

## L'introduzione della cartella informatizzata del paziente solleva questioni ancora irrisolte

**Nel quadro della strategia «Sanità 2020» del Consiglio federale, la promozione dei servizi sanitari informatizzati («eHealth») e, in particolare, della «cartella informatizzata del paziente» (CIP) rappresenta un elemento cruciale. Lo scopo principale dell'introduzione della CIP consiste nello sfruttare le potenzialità di miglioramento per quanto riguarda la qualità dei processi di cura, la sicurezza dei pazienti e l'efficienza del sistema sanitario.**



L'introduzione di una CIP è un complesso intreccio di condizioni giuridiche, organizzative e tecniche.

Quando la «Legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP)» entrerà in vigore nel 2017, gli ospedali avranno 3 anni per aderire a una comunità o una comunità di riferimento certificata, e le case di cura 5 anni. Nel settore ambulatoriale l'affiliazione è volontaria.

Ora c'è da pensare all'attuazione cantonale. I Cantoni devono coordinare il lavoro pratico: a ospedali, cliniche, case di cura, medici, farmacie e servizi Spitex spetta partecipare alle discussioni e prepararsi all'interconnessione.

### **Intervista di SWISS REHA a Nicolai Lütschg, direttore della Comunità di riferimento «eHealth Argovia»**

**I fornitori di prestazioni ospedaliere devono aderire a una comunità o a una comunità di riferimento nel periodo transitorio prestabilito. I progetti cantonali di attuazione servono a fornire le prime indicazioni su come costituire e organizzare le comunità e le comunità di riferimento. Come vengono finanziate le comunità di riferimento e quali costi di esercizio occorre prevedere?**

La costituzione e la certificazione delle comunità di riferimento sono appoggiate dalla Confederazione con aiuti finanziari pari a 30 milioni di franchi per una durata di 3 anni dall'entrata in vigore della legge. Si applicherà il principio secondo cui la Confederazione raddoppia il contributo dei Cantoni o di terzi fino a un importo massimo. Quando la comunità o la comunità di riferimento è certificata può iniziare il normale esercizio che però non è più finanziato dai contributi della Confederazione. Ci saranno diversi modelli, da uno completamente cantonale fino alle comunità o comunità di riferimento finanziate soltanto dai fornitori di prestazioni. Inoltre la nuova legge non esclude che, a sopperire ai costi, siano anche i principali fruitori della CIP: i pazienti. Ma ogni comunità di riferimento dovrà decidere se l'opzione gioverebbe all'accettazione della CIP tra la popolazione e alla sua diffusione.

L'ammontare dei costi d'esercizio è stata quantificata dalla Confederazione l'ultima volta nel 2013 in occasione della presentazione della legge al Parlamento a 1,87–3,12 milioni di franchi all'anno, secondo le dimensioni della comunità. Le comunità si situano nella fascia medio-bassa dei costi e le comunità di riferimento nel segmento medio-alto. Ma le cifre dimostrano che la creazione e l'esercizio di una comunità di riferimento sono un'impresa complicata, com'è del resto emerso

chiaramente a marzo durante la consultazione sul diritto d' esecuzione della LCIP. Inoltre, aumenteranno di sicuro non solo i costi per l'infrastruttura informatica e per rispettare i requisiti organizzativi, ma dovrebbero essere più cari di quanto previsto in passato anche la certificazione, le verifiche regolari e i rinnovi della certificazione. Dunque è molto probabile che il numero di comunità e comunità di riferimento allora preventivato (in totale ca. 40 in tutta la Svizzera) si ridurrà drasticamente.

### **I singoli Cantoni possono imporre come condizione, per l'attribuzione dei mandati di prestazioni secondo l'elenco degli ospedali, l'affiliazione a una comunità intracantonale di riferimento?**

La LCIP prescrive solo l'obbligo di aderire entro 3 o 5 anni a una comunità di riferimento certificata, ma non specifica se deve trattarsi della comunità di riferimento della propria regione di approvvigionamento di cure sanitarie.

La questione va verificata in ogni singolo Cantone, perché dipende anche dalle basi legislative cantonali e dall'organizzazione delle relative istituzioni.

A causa delle condizioni di certificazione della LCIP, molto dettagliate e in parte estremamente complicate a livello d'attuazione, in molti casi potrebbe essere più semplice – e soprattutto meno costoso – aderire a una comunità regionale di riferimento esistente, piuttosto che crearne una propria. È dunque lecito ipotizzare che gli elevati costi faranno nascere collaborazioni sopracantonali in più Cantoni.

### **Le cliniche che hanno sedi in due o più Cantoni devono aderire a una o a più comunità regionali di riferimento?**

Questo tipo di cliniche dovranno deciderlo di caso in caso. Dal punto di vista attuale, nel quadro delle disposizioni dell'ordi-

nanza oggetto della consultazione, è consentito ai professionisti della salute e alle loro istituzioni essere affiliati a più di una comunità e/o comunità di riferimento. Di per sé occorre però precisare che una forte presenza a livello regionale è opportuna perché consente di mettere a disposizione dei pazienti funzionalità ancor più estese. Ad esempio un professionista della salute (come un medico in una clinica) potrebbe essere «abilitato», ovvero potrebbe trasmettere a precise condizioni i diritti d'accesso ad altri professionisti della salute, ad es. per i trattamenti successivi di Spitex; ciò potrebbe rivelarsi utile per pazienti che non vogliono o non sanno gestire completamente da soli la propria cartella informatizzata.

### **SWISS REHA ritiene che per garantire l'uniformazione e la validità generalizzata dei sistemi occorra fissare un insieme minimo di dati unitario a livello svizzero.**

La validità generalizzata e l'uniformazione sono obiettivi primari della LCIP. Prova ne sia che sono in corso di elaborazione appositi formati di scambio dati in linea con questi requisiti: servono a definire gli standard tecnici e semantici, per assicurare una comunicazione più semplice possibile tra i sistemi. Ma per l'entrata in vigore della LCIP (e della sua ordinanza), in base all'attuale stato di avanzamento dei preparativi questi formati di scambio non saranno ancora disponibili: la Confederazione ha difatti già previsto di fornirli in seguito. I formati di scambio sono elaborati direttamente dai fornitori di prestazioni nell'ambito di un gruppo di lavoro interprofessionale («GLIP»). Saranno dapprima stilati i formati di scambio «eMedicazione» ed «eRapporto di dimissione», e poi dovrebbero seguire anche un cosiddetto «Patient Summary» (cioè un riassunto strutturato dei principali dati del paziente) e, naturalmente, anche altri formati.

### **Come garantire la comunicazione tra le diverse comunità di riferimento, in particolare nell'ottica delle catene di cliniche per la riabilitazione con sedi in vari Cantoni?**

Da un punto di vista tecnico, la disponibilità dei dati e dei documenti nel quadro della cartella informatizzata del paziente è assicurata in ogni caso tramite lo scambio di dati, che è esteso all'insieme delle comunità.

Bisogna inoltre sottolineare che la cartella informatizzata del paziente è un sistema secondario; invece, la comunicazione tra sedi nel contesto di un eventuale sistema primario comune (come può essere ad es. il sistema interno d'informazione tra cliniche) non ne sarà toccata.



Beat Huwiler, direttore,  
SWISS REHA



Nicolai Lütsch, direttore Comunità di riferimento «eHealth Argovia» (precedentemente re-sponsabile del «progetto complessivo LCIP» in seno all'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP)

**SWISS  
REHA**

Le cliniche più all'avanguardia per la riabilitazione in Svizzera • RehaClinic Bad Zurzach, 5330 Bad Zurzach • RehaClinic Baden, 5401 Baden • Klinik Barmelweid AG, 5017 Barmelweid • REHAB Basel, 4012 Basel • RehaClinic Braunwald, 8784 Braunwald • Clinica Hildebrand Centro di Riabilitazione Brissago, 6614 Brissago • Berner Klinik Montana, 3963 Crans-Montana • Zürcher RehaZentrum Davos, 7272 Davos Clavadel • Klinik St. Katharinental Spital Thurgau AG, 8253 Diessenhofen • Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, 6760 Faido • RehaClinic Glarus, 8750 Glarus • Berner Reha Zentrum AG, 3625 Heiligenschwendli • RehaClinic Kilchberg, 8802 Kilchberg • Institution de Lavigny, centre de neuroréhabilitation, 1175 Lavigny • Schweizer Paraplegiker-Zentrum, 6207 Nottwil • Clinica di Riabilitazione di Novaggio, 6986 Novaggio • Salina Rehaklinik, 4310 Rheinfelden • Reha Rheinfelden, 4310 Rheinfelden • aarReha Schinznach, 5116 Schinznach-Bad • Klinik BETHESDA Tschugg, 3233 Tschugg • Klinik Adelheid AG, 6314 Unterägeri • Kliniken Valens, Rehazentrum Valens, 7317 Valens • Zürcher RehaZentrum Wald, 8636 Wald • Kliniken Valens, Rehazentrum Walenstadtberg, 8881 Walenstadtberg • Rheinburg-Klinik AG, 9428 Walzenhausen • Rehaklinik Zihlschlacht AG, 8588 Zihlschlacht • RehaClinic Zollikerberg, 8125 Zollikerberg