

Verifica dell'introduzione della cartella informatizzata del paziente

Ufficio federale della sanità pubblica

L'essenziale in breve

Il 15 aprile 2017 il Consiglio federale ha posto in vigore la legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP). Dal mese di aprile del 2020 gli ospedali e le cliniche di riabilitazione dovranno essere affiliati a una comunità di riferimento certificata e, dalla primavera 2020, i pazienti dovranno poter aprire una cartella informatizzata del paziente (CIP). In essa le strutture sanitarie potranno archiviare i dati rilevanti ai fini della cura, tratti dalla cartella sanitaria del paziente. I professionisti della salute coinvolti nella cura di quest'ultimo avranno la possibilità di accedere ai dati e completarli.

L'implementazione della CIP avviene in modo decentralizzato per opera di comunità o comunità di riferimento organizzate secondo il diritto privato, le quali offriranno la CIP a un determinato bacino di utenza. Per essere autorizzate a offrire la CIP, le strutture sanitarie devono affiliarsi a una comunità (di riferimento) certificata.

L'attuazione formale della LCIP avviene in due tempi. In un primo momento, ovvero entro aprile 2020, devono affiliarsi a una comunità di riferimento certificata gli ospedali e le cliniche di riabilitazione. Dopodiché, a partire da aprile 2022, sarà il turno delle case di cura. Per i pazienti e le strutture sanitarie ambulatoriali (ad es. medici di famiglia), l'affiliazione è volontaria. Per la costituzione e la certificazione delle comunità (di riferimento) la Confederazione mette a disposizione un finanziamento iniziale temporaneo complessivo di 30 milioni di franchi, a condizione che i Cantoni o terzi partecipino almeno nella stessa misura.

Il Controllo federale delle finanze (CDF) ha verificato lo stato di avanzamento dei lavori di introduzione della CIP presso l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e il Centro di competenza e di coordinamento di Confederazione e Cantoni eHealth Suisse. Ha in particolare accertato se le sfide principali necessarie per un'introduzione riuscita fossero note e, quindi, comunicate, indirizzate e monitorate in modo idoneo.

Il CDF constata che i problemi e i rischi essenziali sono stati individuati, ma che spesso mancano le strutture adeguate per risolverli. Tecnicamente, la data di introduzione del 15 aprile 2020 sarebbe realistica. Tuttavia, la fattibilità del termine di introduzione rischia di essere seriamente compromessa a causa di certificazioni tardive, eventuali processi mancanti e affiliazioni di ospedali posticipate. Il raggiungimento degli obiettivi della LCIP è messo in discussione per quanto riguarda il miglioramento della garanzia della sicurezza e della cura dei pazienti e l'aumento dell'efficienza del sistema sanitario svizzero. Tra le cause principali figurano la carenza di risorse, la mancata capacità d'imporsi dell'UFSP e gli incentivi insufficienti forniti alle strutture sanitarie ambulatoriali per affiliarsi e offrire la CIP. Al momento non è ancora possibile rilevare e valutare sistematicamente gli effetti della CIP sugli ospedali e il finanziamento delle comunità di riferimento.

La presente verifica si basa sulle informazioni raccolte fino a inizio agosto 2019. Data l'urgenza, il CDF aveva anticipato al 16 agosto 2019 la riunione sui risultati con la Segreteria generale del Dipartimento federale delle Dipartimento federale dell'interno (SG-DFI) e

con l'UFSP per trasmettere le constatazioni e raccomandazioni più importanti. Il DFI ha successivamente avviato e adottato diverse misure che non sono state integrate nella verifica.

Il contesto federalistico complica la gestione dei problemi e dei rischi

La struttura federalistica del sistema sanitario complica l'introduzione della CIP. Inoltre, i principali lavori di introduzione sono di responsabilità di comunità (di riferimento) organizzate secondo il diritto privato, strutture sanitarie, autorità di certificazione e fornitori di identità elettroniche. Manca un organo superiore a tutti gli attori responsabili che sia autorizzato a impartire istruzioni per tutti i compiti rilevanti per l'introduzione. Non vi sono nemmeno strutture adatte per espletare una rapida procedura di escalation al di fuori della sfera di competenza dell'UFSP. In tal modo risultano fortemente compromessi, se non messi seriamente in discussione, sia l'introduzione entro aprile 2020 che il raggiungimento degli obiettivi a lungo termine.

Mancano in parte le basi che di solito vengono stabilite all'interno di un progetto per gestire, coordinare e dirigere in modo mirato le attività necessarie (ad es. i criteri per sbloccare le relative fasi e le spese complessive della Confederazione per ogni fase).

Dopo l'introduzione nel 2020 s'impongono altre vaste attività e misure che, a causa della priorità attribuita alla data d'introduzione, non hanno ancora potuto essere pianificate. Le attuali risorse limitate a disposizione non basteranno per l'esercizio successivo e le altre fasi introduttive necessarie.

La certificazione tardiva degli attori CIP pregiudica il termine di introduzione

In base ai risultati dei test effettuati finora, le componenti tecniche relative alle CIP dei vari fornitori e i servizi centrali della Confederazione saranno disponibili verosimilmente ad aprile 2020. La certificazione imperativamente prescritta per la messa in esercizio è invece stata avviata soltanto per una comunità (di riferimento) su 12.

Le comunità (di riferimento) non certificate e le strutture sanitarie a esse affiliate non possono partecipare alla CIP. Lo stesso vale per i fornitori di identità elettroniche.

Mancanza di chiarezza in merito a possibili varianti di affiliazione adeguate

L'introduzione della CIP negli ospedali e nelle case di cura è prescritta dalla legge, con libera scelta su come aderire. Si presume che inizialmente quasi tutti gli ospedali si affilieranno alla rispettiva comunità di riferimento tramite portale web, mentre un numero ridotto opterà per un'integrazione tecnica specifica (collegamento diretto dell'applicazione della clinica alla CIP). In casi isolati verrà scelta una soluzione alternativa. Le varie opzioni di adesione presentano notevoli divari per quanto riguarda l'economicità dei processi, le spese di introduzione e il raggiungimento degli obiettivi della CIP. I relativi vantaggi e svantaggi dipendono fortemente dal numero di pazienti e di documenti come pure dalle condizioni quadro della struttura sanitaria in questione.

Nella maggior parte dei casi le ripercussioni effettive dell'introduzione della CIP per gli ospedali e le case di cura non sono state previamente stimate né saranno rilevate e monitorate a livello centrale a introduzione avvenuta. Le strutture di assistenza federalistiche rendono un simile monitoraggio difficile.

Incertezze per le strutture sanitarie ambulatoriali

In generale si riconosce che ai fini del successo della CIP sono indispensabili una diffusione e un'applicazione sufficientemente rapidi. Le strutture sanitarie ambulatoriali potrebbero contribuirvi in misura determinante.

La partecipazione delle strutture sanitarie ambulatoriali e dei pazienti è volontaria e non ci sono incentivi per promuovere una diffusione rapida. Inoltre, sussistono incertezze riguardo a quale tipo di adesione sia adatto per queste strutture e alle modalità di fatturazione delle spese supplementari legate alla gestione della CIP.

Testo originale in tedesco