



Maggio 2023

Rapporto sui risultati della procedura di consultazione

(25 gennaio – 2 maggio 2023)

Revisione della legge federale sulla cartella informatizzata del paziente

Finanziamento transitorio e consenso



Indice

1	Situazione iniziale.....	4
2	Procedura di consultazione e criteri di analisi	4
2.1	Procedura di consultazione	4
2.2	Criteri di analisi.....	5
3	Sintesi dei risultati.....	5
3.1	Analisi statistica.....	5
3.2	Panoramica	6
3.2.1	Osservazioni generali sul progetto globale	6
3.2.2	Osservazioni generali sui singoli elementi del progetto.....	7
3.2.3	Pareri generali contrari al progetto	12
4	Pareri in merito alle singole disposizioni.....	17
4.1	LCIP	17
4.1.1	Ingresso... ..	17
4.1.2	Art. 1 Oggetto e scopo.....	17
4.1.3	Art. 3 Consenso.....	18
4.1.4	Art. 23a Principi	19
4.1.5	Art. 23b Importo massimo	35
4.1.6	Art. 23c Procedura	35
4.1.7	Art. 26a Disposizione transitoria della modifica del	35
4.2	OFCIP	36
4.2.1	Ingresso... ..	36
4.2.2	Art. 1 Oggetto.....	36
4.2.3	Art. 2 Principio.....	36
4.2.4	Art. 3 Importo per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta	37
4.2.5	Art. 4 Importo massimo per ciascuna comunità di riferimento.....	41
4.2.6	Art. 5 Domanda	42
4.2.7	Art. 6 Decisione	44
4.2.8	Art. 7 Obbligo di comunicazione	44
4.2.9	Art. 8 Pagamento	45
4.2.10	Art. 9 Modifica di un altro atto normativo	45
4.2.11	Art. 10 Disposizione transitoria	46
4.2.12	Art. 11 Entrata in vigore.....	46
4.3	Osservazioni generali	46
5	Pareri in merito al rapporto esplicativo.....	47
6	Altri punti sollevati	48
6.1	Processo legislativo.....	48
6.2	Obbligo di affiliarsi a una comunità o a una comunità di riferimento per tutti i professionisti della salute	48
6.3	Obbligo di registrare dati nella CIP per i professionisti della salute	49
6.4	Numero delle comunità di riferimento	50
6.5	Volontarietà / opt-out / apertura della CIP.....	50
6.6	Accesso all'HPD.....	51
6.7	Processo di apertura	52

6.8	Carenze nell'attuazione della (L)CIP	53
6.9	Varie.....	58
7	Allegati	60
7.1	Elenco dei destinatari / partecipanti alla consultazione	60
7.2	Elenco delle abbreviazioni utilizzate nel testo.....	68

1 Situazione iniziale

L'11 agosto 2021, il Consiglio federale ha adottato il rapporto «Dossier électronique du patient. Que faire encore pour qu'il soit pleinement utilisé?» (Cartella informatizzata del paziente. Che cos'altro si può fare per garantirne il pieno utilizzo?) nel quale constata che il finanziamento delle comunità di riferimento e quindi della CIP costituisce una grande sfida. La revisione completa della legge del 19 giugno 2015 sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP; RS 816.1), commissionata dal Consiglio federale il 27 aprile 2022, dovrà disciplinare chiaramente i ruoli di Confederazione e Cantoni in relazione alla CIP e garantire il finanziamento a lungo termine di quest'ultima. Nel contempo, andranno adottate diverse misure per sviluppare ulteriormente la CIP e aumentarne così l'utilità per tutte le parti coinvolte.

Tuttavia, fino all'entrata in vigore della revisione completa potrebbero trascorrere circa cinque anni. Poiché questo lasso di tempo rappresenta una fase critica per l'introduzione e la diffusione della CIP, lo si deve superare con un finanziamento transitorio delle comunità di riferimento.

Per l'apertura di una CIP è necessario il consenso con firma autografa del paziente. Il consenso può essere espresso anche mediante firma elettronica qualificata (FEQ) ai sensi della legge del 18 marzo 2016 sulla firma elettronica (FiEle; RS 943.03), ma dato che questa alternativa non si è ancora sufficientemente affermata sul mercato, in futuro, per semplificare il processo di apertura e consentire in particolare un processo di apertura online semplificato, bisognerà rendere possibili altre forme di consenso elettronico.

2 Procedura di consultazione e criteri di analisi

Il 25 gennaio 2023 il Consiglio federale ha avviato la procedura di consultazione in merito alla revisione della LCIP: finanziamento transitorio e consenso (incl. diritto esecutivo). La procedura di consultazione si è conclusa, tenuto conto dei giorni festivi pasquali, il 2 maggio 2023.

2.1 Procedura di consultazione

Sono stati invitati a partecipare alla consultazione i Governi dei 26 Cantoni, la Conferenza dei direttori cantonali, 11 partiti politici, 3 associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, 8 associazioni mantello nazionali dell'economia e altre 62 organizzazioni.

Degli iscritti nell'elenco dei destinatari hanno fatto pervenire un parere di merito 25 Cantoni (tutti salvo Vaud) e la GDK, 5 partiti politici (Alleanza del Centro, PLR, I Verdi, PSS e UDC), 3 associazioni di spicco dell'economia (economiesuisse, USS, sgv-usam) e 23 organizzazioni (tra cui organizzazioni di pazienti e consumatori, organizzazioni specializzate, assicuratori, provider tecnici).

Si sono inoltre pronunciate in merito alla consultazione altre 35 organizzazioni e istituzioni, in particolare organizzazioni specializzate e provider tecnici.

Sono pervenute complessivamente 97 risposte, in 4 delle quali (USI, KAV, SNV, SUVA) si rinuncia a esprimere un parere di merito. Sono state pertanto analizzate in totale 93 risposte.

Categoria	Totale	Risposte interpellati	Risposte non interpellati	Totale risposte
Cantoni / KdK / GDK	27	25	1	26
Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale	11	5	-	5
Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni montagna	3	-	-	-
Associazioni mantello nazionali dell'economia	8	3	-	3
Altre organizzazioni interpellate	62	24	-	24
Organizzazioni e soggetti privati non interpellati	-	-	35	35
Totale risposte	111	57	36	93

Tabella 1: Panoramica delle risposte pervenute

2.2 Criteri di analisi

Al fine di ottenere un quadro d'insieme il più completo possibile, i diversi pareri espressi nelle numerose risposte pervenute sono stati riassunti e riportati al punto 4 del presente rapporto sotto le singole disposizioni del progetto.

3 Sintesi dei risultati

3.1 Analisi statistica

L'analisi statistica dei 93 pareri pervenuti è sintetizzata nella tabella 2 (per dettagli, cfr. punto 2.1). Questi ultimi sono stati classificati in base alla ratio seguente:

- **Approvazione:** il progetto è appoggiato senza riserve. Gli autori dei pareri vi concordano appieno.
- **Riserve:** il progetto è sostanzialmente appoggiato, ma sono auspicati alcuni adeguamenti.
- **Rifiuto:** il progetto è sostanzialmente respinto.

Categoria	Approvazione	Riserve	Rifiuto	Totale
Cantoni / KdK / GDK	-	23	3	26
Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale	-	3	2	5
Associazioni mantello nazionali dell'economia	1	2	-	3
Altre organizzazioni interpellate	4	18	2	24
Organizzazioni e soggetti privati non interpellati	3	28	4	35
Totale	8	74	11	93

Tabella 2: Analisi statistica dei pareri

3.2 Panoramica

3.2.1 Osservazioni generali sul progetto globale

Cantoni

I Cantoni *AG, BS, FR, GE, JU, NE, NW, TI, UR, VS* come pure la *GDK*¹ approvano sostanzialmente il progetto, ma auspicano che vi siano apportate delle modifiche.

BE e *GR* dubitano che il progetto contribuisca a salvare la CIP. *TG* lo respinge.

Partiti

I partiti *Alleanza del Centro* e *PSS* approvano sostanzialmente il progetto, ma auspicano che vi siano apportate delle modifiche. *I Verdi* sostengono il progetto per non compromettere gli investimenti fatti finora ed evitare ulteriori ritardi nella diffusione della CIP.

Il *PLR* ritiene il progetto opportuno fatte alcune riserve, mentre l'*UDC* lo respinge.

Associazioni mantello nazionali

USS sostiene sostanzialmente il progetto.

Economiesuisse, sgv-usam approvano sostanzialmente il progetto, ma auspicano che vi siano apportate delle modifiche.

Organizzazioni di pazienti e consumatori

GELIKO accoglie con favore il progetto e rinuncia a valutarlo.

Le organizzazioni *ACSI, DVSP, FRC* e *SKS* approvano sostanzialmente il progetto, ma auspicano che vi siano apportate delle modifiche.

¹ *AI, AR, BL, GL, GR, LU, OW, SG, SH, SO, SZ, ZG* e *ZH* si associano al parere della *GDK* laddove non abbiano espresso un avviso contrario.

Organizzazioni specializzate

FSP, *senesuisse* e *vsao* accolgono con favore o approvano integralmente il progetto. Pur rinunciando a esprimere un parere sui singoli elementi, anche *FAMH* lo appoggia.

ADTG, *ARTISET*², *ASPS*, *IGMG*, *Interpharma*³, *IPAG*, *SBAP*, *SBK*, *Spitex*, *svbg*, *SVDG* e *VGI.ch* approvano sostanzialmente il progetto, ma auspicano che vi siano apportate delle modifiche. *IG eHealth*, *SDV* e *SHV* trovano comprensibile la suddivisione della revisione parziale della LCIP in due tappe e ritengono opportuno anche il finanziamento transitorio.

AAV, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse* come pure *Sphf* ritengono il finanziamento transitorio uno strumento necessario, ma sono critici nei confronti del finanziamento volontario da parte dei Cantoni e dell'aiuto finanziario ad esso legato.

*FMH*⁴, *mfe*⁵ e *SGAIM* sono critici nei confronti del progetto.

H+ dubita che il progetto contribuisca a salvare la CIP. *BEKAG*, *SGMI* nonché *SMVS* respingono il progetto o lo giudicano insufficiente.

Assicuratori

Il progetto è ritenuto opportuno da *curafutura* ed è accolto con favore anche da *santésuisse*.

Provider tecnici

Abilis, *axsana*, *CARA*⁶, *eSanita*, *KSG* e la *Posta* approvano sostanzialmente il progetto, ma auspicano che vi siano apportate delle modifiche.

AD Swiss e *HIN* trovano problematico che a beneficiare degli aiuti finanziari siano solo le comunità di riferimento, mentre altre comunità e Identity Provider (IDP) vengano lasciate a mani vuote.

SwissSign si esprime solo in merito alla semplificazione del consenso, che respinge nella modalità proposta.

Altre organizzazioni, cerchie interessate

Le organizzazioni *CVCI*, *SDA*, *SSR*, *Swico* approvano sostanzialmente il progetto, ma auspicano che vi siano apportate delle modifiche.

Per *CH++* il finanziamento transitorio è necessario, ma non sufficiente.

WEKO ha una riserva riguardo a una disposizione.

Il *Dr. med. Beat Gafner* respinge il progetto. *EKK* ritiene che il progetto non sia atto a raggiungere l'obiettivo perseguito.

3.2.2 Osservazioni generali sui singoli elementi del progetto

3.2.2.1 CIP come strumento dell'assicurazione malattie obbligatoria

I Cantoni *AG*, *BE*, *NW*, *SG*, *ZH*, la *GDK*, il partito *I Verdi* e *FSP* accolgono con favore il fatto di considerare la CIP come uno strumento dell'assicurazione malattie e di basare ora la LCIP anche sull'articolo 117 capoverso 1 della Costituzione federale (Cost.; RS 101), aprendo così alla Confederazione nuovi margini di manovra che le hanno consentito di disciplinare esaustivamente competenze e compiti di Confederazione e Cantoni quanto alla gestione della CIP attraverso, fra l'altro, la chiara definizione di responsabilità, competenze e strumenti di applicazione. Anche *IG eHealth*, *SDV* e *SHV* appoggiano l'adeguamento dell'articolo concernente lo

² Organizzazione mantello dell'associazione di settore *CURAVIVA*.

³ *scienceindustries* si associa al parere di *Interpharma*.

⁴ *AGZ* si associa integralmente al parere di *FMH*.

⁵ *SGP* appoggia interamente il parere di *mfe*.

⁶ L'associazione *CARA* è stata fondata dai Cantoni *GE*, *VS* e *VD*, cui si sono in seguito aggiunti i Cantoni *FR* e *JU*.

scopo in base al quale la LCIP deve ora contribuire anche a un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo e al contenimento dei costi nell'ambito dell'assicurazione malattie.

Alleanza del Centro accoglie con favore che nella legge venga ora sancito il fatto che la CIP deve contribuire a un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo come pure al contenimento dei costi nell'ambito dell'assicurazione malattie.

Il Cantone *TG* e le organizzazioni *ARTISET*, *mfe* e *SGAIM* ritengono problematico basarsi sull'articolo 117 capoverso 1 Cost.

3.2.2.2 Articolo concernente lo scopo

Le organizzazioni *SKS*, *IG eHealth*, *SDV* e *SHV* ritengono opportuna l'integrazione dell'articolo sullo scopo.

3.2.2.3 Finanziamento transitorio

3.2.2.3.1 Beneficiari dell'aiuto finanziario

I Cantoni *AG*, *AI*, *BE*, *NW*, *SG*, *VS*, *ZH* e le organizzazioni *FRC*, *scienceindustries*, *KSG*, *SDA* accolgono con favore la creazione nella LCIP di una base legale che consente alla Confederazione di concedere aiuti finanziari alle comunità di riferimento per la gestione e l'ulteriore sviluppo della CIP. Anche *SSR* giudica positivamente il finanziamento da parte della Confederazione.

L'organizzazione *IG eHealth* e *SHV* sono dell'opinione che in questo momento sia opportuno un finanziamento transitorio ponte. È proprio perché le comunità di riferimento hanno problemi a finanziare le loro prestazioni che c'è bisogno di un modello di finanziamento. Il finanziamento transitorio dà ai Cantoni il tempo necessario per poter approntare un modello di finanziamento sostenibile. La *Posta* accoglie con favore l'idea del Consiglio federale di coprire il periodo sino alla prevista entrata in vigore della revisione completa della legge mediante aiuti finanziari versati a titolo di finanziamento transitorio una tantum.

La comunità di riferimento *axsana* accoglie con grande favore la proposta di sostenere le comunità di riferimento con un finanziamento transitorio: i contributi supplementari sono vitali per la diffusione della CIP.

Alleanza del Centro, *PLR*, *economiesuisse*, *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse*, *Sphf*, *ARTISET*, *Interpharma*, *abilis*, *CVCI* e *WEKO* temono che con il disciplinamento previsto alcune comunità di riferimento (nazionali o non sostenute da un Cantone) possano finire per non beneficiare degli aiuti finanziari. *ADTG*, *BEKAG*, *FMH*, *IG eHealth*, *IPAG*, *mfe*, *SHV*, *Spitex*, *AD Swiss*, *HIN* e il *Dr. med. B. Gafner* fanno presente che dovrebbero aver diritto agli aiuti finanziari anche le comunità e non solo le comunità di riferimento. *AD Swiss* e *HIN* chiedono aiuti finanziari supplementari per gli IDP.

Le organizzazioni *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse*, *SBK*, *Sphf* e *svbg* ritengono necessario, oltre che prestare un sostegno finanziario alle comunità di riferimento, anche sostenere finanziariamente l'implementazione presso i fornitori di prestazioni.

FMH, *mfe*, *IPAG* come pure *SGAIM* chiedono aiuti finanziari per la tenuta della cartella da parte dei professionisti della salute, o un disciplinamento sul finanziamento dei medici di famiglia.

IG eHealth e *SHV* trovano che il successo della CIP dipenda anche dal suo utilizzo da parte di fornitori di prestazioni/professionisti della salute, per cui anche questi vanno sostenuti.

SBAP auspica che anche piccole aziende quali uno studio medico individuale o un'organizzazione di psicologi psicoterapeuti possano chiedere un aiuto finanziario.

3.2.2.3.2 Concessione dell'aiuto finanziario in base al numero di CIP aperte

Il Cantone *NE* accoglie con esplicito favore il fatto che gli aiuti finanziari vengano corrisposti sulla base del numero di CIP aperte in quanto ritiene che ciò abbia un carattere incentivante decisivo. Il Cantone *ZH* accoglie anch'esso con favore l'orientamento alla prestazione degli

aiuti finanziari in funzione delle CIP aperte. Pure *ARTISET* è favorevole al fatto che le comunità di riferimento vengano sgravate nel finanziamento della gestione e dell'ulteriore sviluppo fino all'entrata in vigore della revisione completa della LCIP e che gli aiuti finanziari siano corrisposti sotto forma di contributo per ciascuna CIP aperta poiché in questo modo si promuovono le comunità di riferimento che contribuiscono effettivamente ad accelerare la gestione operativa della CIP. *SSR* ritiene incoraggiante il finanziamento per singola cartella.

Alleanza del Centro si chiede se sia opportuno vincolare l'importo degli aiuti finanziari unicamente al criterio del numero di CIP aperte. Anche *SVDG*, *VGI.ch* e *eSANITA* trovano che il progetto sia orientato troppo unilateralmente all'apertura delle cartelle e che si debbano prevedere contributi sostanziali in più ai costi operativi annui delle comunità (di riferimento).

Il *PLR*, le associazioni dell'economia *economiesuisse* e *sgv-usam*, le organizzazioni *FRC*, *ADTG*, *ARTISET*, *ASPS*, *IG eHealth*, *SDV*, *SHV*, *Spitex* nonché *AD Swiss*, *axsana* e la *Posta* chiedono che l'aiuto finanziario non sia unicamente legato al numero di CIP aperte, ma tenga conto anche del numero di professionisti della salute aderenti (che registrano effettivamente dati nelle CIP). Una parte di loro chiede anche che venga remunerata l'integrazione di ulteriori prestazioni complementari (p. es. prescrizione medica elettronica). L'organizzazione *FRC* propone un determinato contributo di base per ogni CIP gestita per un intero anno (12 mesi). Anche *SKS* trova che il numero di CIP aperte non sia una base di calcolo sufficiente a lungo termine, poiché non fornisce alcuna indicazione sulla loro gestione e il loro utilizzo dopo l'apertura.

3.2.2.3.3 Importo dell'aiuto finanziario

Il *PSS* appoggia l'importo proposto di 15 franchi per CIP. Il limite di spesa è (al massimo) dell'ordine di 30 milioni di franchi, il che rende questa modifica di legge finanziariamente sostenibile. Dovendo fissare l'importo massimo, l'Assemblea federale avrà l'ultima parola in proposito.

ARTISET accoglie con favore il fatto che l'importo dell'aiuto finanziario si orienti ai costi di uno strumento d'identificazione efficiente rilasciato secondo la LCIP. A suo parere, la base di calcolo prevista è adeguata in termini di grandezza.

Per *santésuisse* la remunerazione corrisposta sotto forma di importo forfettario per singola CIP incentiva l'ulteriore diffusione della CIP e la creazione di strutture efficienti sul piano dei costi da parte delle comunità di riferimento. La remunerazione forfettaria per singola CIP costituisce inoltre una modalità semplice e trasparente di finanziamento, ma i documenti a disposizione non permettono di giudicare se l'importo di 15 franchi previsti come remunerazione per cartella sia adeguato. L'importo dovrebbe tuttavia essere inferiore ai costi effettivi a carico delle comunità di riferimento, il che lo renderebbe dunque una partecipazione ai costi e non un finanziamento integrale, cosa che l'organizzazione appoggia. Risulta tuttavia piuttosto difficile quantificare l'impatto dell'incentivo finanziario sull'ulteriore sviluppo della CIP. In un'ottica di trasparenza e di misurazione del raggiungimento degli obiettivi della misura sarebbe pertanto apprezzabile la pubblicazione regolare degli importi versati per ciascuna comunità di riferimento.

Spitex non è in grado di giudicare l'entità dell'importo per ciascuna CIP. Se si decidesse di ricompensare finanziariamente anche l'adesione dei professionisti della salute e dei fornitori di prestazioni, gli importi andrebbero eventualmente allineati fra loro.

I Cantoni *AG, AI, BE, BS, FR, GE, JU, NE, NW, TI, VS*, la *GDK* nonché le organizzazioni *ACSI, DVSP, AAV, ADTG, AVKZ, CLPh, IPAG, LAV, pharmaSuisse, scienceindustries, Sphf, CARA, eSANITA, KSG* e la *Posta* trovano che l'importo di 15 franchi sia troppo basso. Il Cantone *SO* chiede che non venga stabilito un importo fisso, bensì un importo massimo per ciascuna CIP aperta.

3.2.2.3.4 Impostazione duale degli aiuti finanziari

Il Cantone *BS*, i partiti *Alleanza del Centro, PLR* e *I Verdi*, l'associazione dell'economia *USS* e *Interpharma* appoggiano l'impostazione duale degli aiuti finanziari. I Cantoni *FR, GE, JU, VS* nonché *CARA* e *KSG* trovano che il principio del cofinanziamento in parti uguali di Confederazione e Cantoni sia corretto. Anche *eSANITA* è del parere che il principio del cofinanziamento della CIP da parte di Confederazione e Cantoni sia di principio opportuno, essendo i Cantoni responsabili dell'assicurazione e dell'organizzazione delle cure mediche.

Il *PSS* e *DVSP* apprezzano particolarmente il fatto che nel finanziamento transitorio proposto si sia tenuto conto del principio di sussidiarietà e del principio di equivalenza fiscale: la Confederazione prende a carico i contributi per ciascuna CIP aperta solo se il Cantone in questione ha partecipato per pari importo ai costi annui della comunità di riferimento per la gestione e l'ulteriore sviluppo della CIP. L'uniformazione concernente la partecipazione ai costi dei Cantoni è accolta con grande favore vista la disparità di condizioni cui sono oggi soggette le sei comunità di riferimento: alcune ricevono un sostegno importante a livello cantonale, altre invece uno ridotto o addirittura alcuno. L'uniformazione permette di porre i Cantoni su un piano di uguaglianza e di chiamarli assolutamente a giusto titolo al loro dovere, considerato che in ultima analisi il sistema sanitario rientra nel loro ambito di competenza.

Curafutura accoglie con esplicito favore l'obbligo per i Cantoni di cofinanziamento preventivo al versamento di un contributo federale in quanto ciò permette di incentivare i Cantoni che si sono ancora poco attivati.

EKK appoggia l'impostazione duale dell'aiuto finanziario, ma critica che in questo progetto non sia disciplinata la ripartizione dei compiti fra Confederazione e Cantoni, presupposto invece importante ai fini di un'attuazione riuscita della legge.

I Cantoni *AG, AI, BE, BL, BS, GL, LU, NW, SG, UR, ZH*, la *GDK* nonché *ADTG, eSANITA* e la *Posta* fanno presente che il versamento di aiuti finanziari della Confederazione non dovrebbe dipendere in ordine di tempo dai versamenti già effettuati: sarebbe bensì sufficiente avere come prova l'assicurazione di partecipazione da parte dei Cantoni e questo fra l'altro perché, sino all'entrata in vigore del progetto, in certi Cantoni non vi saranno le basi legali per una loro partecipazione al 50 per cento al finanziamento.

I Cantoni *AG, AI, BE, BL, BS, GL, LU, NW, SO, TI, UR* e la *GDK* sono critici nei confronti dell'impostazione duale degli aiuti finanziari da concedere posto che il territorio di un Cantone potrebbe essere coperto da più comunità di riferimento o, viceversa, il territorio di più Cantoni potrebbe essere coperto da una comunità di riferimento. In questo caso la concessione di aiuti finanziari richiederebbe un coordinamento tra Confederazione e Cantoni e tra Cantoni che complicherebbe ulteriormente l'introduzione di un finanziamento transitorio. Si chiedono quindi perché la Confederazione non garantisca direttamente la responsabilità finanziaria del finanziamento transitorio, dal momento che definisce anche le condizioni quadro e le regole per la gestione.

I Cantoni *BE* e *TI* chiedono che sia presa in considerazione una partecipazione degli assicuratori-malattie al finanziamento. Le organizzazioni *ADTG, IG eHealth* e *SDV* chiedono che anche dei terzi possano partecipare in termini di aiuti finanziari.

I Verdi ritengono che i Cantoni debbano essere obbligati a una partecipazione nettamente maggiore dal momento che il sistema sanitario è di loro competenza.

CVCI chiede che sia determinato anche l'importo fornito dal Cantone per ciascuna CIP.

Interpharma lamenta la mancanza di una soluzione per il caso in cui alcuni Cantoni non dovessero adempiere ai loro obblighi.

scienceindustries e *SDA* sono del parere che il finanziamento transitorio non debba dipendere dalla partecipazione al 50 per cento dei Cantoni.

SSR trova buona l'idea, ma fa notare nel suo parere che il procedimento è troppo complicato e non funzionerà.

3.2.2.3.5 Retroattività degli aiuti finanziari

I Cantoni *AG, BE, BS, FR, GE, JU, NW, VS, ZH*, la *GDK*, le organizzazioni *ARTISET, SBK, scienceindustries, SDV*, nonché *CARA* e *KSG* accolgono con favore la proposta o considerano d'importanza decisiva impostare gli aiuti finanziari in modo che siano retroattivi, anche perché in questo modo si sosterebbero le comunità di riferimento che hanno intrapreso gli sforzi maggiori fino ad ora. Il versamento retroattivo degli aiuti finanziari permette inoltre di evitare che le comunità di riferimento aspettino l'entrata in vigore del progetto concernente il finanziamento transitorio per investire nella diffusione della CIP. Anche le organizzazioni *IG eHealth, SHV* e la *Posta* accolgono con favore la proposta di rendere retroattivi gli aiuti finanziari, ma ritengono che la retroattività vada limitata fino ad inizio 2022.

3.2.2.3.6 Limitazione dell'importo massimo

I Cantoni *AG, BE, BL, BS, LU, SO, TI, UR*, la *GDK*, e *CH++* fanno presente che la limitazione dell'importo massimo per comunità di riferimento a 15 milioni di franchi potrebbe essere d'ostacolo a eventuali fusioni tra comunità di riferimento.

SVDG e *VGI.ch* chiedono di prevedere, se del caso, un importo ricorrente superiore a 30 milioni di franchi su 5 anni.

3.2.2.3.7 Varie

Il *PSS* e *DVSP* ritengono importante che il sistema già esistente, organizzato in maniera decentralizzata e con il finanziamento transitorio previsto, sia riconosciuto quale base da poi potenziare e soprattutto migliorare. Fanno presente che anche le comunità di riferimento devono essere tenute a semplificare il processo di apertura di una CIP per i pazienti. Dovrebbero inoltre esimersi dal chiedere ai fornitori di prestazioni di pagare una quota associativa elevata per partecipare alla comunità di riferimento.

ARTISET accoglie con favore l'idea che l'attuazione avvenga con un minimo di costi amministrativi. Ritiene che la procedura di domanda e decisione proposta dal Consiglio federale per gli aiuti finanziari della Confederazione sia di principio efficace sotto questo profilo. È d'accordo con il meccanismo di decurtazione degli aiuti finanziari quando questi non bastano per concedere l'intero aiuto finanziario a tutte le comunità di riferimento che ne fanno richiesta. *ARTISET* appoggia anche la procedura proposta per il versamento degli aiuti finanziari della Confederazione in quanto evita effettivamente che le comunità di riferimento e i fornitori di prestazioni stiano ad attendere fino alla decisione dell'UFSP in merito agli aiuti finanziari.

santésuisse propone che la Confederazione stabilisca o possa stabilire condizioni e requisiti per l'utilizzo degli aiuti finanziari (destinazione vincolata), che deve avvenire dopo l'identificazione delle necessità di finanziamento prioritarie come per esempio l'apertura delle CIP (online, servizi d'apertura), l'emissione dello strumento d'identificazione o l'adesione di fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale.

3.2.2.4 Consenso

I Cantoni *AG, AI, BE, BL, FR, GE, JU, SG, SO, LU, NE, NW, UR, VS, ZH*, la *GDK*, i partiti *Alleanza del Centro, PLR, PSS*, l'*USS*, le organizzazioni *DVSP, FRC, SKS, ADTG, ARTISET, ASPS, H+, IG eHealth, SBK, scienceindustries, SDV, SHV, svbg, SVDG, VGI.ch, vsao, santésuisse, axsana, CARA, eSANITA, KSG*, la *Posta* nonché la *SSR* appoggiano o accolgono con favore la semplificazione della procedura di consenso per l'apertura di una CIP.

I Cantoni *FR, VS* e *CARA* precisano che il metodo scelto è più semplice per il paziente e aumenta al contempo la sicurezza, in quanto le firme autografe sono relativamente facili da falsificare mentre l'identificazione, per esempio tramite uno strumento d'identificazione che

richiede l'autenticazione a due fattori, rende l'assenso molto più sicuro. Il Cantone *SH* accoglie con favore che il requisito del consenso obbligatorio basato su una sufficiente informazione venga integralmente mantenuto. Si tiene conto in questo modo del diritto fondamentale all'autodeterminazione in materia di informazione. *ARTISET* accoglie con favore che il consenso del paziente all'apertura di una CIP debba essere espresso esplicitamente ed essere comprovabile in qualsiasi momento. Il Cantone *FR* e *CARA* appoggiano l'approccio neutrale della legge sotto il profilo tecnologico.

3.2.3 Pareri generali contrari al progetto

Cantoni

BE osserva che lo scopo di aumentare il numero di CIP potrebbe essere raggiunto in modo decisamente più veloce ed economico se per aprire le CIP fossero trasferiti e utilizzati – previo consenso dei pazienti – i circa 6,5 milioni di cartelle di vaccinazione contro il coronavirus esistenti. Quest'operazione risulterebbe più efficace di qualsiasi aiuto finanziario.

GR precisa che il sostegno finanziario previsto per l'apertura di nuove cartelle non supplisce alla mancanza di praticità della CIP.

LU ritiene che, in un contesto così dinamico in cui la digitalizzazione avanza rapidamente, il periodo sino alla seconda revisione della LCIP sia troppo lungo. Il timore è che, di qui al 2027, l'interesse della popolazione per la CIP scemi, il che farebbe sorgere dei dubbi quanto alla possibilità di assicurare effettivamente il futuro della CIP con l'aiuto finanziario proposto. Solamente un impegno ancora più forte della Confederazione permetterebbe di salvare la CIP. Il Cantone si aspetta dunque che la Confederazione ottimizzi la pianificazione in misura tale da poter mettere in conto un termine massimo di tre anni per il finanziamento transitorio.

TG non è persuaso dal contenuto dell'avamprogetto. Il finanziamento della Confederazione di massimo 15 franchi per CIP è subordinato alla condizione che i Cantoni partecipino per un importo almeno pari ai costi annui delle comunità di riferimento per la gestione e l'ulteriore sviluppo della CIP così da creare un incentivo per le comunità di riferimento a promuovere la diffusione della CIP. Le comunità di riferimento sono tuttavia istituite proprio a questo scopo: non si capisce dunque perché si debba creare un incentivo supplementare per adempiere il loro compito chiave. Il Cantone dubita pertanto che questo incentivo serva a promuovere la diffusione della CIP.

Partiti

Alleanza del Centro si chiede perché dopo un primo finanziamento d'avvio sia necessario un nuovo sostegno finanziario alle CIP esistenti. Le comunità di riferimento dovrebbero fondamentalmente aver avuto abbastanza tempo per far sì che la propria offerta poggi su basi finanziarie sostenibili.

Pur condividendo l'opinione del Consiglio federale secondo cui l'avamprogetto concernente il finanziamento transitorio debba entrare in vigore rapidamente, il *PLR* ritiene che vi debbano essere recepiti tutti quegli adeguamenti poco o non controversi dal punto di vista politico (cfr. spiegazioni relative alle mozioni 19.3955 e 22.3015 al punto 6).

Il *PSS* trova deplorabile la situazione attuale relativa alla CIP, che poco contribuisce all'urgente digitalizzazione necessaria nel sistema sanitario. Gli adeguamenti annunciati in una seconda fase sono imperativamente necessari. Affinché la CIP possa adempiere con successo al suo scopo sono decisivi i seguenti fattori: facilità di onboarding, utilità dei contenuti, adesione dei fornitori di prestazioni (obbligatorietà), adesione dei pazienti (opt-out) e interoperabilità funzionante. L'attuale progetto non si spinge purtroppo abbastanza in là per promuovere i fattori che favorirebbero il successo di una CIP per tutti.

L'*UDC* respinge categoricamente l'avamprogetto ritenendo irresponsabile investire 30 milioni di franchi di denaro dei contribuenti in un programma deficitario, per cui non c'è domanda da parte della popolazione, alla luce dell'attuale situazione tesa delle finanze federali e del fatto che una riforma della CIP in grado di coprire i costi è ancora di là da venire.

Organizzazioni dei pazienti e dei consumatori

ACSI appare preoccupata dal fatto che né il presente avamprogetto concernente il finanziamento transitorio né la revisione completa della LCIP mostrino di mirare al miglioramento dei meccanismi di governance, aspetto di cui lamenta l'assenza di tematizzazione nel rapporto esplicativo.

Organizzazioni specializzate

BEKAG ritiene che orientare l'importo degli aiuti finanziari ai costi di uno strumento d'identificazione efficiente rilasciato secondo la LCIP sia un approccio sbagliato. L'avamprogetto è insufficiente sotto ogni aspetto. Non risolve nessuno dei problemi acuti attuali. Il costrutto complesso «sistemi informativi per studi medici – sistemi informativi ospedalieri – comunità – comunità di riferimento» costituisce un tutt'uno dal punto di vista funzionale, che come tale va sostenuto anche finanziariamente. L'organizzazione respinge dunque l'aiuto finanziario corrisposto sotto forma di remunerazione per ciascuna CIP aperta per i seguenti motivi: l'importo copre solo una parte di tutti i costi generati dall'apertura a tutti i livelli. Dubita che focalizzandosi sul numero di CIP aperte si possa raggiungere lo scopo necessario e voluto di assicurare finanziariamente l'esercizio di una comunità di riferimento. Si trascura inoltre il fatto, aggiunge BEKAG, che i medici di base e gli specialisti che lavorano in studi medici sono moltiplicatori determinanti indispensabili per l'introduzione e il funzionamento della CIP sull'intero territorio nazionale. L'obiettivo è in primo luogo introdurre su larga scala CIP funzionali e utili, condivise in rete da tanti diversi fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale e stazionario. I medici titolari di studi privati rappresentano, insieme agli ospedali, il blocco più importante dei membri di una comunità di riferimento. Non si tiene peraltro conto né delle spese legate al passaggio dalla documentazione tradizionale a un sistema informatico per studi medici adatto alla messa in rete, né della cura e dell'aggiornamento continui della CIP da parte dei professionisti della salute e neppure dei maggiori oneri legati alla manutenzione tecnica, alla formazione e agli audit ricorrenti ecc. BEKAG deplora inoltre l'esclusione delle comunità dal finanziamento transitorio, contribuendo queste all'obiettivo principale di digitalizzare gli scambi professionali quotidiani fra i medici che esercitano in studi privati e tra questi e gli altri fornitori di prestazioni ambulatoriali. Oltretutto, le comunità servono anche al traffico dati tra gli ospedali in quanto vettori di trasferimento delle applicazioni (prestazioni complementari) Business-to-Business (B2B). Sono quindi attori indispensabili, considerato che dal punto di vista tecnico la CIP è solo in parte concepita per svolgere le funzioni sopradescritte e che la realizzazione di collegamenti ponte CIP-B2B esiste (solamente) sulla carta. L'affiliazione a una comunità soddisfa le prescrizioni legali, è vantaggiosa quanto a prezzo ed è pertanto preferita dai fornitori di prestazioni ambulatoriali. Il costrutto complesso «sistemi informativi per studi medici – sistemi informativi ospedalieri – comunità – comunità di riferimento» costituisce un tutt'uno dal punto di vista funzionale, che come tale va sostenuto anche finanziariamente. BEKAG deplora inoltre che il progetto ometta che, accanto agli scopi auspicati di «migliorare la qualità e contenere i costi nell'ambito dell'assicurazione malattie», l'introduzione in sé della CIP e l'indispensabile integrazione di prestazioni complementari B2B comporteranno in seguito un aumento sostanziale, attestato da studi, dei costi a carico degli studi medici senza che vengano adattate le tariffe del settore ambulatoriale. L'integrazione profonda di queste prestazioni deve dunque essere pre-finanziata dalla Confederazione e dai Cantoni, altrimenti il miglioramento digitale del settore sanitario sarebbe inutilmente rimandato di altri anni ancora.

Anche FMH ritiene che orientare l'importo degli aiuti finanziari ai costi di uno strumento d'identificazione efficiente rilasciato secondo la LCIP sia un approccio sbagliato. L'importo di 15 franchi previsto per ciascuna cartella aperta potrebbe tutt'al più essere un contributo a copertura delle spese generate dall'apertura.

La finalità perseguita di aumentare il numero di cartelle aperte, aggiungono FMH, BEKAG e IPAG, è solo in parte efficace. Partendo dal presupposto che la CIP apporti un plusvalore solo a determinati gruppi di pazienti, si dovranno presumibilmente fare i conti con un elevato numero di cartelle non gestite. È quanto mostrano le esperienze fatte con le cartelle sanitarie personali (Personal Health Records) fatte all'estero, in altri Paesi che seguono un approccio simile a quello della Svizzera.

H+ è dell'opinione che la revisione parziale della LCIP non sia nient'altro che cosmetica e non faccia che rimandare a un futuro lontano le questioni più impellenti riguardanti la CIP. Il finanziamento transitorio consente forse di mantenere in vita le comunità di riferimento, ma al contempo cementa per molti anni un'architettura infelice. L'architettura attuale, spiega *H+*, è complicata in termini di attuazione e non funzionerà come previsto una volta che nella CIP saranno registrati molti dati. Perché la CIP funzioni, occorrono dati dinamici e registrati in modo centralizzato, cosa che richiede tuttavia una nuova architettura. Accogliendo la mozione 22.3015⁷, il Consiglio federale ha già sostanzialmente anticipato il cambiamento di sistema. Nel suo parere, *H+* suggerisce pertanto che questo cambiamento di sistema venga perlomeno avviato con l'attuale revisione parziale. Raccomanda inoltre che l'ampia consultazione prevista per l'estate 2023 sia utilizzata non solo in vista dell'entrata in vigore nel 2027 della LCIP rivista, ma anche per apportare dei correttivi incisivi e rapidi al sistema. Bisognerebbe in particolare creare condizioni quadro che consentano di sopprimere la duplice volontarietà (p. es. l'opt-out), far funzionare insieme i diversi sistemi (standard di interoperabilità) e portare ad avere a medio termine archivi dati strutturati. Sarebbe inoltre essenziale per *H+* che la CIP supporti e consenta il processo B2B. Occorre di conseguenza prevedere già nella «soluzione transitoria» odierna che si possa bloccare l'accesso a dati e documenti, lasciando tuttavia ai fornitori di prestazioni la possibilità di accedervi se tale accesso è giustificato dal mandato di trattamento. Per far questo si potrebbe lavorare maggiormente a livello di ordinanze, in modo tale da evitare l'effetto bloccante legato alle lungaggini di un processo di modifica della legge. *H+* dubita altresì che il finanziamento transitorio costituisca un incentivo sufficiente a far aprire 2 milioni di CIP entro il 2027. Per aprire una CIP, non occorre solo un incentivo sul fronte delle comunità di riferimento, ma anche e prioritariamente sul fronte dei pazienti e dei fornitori di prestazioni (ospedali e medici che esercitano in studi privati). Questo aspetto è completamente trascurato. Secondo informazioni dell'UFSP e dell'Ufficio federale di statistica, aggiunge *H+*, solo 112 ospedali su 276 (41%) hanno aderito alla CIP (stato al 13.01.2023). Le ragioni di ciò sono indubbiamente molteplici e andrebbero analizzate nel quadro di uno scambio tecnico con rappresentanti di *H+*, unimesduisse, UFSP e GDK, i cui risultati dovrebbero imperativamente confluire nella revisione parziale della LCIP. Si può tuttavia affermare già adesso con certezza che saranno indispensabili incentivi finanziari anche sul fronte dei fornitori di prestazioni. L'introduzione della CIP negli ospedali ha causato spese per diverse decine di milioni di franchi senza che questa prestazione sia stata neanche lontanamente indennizzata da nessun qualsivoglia organismo pagatore e senza aver generato alcun beneficio per i pazienti. Al momento non è tuttavia ancora possibile valutare di che tipo e importo debbano essere gli incentivi finanziari per gli ospedali. In linea di principio, *H+* afferma con forza che la proposta del DFI non si spinge abbastanza in là per quanto riguarda il finanziamento. Independentemente dal fatto che si tratti di un servizio pubblico, un'assunzione parziale dei costi di apertura non copre i costi operativi effettivi per la gestione e la compilazione della CIP, che non si generano nelle comunità di riferimento, bensì nelle strutture sanitarie. *H+* ritiene che i costi operativi siano la parte più costosa dell'operazione e si aspetta a questo riguardo una posizione fondamentalmente diversa da parte del DFI. La CIP e il suo ulteriore e continuo sviluppo comporteranno inoltre altri costi aggiuntivi anche nei sistemi interni agli ospedali, costi che dovrebbero poter essere coperti con voci di prestazioni fatturabili nei sistemi di finanziamento esistenti. In generale, è possibile dire che gli ospedali siano già sotto pressione dal punto di vista finanziario: non si capisce dunque perché siano le comunità di riferimento a dover essere sostenute da Confederazione e Cantoni, mettendo ancora più sotto pressione gli ospedali.

SGMI critica in particolare la mancata creazione di valore aggiunto/benefici del sistema e la complessità dei processi di registrazione e di identificazione. Le soluzioni attuate non godono né di ampia accettazione da parte dei professionisti della salute, né rispondono a una grande domanda da parte dei pazienti. L'obiettivo di creare un ecosistema digitale volto ad aumentare l'efficienza e la garanzia di qualità nel sistema sanitario non è realisticamente realizzabile allo stato attuale delle funzioni CIP, in parte anche per via della rigida separazione che si vuole osservare tra i processi CIP e B2B. In materia di finanziamento si è scelta una variante destinata senza appello ad essere sottofinanziata e la cui attuazione, alla luce dei mezzi destinati e delle misure adottate, è all'insegna del «too little, too late», approccio che va cambiato.

⁷ Mozione 22.3015 «Concepire una cartella informatizzata del paziente consona alla prassi e garantirne il finanziamento»

Prima di procedere alla revisione completa della LCIP, occorre sfruttare gli adeguamenti attuali per ottenere dei miglioramenti rapidi e rilevanti, mettere l'accento sulla creazione di beneficio e compensare/rimunerare/indennizzare le attività di tutti i partecipanti. Se non si riuscirà ad ottimizzare la CIP entro un orizzonte temporale di un anno-un anno e mezzo al massimo, gli offerenti di prestazioni privati sorpasseranno la CIP e renderanno obsoleti i pur validi e importanti risultati di base acquisiti, cosa che occorre evitare. L'attenzione va puntata di conseguenza su una procedura di revisione orientata agli incentivi e ai processi. Solo con miglioramenti tempestivi, percepibili ed efficaci delle condizioni quadro si può ottenere un effetto valanga che amplii l'utilizzo della CIP. Gli incentivi finanziari devono essere retti da una visione («you get what you pay for»), ma allo stesso tempo devono essere legati a condizioni chiare. Queste condizioni non devono essere correlate solo a grandezze facilmente misurabili (p. es. nuove aperture), ma devono concentrarsi sulla creazione di valore aggiunto/benefici, come per esempio sulle cartelle gestite per un intero anno o sugli elementi pienamente funzionanti offerti da una comunità di riferimento (libretto di vaccinazione, piano farmacologico, ecc.). La finestra temporale a disposizione per sfruttare le buone basi (come l'identificazione univoca di pazienti e professionisti della salute e i formati di scambio definiti e collaudati) traendone anche un sufficiente beneficio è breve, per cui la semplicità di registrazione e di funzionamento della CIP, insieme a un'implementazione pragmatica delle condizioni quadro e una rigorosa attenzione ai processi B2B, sono chiavi di volta indispensabili dei prossimi passi da intraprendere.

SMVS rileva con disappunto che ad oggi non vi è prova che la CIP garantisca prestazioni sanitarie di alto livello qualitativo e contenga i costi nel settore dell'assicurazione malattie. Finora la CIP ha unicamente dimostrato di non essere in grado di riunire i partner né di fungere da strumento di lavoro. Per l'organizzazione, ciò dimostra ancora una volta che la mancanza di partnership con i fornitori di prestazioni porta a progetti burocratici, inadeguati e inutili. Finché la CIP verrà considerata solo sotto il profilo della sicurezza e della protezione dei dati, senza pensare realmente al fatto che deve essere prima di tutto uno strumento di lavoro, qualsiasi finanziamento aggiuntivo è solo uno spreco, che si aggiunge alle enormi somme già sprecate fino ad oggi. Nel suo parere SMVS giunge pertanto alla conclusione che un finanziamento aggiuntivo non possa porre rimedio alle carenze strutturali e funzionali del CIP in assenza di una profonda riflessione sulle sue funzioni e sull'urgenza di un suo adeguamento. Solo così la CIP potrà essere utilizzata nella pratica medica quotidiana. È tenendo conto degli sforzi compiuti da alcune comunità per migliorare alcuni elementi della CIP, attraverso per esempio l'implementazione di un modulo per la terapia farmacologica o di piani di cura comuni, che può giustificarsi un finanziamento aggiuntivo. Secondo SMVS, l'importo proposto di 15 franchi per ciascuna CIP aperta a favore delle comunità di riferimento è ridicolo e non avrà alcun impatto sul rifiuto della CIP da parte della popolazione o dei partner. L'organizzazione fa inoltre presente che il finanziamento della CIP, inclusa la sua gestione, non è garantito in maniera duratura da un finanziamento in caso di apertura di una cartella come quello previsto. Dato che la CIP non è di per sé un modello aziendale sostenibile per le comunità di riferimento e le comunità e che c'è da temere che il suo finanziamento a lungo termine ricada sui fornitori di prestazioni sanitarie, il finanziamento della sua gestione non deve in nessun caso essere ripercosso sui professionisti della salute (p. es. sotto forma di contributi più elevati). Occorre garantire che nell'importo sia preso in considerazione il sostegno finanziario per la gestione delle pratiche da parte dei professionisti della salute. Gli studi medici ambulatoriali devono far fronte a un notevole carico di lavoro aggiuntivo per la fornitura di dati rilevanti ai fini della cura, tanto a causa della gestione della CIP stessa quanto per la formazione del personale. SMVS si chiede pertanto come si prospetterà il sostegno finanziario dei partner sanitari per l'implementazione della CIP.

Altre organizzazioni, cerchie interessate

Il *Dr. med B. Gafner* respinge per gli stessi motivi di *BEKAG* l'aiuto finanziario sotto forma di remunerazione per ciascuna CIP esistente.

CH++ è dell'opinione che la presente revisione miri piuttosto a combattere i sintomi e non ad affrontare le vere cause dei problemi, che stanno nella mancanza di incentivi finanziari e non finanziari come pure nello scarso beneficio economico che risulta dalla carenza di casi d'applicazione (p. es. la prescrizione medica elettronica o il libretto di vaccinazione elettronica).

Per questi casi d'applicazione ci si limita attualmente a definire i formati di scambio senza trattare i processi che, già da soli, potrebbero generare un plusvalore. La CIP funziona oggi tecnicamente (entro i confini di una comunità), ma le comunità di riferimento non hanno i mezzi per svilupparne i contenuti, benché la priorità sia questa. Bisognerebbe dunque integrare in questa revisione della legge l'obbligo di partecipare a processi come l'aggiornamento del piano farmacologico, la validazione del libretto di vaccinazione, ecc.

EKK dubita che i pazienti possano adempiere senza problemi al ruolo assegnato loro dalla LCIP. Ai pazienti viene in particolare chiesto di essere molto più attivi all'interno del sistema sanitario, cosa che è di certo una buona idea nell'ottica di una medicina «più smart», ma che è poco realizzabile senza il sostegno di tutti gli attori del sistema sanitario, sostegno che per diverse ragioni non è assicurato dalle modifiche della LCIP ora proposte.

4 Pareri in merito alle singole disposizioni

Di seguito sono presentate solo le risposte specifiche, ossia i pareri critici o contrari nonché le proposte di integrazione e/o di modifica, concernenti le singole disposizioni di legge e di ordinanza. Non sono per contro riportati i pareri che esprimono esplicita approvazione per un determinato articolo.

4.1 LCIP

4.1.1 Ingresso

L'Assemblea federale della Confederazione Svizzera,

visti gli articoli 95 capoverso 1, 117 capoverso 1 e 122 capoverso 1 della Costituzione federale, visto il messaggio del Consiglio federale del 29 maggio 2013,

decreta:

Il Cantone *TG* deplora che nell'ingresso della LCIP venga riportato l'articolo 117 capoverso 1 Cost. per legittimare l'aiuto finanziario della Confederazione e far sì che, contrariamente all'attuale concezione, la CIP possa essere considerata uno strumento dell'assicurazione malattie. Questo riferimento è artificioso: manca una base costituzionale per il cofinanziamento statale della CIP.

ART/SET raccomanda di esaminare con grande prudenza le riflessioni del Consiglio federale quanto alla costituzionalità della legislazione della Confederazione sulla CIP e sugli aiuti finanziari federali ivi connessi: l'idea che la LCIP possa poggiare su una base costituzionale (anche ai sensi dell'articolo 117 Cost. può essere giustificata a livello politico dalla necessità di dover garantire la sopravvivenza e l'ulteriore sviluppo della CIP, ma formalmente può assimilarsi a un espediente giuridico, tutt'altro che innocuo. In questo modo la Confederazione e in particolare il DFI/UFSP si assicurano un potere esecutivo decisamente esteso con altrettante ampie facoltà di imporre ordini nei confronti dei Cantoni.

Le organizzazioni *mfe* e *SGAIM* ritengono problematico che l'iscrizione della CIP nella LAMal sia giustificato con argomenti quali il voler migliorare la qualità delle cure mediche e i processi di cura, accrescere la sicurezza dei pazienti, aumentare l'efficienza del sistema sanitario e promuovere l'alfabetizzazione sanitaria.

Nella sua essenza, l'articolo 117a Cost. mira piuttosto a promuovere le cure mediche di base e in particolare i medici di famiglia e pediatrici, i quali dubitano seriamente del plusvalore della CIP nelle sue funzionalità attuali e sono piuttosto dell'avviso che il denaro derivante dall'articolo 117a Cost. debba essere investito diversamente, in particolare nella promozione di nuove generazioni di medici di base e pediatri e nel rafforzamento delle condizioni quadro di queste professioni.

4.1.2 Art. 1 Oggetto e scopo

¹ La presente legge disciplina le condizioni per il trattamento dei dati della cartella informatizzata del paziente.

² Essa stabilisce le misure atte a sostenere l'introduzione, la diffusione e lo sviluppo della cartella informatizzata del paziente.

³ La cartella informatizzata del paziente ha lo scopo di migliorare la qualità delle cure mediche e i processi di cura, accrescere la sicurezza dei pazienti, aumentare l'efficienza del sistema sanitario e promuovere l'alfabetizzazione sanitaria. In questo modo contribuisce anche a un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo e al contenimento dei costi nell'ambito dell'assicurazione malattie.

⁴ La responsabilità delle comunità, delle comunità di riferimento, dei portali che consentono ai pazienti di accedere ai propri dati (portali d'accesso), degli emittenti di strumenti di identificazione, dei professionisti della salute e dei pazienti è retta dalle disposizioni loro applicabili.

4.1.2.1 Capoverso 2

EKK afferma che un cambiamento di cultura nei rapporti tra professionisti della salute e pazienti richiede molto tempo. Questi ultimi non dispongono in particolare dello stesso livello di competenza decisionale dei professionisti della salute. L'attuale legge, in vigore sino a fine 2023,

contiene nel **capoverso 2** una disposizione su come realizzare il cambiamento e l'introduzione graduale della CIP, ma il progetto concernente il finanziamento transitorio non tiene più conto di questo aspetto poiché il capoverso 2 è stato abrogato. L'organizzazione ritiene pertanto che la LCIP dovrebbe integrare meglio l'aspetto temporale nell'attuazione di questo atteso cambiamento di cultura.

4.1.2.2 Capoverso 3

SDA ritiene necessario che nella disposizione concernente lo scopo si menzioni già l'utilizzo sicuro e opportuno dei dati sanitari, essendo questi di centrale importanza per il futuro del sistema sanitario svizzero. Propone dunque la seguente modifica del **capoverso 3 primo periodo** (parte sottolineata): «La cartella informatizzata del paziente ha lo scopo di migliorare la qualità delle cure mediche e i processi di cura, accrescere la sicurezza dei pazienti, aumentare l'efficienza del sistema sanitario e promuovere l'opportuno utilizzo dei dati sanitari nonché l'alfabetizzazione sanitaria.»

Le organizzazioni *ACSI* e *FRC* trovano la formulazione del **capoverso 3 secondo periodo** troppo restrittiva. La CIP offre un grosso potenziale in fatto di miglioramento della qualità delle cure, ma più che un «abbassamento dei costi» consente una migliore «economicità» nella misura in cui può impedire lievitazioni dei costi dovuti ad esami doppi o tripli e sovraprescrizioni di prestazioni o medicinali. Propongono pertanto la seguente modifica: «In questo modo, tenendo conto del principio di economicità, contribuisce anche a un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo ~~e al contenimento dei costi~~ nell'ambito dell'assicurazione malattie.»

Nel contenimento dei costi rientra, secondo *SDV*, anche il principio di prevenzione cui risponde l'automedicazione, competenza chiave delle drogherie. L'organizzazione propone pertanto la seguente modifica del **capoverso 3 secondo periodo**: «In questo modo contribuisce anche a un'assistenza sanitaria di alto livello qualitativo, all'alfabetizzazione sanitaria della popolazione (prevenzione) e al contenimento dei costi nell'ambito dell'assicurazione malattie.»

4.1.3 Art. 3 Consenso

¹ La costituzione della cartella informatizzata richiede il consenso esplicito del paziente. Il consenso è valido soltanto se espresso liberamente e dopo debita informazione sulle modalità di trattamento dei dati e sulle conseguenze di tale trattamento. Il Consiglio federale disciplina i particolari.

^{1bis} Le comunità di riferimento devono poter comprovare il consenso del paziente in qualsiasi momento.

² Si presume che il paziente che ha acconsentito alla costituzione della cartella informatizzata accetti che i professionisti della salute vi registrino dati in caso di cura. I professionisti della salute di istituti di diritto pubblico o di istituti cui un Cantone o un Comune ha affidato l'esecuzione di un compito pubblico possono in tal caso registrare e trattare dati nella cartella informatizzata.

³ Il paziente può revocare in ogni tempo il proprio consenso senza indicarne i motivi.

⁴ Il paziente non può essere obbligato a rendere accessibili dati contenuti nella propria cartella informatizzata.

4.1.3.1 Osservazioni generali

I Cantoni *NW* e *SG* nonché le organizzazioni *FMH*, *BEKAG*, *mfe* e *SGAIM* fanno presente che l'attuale obbligo di informazione e relativa possibilità di opposizione (consenso informato) devono essere mantenuti anche in caso di consenso esplicito. La volontarietà del consenso è anch'essa una condizione preliminare indispensabile a che si possa esprimere un consenso. La forma in cui deve essere espresso un consenso giuridicamente valido va disciplinata a livello di ordinanza. Le comunità di riferimento hanno inoltre bisogno di un quadro giuridico in materia di verificabilità in cui si tenga conto del fatto che il consenso deve essere verificabile e comprovabile. Nella misura in cui il consenso è dato dal paziente, deve essere consegnato al paziente. E se il consenso è consegnato ai pazienti occorre quindi obbligatoriamente prevedere che questi confermino nuovamente la procedura (double-opt-in) in rafforzamento del diritto all'autodeterminazione. *Mfe* e *SGAIM* chiedono che l'attuazione sia uguale in tutti i Cantoni.

FRC e *SKS* fanno presente che i processi di consenso semplificati devono soddisfare i più alti standard di sicurezza ed essere oggetto di costante monitoraggio.

ADTG e *H+* fanno notare che, malgrado l'abolizione della forma scritta, in determinati casi è ancora necessario un colloquio personale. Nel contesto di una FEQ è già oggi ammessa, in base alla FiEle, la cosiddetta autoidentificazione, ossia una procedura che utilizza le caratteristiche biometriche dei passaporti e verifica la corrispondenza tra persona e dati del passaporto. C'è quindi da presumere che questa forma di identificazione si affermerà rapidamente anche all'interno delle comunità di riferimento per l'apertura delle cartelle, rendendo a quel punto priva di scopo una modifica della legge. Anche *eSANITA* segnala che una parte della popolazione ha bisogno di un aiuto personale per l'apertura della CIP, per cui in futuro bisognerà continuare a offrire in parallelo anche questa possibilità.

ARTISET e *SBK* sottolineano che i dati nella CIP sono dati sanitari e dunque altamente personali e sensibili. *SBK* chiede in proposito che la protezione sia dei dati che contro il loro utilizzo abusivo vengano garantite in ogni momento e ritiene necessario che siano adottate idonee misure di protezione contro gli abusi in sede di consenso.

IPAG reputa importante che il consenso giuridicamente valido dei pazienti all'utilizzazione della CIP sia chiaramente disciplinato e verificabile. Appoggia inoltre la proposta di una procedura di double-opt-in per rafforzare il diritto all'autodeterminazione dei pazienti.

4.1.3.2 Capoverso 1^{bis}

Il Cantone *TI* fa notare che, all'era del digitale, la nozione di «qualsiasi momento» apre la strada a nuove interpretazioni che la legge in precedenza non prevedeva. Non è possibile rispondere di notte e fuori orario d'ufficio a qualsiasi richiesta, specie laddove il consenso è archiviato in formato cartaceo. L'espressione «in qualsiasi momento» appare dunque sproporzionata e inutile. Propone pertanto di adeguare il **capoverso 1^{bis}** come segue: «Le comunità di riferimento devono poter comprovare il consenso del paziente dietro richiesta ~~in qualsiasi momento.~~» Anche *SGMI* scrive che l'espressione «in qualsiasi momento» nel **capoverso 1^{bis}** non apporta alcun valore aggiunto di rilievo se è comunque richiesta una prova. C'è il rischio che ciò dia luogo a servizi di ricerca di dati o soluzioni tecnicamente onerose. Pure *SGMI* chiede dunque lo stralcio dell'espressione «in qualsiasi momento».

4.1.4 Art. 23a Principi

¹ La Confederazione può concedere alle comunità di riferimento aiuti finanziari per garantire il finanziamento della gestione e dell'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente.

² Gli aiuti finanziari sono corrisposti sotto forma di importo fisso per ciascuna cartella aperta. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare.

³ Gli aiuti finanziari sono concessi soltanto se i Cantoni partecipano almeno nella stessa misura ai costi sostenuti annualmente dalla comunità di riferimento per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente. La partecipazione dei Cantoni deve essere corrisposta prima della presentazione delle domande di aiuti finanziari da parte delle comunità di riferimento.

⁴ Se per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente possono essere richiesti altri sussidi federali, i fondi federali totali possono ammontare al massimo alla metà dei costi corrispondenti.

4.1.4.1 Capoverso 1

4.1.4.1.1 Osservazioni generali

Alleanza del Centro critica l'impostazione duale (cofinanziamento da parte di Confederazione e Cantoni) degli aiuti finanziari in quanto suscettibile di mettere a rischio la comunità di riferimento dei farmacisti (*abilis*). Ritiene che in linea di principio gli aiuti finanziari debbano essere concessi a tutte le comunità di riferimento nella misura in cui queste possano per esempio garantire un cofinanziamento almeno di pari entità anche di altri attori.

Il *PLR* teme che il *modus operandi* scelto possa creare potenziali discriminazioni nei confronti di comunità private. I Cantoni che hanno sviluppato o rilevato una comunità potrebbero non essere interessati a cofinanziare il prodotto di un concorrente privato benché questo soddisfi di fatto le condizioni necessarie. L'obbligo deve pertanto essere disciplinato nel modo più chiaro e vincolante possibile, introducendo per esempio un importo (minimo) fisso anche per i Cantoni.

Per *economiesuisse* va evitata una disparità di trattamento tra le comunità di riferimento fondate da Cantoni e le altre comunità di riferimento. Il finanziamento della cartella informatizzata del paziente deve essere concesso alle stesse condizioni in tutti i casi, indipendentemente dalla comunità di riferimento scelta. In questo modo tutte le comunità di riferimento sono alla pari in fatto di gestione e ulteriore sviluppo della CIP.

Le organizzazioni *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse* e *Sphf* osservano che, per l'intero sistema, non ha alcuna importanza il luogo in cui il paziente ha aperto la propria cartella. Al sistema nel suo insieme conviene avere più pazienti con altrettante cartelle aperte. È a questo livello che si dovrebbero promuovere la gestione e l'apertura di nuove cartelle. Un finanziamento da parte di tutti i Cantoni deve dunque essere ugualmente ripartito fra le comunità di riferimento cantonali, sovracantonali e nazionali e sostenuto in ugual misura da Confederazione e Cantoni. *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse* e *Sphf* trovano inoltre che il progetto sia problematico dal punto di vista della parità di trattamento. La soluzione proposta disciplina unicamente il sostegno finanziario alle comunità di riferimento nella misura in cui queste siano già finanziariamente sostenute da un Cantone. Al riguardo, *AAV* cita per esempio il caso del Cantone di Argovia, che sostiene tuttora la comunità di riferimento *eHealth Aargau SteHAG* con importi considerevoli. Manca tuttavia completamente un disciplinamento del sostegno finanziario. I Cantoni che partecipano allo sviluppo o alla gestione di una comunità di riferimento non hanno alcun interesse a sostenerne finanziariamente altre. A beneficiare dei contributi dei Cantoni sarebbero dunque unicamente le comunità di riferimento cantonali, mentre quelle attive a livello nazionale, come *abilis*, sarebbero escluse dai contributi cantonali. *AAV* obietta che nel sostegno finanziario non si tiene sufficientemente conto del fatto che anche persone o organizzazioni di un altro Cantone possano far ricorso a una comunità di riferimento cantonale. Secondo *AAV* e le organizzazioni *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse* e *Sphf*, questa disparità di trattamento è da evitare. Decisive ai fini del sostegno finanziario dovrebbero essere unicamente le cartelle del paziente effettivamente aperte. Le suddette organizzazioni aggiungono che, con il disciplinamento proposto, le organizzazioni di riferimento nazionali non hanno invece alcuna possibilità di avvalersi di un diritto al sostegno, né attraverso contributi cantonali né tramite contributi nazionali. Comunità di riferimento nazionali come *abilis* sarebbero così chiaramente svantaggiate rispetto a comunità di riferimento cantonali. Per garantire la parità di trattamento sancita a livello costituzionale si propone pertanto di adeguare l'articolo 23a LCIP. La formulazione suggerita obbligherebbe i Cantoni a versare alla comunità di riferimento un finanziamento in funzione del numero di CIP aperte da persone domiciliate in un dato Cantone, ma sempre secondo tale proposta i Cantoni sarebbero ovviamente liberi di rinunciare al versamento di un importo finanziario. Il finanziamento sarebbe inoltre assegnato solo a comunità di riferimento certificate, cosa che *LAV* approva. Secondo *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse* e *Sphf* il criterio del domicilio è ad ogni modo adeguato, considerato che secondo la LCIP un paziente può appartenere a una sola comunità di riferimento e che l'interoperabilità tra comunità di riferimento costituisce un presupposto per la certificazione oltre che un elemento essenziale della CIP. Strutturare gli aiuti finanziari di Confederazione e Cantoni in modo uguale (ossia sotto forma di importo fisso per ciascuna CIP aperta) consentirebbe inoltre di garantire facilmente che gli aiuti finanziari cantonali siano almeno di pari importo di quelli della Confederazione. La LCIP vigente non sembra consentire alla Confederazione di obbligare

i Cantoni a sostenere finanziariamente le comunità di riferimento, ma non le impedisce tuttavia di emanare direttive riguardo al finanziamento della gestione e all'ulteriore sviluppo delle comunità di riferimento. Con la definizione di questi criteri la Confederazione può assicurare il rispetto del principio della parità di trattamento come ha fatto per esempio anche nel caso della legge COVID 19. Sussidiariamente, nell'ipotesi che la Confederazione non possa né obbligare i Cantoni a finanziare la CIP né fissare criteri per il finanziamento delle comunità di riferimento da parte dei Cantoni, la LCIP dovrebbe almeno assicurare il pari trattamento delle comunità di riferimento. Poiché è ipotizzabile che, non essendovi obbligati, i Cantoni non presteranno alcun sostegno finanziario alle comunità di riferimento nazionali, gli aiuti finanziari federali vanno versati alle comunità di riferimento attive in misura proporzionale al numero di CIP aperte in un dato Cantone, indipendentemente dalla partecipazione finanziaria di questo Cantone.

Le organizzazioni *CLPh* e *Sphf* riportano che il Cantone di Friburgo ha firmato una convenzione intercantonale che favorisce e finanzia largamente lo sviluppo della piattaforma CARA. Nella pratica i fornitori di prestazioni non sono motivati a partecipare allo sviluppo e alle registrazioni di dati, per cui un pari trattamento favorirebbe fortemente la partecipazione attiva dei farmacisti allo scambio di dati mediante CIP. Ricordano inoltre che una grossa parte dei farmacisti è membra della comunità di riferimento *abilis xHealth* e fruisce già di un'integrazione ottimale della CIP *abilis* nei propri sistemi primari. La domanda che si pongono è come si possa impiegare uno strumento nel sistema sanitario se questo non suscita l'interesse degli operatori che dovrebbero utilizzarlo o, peggio, se il suo utilizzo costa loro tempo e denaro, benché esista un'alternativa. E poi: come si può suscitare l'interesse dei pazienti se i fornitori di prestazioni non sono convinti e non sono coinvolti nel processo? L'interoperabilità deve essere garantita, così come la parità di trattamento, cosa che non avviene nei Cantoni romandi soggetti alla convenzione intercantionale CARA. Secondo *CLPh* e *Sphf*, ciò è un chiaro ostacolo alla scelta del paziente e un freno importante allo sviluppo del progetto CIP.

Le organizzazioni *AAV*, *AVKZ*, *CLPh*, *LAV*, *pharmaSuisse* e *Sphf* lamentano l'assenza di finanziamento dei fornitori di servizi sanitari, cui non vengono compensati gli adeguamenti dei sistemi informatici necessari ai fini dell'interoperabilità. Nell'ulteriore sviluppo del fascicolo sanitario elettronico in Austria (ELGA) sono invece presi in considerazione anche i fornitori di servizi sanitari e i produttori dei loro sistemi primari, cosa che ha permesso di far affermare nuovi servizi quali la prescrizione medica elettronica. Nel presente progetto manca completamente questo finanziamento sistemico, che è l'unico modo per garantire l'implementazione di nuovi servizi su scala nazionale.

ADTG deplora che il finanziamento transitorio sia riservato esclusivamente alle comunità di riferimento in quanto ciò rappresenta una disparità di trattamento nei confronti delle comunità e delle comunità di riferimento nazionali. L'assistenza sanitaria ai pazienti non si ferma ai confini cantonali. Già oggi le strutture sanitarie attive in più Cantoni devono affidarsi a diverse comunità di riferimento. Le comunità o comunità di riferimento sovraregionali sono interessanti per queste strutture, poiché senza di esse dovrebbero sostenere costi sproporzionati per l'affiliazione alle rispettive comunità di riferimento sul piano organizzativo e tecnico. Con il presente progetto si creerebbe quindi una concorrenza che non ha quale scopo la diffusione della CIP. *ADTG* chiede pertanto che anche le comunità e le comunità di riferimento sovraregionali possano avvalersi degli aiuti finanziari.

ARTISET è contraria al fatto che gli aiuti finanziari federali vengano concessi solo se i Cantoni contribuiscono almeno nella stessa misura ai costi sostenuti annualmente dalla comunità di riferimento per la gestione e l'ulteriore sviluppo della CIP, in quanto un meccanismo di questo tipo svantaggerebbe alcune comunità di riferimento (incluse le case di cura e per anziani ad esse affiliate). A titolo illustrativo *ARTISET* adduce per esempio il caso del Cantone dei Grigioni, che ha finora rifiutato di impegnarsi nel quadro alla comunità di riferimento *eSANITA*. Nella fattispecie la quota cantonale dei suddetti costi di questa comunità di riferimento non verrà dunque rimborsata dal Cantone, mentre lo sarà la quota cantonale a comunità di riferimento quali *Emedo* e *axsana*. Data l'urgenza di intervenire per promuovere la diffusione della CIP, ma anche per far sì che tutte le comunità di riferimento siano trattate finanziariamente allo stesso modo, è dunque opportuno ripartire l'aiuto finanziario della Confederazione e dei Cantoni secondo una chiave di ripartizione paritaria. Nel presente contesto *ARTISET* è di conseguenza favorevole a una ponderazione differenziata del principio di sussidiarietà previsto

dall'ordinamento federale. Considerata la responsabilità prioritaria dei Cantoni in ambito sanitario, occorre pertanto obbligarli a cofinanziare le comunità di riferimento. Affinché, tuttavia, l'assenza di quest'obbligo non abbia conseguenze spiacevoli per le comunità di riferimento, la comunità di riferimento richiedente deve poter beneficiare dell'importo degli aiuti finanziari cumulati (quote) di Confederazione e Cantoni. Per far questo la Confederazione dovrebbe versare l'importo totale degli aiuti finanziari cumulati e il Cantone essere chiamato a rifonderle l'importo della propria quota se ne ha illecitamente ritardato il pagamento.

A parere di *BEKAG*, *FMH*, *IPAG* e *mfe*, l'esclusione delle comunità dal finanziamento transitorio rappresenta un'ingerenza nella libera evoluzione dell'economia di mercato a vantaggio delle comunità di riferimento. Per i pazienti, il fulcro delle informazioni contenute in una cartella è costituito dai medici di famiglia e dai medici che esercitano nel settore ambulatoriale, tutti perlopiù affiliati all'unica comunità CIP certificata (AD Swiss). L'assistenza ambulatoriale non si ferma ai confini cantonali. Gli studi collettivi o le catene di studi possono essere distribuiti su più Cantoni e assistere pazienti di Cantoni diversi. Lo stesso vale per gli istituti sanitari o di riabilitazione attivi in diversi Cantoni. Dal punto di vista organizzativo e finanziario è dunque inaccettabile che una struttura sanitaria sia affiliata a più comunità di riferimento. Anche *AVKZ* deplora il fatto che solo le comunità di riferimento certificate beneficino dell'aiuto finanziario. *mfe* e *SGAIM* criticano invece la mancanza di spiegazioni riguardo al fabbisogno finanziario delle comunità di riferimento.

FMH e *mfe* chiedono degli aiuti finanziari per la cura delle cartelle da parte dei professionisti della salute. Il finanziamento della loro gestione non deve in nessun caso essere ripercosso su questi operatori (p. es. sotto forma di quote associative più elevate). La preparazione di dati rilevanti ai fini della cura da inserire nella CIP causerà presumibilmente un onere supplementare significativo a carico degli studi medici del settore ambulatoriale, oneri che come la formazione dei collaboratori o quelli generati nel quadro di un audit non sono al momento indennizzati. Nella maggior parte dei casi non sono neppure disponibili mezzi tecnologici adatti a permettere per esempio l'integrazione profonda di una CIP nella cartella clinica elettronica, onere supplementare che non può essere assunto a causa della mancanza di personale specializzato.

IG eHealth e *SHV* fanno osservare che il Parlamento federale si è pronunciato a favore della creazione di un regime di concorrenza fra comunità di riferimento e che la legge prevede esplicitamente comunità di riferimento e comunità. Il sostegno unilaterale alle comunità di riferimento, cofinanziate unicamente dai Cantoni, è problematico dal punto di vista giuridico. Ed è pure errato dal punto di vista materiale, in quanto non è sensato affiliare solamente pazienti. Fanno presente infatti che la campagna di informazione prevede due fasi:

- informazione dei fornitori di prestazioni (del settore ambulatoriale);
- informazione dei cittadini.

Questo modo di procedere è, secondo loro, concettualmente corretto e raccomanda anch'esso di prevedere un finanziamento «duale» dell'adesione alla CIP (pazienti e fornitori di prestazioni/professionisti della salute). La CIP non può esplicitare la sua utilità se ad aderirvi sono prioritariamente i cittadini, mentre mancano contemporaneamente i fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale che la utilizzano e vi inseriscono contenuti utili. *IG eHealth* e *SHV* vedono dunque una cesura tra la campagna di informazione sulla CIP della Confederazione, che è concettualmente coerente, e la presente proposta di finanziamento transitorio che si concentra unicamente sull'adesione dei cittadini.

IGMG osserva che non sono solo le comunità di riferimento a dover essere gestite in maniera imprenditoriale, ma anche gli istituti dei fornitori di prestazioni. Così come la registrazione di dati nella cartella, anche la predisposizione delle infrastrutture tecniche deve essere finanziata da appositi crediti. Per il finanziamento di questo compito propone dunque di a) riunire le comunità di riferimento in una piattaforma CIP e b) aumentare in maniera corrispondente il credito.

Interpharma insiste sul fatto che occorra evitare una disparità di trattamento tra le comunità di riferimento istituite dai Cantoni e le altre comunità di riferimento. Il finanziamento della CIP deve essere concesso alle stesse condizioni in tutti i casi, indipendentemente dalla comunità di

riferimento scelta. In questo modo tutte le comunità di riferimento sono poste alla pari in fatto di gestione e ulteriore sviluppo della CIP.

IPAG sottolinea che gli aiuti finanziari devono tener conto anche della cura delle cartelle da parte dei professionisti della salute. Il finanziamento della loro gestione non dovrebbe ripercuotersi su questi operatori, per esempio sotto forma di quote associative più elevate o diverse tasse di licenza.

SBAP fa notare che il carico finanziario per gli studi di psicoterapia (fornitori di prestazioni ambulatoriali) è elevato e auspica che a poter chiedere un aiuto finanziario della Confederazione non siano solo le comunità di riferimento, ma anche piccole aziende quali uno studio medico individuale o un'organizzazione di psicologi psicoterapeuti.

Per *SBK* e *svbg* la sicurezza dei pazienti e la qualità del sistema sanitario sono strettamente dipendenti dallo scambio di informazioni praticato. Affinché la CIP possa essere impiegata in maniera durevole e contribuire a un'assistenza sanitaria di alto valore qualitativo come pure al contenimento dei costi nell'ambito dell'assicurazione malattie, è necessario sostenere finanziariamente, oltre che le comunità di riferimento, anche l'implementazione a livello di fornitori di prestazioni. Versare denaro esclusivamente a favore delle comunità di riferimento per l'apertura di singole CIP non basta per raggiungere questi scopi. La CIP deve apportare un plusvalore sia alla popolazione che ai fornitori di prestazioni.

SGAIM reputa problematico che in quest'ambito manchi un disciplinamento concernente il finanziamento del lavoro dei medici di famiglia. Per i professionisti della salute aderire alla CIP comporta infatti un carico di lavoro supplementare oltre a costi legati in particolare alla formazione dei collaboratori, all'informazione dei pazienti, al trasferimento dei dati come pure all'integrazione dei software. Attualmente non è previsto alcun finanziamento di tale sforzo. *SGAIM* deplora che i medici, in particolare i medici di famiglia che sono il perno attorno a cui ruota l'integrazione delle informazioni nella CIP, siano stati dimenticati e chiede che sia integrato nel disciplinamento uno specifico finanziamento. I medici di famiglia temono inoltre che il finanziamento della gestione della CIP ricada sul corpo medico o su altri professionisti della salute (p. es. sotto forma di contributi associativi più alti). L'organizzazione chiede pertanto delle garanzie perché ciò non avvenga.

Spitex afferma che gli aiuti finanziari devono essere concessi a tutte le comunità e le comunità di riferimento certificate al momento della concessione.

Anche la comunità di riferimento *abilis* rimprovera al meccanismo previsto di essere problematico sotto il profilo del principio della parità di trattamento in generale e nei rapporti tra le comunità di riferimento in particolare. L'organizzazione afferma che la Confederazione fa dipendere il proprio aiuto finanziario alla gestione delle comunità di riferimento da un prefinanziamento cantonale almeno equivalente. L'avamprogetto non stabilisce però alcuna regola che definisca quale Cantone debba finanziare una data CIP aperta né in quale forma debba avvenire questo finanziamento cantonale, per cui secondo *abilis* i Cantoni che hanno sviluppato o rilevato una comunità di riferimento e l'hanno finanziata tenderanno piuttosto a finanziare le nuove cartelle aperte da questa. Vede pertanto male come un Cantone possa accettare di partecipare ai costi di gestione delle cartelle aperte per esempio dalla stessa *abilis*. C'è anzi da supporre che i Cantoni rifiuteranno di fornire il sostegno finanziario ai propri cittadini che hanno aperto un CIP con *abilis*, adducendo come motivo che la stessa è una comunità di riferimento «privata», in concorrenza con la comunità di riferimento del Cantone in questione e con un raggio d'azione nazionale. I Cantoni che hanno partecipato all'istituzione di una comunità di riferimento e l'hanno finanziata tenderanno anche a finanziare solo e soltanto le aperture di CIP avvenute in quella data comunità di riferimento, ragion per cui *abilis* non riceverebbe aiuti né cantonali né federali. Le comunità di riferimento non cantonali e soprattutto nazionali come *abilis* verrebbero così gravemente discriminate. Per garantire la parità di trattamento delle comunità di riferimento secondo gli articoli 8 e 27 Cost. e la vigente LCIP, i Cantoni dovrebbero dunque dichiarare ab initio di essere disposti a concedere un determinato importo per ciascuna CIP come finanziamento per la gestione delle comunità di riferimento (per i pazienti che risiedono sul loro territorio e aprono una CIP), premesso tuttavia che sarebbero liberi di rifiutare tale finanziamento, indipendentemente dalla comunità di riferimento presso cui questi pazienti hanno aperto la loro CIP, a condizione ovviamente che questa sia certificata dalla Confederazione.

A giudizio di *abilis* questo criterio del domicilio è adeguato dal momento che secondo la LCIP un paziente può appartenere a una sola comunità di riferimento e l'interoperabilità tra le comunità di riferimento è un prerequisito per la certificazione oltre che un elemento essenziale della CIP. I vantaggi per la salute pubblica associati alla CIP, in particolare l'accessibilità da parte di tutti i fornitori di prestazioni, si applicherebbero quindi al Cantone di domicilio del paziente indipendentemente dalla comunità di riferimento presso cui è stata aperta la CIP. Un identico aiuto finanziario da parte di Confederazione e Cantoni (ossia un uguale importo fisso per ciascuna CIP aperta) assicurerebbe infine facilmente che il sostegno cantonale sia almeno pari a quello federale. La vigente LCIP, aggiunge inoltre *abilis*, non consente alla Confederazione di obbligare i Cantoni al finanziamento della CIP, ma non le preclude la possibilità di stabilire i criteri che i Cantoni devono seguire nel cofinanziare la gestione delle comunità di riferimento, tanto più che tocca di fatto alla Confederazione fissare criteri che garantiscano la parità di trattamento tra le comunità di riferimento. Nel quadro della legislazione volta a far fronte all'epidemia di COVID 19 (in particolare nell'art. 12 della legge COVID-19 del 25 settembre 2020), fa notare *abilis*, la Confederazione ha del resto già avuto occasione di dettare ai Cantoni criteri e condizioni da seguire in relazione agli aiuti statali con loro condivisi. Anche qualora la Confederazione dovesse ritenere che la vigente LCIP le impedisca di esigere dai Cantoni non solo di finanziare la CIP, ma anche di utilizzare criteri identici per il suo finanziamento, la modifica legislativa in corso dovrebbe comunque garantire la parità di trattamento delle comunità di riferimento. Visto quanto sopra, è quasi certo che i Cantoni con comunità di riferimento proprie non finanzieranno le altre. Pertanto, l'unico modo per raggiungere l'obiettivo della parità di trattamento iscritto nella Costituzione sarebbe rinunciare alla richiesta di un prefinanziamento cantonale equivalente per le comunità di riferimento e come minimo raddoppiare il finanziamento federale (cioè moltiplicare per due i 15 franchi e corrispondere quindi 30 franchi per ciascuna CIP aperta alle comunità di riferimento che non riceverebbero alcun finanziamento cantonale).

AD Swiss chiede pari diritti per tutti gli attori (comunità di riferimento e comunità, pazienti come pure fornitori di prestazioni).

HIN critica che il finanziamento transitorio si riferisca esclusivamente all'apertura della CIP, tagliando fuori le comunità e gli IDP. Chiede pertanto che ogni comunità e comunità di riferimento certificata e ogni IDP certificato abbiano accesso agli aiuti finanziari, essendo questi mirati a stimolare l'utilizzo dell'intero ecosistema CIP.

Secondo *CVCI*, non è chiaro quale Cantone finanzierà le CIP aperte. La disposizione può dare adito a intendere che i Cantoni con una propria comunità di riferimento potrebbero decidere di non finanziare comunità – cantonali o nazionali – private in quanto in concorrenza con le comunità statali, il che avrebbe come conseguenza che solo le comunità di riferimento pubbliche fruirebbero del finanziamento cantonale e quindi di quello federale, a svantaggio delle comunità private. Tale meccanismo viola il principio della parità di trattamento e costituirebbe una discriminazione delle comunità di riferimento private. Per garantire il pari trattamento di tutte le comunità di riferimento, l'organizzazione propone dunque di scegliere come criterio determinante per la concessione del finanziamento cantonale il domicilio dei pazienti, indipendentemente dalla comunità di riferimento presso cui è stata aperta la CIP. Suggestisce inoltre di prevedere che, se un Cantone si dichiara disposto a concedere un finanziamento per la gestione di comunità di riferimento, il finanziamento debba essere corrisposto sotto forma di importo fisso per ciascuna CIP. Ciò consentirebbe di assicurare che il sostegno cantonale sia almeno pari a quello federale.

WEKO è stata resa attenta al fatto che la formulazione proposta potrebbe creare una disparità di trattamento tra le comunità di riferimento istituite da Cantoni e le altre comunità di riferimento per quanto attiene alla partecipazione finanziaria dei Cantoni alla gestione e all'ulteriore sviluppo della CIP.

4.1.4.1.2 Proposte di modifica

Secondo *IG eHealth*, *SDV* e *SHV*, la LCIP si riferisce sia alle comunità di riferimento che alle comunità. Propongono quindi di modificare il **capoverso 1** come segue: «La Confederazione può concedere aiuti finanziari alle comunità di riferimento e alle comunità per garantire il

finanziamento della gestione e dell'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente.» Anche *ADTG* appoggia questa modifica per motivi di pari trattamento nei confronti delle comunità di riferimento e comunità attive a livello nazionale. *SVDG* e *VGI.ch* propongono la stessa modifica adducendo quale motivazione il fatto che le comunità di riferimento non devono essere privilegiate rispetto alle comunità. In questo modo le comunità offrirebbero un'alternativa vantaggiosa per l'affiliazione di fornitori di prestazioni che non vogliono e non possono procedere all'apertura di cartelle.

SBK e *svbg* sono favorevoli a sostenere finanziariamente, oltre che le comunità di riferimento, anche l'implementazione presso i fornitori di prestazioni: perché la CIP possa essere utilizzata in maniera durevole, dare soldi solo alle comunità di riferimento per l'apertura di singole CIP non basta. Propongono dunque di modificare il **capoverso 1** come segue: «La Confederazione può concedere aiuti finanziari alle comunità di riferimento e ai fornitori di prestazioni per garantire il finanziamento della gestione e dell'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente.»

AD Swiss fa presente che la LCIP si riferisce sia alle comunità di riferimento che alle comunità, per cui propone di adeguare il **capoverso 1** come segue: « La Confederazione può concedere aiuti finanziari alle comunità di riferimento e alle comunità nonché agli identity provider per garantire il finanziamento della gestione e dell'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente.». Si associa a questa proposta anche *HIN*.

4.1.4.2 Capoverso 2

4.1.4.2.1 Osservazioni in merito all'elemento di correlazione

Alleanza del Centro si chiede se sia opportuno vincolare l'importo degli aiuti finanziari unicamente al criterio del numero di CIP aperte o se non vi siano anche altri criteri che potrebbero favorire il più ampio impiego possibile della CIP.

Il *PLR* è anch'esso dell'avviso che il numero di fornitori di prestazioni affiliati a una comunità di riferimento che immettono effettivamente contenuti nella CIP e l'integrazione di ulteriori prestazioni complementari siano fattori determinanti per il buon funzionamento del sistema globale, per cui andrebbero aggiunti nel progetto anche incentivi a questo livello – sempre che, essendo incontestate, le relative condizioni quadro non si possano creare già adesso.

economiesuisse ritiene importante che il finanziamento (transitorio) sia orientato alle prestazioni. L'apertura di una cartella è il primo passo, ma non basta. La cartella deve essere mantenuta attivamente con il coinvolgimento per quanto possibile di tutti i fornitori di prestazioni. L'attuale finanziamento non garantisce un vero e proprio utilizzo della CIP.

sgv-usam è del parere che occorra tener conto non solo della diffusione della CIP, ma anche dell'affiliazione da parte dei professionisti della salute. Gli aiuti finanziari non devono in nessun caso cementare strutture inefficienti, ma contribuire a una CIP che possa essere durevolmente utilizzata dai professionisti della salute e della popolazione. La CIP deve poter dimostrare la propria utilità e funzionalità agli occhi della popolazione e degli attori del sistema sanitario.

FRC auspica che ai fini della concessione degli aiuti finanziari si tenga conto del numero di fornitori di prestazioni affiliati a una comunità di riferimento che immettono effettivamente contenuti nella CIP. Propone inoltre che venga concesso un determinato importo base per ciascuna CIP gestita sull'arco di un intero anno (12 mesi). A questo andrebbe sommato un ulteriore importo, ancora da determinare, per ogni prestazione complementare offerta tutto l'anno ritenuta utile e chiaramente definita da Confederazione e Cantoni – fino a un importo massimo prefissato per ciascun processo o ciascuna cartella gestiti sull'arco di un intero anno.

SKS ritiene che alla lunga il numero di CIP aperte non sia sufficiente in quanto non dice niente sulla loro gestione e sul loro utilizzo dopo l'apertura. La partecipazione attiva dei fornitori di prestazioni è indispensabile perché si possa sfruttare appieno il potenziale della CIP. Per dimensionare il finanziamento, l'organizzazione raccomanda dunque di sviluppare indicatori supplementari che tengano conto non solo dell'apertura, ma anche della gestione corrente di una CIP – per esempio dati sul numero di fornitori di prestazioni affiliati a una comunità di riferimento che gestiscono attivamente le CIP dei loro pazienti.

ADTG fa presente che la CIP è utile per i pazienti e può essere efficacemente impiegata nel processo di trattamento solo se nella CIP sono presenti le informazioni rilevanti ai fini della cura immesse da tutti i professionisti della salute coinvolti nel processo, informazioni che devono inoltre essere chiare e rapidamente accessibili o disponibili non soltanto in caso di urgenza. Ad oggi solo il 41 per cento degli ospedali soggetti all'obbligo di cui all'articolo 39 capoverso 1 lettera f LAMal hanno aderito alla CIP. Cresce dunque il rischio che un numero crescente di cartelle aperte non venga più gestito e sul fronte della popolazione c'è il timore che, se poco aggiornata, la CIP non venga più utilizzata entro brevissimo tempo. L'associazione degli aiuti finanziari al numero di cartelle aperte non è dunque funzionale allo scopo. Nella base di calcolo degli aiuti finanziari si dovrebbe quindi tassativamente tener conto anche del numero di fornitori di prestazioni che partecipano alla gestione della CIP.

ARTISET e *ASPS* sono anch'esse dell'idea che sia più funzionale allo scopo non far dipendere gli aiuti finanziari unicamente dal criterio del numero di CIP aperte, ma anche dal numero di fornitori di prestazioni affiliati a una comunità di riferimento che immettono effettivamente contenuti nella CIP e dall'integrazione di altre prestazioni complementari.

Non è in linea con la visione di *IG eHealth* e *SHV* che nel finanziamento transitorio si metta l'accento solamente sul numero di CIP aperte. Promuovere la diffusione è un elemento importante, ma non è l'unico fattore decisivo. Altrettanto centrale è l'affiliazione dei fornitori di prestazioni/professionisti della salute e l'integrazione profonda della CIP nei loro sistemi primari. Ai fini della concessione degli aiuti finanziari va dunque tenuto conto del numero di fornitori di prestazioni affiliati a una comunità di riferimento che immettono effettivamente contenuti nella CIP e dell'integrazione di altre prestazioni complementari.

Secondo *SDV*, il sostegno unilaterale alle comunità di riferimento non è funzionale allo scopo. L'organizzazione propone che nell'impostazione degli aiuti finanziari si tenga conto del numero di professionisti della salute affiliati a una comunità (di riferimento). In questo modo sarebbero premiate anche le comunità (di riferimento) che hanno fatto aderire alla CIP un numero superiore alla media di professionisti della salute. Una parte degli aiuti finanziari andrebbe inoltre destinata a compensare l'integrazione di altre prestazioni complementari (p. es. prescrizione medica elettronica), garantendo così pari trattamento alle comunità e comunità di riferimento attive a livello nazionale.

A *Spitex* sembra importante che i fornitori di prestazioni si affilino a una comunità (di riferimento) per garantire che la CIP sviluppi il necessario valore aggiunto. È opportuno pertanto che gli aiuti finanziari siano associati al numero di fornitori di prestazioni affiliati a una comunità (di riferimento).

SVDG e *VGI.ch* ritengono che il progetto sia orientato troppo unilateralmente all'apertura delle cartelle e che dovrebbe includere inoltre contributi sostanziali ai costi operativi annui delle comunità di riferimento e delle comunità. Una «CIP vuota» non ne promuove la diffusione nella popolazione.

AD Swiss ricorda che l'ecosistema CIP non è costituito solo da pazienti e che altrettanto importanti sono i fornitori di prestazioni e i professionisti che ne fanno parte. L'affiliazione e la partecipazione attiva dei fornitori di prestazioni all'ecosistema sono decisive per l'ulteriore diffusione della CIP nella popolazione. Il successo della CIP si basa su tre criteri: contenuti utili, un numero elevato sia di fornitori di prestazioni che di cittadini/pazienti affiliati. Non si capisce dunque perché nella sua proposta il Consiglio federale punti unicamente all'affiliazione dei pazienti e non voglia invece indennizzare anche l'affiliazione dei fornitori di prestazioni, quando sono questi che immettono nelle cartelle contenuti e dati generatori di plusvalore, contribuendo peraltro in maniera essenziale all'apertura di una cartella da parte dei pazienti (iniziativa del fornitore di prestazioni). L'organizzazione propone dunque di tener conto del numero di fornitori di prestazioni affiliati a una comunità (di riferimento) che immettono effettivamente contenuti nella CIP. In questo modo vengono ricompensate anche le comunità che hanno posto l'accento sull'affiliazione del maggior numero possibile di fornitori di prestazioni, contribuendo così a far evolvere la CIP in un ecosistema. Va inoltre presa in considerazione l'integrazione di altre prestazioni complementari (p. es. prescrizione medica elettronica). Considerato che una condizione essenziale per il successo futuro della CIP sta nell'incrementarne l'utilità, *AD Swiss* propone inoltre che una parte degli aiuti finanziari sia destinato a sostenere lo sforzo profuso per

svilupparne ulteriormente il contenuto con l'integrazione di prestazioni appropriate. Un importo degli aiuti finanziari deve in sostanza essere messo a disposizione per ogni prestazione chiave integrata nella CIP.

axsana critica che il metodo di calcolo scelto per le partecipazioni finanziarie sia orientato unicamente al numero di CIP. La CIP è un ecosistema all'interno del quale pazienti e strutture sanitarie si scambiano dati. Prendere in considerazione la sola prospettiva dei pazienti non è corretto. È solo attraverso l'interconnessione fra i due gruppi che la CIP può esplicare appieno la sua efficacia. Il finanziamento transitorio deve tener conto di questa circostanza. L'organizzazione è dunque favorevole a un metodo di calcolo duale, che si orienti, oltre che al numero di CIP, anche al numero di professionisti della salute produttivi.

eSANITA ritiene che il finanziamento transitorio sia orientato troppo unilateralmente all'apertura delle cartelle in quanto, in base all'esperienza, una «CIP vuota» non apporta alcuna utilità alla popolazione. Dovrebbero pertanto essere corrisposti anche contributi, orientati alle prestazioni e ai costi di gestione annui delle comunità di riferimento in base al numero effettivo di strutture produttive affiliate. Va promosso anche il collegamento digitale alla comunità di riferimento dei sistemi primari dei fornitori di prestazioni, ivi compresa la messa a disposizione automatizzata dei documenti medici nella CIP.

Per la *Posta* l'orientamento degli aiuti finanziari al solo numero di cartelle aperte non è funzionale allo scopo. Creerebbe una disparità di trattamento fra comunità di riferimento e accentuerebbe la concorrenza tra loro, allorché una stretta collaborazione tra tutte le parti coinvolte è più che mai necessaria per la diffusione della CIP. Mentre in questi ultimi anni alcune si sono limitate ad aprire CIP a volte vuote, altre hanno investito in una forma d'organizzazione efficace o nell'affiliazione di strutture sanitarie e non hanno dunque potuto aprire delle CIP. Le condizioni economiche, organizzative e politiche che vigono nell'ambiente delle comunità di riferimento sono inoltre molto diversificate. Mentre alcune comunità di riferimento ricevono già oggi contributi finanziari dal Cantone o dai Cantoni, altre devono cavarsela senza sostegno cantonale o devono magari richiederlo per ottenere degli aiuti finanziari federali. Le strutture di costo delle comunità di riferimento non sono dunque comparabili tra loro. Una CIP utile o una piattaforma CIP efficiente/efficace dipende da numerosi fattori. Oltre all'apertura di una CIP da parte del paziente, ad avere importanza è soprattutto il numero di strutture sanitarie effettivamente registrate come utenti CIP nell'Health Provider Directory (HPD) come pure il costante sviluppo ulteriore del sistema con anche le relative prestazioni. Gli aiuti finanziari non dovrebbero consolidare strutture inefficaci, ma contribuire a garantire un futuro durevole alla CIP. Per la concessione degli aiuti finanziari devono dunque essere presi in considerazione i due criteri seguenti:

- numero di fornitori di prestazioni affiliati a una comunità di riferimento che immettono effettivamente contenuti nella CIP;
- integrazione di altre prestazioni complementari (p. es. prescrizione medica elettronica).

Per la *Posta* non è inoltre chiaro come funzionerà in caso di onboarding di massa, per esempio nel quadro del libretto di vaccinazione.

4.1.4.2.2 Osservazioni in merito all'importo dell'aiuto finanziario

I Cantoni *AG, AI, BE, BS, NE, NW, TI* e la *GDK* nonché le organizzazioni *ACSI, DVSP, AAV, ADTG, AVKZ, CLPh, LAV, pharmaSuisse, scienceindustries* e *Sphf* ritengono che l'importo di 15 sia troppo basso. I Cantoni *FR, GE, JU, VS* e *CARA* osservano che nel caso di *CARA* i Cantoni versano un contributo di gran lunga più alto rispetto alla Confederazione. I Cantoni *FR, GE, JU, VS, CARA* e *KSG* fanno presente che i 15 franchi previsti come aiuto finanziario sono lungi dal coprire i costi medi di 120 franchi stimati per l'apertura di una CIP. L'importo va portato a 50 franchi. *eSANITA* si associa a questa richiesta e chiede inoltre, in caso di apertura fisica, di raddoppiare l'importo.

Il Cantone *BS* propone un importo di 20 franchi per ciascuna CIP.

Il Cantone *SO* chiede che venga stabilito non un importo fisso, bensì un importo massimo per ciascuna CIP aperta, altrimenti, in caso di partecipazione finanziaria inferiore da parte dei

Cantoni, la Confederazione non avrebbe alcuna possibilità per promuovere aperture di CIP più efficienti.

Il Cantone *NE* ritiene adeguato un importo di 30 franchi: quello previsto poggia unicamente sui costi legati all'emissione di uno strumento d'identificazione, tuttavia i costi elevati sono generati non soltanto dall'emissione dello strumento d'identificazione ma anche dalla gestione delle comunità di riferimento (costi legati alla piattaforma, alla certificazione della comunità di riferimento, alla comunicazione, alla formazione, all'apertura della CIP, all'emissione di uno strumento d'identificazione e all'assistenza).

ACSI ritiene indispensabile che la Confederazione e i Cantoni stabiliscano insieme una procedura e degli importi che permettano effettivamente di garantire il finanziamento delle comunità anche per il periodo transitorio.

IPAG fa presente che l'aiuto di 15 franchi previsto per ciascuna cartella aperta copre solo una parte dei costi effettivi generati dalla sua apertura. Il modo in cui è stato stimato il fabbisogno finanziario medio delle comunità di riferimento non è chiaro e l'orientamento degli aiuti finanziari ai costi di uno strumento d'identificazione efficiente rilasciato secondo la LCIP appare insufficiente come approccio.

ADTG propone di aumentare a 50 franchi l'importo o come minimo raddoppiare il credito quadro.

Anche la *Posta* fa notare che l'importo di 15 franchi non copre i costi ovvero è troppo basso per riuscire a mitigare i problemi finanziari. Dal rapporto esplicativo non risulta inoltre chiaro perché l'importo di 15 franchi si orienti allo strumento d'identificazione impiegato.

4.1.4.2.3 Proposte di modifica

ADTG propone di associare gli aiuti finanziari al numero di fornitori di prestazioni affiliati e di modificare il **capoverso 2** come segue: «Gli aiuti finanziari sono corrisposti sotto forma di importo fisso per ciascuna cartella aperta. È inoltre corrisposto un importo per il numero di professionisti della salute affiliati a una comunità di riferimento e comunità. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare.»

ASPS chiede che, oltre a quelli per la CIP, siano creati incentivi per promuovere l'affiliazione dei fornitori di prestazioni e la loro partecipazione attiva, per cui propone di modificare il **capoverso 2 primo periodo** come segue: «Gli aiuti finanziari sono corrisposti sotto forma di ~~importo~~ contributo fisso per ciascuna cartella aperta e/o per ciascun fornitore di prestazioni partecipante.»

IG eHealth, *SDV* e *SHV* chiedono di sostenere l'affiliazione dei professionisti della salute. Una parte essenziale dell'infrastruttura è costituita dall'archivio (backend), comprese autorizzazioni e registri, e dal portale per i professionisti della salute (frontend). Il **capoverso 2** va pertanto modificato come segue: «Gli aiuti finanziari sono corrisposti sotto forma di importo fisso per ciascuna cartella aperta. È inoltre corrisposto un importo per il numero di professionisti della salute affiliati a una comunità di riferimento e comunità. Alle comunità di riferimento e comunità possono essere concessi aiuti finanziari per l'integrazione di prestazioni chiave rilevanti per la CIP. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare.»

SGMI e *CH++* puntualizzano, riguardo al **capoverso 2**, che le aperture di nuove cartelle sono solo in parte un buon parametro di misura: meglio sarebbe sostenere finanziariamente una CIP gestita per un intero anno dal momento che il paziente può registrarsi solo presso una comunità di riferimento. In questo modo si sosterebbe un'organizzazione durevole e di qualità di una comunità di riferimento. Propongono quindi la seguente modifica: «Gli aiuti finanziari sono concessi ~~corrisposti~~ sotto forma di importo fisso per ciascun processo offerto e per ciascuna cartella aperta gestita per un intero anno. Il Consiglio federale ~~ne stabilisce~~ i processi utili e gli importi.»

Spitex propone di associare l'aiuto finanziario ai fornitori di prestazioni affiliati e chiede di modificare il **capoverso 2 primo periodo** come segue: «Gli aiuti finanziari sono corrisposti sotto forma di importo fisso per ciascuna cartella già aperta o aperta nel periodo transitorio. Alle

comunità di riferimento e comunità è inoltre corrisposto un importo per ciascun professionista della salute o fornitore di prestazioni affiliato. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare.»

SVDG e VGI.ch rilevano che il numero di cartelle aperte promuove la diffusione della CIP fra i «pazienti». Negli ospedali vi aderiscono a livello svizzero meno del 50 per cento dei fornitori di prestazioni e solo un terzo circa di tutte le case di cura e per anziani. Deve essere creato anche un incentivo che spinga le comunità (di riferimento) ad aumentare la quota dei fornitori di prestazioni produttivi affiliati, attraverso per esempio dei ribassi. Propongono quindi di modificare il **capoverso 2** come segue: «Gli aiuti finanziari sono corrisposti sotto forma di importo fisso per ciascuna cartella aperta e annualmente anche in base al numero di fornitori di prestazioni produttivi affiliati che vi caricano attivamente dei documenti. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare.»

AD Swiss fa presente che una parte essenziale dell'infrastruttura è costituita dall'archivio (backend), comprese autorizzazioni e registri (di ID), e dal portale per i professionisti della salute (frontend). Propone dunque di adeguare il **capoverso 2** come segue: «Gli aiuti finanziari sono corrisposti sotto forma di importo fisso per ciascuna cartella aperta. È inoltre corrisposto un importo per il numero di professionisti della salute affiliati a una comunità di riferimento e comunità come pure un importo per ciascuna identità elettronica emessa. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare.». Si associa a questa proposta anche HIN.

axsana fa presente che la CIP è utile se è collegata all'ecosistema completo, che è composto dai pazienti, ma anche dalle strutture sanitarie. Per incentivare la diffusione della CIP, bisogna dunque tener conto anche della partecipazione attiva di queste ultime. Per mantenere semplice il calcolo, propone non solo di corrispondere un importo fisso per ciascuna CIP aperta, ma anche per ciascun nuovo professionista della salute produttivo. Il **capoverso 2** andrebbe modificato come segue: «Gli aiuti finanziari sono corrisposti sotto forma di importo fisso per ciascuna cartella aperta e per ciascun nuovo professionista della salute produttivo. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare.».

4.1.4.3 Capoverso 3

4.1.4.3.1 Osservazioni in merito al primo periodo

I Cantoni AG, AI, BE, BL, BS, GL, LU, NW, SO, TI, UR e la GDK sono critici nei confronti dell'impostazione duale degli aiuti finanziari da concedere posto che il territorio di un Cantone potrebbe essere coperto da più comunità di riferimento o, viceversa, il territorio di più Cantoni potrebbe essere coperto da una comunità di riferimento. In questo caso la concessione di aiuti finanziari richiederebbe un coordinamento tra Confederazione e Cantoni e tra Cantoni che complicherebbe ulteriormente l'introduzione di un finanziamento transitorio. Si chiedono quindi perché la Confederazione non garantisca direttamente la responsabilità finanziaria del finanziamento transitorio, dal momento che definisce anche le condizioni quadro e le regole per la gestione. Il Cantone SO chiede che venga tassativamente chiarito come si prospetta il processo di finanziamento se più comunità di riferimento coprono il territorio di un Cantone o, viceversa, una comunità di riferimento copre il territorio di più Cantoni. Se il cofinanziamento da parte dei Cantoni è obbligatorio, i Cantoni, dovrebbero, secondo SO, avere la possibilità di vincolare il proprio sostegno finanziario al fatto che anche la Confederazione approvi effettivamente una domanda di aiuto finanziario da parte di una comunità di riferimento.

Il Cantone AG fa sapere che partecipa finanziariamente alla comunità di riferimento eHealth Aargau già dal 2022 e prevede di versare nuovamente un contributo a detta associazione nel 2023. Gli aiuti finanziari sono stati concessi senza tenere conto di quelli ora previsti dalla Confederazione. Se avesse saputo in anticipo con sicurezza di questi aiuti, AG avrebbe previsto di versarle contributi finanziari cantonali inferiori. Nel complesso, il Cantone non può dunque escludere che la comunità di riferimento eHealth Aargau non trarrà in seguito un beneficio sproporzionato dall'ulteriore aiuto finanziario federale. Nel suo parere, AG sottolinea che, versando contributi alla comunità di riferimento, è stato tra quei Cantoni che hanno sostenuto il progetto CIP fin dall'inizio, svolgendo così un lavoro pionieristico. Altri Cantoni, al contrario, hanno finora sborsato poco o nulla per la CIP. Stando così le cose, non è accettabile che i Cantoni che hanno già effettuato versamenti (volontari) alle comunità di riferimento siano

alla fine notevolmente svantaggiati dal punto di vista finanziario. *AG* chiede che il legislatore federale tenga conto di questo aspetto e preveda per esempio dei rimborsi per questi Cantoni.

Il Cantone *BL* suggerisce che i fondi già accordati dai Cantoni, che non sono stati integrati da fondi della Confederazione di pari importo, siano computati nelle future quote cantonali.

Per il Cantone *BE* non è chiaro come vada capito in questo contesto il termine «annualmente» di cui al **capoverso 3**. Per attuare gli obiettivi della LAMal (miglioramento della qualità ed efficienza dei costi) secondo le direttive concrete della Confederazione, il Cantone si aspetta un finanziamento da quest'ultima. Lamenta inoltre che gli assicuratori-malattie non partecipino al finanziamento transitorio.

Anche il Cantone *TI* trova che occorra valutare un coinvolgimento finanziario degli assicuratori-malattie nel finanziamento.

I Verdi e *USS* ritengono che i Cantoni debbano essere obbligati a una partecipazione nettamente maggiore dal momento che il sistema sanitario è di loro competenza.

ADTG, *IG eHealth* e *SDV* chiedono che non solo i Cantoni, ma anche dei terzi possano partecipare in termini di aiuti finanziari.

Secondo *CVCI*, occorre assicurare che il sostegno cantonale sia pari a quello federale, determinando anche l'importo per ciascuna CIP che deve versare il Cantone.

Interpharma chiede alla Confederazione di trovare una soluzione per il finanziamento durevole della CIP nel caso in cui alcuni Cantoni dovessero venir meno ai loro obblighi.

scienceindustries e *SDA* credono che il finanziamento transitorio non debba dipendere dalla partecipazione al 50 per cento dei Cantoni.

SSR trova che l'idea sia buona: può portare a un contenimento dei costi, ma il procedimento è troppo complicato e non funzionerà.

4.1.4.3.2 Osservazioni in merito al secondo periodo

I Cantoni *AG*, *AI*, *BE*, *BL*, *GL*, *SG*, *UR*, la *GDK* e *eSANITA* fanno presente che, sino all'entrata in vigore dell'avamprogetto, in certi Cantoni non vi saranno basi legali per una compartecipazione cantonale al 50 per cento al finanziamento. Apprezzerebbero dunque un disciplinamento federale più chiaro quanto alle eventuali basi legali cantonali necessarie. Benché disponga già delle necessarie basi legali, guarda con favore all'idea anche il Cantone *NW*. Il Cantone *GR* precisa invece di non disporre di alcuna base legale per la concessione di aiuti finanziari.

I Cantoni *AG*, *AI*, *BE*, *BL*, *GL*, *NW*, *SG*, *UR* e la *GDK* fanno presente che il versamento di aiuti finanziari della Confederazione non dovrebbe dipendere cronologicamente dai versamenti già effettuati: sarebbe bensì sufficiente avere come prova l'assicurazione di partecipazione da parte dei Cantoni. Anche il Cantone *ZH* critica il fatto che la partecipazione debba già essere avvenuta al momento della presentazione delle domande. Questo disciplinamento richiede un grosso coordinamento a livello di esecuzione e ritarderebbe il versamento di aiuti finanziari. Nella misura in cui si voglia mantenere ferma la volontà di vincolare gli aiuti finanziari della Confederazione a una preliminare compartecipazione da parte dei Cantoni, bisognerebbe almeno rinunciare a prescrivere che i contributi cantonali debbano essere versati prima dei fondi federali, vincolando invece il versamento alle comunità di riferimento da parte della Confederazione unicamente a un'assicurazione di partecipazione da parte dei Cantoni. *eSANITA* si associa a questa posizione. I Cantoni *AG*, *BE*, *GL* e *NW* chiedono invece che ai Cantoni sia data la possibilità di concedere il proprio sostegno finanziario con riserva e ritirarlo nel caso in cui la Confederazione respingesse una domanda.

Il Cantone *BE* fa presente che una promessa scritta di pagamento presuppone un'autorizzazione di spesa da parte dell'organo competente in materia di finanze. I Cantoni avrebbero pertanto bisogno di un tempo di attesa non trascurabile prima che l'organo competente in materia di finanze possa deliberare un'autorizzazione di spesa, cosa di cui nel caso specifico dovrebbe concretamente occuparsi il Gran Consiglio del Cantone *BE*. Si dovrebbe inoltre attendere il periodo referendario di tre mesi prima di poter assumere un impegno.

Anche il Cantone *BS* propone che, nel 2024, per il versamento dei primi aiuti finanziari, sia considerata sufficiente l'assicurazione di un cofinanziamento cantonale così da poter semplificare la procedura di concessione. Alla proposta si associa pure il Cantone *BE*.

Il Cantone *LU* fa presente che il versamento di mezzi finanziari supplementari richiede l'approvazione del budget da parte del Parlamento cantonale.

Anche *ADTG* fa notare che, nella pratica, è impossibile fornire tempestivamente una prova come quella di cui sopra. Invece della prova, dovrebbe essere possibile presentare una garanzia di concessione da parte del Cantone, in modo tale da sveltire il più possibile la domanda di aiuto.

Nel **capoverso 3** la *Posta* individua delle difficoltà procedurali circa la prova di partecipazione da parte dei Cantoni. L'attuale formulazione esige che la partecipazione dei Cantoni «sia stata già corrisposta» al momento della presentazione delle domande di aiuti finanziari della Confederazione da parte delle comunità di riferimento. Per poter i) preventivare e ii) autorizzare la partecipazione, il Cantone dovrebbe tuttavia disporre anticipatamente delle informazioni di cui all'articolo 5 capoverso 2 lettera a dell'ordinanza sugli aiuti finanziari per la cartella informatizzata del paziente (OFCIP) che invece non avrebbe a quel momento. Non è chiaro inoltre cosa si intenda per «prova» (cfr. art. 5 OFCIP) né come o con quali mezzi questa debba essere fornita. A causa delle diverse circostanze politiche, le condizioni da cui partono per poter ottenere gli aiuti finanziari della Confederazione non sono le stesse per tutte le comunità di riferimento. La *Posta* è dunque del parere che, in forma appropriata, dovrebbe essere già sufficiente fornire l'assicurazione di partecipazione da parte del Cantone. In questo modo le comunità di riferimento avrebbero maggiore margine di manovra.

4.1.4.3.3 Proposte di modifica

I Cantoni *AG, AI, BE, BL, LU, SG, TI, UR* e la *GDK* criticano che la prova dell'avvenuta partecipazione possa essere fornita solo con una ricevuta di pagamento avente data di valuta anteriore. I Cantoni che oggi non hanno ancora una base legale potrebbero non riuscire a effettuare un pagamento entro il 15 settembre 2024 (secondo l'art. 10 cpv. 1), per cui la comunità di riferimento non potrebbe presentare una domanda valida. Nel quadro dei processi legislativi ancora in corso, i Cantoni potrebbero tutt'al più fare una promessa scritta di pagamento con data di valuta ravvicinata. Propongono quindi di modificare il **capoverso 3 secondo periodo** come segue: «La partecipazione dei Cantoni deve essere corrisposta assicurata prima al momento della presentazione delle domande di aiuti finanziari da parte delle comunità di riferimento.»

Anche il Cantone *ZH* ritiene che, in caso di subordinazione degli aiuti finanziari della Confederazione a un cofinanziamento da parte dei Cantoni, occorra rinunciare al disciplinamento secondo cui i contributi cantonali debbano essere versati prima dei fondi federali. Chiede pertanto lo **stralcio del capoverso 3 secondo periodo**.

Alleanza del Centro chiede di adeguare il **capoverso 3** in modo tale da far sì che a poter partecipare in pari misura agli aiuti finanziari non siano solo i Cantoni, ma anche altri attori.

Le organizzazioni *AAV, AVKZ, CLPh, LAV, pharmaSuisse* e *Sphf* ritengono che il capoverso 3 non sia funzionale allo scopo di finanziare e diffondere la CIP. Il finanziamento di un progetto nazionale deve avvenire a livello federale. I Cantoni vanno concretamente chiamati a sostenere e a finanziare il sistema, ma gli aiuti finanziari di Confederazione e Cantoni devono essere indipendenti dalla partecipazione di un Cantone a una comunità di riferimento ed essere invece correlati al numero di suoi residenti che aprono una CIP presso una comunità di riferimento cantonale o nazionale. Ogni comunità di riferimento riceverebbe così i propri aiuti finanziari in misura proporzionale al numero di nuove CIP aperte per i pazienti residenti nel Cantone, equiparando in questo modo le comunità di riferimento attive a livello nazionale alle comunità di riferimento sorte a livello cantonale o regionale. Propongono pertanto di modificare il **capoverso 3** come segue: «Gli aiuti finanziari sono concessi soltanto se i Cantoni partecipano almeno nella stessa misura ai costi sostenuti annualmente dalla comunità di riferimento per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente. Anche la partecipazione dei Cantoni deve essere corrisposta sotto forma di importo fisso per ciascuna cartella aperta

da una persona residente nel Cantone indipendentemente dalla comunità di riferimento presso cui l'ha aperta. La partecipazione dei Cantoni deve essere corrisposta prima della presentazione delle domande di aiuti finanziari da parte delle comunità di riferimento.».

Nell'eventualità in cui venga meno il sostegno da parte dei Cantoni, *ARTISET* propone di riformulare il **capoverso 3** come segue: «I Cantoni sono tenuti a partecipare almeno nella stessa misura della Confederazione ai costi sostenuti annualmente dalla comunità di riferimento per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente. Se la partecipazione del Cantone non è corrisposta prima della presentazione delle domande di aiuti finanziari da parte delle comunità di riferimento e di conseguenza l'importo dell'aiuto finanziario cantonale non è stato effettivamente riscosso, la Confederazione versa la quota dell'aiuto finanziario dovuta dal Cantone. In questo caso il Cantone è tenuto a rimborsare alla Confederazione la propria quota di aiuto finanziario entro l'anno seguente.».

ASPS fa presente che la condizione del capoverso 3 può portare a inutili ritardi nel finanziamento: in questo caso basterebbe come prova di partecipazione un'assicurazione del Cantone fornita in forma appropriata: «La partecipazione dei Cantoni deve essere corrisposta confermata in forma appropriata prima della presentazione delle domande di aiuti finanziari da parte delle comunità di riferimento.».

IG eHealth, SDV e SHV osservano che, per ragioni di uguaglianza giuridica, gli aiuti finanziari dovrebbero essere concessi sia alle comunità di riferimento che alle comunità. A doversi applicare è lo stesso criterio rivelatosi valido per il finanziamento iniziale: la condizione per ricevere fondi dalla Confederazione deve essere cioè una partecipazione da parte dei Cantoni o di terzi. Propongono pertanto di modificare il **capoverso 3** come segue: «Gli aiuti finanziari sono concessi soltanto se i Cantoni o terzi partecipano almeno nella stessa misura ai costi sostenuti annualmente dalla comunità di riferimento e dalla comunità per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente. La partecipazione dei Cantoni o di terzi deve essere corrisposta prima della presentazione delle domande di aiuti finanziari da parte delle comunità di riferimento o delle comunità. Le comunità di riferimento/comunità (prive di ente responsabile cantonale) ricevono solo la quota di aiuti finanziari della Confederazione.».

In merito al **capoverso 3**, *SGMI* e *CH++* ribadiscono che la CIP è di interesse nazionale e che la partecipazione dei Cantoni è importante, ma che gli aiuti finanziari vanno corrisposti di principio e non dovrebbero essere dipendenti da eventuali decisioni cantonali. *SGMI* propone pertanto la nuova formulazione seguente: «Gli aiuti finanziari sono parte integrante del mandato di sanità pubblica e sono ripartiti in parti uguali fra Confederazione e Cantoni.».

A *SVDG* e *VGI.ch* non è chiaro come le comunità (di riferimento) attive a livello intercantonale debbano comprovare i contributi ricevuti dai Cantoni. Analogamente agli aiuti attuali vanno computati nella partecipazione anche gli aiuti di terzi. Propongono pertanto di modificare il **capoverso 3** come segue: «Gli aiuti finanziari sono concessi soltanto se i Cantoni o terzi partecipano almeno nella stessa misura ai costi sostenuti annualmente dalla comunità (di riferimento) per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente. È determinante l'ammontare degli aiuti cantonali totali o della somma di quelli di terzi. La partecipazione dei Cantoni o di terzi deve essere corrisposta prima della presentazione delle domande di aiuti finanziari da parte delle comunità (di riferimento).».

abilis afferma che il modo più pratico e facile per verificare che la partecipazione cantonale sia almeno pari a quella federale consiste nel prevedere che anche gli aiuti cantonali siano corrisposti sotto forma di importo fisso per ciascuna cartella aperta (così come previsto all'art. 23a cpv. 2 per la partecipazione della Confederazione). Solo una partecipazione cantonale corrisposta sotto forma di importo fisso per ciascuna CIP aperta consente inoltre di rispettare il principio costituzionale (sancito negli art. 8 e 27 Cost.) della parità di trattamento. Propone pertanto di modificare il **capoverso 3** come segue: «Gli aiuti finanziari sono concessi soltanto se i Cantoni partecipano almeno nella stessa misura ai costi sostenuti annualmente dalla comunità di riferimento per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente. Anche la partecipazione dei Cantoni deve essere corrisposta sotto forma di importo fisso per ciascuna cartella aperta da un paziente residente nel suo territorio indipendentemente dalla comunità di riferimento presso cui l'ha aperta. La partecipazione dei Cantoni deve essere corrisposta prima della presentazione delle domande di aiuti finanziari da parte delle comunità di riferimento.».

A titolo sussidiario, *abilis* propone inoltre di integrare il **capoverso 2** come segue: «Per le comunità di riferimento nazionali che non ricevono alcun finanziamento cantonale tale importo è raddoppiato» e creare anche un nuovo **capoverso 3^{bis}**: «Nel caso delle comunità di riferimento nazionali non è necessaria la preliminare partecipazione dei Cantoni.»

AD Swiss chiede che, per ragioni di uguaglianza giuridica, gli aiuti finanziari vengano concessi sia alle comunità di riferimento che alle comunità (attive a livello nazionale). A doversi applicare è lo stesso criterio rivelatosi valido per il finanziamento iniziale: la condizione per ricevere fondi dalla Confederazione deve essere cioè una partecipazione da parte dei Cantoni o di terzi. Propone pertanto di modificare il **capoverso 3** come segue: «Gli aiuti finanziari sono concessi soltanto se i Cantoni o terzi partecipano almeno nella stessa misura ai costi sostenuti annualmente dalla comunità di riferimento, dalla comunità e dall'identity provider per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente. La partecipazione dei Cantoni o di terzi deve essere corrisposta prima della presentazione delle domande di aiuti finanziari da parte delle comunità di riferimento o delle comunità nonché degli identity provider.». Si associa alla richiesta anche *HIN*.

eSANITA riporta che alcuni Cantoni fanno cenno alla mancanza di basi legali cantonali in materia di partecipazione finanziaria alla CIP nonché ai lunghi tempi di attesa e alle incertezze legate alla loro creazione. Specie nei Cantoni della Svizzera orientale la CIP è stata finora vista come un compito dei fornitori di prestazioni e non dei Cantoni. Il finanziamento della stessa comunità di riferimento *eSANITA* è assicurato per esempio esclusivamente da contributi dei fornitori di prestazioni affiliati. A causa dell'(ancora momentanea) assenza di basi legali nei Cantoni, questa non riceverebbe alcun aiuto finanziario neppure dalla Confederazione, sebbene i costi siano sostenuti dalla stessa comunità di riferimento e dai suoi fornitori di prestazioni (cioè da terzi). In vista delle modifiche legislative previste in seno ai Cantoni, per la presentazione delle domande da parte delle comunità di riferimento devono dunque già bastare le garanzie cantonali o di terzi. Propone pertanto di modificare il **capoverso 3 secondo periodo** come segue: «Gli aiuti finanziari sono concessi soltanto se i Cantoni o, a titolo transitorio, anche terzi partecipano almeno nella stessa misura ai costi sostenuti annualmente dalla comunità di riferimento per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente. La partecipazione dei Cantoni o di terzi deve essere corrisposta assicurata prima al momento della presentazione delle domande di aiuti finanziari da parte delle comunità di riferimento.». *eSANITA* fa inoltre notare che i Cantoni non ricevono informazioni dalle comunità di riferimento su quali strutture sanitarie soggette all'obbligo di CIP presenti sul loro territorio siano affiliate a una data comunità di riferimento. Per ricevere aiuti finanziari cantonali le comunità di riferimento dovrebbero dunque essere tenute a comunicare periodicamente queste informazioni ai Cantoni. Propone pertanto di **integrare il capoverso 3** come segue: «A tale scopo le comunità di riferimento comunicano trimestralmente ai Cantoni i professionisti della salute e le strutture sanitarie iscritte nel registro nazionale delle CIP. Ciò consente ai Cantoni di monitorare il rispetto dell'obbligo legale di aderire alla CIP delle strutture sanitarie presenti sul loro territorio e serve da base per determinare le comunità di riferimento meritevoli di sostegno e la loro partecipazione nell'ambito della campagna d'informazione cantonale sulla CIP.».

Per evitare un'eventuale disparità di trattamento tra comunità di riferimento istituite dai Cantoni e altre comunità di riferimento, *WEKO* propone di adeguare il **capoverso 3** come segue: «Gli aiuti finanziari sono concessi soltanto se i Cantoni partecipano almeno nella stessa misura ai costi sostenuti annualmente dalla comunità di riferimento per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente. Anche la partecipazione dei Cantoni deve essere corrisposta sotto forma di importo fisso per ciascuna cartella aperta da un paziente residente nel suo territorio indipendentemente dalla comunità di riferimento presso cui l'ha aperta. La partecipazione dei Cantoni deve essere corrisposta prima della presentazione delle domande di aiuti finanziari da parte delle comunità di riferimento.».

4.1.4.4 Capoverso 4

In merito alla volontà di evitare il sovvenzionamento eccessivo, per *SVDG* e *VGI.ch* non è chiaro se gli aiuti finanziari relativi all'apertura della cartella debbano ora corrispondere al massimo al 50 per cento dei costi effettivi (strumento d'identificazione 15 franchi) o al massimo al

100 per cento degli aiuti di Confederazione e Cantoni o terzi. Propongono pertanto di modificare il **capoverso 4** come segue: «Se per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente possono essere richiesti altri sussidi federali, i fondi federali totali possono ammontare al massimo alla metà degli aiuti finanziari corrispondenti di Confederazione e Cantoni o terzi nel loro complesso.».

4.1.4.5 Proposte di modifica di più capoversi

Il Cantone ZG fa sapere di non disporre – come del resto la maggior parte degli altri Cantoni – di una base legale sufficiente per la concessione di aiuti finanziari alle comunità di riferimento secondo l'articolo 23a LCIP. Dovendo i Cantoni partecipare al finanziamento della CIP, ma essendo difficilmente in grado di portare a termine le procedure legislative avviate, occorre valutare se non si possa creare a livello federale una base legale per assicurare i relativi pagamenti. Il Cantone ZG propone pertanto di modificare l'articolo 23a LCIP come segue:

Capoverso 1 primo periodo:

~~«La Confederazione può concedere alle comunità di riferimento aiuti finanziari per garantire il finanziamento della gestione e dell'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente. La Confederazione e i Cantoni concedono alle comunità di riferimento aiuti finanziari per garantire il finanziamento della gestione e dell'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente.».~~

Stralcio del capoverso 3.

Capoverso 4:

«La Confederazione e i Cantoni partecipano nella stessa misura agli aiuti finanziari. Se per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente possono essere richiesti altri sussidi federali, i fondi federali totali possono ammontare al massimo alla metà dei costi corrispondenti.».

Per poter assicurare parità di trattamento tra le comunità di riferimento che ricevono sostegno finanziario da un Cantone e quelle che non ne ricevono attraverso una compensazione da parte della Confederazione, le organizzazioni AAV, AVKZ, CLPh, LAV, pharmaSuisse e Spfh propongono **a titolo sussidiario** di modificare il **capoverso 2** come segue: «Gli aiuti finanziari sono corrisposti sotto forma di importo fisso per ciascuna cartella aperta. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare. Nella misura in cui venga meno il sostegno cantonale, nel singolo caso la Confederazione può su richiesta corrispondere un sostegno supplementare. L'importo è limitato all'ammontare del contributo cantonale in funzione delle cartelle aperte.».

Le organizzazioni AAV, AVKZ, CLPh, LAV, pharmaSuisse e Spfh ritengono problematico che anche il finanziamento dell'ulteriore sviluppo sia vincolato al finanziamento da parte dei Cantoni. Concretamente, le comunità di riferimento che ricevono poco o nessun sostegno da parte di uno o più Cantoni non avrebbero alcun diritto a un finanziamento, il che crea disparità di trattamento tra comunità di riferimento finanziate a livello cantonale e non. Questa disparità può avere un considerevole impatto sulla roadmap della CIP e sulla digitalizzazione del sistema sanitario. Così facendo, ad essere in primo piano non sono tanto il rendimento e la qualità della comunità di riferimento quanto unicamente la capacità di assicurarsi il finanziamento cantonale. Propongono pertanto, **a titolo sussidiario**, di riformulare il **capoverso 3 primo periodo** come segue: «Gli aiuti finanziari per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente sono concessi soltanto se il Cantone in cui risiede il paziente partecipa ai costi sostenuti annualmente per la gestione e l'ulteriore sviluppo della cartella informatizzata del paziente dalla comunità di riferimento presso cui il paziente ha aperto la cartella.». LAV propone di integrare il **capoverso 3 secondo periodo** come segue: «La partecipazione dei Cantoni deve essere corrisposta approvata prima della presentazione delle domande di aiuti finanziari da parte delle comunità di riferimento.».

Secondo le organizzazioni *AAV, AVKZ, CLPh, LAV, pharmaSuisse* e *Sphf*, la Confederazione non deve versare una seconda volta alle comunità di riferimento i contributi cantonali, bensì sostenere finanziariamente in misura proporzionale le comunità di riferimento che hanno aperto delle cartelle informatizzate del paziente nel Cantone interessato. In questo modo il sostegno finanziario della Confederazione non è indipendente da quello del Cantone, tuttavia non viene necessariamente destinato alle stesse comunità di riferimento, ma a quelle responsabili del maggior numero di aperture, il che equiparerebbe le comunità di riferimento attive a livello nazionale a quelle sorte a livello cantonale o regionale. **A titolo sussidiario**, propongono pertanto di modificare il **capoverso 4** come segue: «Il sostegno finanziario della Confederazione è corrisposto alla comunità di riferimento in misura proporzionale al numero di cartelle informatizzate del paziente aperte nel Cantone interessato.». **Subordinatamente**, l'attuale **capoverso 4** diventerebbe quindi il **capoverso 5**.

4.1.5 Art. 23b Importo massimo

L'Assemblea federale stabilisce mediante un limite di spesa l'importo massimo degli aiuti finanziari che la Confederazione può concedere.

Per la *Posta* non è chiaro cosa succeda se l'importo massimo di 30 milioni di franchi viene esaurito prima dell'entrata in vigore della revisione completa.

4.1.6 Art. 23c Procedura

¹ Le domande di aiuti finanziari devono essere presentate all'UFSP.

² L'UFSP concede gli aiuti finanziari mediante decisione.

Nessuna osservazione.

4.1.7 Art. 26a Disposizione transitoria della modifica del ...

Gli aiuti finanziari di cui alla sezione 7a sono concessi anche per le cartelle informatizzate del paziente aperte prima dell'entrata in vigore della modifica del ...

4.1.7.1 Osservazioni

I Cantoni *AG, AI, BE, BL, LU, SO, TI, UR* e la *GDK* fanno presente che nel rapporto esplicativo è scritto: «In linea di principio possono essere concessi aiuti finanziari per tutte le CIP aperte dalla certificazione sino alla fine dell'anno precedente.». Quest'importante precisazione manca però nell'ordinanza.

Il Cantone *BE* osserva che l'attuazione della disposizione transitoria in base alla quale gli aiuti finanziari di cui alla sezione 7a sono concessi anche per le cartelle informatizzate del paziente aperte prima dell'entrata in vigore della modifica, richiede una precisazione nell'ordinanza. *BE* parte comunque dal presupposto che le cartelle in questione debbano essere fatte valere in sede di prima domanda.

IG eHealth, SHV e la *Posta* chiedono di limitare la retroattività ad inizio 2022.

La *Posta* è del parere che gli aiuti finanziari non debbano consolidare strutture inefficaci, ma contribuire a garantire un futuro durevole alla CIP. Propone due ulteriori criteri per la concessione degli aiuti finanziari (numero di fornitori di prestazioni affiliati che immettono effettivamente contenuti nella CIP e integrazione di altre prestazioni complementari).

4.1.7.2 Proposte di modifica

Secondo *IG eHealth, SDV, SHV* e *AD Swiss*, la vigente LCIP contempla sia le comunità di riferimento che le comunità: per considerazioni d'ordine giuridico entrambe vanno dunque trattate in modo uguale. *IG eHealth, SHV* e *AD Swiss* propongono aiuti finanziari per l'affiliazione di cittadini (secondo proposta del Consiglio federale), per l'affiliazione di fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale (nuovo) e per l'integrazione di prestazioni chiave per la CIP (nuovo).

Va però stabilito chi definisce le prestazioni chiave. Tra i candidati papabili vi sono il Consiglio federale, l'UFSP, eHealth Suisse e la Commissione federale delle prestazioni generali e delle questioni fondamentali (CFPF). Viene pertanto proposto di modificare l'**articolo 26a** come segue: «~~Gli aiuti finanziari di cui alla sezione 7a sono concessi anche per le cartelle informatizzate del paziente aperte prima dell'entrata in vigore della modifica del ...~~. Gli aiuti finanziari di cui alla sezione 7a sono concessi per:

- a. le cartelle informatizzate del paziente aperte prima dell'entrata in vigore della modifica del DATA;
- b. i professionisti della salute affiliatisi a una comunità di riferimento o comunità prima dell'entrata in vigore della modifica del DATA;
- c. l'integrazione di prestazioni chiave per la CIP.

Il Consiglio federale disciplina i particolari.».

A questa proposta di modifica si associano anche *ADTG* e *HIN*.

axsana chiede invece di adeguare l'articolo come segue: «Gli aiuti finanziari di cui alla sezione 7a sono concessi anche per le cartelle informatizzate del paziente aperte o rese produttive e i professionisti della salute produttivi prima dell'entrata in vigore della modifica del».

4.2 OFCIP

4.2.1 Ingresso

Il Consiglio federale svizzero,

visto l'articolo 23a capoverso 2 della legge federale del 19 giugno 2015¹ sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP),
ordina:

Nessuna osservazione.

4.2.2 Art. 1 Oggetto

La presente ordinanza disciplina la concessione degli aiuti finanziari di cui alla sezione 7a della LCIP.

Nessuna osservazione.

4.2.3 Art. 2 Principio

¹ Possono richiedere aiuti finanziari le comunità di riferimento di cui all'articolo 2 lettera e LCIP.

² Non sussiste alcun diritto agli aiuti finanziari.

4.2.3.1 Capoverso 1

Secondo *ASPS*, va incentivata non solo l'apertura del maggior numero possibile di CIP, ma anche l'adesione alla CIP da parte dei fornitori di prestazioni. Prima saranno implicate tutte le parti coinvolte, prima saranno percettibili gli effetti positivi della CIP (p. es. risparmi in termini di costi). Il **capoverso 1** va pertanto integrato in modo corrispondente.

IGMG fa su questo articolo le stesse considerazioni che all'articolo 23a LCIP e propone quindi di modificare il **capoverso 1** come segue: «Possono richiedere aiuti finanziari le comunità di riferimento e i fornitori di prestazioni di cui all'articolo 2 lettera e LCIP.».

Al fine di garantire il pari trattamento delle comunità di riferimento/comunità attive a livello nazionale, *ADTG*, *IG eHealth*, *SDV* e *SHV* propongono di modificare il **capoverso 1** come segue: «Possono richiedere aiuti finanziari le comunità di riferimento e le comunità di cui all'articolo 2 lettere d—e LCIP.». *axsana* si associa a questa richiesta: il numero di nuovi professionisti della salute produttivi deve essere incluso nella metodologia di calcolo affinché anche le comunità abbiano poi diritto agli aiuti.

Spitex chiede che nel **capoverso 1**, come pure in altri articoli dell'OFCIP, siano fatti gli adeguamenti necessari per includere sia comunità che comunità di riferimento.

Al fine di garantire l'auspicato pari trattamento delle comunità di riferimento/comunità attive a livello nazionale e identity provider, *AD Swiss* chiede di modificare il **capoverso 1** come segue: «Possono richiedere aiuti finanziari le comunità di riferimento e le comunità di cui all'articolo 2 lettera e LCIP nonché gli identity provider certificati». Si associa alla richiesta anche *HIN*.

4.2.3.2 Capoverso 2

Il Cantone *ZH* fa presente che il diritto sussiste se le condizioni per la concessione di un aiuto finanziario sono soddisfatte entro i limiti dei mezzi finanziari messi a disposizione. Chiede pertanto lo stralcio del **capoverso 2**.

4.2.4 Art. 3 Importo per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta

¹ Le comunità di riferimento ricevono 15 franchi per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta.

² Se i mezzi finanziari non sono sufficienti per concedere a tutte le comunità di riferimento richiedenti l'aiuto finanziario integrale, nell'anno in questione l'importo per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta viene ridotto in modo tale che a tutte le comunità di riferimento sia riconosciuto lo stesso importo per cartella aperta.

4.2.4.1 Capoverso 1

Il Cantone *BE* osserva che l'importo di 15 franchi è troppo basso.

Il Cantone *BS* fa presente che l'importo di complessivamente 30 franchi (15 franchi dalla Confederazione, 15 franchi dal Cantone) per ciascuna CIP aperta non ne copre l'insieme dei costi. Propone pertanto un importo complessivo di 40 franchi. Anche il Cantone *AG* propone di aumentare ad almeno 20 franchi l'importo di cui al **capoverso 1**.

I Cantoni *FR*, *VS* nonché *Cara* e *KSG* trovano insufficienti i 15 franchi proposti per ogni apertura di CIP: loro stessi hanno aperto un gran numero di CIP in vari modi (allo sportello od online) e con diversi strumenti d'identificazione elettronici, per cui parlano per esperienza. Per l'apertura completa di una CIP in loco vengono svolti i seguenti compiti: informazione dei pazienti; creazione del conto dello strumento d'identificazione; conferma dell'identità; compilazione della dichiarazione di consenso; creazione della CIP; esecuzione del primo accesso o, in caso di apertura online, invio del codice temporaneo ai pazienti. *CARA* accompagna i pazienti anche nelle prime attribuzioni dei diritti d'accesso e nelle richieste di pubblicazione di documenti da parte delle strutture sanitarie. Anche non contando la richiesta di documenti o il rilascio dei diritti d'accesso, l'apertura di una CIP costa tra i 75 e i 100 franchi. A questi si sommano i costi di gestione degli strumenti che gli offerenti fatturano alla comunità di riferimento, come lo stesso strumento d'identificazione, l'eventuale video-identificazione, gli strumenti per la gestione dei consensi o la parte della piattaforma E-Health della Posta utilizzata per la creazione della CIP. Sarebbe quindi necessario come minimo un sostegno finanziario di 50 franchi. Pur non essendo prescritta dalla legge, l'assistenza ai pazienti nella richiesta di documenti da determinati istituti e nell'attribuzione dei primi diritti d'accesso può tuttavia accrescere rapidamente la fruizione della CIP. Propone pertanto di modificare il **capoverso 1**: «Le comunità di riferimento ricevono ~~15~~ 50 franchi per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta.».

Anche il Cantone *JU* è del parere che durante la fase transitoria sia necessario un sostegno finanziario di almeno 50 franchi per promuovere l'introduzione della CIP in Svizzera e favorirne davvero la diffusione. Visti gli importi già investiti dai Cantoni della Svizzera occidentale, questo sostegno finanziario è atteso con urgenza. Si associa pertanto alla richiesta di modifica sopra con la seguente integrazione: «Le comunità di riferimento ricevono [come minimo] ~~15~~ 50 franchi per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta.».

Il Cantone *NE* fa presente che l'importo di 15 franchi per ciascuna CIP aperta è troppo basso. Poggiare il sostegno finanziario unicamente sui costi d'emissione dello strumento d'identificazione è troppo restrittivo. Le comunità di riferimento sarebbero costrette a sostenere notevoli costi operativi annui per fornire un servizio di elevato livello qualitativo. Tra questi vi sono i costi

per la piattaforma, la certificazione della comunità di riferimento, la comunicazione, la formazione, l'apertura delle CIP (sede + personale), l'emissione di uno strumento d'identificazione secondo la LCIP e l'assistenza. Dato che i costi per l'emissione di uno strumento d'identificazione oscillano tra i 25 e i 30 franchi, NE chiede di modificare il **capoverso 1** come segue: «Le comunità di riferimento ricevono ~~45~~ 30 franchi per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta.».

Il Cantone SO ritiene che la formulazione dell'articolo 3 capoverso 1 in combinato disposto con l'articolo 5 capoverso 2 lettera b fa sì che la Confederazione non possa riconoscere alcun importo se il Cantone corrisponde un importo inferiore per ciascuna CIP aperta e porta l'esempio seguente: una comunità di riferimento riesce ad aprire una CIP per un importo di 28 franchi; il Cantone partecipa con un importo di 14 franchi per ciascuna CIP; in un caso come questo di apertura (efficiente) della CIP la Confederazione non può riconoscere alcun importo. SO propone pertanto di modificare il **capoverso 1** come segue: «Le comunità di riferimento ricevono al massimo 15 franchi per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta.».

IGMG fa presente che l'apertura della cartella o la messa a disposizione della piattaforma tecnica non consente ancora la fruizione della CIP. Occorre poi inserirvi i dati. La comunità di riferimento può inoltre beneficiare di economie di scala, mentre il fornitore di prestazioni deve reinserire i dati individuali per ogni cartella con un effetto di scala limitato. Sono soprattutto i medici di base che dovrebbero essere motivati a registrare i dati sanitari dei loro pazienti. Propone pertanto di modificare il **capoverso 1** come segue: «~~Le comunità di riferimento ricevono 15 franchi per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta. Le comunità di riferimento ricevono 15 franchi per le prime 10 000 cartelle aperte, 10 franchi per le successive 90 000 e 5 franchi per tutte le altre. I professionisti della salute ricevono 5 franchi per ciascuna cartella per la registrazione di rapporti e 10 franchi per ciascuna cartella ogni trimestre per l'inserimento di dati strutturati.~~».

SGMI e *CH++* fanno presente che il criterio della nuova apertura può essere ingannevole: con misure di pubblicità è possibile, a determinate condizioni, aprire rapidamente una CIP, che però non sarà mai utilizzata. In caso di cambiamento di comunità di riferimento l'importo sarebbe inoltre dovuto più volte. La Confederazione ha dunque interesse a che la CIP sia utilizzata in maniera durevole, per cui se ne dovrebbe garantire la gestione. Propone pertanto di modificare il **capoverso 1** come segue: «Le comunità di riferimento ricevono un contributo base di 45 5 franchi per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta gestita per un intero anno (12 mesi). Confederazione e Cantoni stilano insieme un elenco di processi utili, chiaramente definiti e pienamente operativi, e versano 5 franchi per ciascun processo e ciascuna cartella gestita per un intero anno fino a un importo massimo (aiuto finanziario complessivo incluso contributo di base) di 15 franchi.».

axsana fa presente che se si pone l'accento sulla costruzione dell'ecosistema e si tiene di conseguenza conto sia della CIP che dei professionisti della salute, la logica di calcolo indicata nell'avamprogetto va modificata. Secondo i calcoli della Confederazione, di qui alla revisione completa della LCIP saranno aperte 2 milioni di CIP, ragion per cui l'avamprogetto fissa un limite di spesa di 30 milioni di franchi. Se in più si tenesse però conto dei professionisti della salute produttivi, i calcoli dovrebbero essere adeguati. Propone dunque di mantenere a 15 franchi l'importo per ciascuna cartella aperta e computare in più altri 15 franchi per ciascun nuovo professionista della salute produttivo. L'attuale obbligo di affiliarsi a una comunità comprende gli ospedali e altri istituti ai sensi degli articoli 39 capoverso 1 o 3 oppure 49 capoverso 4 LAMaI nonché i medici e le strutture che servono alle cure ambulatoriali dispensate da medici che chiedono un'autorizzazione all'esercizio a carico all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). *axsana* stima che entro il 2027 i professionisti della salute produttivi saranno circa 200 000. Ne risulta che il limite di spesa da preventivare fino ad allora è di 30 milioni di franchi per le CIP e di 3 milioni di franchi per i professionisti della salute per un importo complessivo di 33 milioni di franchi. Sarebbe pertanto bene inserire nell'articolo un **nuovo capoverso 2**: «Le comunità (di riferimento) ricevono 15 franchi per ciascun nuovo professionista della salute produttivo.».

eSANITA fa notare che, anche nel caso di una CIP aperta completamente online e comprensiva di strumento d'identificazione, i costi totali di uno strumento d'identificazione efficiente

rilasciato secondo la LCIP coprono solo parzialmente gli oneri effettivi. A titolo complementare sarebbero necessari anche dei punti di apertura fisici della CIP, per esempio per le persone che hanno bisogno di assistenza personale per l'apertura della CIP o nel quadro di un trattamento medico (p. es. in ospedale, casa di cura o per anziani). Poiché la gestione di un punto di apertura fisico è nettamente più costoso, in tali casi il contributo per ciascuna CIP aperta dovrebbe essere raddoppiato. Propone pertanto di modificare il **capoverso 1** come segue: «Le comunità di riferimento ricevono 50 franchi per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta. In caso di apertura interamente fisica della cartella, tale importo è raddoppiato.».

Essendo il finanziamento transitorio orientato troppo unilateralmente all'apertura della cartella, eSANITA chiede che esso comprenda in più anche dei contributi ai costi di gestione annualmente sostenuti dalle comunità di riferimento in base al numero effettivo di strutture produttive affiliate. Il numero di professionisti della salute e ausiliari di una struttura registrata nella CIP corrisponde di norma alla grandezza della struttura e all'onere ad essa collegato. Anche i professionisti della salute e gli ausiliari dovrebbero essere dotati di uno strumento d'identificazione secondo la LCIP. Il collegamento digitale dei sistemi primari alla comunità di riferimento e la conseguente messa a disposizione di documenti medici all'interno della CIP sono operazioni costose e complesse per i fornitori di prestazioni soggetti all'obbligo di legge e vanno dunque promosse con dei contributi. Una «CIP vuota» non apporta per finire alcun beneficio alla popolazione. eSANITA chiede pertanto l'introduzione di un **capoverso supplementare**: «Le comunità di riferimento ricevono annualmente 150 franchi per ciascun professionista della salute o ausiliario registrato nella CIP. In caso di messa a disposizione digitale di documenti medici dai sistemi primari di un fornitore di prestazioni alla CIP, tale importo è raddoppiato.».

Riguardo al **capoverso 1** la *Posta* non capisce perché l'importo di 15 franchi si orienti allo strumento d'identificazione impiegato. Fa presente che SwissSign, uno specialista in sicurezza dei dati della Posta Svizzera, offre oggi uno strumento d'identificazione certificato, il cui prezzo non copre attualmente i costi. Un aiuto finanziario di 15 franchi potrebbe non coprire i costi o essere troppo basso anche per le comunità di riferimento, specie le più piccole, e non aiuterebbe quindi a mitigarne i problemi finanziari. Non le è inoltre chiaro cosa si intenda per «efficiente». Propone pertanto di prendere in considerazione due ulteriori criteri per la concessione dell'aiuto (numero di fornitori di prestazioni affiliati che immettono contenuti, integrazione di altre prestazioni complementari pertinenti).

EKK critica che la disposizione non prenda in considerazione il numero effettivo di possibili nuove CIP e trascuri il fatto che anche i Cantoni debbano partecipare al finanziamento fino a concorrenza del 50 per cento.

4.2.4.2 Capoverso 2

ASPS lamenta che la riduzione prevista nel **capoverso 2** non sia né accettabile in un'ottica di sicurezza della pianificazione delle comunità di riferimento né in linea con l'obiettivo di aprire il maggior numero possibile di CIP. Se i mezzi finanziari non sono sufficienti per concedere a tutte le comunità di riferimento richiedenti l'aiuto finanziario integrale, propone che le comunità di riferimento possano essere obbligate a riportare e a fatturare (a posteriori) una parte delle CIP all'anno finanziario successivo.

Per SVDG e VGI.ch il capoverso 2 implica che fino al 2027 gli aiuti finanziari debbano essere distribuiti in modo lineare negli anni, ciò che frenerebbe artificialmente per esempio la crescita esponenziale che ci si attende di registrare nell'arco di un anno in termini di aperture di cartelle o di affiliazioni dei fornitori di prestazioni. I contributi non dovrebbero contemplare restrizioni annuali del diritto agli aiuti finanziari. Chiedono pertanto di stralciare il **capoverso 2** senza sostituirlo.

La *Posta* vede delle difficoltà di attuazione nel disciplinamento del **capoverso 2**. Cambiare le regole in corso d'opera crea insicurezza a livello di pianificazione per le comunità di riferimento e i Cantoni.

axsana critica la riduzione di cui al **capoverso 2** nel caso in cui l'importo totale superi i mezzi a disposizione, in quanto ciò penalizzerebbe la crescita sovrapporzionale ipotizzata dalla Confederazione. Chiede dunque una soluzione transitoria e propone la modifica seguente:

«Se i mezzi finanziari non sono sufficienti per concedere a tutte le comunità di riferimento richiedenti l'aiuto finanziario integrale, le comunità di riferimento possono riportare le cartelle o i professionisti della salute sovranumerari all'anno seguente nell'anno in questione l'importo per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta viene ridotto in modo tale che a tutte le comunità di riferimento sia riconosciuto lo stesso importo per cartella aperta.».

4.2.4.3 Proposte di modifica dell'intero articolo

ADTG propone di aumentare l'importo a 50 franchi. Perché l'aiuto sia sostanziale come scrive il Consiglio federale, deve essere nettamente superiore ai 15 franchi proposti. Propone pertanto di modificare l'articolo come segue:

«¹ Le comunità di riferimento ricevono ~~45~~ 50 franchi per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta.

^{1bis} Le comunità di riferimento o le comunità ricevono un finanziamento federale di 50 franchi per ciascun professionista della salute aderente alla CIP.

² Se i mezzi finanziari non sono sufficienti per concedere a tutte le comunità di riferimento e le comunità richiedenti l'aiuto finanziario integrale, nell'anno in questione l'importo per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta viene ridotto in modo tale che a tutte le comunità di riferimento sia riconosciuto lo stesso importo per cartella aperta.».

IG eHealth, SDV e SHV leggono nel rapporto esplicativo che i costi complessivi per l'emissione di uno strumento d'identificazione secondo la LCIP si aggirano tra i 15 e i 20 franchi. Questa somma rappresenta solo una parte dei costi totali dell'apertura di una CIP. Perché l'aiuto sia sostanziale come scrive il Consiglio federale, deve essere nettamente superiore ai 15 franchi proposti. Propongono quindi di raddoppiarlo portandolo a 30 franchi, importo che però non copre i costi di una CIP aperta presso un punto di apertura fisico (o con supporto online). Per promuovere l'integrazione di prestazioni chiave utili per la CIP, la Confederazione deve sostenerla finanziariamente con un massimo di 100 000 franchi (SDV, SHV, AD Swiss, HIN) o 150 000 franchi (IG eHealth) per ciascuna applicazione. Propongono pertanto di modificare l'**articolo 3** come segue:

«¹ Le comunità di riferimento ricevono ~~45~~ 30 franchi per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta.

^{1bis} Le comunità di riferimento o le comunità ricevono 30 franchi per ciascun professionista della salute aderente alla CIP.».

² Se i mezzi finanziari non sono sufficienti per concedere a tutte le comunità di riferimento e le comunità richiedenti l'aiuto finanziario integrale, nell'anno in questione l'importo per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta e per ciascun professionista della salute affiliato viene ridotto in modo tale che a tutte le comunità di riferimento sia riconosciuto lo stesso importo per cartella aperta.

³ Per l'integrazione di prestazioni chiave importanti per la CIP possono essere concessi alle comunità di riferimento e le comunità massimo 100 000 franchi (o 150 000 franchi) per ciascuna applicazione.».

Anche ADTG propone un **capoverso 1^{bis}**, ma con un importo superiore: « Le comunità di riferimento o le comunità ricevono 50 franchi per ciascun professionista della salute aderente alla CIP.». Il **capoverso 2** proposto da ADTG è identico a quello proposto da *IG eHealth, SDV e SHV*. *AD Swiss* e *HIN* chiedono invece di contemplare gli identity provider negli **articoli 1^{bis} e 2:**

«^{1bis} Le comunità di riferimento ricevono 30 franchi per ciascun professionista della salute aderente alla CIP. Gli identity provider ricevono 15 franchi per identità elettronica emessa.

² Se i mezzi finanziari non sono sufficienti per concedere a tutte le comunità di riferimento e le comunità richiedenti l'aiuto finanziario integrale, nell'anno in questione l'im-

porto per ciascuna cartella informatizzata del paziente aperta e per ciascun professionista della salute affiliato nonché per identità emessa viene ridotto in modo tale che a tutte le comunità di riferimento le organizzazioni certificate ai sensi della LCIP sia riconosciuto lo stesso importo per cartella aperta, professionista della salute avente diritto e identità elettronica emessa.».

4.2.5 Art. 4 Importo massimo per ciascuna comunità di riferimento

A ciascuna comunità di riferimento può essere concesso complessivamente un importo massimo di 15 milioni di franchi.

I Cantoni *AG, BE, BL, BS, LU, SO, TI, UR* e la *GDK* nonché *CH++* osservano che la limitazione a 15 milioni di franchi dell'importo massimo per ciascuna comunità di riferimento può essere d'ostacolo ad eventuali fusioni tra comunità di riferimento. Il Cantone *BE* teme che per via di questa disposizione grandi comunità di riferimento come *axsana*, che sono sostenute da più Cantoni, risultino svantaggiate. La disposizione impedisce inoltre un consolidamento del mercato, che sarebbe benvenuto, anche se le basi legali non dovrebbero comunque ostacolare l'obiettivo della «OneCIP». Sia il Cantone *BE* che *CH++* chiedono pertanto lo stralcio dell'articolo 4. Il Cantone *BE* suggerisce tuttavia di prevedere eventualmente un disciplinamento derogatorio per le fusioni fra comunità di riferimento.

Il Cantone *ZH* fa presente che il tetto massimo si orienta al limite di spesa pianificato di 30 milioni di franchi. Poiché questa cifra può cambiare, l'importo massimo per ciascuna comunità di riferimento non va formulato in termini assoluti. Chiede pertanto la seguente modifica: «A ciascuna comunità di riferimento può essere concesso complessivamente un importo massimo di ~~15 milioni di franchi~~ pari al massimo alla metà del limite di spesa di cui all'articolo 23b LCIP.». *axsana* si associa a questa richiesta, ma propone una formulazione leggermente diversa del testo: «A ciascuna comunità di riferimento può essere concesso complessivamente un importo massimo di ~~15 milioni di franchi~~ pari al massimo alla metà degli aiuti finanziari a disposizione.».

Per ragioni di sicurezza della pianificazione, *ASPS* chiede che gli importi massimi per ciascuna comunità di riferimento siano definiti e comunicati preventivamente. L'articolo va quindi adeguato in tal senso.

Al fine di garantire il pari trattamento delle comunità di riferimento/comunità attive a livello nazionale, *IG eHealth, SDV* e *SHV* propongono la seguente modifica: «A ciascuna comunità di riferimento/comunità può essere concesso complessivamente un importo massimo di 15 milioni di franchi.». *ADTG* propone la stessa modifica ma con un importo di 30 milioni di franchi.

Per *IGMG*, il tetto massimo è troppo alto e «mangia» troppa parte del credito per la sola messa a disposizione della piattaforma. Si limita tuttavia a osservare che un tetto massimo andrebbe definito anche per gli studi medici, partendo per esempio dall'ipotesi che un medico di base possa «riempire» 1000 cartelle due volte l'anno. Propone quindi un tetto di 30 000 franchi per medico di base, ipotizzando eventualmente cifre più basse per gli specialisti. Un'altra opzione potrebbe anche consistere nel limitare questi pagamenti a 5 anni, il che costituirebbe un'ulteriore sprone a riempire le cartelle il prima possibile e nel miglior modo possibile (e con strutture di back-office efficienti).

SGMI fa presente che un contributo massimo ha poco senso poiché tutto l'interesse sta nell'aver il minor numero possibile di comunità di riferimento (efficienza, scalabilità, problemi di trasferimento dei dati). Attraverso l'OFCIP si può comunque (in caso di scalabilità dei processi) controllare indirettamente il contributo massimo. Propone pertanto di stralciare l'articolo senza sostituirlo.

AD Swiss chiede il pari trattamento di comunità e comunità di riferimento attive a livello nazionale nonché degli identity provider e propone la seguente modifica: «A ciascuna comunità di riferimento/comunità e a ciascun identity provider può essere concesso complessivamente un importo massimo di 15 milioni di franchi.». Si associa alla richiesta anche *HIN*.

4.2.6 Art. 5 Domanda

¹ Le domande di aiuti finanziari devono essere presentate all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) tra il 1° gennaio e il 31 maggio.

² Devono contenere le seguenti indicazioni:

- a. il numero delle cartelle informatizzate del paziente aperte entro la fine dell'anno precedente;
- b. la prova dell'avvenuta partecipazione da parte dei Cantoni;
- c. il rapporto di gestione e il conto annuale;
- d. eventuali altri sussidi federali ricevuti.

³ L'UFSP respinge le domande incomplete e stabilisce un adeguato termine supplementare per il loro completamento. Se anche questo termine trascorre senza esito o se le indicazioni continuano a essere incomplete anche decorso tale termine, l'UFSP non entra nel merito della domanda.

⁴ L'Ufficio emana una guida sulla presentazione delle domande e redige i relativi moduli.

4.2.6.1 Osservazioni generali

I Cantoni *AG, AI, BE, BL, LU, SO, TI, UR* e la *GDK* fanno presente che nell'OFCIP manca la precisazione secondo cui gli aiuti finanziari «possono essere concessi ... per tutte le cartelle informatizzate del paziente aperte dalla certificazione sino alla fine dell'anno precedente» (pag. 4, commento ad art. 5. cpv. 2 in rapporto esplicativo), punto che va esplicitamente recepito nell'ordinanza. Il Cantone *BE* propone di disciplinare questo aspetto nell'**articolo 5** o in una **disposizione transitoria**.

4.2.6.2 Capoverso 2

I Cantoni *AG, AI, BE, LU, SG, TI, UR* e la *GDK* fanno presente che non è possibile prevedere quando potranno avvenire i primi pagamenti da parte dei Cantoni. Propongono pertanto di modificare il **capoverso 2 lettera b** come segue: «la prova dell'avvenuta assicurazione di partecipazione da parte dei Cantoni;» (*AG, BE, LU, TI, UR, GDK*) o «la prova ~~dell'avvenuta~~ della prevista partecipazione da parte dei Cantoni;» (*AI*). Il Cantone *SG* si associa a questa richiesta nella misura in cui questa lettera non venga stralciata.

Anche il Cantone *ZH* ritiene che l'aiuto finanziario non debba essere corrisposto solo dopo il pagamento del Cantone, bensì già al momento dell'assicurazione di partecipazione. Chiede pertanto di adeguare il **capoverso 2 lettera b** come segue: «la prova dell'avvenuta della partecipazione da parte dei Cantoni;».

In merito alla modifica dell'articolo 23a LCIP proposta a titolo sussidiario, le organizzazioni *AAV, AVKZ, CLPh, LAV, pharmaSuisse* e *Sphf* fanno presente che occorre adeguare la disposizione relativa alla presentazione della domanda per far sì che gli aiuti finanziari vengano corrisposti non solo alle comunità di riferimento sostenute a livello cantonale ma anche, al pro rata, a quelle che hanno aperto delle CIP nel Cantone interessato (principio della parità di trattamento). Chiedono pertanto lo **stralcio del capoverso 2 lettera b** e propongono un **nuovo capoverso 3**: «I Cantoni notificano ogni anno gli aiuti finanziari corrisposti per la gestione e l'ulteriore sviluppo della CIP.». Gli altri capoversi vanno rinumerati di conseguenza.

ADTG auspica che venga contemplata anche la partecipazione di terzi e propone, per questo ma anche per motivi di semplificazione tecnico-procedurale, di modificare il **capoverso 2** come segue:

«Devono contenere le seguenti indicazioni:

- a. il numero delle cartelle informatizzate del paziente aperte entro la fine dell'anno precedente;
- a^{bis} il numero accertato di professionisti della salute affiliati dell'anno precedente;
- b. la prova ~~dell'avvenuta~~ della partecipazione da parte dei Cantoni o di terzi;
- c. il rapporto di gestione e il conto annuale;
- d. eventuali altri sussidi federali ricevuti.».

ASPS ritiene che invece della prova di avvenuta partecipazione da parte dei Cantoni basti una loro promessa di pagamento e propone quindi di adeguare il **capoverso 2 lettera b** come segue: «~~la prova dell'avvenuta della~~ l'assicurazione di partecipazione da parte dei Cantoni;».

Al fine di garantire il pari trattamento delle comunità di riferimento/comunità attive a livello nazionale, *IG eHealth*, *SDV* e *SHV* propongono di modificare il **capoverso 2** come segue:

«Devono contenere le seguenti indicazioni:

a. il numero delle cartelle informatizzate del paziente aperte entro la fine dell'anno precedente;

a^{bis} il numero di professionisti della salute affiliati dell'anno precedente;

b. la prova dell'avvenuta della partecipazione da parte dei Cantoni o di terzi;

c. il rapporto di gestione e il conto annuale;

d. eventuali altri sussidi federali ricevuti.».

IGMG aggiunge che i professionisti della salute devono fornire una panoramica di quante cartelle hanno compilato nell'anno precedente in base alle prescrizioni. In caso di ottenimento dell'aiuto finanziario, questo lavoro non deve essere fatturato a carico dell'AOMS.

axsana e la *Posta* individuano delle difficoltà procedurali circa la prova di partecipazione da parte dei Cantoni. L'attuale formulazione esige che la partecipazione dei Cantoni sia già «avvenuta» al momento della presentazione delle domande di aiuti finanziari della Confederazione da parte delle comunità di riferimento. Per poter i) preventivare e ii) autorizzare la partecipazione, il Cantone dovrebbe tuttavia disporre anticipatamente delle informazioni di cui all'articolo 5 capoverso 2 lettera a dell'ordinanza sugli aiuti finanziari per la cartella informatizzata del paziente (OFCIP) che invece non avrebbe a quel momento. Nel quadro del parere cantonale previsto all'epoca dall'articolo 4 capoverso 3 lettera c della previgente OFCIP del 22 marzo 2017, in vigore fino al 14 aprile 2020, era già considerata sufficiente la conferma del cofinanziamento concesso o assicurato dal Cantone. La base su cui tale cofinanziamento si fonda è una questione di sovranità e di competenza dei Cantoni. Questi dovrebbero assicurare che venga creata tempestivamente un'apposita base legale. Anche in questo caso non è dunque necessario basarsi sulla prova, bensì su un'assicurazione di partecipazione da parte dei Cantoni. Chiedono pertanto che il **capoverso 2 lettera b** sia modificato come segue: «l'assicurazione ~~la prova~~ della partecipazione da parte dei Cantoni».

eSANITA propone che le comunità di riferimento ricevano un contributo annuo ai contributi operativi per ciascun professionista della salute o ausiliario registrato in una CIP. Propone pertanto di inserire nel **capoverso 2** una **nuova lettera a^{bis}**: «il numero di professionisti della salute e di ausiliari affiliati dell'anno precedente;».

In merito al **capoverso 2 lettera b**, *eSANITA* richiama alla mancanza di basi legali cantonali in materia di partecipazione finanziaria alla CIP nonché ai lunghi tempi di attesa e alle incertezze legate alla loro creazione. Specie nei Cantoni della Svizzera orientale, la CIP è stata finora vista come un compito dei fornitori di prestazioni e non dei Cantoni. Il finanziamento della stessa comunità di riferimento *eSANITA* è assicurato per esempio esclusivamente da contributi dei fornitori di prestazioni affiliati. A causa dell'(ancora momentanea) assenza di basi legali nei Cantoni questa non riceverebbe nessun aiuto finanziario neppure dalla Confederazione, sebbene i costi siano sostenuti dalla stessa comunità di riferimento e dai suoi fornitori di prestazioni (cioè da terzi). In vista delle modifiche legislative previste nei Cantoni, per la presentazione delle domande da parte delle comunità di riferimento devono dunque già bastare le garanzie cantonali o di terzi. Chiede quindi la seguente modifica: «~~la prova dell'avvenuta~~ assicurazione della partecipazione da parte dei Cantoni o, transitoriamente, da parte di terzi;».

eSANITA fa inoltre presente che le domande di aiuto finanziario delle comunità di riferimento sono considerate solo se possono provare alla Confederazione che soddisfano effettivamente le prescrizioni legali e di certificazione relative alla corretta registrazione nella CIP dei loro affiliati e allo scambio di dati CIP con altre comunità di riferimento. Chiede pertanto l'inserimento nel **capoverso 2** di una nuova **lettera e**: «la prova da parte della comunità di riferimento della corretta e aggiornata registrazione dei professionisti della salute e delle strutture sanitarie

nel registro nazionale delle CIP e del funzionamento dello scambio di dati CIP con altre comunità di riferimento.».

Al fine di garantire l'auspicato pari trattamento delle comunità di riferimento/comunità attive a livello nazionale, *AD Swiss* chiede di modificare il **capoverso 2 lettera a** come segue: «il numero delle cartelle informatizzate del paziente aperte, dei professionisti della salute affiliati e delle identità elettroniche emesse entro la fine dell'anno precedente;». Si associa alla richiesta anche *HIN*.

4.2.7 Art. 6 Decisione

¹ L'UFSP si pronuncia mediante decisione di norma entro il 31 agosto.

² La decisione contiene in particolare:

- a. il numero delle cartelle informatizzate del paziente considerate;
- b. i contributi cantonali computabili;
- c. l'ammontare dell'aiuto finanziario da versare;
- d. le modalità di pagamento;
- e. un rimando all'obbligo di comunicazione di cui all'articolo 7;

f. un rimando alle disposizioni penali e sanzioni di diritto amministrativo di cui alla sezione 6 del capitolo 3 della legge del 5 ottobre 1990 sui sussidi.

4.2.7.1 Capoverso 1

La *Posta* chiede di precisare nel **capoverso 1** a quale 31 agosto ci si riferisca esattamente.

4.2.7.2 Capoverso 2

Per garantire il pari trattamento delle comunità di riferimento/comunità attive a livello nazionale, *ADTG*, *IG eHealth*, *SDV* e *SHV* propongono di modificare il **capoverso 2 lettera a** come segue: «il numero delle cartelle informatizzate del paziente considerate. Per le comunità di riferimento e le comunità, il numero di professionisti della salute affiliati dell'anno precedente;».

Al fine di garantire l'auspicato pari trattamento delle comunità di riferimento/comunità attive a livello nazionale nonché degli identity provider, *AD Swiss* propone di adeguare il **capoverso 2 lettera a** come segue: «il numero delle cartelle informatizzate del paziente considerate. Per le comunità di riferimento e le comunità, il numero di professionisti della salute affiliati dell'anno precedente. Per gli identity provider, il numero di identità elettroniche emesse;». Si associa alla proposta anche *HIN*.

axsana chiede che nella metodologia di calcolo sia incluso il numero di nuovi professionisti della salute produttivi affinché anche le comunità abbiano poi diritto all'aiuto. Nel **capoverso 2** va pertanto inserita una **nuova lettera a^{bis}**: «il numero di nuovi professionisti della salute produttivi considerati;».

Riguardo al **capoverso 2 lettera a**, alla *Posta* non è chiaro quali CIP non possano essere considerate.

4.2.8 Art. 7 Obbligo di comunicazione

I beneficiari degli aiuti finanziari sono tenuti a comunicare immediatamente all'UFSP cambiamenti sostanziali nei requisiti per la concessione degli aiuti finanziari.

Nessuna osservazione.

4.2.9 Art. 8 Pagamento

Gli aiuti finanziari sono versati alle comunità di riferimento entro due mesi dal passaggio in giudicato della decisione.

Al fine di garantire il pari trattamento delle comunità di riferimento/comunità attive a livello nazionale, *ADTG*, *IG eHealth*, *SDV* e *SHV* propongono la seguente modifica: «Gli aiuti finanziari sono versati alle comunità di riferimento/comunità entro due mesi dal passaggio in giudicato della decisione.».

Al fine di garantire l'auspicato pari trattamento delle comunità di riferimento/comunità attive a livello nazionale e identity provider, *AD Swiss* propone il seguente adeguamento: «Gli aiuti finanziari sono versati alle comunità di riferimento/comunità e agli identity provider entro due mesi dal passaggio in giudicato della decisione.» Si associa alla richiesta anche *HIN*.

4.2.10 Art. 9 Modifica di un altro atto normativo

L'ordinanza del 22 marzo 2017³ sulla cartella informatizzata del paziente è modificata come segue:

Art. 16 Consenso

La comunità di riferimento deve ottenere il consenso del paziente per la tenuta di una cartella informatizzata. Il consenso deve essere:

- a. firmato dal paziente di propria mano oppure mediante firma elettronica qualificata dotata di una marca temporale qualificata ai sensi della legge del 18 marzo 2016⁴ sulla firma elettronica; oppure
- b. confermato dal paziente mediante uno strumento d'identificazione rilasciato da un emittente certificato secondo l'articolo 31.

Il Cantone *BE* osserva che questa disposizione non specifica se per ottenere il consenso del paziente si possa utilizzare una FEQ o un altro strumento d'identificazione messo a disposizione da un identity provider certificato.

Il Cantone *SH* ritiene importante che nella semplificazione del processo di consenso non si facciano concessioni pericolose per la protezione dei dati quanto ai requisiti di sicurezza di strumenti d'identificazione alternativi. Ad essere determinante è l'articolo 31 dell'ordinanza del 22 marzo 2017 sulla cartella informatizzata del paziente (OCIP; RS 816.11), a cui la nuova disposizione dell'articolo 16 lettera b deve rimandare. Benché la materia sia già disciplinata a livello di ordinanza, la disposizione dell'articolo 31 OCIP appare troppo vaga, specie per via della delega di competenze al DFI del capoverso 2 e l'ulteriore sottodelega all'Ufficio federale della sanità pubblica del capoverso 3. Per garantire una protezione dei dati sufficiente, i requisiti di cui agli articoli 23–27 OCIP vanno imperativamente rispettati. Ai requisiti in materia di protezione dei dati posti ai nuovi strumenti d'identificazione autorizzati va accordata grande importanza nel quadro della certificazione di emittenti alternativi.

Secondo *IGMG*, vi sono molte altre opzioni per aprire una cartella, per esempio tramite un computer o un telefono mobile muniti di telecamera, un organo certificato (come fanno i fornitori di telefonini), il postino direttamente a casa, il Comune di residenza, ecc.

Per *SGMI*, il consenso del paziente deve essere il più semplice possibile fintanto che esiste una procedura opt-in. Ciò implica che da una parte le comunità di riferimento e dall'altra le strutture ad esse affiliate (queste ultime via interfacce) confermino di disporre del consenso del paziente per l'apertura di una CIP. L'apertura automatizzata delle CIP (a partire dal sistema primario) deve essere possibile solo dopo che il paziente ha dato il consenso alla struttura, la quale deve poi comprovare di aver ricevuto il consenso dal paziente. I requisiti relativi alle condizioni di certificazione dei punti di apertura devono essere allentati. Se esistono delle identità elettroniche, queste devono poter essere utilizzate. Vanno esaminati metodi di incentivazione ai pazienti in questo senso. Per consentire l'apertura di una cartella presso un punto di assistenza occorre inoltre adeguare le disposizioni riguardanti questa possibilità (certificazione, ecc.) in modo tale che risultino attuabili dal punto di vista pratico e finanziario. Propone pertanto di modificare l'**articolo 16 lettera a OCIP** come segue: «La comunità di riferimento deve poter comprovare il consenso del paziente alla tenuta di una cartella informatizzata.» L'**articolo 16 lettera b OCIP** va invece stralciato senza essere sostituito.

Lo stesso chiede anche *SwissSign*, poiché i dati sanitari costituiscono dati personali degni di particolare protezione ai sensi dell'articolo 3 lettera c della legge federale del 19 giugno 1992 sulla protezione dei dati (LPD; RS 235.1) e devono quindi essere protetti appropriatamente (art. 7 LPD). Se si dovesse dichiarare sufficiente «soltanto» uno strumento d'identificazione, considererebbe violato il principio di protezione appropriata. Al momento la FEQ non è ancora sufficientemente diffusa perché tutti possano utilizzarla. Essendo tuttora aperta la via della firma fisica, la firma elettronica non può quindi essere utilizzata come base per giustificare l'introduzione di uno «strumento d'identificazione» come conferma del consenso.

4.2.11 Art. 10 Disposizione transitoria

¹ Nell'anno dell'entrata in vigore della presente ordinanza le domande devono essere presentate entro il 15 [settembre/ottobre/novembre].

² L'UFSP si pronuncia mediante decisione entro il 1° dicembre.

³ Gli aiuti finanziari sono versati all'emanazione della decisione. [art. 10 solo se l'entrata in vigore dell'O è fissata al 1° giugno o successivamente]

Nessuna osservazione.

4.2.12 Art. 11 Entrata in vigore

La presente ordinanza entra in vigore il [data].

Nessuna osservazione.

4.3 Osservazioni generali

Al Cantone *NE* la previsione di 2 milioni di CIP aperte entro il 2027 appare ambiziosa.

Il Cantone *SH* come pure *I Verdi* fanno presente che, alla luce del diritto in materia di protezione dei dati, quelli trattati nel quadro della CIP sono dati «degni di particolare protezione»: alla protezione dei dati va dunque accordato un ruolo centrale. Il Cantone *NW* indica anch'esso che, secondo le pertinenti disposizioni della legge sulla protezione dei dati del suo Cantone, vanno adottate e attuate misure tecniche e organizzative per proteggere i dati personali da trattamenti non autorizzati e involontari come pure contro i danni e la perdita. Ciò vale in particolare per la possibilità di esprimere il consenso per via elettronica.

santésuisse appoggia il fatto che l'avamprogetto non sia appesantito da altre misure. L'esperienza mostra che un'eccessiva mistura di temi in un avamprogetto impedisce la rapida attuazione delle misure.

SDA si chiede se risorse umane pari a 0,2 equivalenti a tempo pieno siano sufficienti per elaborare rapidamente le domande di sostegno.

SDA fa presente che tutti gli sforzi mirati a creare un'infrastruttura per i dati sanitari in Svizzera devono essere compiuti tenendo conto dei lavori dello Spazio europeo dei dati sanitari: è quindi bene valutare le eventuali conseguenze che essi possono avere sulle capacità della Svizzera di collegarsi a questo spazio.

Swico chiede che il finanziamento transitorio resti effettivamente provvisorio: non deve cioè avere come effetto quello di consolidare strutture che non sono funzionali allo scopo. Trova quindi essenziale che l'attuale finanziamento transitorio non assuma in un secondo momento un carattere permanente, ostacolando così un'evoluzione durevole dell'ecosistema e la risoluzione della questione del finanziamento.

5 Pareri in merito al rapporto esplicativo

Per il Cantone *BE* non risulta chiaro dal commento all'articolo 23c (pag. 14 seg. del rapporto esplicativo) né come e quando è fissato l'importo totale degli aiuti finanziari (ben 30 milioni di franchi) né se e come questo sarà ripartito sugli anni in cui se ne fa domanda. Ci si chiede in particolare se i 30 milioni di franchi saranno integralmente a disposizione già dal primo anno, di modo che negli anni successivi non sarà più versato niente o se si in maniera ridotta, o se si prevede di ripartire i mezzi (equamente) sull'arco degli anni. Il rapporto esplicativo va dunque integrato sotto questo aspetto. Il Cantone chiede inoltre che il rapporto (Ripercussioni per i Cantoni, pag. 15) sia più preciso sul fatto che, in tempi molto brevi e senza conoscere le basi legali federali, dovranno essere accordate autorizzazioni di spesa e stilati preventivi, nonché in relazione al notevole onere in termini di personale che ciò comporterà per i Cantoni.

I Cantoni *FR* e *VS* come pure *KSG* desiderano che nel commento all'articolo 3 OFCIP venga fatta un'integrazione in cui si spieghi che una firma di propria mano può essere falsificata abbastanza facilmente, mentre un'identificazione mediante per esempio uno strumento d'identificazione che richiede un'autenticazione a due fattori rende il consenso molto più sicuro.

FRC deplora che il rapporto esplicativo fornisca poche spiegazioni su come si sia arrivati a scegliere l'importo forfettario di 15 franchi per coprire i costi di apertura di una CIP: il rapporto parla di una fascia compresa tra 15 e 20 franchi senza precisare le ragioni che hanno spinto il Consiglio federale a scegliere l'importo più basso. Alcune comunità di riferimento hanno già fatto notare che questo importo non è sufficiente. La questione è ora sapere se bisogna adattare l'importo forfettario o il limite massimo di spesa totale di 30 milioni. Sulla base dei documenti forniti dal Consiglio federale (nel quadro della presente consultazione) non è purtroppo possibile farsi un'idea chiara della questione.

SVDG chiede di stralciare la frase «Per gli assicuratori, l'affermazione della CIP dovrebbe aumentare l'efficienza del sistema sanitario e di conseguenza ridurre i costi.» (pag. 15), poiché questo effetto non è ancora provato e genera false aspettative. Chiede inoltre che la frase «Così come sono concepite attualmente, le attività delle comunità di riferimento sono un compito scelto dal beneficiario e non un compito dello Stato.» (pag. 17) sia corretta in modo da esprimere bene il concetto che i «beneficiari», ossia i fornitori di prestazioni e le loro comunità (di riferimento), sono chiamati a creare e gestire la CIP per legge, il che equivale di fatto a delegare loro un compito statale.

axsana chiede di adeguare il rapporto esplicativo in modo tale da tener conto, come auspica, del criterio dei professionisti della salute produttivi e di diversi altri punti da essa sollevati.

6 Altri punti sollevati

6.1 Processo legislativo

I Cantoni *AG*, *BE*, *NW* e la *GDK* deplorano che questa prima revisione parziale non possa esplicitare la sua efficacia prima della metà del 2024 al più presto e che una revisione completa non intervenga prima del 2027. Il Cantone *NW* e la *GDK* fanno presente che fino ad allora tutti gli attori dovranno sforzarsi di sostenere la diffusione della CIP nella popolazione, presso i professionisti della salute e le strutture sanitarie con i mezzi giuridici e finanziari disponibili. Il compito non è facile e c'è il rischio che la CIP non esca indenne da questo periodo. Occorre richiamare esplicitamente l'attenzione del Parlamento su questo punto e accelerare di conseguenza il processo legislativo. Il Cantone *BE* trova irresponsabile che una revisione completa della LCIP non intervenga prima del 2027 e che lacune cruciali, note da tempo, nella concezione della CIP sussistano ancora per anni, compromettendo gravemente l'insieme del progetto di introduzione della CIP, uno strumento di cui la Svizzera ha rapidamente bisogno. Anche il Cantone *LU* ritiene che il periodo di transizione fino alla prevista attuazione della revisione completa della LCIP sia troppo lungo e teme che ciò comporti una generale perdita di accettazione della CIP.

Alleanza del Centro attende che venga finalmente creata una base finanziaria durevole per la CIP e le comunità di riferimento e chiede al Consiglio federale di creare, attraverso la revisione completa della LCIP, condizioni quadro che permettano di giungere il più rapidamente possibile ad avere una CIP funzionale, pratica e finanziariamente stabile, che si presti in seguito ad essere largamente utilizzata. Il periodo di transizione deve essere il più breve possibile e ogni ulteriore ritardo va evitato. Anche il *PSS* ritiene che l'introduzione di misure semplificate, che dovrebbero seguire la revisione della LCIP fra cinque anni, proceda fin troppo lentamente.

ACSI e *FRC* additano il bilancio negativo della CIP: nel novembre 2022, una scheda informativa della Confederazione e della *GDK* faceva stato di 13 000 CIP aperte. A sei anni dall'introduzione della legge sembra quindi che solo 2 svizzeri su 1000 abbiano aperto una CIP. Trovano dunque strano che all'Amministrazione federale vada bene darsi un termine di cinque anni per rielaborare un progetto con un così grande potenziale di riduzione dei costi. *CH++* si associa a questa affermazione.

IG eHealth e *SHV* fanno notare che il ritardo della Svizzera nella trasformazione digitale è considerevole. Ciò significa che si tollerano inefficienze nell'assistenza e nell'amministrazione che hanno per effetto quello di far aumentare i costi. È dunque essenziale mettere in atto una tabella di marcia ambiziosa in fatto di trasformazione digitale in quanto questa potrebbe contribuire a una migliore assistenza e una riduzione dei costi.

axsana fa notare che vi sono, specie a livello organizzativo, alcune misure di miglioramento – spesso verosimilmente neppure controverse – da attuare parallelamente alla revisione completa. Suggestisce quindi di svolgere immediatamente un sondaggio in proposito fra le comunità di riferimento.

CH++ trova che la prevista revisione completa della legge sia molto promettente, ma teme sia troppo tardiva.

6.2 Obbligo di affiliarsi a una comunità o a una comunità di riferimento per tutti i professionisti della salute

Il Cantone *SG* chiede che tutti i fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale siano obbligati a tenere una CIP, facendo diventare l'obbligo di affiliarsi a una comunità o comunità di riferimento una condizione di autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Quest'obbligo deve essere introdotto anticipatamente già in questa prima revisione della LCIP, con un termine transitorio ragionevole. Il Cantone *TG*, *Interpharma* e *scienceindustries* si associano a questa richiesta. Il *PLR*, il *PSS*, *svg-usam* e *DVSP* rimandano alla mozione 19.3955 «Una cartella informatizzata del paziente per tutti i professionisti della salute coinvolti nel processo di cura», chiaramente accolta dal Parlamento l'8 marzo 2021, e chiedono che questo obbligo sia già recepito in questa prima revisione della LCIP o che se ne valuti la possibilità. A questa richiesta si associano anche *FRC* e *CH++*.

SKS scrive che molti fornitori di prestazioni sembrano non aver interesse a convincere i propri pazienti dell'utilità della CIP. Spesso i pazienti che hanno aperto una CIP non possono veramente sfruttarla perché per esempio molti fornitori di prestazioni del settore ambulatoriale non si sono ancora affiliati a una comunità di riferimento oppure non sono disposti o in grado di gestire la CIP dei pazienti. Secondo informazioni fornite dai pazienti, capita che anche ospedali affiliati di fatto a una comunità di riferimento rifiutino malgrado tutto di utilizzare la loro CIP, per cui i pazienti sono poco incentivati ad aprirne una. Per risolvere questo problema in tempo utile raccomanda dunque con premura di includere l'obbligo di partecipazione di tutti i professionisti della salute del settore ambulatoriale nella prima tappa della revisione e prevederne un'attuazione rapida. Senza questa misura c'è da temere che la presente revisione mantenga sì in vita la CIP, ma senza raggiungere in tempo debito gli effetti sperati in termini di qualità, di coordinamento delle cure e di economicità. Se non si riuscirà a ottenere un miglioramento rapido, c'è il pericolo che la CIP venga ripresa da offerenti privati, cosa che sarebbe estremamente problematica sotto il profilo della protezione dei dati.

economiesuisse lancia l'idea di spingere i gruppi di fornitori di prestazioni ambulatoriali ad adottare più rapidamente la CIP attraverso un finanziamento una tantum e limitato nel tempo dell'onboarding. La remunerazione dovrebbe essere anche in questo caso orientata alle prestazioni per fare in modo che venga versata solo in caso di apertura e di utilizzo della CIP.

mfe e *SGAIM* trovano inaccettabile l'obbligo di affiliazione dei professionisti della salute del settore ambulatoriale che dovrà essere attuato con la revisione completa della LCIP cui si fa cenno nel rapporto esplicativo. Chiedono eventualmente un periodo transitorio di più anni (p. es. 5 anni), altrimenti molti medici potrebbero nel frattempo smettere di lavorare e aggravare così la penuria di medici di famiglia e pediatri già esistente.

SDV fa notare che l'aspetto temporale legato alla suddivisione in due tappe della revisione favorisce sistemi paralleli che sussisteranno anche dopo la seconda tappa della revisione parziale della LCIP e preme perché i mandati conferiti dal Parlamento al Consiglio federale siano attuati già nella prima tappa. Va recepita in questa sede la mozione 19.3955 «Una cartella informatizzata del paziente per tutti i professionisti della salute coinvolti nel processo di cura» che obbliga il Consiglio federale a introdurre l'obbligo di CIP per i fornitori di prestazioni. Altri professionisti della salute – come i droghisti – devono potervi aderire volontariamente. Secondo *SDV*, *IG eHealth* e *SHV*, la CIP non può esplicare la sua efficacia se devono affiliarsi a una comunità (di riferimento) unicamente i fornitori di prestazioni del settore stazionario e quelli del settore ambulatoriale recentemente autorizzati ai sensi della LAMal. Propongono pertanto di modificare l'articolo 36 LAMal come segue: «I fornitori di prestazioni di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettere a–g, m e n possono esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie solo se:

- a. autorizzati dal Cantone sul cui territorio è esercitata l'attività; e
- b. affiliati a una comunità o comunità di riferimento certificata secondo l'articolo 11 lettera a della legge federale del 19 giugno 2015 sulla cartella informatizzata del paziente.».

SDA trova deludente che la revisione attuale non preveda l'obbligo di tenuta di una CIP per tutti i professionisti della salute. Per via di questo la CIP non potrà che sortire un beneficio minimo per diversi anni ancora. Un'infrastruttura dati può creare valore aggiunto se i dati sono disponibili. L'obbligo di tenere una CIP dovrebbe dunque essere attuato già oggi attraverso un dialogo con i professionisti della salute e l'adozione di incentivi.

Anche *KSG* auspica l'introduzione dell'obbligo di tenuta di CIP per i fornitori di prestazioni attivi nel settore ambulatoriale dopo un periodo transitorio di 5 anni.

6.3 Obbligo di registrare dati nella CIP per i professionisti della salute

I Cantoni *AG*, *GE*, *JU*, *SO*, *VS* e *DVSP*, *CARA* nonché *KSG* fanno presente che il successo della CIP dipende anche dal fatto che in essa vengano registrati i pertinenti documenti. L'obbligo per i professionisti della salute di affiliarsi a una comunità o comunità di riferimento spesso non basta a garantire la compilazione sistematica della CIP da parte dei professionisti della salute. L'obbligo di registrare i documenti essenziali nella CIP deve dunque essere sancito nella legge. Il Cantone *BS* e la *GDK* appoggiano questa richiesta. Anche il Cantone *NW* chiede

che i professionisti della salute e le strutture aderenti alla CIP siano obbligatoriamente tenuti a registrare documenti nella CIP. *Interpharma* condivide questo punto di vista e fa presente che l'estensione dell'obbligo di tenuta di una CIP prevista solo con la conclusione della revisione completa della LCIP nel 2027 ritarderà di diversi anni ancora gli sforzi mirati alla realizzazione di uno spazio dati in Svizzera. Pure il Cantone *FR* chiede quest'obbligo. Da parte loro, *BEKAG* e *FMH* deplorano invece che, cinque anni dopo l'entrata in vigore dell'ordinanza sulla CIP, solo una parte degli ospedali (art. 39 cpv. 1 lett. f LAMal) vi abbia aderito e che tra quelli che lo hanno fatto solo una piccola parte dei professionisti della salute che vi lavorano dispongano di un accesso alla CIP. Nella sua forma attuale, la CIP non avrà quindi grande utilità per i pazienti e i medici attivi nel settore ambulatoriale. *DVSP* chiede che la Confederazione preveda quali documenti vadano imperativamente registrati nella CIP.

Swico afferma che la remunerazione forfettaria prevista per ciascuna CIP aperta è di principio un buon incentivo. Copre però un solo attore dell'ecosistema CIP, ossia le comunità di riferimento. Per i professionisti della salute non è purtroppo previsto nessun altro incentivo ad aprire e utilizzare la CIP. Alla fin fine, il valore aggiunto della CIP risulta quindi limitato se le cartelle sono sì aperte, ma l'ecosistema non è utilizzato. Si dovrebbero pertanto prevedere misure che incoraggino anche l'utilizzo attivo della CIP, mirate in particolare ai professionisti della salute. Occorre altresì esaminare se non avrebbe senso introdurre un obbligo per i professionisti della salute di utilizzare la CIP già nel quadro di questo avamprogetto.

6.4 Numero delle comunità di riferimento

Il Cantone *TG* trova che una sola comunità di riferimento sarebbe più efficiente in quanto si eviterebbero così problemi di interfaccia. In altri Paesi, per esempio in Danimarca, la soluzione della comunità di riferimento unica si è già rivelata valida.

I Verdi auspicano che il principio delle comunità di riferimento venga radicalmente ripensato e che sia seriamente esaminata la variante del fornitore unico – controllato ovviamente dall'autorità pubblica. La seconda revisione va sfruttata per correggere gli errori costruttivi di fondo della CIP, quali l'ideologia di mercato che la sottende e la pseudo concorrenza fra comunità di riferimento che ne deriva. Senza una riduzione progressiva del numero di comunità di riferimento e senza la creazione di un organo sovraordinato dotato di potere prescrittivo a livello di Confederazione, si riservano di respingere l'avamprogetto.

Anche il *PSS* e *DVSP* suggeriscono di tener conto della questione del numero di comunità di riferimento necessarie nella fase 2. In quanto fornitore unico, la Posta è in posizione di monopolio nei confronti delle comunità di riferimento, che ad aprile 2023 erano ancora sei. Entrambi sono inoltre critici quanto alla necessità di mantenere in essere diverse comunità di riferimento. Il passato ha mostrato che il mercato è troppo piccolo per avere tanti offerenti. Suggestiscono pertanto di esaminare l'opportunità di avere diverse comunità di riferimento quando il fornitore del sistema è uno solo, cioè la Posta.

IGMG osserva che è praticamente impossibile ottenere un contenimento dei costi fintanto che non si sarà raggiunto un livello tecnico adeguato nella gestione della CIP e ritiene pertanto opportuno autorizzare un solo offerente di CIP dandogli chiare direttive riguardo alla creazione di interfacce con tutti i sistemi (sistema informativo ospedaliero, sistema informativo per studi medici, ecc.).

6.5 Volontarietà / opt-out / apertura della CIP

Per il *PSS* e *DVSP* è chiaro che un utilizzo generalizzato della CIP permetterebbe di ridurre i costi del sistema sanitario e rendere i processi più efficaci. La CIP riduce infatti la probabilità di prescrizioni multiple ed elimina il rischio che, in momenti cruciali, non si possa raggiungere il professionista della salute per consultare i dati della sua cartella clinica fisica relativi all'evoluzione di una malattia. Sono quindi dell'opinione che la CIP non debba dipendere dall'oneroso processo di apertura attualmente in vigore e sostengono il modello opt-out. Chiedono inoltre di ridurre in modo rapido e semplice gli ostacoli che intralciano l'apertura di una CIP e vedono nel certificato di vaccinazione COVID una possibilità per farlo. Per ottenere un tale certificato è infatti necessario procedere a numerose verifiche di identità, per esempio in sede di test o di vaccinazione. Questo certificato soddisfa inoltre gli standard di sicurezza e permetterebbe

a 6 milioni di persone in Svizzera di aprire una CIP senza difficoltà o formalità burocratiche. Suggestiscono dunque al Consiglio federale di consentire questa opzione basandosi sugli adeguamenti proposti all'articolo 3. *DVSP* fa presente che il modello opt-out deve necessariamente andare di pari passo con la promozione delle competenze sanitarie e digitali dei pazienti. La CIP comporta in effetti un cambiamento di paradigma: finora le informazioni sanitarie di una persona erano in possesso del corpo medico; adesso, con la CIP, la persona ha direttamente accesso ai propri dati. Per utilizzare opportunamente questi dati e responsabilizzare maggiormente i pazienti, occorre dunque rafforzare anche le competenze sanitarie di questi ultimi. Auspica pertanto che la Confederazione preveda una base legale che permetta alle organizzazioni dei pazienti di fungere da loro «sparring partner» e di ricevere un sostegno finanziario dalla Confederazione per svolgere questo importante compito.

BEKAG caldeggia l'adozione di una soluzione più semplice, applicabile alla grande maggioranza della popolazione, comprese le persone malate, anziane e socialmente sfavorite. A suo avviso, la praticabilità del sistema volontaristico attualmente previsto non è garantita e la sua complessità impedisce fortemente l'apertura del maggior numero possibile di CIP. Per certe fette della popolazione (p. es. le persone anziane e/o gravemente malate), il tutto presenta una tale quantità di ostacoli che è poco ragionevole attendersi da loro l'ennesimo consenso necessario.

Secondo *IG eHealth* e *SHV*, l'adesione volontaria alla CIP è poco attrattiva per i cittadini perché i casi d'applicazione sono estremamente scarsi. Il certificato di vaccinazione non può, da solo, dare lo slancio necessario. Oggi la CIP funziona sì dal punto di vista tecnico (entro i confini delle comunità), ma mancano alle comunità di riferimento i mezzi per un suo urgente sviluppo ulteriore sul piano contenutistico.

SBAP ritiene che dal mantenimento della volontarietà per l'utente si debba passare a una soluzione di ritiro del consenso («opt-out»).

SVDG ritiene che la revisione completa della LCIP debba imperativamente prevedere il principio dell'opt-out, ossia la possibilità di aprire prima la cartella automaticamente e poi semmai di ritirare il consenso.

Per *SSR*, l'apertura volontaria della CIP da parte dei pazienti è positiva e va mantenuta anche in sede di una sua introduzione definitiva.

6.6 Accesso all'HPD

I Cantoni *AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, JU, LU, NW, SG, SO, TI, UR, VS* nonché la *GDK* e *CARA* chiedono l'esplicita possibilità d'accesso dei Cantoni all'HPD perché questi possano svolgere i compiti legati alla verifica dell'affiliazione dei professionisti della salute e delle strutture in cui esercitano. I Cantoni *AG, BE* e *NW* fanno presente che la corresponsabilità finanziaria dei Cantoni sotto forma di contributo per ciascuna CIP aperta dovrebbe accrescere il loro interesse a che i fornitori di prestazioni registrino nella CIP dei loro pazienti i documenti rilevanti ai fini della cura e accedano ai documenti già disponibili. L'HPD, l'elenco di tutti i professionisti della salute e le organizzazioni registrati nella CIP, consentirebbe di verificare se i fornitori di prestazioni sono in grado di farlo non foss'altro che sul piano tecnico e organizzativo. A questo servizio avrebbero tuttavia accesso solo la Confederazione e le comunità di riferimento o le comunità, non i Cantoni. Questo stato di cose ha già causato diversi malumori e incomprensioni in margine al nuovo criterio di autorizzazione dei medici all'esercizio a carico dell'AOMS in vigore dal 1° gennaio 2022 – ossia l'obbligo di affiliarsi a una comunità di riferimento o comunità – come pure al relativo obbligo di verifica e di vigilanza da parte dei Cantoni previsto nel quadro della nuova procedura di ammissione formale all'AOMS, introdotta anch'essa il 1° gennaio 2022. Dal loro punto di vista, questo diritto d'accesso non può attendere la revisione completa per essere sancito: l'accesso è necessario già oggi per l'attuazione del diritto federale in vigore. I Cantoni *AG* e *BE* fanno peraltro notare che i dati trattati dai servizi di ricerca di dati non costituiscono dati personali degni di particolare protezione ai sensi del diritto federale, cosa che dovrebbe facilitare l'attuazione.

6.7 Processo di apertura

I Cantoni *AG, BE, BL, BS, LU, NW, UR* e la *GDK* chiedono di valutare se il processo d'apertura non possa essere ulteriormente semplificato, per esempio in sede di emissione di un'identità elettronica. Il Cantone *ZH* suggerisce di recepire altre agevolazioni nella revisione della legge. Andrebbero in particolare allentati i requisiti legali concernenti il processo di apertura, l'identità elettronica e la certificazione. In questi ambiti esistono potenziali di ottimizzazione che potrebbero essere sfruttati senza dover fare concessioni importanti sul piano della sicurezza. La revisione della legge deve in sostanza consentire di rendere la CIP più semplice, più accessibile e più attrattiva per tutte le parti coinvolte.

Anche il Cantone *AG* trova che i processi di richiesta di un'identità digitale/elettronica (Id-e) siano troppo complicati e poco intuitivi. Gli preme quindi che il messaggio concernente la legge federale concernente la legge federale sul mezzo d'identificazione elettronico e altri mezzi di autenticazione elettronici (legge sull'Id-e, LIdE) sia trasmesso rapidamente al Parlamento e che la Confederazione avvii i lavori preparatori all'attuazione.

Il Cantone *BE* trova anch'esso che il maggiore ostacolo alla diffusione della CIP stia nell'identità elettronica (Id-e). Il requisito del possesso di un'Id-e riduce notevolmente l'attrattiva della CIP. È inoltre bene tener presente che le attuali Id-e sono state rifiutate dal popolo. Si otterranno quindi dei miglioramenti solo se si trova una soluzione per l'Id-e. Un processo di apertura interamente elettronico è infatti una condizione base affinché la CIP possa diffondersi.

Il Cantone *GL* ritiene che le lacune della CIP risiedano nei processi di domanda di un'Id-e necessari all'apertura elettronica di una CIP, che sono ancora troppo complicati e poco intuitivi. Per rilanciare con successo la CIP, occorre dunque trasmettere rapidamente al Parlamento il messaggio concernente la LIdE e avviare i lavori preparatori all'attuazione.

Il Cantone *JU* ritiene che lo strumento d'identificazione costituisca il principale ostacolo all'introduzione della CIP in Svizzera. I diversi livelli di sicurezza degli strumenti d'identificazione in circolazione hanno reso nettamente più complesso il processo di apertura e di accesso a una CIP. Visto dalla parte di un cittadino o di professionista della salute, tutto questo è semplicemente incomprensibile. Una cittadina che per esempio ha fatto verificare la sua identità online mediante l'applicazione SwissID deve passare attraverso un secondo processo completo di verifica dell'identità sul posto per poter aprire una CIP e accedervi. Tecnicamente e in termini di sicurezza, questo secondo processo non è di alcuna utilità e limita fortemente l'accesso alla CIP. Vista la complessità dell'attuale sistema, sarebbero necessarie de facto delle misure accompagnatorie specifiche per ottenere uno strumento d'identificazione compatibile con la CIP, misure che sono peraltro già largamente finanziate dai Cantoni romandi. Un unico identity provider, che una volta attivato sarebbe certificato in diversi contesti, sarebbe in questo caso d'aiuto. Ci si aspetta quindi che la Confederazione acceleri i lavori sulla futura Id-e federale. Il Cantone *TI* chiede di chiarire come dovranno essere finanziati i costi delle identità elettroniche (eID) sapendo che ad oggi, per ammissione degli stessi fornitori di eID, non sono in misura di fatturare le loro prestazioni direttamente al cittadino. Da chiarire è anche a carico di chi andranno fatturati tali costi.

SKS fa presente che sul piano dell'attuazione e dell'utilizzazione della CIP, la situazione attuale è estremamente insoddisfacente per i consumatori e i pazienti. La procedura di apertura di una CIP è complicata e richiede troppo tempo.

SDV sottolinea che i punti di apertura fisici attuali devono essere garantiti anche in futuro poiché, in caso di bisogno, le persone anziane devono poter usufruire di una consulenza personale tanto per la registrazione dell'Id-e quanto per l'apertura della CIP. La consulenza/assistenza personale e confidenziale legata all'utilizzo di uno strumento innovativo centrale per la comunicazione professionista della salute-paziente e alla gestione dei propri dati sanitari non deve assolutamente essere lasciata al solo beneplacito della comunità di riferimento, ma deve essere promossa allo stesso titolo delle altre nuove forme di consenso – ossia per via elettronica – cosa che in fin dei conti serve anche a raggiungere lo scopo della CIP.

SHV propone che le professioni sanitarie disciplinate nella legge sulle professioni sanitarie (LPSan; RS 811.21) non siano tenute a offrire il servizio di apertura CIP, dal momento che il

processo di apertura comporta un onere di lavoro molto importante che attualmente non è indennizzato.

svbg fa presente che la procedura di apertura di una cartella continua ad essere onerosa e impegnativa, cosa che costituisce un ostacolo notevole per molti. Per ottenere una maggiore diffusione della CIP, occorre dunque continuare a lavorare per renderla il più semplice possibile.

6.8 Carenze nell'attuazione della (L)CIP

Secondo il Cantone *GL*, la diffusione della CIP soffre di un'attuazione tecnica carente anche secondo gli standard attuali. Non per niente lo strumento è definito «cimitero PDF», per via della sua tecnologia obsoleta e d'ostacolo al progresso. Complice anche la LCIP che non definisce chiaramente responsabilità, competenze e strumenti di applicazione.

Il Cantone *GR* trova che nella forma attuale la CIP non si presti ad essere utilizzata nella pratica.

Il Cantone *LU* si aspetta un impegno più incisivo da parte della Confederazione, unico modo per salvare la CIP. Auspica inoltre dalla Confederazione che ottimizzi la pianificazione in modo tale da poter prevedere un periodo transitorio di massimo tre anni.

Il Cantone *SO* chiede di adottare misure che facilitino l'accesso e l'utilizzazione della CIP.

Il Cantone *TG* ritiene che nella sua forma attuale la LCIP sia un fallimento e ne chiede una revisione radicale sulla base degli aspetti da esso indicati. Rimprovera in particolare alla CIP i seguenti errori di costruzione:

- La registrazione dei dati avviene in maniera selettiva, per malattia e per medico, il che fa sì che il medico curante non sappia mai se i documenti elettronici presenti nella CIP siano completi o se, a causa di una registrazione selettiva, sussista il rischio di prescrivere un trattamento sbagliato. Una terapia riuscita presuppone che i fornitori di prestazioni abbiano un accesso completo a tutti i dati.
- La costruzione tecnica non convince. La LCIP non prevede la memorizzazione di dati dinamici e strutturati, bensì statici (immagini e testi statici), che devono quindi essere faticosamente immessi nei sistemi dei rispettivi fornitori di prestazioni.
- Mancano incentivi all'apertura di una CIP.
- I fornitori di prestazioni possono difficilmente utilizzare i dati della CIP perché non sanno mai se sono completi. Non sono quindi incentivati ad aprire delle CIP o a promuoverne l'apertura.
- Neppure i pazienti ne vedono molto l'utilità e gli ostacoli all'apertura sono molto alti (firma o firma elettronica certificata), ragion per cui sono state finora aperte poche CIP.
- Non si capisce come mai, in un piccolo Paese come la Svizzera, debbano esserci diverse comunità di riferimento quando invece i pazienti si muovono da un fornitore di prestazioni, da un Cantone e da un sistema all'altro (medico, farmacista, ospedali, ecc.).
- Gli assicuratori-malattie non hanno accesso ai dati, cosa che complica inutilmente il loro mandato legale di verifica dell'economicità, appropriatezza ed efficacia delle cure e comporta oneri amministrativi con conseguenti costi per i pagatori di premi.
- Nessuno trae un vantaggio economico dall'apertura complessa di una CIP.

Il Cantone *ZH* riconduce fra l'altro lo scarso progresso e le lacune di finanziamento del sistema a carenze che risiedono nella LCIP vigente. La Confederazione non ha disciplinato sufficientemente le competenze e gli obblighi degli attori ed è partita dall'idea di far ricorso a un gran numero di comunità di riferimento, cosa che non regge dal punto di vista organizzativo e tecnico e causa inefficienze e ritardi. La Confederazione e le comunità di riferimento sottovalutano inoltre i costi di identificazione, certificazione e ulteriore sviluppo della CIP. È dunque convinto che la LCIP vada rivista rapidamente e integralmente e che le modifiche debbano entrare in vigore prima del 2027. I relativi lavori devono essere avviati e portati avanti senza indugio. Gli elementi che reputa importanti sono:

- la chiara regolamentazione e distinzione dei compiti e delle competenze di Confederazione e Cantoni nonché il coinvolgimento di terzi quali gli assicuratori-malattie;

- la garanzia di un finanziamento durevole;
- l'obbligo per tutti i professionisti della salute del settore ambulatoriale di tenere una CIP;
- l'introduzione dell'obbligo di apertura della CIP da parte della popolazione con modello opt-out (invece dell'attuale volontarietà);
- l'utilizzazione dell'infrastruttura tecnica per prestazioni complementari quali per esempio l'invio di pazienti ad altri professionisti della salute.

Il Cantone *ZH* si associa alla posizione della *GDK* secondo cui la causa principale delle lacune createsi a livello di finanziamento e dei lenti progressi nella diffusione della CIP sta nell'assenza di responsabilità, competenze e strumenti di applicazione chiaramente definiti nelle basi legali.

Il *PLR* chiede l'attuazione (parziale) della mozione della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale 22.3015 «Concepire una cartella informatizzata del paziente consone alla prassi e garantirne il finanziamento» adottata dal Parlamento. La seconda richiesta, ossia quella di ridurre la complessità tecnica e organizzativa della CIP, può, secondo il *PLR*, essere attuata a livello legislativo. *IG eHealth* e *SHV* sono dello stesso parere e raccomandano di fare in modo che i dati della CIP siano gestiti da un'unica piattaforma tecnica. L'architettura scelta dal Parlamento molti anni orsono è troppo complicata da implementare. Lo scambio di dati da comunità (di riferimento) a comunità (di riferimento) (cross-community) non funziona ancora. È prevedibile che il sistema non funzioni come previsto una volta registrata una grande quantità di dati. Con la registrazione centralizzata dei dati dinamici da realizzare nella seconda fase, il grado di complessità tra dati da registrare a livello centralizzato e quelli da registrare a livello decentrato aumenterà ulteriormente. Perché una CIP sia attrattiva occorrono imperativamente dati dinamici e registrati a livello centralizzato. Questa constatazione rende necessario, a loro avviso, un ripensamento dell'architettura. Il Parlamento aveva già prospettato alla Confederazione questo cambiamento di sistema con l'adozione della mozione 22.3015. *IG eHealth* e *SHV* presentano ora una proposta concreta di articolo basata sulla soluzione dell'articolo 67a della legge federale del 15 dicembre 2000 sui medicinali e i dispositivi medici (legge sugli agenti terapeutici, LATer; RS 812.21):

Art. ... Infrastruttura centralizzata CIP (nuovo)

¹ Il Consiglio federale mette a disposizione un'infrastruttura centralizzata CIP. Questa è utilizzata per:

- a. la registrazione di dati dei pazienti;
- b. lo scambio di dati con i professionisti della salute;
- c. lo scambio di dati dei professionisti della salute con i registri obbligatori.

² A tal fine la Confederazione può affidare a terzi la creazione e la gestione di una banca dati.

³ Il Consiglio federale:

- a. stabilisce i requisiti fondamentali quanto al contenuto, alla gestione e alla qualità della banca dati e disciplina le condizioni d'accesso ai dati e l'utilizzazione degli stessi;
- b. designa il servizio incaricato di gestire la banca dati.

⁴ I gestori di cui al capoverso 2 garantiscono la protezione e la sicurezza dei dati della banca dati nonché la loro interoperabilità tra tutti gli aventi diritto e i registri.

Anche *H+* si chiede perché questo cambiamento di sistema non sia stato almeno avviato con l'attuale revisione parziale.

Per *I Verdi*, l'attuale avamprogetto in consultazione e la necessità di un finanziamento transitorio sono una palese dimostrazione della mancata riuscita della LCIP. Non esiste per esempio un organo sovraordinato dotato di potere prescrittivo, l'elevato numero di comunità di riferimento non è funzionale allo scopo e vi sono notevoli carenze nel settore del finanziamento.

L'*UDC* vede il problema della CIP nell'assenza di domanda da parte della popolazione. A suo avviso, la creazione di una CIP dovrebbe essere lasciata alla volontà del singolo e non dovrebbe essere forzata da misure statali. Se la popolazione non è disposta a creare una CIP, occorre accettare questa sua indiretta espressione di volontà. Non è compito dello Stato imporre la propria volontà all'individuo e finanziarla con milioni sottratti dalle casse del fisco. Chiede un'alternativa autosostenibile.

Secondo *DVSP*, l'esperienza pratica mostra che l'interoperabilità tra diverse comunità (di riferimento) non è garantita, cosa che rappresenta una complicazione inutile. La Confederazione dovrebbe dunque prevedere le misure necessarie per assicurarla.

USS ritiene importante «valutare se in futuro i compiti attualmente svolti dalle comunità e dalle comunità di riferimento nel quadro della gestione di diritto privato della CIP dovranno essere considerati compiti di diritto pubblico». (rapporto esplicativo, pag. 17). Anche la *Posta* prende atto di questa affermazione. *USS* cita come esempio le cartelle informatizzate del paziente di Estonia e Finlandia, che funzionano molto bene da anni e che sono ormai diventate un elemento imprescindibile dell'assistenza sanitaria, e ritiene che un sistema come questo richieda ovviamente un approccio centralizzato, controllato interamente dal settore pubblico. In Svizzera, invece, il federalismo da un lato e l'ideologia di mercato dall'altro – o piuttosto la già citata gestione di diritto privato da parte di comunità di riferimento in concorrenza fra loro – hanno finora ostacolato il processo.

SKS riporta che, secondo l'*UFSP*, a sei anni dall'introduzione della legge, sono state aperte solo 20 000 cartelle: un numero irrisorio rispetto alla popolazione totale. Questo bilancio è deludente, soprattutto se si considera l'importanza e l'enorme beneficio apportato da una CIP funzionante: consente ai pazienti di avere accesso immediato a tutti i documenti medici che li riguardano e li aiuta a prendere decisioni informate sul trattamento insieme al medico curante. Facilita il coordinamento, specie nel trattamento delle malattie croniche e della multimorbilità. Permette inoltre di evitare inutili esami in doppio, di ridurre il sovratattamento e di risparmiare di conseguenza sui costi. E non da ultimo offre nuove possibilità, per esempio per evitare errori terapeutici e migliorare la qualità delle cure stazionarie e ambulatoriali.

Secondo *ACSI*, *FRC* e *CH++*, la LCIP soffre di un'eccessiva diluizione delle competenze: la Confederazione partecipa poco a livello di governance, mentre i Cantoni hanno tutte le prerogative. Il risultato è una gestione dei costi che non soddisfa tutti i criteri di economicità. La molteplicità degli attori coinvolti (oltre ai Cantoni, le comunità di riferimento, gli identity provider, la Posta, la multinazionale Siemens, i software utilizzati dai medici o dalle strutture sanitarie, le strutture sanitarie ecc.) porta a una gestione non ottimale in caso di problemi.

ARTISET parte dal presupposto che l'attuale sistema, basato su diverse infrastrutture informatiche, causi inefficienze e costi inutili e fa presente che, per gli istituti di cura che forniscono prestazioni a carico dell'*AOMS*, la gestione della CIP comporta costi considerevoli. Molti degenti in case di cura richiedono assistenza medica e infermieristica su base settimanale o addirittura quotidiana. La registrazione e l'aggiornamento dei dati corrispondenti è di responsabilità del personale delle case di cura e si riflette sui costi (ore di lavoro e acquisto di infrastrutture). In teoria, questi costi di gestione della CIP dovrebbero essere interamente finanziati attraverso il finanziamento delle cure, per cui se il Cantone prendesse sul serio il suo compito di finanziatore del debito residuo, gli istituti di cura non dovrebbero sostenere costi aggiuntivi. Nella pratica, ciò non è però garantito. L'introduzione e l'aggiornamento della CIP non sono dunque costosi solo per le comunità di riferimento, ma anche per i fornitori di prestazioni.

FRC e *CH++* ricorda che l'introduzione della CIP poggiava su due assunti principali alla base dell'elaborazione della legge e cioè che:

- a. ci fosse un modello aziendale che consentisse l'autofinanziamento delle comunità;
- b. i pazienti facessero pressione sui professionisti della salute, in particolare sui medici del settore ambulatoriale, sopperendo al loro non obbligo di partecipazione.

Nessuno dei due assunti si è avverato. La mancanza di incentivi finanziari e le tariffe (in particolare il *Tarmed*) non hanno permesso la realizzazione del modello aziendale auspicato e il numero di partecipanti, sia pazienti che fornitori di prestazioni ambulatoriali, non è stato sufficiente a raggiungere una dimensione critica. Pochi pazienti hanno aperto una CIP perché pochi operatori sanitari li hanno invitati a farlo. Pochi professionisti della salute si sono mostrati interessati a partecipare perché pochi dei loro pazienti avevano una CIP. E oggi mancano gli incentivi per uscire da questo circolo vizioso. In assenza di tali incentivi, c'è da temere che la presente revisione mantenga sì in vita la CIP (soprattutto le comunità di riferimento), ma senza

raggiungere gli effetti sperati in termini di qualità, di coordinamento delle cure e di economicità o di un'adesione unanime della popolazione. Il persistere in questa linea potrebbe rivelare il suo carattere artificioso anche per un'altra ragione: senza una rapida ottimizzazione (orizzonte temporale: uno o un anno e mezzo al massimo), gli offerenti privati si lasceranno alle spalle la CIP e renderanno obsolete le sue conquiste fondamentali (che in alcuni casi sono importanti e buone), cosa che va impedita.

FRC, *SDV* e *CH++* criticano il mancato disciplinamento dell'integrazione profonda della CIP nei sistemi primari dei professionisti della salute. Anche per *IPAG* una tale integrazione è un passo importante per semplificare l'utilizzazione della CIP e accrescerne l'accettazione. Caldeggia quindi lo sviluppo di soluzioni tecnologiche che consentano un'integrazione fluida e riducano al minimo l'onere per i professionisti della salute.

FMH e *BEKAG* criticano anche il fatto che la CIP non sia un modello aziendale sostenibile per le comunità di riferimento e le comunità, cosa che non permette di garantirne a lungo termine il finanziamento né la gestione. Secondo *IG eHealth*, *SDV* e *SHV*, le esperienze degli ultimi anni mostrano che, a meno di cambiamenti, non vi sarà alcun «modello aziendale CIP». Anche *IPAG* sostiene che il finanziamento durevole della gestione CIP non è garantito, poiché la CIP non è di per sé un modello aziendale sostenibile per le comunità di riferimento e le comunità.

IG eHealth e *SHV* argomentano che la certificazione delle comunità di riferimento e delle comunità sarà molto più semplice se vi è un gestore centrale dell'infrastruttura CIP che deve essere certificata. Le applicazioni CIP non dovranno più essere certificate individualmente da ogni comunità di riferimento/comunità, perché questo compito sarà assunto dal gestore dell'infrastruttura centralizzata CIP. Propongono inoltre di recepire nell'articolo 11 LCIP la seguente lettera b: «il gestore dell'infrastruttura centralizzata CIP;».

IGMG si rammarica che la LCIP impedisca attualmente lo sviluppo di una CIP moderna e orientata al futuro e deplora l'approccio federalista, che ha portato all'istituzione di più comunità di riferimento. La doppia volontarietà introdotta a seguito della revisione della LAMal e i relativi obblighi di affiliazione a una comunità di riferimento per i medici recentemente autorizzati a esercitare nel settore ambulatoriale sono già compromessi. Sono richiesti i seguenti adeguamenti:

- ottimizzare la CIP sul piano tecnico per far sì che rappresenti effettivamente un valore aggiunto per i fornitori di prestazioni, per esempio integrando soluzioni software intelligenti per estrapolare dati dai testi con conseguente obbligo per tutti i fornitori di sistemi informativi ospedalieri/sistemi informatici per studi medici e di software per altri fornitori di prestazioni di registrare in modo uniforme i dati definiti e a garantire interfacce con la CIP;
- abbandonare l'idea di più comunità di riferimento e riunirle in un'unica piattaforma CIP. L'approccio cantonale iniziale è stato un fallimento;
- abolire tutte le forme di volontarietà con conseguente introduzione di un modello opt-out;
- non solo finanziare la comunità di riferimento/piattaforma CIP, ma anche evitare costi per i fornitori di prestazioni, in particolare ospedali, case di cura e operatori ambulatoriali, senza che siano tuttavia ripercossi sui pagatori dei premi. In questo modo, almeno nei primi anni, i ricavi della CIP verrebbero finanziati dallo stesso pool di crediti;
- semplificare il processo di iscrizione.

Per *IPAG* è essenziale che l'istruzione del personale degli studi medici e di altre strutture sanitarie all'utilizzazione della CIP sia adeguatamente presa in considerazione e sostenuta finanziariamente. Particolare attenzione va prestata in quest'ambito all'acquisizione di conoscenze sulla gestione sicura e sulla protezione dei dati, al fine di rafforzare la fiducia dei pazienti nella CIP.

mfe e *SGAIM* sono convinti che eHealth offra prospettive positive per il trattamento e la cura dei pazienti e accoglie con favore questi sviluppi. La digitalizzazione del sistema sanitario avrà tuttavia successo solo se la CIP apporterà un chiaro plusvalore a pazienti e medici. Al momento la CIP non ha tuttavia vantaggi percettibili per i medici di famiglia e i pediatri. Molti di loro vedono la CIP come uno strumento che aumenta l'onere amministrativo e provoca un doppio lavoro:

i documenti del paziente devono essere integrati nel software del medico (cartella elettronica) e nella CIP, ma attualmente i due sistemi non sono collegati in modo sistematico fra loro. Dall'«International Health Policy Survey (IHP) 2022» condotto dal Commonwealth Fund fra i medici di base risulta che sempre più medici di famiglia registrano i dati medici dei loro pazienti in formato elettronico (82%), il 3 per cento utilizza la CIP, il 57 per cento prevede di aderirvi e il 40 per cento non intende farlo. Lo studio mostra anche che i medici di base che esercitano in Svizzera sono nei ranghi bassi della classifica internazionale per quanto riguarda lo scambio elettronico di dati (p. es. dati di laboratorio o quadri clinici) con altri professionisti della salute. Secondo gli autori dello studio, questi risultati dimostrano che per la maggior parte dei medici di famiglia e dei pediatri lo strumento della CIP, nella sua attuale fase di sviluppo, non comporta alcun progresso o vantaggio che ne giustifichi l'uso. La CIP si basa su una tecnologia vecchia di vent'anni. Se il governo è disposto a investire così tanto denaro, la tecnologia in questione dovrebbe essere in grado di tenere il passo con le tecnologie disponibili sul mercato, cosa che attualmente non è il caso. Vi sono nuovi strumenti che vale la pena sviluppare, come per esempio Kaiser Permanente negli Stati Uniti: i documenti e i referti sono scansati e gli algoritmi permettono di fare proposte diagnostiche. Le soluzioni tecnologiche che potrebbero apportare un valore aggiunto nella pratica sono dunque disponibili. Si aspettano quindi dalla CIP uno strumento pratico, «user friendly» e dinamico che contenga i seguenti moduli interoperabili: piano di cura, piano farmacologico, piano terapeutico, prescrizioni, referti di radiologia e di laboratorio con inclusa nomenclatura.

Per *vsao*, l'essenziale è aumentare l'attrattiva della CIP in generale. Nella sua forma attuale, la CIP non apporta purtroppo alcun valore aggiunto di rilievo né per i pazienti né per i medici e il personale o le strutture sanitarie. La condizione fondamentale per l'affermazione della CIP sta tuttavia proprio in questo plusvalore, che può essere creato solo se in futuro la CIP sarà più di una semplice raccolta di documenti PDF. Sarebbe per esempio importante integrare la CIP nell'anamnesi clinica elettronica del paziente. Nella sua forma attuale, continua inoltre *vsao*, comporta un notevole aumento dell'onere amministrativo, tempo aggiuntivo che non è remunerato. È quindi assolutamente necessario, per il futuro, disciplinare come e da chi deve essere gestita la CIP e chiarire imperativamente come debba essere compensato il tempo richiesto per la sua gestione.

santésuisse sottolinea che, oltre alle nuove disposizioni, è necessario continuare a compiere sforzi per accrescere l'utilità della CIP per i professionisti della salute e facilitare il suo collegamento ai loro sistemi primari.

axsana fa notare che una riduzione dei costi consente anche di migliorare la situazione degli offerenti di CIP. La gestione di infrastrutture e organizzazioni parallele aumenta infatti la complessità e causa costi che potrebbero essere evitati. Ciò risulta evidente per esempio nel caso dello scambio inter-comunità. Suggerisce quindi ancora una volta di tenere conto di questa problematica durante gli anni di transizione fino alla revisione completa della LCIP e di creare incentivi per un consolidamento delle infrastrutture e delle organizzazioni.

KSG fa le ulteriori proposte seguenti per rendere la CIP più utile e performante:

- limitare temporalmente i diritti d'accesso di gruppo: questo limite dovrebbe essere facoltativo, non obbligatorio;
- abolire i termini di cancellazione: questi termini sono inutili, tutti i documenti possono essere cancellati dal paziente in qualsiasi momento. Il periodo di cancellazione avrà ancora meno senso non appena arriveranno dati strutturati (vaccinazioni). Si tratta di un onere tecnico inutile;
- eliminare le tariffe per i servizi di ricerca di dati;
- consentire la verifica dell'identità con documenti diversi dalla carta d'identità svizzera: molti residenti in case di cura e per anziani non hanno più un documento d'identità valido. Alle comunità dovrebbe essere accordato più margine di manovra (p. es. certificato della casa di cura o documento d'identità straniero);
- distinguere tra CIP vuota e assenza di diritti d'accesso: questa distinzione aiuta i professionisti della salute a riconoscere se nella CIP non vi sono informazioni disponibili per loro;

- tracciare gli accessi d'emergenza senza consultazione dei documenti: ogni accesso d'emergenza, anche senza consultazione dei documenti, deve essere riportato nel registro degli accessi con il nome del professionista della salute interessato. Deve valere anche il contrario: se tali accessi non vengono storicizzati, il paziente può non esserne informato;
- le strutture sanitarie devono essere obbligate per legge a stabilire l'esistenza di una CIP dei pazienti: l'implementazione organizzativa e tecnica deve avvenire presso i servizi di accettazione pazienti di ospedali, cliniche e studi medici.

La *Posta* è convinta che, in un'ottica di finanziamento sostenibile della CIP, l'attuale architettura decentrata della CIP, con molteplici infrastrutture tecniche e organizzazioni operative ridondanti, non sarà finanziabile a lungo termine. Un'infrastruttura tecnica uniforme a livello nazionale è più economicamente vantaggiosa per tutte le parti coinvolte.

EKK ritiene che si debba facilitare l'accesso dei pazienti alla propria CIP, senza comportare loro costi aggiuntivi. La questione del pagamento e della sicurezza dell'identità elettronica in sede di accesso dei pazienti alla propria CIP è attualmente irrisolta a livello di intero sistema sanitario svizzero, e va quindi approfondita.

SSR ha sollevato le seguenti osservazioni:

- la CIP deve essere gestita meglio: a farlo dovrebbe essere lo Stato;
- ogni comunità di riferimento ha un sistema diverso, non compatibile con quelli delle altre;
- la cartella dovrebbe essere semplice e sicura, cosa praticamente impossibile da realizzare;
- i pazienti vogliono decidere cosa registrare nella cartella;
- nelle case di cura, i pazienti non possono gestire la propria cartella autonomamente, il che comporta un lavoro aggiuntivo per l'istituto e sottrae tempo al personale di cura;
- finora sono state aperte solo 13 000 cartelle;
- dei medici di famiglia, il 5 per cento ha introdotto la CIP, mentre il 40 per cento non vuole introdurla;
- stima: entro il 2027 dovrebbero esserci 2 milioni di cartelle;
- i pazienti vogliono decidere cosa registrare o meno nella cartella, ma ciò limita l'effettivo dei dati;
- occorre prestare grande attenzione alla protezione dei dati.

Swico chiede che i problemi strutturali della CIP vengano risolti nell'annunciata revisione della LCIP. È indispensabile adattare profondamente e sviluppare ulteriormente la CIP oltre che negli aspetti finanziari. Solo così è possibile sfruttare appieno il potenziale della digitalizzazione nel settore sanitario.

6.9 Varie

Il Cantone *GL* chiede che la campagna di informazione della Confederazione venga lanciata solo quando saranno stati apportati miglioramenti tecnici sostanziali alla CIP. Altrimenti, la campagna si scontrerà con opinioni ormai radicate che non si potrebbero confutare.

economiesuisse sottolinea l'importanza della connettibilità della CIP allo Spazio europeo dei dati sanitari. Occorre assolutamente fare in modo che questa possa collegarsi. Questa eventualità potrebbe essere decisa in un secondo momento. Quanto alla motivazione dei medici e di altri fornitori di prestazioni a partecipare alla CIP, ciò che manca sono i cosiddetti «quick wins», che potrebbero essere delineati per legge od ordinanza. Si dovrebbe tra le altre cose pensare anche a un servizio di notifica semplificato alla Confederazione o all'invio di una copia della fattura via CIP.

sgv-usam chiede che tutti i livelli di assistenza sanitaria siano coinvolti nel campo della sanità elettronica e in particolare della CIP. La trasformazione digitale dell'assistenza sanitaria implica un cambiamento dell'intero ambiente e non solo di alcuni parametri relativi alle principali pres-

tazioni di cura. Secondo *sgv-usam*, andrebbero inoltre coinvolte nel campo della sanità elettronica e della CIP anche le drogherie. Questi attori sono coinvolti in fasi importanti della cura del paziente, come l'automedicazione, la prevenzione e la consulenza in materia di salute.

ARTISET sottolinea l'importanza che gli assicuratori-malattie non abbiano accesso al contenuto delle singole CIP a dispetto del fatto che la CIP sia sancita costituzionalmente nell'articolo 117 Cost.

BEKAG ha ripetutamente fatto notare, invano, che il DFI, l'UFSP e i politici stanno deliberatamente mettendo il sistema sanitario al muro, tenendo in sospeso negli ultimi decenni miliardi di aumenti tariffali giustificati per gli studi medici svizzeri, mentre contemporaneamente iscrivono o iscriveranno nella legge sempre più prestazioni (amministrative) gratuite da parte dei medici. Le conseguenze, come per esempio la carenza di medici di famiglia e la futura penuria di medici ospedalieri, sono già oggi chiaramente visibili, sono la prova lampante di come l'attrattiva della professione medica sia stata progressivamente ridotta da questo sottofinanziamento permanente, a scapito dei pazienti e a vantaggio dei pagatori di premi in buona salute. Se qualcosa non funziona, per un motivo o per l'altro, i primi ad essere rimproverati dai media e dai politici sono sempre i medici, cui vengono di conseguenza accollate ulteriori misure di garanzia della qualità e nuovi obblighi amministrativi a tariffa zero. Anche qualora il legislatore dovesse reagire in un secondo momento per combattere questa sottodotazione già esistente e in continuo aumento, sarebbe comunque troppo tardi per apportare un rapido miglioramento. Da anni ormai vi sono semplicemente troppi pochi medici formati e quei pochi che ci sono lavoreranno in futuro solo a tempo parziale.

Interpharma fa presente che tutti gli sforzi per la creazione di uno spazio dei dati sanitari in Svizzera devono essere compiuti tenendo conto dei lavori sullo Spazio europeo dei dati sanitari. La possibilità di collegamento deve essere garantita. La decisione di aderirvi o meno potrebbe essere presa in un secondo momento.

SVDG ritiene che l'uso del numero AVS come strumento di identificazione del paziente vada già «legalizzato» sancendolo nell'articolo 117 Cost. dal momento che non è praticabile per l'Ufficio centrale di compensazione identificare il paziente tramite il numero di identificazione «segreto» per la CIP. L'articolo 4 LCIP va dunque modificato come segue: «¹ Il numero AVS di cui all'articolo 50c LAVS è utilizzato come strumento d'identificazione del paziente.».

eSANITA ricorda che sono i Cantoni ad essere responsabili di garantire e organizzare l'assistenza sanitaria per i loro residenti, il che include anche l'informazione e l'istruzione in materia di CIP. Propone pertanto di introdurre nell'**articolo 15** un nuovo **capoverso 3**: «A complemento e in accordo con la campagna di informazione nazionale della Confederazione sulla CIP, i Cantoni corrispondono un contributo finanziario proporzionalmente uguale per la diffusione di informazioni sulla CIP alla propria popolazione.».

7 Allegati

7.1 Elenco dei destinatari / partecipanti alla consultazione

1. Cantoni

Abbreviazione	Designazione	Interpel- lati	Parere
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia	sì	sì
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno	sì	sì
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno	sì	sì
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna	sì	sì
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna	sì	sì
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città	sì	sì
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo	sì	sì
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren	sì	sì
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra	sì	sì
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona	sì	sì
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni	sì	sì
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura	sì	sì
KdK CdC CdC	Konferenz der Kantonsregierungen Conférence des gouvernements cantonaux Conferenza dei governi cantonali	sì	no
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna	sì	sì
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel	sì	sì
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden	sì	sì

Abbreviazione	Designazione	Interpel- lati	Parere
	Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo		
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo	sì	sì
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo	sì	sì
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa	sì	sì
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta	sì	sì
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto	sì	sì
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia	sì	sì
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	sì	sì
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri	sì	sì
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud	sì	no
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese	sì	sì
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo	sì	sì
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo	sì	sì

2. Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Abbreviazione	Designazione	Interpel- lati	Parere
Die Mitte Le Centre Alleanza del Centro	Die Mitte Le Centre Alleanza del Centro	sì	sì
EAG	Ensemble à Gauche	sì	no
EDU UDF UDF	Eidgenössisch-Demokratische Union Union démocratique Fédérale Unione democratica Federale	sì	no
EVP PEV PEV	Evangelische Volkspartei der Schweiz Parti évangélique Suisse Partito evangelico svizzero	sì	no
FDP	FDP. Die Liberalen	sì	sì

Abbreviazione	Designazione	Interpel- lati	Parere
PLR PLR	PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali		
glp pvl pvl	Grünliberale Partei Parti vert'libéral Partito verde-liberale	sì	no
GRÜNE Les Verts I Verdi	Grüne Partei der Schweiz Parti écologiste suisse Partito ecologista svizzero	sì	sì
Lega	Lega dei Ticinesi	sì	no
PDA PST PSdL	Partei der Arbeit Parti suisse du travail Partito svizzero del lavoro	sì	no
SP PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero	sì	sì
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union démocratique du centre Unione democratica di Centro	sì	sì

3. Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

Abbreviazione	Designazione	Interpel- late	Parere
SAB SAB SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Bergge- biete Groupement suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna	sì	no
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband Association des communes suisses Associazione dei Comuni Svizzeri	sì	no
SSV UVS UCS	Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses (UVS) Unione delle città svizzere (UCS)	sì	no

4. Associazioni mantello nazionali dell'economia

Abbreviazione	Designazione	Interpel- late	Parere
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation	sì	sì
KVS SEC Suisse SIC Svizzera	Kaufmännischer Verband Schweiz (KV Schweiz) Société suisse des employés de commerce (SEC Suisse) Società svizzera degli impiegati di commercio (SIC Svizzera)	sì	no
SAV UPS USI	Schweizerischer Arbeitgeberverband (SAV) Union patronale suisse (UPS) Unione svizzera degli imprenditori (USI)	sì	sì
SBV USP USC	Schweizerischer Bauernverband (SBV) Union suisse des paysans (USP) Unione svizzera dei contadini (USC)	sì	no

SBV ASB ASB	Schweizerische Bankiervereinigung (SBV) Association suisse des banquiers (ASB) Associazione svizzera dei banchieri (ASB) Swiss Bankers Association	sì	no
scienceindustries	Wirtschaftsverband Chemie Pharma Biotech Association des industries Chimie Pharma Biotech Associazione economica per la chimica, la farmaceutica e la biotecnologia	no	sì
SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (USS) Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	sì	sì
SGV USAM USAM	Schweizerischer Gewerbeverband (ACS) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)	sì	sì
Travail.Suisse	Travail.Suisse	sì	no

5. Altre organizzazioni / cerchie interessate

Abbreviazione	Designazione	Interpelate	Parere
AAV	Aargauischer Apothekerverband	no	sì
abilis	ABILIS Nationale interprofessionelle Stammgemeinschaft der Medikation AG	no	sì
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne	sì	sì
AD Swiss	AD Swiss Net AG	no	sì
ADTG	Allianz für digitale Transformation im Gesundheitswesen	sì	sì
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich	no	sì
ARTISET	Föderation der Branchenverbände der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf Fédération des prestataires de services pour les personnes ayant besoin de soutien Federazione dei fornitori di servizi per persone bisognose di assistenza	no	sì
ASPS	Association Spitex Privée Suisse	no	sì
AVKZ	Apothekerverband des Kantons Zürich	no	sì
axsana	axsana AG	no	sì
B. Gafner	Beat Gafner	no	sì
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne Società dei medici del Cantone di Berna	no	sì
CARA	Verband CARA Association CARA	no	sì
CH++	Association CH++	no	sì
ChiroSuisse	Schweizerischen Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse Association suisse des chiropraticiens ChiroSuisse Associazione svizzera dei chiropratici ChiroSuisse	sì	no
CLPh	Conférence latine des associations cantonales de pharmacie	no	sì
Curafutura	Curafutura	sì	sì

Abbreviazione	Designazione	Interpel- late	Parere
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri	sì	sì
CVCI	Chambre vaudoise du commerce et de l'industrie	no	sì
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen Fédération suisse des patients	sì	sì
eCH	E-Government Standards	sì	no
EKK	Eidgenössische Kommission für Konsumentenfragen Commission fédérale de la consommation Commissione federale del consumo	no	sì
eSANITA	Verein eSANITA	no	sì
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera	no	sì
FMC	Schweizer Forum für integrierte Versorgung Forum suisse des soins intégrés	sì	no
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	sì	sì
FoDa	Forum Datenaustausch	sì	no
FRC	Fédération romande des consommateurs	sì	sì
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi	sì	sì
GELIKO	Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la sa- lute	sì	sì
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	sì	sì
HCI	HCI Solutions AG	sì	no
HIN	Health Info Net AG	sì	sì
HL7	HL7 Schweiz HL7 Suisse	sì	no
IG eHealth	Interessengemeinschaft eHealth	sì	sì
IGMG	Interessengemeinschaft medizinische Grundversor- gung	no	sì
IGPI	Schweizerische Interessengruppe Pflegeinformatik Groupe suisse d'intérêts communs informatique dans les soins infirmiers Gruppo svizzero d'interesse informatica nelle cure in- fermieristiche	sì	no
IHE Suisse	Schweizer Landesorganisation der internationalen IHE Initiative Organisation nationale suisse de l'initiative internatio- nale IHE	sì	no
Interpharma	Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz	sì	sì

Abbreviazione	Designazione	Interpel- late	Parere
	Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche		
IPAG	Interprofessionelle Arbeitsgemeinschaft eHealth Communauté de travail interprofessionnelle eHealth	sì	sì
ISSS	Information Security Society Switzerland	sì	no
KAV	Schweizerische Kantonsapothekervereinigung Association des pharmaciens cantonaux Associazione dei farmacisti cantonali	sì	sì
KF	Konsumentenforum Forum des consommateurs Forum dei consumatori	sì	no
KHM	Kollegium für Hausarztmedizin Collège de médecine de premier recours Collegio di medicina di base	sì	no
KSG	Konferenz der Stammgemeinschaften Conférence des communautés de référence Conferenza delle comunità di riferimento	no	sì
LAV	Luzerner Apotheker Verein	no	sì
medswiss.net	Schweizer Dachverband der Ärztenetze Association suisse des réseaux de médecins Associazione svizzera delle reti di medici	sì	no
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	sì	sì
OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesund- heit Organisation faitière nationale du monde du travail en santé Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario	sì	no
Ofac	Berufsgenossenschaft der Schweizer Apotheker La coopérative professionnelle des pharmaciens suisses Cooperativa professionale dei farmacisti svizzeri	sì	no
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	sì	sì
Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia	sì	no
Post	Schweizerische Post AG La Poste Suisse SA La Posta Svizzera SA	no	sì
PRIVATIM	privatim, Die schweizerischen Datenschutzbeauftrag- ten privatim, Les préposé(e)s suisses à la protection des données privatim, Gli incaricati svizzeri della protezione dei dati	sì	no
Pro Senectute	Pro Senectute Schweiz Pro Senectute Suisse Pro Senectute Svizzera	sì	no
Public Health	Public Health Schweiz	sì	no

Abbreviazione	Designazione	Interpel- late	Parere
	Santé publique Suisse		
Refdata	Stiftung Refdata Fondation Refdata	sì	no
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissen- schaften Académie suisse des sciences médicales Accademia svizzera delle scienze mediche	sì	no
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri	sì	sì
SAPI	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Patientinnen- und Patienteninteresse	sì	no
SATW	Schweizerische Akademie der Technischen Wissen- schaften Académie suisse des sciences techniques	sì	no
SBAP	Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psy- chologie Association professionnelle suisse de psychologie ap- pliquée Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata	no	sì
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermi- eri	sì	sì
SDA	Swiss Data Alliance	no	sì
SDV	Schweizerischer Drogistenverband Association suisse des droguistes Associazione svizzera dei droghieri	sì	sì
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pfl- geeinrichtungen Association d'établissements économiquement indé- pendants pour personnes âgées	no	sì
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin Société suisse de médecine interne générale Società Svizzera di Medicina Interna Generale	no	sì
SGGP	Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik Société suisse pour la politique de la santé Società svizzera per la politica della salute	sì	no
SGMI	Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informa- tik Société suisse d'informatique médicale Società Svizzera d'Informatica Medica	sì	sì
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie Société suisse de pédiatrie Società svizzera di pediatria	no	sì
SGTMeH	Schweizerische Gesellschaft für Telemedizin und eHealth Société Suisse de Télémédecine et eHealth	sì	no
SHV	Schweizerischer Hebammenverband	no	sì

Abbreviazione	Designazione	Interpel- late	Parere
	Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici		
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	sì	sì
SMVS	Société médicale du Valais Walliser Ärztegesellschaft	no	sì
SNV	Schweizerische Normen-Vereinigung Association suisse de normalisation	sì	sì
Sphf	Société des pharmaciens fribourgeois	no	sì
Spitex	Spitex Schweiz	sì	sì
SPO	Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz Fondation Organisation suisse des patients Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti	sì	no
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri	sì	no
SSR	Schweizerischer Seniorenrat Conseil suisse des aînés Consiglio svizzero degli anziani	no	sì
Suva	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni	sì	sì
svbg	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari	sì	sì
SVDG	Schweizer Verband Digitalisierung des Gesundheitswesens	no	sì
SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux	sì	no
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni	sì	no
Swico	Wirtschaftsverband für die digitale Schweiz Association économique pour la Suisse numérique Associazione economica per una Svizzera digitale	no	sì
Swiss Medtech	Schweizer Medizintechnikverband Association Suisse de la Technologie Médicale Associazione Svizzera delle Tecnologie Mediche	sì	no
Swisscom Health	Swisscom Health	sì	no
SwissSign	SwissSign AG	no	sì
swissuniversities	Rektorenkonferenz der schweizerischen Hochschulen Conférence des recteurs des hautes écoles suisses Conferenza dei rettori delle università svizzere	sì	no

Abbreviazione	Designazione	Interpellate	Parere
	Rectors' Conference of Swiss Higher Education Institutions		
VGI.ch	Vereinigung Gesundheitsinformatik Schweiz Association suisse d'informatique médicale Associazione svizzera di informatica medica	sì	sì
vips	Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera	sì	no
VKS	Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz Association des médecins cantonaux de Suisse Associazione dei medici cantonali svizzeri	sì	no
vsao	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica	no	sì
WEKO	Wettbewerbskommission Commission de la concurrence Commissione della concorrenza	no	sì

7.2 Elenco delle abbreviazioni utilizzate nel testo

Abbreviazione	Titolo / definizione
B2B	Business-to-Business
CIP	Cartella informatizzata del paziente
Cost.	Costituzione federale svizzera (RS 101)
DFI	Dipartimento federale dell'interno
FEQ	Firma elettronica qualificata
FiEle	Legge federale del 18 marzo 2016 sui servizi di certificazione nel campo della firma elettronica e di altre applicazioni di certificati digitali (RS 943.03)
HPD	Health Provider Directory
IDP	Identity Provider
LAMal	Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (RS 832.10)
LAVS	Legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (RS 831.10)
HMGLATer	Legge federale del 15 dicembre 2000 sui medicinali e i dispositivi medici (RS 812.21)
LCIP	Legge federale del 19 giugno 2015 sulla cartella informatizzata del paziente (RS 816.1)
LIdE	Legge federale sul mezzo d'identificazione elettronico e altri mezzi di autenticazione elettronici (non ancora in vigore)
LPD	Legge federale del 19 giugno 1992 sulla protezione dei dati (RS 235.1)
LPSan	Legge federale del 30 settembre 2016 sulle professioni sanitarie (RS 811.21)
OCIP	Ordinanza del 22 marzo 2017 sulla cartella informatizzata del paziente (RS 816.11)
OFCIP	Ordinanza sugli aiuti finanziari per la cartella informatizzata del paziente (non ancora in vigore)

Abbreviazioni	Titolo / definizione
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica