



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI

**Ufficio federale della sanità pubblica UFSP**

Unità di direzione Assicurazione malattia e infortunio

**Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre)**  
(neutralità dei costi e valutazione dei bisogni di cure)

Modifiche previste per il 1° gennaio 2020

Commento e tenore delle modifiche

Berna, giugno 2019

<b>Neutralità dei costi dei contributi alle cure .....</b>	<b>4</b>
<b>I. Parte generale .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Situazione iniziale.....</b>	<b>4</b>
1.1 Basi giuridiche .....	4
1.2 Metodo di calcolo dei contributi in vigore .....	4
1.3 Principi della verifica dei contributi alle cure.....	4
<b>2. Case di cura .....</b>	<b>5</b>
2.1 Basi statistiche.....	5
2.1.1 Rimunerazioni e giornate di cura fatturate .....	5
2.1.2 Prestazioni accessorie.....	6
2.1.3 Tempi di comunicazione («communication au sujet du bénéficiaire» CSB) .....	7
2.1.4 Cure acute e transitorie .....	7
2.1.5 Strutture diurne o notturne.....	8
2.1.6 Definizione delle cure .....	8
2.1.7 Calibratura di BESA e RAI/RUG .....	8
2.1.8 Introduzione del catalogo delle prestazioni BESA CP 2010 .....	8
2.1.9 Evoluzione dell'intensità delle cure .....	8
2.1.10 Salari e rincaro generale .....	9
2.2 Calcolo del fattore di correzione dei contributi alle cure.....	10
<b>3. Cure a domicilio.....</b>	<b>12</b>
3.1 Basi statistiche.....	12
3.1.1 Rimborso e ore fatturate.....	12
3.1.2 Prestazioni accessorie.....	12
3.1.3 Cure acute e transitorie .....	13
3.1.4 Strutture diurne e notturne.....	13
3.1.5 Definizione delle cure e delle unità di fatturazione .....	14
3.1.6 Evoluzione della struttura delle prestazioni secondo il tipo di cure.....	14
3.1.7 Salari e rincaro generale .....	15
3.2 Calcolo del fattore di correzione dei contributi alle cure.....	15
<b>4 Evoluzione dei costi per l'AOMS con l'adeguamento dei contributi.....</b>	<b>16</b>
<b>II. Parte speciale: commento alle singole disposizioni.....</b>	<b>17</b>
<b>III. Entrata in vigore.....</b>	<b>17</b>
<b>Valutazione dei bisogni e requisiti minimi dei sistemi di valutazione dei</b>	
<b>bisogni .....</b>	<b>18</b>
<b>I. Parte generale .....</b>	<b>18</b>
<b>1. Modifiche riguardanti il mandato medico e la valutazione dei bisogni volte ad</b>	
<b>    accordare maggiore autonomia al personale infermieristico.....</b>	<b>18</b>
1.1 Contesto .....	18
1.2 Situazione iniziale .....	19
1.3 Determinazione di indicatori medici della qualità .....	20
1.4 Durata della prescrizione medica .....	20
1.5 Valutazione .....	20

1.6	Conseguenze sui costi .....	21
1.7	Terminologia .....	22
<b>2.</b>	<b>Modifiche relative alla valutazione dei bisogni nelle case di cura .....</b>	<b>22</b>
2.1	Situazione iniziale .....	22
2.2.	Risultati dello studio esterno.....	23
2.3.	Modifiche proposte .....	24
<b>II.</b>	<b>Parte speciale: commento alle singole disposizioni.....</b>	<b>25</b>
<b>III.</b>	<b>Disposizioni transitorie della modifica del ... ..</b>	<b>28</b>
<b>IV.</b>	<b>Entrata in vigore.....</b>	<b>28</b>

## **Neutralità dei costi dei contributi alle cure**

### **I. Parte generale**

#### **1 Situazione iniziale**

##### **1.1 Basi giuridiche**

Il capoverso 1 delle disposizioni transitorie alla modifica del 13 giugno 2008 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) prevede che il Consiglio federale fissi i contributi per il rimborso delle cure da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) in modo che corrispondano alla somma delle retribuzioni per le cure dispensate ambulatorialmente e in casa di cura nell'anno precedente l'entrata in vigore della modifica della legge (ossia nel 2010). Se questa regola non può essere rispettata nel primo anno dopo l'entrata in vigore della modifica, negli anni successivi il Consiglio federale deve procedere agli adeguamenti necessari, conformemente alla disposizione transitoria. In virtù dell'articolo 33 lettera i dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), il Consiglio federale ha delegato questa sua competenza al Dipartimento federale dell'interno (DFI).

L'adeguamento dei contributi alle cure è una correzione ex post dei contributi alle cure di cui all'articolo 7a dell'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza sulle prestazioni, OPre; RS 832.112.31) calcolati ex ante in base al principio della neutralità dei costi. Le differenze tra i contributi stabiliti la prima volta e quelli adeguati non possono essere oggetto di richieste di rimborso né da parte delle case di cura nei confronti degli assicuratori né da parte degli assicuratori nei confronti degli infermieri e delle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio. Le disposizioni transitorie alla modifica del 13 giugno 2008 della legge federale sull'assicurazione malattie prevedono esclusivamente una prima fissazione dei contributi e il loro adeguamento negli anni successivi.

##### **1.2 Metodo di calcolo dei contributi in vigore**

Il DFI ha stabilito i contributi validi dal 1° gennaio 2011 separatamente per il settore delle case di cura e per quello delle cure a domicilio sulla base di tutte le cure fornite in Svizzera e li ha fissati nell'articolo 7a OPre. I contributi dell'AOMS sono stati determinati secondo il principio della neutralità dei costi.

Il contributo alle cure prestate in casa di cura è espresso in aliquote giornaliere. Sulla base dei dati della statistica degli istituti medico-sociali (di seguito: statistica SOMED) dell'Ufficio federale di statistica (UST), è stata definita una griglia quantitativa per un sistema di contributi differenziati linearmente, poi confrontata con le remunerazioni 2007 dell'assicurazione malattie stimate per le cure (circa 1,6 mia. di franchi, escluse tra l'altro le remunerazioni per prestazioni mediche, medicinali e mezzi e apparecchi secondo l'elenco EMAP). I contributi così risultanti sono infine stati estrapolati al 2009 (anno base) in base al rincaro 2007 e 2008 (= 3,1 %).

Il contributo alle cure prestate a domicilio è espresso in aliquote orarie. Per la determinazione dei contributi nell'ottica della neutralità dei costi (art. 7a cpv. 1 e 2 OPre), ci si è fondati sulla rilevazione dell'ufficio di esperti INFRAS (Anna Vettori, Judith Trageser, Rolf Iten: «Pflegefiananzierung: Ermittlung der Pflegekosten», rapporto finale, 16 maggio 2007, Zurigo), sulla base della quale sono stati calcolati i costi medi per ora di cura e per tipo di prestazione. Questi importi sono stati confrontati con la remunerazione media oraria per prestazioni ai sensi dell'OPre (circa 57 fr.) da parte dell'assicurazione malattie secondo la statistica UST 2007 dell'assistenza e cura a domicilio (di seguito: statistica Spitex). I contributi così risultanti sono stati estrapolati al 2009 (anno base) in base al rincaro 2007 e 2008 (= 3,1%). I contributi sono calcolati su base oraria, il rimborso effettivo è stabilito per unità di 5 minuti. Considerato che i fornitori di prestazioni di norma si recano e prestano le cure al domicilio del paziente, la durata minima per intervento è stata fissata a 10 minuti.

##### **1.3 Principi della verifica dei contributi alle cure**

Come il calcolo dei contributi in vigore, anche la verifica da parte del DFI deve avvenire in modo distinto per il settore delle case di cura e per quello delle cure a domicilio.

Il termine transitorio per l'introduzione dei contributi è scaduto a fine 2013 (cpv. 2 delle disposizioni transitorie del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure). Per questa ragione, per i rimborsi ai sensi del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure fanno stato i dati del 2014, che per la verifica della neutralità dei costi possono essere confrontati con quelli del 2010, l'anno precedente l'entrata in vigore.

L'obiettivo della verifica della neutralità dei costi è stabilire l'influsso sui costi a carico dell'AOMS del passaggio dalle tariffe ai contributi alle cure a domicilio. I cambiamenti nel tempo della somma delle remunerazioni riconducibili all'evoluzione di altri parametri, come le giornate di cura o l'intensità delle cure, non vanno considerati per l'adeguamento dei contributi dell'AOMS in forza del principio della neutralità dei costi. Non sarebbe conforme a una transizione dalle tariffe ai contributi ai sensi della neutralità dei costi se una variazione delle entrate conseguente al cambiamento del volume delle prestazioni fornite fosse compensata da una diminuzione dei contributi. Non si terrebbe infatti in considerazione l'evoluzione della morbilità o della politica sanitaria (ad es. la preferenza della cura ambulatoriale alla cura stazionaria).

L'approccio della neutralità dei costi è incentrato sul finanziamento da parte dell'AOMS e non sull'evoluzione dei costi per la fornitura di prestazioni. Questa regola era già stata adottata all'applicazione delle tariffe limite nel diritto previgente, adeguate due volte con decorrenza 1° gennaio 2005 e 1° gennaio 2008.

## **2. Case di cura**

### **2.1 Basi statistiche**

#### **2.1.1 Rimunerazioni e giornate di cura fatturate**

Sia per i dati sulle prestazioni lorde sia per quelli sulle giornate di cura, la presente verifica si basa sul pool di dati della SASIS SA, più precisamente sui file Cognos Powerplay (di seguito: pool di dati). La suddivisione del pool di dati per gruppi di costo è stabile e costante nel tempo, le definizioni sono precise, i dati annuali plausibilizzati e, dove necessario, corretti con effetto retroattivo. La verifica della neutralità dei costi si basa esclusivamente sui dati delle case di cura ed esclude pertanto le prestazioni imputate dagli ospedali al tipo di costo «casa di cura». Si rinuncia all'utilizzo dei dati sulle prestazioni lorde dalla statistica AOMS dell'UFSP e dalla statistica SOMED. Per il presente scopo, le cifre della statistica AOMS non sono sufficientemente precise e le rubriche troppo poco differenziate. Mancano inoltre le giornate di cura prestate. I ricavi secondo la statistica SOMED 2010 paiono eccessivi in confronto a quelli degli anni successivi. Per questa ragione, i dati della statistica SOMED vengono utilizzati esclusivamente per la verifica dei bisogni di cure e dei salari del personale di cura per la fornitura di cure soggette all'obbligo LAMal (cfr. numeri I.2.1.9 e I.2.1.10).

Dal pool di dati vengono riprese le prestazioni lorde e le giornate di cura per tutta la Svizzera (senza «Eestero» e «Non noto») secondo l'emittente della fattura e l'inizio del trattamento. Per il 2010, i dati provengono dall'analisi del pool di dati 2010-2014, per il 2014 da quella degli anni 2013-2017. Il pool di dati consente l'analisi dei dati secondo il fornitore di prestazioni (ad es. «Case di cura», «Infermiere e infermieri» e «Organizzazioni Spitex»), il tipo di prestazione (ad es. «Tariffe cure stazionarie», «Cure acute e transitorie», «Medicamenti») o la combinazione di entrambi. Il fornitore di prestazioni «Case di cura» è suddiviso nelle sottocategorie «Case di cura», «Case per anziani e di cura», «Istituti per persone con disabilità», «Istituti per il trattamento di casi psico-sociali», «Cure acute e transitorie» e «Casi speciali». Nel quadro della verifica della neutralità dei costi dei contributi alle cure, si utilizzano i dati secondo il fornitore di prestazioni per la categoria principale «Case di cura». Se non specificato altrimenti, il presente commento si riferisce a questo utilizzo. L'analisi di sensitività mostra che anche operando scelte diverse – sottocategorie «Case di cura» e «Case per anziani e di cura» da sole, «Case di cura», «Case per anziani e di cura» e «Cure acute e transitorie» da sole oppure tutte le sottocategorie esclusa la «Cure acute e transitorie» – il fattore di correzione dei contributi alle cure (calcolato con il metodo di cui al numero I.2.2) cambierebbe solo in misura minima rispetto all'applicazione della categoria principale «Case di cura» (tra -0,2 % e +0,1 %). L'effetto di queste diverse selezioni è irrilevante rispetto all'influsso dei parametri non quantificabili esposti nei punti seguenti, come la calibratura dei sistemi di

rilevazione dei bisogni di cure BESA e RAI/RUG, l'evoluzione dell'intensità delle cure o il trasferimento della fatturazione del materiale (cfr. in proposito i numeri I.2.1.2-I.2.1.9).

Le giornate di cura vengono rilevate sia nel pool di dati sia nella statistica SOMED. In quest'ultima (tabella 4-A), l'aumento della quantità tra gli anni 2010 e 2014 è maggiore (+7,8 %) rispetto a quello del pool di dati (+5,4 %, selezione come per le prestazioni lorde, cfr. numero 2.2). La differenza potrebbe essere ascrivibile al fatto che le cifre pubblicate nella statistica SOMED fino al 2011 considerano esclusivamente le giornate di cura dei clienti lungodegenti e solo dal 2012 anche quelle dei clienti brevidegenti nonché dei clienti delle strutture diurne o notturne.

### **2.1.2 Prestazioni accessorie**

Le produzioni 2010 e 2014 del pool di dati della SASIS SA non sono strutturate allo stesso modo. Nel 2010, per le case di cura erano previsti i tipi di prestazione «Istituto Livello cure non noto» e «Cure ambulatoriali Livello cure non noto». Il primo includeva, oltre alle prestazioni di cura lorde, anche prestazioni accessorie, in particolare sotto forma di forfait complessivi. I tipi di prestazione rielaborati e vigenti nel 2014 prevedono per le case di cura una suddivisione tra «Case di cura Tariffe cure stazionarie», «Case di cura Tariffe cure ambulatoriali in strutture diurne e notturne», «Case di cura Tariffe cure acute e transitorie», «Case di cura Forfait» e «Case di cura Medicamenti e EMaP», ciò che implica una rilevazione separata delle prestazioni accessorie. Probabilmente nel 2014 non tutti i dati sono stati forniti al pool di dati secondo la nuova struttura, quindi una parte delle prestazioni accessorie continua a essere imputata al tipo di prestazione «Case di cura Tariffe cure stazionarie». Dalle analisi dei dati svolte dall'UFSP è emerso che il rimborso di cure e prestazioni accessorie non è trasparente e che negli anni 2010 e 2014 è avvenuto con modalità differenti.

Nelle sue sentenze del 1° settembre e del 7 novembre 2017, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha specificato che nell'ambito del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure i materiali utilizzati dal personale di cura – indipendentemente dal fatto che figurino nell'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMaP) – costituiscono una componente necessaria delle cure, la cui remunerazione non deve avvenire separatamente bensì secondo le regole del finanziamento delle cure da parte delle tre unità finali d'imputazione (C-3322/2015 e C-1979/2015). In considerazione di ciò, per le case di cura il DFI non ha incluso nel calcolo dei contributi alle cure dell'AOMS i mezzi e gli apparecchi in parte rimborsati separatamente (cfr. numero I.1.2). Anche se determinati materiali utilizzati dal personale di cura fossero stati fatturati separatamente, ciò non significa che queste prestazioni non siano state incluse almeno in parte nelle tariffe o nei rimborsi considerati per il calcolo dei contributi alle cure.

Nel quadro delle riunioni con i rappresentanti dei Cantoni, dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori, organizzate dall'UFSP nel 2014 e nel 2015, non è stato possibile ricostruire come i costi dei materiali per le cure venissero fatturati dai fornitori di prestazioni e quindi in che misura siano stati considerati nel calcolo dei contributi. Nel 2018 l'UFSP ha ripreso i lavori con le cerchie interessate. Questi lavori continuano indipendentemente dall'adeguamento dei contributi alle cure ai sensi del principio della neutralità dei costi.

Secondo quanto riportato dal pool di dati, tra il 2010 e il 2014 il totale delle prestazioni lorde degli assicuratori a favore dei centri di consegna EMaP è aumentato del 97 per cento, passando da 122 milioni a 240 milioni di franchi con ulteriori incrementi a 259 milioni di franchi nel 2015 e a 284 milioni di franchi nel 2016 (selezione dei dati come per le prestazioni lorde, cfr. numero I.2.1.1). Sempre secondo il pool di dati, tra il 2010 e il 2014 i medici hanno registrato per il tipo di prestazione «EMaP studio medico» un incremento delle prestazioni lorde da 94 a 127 milioni di franchi, passate a 134 milioni di franchi nel 2015 e a 143 milioni di franchi nel 2016. Per i farmacisti, le prestazioni lorde del tipo di prestazione «EMaP farmacie» sono aumentate da 128 a 151 milioni di franchi tra il 2010 e il 2014, a 160 milioni di franchi nel 2015 e a 169 milioni di franchi nel 2016. L'usuale evoluzione dei costi della salute dovuta al progresso tecnico e alla dinamica demografica non dovrebbe poter spiegare un tale aumento in un lasso di tempo tanto breve. Nel periodo tra il 2010 e il 2014, e pure negli anni successivi, dovrebbe quindi avere avuto luogo un trasferimento della fatturazione dei materiali dalle case di cura e dai fornitori di cure a domicilio verso gli studi medici, le farmacie e i centri di consegna EMaP. L'evoluzione del totale delle prestazioni lorde a favore delle case di cura considerata per il calcolo della correzione dei contributi

alle cure dovrebbe pertanto essere inferiore a quella che sarebbe risultata senza tale trasferimento. L'aumento dei contributi previsto nel quadro della presente verifica secondo il principio della neutralità dei costi dovrebbe quindi essere un po' troppo alto.

L'analisi dei dati descritta mostra che una correzione dei contributi riferita al materiale non sarebbe giustificata. Per la verifica della neutralità dei costi può essere considerato unicamente il totale delle prestazioni lorde dell'AOMS alle case di cura, non una valutazione secondo il tipo di prestazione. L'analisi di sensitività rivela che il fattore di correzione dei contributi alle cure si ridurrebbe di un punto percentuale per ogni trasferimento di 17 milioni di franchi di prestazioni accessorie.

Se fosse stato possibile escludere dalla presente verifica della neutralità dei costi dei contributi alle cure le prestazioni lorde per prestazioni accessorie, i calcoli si fonderebbero su una base più bassa. Considerando quando riportato dal pool di dati, la differenza tra la fatturazione delle case di cura in tutti i tipi di prestazione e la fatturazione secondo il tipo di prestazione «Case di cura Tariffe cure stazionarie» nel 2014 si aggira sui 100 milioni di franchi; tale differenza esclude in ogni caso oltre alle prestazioni lorde per prestazioni accessorie anche quelle ad esempio per cure acute e transitorie o per strutture diurne e notturne. Deducendo 95 milioni di franchi (100 milioni ponderati con l'evoluzione delle giornate di cura tra il 2010 e il 2014  $[100 \times 29\,577\,041 / 31\,169\,790]$ ) per il 2010 e 100 milioni di franchi per il 2014 dalle prestazioni lorde considerate per i calcoli, il fattore di correzione aumenterebbe soltanto di 0,4 punti percentuali (cfr. numero I.2.2), un effetto irrilevante considerati il carattere di stima di questo risultato (ad es. anche le strutture diurne e notturne possono essere finanziate secondo la regola del finanziamento delle cure) e le altre incertezze citate nel presente commento.

### **2.1.3 Tempi di comunicazione («communication au sujet du bénéficiaire» CSB)**

Nei Cantoni di Ginevra, Giura, Neuchâtel e Vaud, che applicano il sistema PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis), l'evoluzione 2010-2014 delle prestazioni lorde per giornata di cura per le case di cura è influenzata anche dal nuovo rimborso della CSB. Senza questo effetto, l'evoluzione sarebbe inferiore a quella osservata e la correzione dei contributi sarebbe maggiore a quella calcolata (cfr. numero I.2.2). Secondo le informazioni dell'assicuratore-malattie CPT, l'effetto a livello nazionale del nuovo rimborso della CSB equivale a circa 0,60 franchi per giornata di cura. Moltiplicato per la totalità delle giornate di cura 2014, ne risultano 19 milioni di franchi e un aumento della correzione dei contributi alle cure di circa un punto percentuale. Come per l'aspetto del trasferimento della fatturazione delle prestazioni accessorie, anche in questo caso si rinuncia a una correzione specifica.

### **2.1.4 Cure acute e transitorie**

La categoria delle cure acute e transitorie è stata introdotta con il nuovo finanziamento delle cure e comprende lo stesso catalogo di prestazioni (art. 7 OPre) delle altre cure. Le remunerazioni seguono però le regole del finanziamento ospedaliero (art. 25a cpv. 2 LAMal). Per questa ragione, nel quadro della verifica le informazioni del pool di dati riguardanti le cure acute e transitorie andrebbero in linea di principio escluse per il 2014.

Prestazioni come le cure acute e transitorie venivano fornite già nel 2010 e anche prima. All'epoca venivano finanziate come le altre cure e rilevate nella statistica SOMED. Secondo quest'ultima, nel 2014 in tutta la Svizzera soltanto 318 letti erano riservati alle cure acute e transitorie, ossia lo 0,3 per cento di tutti i letti in case di cura. Per queste strutture, per il 2014 il pool di dati riporta ricavi da tariffe per il tipo di prestazione cure acute e transitorie equivalenti a solo lo 0,2 per cento del totale delle prestazioni lorde. Per questo motivo, escludendo le cure acute e transitorie la correzione dei contributi aumenterebbe di un esiguo 0,2 per cento circa.

Ecco perché, oltre al fatto che nel quadro della presente verifica della neutralità dei costi dei contributi alle cure non è possibile quantificare l'influsso di altri parametri, come la calibratura dei sistemi di rilevazione dei bisogni di cure BESA e RAI/RUG, l'evoluzione dell'intensità delle cure o il trasferimento

della fatturazione di materiali, non è indicato escludere i dati 2014 concernenti le cure acute e transitorie del pool di dati.

### **2.1.5 Strutture diurne o notturne**

Il pool di dati presenta una piccola quota (2,8 % per il 2014) di prestazioni lorde per le strutture diurne o notturne sul totale delle prestazioni lorde alle case di cura. Come detto, le produzioni 2010 e 2014 del pool di dati della SASIS SA non sono strutturate allo stesso modo. Soltanto i tipi di prestazione nuovi e validi anche nel 2014 prevedono una suddivisione con un tipo di prestazione specifico per le strutture diurne e notturne. Nel 2010, le prestazioni lorde e le giornate di cura delle strutture diurne e notturne figuravano sotto un altro tipo di prestazione, ossia sotto il tipo di costo «Casa di cura Livello cure non noto». È pertanto indicato non escludere le corrispondenti prestazioni lorde 2014 dalla base di calcolo per la verifica della neutralità dei costi dei contributi alle cure, perché così non si limita al solo 2010 l'ingresso delle prestazioni lorde delle strutture diurne o notturne sul totale delle prestazioni lorde considerate.

### **2.1.6 Definizione delle cure**

Con l'entrata in vigore nel 2012, all'OPre sono state apportate modifiche nel settore prestazioni, in particolare per ciò che concerne le misure di coordinamento e la preparazione dei medicinali. Le prestazioni coordinative venivano fatturate già prima alle posizioni «valutazione dei bisogni» e «consigli» (art. 7 cpv. 2 OPre), la modifica dovrebbe quindi aver comportato maggiori costi in misura marginale e non quantificabile. Secondo una sentenza del 2010 del Tribunale federale (9C-62/2009), la preparazione dei medicinali non rientra tra le prestazioni soggette all'obbligo di rimborso. Si deve tuttavia presupporre che già prima di tale sentenza questa prestazione venisse fornita, fatturata e in genere riconosciuta dagli assicuratori. In che misura non fosse più così nel 2010, anno considerato per la presente verifica della neutralità dei costi, non può essere quantificato. Queste modifiche non dovrebbero tuttavia avere comportato un effetto significativo sulla verifica della neutralità dei costi.

### **2.1.7 Calibratura di BESA e RAI/RUG**

Il 31 agosto 2011, il gruppo di coordinamento Strutture tariffarie II (CURAVIVA, santésuisse, CDS, UFSP) ha espresso le sue raccomandazioni in merito alla calibratura dei sistemi di rilevazione dei bisogni di cure BESA e RAI/RUG. L'effetto di tale calibratura sui costi complessivi dell'AOMS non può essere stimato e dipende da quali sistemi sono stati oggetto della calibratura in quali Cantoni.

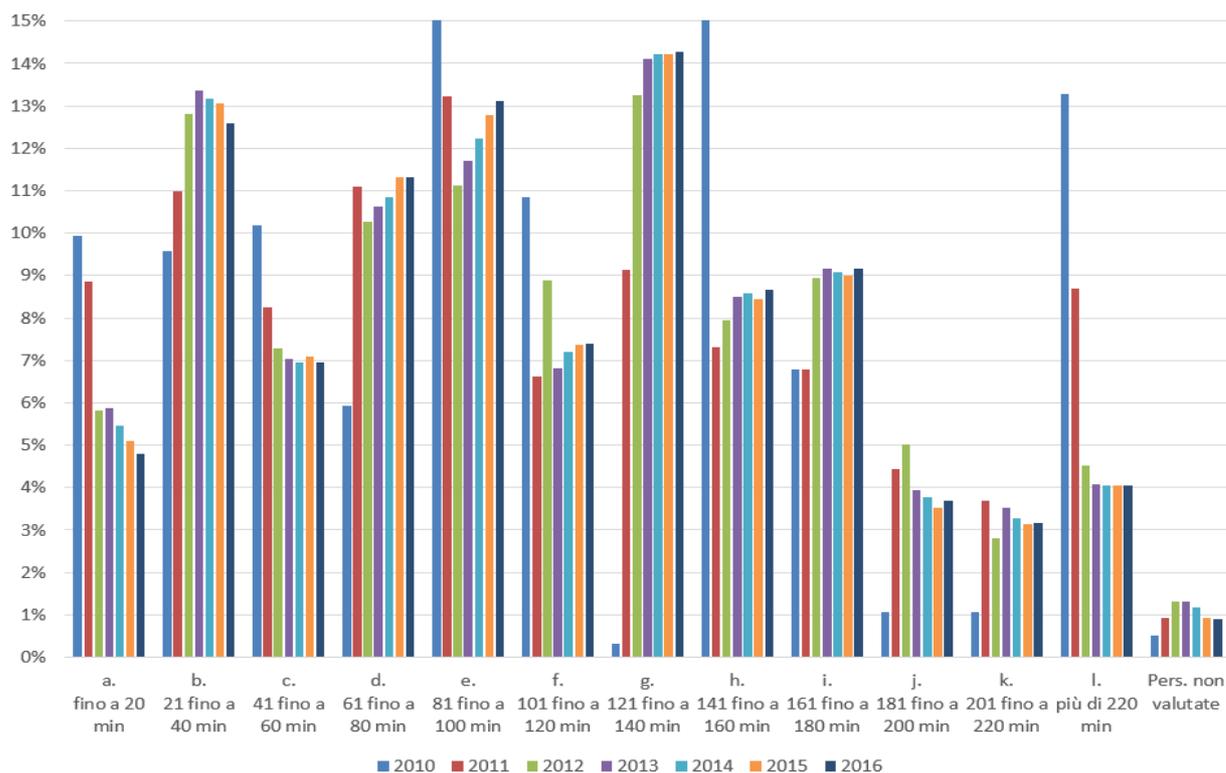
### **2.1.8 Introduzione del catalogo delle prestazioni BESA CP 2010**

Sulla base di un'indagine condotta a fine 2012, la BESACare AG ha constatato che nella prima classificazione secondo il catalogo delle prestazioni BESA CP 2010, che ha sostituito il CP 2005, la valutazione dei pazienti era troppo elevata. La ragione va cercata nella mancanza di esperienza dei collaboratori. Non sono tuttavia disponibili informazioni utili per procedere a una quantificazione.

### **2.1.9 Evoluzione dell'intensità delle cure**

La verifica della neutralità dei costi si fonda sul presupposto che i bisogni di cure dei pazienti siano rimasti costanti nel periodo 2010-2014, ipotesi suffragata dalle cifre 2012-2014 della statistica SOMED (cfr. grafico 1). I livelli 2010 e 2011 presentano una cattiva correlazione con i livelli 2012-2016, probabilmente perché solo dal 2011 (in parte) e dal 2012 (totalmente) l'UST rileva direttamente i gruppi RUG, i minuti BESA CP 2010 e PLAISIR, nonché i punti BESA CP 2005, e calcola i minuti RAI-RUG e BESA sulla scorta di una tabella di conversione di Q-Sys risp. di CURAVIVA. Prima, l'UST calcolava i minuti sulla base della mediana dei livelli secondo una tabella di conversione propria.

Grafico 1: ripartizione dell'intensità delle cure sui 12 livelli dei bisogni di cure negli anni 2010-2016



Fonte: grafico UFSP basato sui dati della tabella 4-A SOMED (per i livelli j e k i valori 2010 sono estrapolazioni).

La discontinuità dei dati non permette di esaminare l'evoluzione della distribuzione dei tipi di costo tra il 2010 e il 2014. Dalla ponderazione della ripartizione delle prestazioni secondo il grafico 1 per gli anni dal 2012 al 2016 sulla base dei 12 contributi ai sensi dell'articolo 7a capoverso 3 OPre (9 fr. per il livello di cure 1, 18 per il livello 2 ecc. fino a 108 fr. per il livello 12) risultano le remunerazioni di 51,78 franchi per il 2012, 51,45 per il 2013, 51,54 per il 2014, 51,50 per il 2015 e 52,00 per il 2016. Questa stima indica un aumento delle prestazioni lorde per l'AOMS in seguito all'evoluzione dell'intensità delle cure soltanto dello 0,4 per cento in quattro anni. Considerando che vi sono anche altri fattori d'influenza, non è dunque necessaria una correzione specifica nel calcolo dei nuovi contributi.

L'indice dell'intensità delle cure (cifre chiave delle case di cura svizzere, UFSP) è calcolato sulla base dei dati della statistica SOMED e corrisponde alla media degli indici delle giornate di cura dei clienti che beneficiano di cure soggette all'obbligo LAMal (senza cure acute e transitorie e senza clienti non valutati). Negli anni 2010-2016, l'indice si situa a 5,8. Le succitate osservazioni sulla statistica SOMED concernenti i livelli 2010 e 2011 valgono naturalmente anche per l'indice dell'intensità delle cure. L'incertezza dovuta alla calibratura dei sistemi BESA e RAI/RUG e all'introduzione del catalogo delle prestazioni BESA CP 2010 ha quale conseguenza che nemmeno una considerazione statistica precisa dei livelli di cura 2010-2014 permette di trarre conclusioni affidabili sull'effettiva evoluzione dei bisogni di cure dei pazienti.

### 2.1.10 Salari e rincaro generale

La questione dell'evoluzione dei costi nel settore delle cure non concerne il mandato legislativo sull'introduzione dei contributi dell'AOMS neutrale dal punto di vista dei costi. A titolo di informazione si può comunque precisare che secondo la statistica dei salari dell'UST, nel periodo 2010-2016 i salari nominali nel settore sanitario, negli istituti e nel settore sociale sono aumentati del 2,6 per cento. L'indice nazionale dei prezzi al consumo è invece calato dell'1,7 per cento tra il 2010 e il 2017. Calcolata<sup>1</sup> sulla base della statistica SOMED, l'evoluzione 2010-2016 dei salari per equivalente a tempo pieno per la fornitura di cure soggette all'obbligo LAMal ammonta allo 0,5 per cento (77 712 fr. nel 2010 e 78 137 fr.

<sup>1</sup> Analisi UFSP

nel 2016) per la totalità del personale e a -1,8 per cento (66 611 fr. nel 2010 e 65 444 fr. nel 2016) per il personale di cura; a titolo di paragone, l'evoluzione 2010-2016 dei salari per equivalente a tempo pieno per la fornitura di cure soggette all'obbligo LAMal per il personale di cura esclusi i centri di costo ausiliari, le strutture diurne e notturne e le cure acute e transitorie è del -2,4 per cento (66 611 fr. nel 2010 e 65 015 fr. nel 2016).

## **2.2 Calcolo del fattore di correzione dei contributi alle cure**

La presente verifica si fonda sulle informazioni del pool di dati su prestazioni lorde e giornate di cura. La selezione è effettuata per l'intera Svizzera (senza «Esteri» e «Non noto») secondo l'emittente della fattura, l'inizio del trattamento e il fornitore di prestazioni della categoria principale «Case di cura» (cfr. numero I.2.1.1). Per il 2014, le cure acute e transitorie non sono state escluse. Per il 2010, i dati provengono dall'analisi del pool di dati per gli anni 2010-2014, per il 2014 da quella per gli anni 2013-2017. Per il 2010 e il 2014, il grado di copertura dei dati relativi al numero di assicurati è del 100 per cento.

Calcolo del fattore di correzione dei contributi secondo l'articolo 7a capoverso 3 OPre:

<b>Pool di dati / Svizzera (senza «Estero» e «Non noto»)</b>			
	Pool di dati, emittente della fattura, inizio del trattamento, fornitori di prestazioni «Case di cura», tutti i tipi di prestazione		<b>Prestazioni lorde per giornata di cura</b>
	<b>Prestazioni lorde</b>	<b>Giornate di cura</b>	
<b>2010</b>	1 818 810 434	29 577 041	61,49
<b>2014</b>	1 796 904 997	31 169 790	57,65
<b>Evoluzione 2010 - 2014</b>	-1,2 %	5,4 %	-6,3 %

$\text{Fattore correzione contributi} = \frac{\text{Giornate cura 2014}}{\text{Giornate cura 2010}} \times \frac{\text{Prestazioni lorde 2010}}{\text{Prestazioni lorde 2014}} - 1 = \mathbf{6,7 \%}$
---

Correzione degli importi in franchi (arrotondati a 10 cent.)

	Finora	Nuovo
a. per bisogni di cure fino a 20 minuti:	9.00	9.60
b. per bisogni di cure da 21 a 40 minuti:	18.00	19.20
c. per bisogni di cure da 41 a 60 minuti:	27.00	28.80
d. per bisogni di cure da 61 a 80 minuti:	36.00	38.40
e. per bisogni di cure da 81 a 100 minuti:	45.00	48.00
f. per bisogni di cure da 101 a 120 minuti:	54.00	57.60
g. per bisogni di cure da 121 a 140 minuti:	63.00	67.20
h. per bisogni di cure da 141 a 160 minuti:	72.00	76.80
i. per bisogni di cure da 161 a 180 minuti:	81.00	86.40
j. per bisogni di cure da 181 a 200 minuti:	90.00	96.00
k. per bisogni di cure da 201 a 220 minuti:	99.00	105.60
l. per bisogni di cure superiori a 220 minuti:	108.00	115.20

### **3. Cure a domicilio**

#### **3.1 Basi statistiche**

##### **3.1.1 Rimborso e ore fatturate**

Per le cure a domicilio, il pool di dati non presenta le ore fatturate dagli infermieri e dalle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio. La statistica Spitex dell'UST è l'unica fonte in materia.

La statistica Spitex è una rilevazione completa comprendente i dati di tutte le assicurazioni sociali senza dettagli sul tipo di assicurazione. L'aumento in percentuale delle entrate tra gli anni 2010 e 2014 dovrebbe essere inferiore all'incremento reale, perché la variabile utilizzata per la presente verifica della neutralità dei costi dei contributi alle cure – il rimborso delle cure tramite l'AOMS – influisce solo su una parte delle entrate esposte. Nella statistica Spitex, incentrata sulla permanenza a domicilio, sono inoltre rilevate anche le prestazioni fornite in abitazioni e residenze per anziani, nonché in strutture diurne e notturne, che nel 2010 erano ancora rimborsate secondo la tariffa delle cure a domicilio e nel 2014 con i contributi previsti per le case di cura. Le prestazioni corrispondenti sono convertite in ore. Non va neppure escluso che le entrate da prestazioni di cui all'articolo 7 OPre non rimborsate dall'assicurazione malattia nel 2010 figurassero nella rubrica dei ricavi da prestazioni OPre e nel 2014 sotto quella dei clienti. L'evoluzione delle entrate calcolata nel quadro della presente verifica della neutralità dei costi sarebbe quindi una sottovalutazione. Oltre ai citati aspetti della registrazione delle prestazioni, sussistono questioni di rappresentatività. Con il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, nella rilevazione 2010 della statistica Spitex sono confluite per la prima volta, oltre alle organizzazioni di pubblica utilità e quelle di diritto pubblico, anche le organizzazioni a scopo di lucro e gli infermieri indipendenti. Gli infermieri indipendenti dei Cantoni di Zurigo e Ginevra non hanno partecipato alla rilevazione 2010. La rappresentatività delle organizzazioni a scopo di lucro nella statistica Spitex dipendeva inoltre dal tempo di cui i Cantoni necessitavano per consolidare l'elenco di tali organizzazioni. In ogni caso, dal calcolo del fattore di correzione dei contributi rispettivamente con (-3,6%) o senza (-3,4%) le organizzazioni private a scopo di lucro e gli infermieri indipendenti risulta una differenza minima (metodo di calcolo al numero 3.2). Come per gli altri parametri, una correzione specifica per questo motivo non è indicata.

In linea di principio, soprattutto per via della maggiore rappresentatività delle organizzazioni a scopo di lucro, l'aumento delle prestazioni lorde tra il 2010 e il 2014 dovrebbe risultare maggiore nella statistica Spitex rispetto al pool di dati. Secondo la statistica Spitex, le entrate da prestazioni degli assicuratori sono tuttavia aumentate solo del 27,3 per cento tra il 2010 e il 2014, passando da 597 a 760 milioni di franchi (tabella 7.1, rubrica dei ricavi da prestazioni OPre nel 2010 e tabella 15.1, rubrica degli assicuratori nel 2014), mentre secondo il pool di dati il totale delle prestazioni lorde degli infermieri e delle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio sono aumentate del 29,3 per cento nello stesso periodo, passando da 580 a 750 milioni di franchi. Nel pool di dati, la selezione è effettuata, come per le case di cura, per l'intera Svizzera (senza «Estero» e «Non noto») secondo l'emittente della fattura, l'inizio del trattamento e il fornitore di prestazioni delle categorie principali «Infermiere e infermieri» e «Organizzazioni SPITEX». Per il 2010, i dati provengono dall'analisi del pool di dati per gli anni 2010-2014, per il 2014 da quella per gli anni 2013-2017. Per il 2010 e il 2014, il grado di copertura dei dati è del 100 per cento.

Le informazioni del pool di dati sono più precise di quelle della statistica Spitex (cfr. numero I.2.1.1), ma non contengono informazioni sulle ore prestate. Le discrepanze citate all'interno della statistica Spitex e tra quest'ultima e il pool di dati mostrano che un'applicazione metodologicamente corretta delle prestazioni lorde secondo il pool di dati assieme alle ore prestate secondo la statistica Spitex è difficile. Per questa ragione, la verifica della neutralità dei costi si fonda esclusivamente sui dati della statistica Spitex.

##### **3.1.2 Prestazioni accessorie**

Le produzioni 2010 e 2014 del pool di dati della SASIS SA non sono strutturate allo stesso modo. Nel 2010 non erano previsti tipi di prestazione specifici per gli infermieri. Il tipo di prestazione «Cure ambulatoriali Livello non noto» probabilmente comprendeva, oltre alle prestazioni lorde per gli infermieri, anche le prestazioni lorde per prestazioni accessorie. Soltanto per le organizzazioni di assistenza e cura

a domicilio c'erano più tipi di costo, ossia «Spitex Materiale ed EMap», «Spitex Medicamenti» e «Spitex Tariffa in base alla durata». Nel 2014, sia per gli infermieri sia per le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio sono stati differenziati i tipi di prestazione «Tariffe cure ambulatoriali», «Tariffe cure ambulatoriali Strutture diurne e notturne», «Tariffe cure acute e transitorie» e «Materiale ed EMap», con in più il tipo «Medicamenti» solo per le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio. È possibile che non tutte le informazioni 2014 siano state fornite al pool di dati in modo conforme alla nuova struttura e che quindi continuino a esserci prestazioni accessorie incluse nello stesso tipo di prestazioni delle prestazioni di cura. Non è ad esempio chiaro perché nel 2010 sotto le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio nel pool di dati figurino 12,4 milioni di franchi di prestazioni lorde per il tipo di prestazione «Spitex Materiale ed EMap» risp. 2,0 milioni di franchi per il tipo di prestazione «Spitex Medicamenti», mentre nel 2014 queste cifre scendono a 9,2 milioni di franchi risp. 0,2 milioni di franchi. Anche nella statistica Spitex, che già nel 2010 faceva figurare le cure con rimando all'OPre, è probabile che ci siano fornitori di prestazioni che hanno fatturato costi di materiale e medicinali assieme alle cure. Come per le case di cura, si può a ogni modo partire dal presupposto di un trasferimento della fatturazione di prestazioni accessorie ai centri di consegna EMap, agli studi medici e alle farmacie (cfr. numero I.2.1.2). In questo senso, l'evoluzione delle prestazioni lorde per giornata di cura per gli infermieri e le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio potrebbe essere determinata in parte dal trasferimento della fatturazione di prestazioni accessorie ad altri fornitori di prestazioni. Non è tuttavia possibile quantificare l'entità di un tale eventuale trasferimento, che dovrebbe comunque avere l'effetto di aumentare i contributi calcolati, per cui si rinuncia a una correzione in questo senso. Escludendo le prestazioni lorde per prestazioni accessorie, i calcoli si sarebbero fondati su una base inferiore. Secondo le informazioni del pool di dati, la differenza tra la fatturazione delle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio, degli infermieri in tutti i tipi di prestazione e la fatturazione secondo il tipo di prestazione «Infermiere e infermieri Tariffe cure ambulatoriali» risp. «Spitex Tariffe cure ambulatoriali (tariffa in base alla durata)» nel 2014 si aggira sui 22 milioni di franchi; tale differenza esclude senz'altro oltre alle prestazioni lorde per prestazioni accessorie anche quelle ad esempio per cure acute e transitorie o per strutture diurne e notturne. Deducendo 18 milioni di franchi (22 milioni ponderati con l'evoluzione delle ore tra il 2010 e il 2014 [ $22 \times 10\,312\,682 / 12\,639\,887$ ]) per il 2010 e 22 milioni di franchi per il 2014 dalle prestazioni lorde considerate per i calcoli, il fattore di correzione dei contributi alle cure diminuirebbe di poco più di 0,1 punti percentuali, con gli arrotondamenti in realtà di 0,2 punti percentuali (cfr. numero I.3.2), un effetto irrilevante considerato il carattere di stima di questo risultato (ad es. anche le strutture diurne e notturne possono essere finanziate secondo la regola del finanziamento delle cure) e le altre incertezze citate nel presente commento.

### **3.1.3 Cure acute e transitorie**

Nella statistica Spitex 2014, i ricavi e le ore fatturate delle cure acute e transitorie sono esposti specificamente. Ora potrebbero essere fornite più prestazioni di cura grazie alle cure acute e transitorie, perché a queste prestazioni non si applica il massimo di ore al giorno vigente nel settore delle cure a domicilio, bensì esclusivamente il limite legale di due settimane (art. 25a cpv. 2 LAMal).

Secondo la statistica Spitex, nel 2014 a livello svizzero sono state fornite 21 394 ore di cure acute e transitorie (tabella 10.1), l'equivalente dello 0,2 per cento del totale di ore di cure di lunga durata e di cure acute e transitorie. Per lo stesso anno, il pool di dati riporta prestazioni lorde per cure acute e transitorie pari allo 0,2 per cento del totale delle prestazioni lorde versate alle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio e allo 0,1 per cento del totale per gli infermieri. Non è pertanto rilevante che la base di dati su cui si fonda la verifica della neutralità dei costi dei contributi alle cure includa ricavi e giornate di cura delle cure acute e transitorie. Per il 2014, le cure acute e transitorie non vengono considerate.

### **3.1.4 Strutture diurne e notturne**

Le informazioni 2014 del pool di dati – diversamente da quelle concernenti il 2010 – prevedono una suddivisione con un tipo di prestazione specifico per le strutture diurne e notturne. Nel 2014, la quota di prestazioni lorde delle strutture diurne e notturne per le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio

e per gli infermieri ammontava allo 0,9 per cento del totale delle prestazioni lorde versate a questi fornitori di prestazioni. Nel 2010, i dati concernenti le strutture diurne e notturne figuravano sotto altri tipi di prestazione.

Nella statistica Spitex, dal 2012 le cure prestate da fornitori di prestazioni Spitex in strutture diurne e notturne vengono rilevate nello specifico questionario.

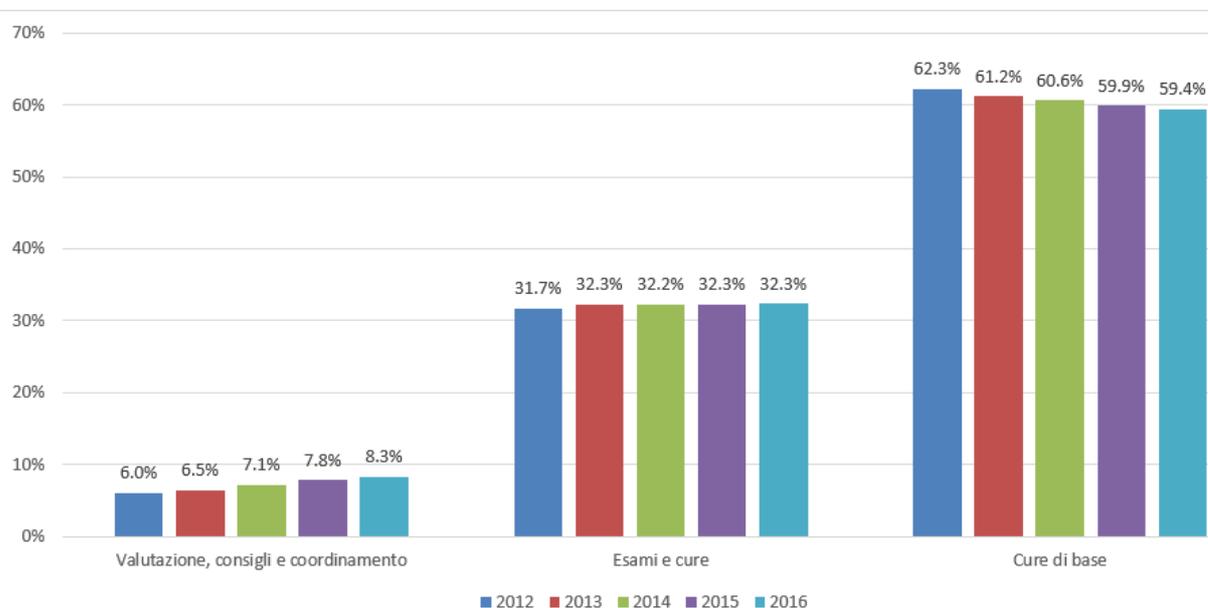
### 3.1.5 Definizione delle cure e delle unità di fatturazione

Gli adeguamenti del 2012 delle prestazioni di cui nell'OPre concernenti le misure di coordinamento e preparazione dei medicinali e il passaggio dalla fatturazione con unità di 10 minuti nel 2010 a quella con unità di 5 minuti nel 2014 non dovrebbero avere avuto un effetto significativo sulla verifica della neutralità dei costi (cfr. numero I.2.1.6).

### 3.1.6 Evoluzione della struttura delle prestazioni secondo il tipo di cure

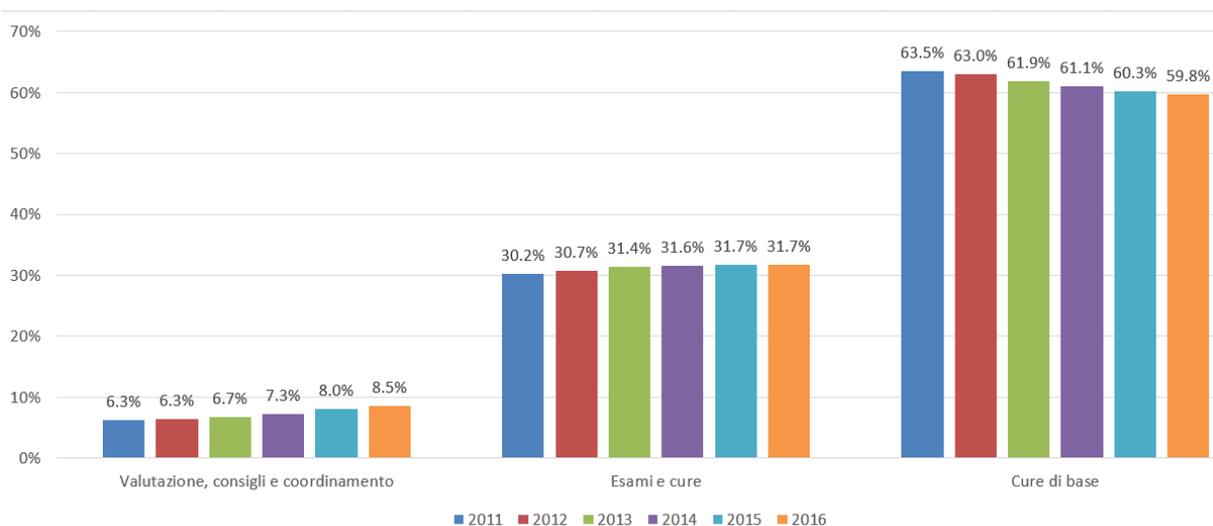
La verifica della neutralità dei costi parte dal presupposto che la struttura delle prestazioni ai pazienti secondo il tipo di trattamento sia rimasta costante nel periodo 2010-2014. Nella statistica Spitex, le ore fornite nel 2010 non sono state rilevate secondo il tipo di trattamento. Inoltre, per ragioni tecniche, i Cantoni di Zurigo e Lucerna nel 2011 non hanno riportato le ore secondo il tipo di trattamento. A partire dal 2012, tutti i dati sono esposti secondo il tipo di trattamento. La suddivisione secondo il tipo di trattamento mostra che la ripartizione dei pazienti è relativamente costante (cfr. grafici 2 e 3 dell'UFSP sulla base dei dati della tabella 12.2 della statistica Spitex). Una correzione dei contributi in base all'evoluzione della struttura delle prestazioni sarebbe difficilmente motivabile a causa delle incertezze statistiche dovute alla revisione della statistica Spitex. Questo presupposto corrisponde inoltre a quello per il settore delle case di cura, secondo cui l'intensità delle cure è rimasta costante negli anni (cfr. numero I.2.1.9).

Grafico 2: ripartizione per tipo di cure per tutta la Svizzera



Fonte: grafico UFSP sulla base dei dati della tabella 12-2 della statistica Spitex.

Grafico 3: ripartizione dell'intensità delle cure in Svizzera senza i Cantoni di Zurigo e Lucerna



Fonte: grafico UFSP sulla base dei dati della tabella 12-2 della statistica Spitem.

Dalla ponderazione della ripartizione delle prestazioni secondo il grafico 2 per gli anni dal 2012 al 2016 sulla base dei contributi ai sensi dell'articolo 7a capoverso 1 OPre (79,80 franchi per valutazione, consigli e coordinamento, 65,40 per esami e cure, 54,60 per cure di base) risultano le remunerazioni di 59,55 franchi per il 2012, 59,73 per il 2013, 59,88 per il 2014, 60,06 per il 2015 e 60,18 per il 2016. Questa stima indica un aumento delle prestazioni lorde per l'AOMS in seguito all'evoluzione del tipo di cure soltanto dell'1,1 % per cento in quattro anni. Considerando che vi sono anche altri fattori d'influenza, non è dunque necessaria una correzione specifica nel calcolo dei nuovi contributi.

### 3.1.7 Salari e rincaro generale

La questione dell'evoluzione dei costi nel settore delle cure non concerne il mandato legislativo sull'introduzione dei contributi dell'AOMS neutrale dal punto di vista dei costi. A titolo di informazione si può comunque precisare che la statistica Spitem rileva la totalità dei salari, senza differenziarli per funzione (cure, aiuto domestico, pasti, altre prestazioni). Per il settore delle cure a domicilio è tuttavia indicato riferirsi agli stessi dati sull'evoluzione dei salari del settore delle case di cura e all'evoluzione del rincaro generale (cfr. numero I.2.1.10).

### 3.2 Calcolo del fattore di correzione dei contributi alle cure

Per la presente verifica, i dati sui ricavi e sulle ore prestate provengono dalla statistica Spitem.

Calcolo del fattore di correzione dei contributi secondo l'articolo 7a capoverso 1 OPre:

Statistica Spitem			
	Ricavi (tab. 7.1)	Ore (tab. 6.6)	Ricavi per ora
<b>2010</b>	Totale da prestazioni OPre	Totale per prestazioni OPre	
	597,37	10 312 682	57,93
<b>2014</b>	Entrate (tab. 15.1)	Ore (tab. 10.1)	Entrate per ora
		Cure di lunga durata	

	Prestazioni, cure di lunga durata, assicuratori		
	759,86	12 639 887	60,12
<b>Evoluzione</b>	<b>Ricavi/entrate</b>	<b>Ore</b>	<b>Ricavi/entrate per ora</b>
<b>2010 - 2014</b>	27,2 %	22,6 %	3,78 %
$\text{Fattore correzione contributi} = \frac{\text{Ore di cura 2014}}{\text{Ore di cura 2010}} \times \frac{\text{Prestazioni lorde 2010}}{\text{Prestazioni lorde 2014}} - 1 = -3,6 \%$			

Correzione degli importi in franchi (arrotondati a 10 cent.)

	Finora	Nuovo
a. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera a:	79.80	76.90
b. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b:	65.40	63.00
c. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c:	54.60	52.60

I contributi vengono adeguati nella stessa misura per tutte le tre categorie di prestazione di cui all'articolo 7a capoverso 1 lettere a, b e c OPre. L'attuale struttura di rimborso delle cure a domicilio, basata sulla rilevazione dell'ufficio di esperti INFRAS, rimane invariata. Partendo da quest'ultima è possibile calcolare i costi medi per ora di cura e per tipo di prestazione (cfr. numero I.1.2).

#### 4 Evoluzione dei costi per l'AOMS con l'adeguamento dei contributi

Per il settore delle case di cura, la stima dell'evoluzione dei costi riconducibile all'aumento dei contributi può fondarsi sul tipo di prestazione «Case di cura Tariffe cure stazionarie» del pool di dati 2016. Le corrispondenti prestazioni lorde (analisi 2013-2017, tutta la Svizzera [senza «Esterio» e «Non noto»] secondo l'emittente della fattura, l'inizio del trattamento e il fornitore di prestazioni) ammontano a 1716 milioni di franchi. Un aumento dei contributi del 6,7 per cento a fronte di un numero immutato di giornate di cura corrisponde a un rialzo dei costi di 115 milioni di franchi all'anno.

La stima dell'evoluzione dei costi per le cure a domicilio riconducibile all'aumento dei contributi si fonda sui tipi di prestazione «Infermiere e infermieri Tariffe cure ambulatoriali» e «Spitex Tariffe cure ambulatoriali (tariffa in base alla durata)» del pool di dati (analisi 2013-2017, tutta la Svizzera [senza «Esterio» e «Non noto»] secondo l'emittente della fattura, l'inizio del trattamento e il fornitore di prestazioni) 2016 (67 milioni per gli infermieri e 812 milioni di franchi per le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio). Una riduzione dei contributi del 3,6 per cento a fronte di un numero immutato di ore corrisponde a minori costi per 32 milioni di franchi all'anno.

Nel complesso, l'adeguamento dei contributi corrisponde a un maggior onere per l'AOMS di 83 milioni di franchi all'anno.

## **II. Parte speciale: commento alle singole disposizioni**

### **Adeguamento dei contributi dell'AOMS alle cure (art. 7a cpv. 1 e 3 OPre)**

A seguito dell'esame della neutralità dei costi dei contributi dell'AOMS alle cure ai sensi del capoverso 1 delle disposizioni transitorie alla modifica del 13 giugno 2008 della legge federale sull'assicurazione malattie, vengono adeguati i valori in franchi di cui all'articolo 7a OPre. Per le cure a domicilio, i nuovi contributi di cui al capoverso 1 sono inferiori del 3,6 per cento rispetto a quelli attualmente in vigore. Per le cure in casa di cura, i contributi di cui al capoverso 2 sono maggiori del 6,7 per cento rispetto a quelli attualmente in vigore.

## **III. Entrata in vigore**

La modifica all'ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 2020.

# Valutazione dei bisogni e requisiti minimi dei sistemi di valutazione dei bisogni

## I. Parte generale

### 1. Modifiche riguardanti il mandato medico e la valutazione dei bisogni volte ad accordare maggiore autonomia al personale infermieristico

#### 1.1 Contesto

In futuro le cure infermieristiche si troveranno ad affrontare importanti sfide a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'incombente penuria di personale qualificato. In considerazione di queste problematiche, il 7 novembre 2017 l'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri ha presentato, dopo un periodo di raccolta firme di circa 8 mesi, l'Iniziativa sulle cure infermieristiche, la cui riuscita formale è stata confermata con decisione del Cancelliere della Confederazione il 29 novembre 2017<sup>2</sup> (114 078 firme valide su 114 403 depositate). L'iniziativa ha rappresentato la risposta diretta al rigetto, espresso dal Parlamento il 27 aprile 2016, dell'iniziativa parlamentare 11.418 «LAMal. Maggiore autonomia per il personale sanitario» presentata dal consigliere nazionale Rudolf Joder. Essa si prefiggeva di consentire agli infermieri diplomati la possibilità di fornire e fatturare prestazioni autonomamente nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Nell'espressione del suo rigetto, il Consiglio nazionale si è fondato sugli argomenti del Consiglio federale che, pur comprendendo la richiesta dell'iniziativa parlamentare, non ha voluto consentire a un'ulteriore categoria professionale la facoltà di esercitare direttamente a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Nella seduta del 9 marzo 2018, il Consiglio federale ha deciso di respingere l'Iniziativa sulle cure infermieristiche e ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di studiare, insieme al Dipartimento federale dell'economia, della formazione e della ricerca (DEFER) e agli attori coinvolti, misure concrete per migliorare la situazione del personale infermieristico.

Nel suo messaggio del 7 novembre 2018 concernente l'Iniziativa sulle cure infermieristiche, il Consiglio federale ha affermato che, pur contenendo alcune richieste senz'altro giustificate, l'iniziativa non è efficace. In particolare, il diritto di fatturare direttamente a carico dell'AOMS determinate prestazioni infermieristiche e l'aumento della remunerazione di queste prestazioni, pretese formulate nell'iniziativa, produrrebbero effetti indesiderati sui costi per l'AOMS e, quindi, sui premi<sup>3</sup>.

Le modifiche proposte in questo rapporto vanno segnatamente nella direzione dell'iniziativa parlamentare Joder 11.418 e mirano a snellire il processo amministrativo e accordare maggiore autonomia al personale sanitario, mantenendo il ruolo di cardine del medico, assicurando il coordinamento delle cure e non permettendo a ulteriori categorie professionali di esercitare direttamente a carico dell'AOMS. Non da ultimo, intendono anche mantenere un dialogo aperto sul tema delle cure con tutti gli attori coinvolti.

Il 24 gennaio 2019 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha presentato l'iniziativa parlamentare 19.401 «Per un rafforzamento delle cure. Migliorare la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure»<sup>4</sup>. Con questo controprogetto indiretto all'Iniziativa sulle cure infermieristiche si chiede che le basi legali siano modificate affinché sia formato, impiegato e mantenuto nella professione sufficiente personale (in particolare personale infermieristico) per garantire la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti. Inoltre si devono delineare settori d'intervento in cui il personale infermieristico operi sotto la propria responsabilità e le prestazioni, fornite nella qualità necessaria, in modo efficiente ed economico, devono essere adeguatamente remunerate. Infine le modifiche devono garantire un finanziamento adeguato della formazione e del perfezionamento.

Nella seduta del 21 gennaio 2019 la CSSS-N ha deciso di elaborare un progetto di atto normativo al riguardo. Nella seduta del 12 marzo 2019 la CSSS-S ha aderito alla proposta.

---

<sup>2</sup> FF 2017 6626

<sup>3</sup> [www.admin.ch/opc/it/federal-gazette/2018/6465.pdf](http://www.admin.ch/opc/it/federal-gazette/2018/6465.pdf)

<sup>4</sup> [www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20190401](http://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20190401)

## 1.2 Situazione iniziale

La sicurezza dei pazienti è garantita dal fatto che gli infermieri, proprio come avviene per le professioni mediche universitarie, sono responsabili di fornire prestazioni nell'ambito delle competenze acquisite durante la formazione e il perfezionamento.

La formazione ricevuta consente agli infermieri diplomati (sia con diploma SSS sia con bachelor SUP) in particolare di formulare in modo autonomo una diagnosi infermieristica, di valutare i bisogni di cure e di adottare le misure necessarie. Tuttavia non hanno né la capacità né le competenze per sostituire il medico e formulare diagnosi mediche.

La LAMal opera una distinzione tra i fornitori di prestazioni che esercitano direttamente a carico dell'AOMS e le persone dispensanti cure in nome e per conto proprio previa prescrizione o indicazione medica. Nel suo messaggio del 6 novembre 1991<sup>5</sup>, concernente la revisione dell'assicurazione malattia, il Consiglio federale si è espresso in questi termini: *«Queste cure devono innanzitutto essere dispensate, come avviene attualmente, sotto la sorveglianza e la guida del medico, il quale svolge al riguardo una «funzione di cardine» poiché deve prodigare le cure necessarie in una forma appropriata ed ottimale [...]. Egli può e dovrà agire in tal senso collaborando accuratamente con gli altri fornitori di prestazioni.»*

Le cure medico-sanitarie dispensate a domicilio, ambulatorialmente o in una casa di cura che possono essere fornite su prescrizione o mandato medico a carico dell'AOMS sono descritte in maniera esaustiva nell'articolo 7 dell'ordinanza del DFI del 29 settembre 1996 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre; RS 832.112.31). Il capoverso 1 di tale articolo sancisce quali persone e organizzazioni possono effettuare prestazioni a carico dell'AOMS. Trattasi di infermieri, organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e case di cura. Il capoverso 2 dello stesso articolo definisce le prestazioni di valutazione, consigli e coordinamento (lettera a), contiene un elenco di esami e cure (lettera b) e descrive le cure di base (lettera c).

L'articolo 8 OPre disciplina la prescrizione medica, il mandato medico e l'accertamento dei bisogni. Il capoverso 1 stabilisce che la prescrizione o il mandato medico delle prestazioni degli infermieri o delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio vanno definiti in base all'accertamento dei bisogni e al piano comune dei provvedimenti necessari. Se vi è un mandato medico, in caso di cure a domicilio il paziente può contattare un infermiere o un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio a sua scelta. L'infermiere valuta le prestazioni necessarie con il paziente e con il medico e definisce tipo, portata, momento, frequenza e durata degli interventi. Nel caso dei pazienti assistiti in una casa di cura, è quest'ultima a occuparsi della valutazione.

I dettagli della valutazione sono fissati in contratti amministrativi delle associazioni degli assicuratori malattia con le associazioni dei fornitori di prestazioni per i settori case di cura, organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e infermieri indipendenti. La procedura convenuta è solitamente la seguente.

- Deve esserci un mandato medico o una prescrizione medica.
- Un infermiere che soddisfa i requisiti definiti nel contratto amministrativo rileva i bisogni di cure. A tale scopo utilizza un formulario sul quale le parti contraenti si sono accordate e che contiene tutte le indicazioni necessarie. Nei limiti imposti dalle direttive cantonali, il fornitore di prestazioni è solitamente libero di scegliere fra vari sistemi di valutazione dei bisogni. Si possono utilizzare i sistemi PLAISIR, RAI/RUG o BESA.
- Il formulario di notifica dei bisogni, debitamente compilato e firmato dal medico e dall'infermiere responsabile, è consegnato all'assicuratore.

Nell'ordine, spetta quindi al medico decidere, dopo aver valutato lo stato di salute del paziente, se occorrono cure ambulatoriali a domicilio o in una casa di cura; poi, di concerto con il personale infermieristico, secondo la normativa vigente (art. 7 e 8 OPre), il medico stabilisce quali sono le cure appropriate; infine spetta al personale infermieristico applicare le misure concordate. Questa regolamentazione è stata adottata per assicurare il miglior coordinamento possibile tra trattamento e cure, dato che la collaborazione tra medico e personale infermieristico è nell'interesse del paziente.

---

<sup>5</sup> FF 1992 I 65, p.134

Per accordare maggiore importanza alla responsabilità specifica degli infermieri per la valutazione, i consigli e le cure di base, occorre modificare l'articolo 8 OPre.

### **1.3 Determinazione di indicatori medici della qualità**

Ai sensi dell'articolo 59a LAMal, i fornitori di prestazioni sono tenuti a comunicare gratuitamente dati alla Confederazione, fra cui segnatamente informazioni riguardanti gli indicatori medici della qualità. Per sgravare i fornitori di dati e assicurare una rilevazione affidabile e di qualità, i dati necessari per gli indicatori della qualità devono potere essere acquisiti direttamente dagli strumenti di accertamento dei bisogni. Affinché i fornitori di prestazioni sappiano quali dati occorrono a tale scopo, l'UST, in collaborazione con l'UFSP, appronta un regolamento per il trattamento, nel quale sono definiti i dati in questione (art. 30c OAMal). Alle parti interessate viene data la possibilità di esprimersi sulle relative variabili nel corso di un'audizione. Migliorando la qualità è possibile inoltre risparmiare costi inutili. L'obiettivo è fare in modo che tale operazione si svolga con dati di routine sia per tenere bassi i costi amministrativi, sia per garantire l'affidabilità di tali dati. La definizione di requisiti minimi per gli strumenti utilizzati per la valutazione dei bisogni mira anche a garantire che tali strumenti consentano di determinare indicatori della qualità.

### **1.4 Durata della prescrizione medica**

La prescrizione o il mandato medico ha una durata determinata. L'articolo 8 capoverso 6 OPre ne fissa la durata massima a tre mesi per i pazienti affetti da una malattia acuta, a sei mesi per i pazienti lungodegenti e a due settimane per i pazienti che necessitano di cure acute e transitorie dopo un soggiorno ospedaliero. Una proroga della validità comporta un certo onere tanto per il medico quanto per il personale sanitario. Per i pazienti che necessitano di cure di lunga durata, in particolare, si pone la questione del rapporto costi/benefici di una limitazione della durata. Per eliminare tale limitazione, occorre modificare l'articolo 8 OPre. Il capoverso 6<sup>bis</sup> di questo articolo prevede invece già che, per le persone che ricevono un assegno per grandi invalidi dell'assicurazione vecchiaia e superstiti, dell'assicurazione invalidità e dell'assicurazione infortuni a causa di una grande invalidità di grado medio o elevato, la prescrizione o il mandato medico sia di durata illimitata per quanto concerne le prestazioni attinenti alla grande invalidità. Non è pertanto necessario apportarvi alcuna modifica.

Soprattutto per ragioni di controllo dei costi, eliminare in generale la durata della prescrizione o del mandato medico pare inopportuno.

Per assicurare il rispetto dei requisiti prescritti dalla legge come la qualità, l'appropriatezza, l'efficacia o l'economicità è possibile per esempio definire indicatori specifici oppure fissare limiti temporali.

A tal fine, l'OPre prevede vari tipi di limitazione temporale, ad esempio per le prestazioni di fisioterapia (art. 5 cpv. 4 OPre) o di ergoterapia (art. 6 cpv. 4 OPre). Tali limitazioni non sono tuttavia definitive: è infatti possibile continuare un trattamento previa consultazione del medico di fiducia dell'assicuratore. Per quanto riguarda la prescrizione o il mandato medico di cui all'articolo 8 OPre, fatta eccezione per le cure acute e transitorie, una proroga è sempre possibile se necessario (cpv. 7).

La prescrizione o il mandato medico così come le limitazioni previste hanno parimenti lo scopo, soprattutto nel settore delle cure, di assicurare un coordinamento tra medico e personale sanitario, e di garantire un dialogo tra i diversi attori permettendo così di evitare possibili doppioni nella catena delle cure.

### **1.5 Valutazione**

La valutazione dei bisogni e i consigli al paziente non dovrebbero richiedere l'intervento del medico, e il personale sanitario dovrebbe decidere autonomamente delle cure di base e della loro applicazione. Ciò nonostante, alcune condizioni preesistenti devono essere rispettate.

- L'ospedale è un fornitore di prestazioni ai sensi della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) e secondo l'AOMS si assume la responsabilità dell'esito del trattamento. In linea di principio, la ripartizione delle competenze all'interno dell'ospedale non deve essere disciplinata dalla LAMal. Qualora si rendano necessarie, le direttive in materia devono essere emanate dalla direzione dell'ospedale. Per questo motivo, nel quadro dell'AOMS la delimitazione tra la responsabilità propria e un'attività «ausiliaria» del personale infermieristico ospedaliero non è decisiva. Spetta tuttavia al medico curante decidere se e quali misure terapeutiche possono essere delegate. Per esempio, la decisione se in seguito a un'ospedalizzazione sono necessarie cure acute o transitorie (art. 25a, cpv. 2 LAMal) compete al medico dell'ospedale, il quale è libero di coinvolgere, come spesso accade, il personale sanitario.
- Le competenze dei medici nonché delle organizzazioni e degli infermieri nel settore delle cure dispensate ambulatorialmente e nelle case di cura sono disciplinate nell'OPre. In futuro, il personale medico e in particolare quello infermieristico dovranno avvalersi maggiormente delle rispettive competenze, ma sempre prestando attenzione al coordinamento delle cure ciò che, unitamente a processi di trattamento basati sull'evidenza, migliorerà la qualità delle prestazioni. Un maggiore accesso diretto ai fornitori di prestazioni individuali va contro tali sforzi e contro il rafforzamento del coordinamento. Inoltre, l'accesso diretto non offre alcun valore aggiunto ai pazienti, al contrario, aumenta il pericolo di un incremento del volume di prestazioni a carico dell'AOMS.

Per accordare maggiore autonomia al personale sanitario mantenendo il mandato medico e senza introdurre nella LAMal una nuova categoria di fornitori di prestazioni ammessi a esercitare direttamente a carico dell'AOMS, occorre semplificare le procedure amministrative. Questo è l'obiettivo perseguito dalle modifiche dell'articolo 8 OPre proposte qui di seguito.

## 1.6 Conseguenze sui costi

### *Cure dispensate in case di cura*

Per quanto riguarda le case di cura, l'UFSP pubblica sia un monitoraggio dei costi per assicurato<sup>6</sup> sia cifre chiave relative ad aspetti delle cure e alle finanze<sup>7</sup>. Una variazione significativa dei costi e del personale sarebbe quindi rapidamente visibile. Nelle case di cura, l'incentivo ad aumentare il volume di prestazioni nei settori della valutazione, dei consigli, del coordinamento e delle cure di base è relativamente debole: l'AOMS rimborsa infatti un contributo giornaliero a seconda del livello dei bisogni di cure del paziente, ma indipendentemente dal tipo di prestazioni erogate conformemente alla LAMal.

### *Cure dispensate ambulatorialmente*

Il contributo corrisposto dall'AOMS per le prestazioni dispensate da persone che esercitano a titolo indipendente e da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio che occupano personale infermieristico è calcolato in ragione delle ore impiegate. Da una prospettiva economica, questi fornitori di prestazioni sono incentivati a erogare il maggior numero possibile di prestazioni di cure di base, valutazione, consigli e coordinamento, con un conseguente aumento dei costi per l'AOMS e del finanziamento residuo per i Cantoni. L'accesso ai pazienti continuerà tuttavia ad avvenire tramite il medico curante che riceverà anche l'esito della valutazione dei bisogni, ciò che gli permetterà di intervenire nel caso quest'ultima non gli sembri adeguata. Questa modifica permette un'armonizzazione con la prassi attuale.

Inoltre, l'incentivazione menzionata sopra è limitata dal fatto che il nuovo sistema non mette in discussione il triplo controllo della fatturazione delle cure. In effetti, le fatture concernenti le cure possono e devono essere controllate da:

<sup>6</sup> Il monitoraggio dell'evoluzione dei costi dell'assicurazione malattie può essere consultato all'indirizzo [www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch) > Servizi > Fatti & cifre > Statistiche sull'assicurazione malattie > Monitoraggio dell'evoluzione dei costi attuale (disponibile in tedesco e francese).

<sup>7</sup> Le cifre chiave per le case di cura possono essere consultate all'indirizzo: [www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch) > Servizi > Fatti & cifre > Fatti & cifre delle case di cura medicalizzate.

- a. gli assicuratori che, tramite il loro personale specializzato, possono controllare la concordanza tra la valutazione dei bisogni effettuata dal personale sanitario qualificato e le cure effettivamente fatturate; l'articolo 8c capoverso 4 (art. 8a cpv. 3 vigente) permette al medico di fiducia di effettuare controlli se la valutazione dei bisogni supera le 60 ore per trimestre;
- b. il paziente stesso che, secondo il finanziamento delle cure, partecipa ai costi per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale ed è chiamato a partecipare per quanto possibile alla valutazione dei suoi bisogni;
- c. i Cantoni o i Comuni che, dovendo assumere il finanziamento residuo, assicurano anche la presa a carico di una parte dei costi delle cure.

Riepilogando, dato che in linea di principio le cure continueranno a necessitare di una prescrizione medica e che gli assicuratori malattie manterranno i loro compiti di controllo, le modifiche proposte non dovrebbero comportare alcun aumento significativo dei costi a carico dell'AOMS.

## 1.7 Terminologia

Il «bisogno di cure» (Pflegebedarf, besoin en soins) si riferiscono al fatto che in generale un paziente necessita di cure professionali mentre la «valutazione dei bisogni» (Bedarfsermittlung, évaluation des soins requis) si riferisce alla definizione delle cure specifiche di cui il paziente ha bisogno in relazione alla sua situazione.

## 2. Modifiche relative alla valutazione dei bisogni nelle case di cura

### 2.1 Situazione iniziale

Gli strumenti di valutazione dei bisogni BESA, PLAISIR e RAI/RUG, attualmente utilizzati in Svizzera nel settore delle case di cura, misurano il bisogno terapeutico di cui all'articolo 25a della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) in modo diverso. Basandosi sul minutaggio medio riportato in un catalogo delle prestazioni, BESA e PLAISIR traducono in minuti l'onere per le cure, dopodiché, sulla scorta di tale valore, assegnano la persona a uno dei 12 livelli dei bisogni di cure OPre. RAI/RUG ripartisce le persone bisognose di cure in gruppi in base a una valutazione del loro stato di salute. A ognuno dei gruppi previsti è associato un onere per le cure medio. Il gruppo designato (e quindi anche la persona inseritavi) viene poi classificato in uno dei 12 livelli dei bisogni di cure OPre. In questa situazione può succedere che per la stessa situazione e gravità si giunga a totali diversi dei minuti necessari per le cure o a classificazioni diverse nei 12 livelli dei bisogni di cure di cui all'articolo 7a OPre e, di conseguenza, a rimborsi differenti da parte degli assicuratori malattia e quindi anche a oneri finanziari diversi per i Cantoni e in alcuni casi pure per i pazienti.

Da più parti è giunta la richiesta di una regolamentazione nazionale che uniformi la struttura federale eterogenea. Interventi parlamentari in tal senso sono stati presentati segnatamente dai consiglieri nazionali Bortoluzzi (interpellanza 10.3550)<sup>8</sup>, Heim (postulato 12.4053<sup>9</sup>, interpellanza 14.4191<sup>10</sup>), Humbel (interpellanza 12.1091<sup>11</sup>, mozione 13.4217<sup>12</sup>, interpellanza 15.4224<sup>13</sup>), Lohr (interpellanza 16.3758<sup>14</sup>, mozione 16.4023<sup>15</sup>) e Cassis (interpellanza 16.4030<sup>16</sup>). Alcune versioni di una parte degli strumenti utilizzati in Svizzera sono già state calibrate, ossia armonizzate per quanto riguarda le loro stime temporali (RAI/RUG NH 2.0 con Index 2012, BESA CP 2005 e BESA CP 2010). Le differenze che ancora

<sup>8</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20103550>

<sup>9</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20124053>

<sup>10</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20144191>

<sup>11</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20121091>

<sup>12</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20134217>

<sup>13</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20154224>

<sup>14</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20163758>

<sup>15</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20164023>

<sup>16</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20164030>

permangono tra le versioni dei sistemi già calibrati sono minime, ma dopo questa prima fase i lavori di uniformazione con il coinvolgimento di tutti gli attori si sono arenati.

Nella sua risposta all'interpellanza 15.4224, il Consiglio federale ha annunciato che con la definizione a livello di ordinanza di requisiti minimi per gli strumenti di valutazione dei bisogni intende favorirne l'armonizzazione. Ha poi ribadito questo suo proposito nella sua risposta all'interpellanza 16.3758<sup>17</sup>. Una classificazione diversa della stessa situazione sanitaria a dipendenza dello strumento di valutazione dei bisogni, della versione o del Cantone è in contrasto con l'intento del Consiglio federale. Una classificazione dei bisogni secondo criteri comparabili è indispensabile ai fini dell'armonizzazione degli strumenti di valutazione di tutta la Svizzera.

La relativa uniformazione in questo ambito raggiunta grazie alla calibrazione di BESA e RAI/RUG è ora messa in discussione. Attualmente, il perfezionamento, peraltro necessario, di questi sistemi avviene senza un coordinamento reciproco perché non si è badato ad armonizzare gli adattamenti mediante appositi studi dei tempi. Alcuni Cantoni hanno annunciato di volersi dotare di versioni di RAI (Index 2016) calibrate mediante recenti studi dei tempi. Il Cantone di Soletta lo sta già utilizzando, altri stanno valutando la possibilità di fare altrettanto. In futuro, anche il sistema BESA potrebbe essere ricalibrato adeguando i minuti calcolati dallo strumento sulla base di studi dei tempi.

Inoltre, alcuni Cantoni non hanno mai del tutto implementato le raccomandazioni scaturite dalla citata calibrazione di BESA e RAI/RUG. Al riguardo sono sorti timori – formulati tra l'altro nell'interpellanza 16.3758 – che i Cantoni approfittassero del perfezionamento degli strumenti per sgravarsi finanziariamente a scapito dell'AOMS. Nel suo parere sull'interpellanza citata, il Consiglio federale ha sottolineato che cambiare lo strumento di valutazione dei bisogni di cure al solo scopo di sgravare il finanziamento residuo cantonale non è in alcun caso una scelta appropriata. Questi possibili scenari evidenziano oltretutto l'urgenza di armonizzare la valutazione dei bisogni a livello nazionale.

L'interpellanza 16.4030<sup>18</sup> invita il Consiglio federale a indicare come intende agire per impedire iniziative autonome da parte dei Cantoni e in che modo gli strumenti perverebbero a una classificazione comparabile fissando requisiti minimi. Nella sua risposta del 22 febbraio 2017, il Consiglio federale ha dichiarato che i requisiti minimi devono essere attuati obbligatoriamente in tutta la Svizzera e definiti in modo da consentire un ampio allineamento dei risultati della valutazione dei bisogni.

La mozione 16.4023<sup>19</sup> chiede dal canto suo che il Consiglio federale prescriva uno strumento di valutazione dei bisogni di cure unitario. Nel suo parere del 3 marzo 2017, il Consiglio federale ha osservato che l'obiettivo, ossia una valutazione dei bisogni secondo criteri comparabili, può essere raggiunto anche attraverso una misura meno incisiva: la definizione di requisiti minimi degli strumenti utilizzati. La fissazione nella legge di un sistema uniforme richiederebbe agli utenti degli altri sistemi ingenti investimenti finanziari, organizzativi e in termini di tempo che potrebbero rivelarsi problematici. Al tempo stesso, la definizione di requisiti minimi garantisce l'apertura a vari sistemi, a condizione che assicurino una classificazione comparabile, contrariamente a quanto avverrebbe con l'imposizione di un unico sistema, che godrebbe di un'inopportuna posizione di monopolio. La definizione di requisiti minimi permetterebbe ai fornitori di prestazioni di non dipendere da un unico sistema, il che potrebbe generare un aumento dei costi, e lascerebbe il mercato aperto a potenziali concorrenti.

## **2.2. Risultati dello studio esterno**

La società di ricerca e consulenza INFRAS è stata incaricata di eseguire uno studio per verificare la possibilità di raggiungere un'armonizzazione dei risultati della valutazione dei bisogni tramite la definizione di requisiti minimi a livello di ordinanza. I lavori sono iniziati il 1° settembre 2016. Il rapporto finale era pronto il 10 marzo 2017 ed è stato pubblicato il 5 luglio 2018<sup>20</sup>.

<sup>17</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20163758>

<sup>18</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20164030>

<sup>19</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20164023>

<sup>20</sup> <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-kranken-unfallversicherung.html>

Lo studio esterno illustra con diverse varianti le possibilità per armonizzare tramite requisiti minimi gli strumenti di valutazione dei bisogni. Studi dei tempi e altri requisiti minimi permettono di rendere la classificazione media per ciascun livello dei bisogni di cure ampiamente indipendente dal sistema utilizzato e di garantire un'applicazione uniforme dei singoli strumenti in tutta la Svizzera.

Nella classificazione, a livello dei singoli assicurati rimane una certa varianza individuale difficile da valutare in anticipo visto che gli strumenti funzionano in modo diverso. Al riguardo, è opportuno osservare che pur utilizzando un unico strumento, la valutazione dei bisogni non può essere appropriata per ogni singolo caso. I bisogni di cure vengono stimati tramite determinati indicatori dello stato e delle capacità del paziente oppure tramite la rilevazione delle attività svolte in un periodo campione. Tali strumenti di valutazione possono prevedere i reali bisogni di cure solo con un certo margine di imprecisione come del resto capita anche all'interno di un unico strumento. Una riproduzione esatta dei bisogni di cure nel singolo caso deve essere soppesata in funzione dell'onere necessario per la sua valutazione.

### **2.3. Modifiche proposte**

La modifica proposta prevede uno strumento per valutare i bisogni nelle case di cura che distingua esplicitamente tra cure di cui all'articolo 7 capoverso 2 OPre e le altre prestazioni. In tal modo si vuole assicurare che la valutazione dei bisogni includa tutte le prestazioni di cura, ma esclusivamente queste. È necessario poter dimostrare che gli strumenti misurano correttamente il numero di minuti. A tal fine occorre fondarsi su studi dei tempi che dimostrino che i bisogni di cure identificati a campione corrispondano alle prestazioni effettivamente fornite rilevate in questi casi. Lo strumento deve garantire in particolare che la media delle prestazioni effettivamente fornite nell'insieme dei casi esaminati, ciascuno dei quali assegnato a un determinato livello dei bisogni di cure, rientri nell'intervallo di tempo del livello in questione di cui all'articolo 7a capoverso 3. La varianza tra i bisogni di cure comprovati e le prestazioni effettivamente fornite deve essere indicata per ciascuno dei casi che lo strumento ha assegnato a uno dei 12 livelli nel quadro dello studio dei tempi. Ciò consente di giudicare la bontà della valutazione dei bisogni.

Gli studi devono essere stati condotti in Svizzera ed essere sufficientemente rappresentativi della totalità dei pazienti delle case di cura rilevati da ciascuno strumento. Il metodo con cui tali studi vengono realizzati deve essere uniforme per tutti gli strumenti e scientificamente riconosciuto e deve consentire di distinguere tra cure e altre prestazioni. La metodologia uniforme utilizzata deve essere stata concordata congiuntamente da fornitori di prestazioni, assicuratori e Cantoni, al fine di assicurare che tutti gli strumenti siano verificati con la stessa metodologia e i risultati della verifica siano così comparabili. Dal momento che due dei tre sistemi sono già stati valutati con il metodo CuraTime, sarebbe prevedibile che fosse questa metodologia a imporsi per tutti i sistemi. La conformità ai requisiti deve poter essere dimostrata da uno strumento utilizzato per la valutazione dei bisogni di cure non appena concluso il periodo transitorio successivo all'entrata in vigore delle modifiche dell'OPre. Anche in caso di modifiche successive agli strumenti, questi ultimi devono mostrare che i requisiti continuano a essere soddisfatti.

## **II. Parte speciale: commento alle singole disposizioni**

### **Art. 7 cpv. 2 lett. a n. 1 Definizione delle cure**

Questa disposizione non menziona più la collaborazione con il medico e il paziente dato che il nuovo articolo 8a capoverso 1 stabilisce chi effettua la valutazione dei bisogni.

### **Art. 8 Prescrizione o mandato medico**

La prescrizione o il mandato medico, «porta d'accesso» alle cure che assicura la funzione di cardine del medico, si limita in un primo momento a definire la necessità delle cure e lascia stabilire al medico, solo nel caso dovesse considerarlo come necessario, se determinate prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 devono essere fornite. Non vengono effettuate ulteriori distinzioni in base al tipo di prestazione da fornire.

Il capoverso 2 limita la durata della prescrizione o del mandato medico a nove mesi per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 (lett. a). La lettera b stabilisce che le cure acute e transitorie prescritte da un medico dell'ospedale, necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero, possano essere dispensate per un periodo di due settimane al massimo.

Il capoverso 3 riprende integralmente il capoverso 6<sup>bis</sup> dell'articolo 8 vigente.

Analogamente al capoverso 7 dell'articolo 8 vigente, il capoverso 4 stabilisce che le prescrizioni e i mandati medici di cui al capoverso 2 lettera a possono essere prorogati. Per le cure acute e transitorie non sono possibili proroghe superiori al periodo massimo di due settimane.

Il capoverso non pone condizioni, quali ad esempio un limite al numero di proroghe. Le proroghe devono comunque sempre rispettare la durata massima di cui al capoverso 2 lettera a.

### **Art. 8a Valutazione dei bisogni (nuovo)**

Questo nuovo articolo riguarda la valutazione dei bisogni in generale. Le sue disposizioni valgono quindi per gli infermieri (art. 49 OAMal), per le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal) e per le case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal).

Il capoverso 1 stabilisce che la valutazione dei bisogni viene effettuata da un infermiere (art. 49 OAMal), che ne comunica l'esito al medico prescrivente per l'aggiornamento della cartella medica. La persona che procede alla valutazione dei bisogni deve imperativamente soddisfare le condizioni di cui all'articolo 49 OAMal e per questo motivo è fatto riferimento a tale articolo. Lo stesso vale per le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e per le case di cura, rispettivamente per il loro personale che effettua le valutazioni dei bisogni. A una maggiore autonomia nella valutazione dei bisogni corrisponde anche una maggiore responsabilità. Il requisito dell'attività pratica di due anni previsto dall'articolo 49 lettera b OAMal è pertanto indispensabile per garantire la qualità necessaria della valutazione dei bisogni ai pazienti che ricevono le cure a domicilio o in una casa di cura. Ogni valutazione richiede la collaborazione del paziente e dei suoi familiari. La collaborazione dei familiari è necessaria in particolare quando si tratta di cure palliative o di pazienti affetti da demenza. Del resto, i familiari sono spesso coinvolti nel sostegno ai pazienti. Anche l'obbligo sancito nel capoverso 3 di tenere conto dell'ambiente sociale del paziente è da intendersi in tal senso.

Se dalla valutazione dei bisogni emerge la necessità di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b, prima di fornire tali prestazioni è necessario il consenso esplicito del medico, il quale può accordarlo firmando il formulario della valutazione dei bisogni. Se il medico non dovesse invece accordare il suo consenso, deve essere effettuata una nuova valutazione dei bisogni, tenendo conto delle indicazioni mediche e coinvolgendo il medico, qualora egli lo desideri.

Il capoverso 3 ricalca il capoverso 2 dell'articolo 8 vigente.

Il capoverso 4 ricalca il capoverso 3 dell'articolo 8 vigente senza tuttavia riprendere la nozione di «parti alla convenzione tariffale», dato che, fatta eccezione per le cure acute e transitorie, il nuovo finanziamento delle cure non richiede più negoziati tariffali.

Il capoverso 5 prevede ora che lo strumento utilizzato per la valutazione dei bisogni debba consentire la determinazione di indicatori medici della qualità; i dati necessari a tale scopo devono quindi poter essere rilevati direttamente dagli strumenti di accertamento dei bisogni.

Il capoverso 6 riprende testualmente il capoverso 5 dell'articolo 8 vigente.

Il capoverso 7 precisa che occorre effettuare una nuova valutazione dei bisogni nel caso in cui la prescrizione o il mandato medico debba essere modificato a causa di un cambiamento dello stato del paziente, oppure prorogato, per assicurare che il paziente riceva sempre le cure adeguate al suo stato di salute.

L'esito di ogni nuova valutazione dei bisogni deve essere comunicato al medico prescrivente qualora questi non vi abbia preso parte e non sia già de facto informato. È importante che la comunicazione tra medico prescrivente e personale sanitario sia sempre assicurata.

### **Art. 8b Valutazione dei bisogni nelle case di cura (nuovo)**

Questo nuovo articolo si prefigge di disciplinare più in dettaglio la procedura di valutazione dei bisogni nelle case di cura e di definire i requisiti minimi dei sistemi di valutazione dei bisogni. Le disposizioni di questo articolo riguardano esclusivamente le case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal) e assicurano che i bisogni da valutare vengano misurati in base alle cure dispensate nella qualità necessaria, in modo efficiente ed economico (art. 25a cpv. 4 LAMal).

Il capoverso 1 definisce i requisiti degli strumenti utilizzati per valutare i bisogni di cure nelle case di cura. In primo luogo (lett. a) tali strumenti devono essere in grado di distinguere le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 (cure) dalle altre prestazioni. Dato che per i contributi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di cui all'articolo 7a capoverso 3 sono rilevanti solo le cure, la valutazione dei bisogni per la classificazione in uno dei 12 livelli deve limitarsi a queste ultime.

In secondo luogo (lett. b), per determinare i bisogni di cure gli strumenti devono basarsi su prestazioni effettivamente fornite individuate in studi dei tempi. Occorre cioè che in tali studi sia stata verificata la corrispondenza tra i valori comprovati e le prestazioni effettivamente fornite. Lo strumento deve garantire che la media delle prestazioni effettivamente fornite nell'insieme dei casi esaminati, ciascuno dei quali assegnato a un determinato livello dei bisogni, rientri nell'intervallo di tempo del rispettivo livello di cui all'articolo 7a capoverso 3 tra i dodici livelli di bisogni fissati. Se per esempio lo strumento assegna 100 casi al livello dei bisogni di cure 4, la media delle prestazioni effettivamente fornite in questi 100 casi esaminati nello studio deve situarsi tra i 61 e gli 80 minuti, essendo il livello 4 definito nell'articolo 7a come bisogni di cure da 61 a 80 minuti. Per quanto riguarda i singoli assicurati, i bisogni di cure effettivi possono quindi situarsi anche al di fuori di tale intervallo, ma lo scostamento deve compensarsi nella media di tutti gli assicurati. Di norma, la media dovrebbe situarsi all'incirca al centro dell'intervallo di ciascun livello dei bisogni di cure, ma nella modifica dell'ordinanza si rinuncia a introdurre un'ulteriore limitazione visto che non si sa come sono distribuite le cure all'interno di ogni livello dei bisogni.

In terzo luogo (lett. c) deve essere comprovata anche la varianza delle prestazioni effettivamente dispensate rispetto ai bisogni di cure comprovati per tutti i casi assegnati dallo strumento a un determinato livello dei bisogni di cure nel quadro dello studio dei tempi. Riprendendo lo stesso esempio, per quei 100 casi assegnati al livello 4 deve essere indicata la varianza tra le prestazioni effettivamente fornite misurate nello studio e i bisogni di cure comprovati. Lo scopo di questa disposizione è dimostrare la trasparenza e l'affidabilità della classificazione effettuata dallo strumento. La media dei bisogni di cure effettivi deve situarsi nell'intervallo del livello dei bisogni per impedire eventuali incentivi a una sovra- o sottoclassificazione generale. Benché in linea di principio non auspicati, gli scostamenti individuali sono possibili, come citato, e dovrebbero essere ridotti nel quadro del perfezionamento degli strumenti per garantire una classificazione il più corretta possibile anche del singolo caso, a condizione che nella prassi ciò sia possibile con un onere ragionevole. Ai fini della trasparenza in questo ambito e per favorire

la scelta di uno strumento in grado di ritrarre nel modo più fedele possibile anche il singolo caso, lo strumento deve indicare la varianza (deviazione standard) dei bisogni di cure individuali effettivi in minuti rispetto ai bisogni di cure comprovati secondo la classificazione operata. Questa informazione potrà tornare utile in futuro per limitare l'entità della varianza tollerata.

Il capoverso 2 definisce i requisiti degli studi dei tempi mediante i quali viene verificato il rispetto delle condizioni di cui al capoverso 1. Tali studi confrontano il tempo impiegato nelle case di cura per dispensare le cure a un assicurato con la classificazione di quest'ultimo effettuata dallo strumento di valutazione dei bisogni in questione. Gli studi devono basarsi su una metodologia uniforme per tutta la Svizzera, concordata congiuntamente da assicuratori, fornitori di prestazioni e Cantoni. In questo modo si assicura che tutti gli strumenti siano verificati con la stessa metodologia e che i risultati delle verifiche siano comparabili. La metodologia deve essere scientificamente riconosciuta e atta a distinguere le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 e le cure acute e transitorie dalle altre prestazioni, come previsto dal capoverso 1 lettera a. Per avere la certezza che riflettano la situazione in Svizzera, gli studi dei tempi devono essere realizzati nelle case di cura presenti in Svizzera, badando a che consentano di giungere a risultati significativi per la totalità degli assicurati rilevati dallo strumento ospiti di case di cura. Il campione scelto deve quindi essere sufficientemente rappresentativo di tutti i Cantoni in cui si applica o si applicherà lo strumento. Il concetto di «sufficiente rappresentatività» si riferisce al fatto che, dal momento che né le case di cura né i pazienti possono essere obbligati a partecipare agli studi dei tempi, è difficile ottenere un campione interamente casuale. Tuttavia si deve cercare di giungere, con tutti i mezzi appropriati, a un campione che sia il più rappresentativo possibile, ma solo di quei Cantoni in cui lo strumento viene o verrà applicato. Svolgere ad esempio uno studio dei tempi in regioni linguistiche in cui lo strumento non è utilizzato e nelle quali non è presente personale appositamente formato renderebbe questi studi eccessivamente dispendiosi.

#### **Art. 8c Procedura di controllo e di conciliazione (articolo 8a vigente)**

L'articolo 8a capoverso 3 vigente diventa il nuovo articolo 8c. Come in passato, riguarda unicamente il personale infermieristico e le organizzazioni di cure e aiuto a domicilio.

I capoversi 1 e 2 del vigente articolo 8a sono eliminati. Nel nuovo articolo 8c viene aggiunta la possibilità per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori di concordare a titolo integrativo ulteriori disciplinamenti della procedura di controllo.

### **III. Disposizioni transitorie della modifica del ...**

Le disposizioni transitorie concedono tempo ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori fino alla fine del 2021 per rendere la valutazione dei bisogni conforme ai nuovi requisiti di cui all'articolo 8*b*. Di conseguenza, fino ad allora la valutazione dei bisogni potrà essere ancora effettuata secondo il diritto anteriore. Dall'entrata in vigore della modifica, prevista per il 1° gennaio 2020, c'è quindi tempo a sufficienza per avviare la collaborazione tra fornitori di prestazioni e assicuratori, elaborare e realizzare gli studi dei tempi richiesti, apportare le necessarie modifiche ai sistemi, eventualmente formare i fornitori di prestazioni sulle modifiche nella valutazione dei bisogni e procedere a un cambio di sistema qualora un Cantone lo auspichi o lo debba effettuare perché quello che utilizza non è in grado o non è intenzionato a soddisfare i nuovi requisiti di cui all'articolo 8*b*.

### **IV. Entrata in vigore**

Le disposizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2020.