

PATTO PER LA SANITÀ DIGITALE

Documento programmatico

Il contesto di riferimento

La riorganizzazione della rete assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale è oggi una priorità non soltanto per le Regioni che sono coinvolte in un piano di rientro finanziario ma, più in generale, per tutte le amministrazioni che devono conciliare la crescente domanda di salute con i vincoli di bilancio esistenti.

In questa situazione l'innovazione digitale è fattore abilitante e, in taluni casi, determinante per la realizzazione di modelli sia assistenziali che organizzativi rispondenti alle nuove necessità.

Per promuovere in modo sistematico l'innovazione digitale e non lasciare che questa sia realizzata in modo sporadico, parziale, non replicabile e non conforme alle esigenze della sanità pubblica è necessario predisporre un piano strategico.

La promozione dell'innovazione digitale deve essere culturalmente condivisa come opportunità in un sistema che registra una riduzione delle risorse e una società che ha nell'invecchiamento, nella fragilità e nelle aspettative di vita con patologie croniche un elemento indiscutibile.

Pertanto l'investimento in un modo nuovo di fare assistenza, pur prevedendo inevitabilmente costi iniziali, deve comunque mirare a un aumento dell'efficienza e della qualità delle prestazioni e, in questi termini, determinare nel breve periodo dei vantaggi misurabili.

Nell'ambito dei fondi i meccanismi di ammortamento degli investimenti in innovazione digitale (e, più in generale, di tutta l'innovazione) potranno essere sicuramente agevolati attraverso una rimodulazione o una deroga, anche parziale, del Decreto Legge n. 118 del 2011 e la possibilità di prevedere dei fondi preferenziali o vincolati per ciò che riguarda l'ex articolo 20 L. n. 67/1988.

Un piano strategico di sanità elettronica richiede una quantità significativa di risorse economiche dedicate: l'adozione di piattaforme e di soluzioni capaci di supportare un nuovo modello di servizio sanitario basato sui pilastri della continuità assistenziale, del *care management*, della deospedalizzazione e della piena cooperazione tra tutti i soggetti coinvolti nella filiera della salute e del benessere comporta investimenti significativi che debbono essere compensati con una riduzione della spesa prevista dall'adozione delle nuove tecnologie (revisione della spesa).

Le esperienze del passato e la situazione economica attuale obbligano a una rivisitazione del concetto di digitalizzazione al fine di evitare inutili applicazioni, dispersione di risorse o finanziamento di progetti non replicabili. Occorre una strategia condivisa in cui alcuni soggetti sperimentino e, a risultati positivi ottenuti, aiutino altri soggetti cointeressati alla diffusione della/e piattaforma/e. Tale indirizzo in cui capofila sperimentano nuove soluzioni e si fanno poi esperti per la diffusione del progetto ad altre realtà è in linea sia con esperienze di altri paesi e vicina allo spirito e ai propositi di *Horizon 2020*; per tale motivo potrebbero essere utilizzati cofinanziamenti europei, nonché dei privati con il pieno coinvolgimento delle università e dei centri di formazione e ricerca.

La digitalizzazione deve dunque essere vista non solo come un cambiamento progressivo del modo di fare assistenza ma una vera e propria opportunità per il sistema Paese.

Ovviamente, dalla capacità di articolare un corretto svolgimento deriva la possibilità di centrare o meno l'obiettivo, rappresentato dal raggiungimento di un equilibrio di gestione, nel medio periodo, a livelli invariati di quantità e qualità di prestazioni rese.

Il tutto, per avere la certezza della riproducibilità, compatibilità ed efficacia, deve essere prima sperimentato e poi reso disponibile agli operatori che condividono le medesime esigenze. La sperimentazione dovrà portare a una proposta concreta completa del capitolato tecnico, degli indicatori di risultato e degli esperti che hanno redatto le linee guida.

Pertanto elemento determinante è che ogni applicazione deve poter essere misurata in termini di economicità, efficienza e qualità e contenere variabili per monitorarne gli aspetti che consentano interventi correttivi o la sua completa sospensione.

Ogni piattaforma deve essere dinamica per evitare investimenti improduttivi; a tal fine viene istituita una *cabina di regia per la sanità digitale (CRSD)* alla quale partecipano tutti gli attori e che ha come compito fondamentale il monitoraggio delle iniziative in essere e la valutazione di quelle da intraprendere, oltre che la diffusione delle informazioni.

In sostanza, deve essere la sede in cui tutte le esperienze pregresse (nazionali o estere) sono catalogate e quelle nuove monitorate e deve garantire la massima diffusione di tutte le informazioni necessarie a una rapida individuazione di buone pratiche.

Gli obiettivi in sintesi sono:

- sperimentare soluzioni finalizzate a un rafforzamento del sistema a saldo zero (generazione di risparmi attraverso la razionalizzazione e il reinvestimento nel potenziamento delle prestazioni erogate e della qualità di servizio reso all'utenza);
- misurare la sanità in termini di appropriatezza, efficienza ed efficacia per garantire che i livelli essenziali di assistenza siano erogati in condizioni di equilibrio economico; si fa solo ciò che serve (appropriatezza clinica), nel *setting* più corretto (appropriatezza organizzativa), nel modo più efficiente ed efficace;
- contemporaneamente, sviluppare e perseguire una visione di servizio sanitario fortemente attrattivo e competitivo, anche a livello internazionale, superando preconetti e luoghi comuni ma anche perfezionando l'offerta nelle sue componenti apparentemente secondarie, quali ad esempio l'accoglienza e la sistemazione alberghiera e i servizi per parenti e accompagnatori.

Se da un lato l'universalità del servizio sanitario rappresenta un vincolo imprescindibile, i percorsi di informazione e conoscenza verso altri mercati potranno essere utilizzati per attirare utenti di altri nazioni UE e/o extra UE.

Ecco quindi che l'adozione di soluzioni basate sulle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICTs) diventa operazione strumentale al raggiungimento di questi obiettivi strategici, attraverso l'efficientamento complessivo del SSN (in termini di qualità delle prestazioni, diffusione, accessibilità e contenimento del costo a parità di valore), che può essere conseguito ponendo in essere le seguenti azioni:

- utilizzo di nuove tecnologie che consentono la messa in rete delle informazioni e assicurano la trasparenza;
- raccolta rigorosa e certificata dei dati prestazionali al fine di garantire la misura dell'investimento;
- controllo e validazione dei protocolli da sperimentare e/o inserire nel sistema in termini di economicità, validità, efficienza e misurabilità degli effetti al fine della replicabilità;
- raccolta completa e certificata delle informazioni del SSN attraverso un processo di certificazione dei dati di struttura e prestazione da condividere con tutti gli operatori al fine di far emergere o individuare le necessità e predisporre soluzioni operative da sperimentare; la raccolta deve: a) vedere una costruzione della banche dati con una forte *governance* (indirizzi, standardizzazione, interoperabilità); b) garantire un continuo confronto (*benchmark*) dei dati di attività ed economici tra i diversi livelli di responsabilità istituzionale e organizzativa del SSN (Regioni, ASL/AO, presidi ospedalieri e territoriali, dipartimenti, distretti, UOC) per incentivare le buone pratiche e fornire strumenti utili alla revisione della spesa (*spending review*).
- collaborazione con il sistema formativo per preparare gli operatori alle nuove procedure e favorire l'umanizzazione delle prestazioni anche attraverso strumenti motivazionali.

In questo modo è possibile preservare la sostenibilità di un sistema che assiste a una progressiva espansione della domanda di benessere e non soltanto di salute e ciò spesso non coerente con le effettive necessità da parte di una popolazione in progressivo invecchiamento.

Il Patto per la sanità digitale

Questo piano straordinario di sanità elettronica diventa innanzitutto una co-evoluzione di modelli organizzativi innovativi e di soluzioni tecnologiche che li sostengono e deve risultare parte integrante dei progetti di riorganizzazione in atto.

Le fonti per il finanziamento del piano straordinario di sanità elettronica possono essere molteplici e comunque valutate nella loro opportunità e replicabilità dalla cabina di regia:

- fondi strutturali, con particolare riferimento alle Regioni Convergenza, nel quadro delle azioni di "Procurement Pre-Commerciale" (PCP) e di sviluppo dell'Agenda Digitale;
- fondi *ad hoc* stanziati da Stato, Regioni, Unione europea in ambito H2020, Banca Europea Investimento (BEI) nel quadro di iniziative di Partenariato Pubblico Privato (PPP), capace di fungere da moltiplicatore delle risorse disponibili;
- iniziative private, attraverso modelli di *project financing* e/o di *performance based contracting* (i fornitori vengono remunerati sulla base di obiettivi predefiniti e misurabili, in termini di condivisione dei vantaggi in termini di qualità, facilità di accesso di tutti i cittadini, tempestività della presa in carico e/o dei minori costi conseguiti);
- quote a carico dei cittadini, per la fruizione di specifici servizi di *e-health* a valore aggiunto.

In sostanza, attraverso una fase preliminare di coinvolgimento degli *stakeholder*, si verificano le effettive disponibilità di fornitori ICT e di altri soggetti eventualmente interessati al co-finanziamento (banche e altre istituzioni finanziarie potenzialmente coinvolgibili in un modello di *project financing*) avendo anche l'obiettivo di valutare l'effettiva praticabilità di un simile percorso.

Come primo riferimento saranno considerati i casi di successo a livello internazionale; saranno ovviamente valutate le prime manifestazioni di interesse da parte di *global player* portatori di competenze, esperienze e referenze.

Si tratta di costruire, a partire da questa avanguardia, un incubatore capace di coinvolgere anche le imprese italiane da sempre al servizio dell'innovazione in sanità.

Il punto d'arrivo è rappresentato dal riequilibrio gestionale del sistema sanitario che dovrà erogare servizi innovativi che portino almeno alla confrontabilità con la vecchia configurazione ma che comunque abbiano il valore aggiunto di un minor costo e le potenzialità di una crescita in termini di qualità complessiva ed economicità.

Sulla base di queste premesse nasce l'idea del Patto per la Sanità Digitale: un'iniziativa rigorosamente precompetitiva, aperta alla partecipazione da parte di tutti gli *stakeholder* interessati allo sviluppo di una sanità italiana sempre più efficiente ed efficace.

Il Patto nasce con l'obiettivo di disegnare un *Master Plan* triennale (2015-17) per la sanità elettronica, identificando i possibili ambiti di attivazione di iniziative di partenariato pubblico-privato capaci di innescare un circuito virtuoso di risorse economiche destinate a finanziare gli investimenti necessari. In sostanza, tutti i potenziali attori lavorano insieme alla costruzione di questo piano verificando per ciascun ambito prioritario di intervento:

- Fattibilità della operazione (in termini economico finanziari)

Studi di *project financing* o *performance based contracting* e/o accessibilità a fondi comunitari o altre risorse pubbliche. Le eventuali operazioni di partenariato pubblico-privato si sostanzieranno all'interno del quadro normativo vigente, generando quindi procedure ad evidenza pubblica cui potranno rispondere tutti gli operatori economici interessati purché in possesso dei requisiti minimi di ammissibilità.

I soggetti aderenti al Patto si impegneranno a rispettare il principio precompetitivo dell'iniziativa e a collaborare con tutti gli *stakeholder* fornendo competenze ed elementi utili a sviluppare modelli economici applicabili alle iniziative di partenariato pubblico-privato.

- Validazione dei modelli concettuali sviluppati

Gli aderenti si impegneranno ad avviare, validazioni sperimentali ("*Proof of Concept*") dei modelli di iniziative individuate come prioritarie. Ai titolari del progetto viene riconosciuta la titolarità delle linee guida generate e possono essere utilizzati nella implementazione in realtà simili delle piattaforme come consulenti esterni.

- Impegno delle Regioni, ASL/AO (in generale degli aderenti al Patto).

Dichiarazione di privilegiare iniziative di sistema, avviando obbligatoriamente la procedura di riutilizzo delle soluzioni sviluppate (ovviamente quelle non coperte da *copyright*).

Gli aderenti al Patto si impegnano quindi a garantire lo sviluppo di piattaforme integrabili di cui la cabina di regia curerà la conservazione fornendo agli eventuali interessati informazioni riguardanti le caratteristiche, i vantaggi complessivi, i costi al momento della sperimentazione, le qualità e le linee guida della implementazione del processo, il nominativo degli esperti che hanno maturato esperienza partecipando al progetto pilota.

Per tale motivo le Regioni si impegnano a inserire, nell'ambito della contrattualistica che regola il rapporto negoziale con i direttori generali delle ASL o AO, una clausola in cui si evidenzia l'obbligo di informare la Regione di qualsiasi iniziativa progettuale riguardante il patto della sanità digitale. A tal fine le Regioni, successivamente alla ricezione del progetto, informano la cabina di regia, che si esprime entro 30 giorni verificando:

- se vi siano sperimentazioni già avviate e qualora siano già concluse valuta la possibilità di riutilizzarle;
- esprime parere sulla completezza del progetto in termini di interoperabilità, misurandone le ricadute economiche e sul SSN.

Le Regioni si impegnano, inoltre, a riconoscere alla sperimentazione da loro approvata, una tariffa iniziale provvisoria o altro sistema di remunerazione.

Al termine della sperimentazione deve essere comunicata alla cabina di regia: la congruità in ragione degli obiettivi nonché l'uso delle risorse che sono state realmente necessarie, oltre a tutti gli altri elementi obbligatori per l'inserimento nel *data base*.

In sostanza la validazione finale della sperimentazione deve contenere tutte le informazioni che consentano di comprendere non solo i benefici in termini di qualità della prestazione, dell'impatto sulla salute dei cittadini ma anche i costi da sostenere nonché il rapporto costi/benefici oltre che tutta la documentazione indispensabile per rendere possibile ad altri soggetti il riuso. Tutto ciò sarà disponibile sul sito *web*.

La Cabina di Regia può predisporre visite per la presa visione sul campo della sperimentazione valutata. Gli esperti devono formulare un parere motivato con le eventuali criticità o pregi della sperimentazione; questo sarà pubblicato sul sito *web*.

Gli attori coinvolti

Il Patto deve coinvolgere tutti i principali stakeholder nazionali e regionali. Possono inoltre aderire al Patto altri portatori di interesse e operatori economici e finanziari interessati a contribuire al perseguimento degli obiettivi strategici del Patto stesso. In sostanza, si vogliono coinvolgere tutte le potenzialità presenti sul Territorio Nazionale cercando anche di far crescere professionalità adeguate, partendo dalla formazione universitaria, quanto favorire iniziative di start up (o altre) al momento comprese dalla situazione di ristrettezza economica del Paese.

Le priorità di intervento del Patto

Vengono qui evidenziate alcune tra le priorità di intervento che faranno parte del Patto in quanto ritenute maggiormente suscettibili di interventi in regime di partenariato pubblico-privato o comunque riconducibili a logiche di performance based contracting in ambiti dove l'efficientamento dei processi di erogazione dei servizi garantisce un battente significativo di economie gestionali realizzabili.

Devono essere privilegiate quelle iniziative che coinvolgono aree del Paese che per loro oggettiva olografia e posizione geografica hanno difficoltà a ottenere livelli di servizi paragonabili al resto della comunità Nazionale. In particolare, ci si riferisce al progetto coordinato dalla Presidenza insieme al Mise sulle AREE INTERNE ormai in una fase molto avanzata di mappature delle priorità.

Il primo non esaustivo né vincolante elenco di priorità è il seguente:

- soluzioni e servizi per la continuità assistenziale ospedale-territorio: i PDTA come nuova modalità di approccio e i sistemi di *Patient Workflow Management* e *Patient Relationship Management*;

- dal "Taccuino personale del cittadino" al "*Personal Healthcare Assistant*": nuove piattaforme di servizi "*information intensive*" per i cittadini. Dalla prenotazione al pagamento multicanale ecc.;
- soluzioni di *e-health* quali fattori abilitanti di processi riorganizzativi della rete assistenziale, favorendo la deospedalizzazione e il potenziamento dell'assistenza territoriale;
- telesalute quale servizio innovativo di presa in carico del paziente cronico, con trasmissione a distanza di parametri clinici interpretati e gestiti dai professionisti sanitari all'interno di un piano assistenziale individuale;
- teleconsulto, tele refertazione, tediagnosi, tele monitoraggio, tele riabilitazione; telemedicina e integrazione col Fascicolo Sanitario Elettronico;
- cure primarie: nuovi modelli organizzativi e cartella clinica condivisa;
- sistemi informativi ospedalieri integrati;
- modelli e soluzioni per la *Clinical Governance*;
- logistica del farmaco, "farmaco a casa" e monitoraggio dell'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche;
- *Unified Communication e Collaboration* come nuova modalità di interazione multidisciplinare tra professionisti in ambito ospedaliero e territoriale;
- Analisi e condivisione sull'utilizzo di "SNOMED CT" quale standard semantico di riferimento per lo scambio di informazioni di salute relative ai cittadini a livello nazionale e transfrontaliero; valutazione dell'impatto derivante dall'adozione di tale standard;
- Condivisione a livello centrale dei dati di acquisto e di consumo di beni e servizi del SSN che consenta un monitoraggio tempestivo e puntuale della spesa sanitaria per beni e servizi, favorendo così l'individuazione di ulteriori aree di razionalizzazione e centralizzazione. Condivisione dei dati tra Centrali di Committenza Regionali e Nazionale per indirizzare al meglio le iniziative centralizzate in termini qualitativi e quantitativi. Tale banca dati favorirebbe altresì una migliore programmazione della spesa e controlli multilivello sull'appropriatezza in base ai livelli produttivi di struttura.
- Soluzioni di servizi, anche in modalità *Shared Services*, con livelli di interoperabilità definiti a livello centrale (es. CUP, dematerializzazione e conservazione sostitutiva, gestione amministrativa, PACS, referti via web, prenotazione e pagamento via web, ecc);
- Modelli organizzativi e strumenti per la razionalizzazione dell'infrastruttura IT della Sanità Pubblica: *business continuity e disaster recovery*;
- Regole e linee guida per lo sviluppo di sistemi di tipo ERP per le strutture sanitarie con livelli di interoperabilità tra i sistemi informativi aziendali/regionali con quello centrale;
- Incentivare l'interoperabilità tra le diverse banche dati disponibili al fine anche di promuovere un *change management e una governance evidence based*; l'abbondanza di dati oggi disponibili deve essere messa rapidamente a disposizione, per permetterne le analisi utili a guidare le scelte cliniche e gestionali, tentare di prevedere la "domanda di salute" nel medio-lungo periodo per adattare di conseguenza il sistema sanitario al fine di evitare uno spreco di risorse o una loro carenza, ridurre i casi di frode o di costi non pertinenti attraverso l'utilizzo di modelli analitici combinati per individuare le *compliance* più efficienti e migliorare i percorsi di cura (*evidence base medicine*);
- Ulteriore sviluppo degli acquisti telematici in ambito sanitario anche attraverso l'istituzione e realizzazione di un nomenclatore unico costantemente aggiornato e che vada ad alimentare processi di acquisto omogenei e monitorati in tutto il Paese producendo un'efficienza complessiva del sistema ed omogeneità dei prezzi delle categorie merceologiche in tutte le regioni. In tale contesto potrebbe essere ulteriormente rafforzato l'obbligo normativo di utilizzo di strumenti telematici di acquisto (restringendo al solo utilizzo dello SDA messo a disposizione da Consip e delle piattaforme telematiche messe a disposizione dalla Centrali di Acquisto Territoriali) per procedure di acquisto di specialità medicinali da parte delle strutture del SSN, anche promuovendo interventi di innovazione del processo distributivo (es. razionalizzazione della logistica, farmaco monodose);
- Condivisione a livello centrale dei dati di acquisto e di consumo di beni e servizi del SSN (definendo un set di dati univoco e strutturato nonché modalità/tempi di alimentazione) che consenta un monitoraggio tempestivo e puntuale della spesa sanitaria per beni e servizi, favorendo così l'individuazione

di ulteriori aree di razionalizzazione e centralizzazione (al livello più adeguato di aggregazione). Ulteriore potenziamento e arricchimento delle Banche Dati su consumi e prezzi dei Dispositivi Medici e condivisione dei dati tra Centrali di Committenza Regionali e Nazionale per indirizzare al meglio le iniziative centralizzate in termini qualitativi e quantitativi. Tale banca dati favorirebbe altresì una migliore programmazione della spesa e controlli multilivello sull'appropriatezza in base ai livelli produttivi di struttura (anche in accordo a quanto previsto dall'art.24 del Patto per la Salute 2014 - 2016).

Queste priorità verranno discusse *in progress* in modo da giungere a una versione condivisa da tutti gli stakeholder.

La governance

Si prevede l'istituzione di una Cabina di Regia per il raggiungimento degli obiettivi del Patto, formata da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dello sviluppo economico, del Ministero dell'economia e delle finanze, delle Regioni, dell'Agid, di AIFA e di Agenas, nonché dalle categorie di stakeholder interessate. La Cabina di regia sarà presieduta da un rappresentante del Ministero della Salute; un rappresentante Regionale svolgerà le funzioni di vicepresidente.

La cabina di regia non potrà essere costituita da un numero di componenti superiore a 15 di cui 3 ciascuno per il Ministero della salute e delle Regioni, uno ciascuno per il Ministero economia, dello sviluppo economico, Agenas, Aifa, ordine dei medici, ordine dei farmacisti, ordine degli infermieri, Comuni, Consip.

Per ognuna delle priorità progettuali o per specifici problemi per i quali si rendesse necessaria un'alta professionalità non disponibile nella cabina di regia potranno costituirsi *gruppi di lavoro tematici*, in condivisione con tutti gli stakeholder interessati ed esteso – su chiamata specifica – alla partecipazione di Istituzioni e ricercatori di chiara fama. Ci si potrà avvalere anche di singoli esperti in relazione alle esigenze e alle priorità progettuali.

Al Ministero della salute spetta la convocazione delle riunioni e la registrazione delle stesse; non verranno redatti verbali, sarà stilato l'elenco degli argomenti e, a margine dello stesso, verrà riportata l'ora di inizio della discussione; l'intera seduta sarà videoregistrata e resa disponibile sull'apposito sito, dove sarà possibile visualizzare tutti i documenti prodotti nell'ambito dei lavori del Patto.

Tutte le persone coinvolte a qualsiasi titolo all'interno del Patto e dei suoi gruppi di lavoro parteciperanno a titolo completamente gratuito e le riunioni si terranno prevalentemente in videoconferenza.

Le attività

Immediatamente dopo l'insediamento della Cabina di Regia, sono pianificati più incontri al fine di individuare la metodologia da utilizzare per la definizione delle sia dell'area che dei servizi prioritari d'intervento. In analogia al progetto sulle aree interne deve essere fatta la mappatura degli interventi ritenuti utili per rispondere a una esigenza concreta.

Contemporaneamente viene costruita una mappatura delle esperienze attive sul territorio nazionale o UE definite nel dettaglio sia in termini di risposta alla domanda che di efficacia ed economicità. Alla fine del monitoraggio il Ministero della salute arricchirà il proprio portale con una sezione appositamente dedicata.

Il Ministero della salute si impegna a verificare, in collaborazione col Ministero per lo sviluppo economico, le Regioni ed altri possibili finanziatori le disponibilità economiche da poter utilizzare annualmente.

La Cabina di Regia predisponde un primo *Master Plan* di proposte relative a iniziative di partenariato pubblico-privato, da avviare secondo le norme vigenti attraverso procedure a evidenza pubblica (*progetti esecutivi – bando pubblico*) in funzione della disponibilità delle amministrazioni coinvolte.

In sostanza si cerca di attivare iniziative virtuose pubblico - privato al fine di creare *progetti sperimentali* con impegno paritetico delle parti, sperimentazione che dovrà essere misurata nel suo impatto complessivo. Si vuole introdurre, dunque, una certificazione scientifica che, come per tutte le iniziative mediche, si avvale di una fase teorica e di ipotetici risultati ma che, necessariamente, dovrà essere sperimentata. Ovviamente ciò potrà essere fatto prima in una piccola popolazione e poi a gruppi più consistenti. I risultati dovranno poter essere misurati al fine di verificare il raggiungimento delle ipotesi attese.

Questo consentirà dopo la selezione delle sperimentazioni avviabili (compatibili sia in termini di fattibilità economica, di copertura di una specifica esigenza, di estendibilità a situazioni analoghe, misurabilità dell'intervento sia in termini sanitari che economici) di predisporre un pacchetto di progetti sperimentali complessi che saranno monitorati dalla Cabina di Regia (o dagli esperti da questa nominati anche attraverso ispezioni *in loco*) e cofinanziati dalla parte pubblica e da quella privata.

Al termine della sperimentazione, se questa ha esito positivo, la Cabina di Regia chiede di pubblicare nella sezione dedicata del Portale del Ministero della salute i seguenti dati:

- la tipologia dell'intervento e gli obiettivi dello stesso (riusabilità);
- i risultati ottenuti sia in termini sanitari che economici;
- l'investimento complessivo e i risultati (indicatori utilizzati) dei guadagni in termine di salute e dei risparmi in termine di spesa;
- l'investimento necessario presumibile per la sua estensione in altre situazioni territoriali analoghe;
- l'intero capitolato inclusivo dei meccanismi per adattarlo alla dimensione della popolazione su cui impatta la procedura;
- i sistemi di monitoraggio *ex post* attivi per validare nel medio periodo l'evoluzione del modello (e poterlo poi riadattare sia alle mutate esigenze tecniche ma anche sociali);
- elenco degli esperti del SSN che hanno redatto le linee guida e sperimentato attivamente e quindi accumulato esperienza in questo progetto.

Il Ministero della salute pubblicherà sul sito *web*, oltre alle sperimentazioni già esistenti, anche quelle in essere al fine di creare un archivio pubblico di tutte le esperienze monitorate dalla Cabina di Regia. Il record dovrà contenere almeno i dati sopra riportati ma potrà essere arricchito da ulteriori informazioni.

Nello stesso tempo la Cabina di Regia deve predisporre il *Master Plan* per le iniziative di Sanità Digitale, a valenza triennale, dove saranno comprese le indicazioni delle priorità, le tematiche urgenti in ragione delle aspettative dei cittadini, il possibile cronoprogramma degli interventi, i modelli di copertura finanziaria possibili e tutto ciò tenendo conto dei risultati delle iniziative sperimentali già avviate in Italia o nell'UE. Tutte le iniziative contenute nel *Master Plan* sono inserite nelle priorità o nei programmi esecutivi del Patto per la Sanità Digitale e saranno oggetto dei bandi annuali.

Nel corso del 2015 si avvierà la fase di analisi dei dati e di avvio dei bandi, attraverso singole operazioni di partenariato pubblico-privato attivate dalle amministrazioni e dai partner privati interessati. La Cabina di Regia monitorerà costantemente le singole iniziative avviate all'interno del *Master Plan*, anche con l'obiettivo di misurarne i ritorni in termini di efficientamento e di risparmi conseguiti.