

**Ordinanza del 14 febbraio 2007 sulla tessera d'assicurato per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OTA)**

Entrata in vigore prevista per il 1° marzo 2007

Commento e contenuto dell'ordinanza (allegato)

Berna, 14 febbraio 2007

## Indice

1	Introduzione.....	3
2	Contenuto dell'ordinanza .....	6
21	Principio (art. 1)	6
22	Requisiti tecnici (art. 2)	6
23	Dati per la fatturazione	7
231	Dati stampati (art. 3)	7
232	Dati elettronici (art. 4)	8
233	Verifica del numero d'assicurato AVS (art. 5)	8
24	Dati ai sensi dell'articolo 42a capoverso 4 LAMal	9
241	Estensione dei dati (art. 6)	9
242	Accesso ai dati di cui all'articolo 6 (art. 7)	11
243	Certificato elettronico di fornitore di prestazioni (art. 8)	13
25	Diritti e obblighi	13
251	Diritti della persona assicurata (art. 9)	13
252	Obblighi della persona assicurata (art. 10)	14
253	Diritti dell'assicuratore (art. 11)	14
254	Obblighi dell'assicuratore (art. 12)	14
255	Obblighi delle persone indicate nell'allegato (art. 13)	15
26	Fatturazione	15
261	Ripresa dei dati per la fatturazione (art. 14)	15
262	Consultazione on line (art. 15)	15
27	Prove pilota cantonali (art. 16)	16
28	Standard tecnici (art. 17)	16
29	Disposizioni finali	16
291	Modifica del diritto vigente (art. 18)	16
292	Disposizioni transitorie (art. 19)	17
293	Entrata in vigore (art. 20)	17
3	Impatto finanziario .....	18

## 1 Introduzione

La Svizzera rientra nel gruppo di testa a livello mondiale dei Paesi che presentano buone condizioni per investire e utilizzare la tecnologia dell'informazione e della comunicazione. A tutt'oggi nel sistema sanitario svizzero questo potenziale non è ancora sufficientemente sfruttato. I dati amministrativi e medici vengono registrati, trasmessi e letti più volte – in parte manualmente e in parte elettronicamente – dando adito a procedure inefficienti, a errori e a perdite di informazioni.

Se da un lato l'organizzazione federale della fornitura di prestazioni sanitarie consente soluzioni orientate alla pratica, dall'altro ostacola l'adozione di sistemi unitari. La tessera d'assicurato costituisce un primo passo verso un migliore coordinamento e una migliore promozione dei servizi sanitari elettronici su scala nazionale. Altri seguiranno in concomitanza con l'attuazione della strategia eHealth commissionata dal Consiglio federale nel gennaio del 2006.

L'8 ottobre 2004, inserendo l'articolo 42a nella legge federale del 18 marzo 1994<sup>1</sup> sull'assicurazione malattie (LAMal), il Parlamento ha creato la base legale per l'introduzione di una tessera d'assicurato. L'articolo è entrato in vigore il 1° gennaio 2005.

Il 22 giugno 2005, il Consiglio federale ha approvato una prima bozza del progetto per l'introduzione della tessera d'assicurato definendone al tempo stesso gli obiettivi:

- **amministrazione efficiente:** riduzione dell'onere amministrativo per la fatturazione delle prestazioni (meno errori di registrazione dei dati, maggiore qualità e gestione semplificata dei dati dell'assicurato, meno domande per chiarimenti);
- **qualità e sicurezza:** miglioramento della qualità medica e sicurezza delle prestazioni sanitarie fornite (possibilità di memorizzare dati personali nella tessera d'assicurato);
- **“Patient Empowerment”:** rafforzamento dell'autoresponsabilità degli assicurati (decisione in merito all'estensione e all'utilizzo dei dati personali).

Su questa base, nell'autunno del 2005 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha presentato un design di massima del sistema della tessera d'assicurato, elaborato da un esperto con il supporto di un gruppo di pilotaggio esterno. Un progetto di attuazione è stato fornito nella primavera del 2006. Sia il design di massima, sia la proposta di attuazione sono stati discussi con i principali partner:

- la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
- santésuisse, Gli assicuratori malattia svizzeri
- l'Associazione Svizzera d'Assicurazioni (ASA)
- l'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (Suva)
- la Federazione dei medici svizzeri (FMH)
- PharmaSuisse, la Società svizzera dei farmacisti (ex SSF)
- H+ Gli ospedali svizzeri
- CURAVIVA, l'Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri (ex Forum svizzero d'azione gerontologia in istituto)
- la Federazione svizzera delle associazioni professionali sanitarie (FSAS)
- l'Associazione Spitex Svizzera

---

<sup>1</sup> RS 832.10

- l'Associazione Svizzera di Fisioterapia (fisio)
- la Fondazione per la protezione dei consumatori (FPC)
- l'Organizzazione svizzera dei pazienti (OSP)
- la Dachverband Schweizerischer Patientenstellen (DVSP)
- la Fédération romande des Consommateurs (FRC)
- l'Associazione pazienti della Svizzera italiana (APSI)
- l'Incaricato federale della protezione dei dati e della trasparenza (IFPDT)
- l'Ufficio federale di giustizia (UFG)

Il modello proposto è stato messo a punto sulla base delle indicazioni scaturite da questi colloqui e perfezionato sulla scorta delle richieste avanzate nell'ambito delle consultazioni condotte tra metà settembre e fine ottobre 2006 per l'elaborazione del progetto di ordinanza sulla tessera d'assicurato per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OTA). Conformemente all'articolo 42a capoverso 3 LAMal, l'introduzione della tessera d'assicurato è di competenza degli assicuratori. Con il termine "introduzione" utilizzato nei suoi dibattiti, il Parlamento ha sempre sottinteso implicitamente anche il "finanziamento" della tessera d'assicurato. Poiché da nessun altro degli attori coinvolti sono giunti segnali circa la disponibilità a partecipare volontariamente ai costi di introduzione, è indispensabile mettere a punto un modello che si attenga scrupolosamente alle disposizioni dell'articolo 42a LAMal. Le applicazioni di cui al capoverso 4 sono pertanto strutturate in modo tale da ridurre al minimo i costi per l'emissione delle tessere d'assicurato a carico degli assicuratori. Inoltre, non sussiste alcun base legale che obblighi i fornitori di prestazioni a predisporre tali applicazioni.

I Cantoni hanno dal canto loro ribadito a più riprese la necessità di mettere in sintonia le prove pilota già in corso a livello cantonale con il sistema della tessera d'assicurato. In questo senso, l'ordinanza è stata corredata di un articolo che consente ai Cantoni di utilizzare la tessera d'assicurato per altri scopi purché previsti dal rispettivo diritto.

Conformemente all'articolo 42a capoverso 3, sentite le cerchie interessate, il Consiglio federale disciplina gli standard tecnici da applicare. Affinché l'adeguamento di tali standard allo stato più recente della tecnica avvenga nel modo più semplice possibile, è opportuno disciplinarli in un'ordinanza del Dipartimento federale dell'interno (DFI). E per poterli definire in modo realistico e orientato alla pratica, è necessaria la collaborazione di tutti gli attori interessati. L'UFSP ha affidato all'associazione eCH il compito di offrire una piattaforma indipendente per lo scambio di conoscenze. L'inserimento in un'associazione facilita il coinvolgimento di offerenti privati chiamati a partecipare alle discussioni in qualità di importanti detentori di conoscenze specialistiche. Conformemente agli statuti, gli standard vengono stabiliti per consenso e possono essere raccomandati quali standard eCH da un comitato di esperti. La procedura tiene conto di eventuali standard internazionali a condizione che soddisfino i requisiti del sistema sanitario svizzero. Questo *modus operandi* favorisce la concorrenza e incentiva l'abbattimento delle barriere che ostacolano il commercio. Gli standard non hanno carattere vincolante e vengono messi gratuitamente a disposizione di tutti gli interessati contribuendo, tra l'altro, allo sviluppo di standard aperti liberamente accessibili a tutti. I risultati di queste operazioni, essenziali per il sistema della tessera d'assicurato, vengono dichiarati vincolanti dal DFI e sanciti in un'ordinanza.

Scopo della tessera d'assicurato è garantire la disponibilità di dati affidabili – possibilmente in forma elettronica – sulla persona assicurata e sul rapporto d'assicurazione sin dalla registrazione dei dati amministrativi a cura del fornitore di prestazioni. Nonostante l'articolo 42a LAMal non prescriva che le prestazioni LAMal debbano essere fatturate elettronicamente, con ogni probabilità la diffusione della tecnologia dell'informazione e della comunicazione nel settore della sanità innescata dall'introduzione della tessera d'assicurato promuoverà la fatturazione elettronica concordata nelle convenzioni tariffali.

## **2 Contenuto dell'ordinanza**

### **21 Principio (art. 1)**

Gli assicuratori sono tenuti a rilasciare una tessera d'assicurato a ogni persona soggetta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (cpv. 1). Come sancito negli articoli 1 segg. dell'Ordinanza del 27 giugno 1995<sup>2</sup> sull'assicurazione malattie (OAMal), tale obbligo vale sia per gli assicurati domiciliati o residenti in Svizzera sia per quelli domiciliati all'estero.

Tuttavia, poiché tale tessera non si presta a un impiego internazionale, non tutti gli assicurati potranno avvalersene. Ad alcune categorie di assicurati LAMal domiciliati in un Paese UE/AELS, infatti, la tessera non conferisce alcun diritto automatico a prestazioni mediche in Svizzera e non può essere neppure utilizzata nell'ambito dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni. Questa limitazione riguarda gli assicurati AOMS che risiedono in uno Stato CE e che, ai sensi dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone tra la CE e la Svizzera, sono tenute ad assicurarsi in Svizzera (art. 1 cpv. 2 lett. d OAMal), nonché gli assicurati domiciliati in Islanda o Norvegia che, in virtù dell'Accordo AELS riveduto soggiacciono all'assicurazione svizzera (art. 1 cpv. 2 lett. e OAMal). Per poter usufruire di prestazioni mediche in Svizzera queste persone devono presentare una tessera europea d'assicurazione malattia; la fatturazione viene effettuata secondo le regole dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni. Fanno eccezione gli assicurati domiciliati in uno degli Stati CE che hanno convenuto con la Svizzera il cosiddetto diritto di scelta del luogo di cura (Belgio, Germania, Francia, Paesi Bassi, Austria e Ungheria) in virtù del quale possono scegliere se farsi curare nel rispettivo Paese di domicilio oppure in Svizzera. Qualora optino per la seconda alternativa, poiché la fatturazione avviene conformemente al diritto svizzero e non in base alle disposizioni dell'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, sono tenuti a presentare la tessera d'assicurato svizzera. Per questo motivo, il capoverso 2 prevede un'eccezione per gli assicurati residenti nell'UE, in Islanda o Norvegia (art. 1 cpv. 2 lett. d ed e OAMal) che, al di fuori delle cure medico-sanitarie previste dall'assistenza reciproca internazionale in materia di prestazioni, non hanno diritto ad alcuna prestazione a carico dell'AOMS in territorio svizzero.

La tessera d'assicurato deve adempiere a determinate esigenze in relazione ai requisiti tecnici (art. 2) e ai dati per la fatturazione (artt. 3 e 4).

### **22 Requisiti tecnici (art. 2)**

Il progetto proposto prevede che la tessera d'assicurato sia dotata di un microchip in grado di supportare tutte le applicazioni elencate all'articolo 2 capoverso 1. Un microchip possiede in parte le capacità di un piccolo computer ed è in grado di eseguire funzioni di sicurezza importanti nell'ambito dell'elaborazione di dati personali. Il microchip deve supportare le seguenti applicazioni:

---

<sup>2</sup> RS 832.10

- trattamento di dati personali (lett. a) ed esecuzione delle relative misure di sicurezza come ad esempio la verifica del diritto di accesso ai dati (lett. b);
- protezione dei dati tramite un codice PIN (lett. c);
- altre applicazioni per prove pilota cantonali (lett. d).

La definizione dei dettagli tecnici necessari a tale scopo, norme e standard inclusi, è affidata al DFI (cfr. art 17). Le norme e gli standard vengono stabiliti sulla scorta delle raccomandazioni formulate da un gruppo di specialisti dell'associazione eCH (cfr. Introduzione).

Gli assicuratori, dal canto loro, provvedono a garantire la compatibilità reciproca delle rispettive tessere d'assicurato emesse (cpv. 2).

## **23 Dati per la fatturazione**

### **231 Dati stampati (art. 3)**

L'articolo 42a capoverso 1 LAMal stabilisce che sulla tessera d'assicurato deve figurare il nome dell'assicurato e il numero d'assicurazione sociale assegnato dalla Confederazione.

I dati elencati nel capoverso 1 servono a facilitare l'identificazione della persona assicurata da parte del fornitore di prestazioni, come pure ad altri fini amministrativi nel quadro delle cure e in particolare della fatturazione. I dati personali supplementari come la data di nascita e il sesso riducono il rischio di un'identificazione errata dell'assicurato incrementando così l'efficienza del sistema. A differenza dei dati personali di cui all'articolo 42a capoverso 4 LAMal, i dati amministrativi di cui all'articolo 3 devono obbligatoriamente figurare sulla tessera d'assicurato in forma sia stampata, sia elettronica (vedi art. 4 cpv. 1).

La tessera europea d'assicurazione malattia (TEAM) è stata introdotta in Svizzera il 1° gennaio 2006. Il diritto europeo<sup>3</sup> autorizza gli Stati contraenti a collocare la TEAM sul retro delle rispettive tessere d'assicurazione malattia nazionali. La Svizzera vorrebbe lasciare agli assicuratori la libertà di scegliere se combinare in un'unica soluzione la tessera d'assicurato LAMal con la TEAM oppure se emettere due tessere distinte (cpv. 2). Nella prima ipotesi, la tessera si presenterebbe con un lato "europeo" e uno "svizzero". Allo stato attuale delle cose, tutto lascia supporre che gli assicuratori LAMal opteranno per l'emissione di una tessera combinata. In tal caso, ogni lato della tessera dovrà recare per intero il rispettivo set di dati. Sarà inoltre opportuno che il numero d'identificazione della tessera d'assicurato svizzera corrisponda a quello della tessera d'assicurazione malattia europea.

Il capoverso 3 autorizza il DFI a stabilire i requisiti relativi all'impostazione grafica della tessera.

---

<sup>3</sup> Decisione n. 189 del 18 giugno 2003 della Commissione amministrativa delle Comunità europee per la sicurezza sociale dei lavoratori migranti.

### 232 Dati elettronici (art. 4)

I dati stampati di cui all'articolo 3 capoverso 1 devono essere memorizzati nella tessera anche in forma elettronica (cpv. 1).

Dato che la fatturazione può richiedere indicazioni aggiuntive, il capoverso 2 autorizza gli assicuratori a inscrivere nella tessera d'assicurato le seguenti informazioni supplementari:

- indirizzo della persona assicurata;
- indirizzo di fatturazione dell'assicuratore;
- forme particolari d'assicurazione ai sensi dell'articolo 62 LAMal;
- eventuale sospensione della copertura di infortuni ai sensi dell'articolo 8 LAMal;
- indicazioni sulle assicurazioni complementari, previo consenso della persona assicurata;
- dati della tessera europea d'assicurazione malattia.

I dati della tessera europea d'assicurazione malattia sono parzialmente identici a quelli della tessera d'assicurato LAMal.

Per l'assicurato la registrazione delle indicazioni relative alle assicurazioni complementari (art. 4 cpv. 2 lett. e) è facoltativa. L'ordinanza, pertanto, proibisce esplicitamente agli assicuratori malattia di influenzare la decisione della persona assicurata di memorizzare o meno dati concedendole vantaggi o svantaggiandola (cpv. 3).

### 233 Verifica del numero d'assicurato AVS (art. 5)

Il numero d'assicurazione sociale stampato sulla tessera conformemente all'articolo 42a capoverso 1 seconda frase LAMal corrisponde al numero di assicurato dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (AVS). Il nuovo numero «non significativo» previsto dalla Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti del 23 giugno 2006<sup>4</sup> (LAVS; «Nuovo numero d'assicurato dell'AVS») e utilizzato per la tessera d'assicurato dovrebbe essere introdotto al più tardi il 1° gennaio 2008.

Prima di rilasciare una tessera, gli assicuratori verificano il numero d'assicurato presso l'Ufficio centrale di compensazione (UCC) e, se necessario, richiedono l'assegnazione di un numero (cpv. 1). Gli utenti di tali numeri sono tenuti ad adempiere alle misure di sicurezza descritte nell'articolo 50g LAVS, ossia a:

- annunciarsi all'UCC (cpv. 1);
- adottare misure tecniche e organizzative atte a garantire l'utilizzo del numero d'assicurato corretto e a prevenire eventuali impieghi abusivi (cpv. 2 lett. a);
- mettere a disposizione i dati necessari per la verifica del numero d'assicurato (cpv. 2 lett. b);
- apportare, su ordine dell'UCC, eventuali correttivi al numero assegnato (cpv. 2 lett. c).

La definizione degli standard minimi relativi alle misure tecniche e organizzative compete al DFI d'intesa con il DFF (art. 50g cpv. 3). Per quanto riguarda le misure di sicurezza che gli assicuratori sono tenuti ad adottare è pertanto sufficiente un rimando all'articolo 50g LAVS (cpv. 2).

---

<sup>4</sup> FF 2006 5307.



## 24 Dati ai sensi dell'articolo 42a capoverso 4 LAMal

Conformemente all'articolo 42a capoverso 4 LAMal, la persona assicurata può richiedere spontaneamente la registrazione di dati personali nella tessera. Questa possibilità non sostituisce eventuali certificati esistenti contenenti informazioni mediche né tantomeno preannuncia la creazione di una cartella clinica del paziente in forma elettronica. Anzi, nel caso di un'urgenza o di una visita programmata, essa consente all'assicurato di mettere a disposizione dei fornitori di prestazioni importanti informazioni sulla propria persona e sul proprio stato di salute. Ogni iscrizione è facoltativa, ragione per cui non sussiste alcun diritto all'integrità dei dati. I dati personali devono essere intesi come «comunicazione» o «avvertenza»; le informazioni non equivalgono a un rapporto medico e pertanto non sono provviste di una firma elettronica.

### 241 Estensione dei dati (art. 6)

La persona assicurata può scegliere dall'elenco stabilito nell'ordinanza le categorie di dati che desidera siano registrati nella sua tessera. Tali dati aiutano il fornitore di prestazioni a raccogliere l'anamnesi del paziente e a gestire il dialogo con quest'ultimo. Nelle situazioni di emergenza, in particolare, consentono un trattamento rapido ed efficiente del paziente. Le iscrizioni sono effettuate su richiesta dell'assicurato da una persona da lui designata, menzionata nell'elenco del personale medico specializzato con diritto di scrittura riportato nell'allegato. La facoltà di registrare informazioni rilevanti a fini medici (cpv. 1 lett. a-g) è riservata ai rappresentanti delle professioni mediche universitarie. Tutte le altre, come ad esempio indirizzi di contatto o l'esistenza di dichiarazioni di volontà, possono essere memorizzate nella tessera da qualsiasi persona menzionata nell'allegato, autorizzata a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie oppure impiegata presso un fornitore di prestazioni (ospedale, organizzazione Spitex). La registrazione è limitata ai dati già noti. Lo svolgimento di esami finalizzati esclusivamente alla registrazione di dati nella tessera d'assicurato non è ammesso.

L'elenco di dati registrabili a titolo facoltativo (art. 6 cpv. 1) trae spunto dal set di dati di emergenza predefinito conosciuto come "Limited Clinical Data"<sup>2</sup> (LCD). L'LCD comprende dati di emergenza selezionati, dati relativi all'immunizzazione, al gruppo sanguigno e alle trasfusioni.

*Dati relativi al gruppo sanguigno e a trasfusioni (lett. a):* la persona assicurata può richiedere la registrazione di indicazioni relative al gruppo sanguigno, al fattore Rhesus, alle trasfusioni di sangue, agli emoderivati somministrati, ecc.

*Dati relativi all'immunizzazione (lett. b):* la persona assicurata può richiedere la registrazione di indicazioni relative alle vaccinazioni effettuate, ecc.

*Dati relativi a trapianti (lett. c):* la persona assicurata può richiedere la registrazione di indicazioni relative ai trapianti subiti.

*Allergie (lett. d):* la persona assicurata può richiedere la registrazione di indicazioni relative alle allergie conosciute a determinate sostanze, generi alimentari, ecc.

---

<sup>2</sup> Conformemente alla ISO 21549.

*Malattie e conseguenze di infortuni (lett. e):* la persona assicurata può richiedere la registrazione di indicazioni relative a determinate malattie (ad esempio malattie croniche attuali o precedenti patologie) e a conseguenze di infortuni come dolori cronici, disturbi e traumatismi cervicali di contraccolpo.

*Iscrizioni supplementari in casi motivati sotto il profilo medico (lett. f):* le iscrizioni supplementari consentono alla persona assicurata di mettere a disposizione, in casi motivati, importanti informazioni personali di natura medica, come ad es. precedenti interventi, protesi, ecc.

*Medicamenti (lett. g):* i medicinali prescritti vengono registrati sotto forma di elenco. A ogni iscrizione è possibile aggiungere ad esempio il nome del medico che ha prescritto il medicamento e/o della farmacia che lo ha dispensato, il rispettivo pharmacode come pure un riferimento di archivio qualora il farmaco non venga più assunto. In questo modo è inoltre possibile verificare eventuali interazioni e controindicazioni dei medicinali prescritti.

*Indirizzi di contatto per casi di emergenza (lett. h) e menzione dell'esistenza di dichiarazioni di volontà (lett. i):* nella tessera d'assicurato è previsto un campo supplementare dove la persona assicurata può liberamente richiedere che vengano registrati indirizzi di contatto in caso di emergenza nonché l'esistenza di dichiarazioni di volontà (ad es. per la donazione di organi). In determinate situazioni, le informazioni relative ai congiunti e/o ai medici curanti possono rivelarsi di grande utilità. La possibilità di registrare l'esistenza di dichiarazioni di volontà nella tessera d'assicurato risponde a un desiderio espresso da diverse associazioni di pazienti e consumatori e contribuisce pertanto ad accrescere l'accettazione e l'utilità della tessera d'assicurato. Su quest'ultima non vengono memorizzati né la tessera di donatore, né la dichiarazione di volontà, ma unicamente il luogo in cui sono depositati questi documenti.

Le iscrizioni di dati medici di cui alle lettere da *a* a *g* sono provviste del numero EAN<sup>3</sup> personale dell'operatore sanitario nonché della data della registrazione (cpv. 2). In questo modo è possibile risalire all'autore di una determinata iscrizione e al periodo in cui essa è stata effettuata. In caso di smarrimento o di nuova emissione della tessera d'assicurato, il recupero dei dati personali deve essere garantito. A tale scopo, la persona assicurata è tenuta a richiedere un estratto aggiornato dei propri dati per poterli successivamente trasferire nella nuova tessera senza oneri supplementari.

L'articolo 42a LAMal non offre alcuna base legale per obbligare gli assicuratori ad approntare un'infrastruttura tecnica destinata all'archiviazione di dati personali. Il capoverso 3 sancisce pertanto che le persone menzionate nell'allegato non sono obbligate a registrare i dati di cui al capoverso 1. I costi generati dalla registrazione dei dati conformemente all'articolo 42a capoverso 4 LAMal nell'ambito di visite mediche sono coperti dall'AOMS.

L'articolo 42a capoverso 4 LAMal segna un primo passo verso la tessera d'assicurato. Alla persona assicurata viene offerta la possibilità di richiedere la registrazione in tale tessera, destinata a scopi amministrativi, di una quantità limitata di dati medici. L'utilizzo di questa funzione supplementare deve tuttavia rimanere facoltativo. L'ordinanza, pertanto, proibisce esplicitamente agli assicuratori malattia di influenzare la decisione della persona assicurata di memorizzare o meno dati concedendole vantaggi o svantaggiandola (cpv. 4).

---

<sup>3</sup> European Article Numbering

**242 Accesso ai dati di cui all'articolo 6 (art. 7)**

La tabella tratta dall'allegato e riportata qui di seguito definisce le persone autorizzate ad accedere ai dati e la portata dei loro diritti di trattamento (cpv. 1). Gli assicuratori non hanno alcun accesso ai dati medici.

	<b>Dati relativi al gruppo sanguigno e a trasfusioni (art. 6 cpv. 1 lett. a)</b>	<b>Dati relativi all'immunizzazione (Art. 6 cpv. 1 lett. b)</b>	<b>Dati relativi a trapianti (art. 6 cpv. 1 lett. c)</b>	<b>Allergie (art. 6 cpv. 1 lett. d)</b>	<b>Malattie e conseguenze di infortuni (art. 6 cpv. 1 lett. e)</b>	<b>Iscrizioni supplementari in casi motivati sotto il profilo medico (art. 6 cpv. 1 lett. f)</b>	<b>Medicamenti (art. 6 cpv. 1 lett. g)</b>	<b>Indirizzi di contatto per casi di emergenza (art. 6 cpv. 1 lett. h)</b>	<b>Menzione dell'esistenza di dichiarazioni di volontà (art. 6 cpv. 1 lett. i)</b>
<b>Medici</b>	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione
<b>Farmacisti</b>	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione
<b>Dentisti</b>	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione
<b>Chiropratici</b>	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione
<b>Levatrici</b>	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione
<b>Fisioterapisti</b>	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione
<b>Ergoterapisti</b>	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione
<b>Infermieri</b>	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione
<b>Logopedisti</b>	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione
<b>Dietisti</b>	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura	Lettura Scrittura Cancellazione	Lettura Scrittura Cancellazione

Il capoverso 2 stabilisce che solo chi possiede un certificato elettronico di fornitore di prestazioni può accedere ai dati medici di cui all'articolo 6 capoverso 1 (vedi art. 8).

Secondo il capoverso 3, il trattamento dei dati personali registrati a titolo facoltativo presuppone il consenso dell'assicurato.

Il capoverso 4 attribuisce alla persona assicurata la facoltà di proteggere i propri dati di cui all'articolo 6 capoverso 1 lettere a-g. A tale scopo, la tessera d'assicurato viene emessa con un codice PIN neutro. Al primo trattamento dei dati, la persona assicurata è chiamata a decidere se proteggere o meno le iscrizioni interessate. Optando per la prima alternativa deve scegliere un codice PIN personale con il quale, a partire da quel momento, potrà all'occorrenza sbloccare l'accesso ai propri dati. In ogni caso, a ogni successivo trattamento dei dati, l'assicurato può sia rivedere la propria decisione di avvalersi o meno di questa protezione, sia modificare il proprio codice PIN. Tra gli inconvenienti di questa soluzione, l'impossibilità di accedere ai dati bloccati se in caso di emergenza il paziente non è in grado di rispondere (vedi cpv. 5) e la perdita dei dati qualora la persona assicurata dovesse scordare il proprio codice PIN.

Se in caso di emergenza la persona assicurata non è in grado di rispondere, in via eccezionale le persone autorizzate possono accedere ai dati senza il suo consenso (cpv. 5). Questo, tuttavia, è possibile soltanto se i dati non sono protetti da un codice PIN.

#### **243 Certificato elettronico di fornitore di prestazioni (art. 8)**

Secondo il capoverso 1, il certificato elettronico di fornitore di prestazioni deve consentire l'autenticazione delle persone con diritto di accesso. Per autenticazione si intende la procedura di verifica dell'identità di un interlocutore. Generalmente a ogni identità, ossia a ogni persona identificata, vengono attribuiti determinati diritti, nella fattispecie diritti di trattamento dei dati medici di cui all'articolo 6 capoverso 1.

Competenti per il rilascio del certificato di fornitore di prestazioni sono i fornitori di prestazioni autorizzati ad esercitare l'attività a carico dell'AOMS. Essi sono elencati negli articoli 38 segg. OAMaL. Rispetto a quelli che figurano nell'allegato, non si tratta esclusivamente di persone bensì anche di istituzioni. I fornitori di prestazioni sono liberi di delegare tale compito a terzi (cpv. 2).

I fornitori di prestazioni summenzionati devono provvedere affinché tali certificati vengano rilasciati esclusivamente a persone che dispongono di una formazione riconosciuta secondo le disposizioni federali o cantonali (cpv. 3).

## **25 Diritti e obblighi**

### **251 Diritti della persona assicurata (art. 9)**

Il capoverso 1 stabilisce che la persona assicurata ha il diritto di essere in qualsiasi momento informata sui dati contenuti nella propria tessera come pure di richiedere la rettifica di eventuali errori e, se lo desidera, la cancellazione di iscrizioni facoltative. Essa può far valere tali diritti presso l'assicuratore per i dati amministrativi di cui agli articoli 3 e 4, e presso le persone con diritto di accesso per i dati medici di cui all'articolo 6.

La persona assicurata può opporsi alla divulgazione dei dati di cui all'articolo 6 senza indicare i motivi (cpv. 2).

### **252 Obblighi della persona assicurata (art. 10)**

Il capoverso 1 sancisce il principio in base al quale, nel momento in cui si avvale di prestazioni mediche, la persona assicurata è tenuta a presentare la propria tessera al relativo fornitore. La fornitura di prestazioni mediche non può tuttavia essere vincolata alla presentazione della tessera d'assicurato.

Qualora la mancata presentazione della tessera da parte dell'assicurato comporti un maggiore onere amministrativo per la fatturazione delle prestazioni fornitegli, l'assicuratore è autorizzato a prelevare una tassa adeguata per i costi causati (cpv. 2).

In caso di smarrimento della tessera o di cambiamento d'assicuratore, alla persona assicurata viene fornita una nuova tessera. Nella seconda ipotesi come pure allo scadere della validità stampata sulla tessera d'assicurato, l'assicuratore può esigerne la restituzione (cpv. 3). L'obbligo di restituzione della persona assicurata è una misura preventiva volta a impedire l'utilizzo della tessera al termine del rapporto d'assicurazione.

### **253 Diritti dell'assicuratore (art. 11)**

La tessera d'assicurato rimane di proprietà dell'assicuratore che l'ha rilasciata. Quest'ultimo è libero di stabilirne una durata di validità. Conservando la proprietà, al termine del rapporto d'assicurazione il suo diritto di restituzione è garantito (vedi art. 10 cpv. 3).

### **254 Obblighi dell'assicuratore (art. 12)**

Il principio di trasparenza impone che le persone interessate siano informate sulle regole che reggono il trattamento dei loro dati personali e sappiano così quali indicazioni figurano nella tessera e chi può consultare e trattare quali dati e a quale scopo (cpv. 1). La persona assicurata deve essere informata sui diritti che le spettano di cui all'articolo 9. Il suo diritto di richiedere informazioni in qualsiasi momento in merito ai propri dati è una condizione indispensabile per poter all'occorrenza esigere la rettifica o la cancellazione di dati. Per ottenere le informazioni desiderate l'assicurato può rivolgersi alla persona che al momento della richiesta ha diritto di lettura. Eventuali rettifiche o cancellazioni, per contro, possono essere effettuate unicamente da persone provviste dei corrispettivi diritti. Pertanto, per esercitare il proprio diritto di rettifica e di cancellazione l'assicurato deve rivolgersi al proprio assicuratore per i dati di cui agli articoli 3 e 4, e a una persona autorizzata indicata nell'allegato per i dati di cui all'articolo 6.

Le informazioni relative al trattamento dei dati devono menzionare in modo chiaro ed esplicito (ad es. ricorrendo al carattere in grassetto) che, prima di restituire la tessera all'assicuratore che l'ha rilasciata, eventuali iscrizioni di dati personali di cui all'articolo 6 devono essere cancellate. Spetta inoltre alla persona assicurata provvedere affinché i suoi dati medici vengano rimossi dalla tessera prima della restituzione. A tale scopo, sono ammessi anche il taglio della tessera o del microchip. Gli assicuratori sono tenuti a consegnare tali informazioni in forma scritta e comprensibile unitamente alla tessera d'assicurato.

## **255 Obblighi delle persone indicate nell'allegato (art. 13)**

Anche le persone che su richiesta di un assicurato registrano dati sulla sua tessera soggiacciono, limitatamente a tali dati, all'obbligo di informazione. Al riguardo, è loro dovere raggugliare l'assicurato in merito ai suoi diritti e informarlo su chi può consultare e trattare i dati medici memorizzati nella sua tessera e a quale scopo. In particolare, sono tenute a segnalargli la possibilità di proteggere i suoi dati con un codice PIN e a menzionargli i vantaggi e gli svantaggi che questa soluzione comporta. È inoltre loro compito richiamare l'attenzione degli assicurati che richiedono spontaneamente l'iscrizione nella tessera di dati medici sulla necessità di farli cancellare in caso di restituzione.

## **26 Fatturazione**

### **261 Ripresa dei dati per la fatturazione (art. 14)**

L'obiettivo di semplificare la fatturazione grazie alla tessera d'assicurato presuppone che i fornitori di prestazioni dispongano di dati amministrativi corretti e, nel limite del possibile, aggiornati. A tale scopo il fornitore di prestazioni può scegliere tra due alternative: o riprendere i dati necessari per la fatturazione dalla tessera d'assicurato, oppure consultarli on line.

### **262 Consultazione on line (art. 15)**

L'assicuratore è tenuto a predisporre una procedura di consultazione online (cpv. 1) che, di principio, metta a disposizione dei fornitori di prestazioni gli stessi dati registrati nella tessera d'assicurato (ossia indicazioni circa l'esistenza di un rapporto d'assicurazione nonché i dati per la fatturazione di cui all'articolo 3 capoverso 1) e a provvedere al loro costante aggiornamento. Tra i dati consultabili online deve figurare anche la validità della tessera. Grazie a questa informazione è infatti possibile stabilire se la tessera è bloccata o meno, soprattutto nel caso in cui, in seguito a un furto o allo smarrimento della tessera, vi siano in circolazione più tessere intestate allo stesso assicurato. All'assicuratore non è tuttavia consentito invalidare la tessera in caso di sospensione dell'assunzione dei costi ai sensi dell'articolo 64a LAMal.

L'assicuratore ha inoltre la possibilità di mettere a disposizione del fornitore di prestazioni informazioni amministrative supplementari di cui all'articolo 4 capoverso 2 (cpv. 2).

La consultazione online di questi dati da parte del fornitore di prestazioni può avvenire esclusivamente con il consenso, espresso anche solo verbalmente, della persona assicurata (cpv. 3).

Per impedire un accesso eccessivamente facile a questo servizio mediante il criterio di ricerca "Nome", la consultazione online deve essere vincolata al numero d'identificazione della tessera d'assicurato (cpv. 4).

L'assicuratore e il fornitore di prestazioni devono garantire congiuntamente la sicurezza della trasmissione dei dati mediante misure tecniche adeguate (cpv. 5).

## **27 Prove pilota cantonali (art. 16)**

La Costituzione conferisce ai Cantoni la competenza di introdurre tessere sanitarie sul rispettivo territorio. Allo stato attuale delle cose, sono diversi i Cantoni che stanno progettando o utilizzano già tessere con applicazioni che oltrepassano quelle della tessera d'assicurato. Su questo sfondo è quindi opportuno che la tessera d'assicurato sia compatibile con questi progetti. Per questo motivo, l'ordinanza consente ai Cantoni di testare un utilizzo più ampio della tessera nel quadro di prove pilota nel settore della sanità. Le iniziative cantonali seguono peraltro la direzione indicata dal Parlamento che, con l'adozione dell'articolo 42a capoverso 4 LAMal si è espresso in favore di una tessera d'assicurato facente le veci di tessera sanitaria. Tutte le tessere d'assicurato vengono emesse con determinate funzioni specifiche per le prove pilota, purché il necessario dispendio tecnico e finanziario rimanga entro limiti ragionevoli. Le richieste riguardanti questi requisiti devono essere inoltrate dai Cantoni agli assicuratori in tempo utile. I costi sono a carico dei Cantoni.

Affinché la tessera d'assicurato possa essere utilizzata per applicazioni che esulano dal suo scopo originario, i Cantoni sono tenuti a disciplinarne le condizioni quadro nel diritto cantonale. A differenza dei progetti pilota che procedono gradualmente nell'attuazione della soluzione programmata, le prove pilota studiano le possibili forme di una soluzione, la loro accettazione e la loro idoneità. Per questo motivo, la tessera d'assicurato è concepita in modo tale da supportare le prove pilota cantonali (ad es. capacità di memoria sufficiente, predisposizione al criptaggio). Ai Cantoni spetta il compito di armonizzare reciprocamente lo sviluppo dei rispettivi progetti onde evitare il proliferare di soluzioni incompatibili tra di loro. I Cantoni che si avvalgono della tessera d'assicurato per le proprie prove pilota, devono sottoporre tali prove a una valutazione e consegnare il relativo rapporto all'Ufficio federale della sanità pubblica.

## **28 Standard tecnici (art. 17)**

Il compito di regolamentare gli standard tecnici è affidato al DFI, che fissa i requisiti coinvolgendo le parti interessate. I principi di base vengono elaborati dagli operatori del sistema nell'ambito dell'associazione eCH. Per la determinazione di tali standard tecnici deve essere presa in considerazione la normazione internazionale.

## **29 Disposizioni finali**

### **291 Modifica del diritto vigente (art. 18)**

Per sfruttare appieno il potenziale guadagno di efficienza in un contesto di oltre 90 assicuratori con diversi sistemi di fatturazione, in futuro le fatture dovranno recare il numero d'identificazione della tessera d'assicurato e il numero AVS dell'assicurato. Conformemente all'articolo 59 capoverso 1 OAMal, nelle loro fatture i fornitori di prestazioni dovranno indicare:

- il numero d'identificazione della tessera d'assicurato di cui all'articolo 3 capoverso 1 lettera f dell'ordinanza (lett. d);



- il numero d'assicurato ai sensi della Legge federale del 20 dicembre 1946<sup>4</sup> su l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS) (lett. e);

### **292 Disposizioni transitorie (art. 19)**

Gli assicuratori devono attuare la parte obbligatoria del sistema della tessera d'assicurato (cpv. 1) e approntare il servizio di consultazione online di cui all'articolo 15 (cpv. 2) entro il 1° gennaio 2009.

Dal 1° gennaio 2009, i fornitori di prestazioni che desiderano avvalersi di questo servizio così come gli assicuratori devono garantire la sicurezza della trasmissione dei dati di cui all'articolo 15 capoverso 5 (cpv. 3).

Poiché l'applicazione dell'articolo 42a capoverso 4 LAMal è facoltativa per i fornitori di prestazioni, nel loro caso non viene fissata alcuna scadenza.

### **293 Entrata in vigore (art. 20)**

Fatto salvo i capoversi 2 e 3, l'ordinanza entra in vigore il 1° marzo 2007 (cpv. 1).

L'articolo 5 entra in vigore unitamente alla modifica del 23 giugno 2006 della legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti («Nuovo numero d'assicurato dell'AVS») (cpv. 2).

L'articolo 18, che fa riferimento all'adeguamento della fatturazione secondo l'articolo 59 OAMal, entra in vigore il 1° gennaio 2009 (cpv. 3).

---

<sup>4</sup> RS 831.10

### 3 Impatto finanziario

Con il termine «introduzione» utilizzato nei suoi dibattiti, il Parlamento ha sempre sottinteso implicitamente anche il «finanziamento» della tessera d'assicurato. I costi per l'introduzione della tessera e del server amministrativo, quindi, sono a carico soprattutto degli assicuratori. Per poter soddisfare i nuovi requisiti in materia di fatturazione, anche i fornitori di prestazioni sono chiamati a investire – generalmente a proprie spese – in hardware e software. Occorre tuttavia partire dal presupposto che tali investimenti sono coperti da contratti esistenti tra partner tariffali o verranno presi in considerazione nell'ambito di future convenzioni tariffali. Come precedentemente accennato, i costi generati dalla dotazione supplementare della tessera d'assicurato per le prove pilota cantonali non possono essere addebitati agli assicuratori.

Nell'inverno 2005/2006, l'UFSP ha commissionato alla Debold & Lux di Amburgo un'analisi dei costi-benefici per il previsto modello di tessera d'assicurato. L'analisi ha stabilito i costi di investimento e di esercizio per l'implementazione e la gestione di una tessera d'assicurato conformemente all'articolo 42a LAMal, nonché identificato e valutato i benefici del nuovo sistema. L'investimento a carico dell'AOMS per l'introduzione della tessera d'assicurato è stimato a 25 milioni di franchi. Per quanto riguarda i fornitori di prestazioni non è possibile formulare alcuna previsione di costo, dato che in materia di fatturazione la procedura elettronica non è obbligatoria (art. 15) e il trattamento di dati personali rimane facoltativo anche per loro (Art. 6). In base all'analisi della Debold & Lux, i fornitori di prestazioni che optano per le applicazioni elettroniche devono mettere in conto mediamente i seguenti investimenti:

<b>Investimenti per istituzione (in CHF)</b>	
Studi medici	2 100.-
Studi dentistici	1 800.-
Farmacie	2 500.-
Ospedali	13 800.-
Servizio sociosanitari	700.-
Spitex / Levatrici	2 300.-
Fisioterapisti, chiropratici	1 400.-

Fonte: analisi costi-benefici tessera d'assicurato  
Debold & Lux, giugno 2006