni erogate dal servizio di continuità assistenziale;
- Autocertificazioni;
- Partecipazione a sperimentazioni cliniche;
- Esenzioni;
- Prestazioni di assistenza protesica;
- Dati a supporto delle attività di telemonitoraggio;
- Dati a supporto delle attività di gestione integrata dei percorsi diagnostico-terapeutici;
- Altri documenti rilevanti per i percorsi di cura dell'assistito.

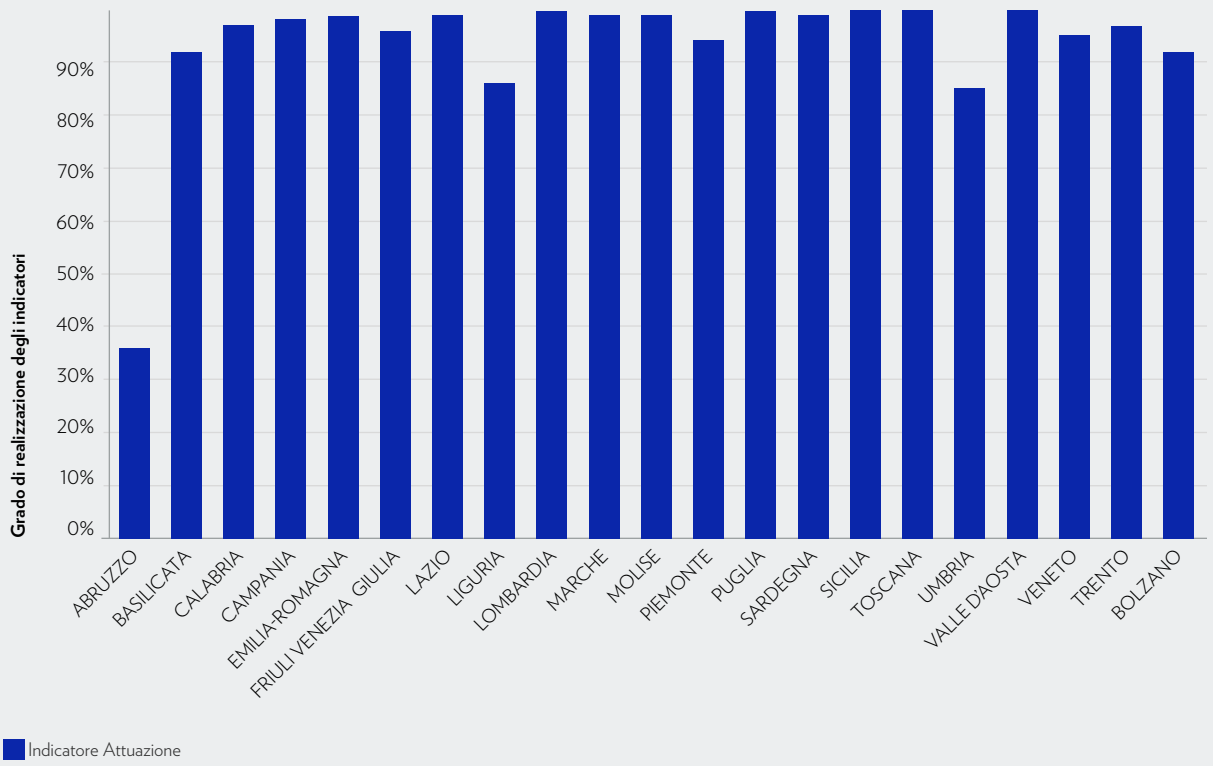
[1] www.fascicolosanitario.gov.it/il-fascicolo-sanitario-elettronico
[2] www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/12/18/12A13277/sg
[3] www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/11/11/15G00192/sg

L'AgID e il Ministero della Salute, in ottica di verificare l'andamento e lo stato di attuazione e di diffusione sul territorio nazionale del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), in accordo con le Regioni, hanno definito una serie di indicatori che permettono di rappresentare lo scenario completo. Nello specifico, le attività di monitoraggio sono suddivise in due gruppi distinti di indicatori: **attuazione** e **utilizzo.**

L'indicatore di attuazione mira a rappresentare lo stato di avanzamento circa la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale e rappresenta la media di realizzazione dei singoli servizi previsti dal piano: componenti abilitanti, servizi per l'accesso da parte dei cittadini, servizi per l'accesso da parte dei MMG/PLS, servizi per l'accesso da parte delle aziende sanitarie, servizi per l'interoperabilità del FSE, servizi per la gestione dei referti di laboratorio, servizi per la gestione del profilo sanitario sintetico.

La Figura seguente riporta il livello di attuazione del FSE nelle Regioni e Province Autonome italiane (dati riferiti al 4° trimestre 2020).

Figura 3 **Indicatore monitoraggio "attuazione" per tutte le regioni**[4]
Dati riferiti al 4° trimestre 2020



Come emerge dalla Figura, il livello di attuazione è abbastanza evoluto, seppur con alcune **disomogeneità** tra le diverse regioni. In particolare, 5 regioni hanno raggiunto un livello completo di attuazione. Delle restanti solo 3 regioni hanno un livello di attuazione inferiore al 90%, di cui solo 1 inferiore al 50%.

[4] www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/a

La seconda tipologia di monitoraggio è quella relativa all'utilizzo ed è finalizzata a monitorare il livello d'uso e diffusione del FSE sul territorio nazionale da parte dei cittadini, medici e delle aziende sanitarie. In particolare, gli indicatori evidenziano:

Medici

Numero dei MMG/PLS che hanno utilizzato il FSE rispetto al numero totale del MMG/PLS titolari abilitati al FSE ed il numero del Patient Summary popolati da MMG/PLS titolari rispetto al numero complessivo di FSE attivati;

Cittadini

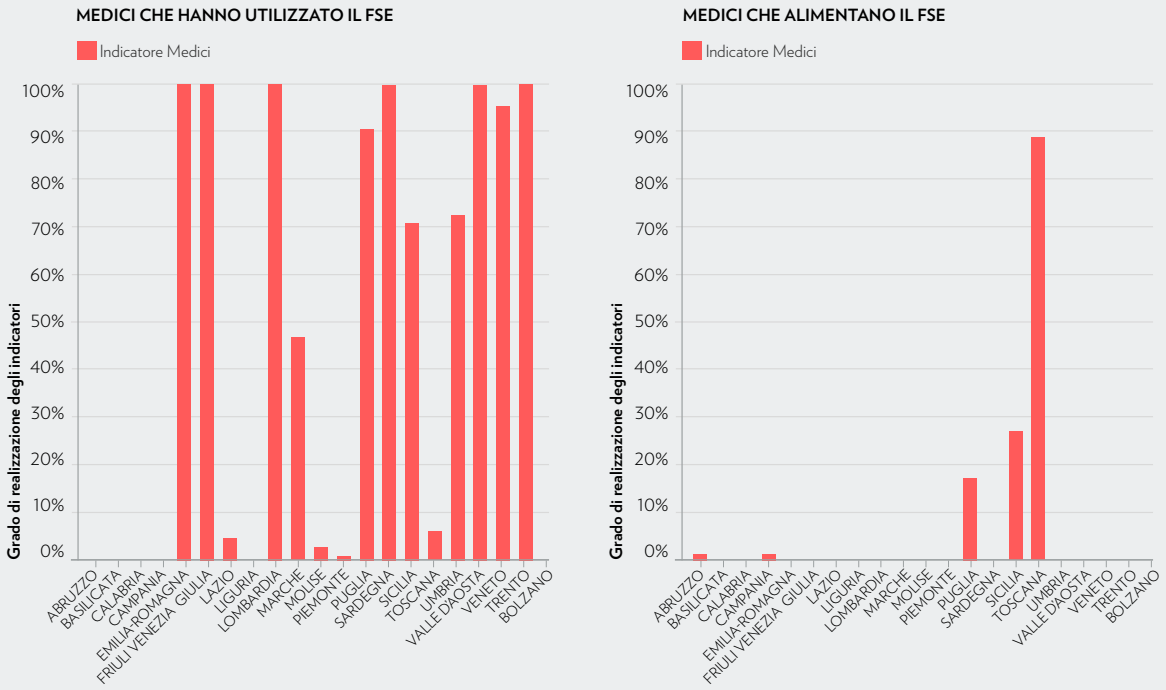
Numero dei cittadini assistiti (per assistiti si intende i cittadini residenti in una Regione italiana che hanno scelto un MMG/PLS) che hanno prestato il consenso per l'alimentazione del FSE rispetto al numero totale dei cittadini assistiti della regione ed il numero dei cittadini assistiti che hanno effettuato almeno un accesso al proprio FSE rispetto al totale degli assistiti per i quali è stato messo a disposizione almeno un referto negli ultimi 90 giorni;

Aziende Sanitarie

Il numero di operatori sanitari abilitati al FSE rispetto al totale degli operatori sanitari dell'azienda sanitaria ed il numero referti strutturati digitalizzati resi disponibili nei FSE rispetto al totale dei referti prodotti dall'azienda sanitaria (considerando solo i referti di laboratorio).

La Figura seguente riporta la sintesi del livello di utilizzo da parte dei MMG/PLS, nelle diverse regioni in termini di accesso e alimentazione del FSE.

Figura 4 **Indicatore monitoraggio "Utilizzo medici" per tutte le regioni**[5]
Dati riferiti al 4° trimestre 2020

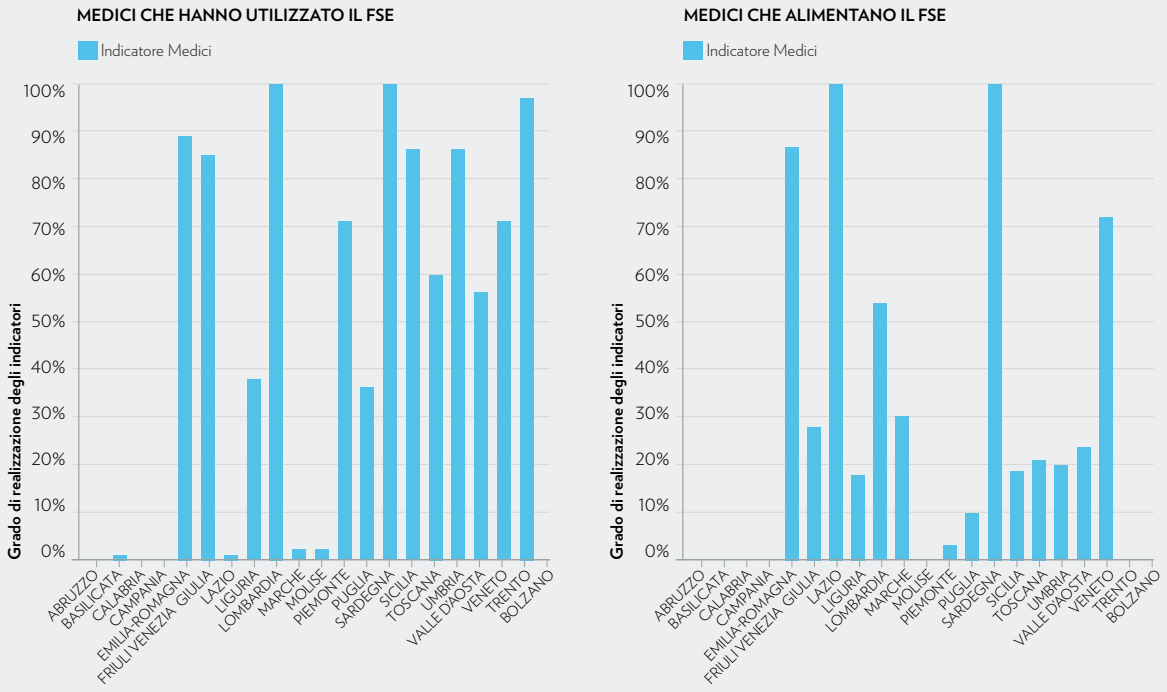


[5] www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/bm

Se, pur a fronte di diverse Regioni ancora ferme a dati prossimi allo zero, si registra un discreto livello di utilizzo del FSE da parte di MMG/PLS, è evidente la **generale arretratezza** (con l'eccezione della sola Val d'Aosta) rispetto all'alimentazione del FSE.

La Figura seguente riporta la sintesi del livello di utilizzo da parte dei cittadini in termini di cittadini che hanno attivato il FSE e cittadini che hanno utilizzato il FSE nel 4° trimestre del 2020.

Figura 5 **Indicatore monitoraggio "Utilizzo cittadini" per tutte le regioni**[6]
Dati riferiti al 4° trimestre 2020

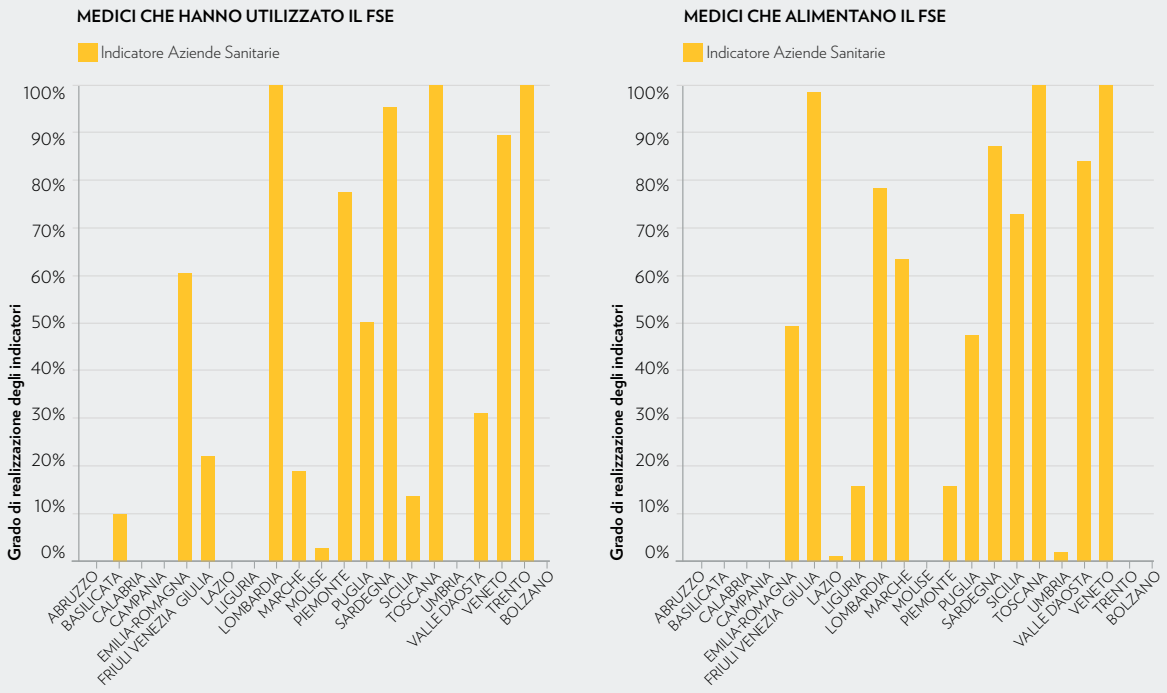


In generale, si registra un generale arretramento dell'indicatore per quanto riguarda l'effettivo utilizzo del FSE da parte dei cittadini pur a fronte di buone percentuali di cittadini con FSE attivi.

Infine, la Figura seguente riporta la sintesi del livello di utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie in termini di operatori abilitati all'utilizzo del FSE e di Aziende Sanitarie che alimentano il FSE.

[6] www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/bc

Figura 6 **Indicatore monitoraggio "Utilizzo Aziende Sanitarie" per tutte le regioni**[7]
Dati riferiti al 4° trimestre 2020



I risultati dell'indicatore appaiono, complessivamente, migliori rispetto ai precedenti, pur con diverse Regioni che si attestano ancora su percentuali prossime allo zero e una serie di Regioni avanzate. Gli indicatori appena descritti dimostrano come, in virtù di evidenti limiti di attuazione e, soprattutto, di utilizzo, il FSE non sia ancora in grado di caratterizzarsi come uno strumento in grado di svolgere un ruolo di supporto alle decisioni cliniche e di strumento di governo.

[7] www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio/ba

Working Group

Mattia Altini
Direttore Sanitario, AUSL della Romagna e Presidente, Società Italiana di Leadership e Management in Medicina (SIMM)

Mario Braga
Direttore, Agenzia Regionale di Sanità Toscana

Diego Conforti
Dipartimento Sanità e Politiche Sociali, Provincia autonoma di Trento

Gianni D'Errico
International Project Officer & European Affairs, Fondazione Toscana Life Sciences

Andrea Frosini
Intellectual Property Manager, Fondazione Toscana Life Sciences

Nicola Gentili
Direzione Sanitaria e Data Unit IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori Dino Amadori

Paolo Locatelli
Comitato HIMSS Italian Community

Giovanni Martinelli
Direttore Scientifico, IRCCS Istituto romagnolo per lo studio dei tumori Dino Amadori

Maria Teresa Montella
Direttore Sanitario, IRCCS Istituto romagnolo per lo studio dei tumori Dino Amadori

Andrea Nicolini
Responsabile coordinamento, Trentino Salute 4.0

Andrea Paolini
Direttore Generale, Fondazione Toscana Life Sciences

Noemi Porrello
Real World Evidence Lead, Roche

Maurizio Rizzetto
Comitato HIMSS Italian Community

Claudio Saccavini
Comitato HIMSS Italian Community

Elena Sini
Comitato HIMSS Italian Community e HIMSS Board of Directors

Davide Zacchetti
Fondazione Politecnico di Milano

HIMSS Italian Community sito web:
www.himss.org/membership-participation/himss-italian-community-italian-healthcare-professionals

The Healthcare Information Management and Systems Society (HIMSS) is a global advisor and thought leader supporting the transformation of health through information and technology.

As a mission driven non-profit for more than 60 years, HIMSS offers a unique depth and breadth of expertise in health innovation, public policy, workforce development, research and analytics to advise global leaders, stakeholders and influencers on best practices in health information and technology. With a community-centric approach, our innovation engine delivers key insights, education and engaging events to healthcare providers, governments and market suppliers around the world.

HIMSS serves the global health ecosystem with focused operations across North America, Europe, the United Kingdom, the Middle East and Asia Pacific. Our members encompass more than 100,000 individuals, 480 provider organizations, 470 non-profit partners and 650 health services organizations.

Our Vision
To realize the full health potential of every human, everywhere.

Our Mission
Reform the global health ecosystem through the power of information and technology.

Produced by

HIMSS ITALIAN COMMUNITY

© 2021 | www.himss.org