
Rapporto

numero

5349 R

data

20 febbraio 2003

Dipartimento

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

**della Commissione speciale sanitaria
sul messaggio 8 gennaio 2002 concernente la richiesta di un credito di
fr. 1'000'000.- per la realizzazione della seconda fase del progetto coor-
dinamento della Rete sanitaria che prevede la sperimentazione della
Carta sanitaria**

CARTA SANITARIA

UNA OPPORTUNITÀ PER TUTTI

PREMESSA

Il 25.11.1998 il Consiglio di Stato ha licenziato il messaggio no. 4811, chiedendo un credito di fr. 2'250'000.- per la realizzazione del progetto **coordinamento della rete sanitaria**. Scopo dichiarato era e rimane la creazione delle condizioni quadro ottimali affinché avvenga un utilizzo maggiormente coordinato delle strutture sanitarie pubbliche e private, stazionarie e ambulatoriali in modo che, a parità di qualità delle prestazioni, venga utilizzata la struttura più economica, così da fruire, contenere e ridurre le spese in questo settore. Nel secondo aggiornamento delle Linee direttive del novembre 1997, già si affermava e cito: **"La necessità del coordinamento delle strutture stazionarie, di quelle semistazionarie e di quelle ambulatoriali diventa sempre più acuta da noi come altrove. La individuazione e la scelta dei sistemi sanitari a costo contenuto ed efficacia e qualità elevate diventa una condizione indispensabile per migliorare il rapporto costi-benefici in campo sanitario in modo da mantenere i costi sopportabili. Occorre potere utilizzare in ogni occasione la struttura e/o il servizio più appropriati, quindi con dei costi inferiori a parità di risultato. Questo compito è reso più difficile a causa delle diverse fonti di finanziamento (assicuratori, ente pubblico, singolo utente) e della presenza di una offerta privata accanto ad un'offerta pubblica, per cui esistono interessi divergenti e persino contrapposti. Inoltre i dati a disposizione per i confronti sono spesso ancora approssimativi"**.

Il messaggio no. 4811 del 29.11.1998 e quello complementare del 23.2.1999 no. 4811A (quest'ultimo per la realizzazione del sistema informatico della Rete sanitaria), sono stati trattati nel rapporto no. 4811/4811A pure del 23.2.1999. Questo rapporto commissionale, fatto suo dal Parlamento, prevedeva una prima fase con un credito di 1'250'000.- franchi, così suddivisi:

fr. 120'000.- per l'informatica;

fr. 530'000.- per la progettazione del sistema informativo;

fr. 600'000.- per una prima tranche (1999-2000) di spese per consulenze.

Con questa decisione, in seguito all'esame del messaggio governativo, la Commissione sanitaria prima e il Gran Consiglio poi avevano deciso di suddividere il montante richiesto di fr. 2'250'000.- in due parti: la prima è stata attribuita al progetto COORDINAMENTO DELLA RETE SANITARIA nel 1999, mentre la concessione della seconda tranche, inserita a Piano finanziario, era stata subordinata alla presentazione del Rapporto di programmazione. Le condizioni essendo state rispettate con l'emissione degli importanti documenti: RETE SANITARIA: SPERIMENTAZIONE DELLA CARTA SANITARIA - Studio di fattibilità (Salute pubblica no. 16 e 16a), in data 8.1.2002, il Consiglio di Stato ha licenziato il messaggio no. 5349, che fa oggetto di questo rapporto con la richiesta appunto di un credito di fr. 1'000'000.- per la realizzazione della seconda fase del progetto di Coordinamento della Rete sanitaria, che prevede la sperimentazione della Carta sanitaria. Interessante rilevare che verrà concesso un sussidio di fr. 250'000.- da parte dell'Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia dopo che il Gran Consiglio avrà votato il già citato credito. La cosa è ben spiegata ed evidenziata nel messaggio governativo a pagine 4 e 5.

STUDIO DI FATTIBILITÀ

La salute è una delle principali preoccupazioni della popolazione svizzera. Benché il funzionamento del sistema sanitario soddisfi ampiamente la maggior parte dei cittadini e della classe politica, l'evoluzione dei costi sanitari sta mettendo a dura prova l'integrità del sistema. Per riuscire a mantenere le prerogative, occorre trovare un equilibrio fra efficacia,

efficienza ed equità. L'efficacia intesa come la capacità del sistema di produrre i risultati desiderati, l'efficienza come allocazione ottimale delle risorse disponibili (rapporto tra quanto speso e risultati ottenuti) e l'equità come diritto di accesso alle cure (uguaglianza) e come riconoscimento dei bisogni specifici di ognuno (giustizia).

Il Consiglio di Stato del Canton Ticino, già nella prima metà degli anni Novanta, parallelamente ai lavori preparatori della LAMal e ai decreti federali urgenti volti a frenare l'evoluzione di costi della malattia, inizia ad esaminare le proprie possibilità di contribuire a limitare l'evoluzione dei costi in ambito sanitario. Nell'ottobre del 1995, basandosi sull'obiettivo programmatico di "protezione dall'esclusione", il Consiglio di Stato esprime la necessità di un *coordinamento dei servizi socio-sanitari stazionari, semistazionari, ambulatoriali e a domicilio per favorire il collocamento ottimale degli utenti tra i diversi servizi* ed erogare delle prestazioni *più appropriate, quindi con dei costi inferiori a parità di risultato*.

Un sistema sanitario è un dispositivo complesso, multifunzionale e si compone di una moltitudine di attori dalle competenze variegate e dagli interessi specifici strutturalmente complementari, ma dal punto di vista congiunturale talvolta conflittuali. In alcuni casi le logiche private non permettono agli attori sanitari di perseguire l'obiettivo di stabilità del sistema sanitario. Un obiettivo, questo, che corrisponde però a un interesse collettivo. Per questa ragione il CdS nel 1998 decide, nell'ambito di Amministrazione 2000, di elaborare un progetto con il quale creare le condizioni quadro per favorire l'utilizzazione corretta di strutture e servizi sanitari. Fra i possibili assi di intervento sono indicati la cultura, i fenomeni sociali con impatto sanitario, il coordinamento operativo, gli incentivi, la diffusione tecnologica e la pianificazione.

Proprio sulla diffusione tecnologica, sulla cultura e sui fenomeni sociali s'indirizza la successiva maturazione del progetto. Esso deve in sostanza fornire ai principali attori sanitari del Cantone l'ispirazione per scelte strategiche da attuare a medio lungo termine, in grado di promuoverne il coordinamento e la cooperazione. Il sistema sanitario appare infatti vasto e generoso, ma anche complesso, ridondante e frammentato. Questo progetto, in definitiva, vuole fungere da detonatore e catalizzatore di un processo di cambiamento culturale, da attuare con i principali attori sanitari del Cantone nel corso del tempo.

Le moderne tecnologie di gestione elettronica dell'informazione, poiché neutre rispetto agli equilibri di potere nel mondo sanitario, sono identificate fin dall'inizio come la migliore strategia per raggiungere gli obiettivi posti.

Data la complessità e la frammentazione del sistema appare oggi indispensabile rendere più efficace lo scambio d'informazioni tra attori del sistema stesso, attendendosi da ciò un miglioramento dell'efficienza, ma anche una maggiore sicurezza che si traduce in privacy, nonché qualità delle cure. Diversi strumenti di sanità elettronica con possibile impatto sul dispositivo organizzativo sono allora esaminati: dalla telemedicina alla cartella medica informatizzata, dalla carta sanitaria alla rete sanitaria informatizzata. Ogni strumento è poi definito e studiato in merito alla fattibilità e all'opportunità di una sua introduzione. Dopo un intenso processo di concertazione, durante il quale i partner sanitari hanno approfondito i diversi strumenti proposti, il gruppo di pilotaggio (composizione: vedi in seguito) decidono di concentrare le energie sulla **carta sanitaria elettronica**.

Strumento a prima vista banale, e quindi neutro dal profilo delle emozioni, esso possiede invece grandi potenzialità per modificare radicalmente le abitudini di pazienti e operatori sanitari. Sia quale mezzo di trasporto di dati (racchiusi in un microprocessore), sia quale chiave d'accesso elettronico alla rete, la carta rappresenta un mezzo di pilotaggio e di armonizzazione della nascente rete informatica e, ancor di più, un forte simbolo della centralità del paziente nel sistema sanitario. Proprio quest'ultima proprietà, e cioè il fungere da strumento tecnologico capace di assecondare il processo di autodeterminazione del paziente, ha la potenzialità di rivoluzionare l'attuale ruolo che quest'ultimo ha nel sistema, consentendogli di meglio assumere le proprie responsabilità.

Considerazioni, queste, confermate dalle esperienze condotte nella maggior parte dei paesi europei (in modo particolare in Germania, Francia e Italia), ma anche in Canada, Stati Uniti e Giappone, dove la carta elettronica è introdotta non solo per facilitare le procedure amministrative (Carta d'assicurato), ma anche per migliorare la qualità delle cure erogate (Carta sanitaria). Nel mese di marzo del 2002, l'Unione Europea decide di introdurre la Carta d'assicurato obbligatoria. In virtù degli accordi bilaterali la Svizzera è tenuta a fare altrettanto, a promuovere cioè l'introduzione di una tessera a microprocessore euro-compatibile, ciò che il Consiglio federale ha proposto nell'ambito della seconda revisione LAMal. Pur subendo attualmente questa revisione una battuta d'arresto - il Consiglio nazionale ha bocciato l'intera revisione LAMal e la questione è tornata ora alla competente Commissione degli Stati - la proposta d'introdurre una tessera d'assicurato (dunque un "sottoprodotto" della carta sanitaria) a livello nazionale aveva trovato l'unanime consenso al Consiglio nazionale. La questione specifica della carta appare dunque solo rallentata, a causa di divergenze in altri ambiti (obbligo di stipulare contratti tra assicuratori e medici e altre misure di contenimento dei costi).

Essendo tuttavia la politica sanitaria di competenza cantonale, è a livello cantonale, e non federale, che un simile strumento può essere legittimamente sviluppato oltre i confini di un impiego squisitamente contabile e assicurativo (tessera d'assicurato). Una carta sanitaria rappresenta infatti uno strumento di governo della sanità, mentre gli aspetti assicurativi ne sono un sottogruppo. Sensibile a questa problematica, il Consiglio federale invita il Canton Ticino, il cui progetto è esplicitamente ripreso nel messaggio relativo alla Carta d'assicurato (nuovo art. 42a LAMal), a collaborare nello sviluppo della CARTA LAMAL, ricorrendo alle competenze da esso maturate negli ultimi anni.

La futura carta sanitaria, basata su standard internazionali, offrirà al paziente la possibilità di registrare per esempio alcuni dati medici di urgenza, le allergie, le vaccinazioni, la terapia farmacologica, nonché la lista dei principali eventi sanitari che ne hanno caratterizzato la vita. La possibilità di accedere a queste informazioni permette agli operatori sanitari di salvare vite umane ed evitare sofferenze inutili, contenendo in maniera sensibile la spesa sanitaria. La possibilità poi di utilizzare la Carta sanitaria quale chiave d'accesso elettronica alla nascente rete sanitaria informatica, promette risultati ancora migliori. L'introduzione della carta in questa fase di costituzione della rete offre implicitamente la garanzia di una comunicazione sicura delle informazioni da un attore all'altro. Ciò significa che la rete sanitaria informatizzata è indotta a svilupparsi armoniosamente attorno all'elemento federativo rappresentato dalla Carta.

L'opportunità di garantire la complementarietà fra la carta sanitaria e la rete sanitaria informatizzata è rafforzata dall'accordo di collaborazione siglato nell'agosto del 2002 tra il Dipartimento della sanità e della socialità del Canton Ticino e il Dipartimento della sanità e dell'azione sociale del Canton Ginevra. Quest'ultimo sta infatti definendo i requisiti per la creazione di una rete comunitaria d'informatica medica, cui accedere per il tramite della chiave "CARTA SANITARIA", nel rispetto dei diritti del paziente.

Due progetti, quello ticinese e quello ginevrino, nei quali la componente tecnologica occupa tuttavia un ruolo minore, rispetto a quella di natura culturale, che ne rappresenta la vera sfida: pochi sono i servizi e le strutture che oggi ricorrono all'informatica quale supporto all'assistenza sanitaria. Per questa ragione se ne conoscono ancora poco i pregi e i difetti, ciò che causa facili incomprensioni e naturali pregiudizi: ne è un esempio la protezione della privacy. A questo proposito giova ricordare come i problemi posti dagli attuali sistemi di trasmissione delle informazioni mediche siano tutt'altro che risolti: posta e fax non offrono nessuna garanzia in merito a chi legge; in alcune strutture gli archivi sono poi accessibili senza particolari controlli.

L'introduzione della carta sanitaria e la messa in rete degli operatori sanitari permette invece al paziente di decidere sistematicamente chi autorizzare ad accedere in maniera sicura alle proprie informazioni.

Come è avvenuto in altri ambiti, per esempio quello bancario, l'introduzione di un nuovo strumento implica tuttavia un lungo processo di apprendimento e di appropriazione. Per questa ragione, di comune accordo con i partner sanitari del Cantone, si è deciso di iniziare con un'esperienza pilota destinata a favorire il cambiamento culturale e la verifica delle scelte operative per l'impiego della carta sanitaria. Trascorsi i 18 mesi preparatori durante i quali verranno identificati i partecipanti (3-4'000 pazienti e 3-400 operatori sanitari - studi medici, farmacie, strutture stazionarie pubbliche e private, servizi d'ambulanza e di assistenza e cura a domicilio -), prodotte le carte e formato il personale sanitario all'utilizzo delle nuove apparecchiature, nella zona urbana di Lugano si procederà alla sperimentazione della carta sanitaria. Durante questo periodo diverse iniziative - decise dall'apposito gruppo di sperimentazione, nel quale saranno rappresentati tutti gli attori coinvolti - provvederanno a sensibilizzare l'intera popolazione cantonale. Alla fine della fase pilota, grazie ad una migliore comprensione ed accettazione degli strumenti di sanità elettronica, sarà possibile proporre le necessarie modifiche legislative (Legge sanitaria cantonale), al fine di estendere l'utilizzo della carta all'intero Cantone e, di pari passo, di sostenere la creazione omogenea della rete informatica sanitaria. Una strategia pragmatica, che certamente richiede tempo, ma che in compenso offre la possibilità allo Stato di definire le regole in grado di perseguire gli interessi collettivi e preservare i diritti dei pazienti, trovando il consenso necessario tra gli operatori sanitari. Una strategia conforme alla cultura elvetica della ricerca del consenso.

In questo senso sono giunti diversi riconoscimenti da parte di osservatori esterni. In primo luogo da parte degli uffici competenti del Dipartimento federale degli interni, segnatamente da parte dell'UFAS, che seguono con particolare attenzione l'evoluzione del progetto ticinese, ma anche da parte di alcuni cantoni e diverse associazioni professionali. Anche l'Ufficio federale della tecnologia e della formazione professionale (Dipartimento federale dell'economia) ha riconosciuto esplicitamente la validità del progetto, per la sua capacità di innovazione, per il pionierismo a livello nazionale e per la capacità di trovare il consenso dei partner sanitari.

In definitiva questa iniziativa della Repubblica e Cantone Ticino arricchisce e completa, con la sua azione trasversale, le diverse iniziative promosse sul fronte dell'offerta e della domanda di prestazioni sanitarie. Considerate le grandi difficoltà con le quali si devono confrontare tutte le misure di contenimento dei costi della salute, appare sempre più chiaro che solamente una strategia mista, rivolta sia alla domanda che all'offerta, può suscitare qualche speranza di successo.

DISCUSSIONI COMMISSIONALI

La Commissione sanitaria ha affrontato il problema dopo aver sentito il medico cantonale dott. Ignazio Cassis, accompagnato dal capo-progetto dott. Marzio Della Santa. I due ospiti hanno nella sostanza fatto il riassunto dei corposi documenti già citati ("Sperimentazione della carta sanitaria - Salute pubblica no. 16 e no. 16a") ai quali vi rimando per tutta una serie di dettagli.

Importante è lo studio di fattibilità, peraltro riassunto nel capitolo precedente, ma soprattutto gli allegati, segnatamente i pareri giuridici. In essi tra l'altro si parla del "Principio della legalità", del "Diritto fondamentale alla protezione dei dati personali" nonché "alla sua portata sistemica nell'ambito socio-sanitario", all' "esigenza della base legale quale condizione per la restrizione del diritto alla protezione dei dati", alle similitudini ma anche alle diffe-

renze tra carta sanitaria e cartella sanitaria prevista dalla Legge sanitaria, al dovere di garantire l'accesso alle cure, e altro ancora. Più in avanti poi, "il limite posto dalla nozione dell'interesse pubblico e i problemi di natura procedurale", "la ripartizione delle competenze fra Confederazione e i Cantoni", ecc.

Ricordo la conclusione intermedia della già citata perizia. Eccola testualmente: *"La legislazione sociosanitaria e quella sulla protezione dei dati non prevedono un chiaro divieto per procedere a una simile sperimentazione. La fattibilità di tal progetto dipende però dal rispetto di diverse condizioni poste dalle norme generali che reggono la sperimentazione. Tali norme devono inoltre essere opportunamente integrate al fine di tenere in debita considerazione alcune specificità attinenti alla gestione dei dati (per es. esclusione di alcuni soggetti, riduzione al minimo indispensabile del numero di partecipanti alla sperimentazione, creazione di una autorità di vigilanza, istituzione di un servizio di consulenza)."* Detto questo, negli allegati viene fatta anche la valutazione economica dell'introduzione della carta sanitaria in uno studio medico. Vengono trattati gli aspetti metodologici, i processi di lavoro necessari, la indispensabile cultura informatica, i documenti di lavoro, tra cui si esaminano i certificati assicurativi corti, quelli lunghi, i rapporti, le ricette mediche, le analisi di laboratorio, ecc.

I cambiamenti generati dall'introduzione della carta sanitaria sono oggetto di 3 scenari. Il primo prevede l'impiego della carta sanitaria come mezzo di trasporto dei dati, memorizzati nel microprocessore della carta. Nel secondo la carta, oltre a fungere da mezzo di trasporto dei dati, diventa una chiave d'accesso per la rete informatica, che prevede l'impiego di una banca dati centralizzata. Il terzo scenario è un passo ulteriore: aggiunge funzionalità alla rete sanitaria informatizzata, permettendo la costituzione di una vera e propria cartella sanitaria on-line (diario). Dal profilo tecnologico il terzo scenario prevede oggi ancora una banca dati centralizzata, ma è ben probabile che a termine ciò non sarà più necessario, fungendo ogni singolo fornitore di prestazioni da singola banca dati perennemente on-line. Proprio quest'ultima soluzione è in fase di sperimentazione nel Canton Ginevra, ciò che spiega l'interesse dell'alleanza operativa stretta con questo Cantone.

Appare chiaro che la soluzione ideale è rappresentata dallo scenario 3 a regime: accesso immediato alle informazioni sanitarie, privacy garantita, grande efficacia, bassi costi. Ciò però non nasce da un giorno all'altro: occorre costruire una simile realtà a piccoli passi, tenendo conto dei legittimi desideri e interessi di tutte le parti. Inoltre la resistenza culturale - più che quella tecnologica - sarà il principale ostacolo e necessiterà di tempo per essere vinta. Si pensi solo a quanto è successo con le carte bancarie.

E poi lo scenario 3 presuppone che studi medici, ospedali, cliniche, farmacie, servizi pre-ospedalieri, case per anziani, cure a domicilio, ecc. utilizzino sistemi informatici per lo svolgimento dei compiti sanitari (per esempio cartella clinica elettronica). Secondo un approfondito confronto tra gli scenari, il numero 3 genera dunque i maggiori benefici ai costi minori. Anche il Gruppo di pilotaggio ha chiaramente affermato che occorre mirare almeno allo scenario 2, altrimenti il progetto non raggiungerebbe gli scopi. Quest'obiettivo è certamente condiviso anche da questa Commissione, che anzi, vede chiaramente l'opportunità di mirare allo scenario 3.

Questo scenario può però solo essere il risultato di diverse tappe d'avvicinamento e non è dunque applicabile nella fase di sperimentazione, e non solo per mancanza di fondi d'investimento. Oggi mancano ancora i presupposti culturali e tecnologici per compiere questo passo. L'obiettivo finale deve dunque essere lo scenario 3, mentre per la marcia di avvicinamento e sperimentazione si utilizzeranno gli scenari 1 e 2.

Durante la discussione in Commissione sanitaria da parte dei commissari c'è stata adesione convinta soprattutto alla sostanza del progetto. La necessità, se non addirittura l'indispensabilità di questo supporto, è stata ribadita a più riprese da tutti i presenti. Oggi esiste uno spreco di tempo, di medicinali e di esami, poiché ogni medico prescrive, soven-

te, senza conoscere la situazione globale dei pazienti. La carta è dunque una base per l'integrazione e la complementarità tra i diversi fornitori di prestazioni. Questo sistema consentirà inoltre di aumentare il senso di responsabilità di tutti gli attori, che non potranno più giustificare inutili ridondanze con l'inaccessibilità dell'informazione. In altre parole il sistema sarà globalmente più trasparente e i suoi attori maggiormente osservati. Si tratta di un passo fondamentale per l'intera società.

Decisiva è anche la data di inizio della sperimentazione. Essa durerà 18 mesi per la preparazione e altri 18 per la sperimentazione vera e propria. Si tratta quindi di tre anni, e pertanto prima si inizia meglio è. Né vanno dimenticati i 250'000.- franchi messi a disposizione dalla Confederazione da parte dell'Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia. All'inizio sulla carta verranno messi pochi dati, poi la sua dotazione in informazioni utili per il detentore andrà sempre più aumentando. Oggi è lo Stato che paga; quando sarà terminato il periodo di prova e la carta verrà generalizzata, anche gli altri attori saranno chiamati alla cassa. La chiave di riparto ovviamente non è ancora stabilita, né vi è al momento conferma che gli attori coinvolti nella fase pilota, quando essa sarà conclusa, si assumeranno ulteriori oneri. Tuttavia i benefici saranno tali e tanti che al momento opportuno non dovrebbe essere difficile trovare quell'accordo operativo ed economico-finanziario che oggi non è possibile mettere nero su bianco.

I lavori sono stati condotti da un gruppo di pilotaggio del quale fanno parte dieci componenti e precisamente:

ACPT (Associazione cliniche private ticinesi)

APSI (Associazione pazienti Svizzera italiana)

ARODEMS (Associazione romanda e ticinese dei direttori degli Istituti di cura per persone anziane)

SANTÈ SUISSE (gli assicuratori malattia svizzeri)

EOC (Ente Ospedaliero Cantonale)

FCTSA (Federazione cantonale ticinese servizio autoambulanze)

OFCT (Ordine dei Farmacisti del Canton Ticino)

OMCT (Ordine dei Medici del Canton Ticino)

SACD (Servizi di assistenza e cura a domicilio)

STATO (Amministrazione cantonale)

Ogni componente, associazione, gruppo o categoria, ha delegato un suo rappresentante e pure un sostituto. Le regole, precise e fisse, all'interno del **GRUPPO DI PILOTAGGIO**, sono state chiarite e pattuite fin dall'inizio. Le sedute si sono susseguite al ritmo di una al mese. La ricerca del consenso è stata intensa e costante. Per le questioni finanziarie è stata stabilita la necessità del voto unanime e dell'accordo dei diretti interessati; per gli orientamenti strategici invece la maggioranza assoluta. I rappresentanti del Gruppo di pilotaggio sono stati responsabilizzati nel senso che dovevano tenere costantemente informato il loro gruppo di appartenenza, e riferire nella seduta successiva eventuali divergenze di vedute. Con questo sistema, eliminato qualsiasi malinteso, le decisioni non erano dei singoli delegati, ma di tutte le componenti coinvolte nell'operazione. Tutti i membri del Gruppo di pilotaggio hanno quindi sostenuto e deciso il progetto fin qui condotto. Non intendo entrare ulteriormente nei dettagli. Essi sono facilmente accessibili nella corposa documentazione i cui autori sono stati il Medico cantonale dott. Ignazio Cassis, il capo-progetto dott. Marzio Della Santa e per la qualità delle cure l'infermiere Claudio Benvenuti. Mi corre

l'obbligo di ringraziarli per la disponibilità dimostrata e la collaborazione fornita. Gli studi nelle mani dei commissari sono ricchi di perizie, verifiche e proiezioni.

Come già detto, a livello di Commissione sanitaria, tutti, senza eccezioni, hanno espresso soddisfazione e sostegno al progetto e alla luce verde che si vuole dare alla sperimentazione. Oltre ai pareri già menzionati, eccone altri come figurano nei verbali commissionali. La carta sanitaria rappresenta un doppio vantaggio per il paziente e per il medico, e con quest'ultimo per tutti gli attori coinvolti. L'informazione oggi passa difficilmente, non per colpa dei singoli, ma per il sistema che è complesso e poco elastico.

Si tratta di un grande vantaggio anche a livello di costi, perché permetterà una maggiore razionalizzazione. Il fatto di incominciare prima degli altri ci permetterà di avere il tempo necessario per la sperimentazione nel contesto del nostro paese. La carta può essere molto utile anche in caso di urgenza: si potranno infatti ottenere immediatamente i dati fondamentali per il paziente. La spesa è pienamente sopportabile. Il rapporto benefici-costi è positivo.

Alcuni commissari hanno sollevato l'importante aspetto che riguarda la protezione dei dati. A tal proposito rimando alle già citate perizie giuridiche. D'altra parte, come ha fatto rilevare un commissario, in ultima analisi spetterà al paziente definire le informazioni che desidera inserire. Si è parlato anche della possibile perdita della carta, cosa che oggi si risolve facilmente, come è risolta per la carta di credito. Per quanto concerne la posizione delle assicurazioni, il Medico cantonale ha confermato che esse, per il momento, sostengono pienamente il progetto, pur non intendendo parteciparvi finanziariamente, se non "in natura" con la partecipazione dei propri rappresentanti.

È in atto a Ginevra uno studio analogo, per il quale il Cantone (di Ginevra) ha messo a disposizione una cifra di 5,4 milioni di franchi, contro i 2,25 del Ticino. La collaborazione con Ginevra è ottima. Quest'ultimo, che all'inizio dei lavori non prevedeva una carta materiale nelle mani del paziente, ma una banca di dati sui singoli tramite Internet e una password per ogni singolo individuo, si è convinta della bontà della soluzione del nostro Cantone, e sta cambiando indirizzo.

L'UFAS è molto interessato al nostro progetto, lo segue e verosimilmente assumerà la soluzione ticinese per tutta la Svizzera.

Dalla discussione è emersa la possibilità di far capo alle strutture informatiche interne, cosa che la Commissione auspica all'unanimità.

Un commissario ha portato la sua esperienza concreta del "non funzionamento" della carta sanitaria in Italia, dove è stata introdotta per scelta dell'Unione Europea. Il Medico cantonale ha risposto che nell'UE l'attuazione è oggi nella fase di approfondimento, con appositi appalti a grosse ditte. Dal profilo operativo siamo dunque all'inizio, perché occorre garantire una compatibilità tra i vari Stati. Il vero problema, ha comunque ricordato il dott. Cassis, non è tecnologico, ma culturale. Ecco perché assumono grande importanza la sperimentazione e il lavoro di concertazione all'interno del Gruppo di pilotaggio. Il Gruppo di pilotaggio, per il momento, fornisce solo il lavoro e discute le scelte per la sperimentazione e per il futuro, senza partecipare finanziariamente. Un apposito Gruppo di sperimentazione, che si è già riunito 3 volte, ha però già iniziato a confrontarsi con i dettagli. Terminata la fase pilota tutti avranno comunque interesse a sostenere finanziariamente l'applicazione pratica del progetto nella misura in cui saranno coinvolti.

Un commissario ha affermato: **"LA COMMISSIONE DOVREBBE DARE IL SUO ACCORDO ENTUSIASTICO A QUESTO PROGETTO!"**, cosa che effettivamente è avvenuta.

CONCLUSIONI

La Commissione sanitaria, fatte le considerazioni di cui sopra e convinta dell'opportunità di entrare al più presto nella fase di sperimentazione, invita il Gran Consiglio ad approvare il credito di fr. 1'000'000.- come da decreto legislativo annesso al messaggio no. 5349 dell'8 gennaio 2002.

Per la Commissione speciale sanitaria:

Tullio Righinetti, relatore

Carobbio W. - Del Bufalo - Ferrari F. -

Franscella - Gemnetti - Guidicelli - Moccetti -

Pantani - Pestoni - Ricciardi - Salvadé