



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

**Bundesamt für Gesundheit BAG**  
Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung

**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)

Modifiche previste per il 1° luglio 2019

Commento e tenore delle modifiche

Berna, giugno 2018

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <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.....                               | 5         |
| <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 .....                                        | 9         |
| 2.1.10 Salari e rincaro generale .....                                                  | 9         |
| 2.2 Calcolo del fattore di correzione dei contributi alle cure.....                     | 11        |
| <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 e prestazioni di altri assicuratori sociali.....           | 13        |
| 3.1.3 Cure acute e transitorie .....                                                    | 14        |
| 3.1.4 Strutture diurne e notturne.....                                                  | 14        |
| 3.1.5 Definizione delle cure .....                                                      | 14        |
| 3.1.6 Evoluzione della struttura delle prestazioni secondo il tipo di trattamento.....  | 14        |
| 3.1.7 Salari e rincaro generale .....                                                   | 15        |
| 3.2 Calcolo del fattore di correzione dei contributi alle cure.....                     | 16        |
| <b>4 Evoluzione dei costi per l'AOMS con l'adeguamento dei contributi.....</b>          | <b>17</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 del</b>        |           |
| <b>bisogno).....</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 e alle</b>                 |           |
| <b>organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio .....</b>                               | <b>18</b> |
| 1.1 Contesto .....                                                                      | 18        |
| 1.2 Situazione iniziale .....                                                           | 19        |
| 1.3 Durata della prescrizione medica – proposte di modifica.....                        | 20        |
| 1.4 Valutazione .....                                                                   | 20        |
| 1.5 Conseguenze sui costi .....                                                         | 21        |

|             |                                                                                 |           |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.6         | 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.        | Elaborazione di indicatori di qualità .....                                     | 24        |
| 2.4.        | Modifica proposta .....                                                         | 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 ambulatoriamente 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 delle infermiere, 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 proiettati 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 il calcolo 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: «Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten», rapporto conclusivo, 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 proiettati 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.

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**

L'evoluzione dei costi di cure efficienti può essere un criterio per adeguare i contributi dell'AOMS alle cure se tali costi sono documentati in maniera trasparente come prescritto dall'ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre; RS 832.104).<sup>1</sup> Poiché la trasparenza dei costi necessaria per la determinazione del finanziamento residuo dei Cantoni non è stata raggiunta, il 23 giugno 2015 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha scritto ai Cantoni e alle organizzazioni delle case di cura ribadendo che i costi delle cure vanno calcolati in base alle disposizioni dell'OCPre e che l'attribuzione dei costi alle cure, all'assistenza e alla parte alberghiera deve avvenire in funzione del rilevamento del tempo di lavoro. Considerato il rischio che l'evoluzione dei costi dell'unità finale d'imputazione concernente le cure soggette all'obbligo LAMal esposta nella statistica SOMED (+14 % tra il 2010 e il 2014, tabella 13-A) non corrisponda alla reale evoluzione dei costi, si rinuncia a fondarsi sui costi relativi alle cure soggette all'obbligo LAMal.

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 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 del bisogno di cure e dei salari del personale di cura per la fornitura di cure soggette all'obbligo LAMal (cfr. cifre 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

<sup>1</sup> Parere del 6 luglio 2016 del Consiglio federale in risposta al postulato 16.3352 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale.

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 infatti 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 alla cifra 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 del bisogno di cure BESA e RAI/RUG, l'evoluzione dell'intensità delle cure o il trasferimento della fatturazione del materiale (cfr. in proposito le cifre 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. cifra 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. cifra I.1.2). 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 tuttavia 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. Ma anche se determinati materiali utilizzati dal personale di cura fossero stati fatturati separatamente, ciò non significa ancora che queste prestazioni non siano state incluse almeno in parte nelle tariffe o nei rimborsi considerati per il calcolo dei contributi alle cure.

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. cifra 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 di 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. cifra 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. cifra 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 del bisogno 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'influsso 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 era 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 del bisogno 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.

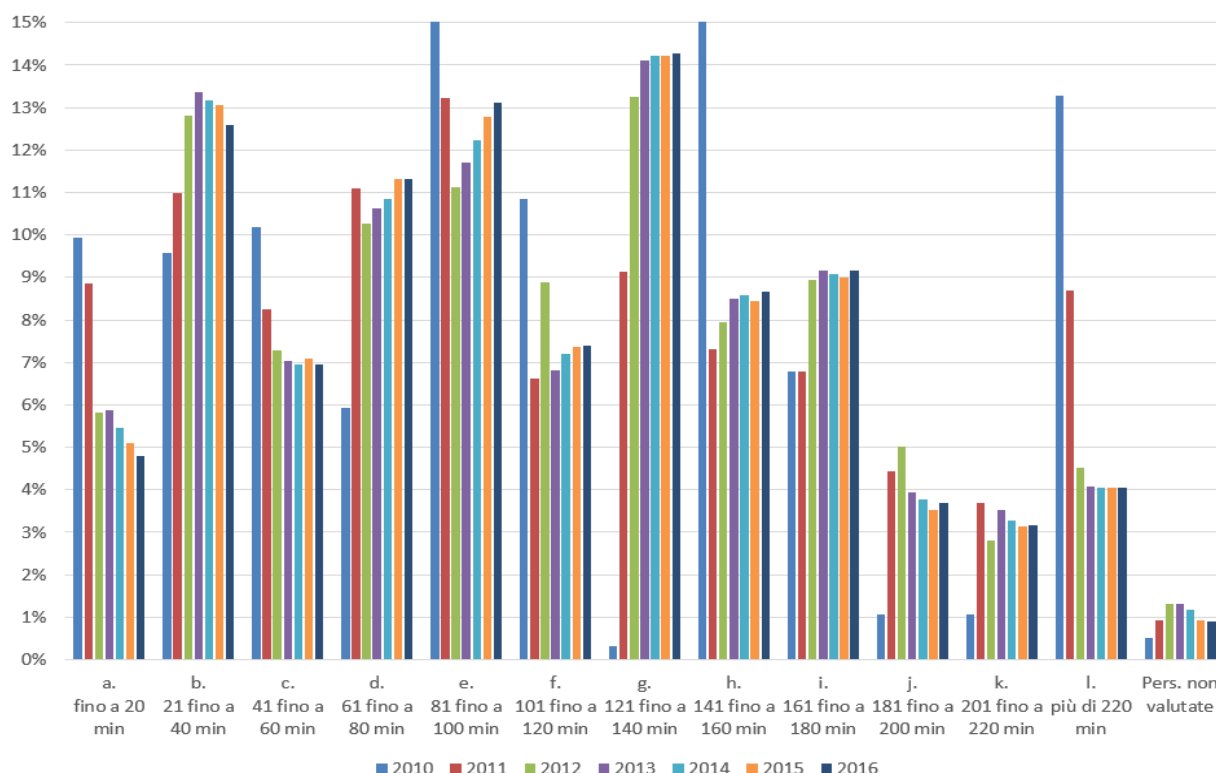
#### **2.1.8 Introduzione del catalogo delle prestazioni BESA CP 2010**

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 il bisogno di cure dei pazienti sia rimasto costante 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 del bisogno 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).

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 del bisogno di cure dei pazienti.

### 2.1.10 Salari e rincaro generale

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>2</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. 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).

Visto quanto precede, si rinuncia a includere l'evoluzione dei salari e del rincaro nell'esame dei contributi alle cure.

---

<sup>2</sup> Analisi UFSP

## 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 «Eestero» e «Non noto») secondo l'emittente della fattura, l'inizio del trattamento risp. il numero di codice creditore del fornitore di prestazioni (categoria principale «Case di cura», cfr. cifra 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:

| Pool di dati / Svizzera (senza «Eestero» e «Non noto») |                                                                                                                                     |                  |                                        |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------|
|                                                        | Pool di dati, emittente della fattura, inizio del trattamento, fornitori di prestazioni «Case di cura», tutti i tipi di prestazione |                  | Prestazioni lorde per giornata di cura |
|                                                        | Prestazioni lorde                                                                                                                   | Giornate di cura |                                        |
| <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 %                                 |

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

Correzione degli importi in franchi

|                                             | 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  | 19.21 |
| c. per bisogni di cure da 41 a 60 minuti:   | 27.00  | 28.81 |
| d. per bisogni di cure da 61 a 80 minuti:   | 36.00  | 38.41 |
| e. per bisogni di cure da 81 a 100 minuti:  | 45.00  | 48.02 |
| f. per bisogni di cure da 101 a 120 minuti: | 54.00  | 57.62 |
| g. per bisogni di cure da 121 a 140 minuti: | 63.00  | 67.22 |
| h. per bisogni di cure da 141 a 160 minuti: | 72.00  | 76.82 |

|                                                |        |        |
|------------------------------------------------|--------|--------|
| i. per bisogni di cure da 161 a 180 minuti:    | 81.00  | 86.43  |
| j. per bisogni di cure da 181 a 200 minuti:    | 90.00  | 96.03  |
| k. per bisogni di cure da 201 a 220 minuti:    | 99.00  | 105.63 |
| l. per bisogni di cure superiori a 220 minuti: | 108.00 | 115.24 |

Partendo dal presupposto che una parte delle prestazioni accessorie fatturate nel 2010 dalle case di cura nel 2014 sia stata fatturata dai centri di consegna EMAP e dalle farmacie, l'evoluzione considerata del totale delle prestazioni lorde alle case di cura dovrebbe essere inferiore a quella senza tale trasferimento. Per questo calcolo in base al principio della neutralità dei costi, ciò provoca un aumento dei contributi che dovrebbe essere un po' troppo alto. In realtà, secondo il pool di dati le prestazioni lorde per giornata di cura delle case di cura continuano a cambiare anche negli anni successivi l'adeguamento delle tariffe ai contributi LAMal: da 57.65 franchi nel 2014 passano a 56.93 nel 2015 e a 56.46 nel 2016 per poi risalire a 56.91 nel 2017 (il dato 2017 può essere distorto dalle cifre non ancora complete dell'ultimo anno di trattamento). Il calo può essere almeno in parte riconducibile all'effetto del trasferimento della fatturazione del materiale. Non è tuttavia escluso che sia ascrivibile ad altri fattori non specifici per il periodo di adeguamento delle tariffe ai contributi alle cure (2010-2014). È pertanto possibile che i contributi di cui all'articolo 7a OPre non siano così bassi come risulta dalla presente valutazione.

### **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 dalle infermiere, 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 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 le infermiere e gli infermieri indipendenti. Le infermiere e gli infermieri indipendenti dei Cantoni di Zurigo e Ginevra non ha 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 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 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 delle infermiere, 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 «Eestero» e «Non noto») secondo l'emittente della fattura, l'inizio del trattamento risp. il numero di codice creditore del fornitore di prestazioni (categoria principale «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. cifra I.2.1.1). 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 e prestazioni di altri assicuratori sociali**

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 le infermiere e gli infermieri. Il tipo di prestazione «Cure ambulatoriali Livello non noto» probabilmente comprendeva, oltre alle prestazioni lorde per le infermiere e 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 le infermiere e 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 medicamenti assieme alle cure. Come per le case di cura, si può comunque partire dal presupposto di un trasferimento della fatturazione delle prestazioni accessorie ai centri di consegna EMap, agli studi medici e alle farmacie (cfr. cifra I.2.1.2). In questo senso, l'evoluzione delle prestazioni lorde per giornata di cura per le infermiere, 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. Nel quadro della presente verifica si rinuncia a una correzione in questo senso. Si presuppone che a causa del trasferimento l'evoluzione del totale delle prestazioni lorde considerata per il calcolo della correzione dei contributi alle cure sia inferiore a quella che sarebbe risultata senza trasferimento. I contributi previsti nel quadro della presente verifica secondo il principio della neutralità dei costi dovrebbero pertanto essere leggermente troppo alti.

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, delle infermiere e 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. cifra 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 le infermiere e 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 le infermiere e 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.

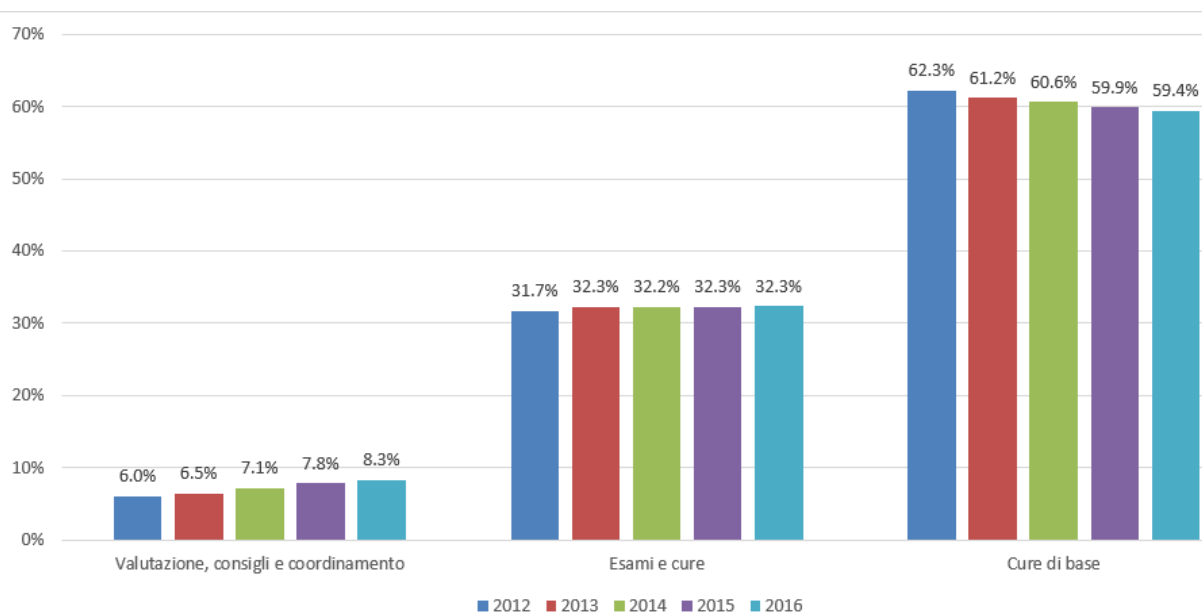
### **3.1.5 Definizione delle cure**

Gli adeguamenti del 2012 alle prestazioni di cui nell'OPre concernenti le misure di coordinamento e preparazione dei medicinali non dovrebbero aver avuto un effetto significativo sulla verifica della neutralità dei costi (cfr. cifra I.2.1.6).

### **3.1.6 Evoluzione della struttura delle prestazioni secondo il tipo di trattamento**

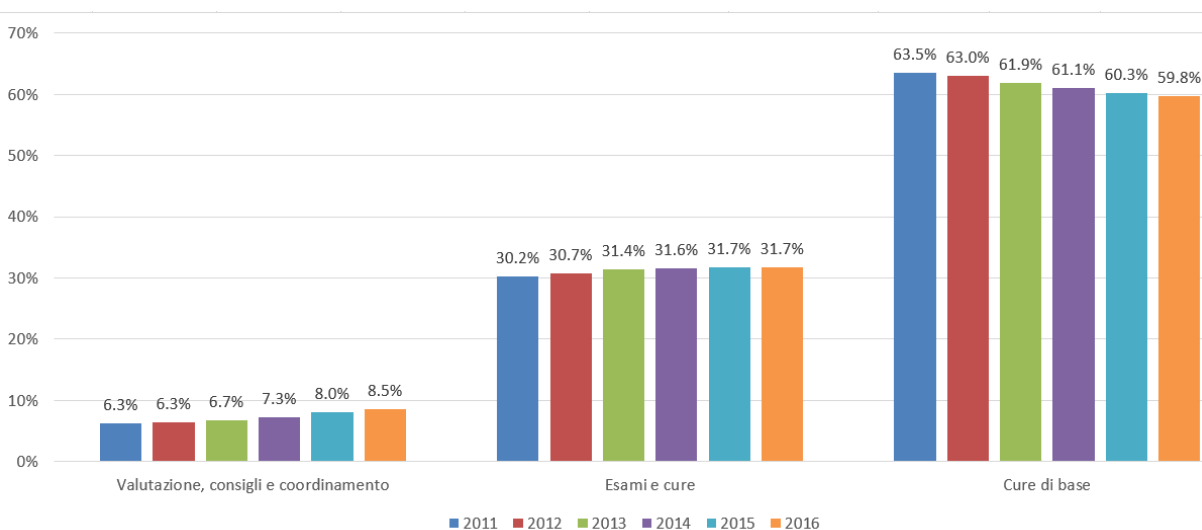
La verifica della neutralità dei costi parte dal presupposto che la struttura delle prestazioni dei pazienti secondo il tipo di trattamento sia rimasta costante nel periodo 2010-2014. Nella statistica Spitex, le ore fornite nel 2010 non sono state rilevate secondo il tipo di trattamento. Inoltre, per 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. cifra I.2.1.9).

Grafico 2: ripartizione dell'intensità delle 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 Spitex.

### 3.1.7 Salari e rincaro generale

La statistica Spitex rileva la totalità dei salari, senza differenziarli per funzione (cure, aiuto domestico, pasti, altre prestazioni). Non è possibile estrapolarne l'evoluzione dei salari del personale di cura per la fornitura di cure soggette all'obbligo LAMal. Per il settore delle cure a domicilio è pertanto indicato osservare gli stessi dati sull'evoluzione dei salari del settore delle case di cura e l'evoluzione del rincaro generale. Si rinuncia a una correzione dei fattori di costo (cfr. cifra 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 Spitex.

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

| Statistica Spitex                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                             |                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                         | Ricavi                                          | Ore                         | Ricavi per ora         |
| 2010                                                                                                                                                                                                                    | Totale da prestazioni OPre                      | Totale per prestazioni OPre |                        |
|                                                                                                                                                                                                                         | 597.37                                          | 10'312'682                  | 57.93                  |
|                                                                                                                                                                                                                         | Entrate                                         | Ore                         | Entrate per ora        |
| 2014                                                                                                                                                                                                                    | Prestazioni, cure di lunga durata, assicuratori | Cure di lunga durata        |                        |
|                                                                                                                                                                                                                         | 759.86                                          | 12'639'887                  | 60.12                  |
| Evoluzione                                                                                                                                                                                                              | Ricavi/entrate                                  | Ore                         | Ricavi/entrate per ora |
| 2010 - 2014                                                                                                                                                                                                             | 27,2 %                                          | 22,6 %                      | 3,78 %                 |
| <p> <b>Fattore correzione contributi</b> = <math>\frac{\text{Giornate di cura 2014}}{\text{Giornate di cura 2010}} \times \frac{\text{Prestazioni lorde 2010}}{\text{Prestazioni lorde 2014}} - 1 = -3,6 \%</math> </p> |                                                 |                             |                        |

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. cifra I.1.2).

Correzione degli importi in franchi

|                                                                    | Finora | Nuovo |
|--------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| a. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera a: | 79.80  | 76.93 |
| b. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b: | 65.40  | 63.05 |
| c. per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c: | 54.60  | 52.63 |

Partendo dal presupposto che una parte delle prestazioni accessorie fatturate nel 2010 dalle infermiere, dagli infermieri e dalle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio nel 2014 sia stata fatturata dai centri di consegna EMAP e dalle farmacie, l'evoluzione considerata del totale delle entrate per ora di

cura delle infermiere, degli infermieri e delle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio dovrebbe essere inferiore a quella senza tale trasferimento. Per il calcolo in forza del principio della neutralità dei costi, ciò dovrebbe sfociare in una diminuzione dei contributi maggiore di quella considerata nella presente verifica basata sui dati della statistica Spitex. Come per le case di cura (cfr. cifra I.2.2), anche nel settore dell'assistenza e cura a domicilio si osserva un cambiamento dei valori – ossia dei ricavi per ora (60.12 nel 2014, 60.40 nel 2015 e 60.90 nel 2016) –, anche dopo il periodo di adeguamento delle tariffe ai contributi alle cure (2010-2014). Non è tuttavia escluso che la modifica delle entrate per ora di cura delle infermiere, degli infermieri e delle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio sia ascrivibile ad altri fattori non specifici per il periodo di adeguamento delle tariffe ai contributi alle cure.

#### **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 «Eestero» e «Non noto»] secondo l'emittente della fattura, l'inizio del trattamento risp. il numero di codice creditore del 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 «Eestero» e «Non noto»] secondo l'emittente della fattura, l'inizio del trattamento risp. il numero di codice creditore del fornitore di prestazioni) 2016 (67 milioni per le infermiere e 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° luglio 2019.

# valutazione dei bisogni e requisiti minimi dei sistemi di valutazione del bisogno

## I. Parte generale

### 1. Modifiche riguardanti il mandato medico e la valutazione dei bisogni volte ad accordare maggiore autonomia al personale infermieristico e alle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio

#### 1.1 Contesto

Il 16 marzo 2011 l'ex consigliere nazionale Rudolf Joder (UDC, BE) ha presentato un'iniziativa parlamentare (11.418 «LAMal. Maggiore autonomia per il personale sanitario») del seguente tenore: «La LAMal deve essere modificata allo scopo di definire quali prestazioni medico-sanitarie devono essere fornite su prescrizione medica e quali possono essere fornite sotto la responsabilità del personale sanitario». Nella motivazione, l'autore ha addotto sostanzialmente i seguenti argomenti: dato il progressivo invecchiamento della popolazione e il carattere cronico di molte malattie, l'importanza delle cure aumenterà in maniera marcata. Inoltre, dall'introduzione della remunerazione forfettaria per caso i pazienti vengono dimessi più rapidamente dagli ospedali, il che rende necessarie cure più qualificate. Al contempo si osserva una penuria di personale sanitario. Concedendo maggiore autonomia al personale sanitario si accrescerebbe l'attrattiva della professione, si faciliterebbe il reclutamento dei giovani e si porrebbero le basi per favorire la permanenza a lungo termine degli infermieri qualificati in questo settore. La normativa proposta dovrebbe contribuire a ridurre i costi senza aumentare il volume delle prestazioni.

Il 3 febbraio 2012, con 20 voti contro 0 e 2 astensioni, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha dato seguito all'iniziativa. Il 16 aprile 2012, con 9 voti contro 0 e 2 astensioni, anche la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha dato il proprio consenso.

Il 29 giugno 2012 la CSSS-N ha incaricato la propria sottocommissione «LAMal»<sup>3</sup> di elaborare un progetto di atto normativo. Quest'ultima ha discusso una modifica della LAMal e approntato il relativo progetto preliminare. A tal fine, ha convocato alcuni periti dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), come previsto dall'articolo 112 capoverso 1 della legge sul Parlamento (LParl)<sup>4</sup>. La CSSS-N ha poi discusso il progetto preliminare e il 15 aprile 2015 ha analizzato il rapporto esplicativo e deciso di avviare la procedura di consultazione. Il 22 gennaio 2016 ha preso atto dei risultati della consultazione e ha approvato il rapporto<sup>5</sup> e il progetto di atto normativo<sup>6</sup> con 17 voti contro 5 e 2 astensioni. Nel suo parere<sup>7</sup> del 23 marzo 2016 il Consiglio federale, pur dicendosi consapevole di quanto sia importante il personale infermieristico per il corretto funzionamento del sistema sanitario, ha dichiarato che la strada scelta, ossia permettere a ulteriori categorie professionali di esercitare direttamente a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), non è adeguata. Ha anche ricordato che, allo scopo di garantire un numero sufficiente di infermieri qualificati e accrescere l'attrattiva delle professioni infermieristiche, sono già state intraprese diverse misure nel quadro della strategia «Sanità2020», del masterplan «Formazioni professionali sanitarie», del disegno della legge federale sulle professioni sanitarie e delle attività di promozione dell'interprofessionalità.

Nella seduta del 27 aprile 2016, il Consiglio nazionale ha respinto il progetto con 118 voti contro 67. L'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI – SBK) ha di conseguenza annunciato il lancio di un'iniziativa popolare «per cure infermieristiche forti». La raccolta firme si è conclusa il 29 novembre 2017 – in largo anticipo sul termine fissato il 17 luglio 2018 – con 114 078 firme valide su 114 403 depositate<sup>8</sup>.

Nella seduta del 9 marzo 2018, il Consiglio federale si è pronunciato contro l'iniziativa popolare «Per cure infermieristiche forti (Iniziativa sulle cure infermieristiche)» e ha incaricato il Dipartimento federale

<sup>3</sup> Humbel, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Fehr Jacqueline, Frehner, Gilli, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert

<sup>4</sup> RS 171.10

<sup>5</sup> FF 2016 2991

<sup>6</sup> FF 2016 3019

<sup>7</sup> FF 2016 3023

<sup>8</sup> FF 2017 6626

dell'interno (DFI) di studiare, insieme al Dipartimento federale dell'economia, della formazione e della ricerca (DEFR) e ai principali attori, misure concrete per migliorare la situazione del personale infermieristico.

Le modifiche proposte in questo rapporto mirano segnatamente ad andare nel senso dell'iniziativa parlamentare Joder 11.418, snellendo il processo amministrativo e accordando maggiore autonomia al personale sanitario mantenendo il ruolo di cerniera 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.

## 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 il bisogno 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>9</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 la valutazione 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 alla valutazione dei bisogni e del 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 il bisogno 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

---

<sup>9</sup> FF 1992 I 65, p.134

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 del bisogno, 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.

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 Durata della prescrizione medica – proposte di modifica**

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. Un prolungamento 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, un rinnovo 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.

### **1.4 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 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.

## 1.5 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>10</sup> sia cifre chiave relative ad aspetti delle cure e alle finanze<sup>11</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 del bisogno 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:

- 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;

<sup>10</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>11</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.

- 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 malattia manterranno i loro compiti di controllo, le modifiche proposte non dovrebbero comportare alcun aumento significativo dei costi a carico dell'AOMS.

## 1.6 Terminologia

Il «bisogno di cure» (Pflegebedarf, besoin en soins) si riferisce al fatto che in generale un paziente necessita di cure professionali mentre la «valutazione dei bisogni» (Bedarfsabklärung, 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 di cure 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. Atti parlamentari in tal senso sono stati presentati segnatamente dai consiglieri nazionali Bortoluzzi (interpellanza 10.3550)<sup>12</sup>, Heim (postulato 12.4053<sup>13</sup>, interpellanza 14.4191<sup>14</sup>), Humbel (interpellanza 12.1091<sup>15</sup>, mozione 13.4217<sup>16</sup>, interpellanza 15.4224<sup>17</sup>), Lohr (interpellanza 16.3758<sup>18</sup>, mozione 16.4023<sup>19</sup>) e Cassis (interpellanza 16.4030<sup>20</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 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 favorire l'armonizzazione. Ha poi ribadito questo suo proposito nella sua risposta all'interpellanza 16.3758<sup>21</sup>. Una classificazione diversa della stessa situazione sanitaria a dipendenza dello strumento di valutazione dei

<sup>12</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20103550>

<sup>13</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20124053>

<sup>14</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20144191>

<sup>15</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20121091>

<sup>16</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20134217>

<sup>17</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20154224>

<sup>18</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20163758>

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

<sup>20</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20164030>

<sup>21</sup> <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20163758>

bisogni, della versione o del Cantone è in contrasto con l'intento del Consiglio federale. Una classificazione del bisogno 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>22</sup> invita il Consiglio federale a indicare come intende agire per impedire iniziative autonome da parte dei Cantoni e in che modo gli strumenti perverrebbero 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>23</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 per la pubblicazione il 10 marzo 2017 (link).

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 del bisogno 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. Il bisogno di cure viene stimato tramite determinati indicatori dello stato e delle capacità del paziente oppure tramite la rilevazione delle attività svolte in un periodo campione. Tali strumenti

<sup>22</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20164030>

<sup>23</sup> <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20164023>

di valutazione possono prevedere il reale bisogno di cure solo con un certo margine di imprecisione come del resto capita anche all'interno di un unico strumento. Una riproduzione esatta del bisogno di cure nel singolo caso deve essere soppesata in funzione dell'onere necessario per la sua valutazione.

### **2.3. Elaborazione di indicatori di qualità**

La strategia del Consiglio federale «Sanità2020» si prefigge tra l'altro di garantire e migliorare la qualità dell'assistenza medica. La trasparenza in merito alla qualità delle prestazioni è fondamentale per poter individuare e migliorare i punti deboli. La qualità progredisce attraverso la misurazione e la trasparenza. Il miglioramento della qualità permette anche di evitare costi superflui. Nel settore delle case di cura, già oggi nel quadro della valutazione dei bisogni vengono acquisiti dati per l'elaborazione di indicatori di qualità. Attualmente, tali dati vengono raccolti in modo diverso a dipendenza dello strumento di valutazione dei bisogni utilizzato e l'integrazione di indicatori specifici si è rivelata in parte di difficile attuazione. 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 mira anche a garantire che gli strumenti utilizzati consentano di elaborare indicatori di qualità.

### **2.4. Modifica proposta**

La modifica proposta prevede che la valutazione dei bisogni nelle case di cura distingua esplicitamente tra cure di cui all'articolo 33 lettera b dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OA-Mal; RS 832.102) e altre prestazioni. In tal modo si vuole assicurare che la valutazione dei bisogni includa tutte le prestazioni, come pure esclusivamente le cure. I valori relativi al bisogno di cure comprovato ricavati dagli strumenti di valutazione dei bisogni devono corrispondere in media alle cure effettivamente dispensate in minuti. A tale scopo, i fornitori degli strumenti utilizzati dalle case di cura devono poter dimostrare che il loro prodotto misura correttamente il numero di minuti mediante studi rappresentativi dei tempi condotti in Svizzera sulla totalità dei pazienti delle case di cura. Il metodo con cui tali studi vengono realizzati deve essere scientificamente riconosciuto e consentire di distinguere tra cure e altre prestazioni. Gli studi dei tempi devono dimostrare che per il gruppo di persone bisognose di cure, inserite da un determinato strumento di valutazione dei bisogni in uno dei 12 livelli dei bisogni di cure, sono state effettivamente dispensate cure nella media di tale gruppo per un valore in minuti compreso nell'intervallo del livello in questione. Inoltre, lo strumento in questione deve indicare per ogni livello la varianza delle cure effettivamente dispensate rispetto al bisogno di cure comprovato. Ciò consente di giudicare la bontà della valutazione dei bisogni. I sistemi devono dimostrare che sono stati effettuati studi dei tempi conformi ai requisiti una prima volta dopo l'entrata in vigore delle modifiche dell'OPre e successivamente a ogni modifica apportata a tali sistemi affinché essa risulti comprensibile e trasparente.

Con la modifica proposta, la valutazione dei bisogni nelle case di cura dovrà permettere di elaborare dati per indicatori medici della qualità con dati di routine.

Infine, la disposizione che impone a fornitori di prestazioni e assicuratori di concordare una procedura di controllo e di conciliazione viene estesa alle case di cura.

## **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 in funzione delle diverse categorie di prestazioni.

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

La prescrizione o il mandato medico, «porta d'accesso» alle cure che assicura la funzione cerniera del medico, si limita in un primo momento a definire il bisogno di cure e il loro tipo (cpv. 1 lett. a e b n. 1 e 2), ossia:

1. valutazione, consigli e coordinamento secondo l'articolo 7 capoverso 2 lettera a, o cure di base secondo l'articolo 7 capoverso 2 lettera c, o
2. esami e cure secondo l'articolo 7 capoverso 2 lettera b.

Il capoverso 3 prevede una durata della prescrizione o del mandato medico di sei mesi per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2, lettera b (lett. a) e di dodici mesi per le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a e c (lett. b). La lettera c stabilisce che le cure acute e transitorie prescritte da un medico dell'ospedale, necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero, possono continuare a essere dispensate per un periodo di due settimane al massimo. Questo capoverso ricalca ampiamente il capoverso 6 dell'articolo 8 vigente.

Il capoverso 4 riprende integralmente il capoverso 6<sup>bis</sup> dell'articolo 8 vigente.

Analogamente al capoverso 7 dell'articolo 8 vigente, il capoverso 5 stabilisce che le prescrizioni e i mandati medici di cui al capoverso 3 lettere a e b possono essere rinnovati senza porre condizioni (p. es. un limite al numero di rinnovi).

I rinnovi devono comunque sempre rispettare le durate massime di cui al capoverso 3.

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

Questo nuovo articolo riguarda la valutazione dei bisogni in generale. Le sue disposizioni valgono 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 definisce chi deve effettuare la valutazione dei bisogni.

- a. Per la valutazione, i consigli e il coordinamento secondo l'articolo 7 capoverso 2 lettera a e per le cure di base secondo l'articolo 7 capoverso 2 lettera c, la valutazione dei bisogni viene effettuata unicamente da un infermiere (art. 49 OAMal), che ne comunica l'esito al medico prescrivente per le ragioni di 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. 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 2 di tenere conto dell'ambiente sociale del paziente è da intendersi in tal senso.
- b. Per gli esami e le cure di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b, come pure per le cure acute e transitorie, la valutazione dei bisogni viene effettuata da un infermiere che soddisfa le condizioni

di cui all'articolo 49 OAMal (vedi spiegazione sopra) insieme al medico prescrivente. Ogni valutazione richiede la collaborazione del paziente e dei suoi familiari per gli stessi motivi esposti sopra.

Il capoverso 2 riprende il capoverso 2 dell'articolo 8 vigente.

Il capoverso 3 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 4 riprende testualmente il capoverso 5 dell'articolo 8 vigente.

Il capoverso 5 precisa che occorre effettuare una nuova valutazione dei bisogni nel caso in cui la prescrizione o il mandato medico deve essere modificato a causa di un cambiamento dello stato del paziente, oppure rinnovato, per assicurare che il paziente riceva sempre le cure adeguate al suo stato di salute anche quando il tipo di cure rimane lo stesso.

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 Cure dispensate nelle case di cura (nuovo)**

Questo nuovo articolo si prefigge di disciplinare più in dettaglio la procedura della 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 corrisponde al primo periodo del capoverso 4 dell'articolo 8 vigente. In linea di principio stabilisce come effettuare la valutazione dei bisogni nelle case di cura.

Il capoverso 2 definisce i requisiti che la valutazione dei bisogni deve soddisfare.

- a. In primo luogo, la valutazione dei bisogni deve distinguere tra cure e altre prestazioni. Le cure sono definite nell'articolo 7. 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. Il bisogno di cure deve essere esposto in minuti al giorno.
- b. La valutazione dei bisogni deve assicurare che il bisogno di cure comprovato corrisponda alle cure effettivamente dispensate. In media, le cure effettivamente dispensate per ciascun livello del bisogno di cure comprovato devono situarsi nel minutaggio stabilito per tale livello. In altre parole, uno strumento utilizzato per valutare i bisogni deve garantire che in media i minuti delle cure dispensate a tutti gli assicurati assegnati da tale strumento a uno dei 12 livelli dei bisogni di cure si situino nell'intervallo in minuti di tale livello. Per esempio, il livello 3 è definito nell'articolo 7a come bisogno di cure da 41 a 60 minuti. Uno strumento utilizzato per la valutazione dei bisogni deve assicurare che l'onere medio effettivo per la fornitura di cure a tutti gli assicurati assegnati al livello del bisogno di cure 3, per i quali quindi il sistema prevede cure da dispensare da 41 a 60 minuti, si situi in questo intervallo. Per quanto riguarda i singoli assicurati, il bisogno di cure effettivo può 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 del bisogno 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 del bisogno.
- c. Lo strumento utilizzato deve indicare per ogni livello del bisogno la varianza (deviazione standard) delle cure effettivamente dispensate in minuti rispetto al bisogno di cure comprovato. Lo scopo di questa disposizione è dimostrare la trasparenza e l'affidabilità della classificazione effettuata dallo strumento. La media del bisogno di cure effettivo deve situarsi nell'intervallo del

livello del bisogno per impedire eventuali incentivi a una sovra o sottoclassificazione generale. Benché in linea di principio non auspicati, scostamenti individuali sono possibili e devono essere ridotti nel quadro del perfezionamento degli strumenti per garantire una classificazione il più corretta possibile anche del singolo caso. 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 del bisogno di cure individuale effettivo in minuti rispetto al bisogno di cure comprovato secondo la classificazione operata. Questa informazione potrà tornare utile in futuro per limitare l'entità della varianza tollerata.

Il capoverso 3 stabilisce come la conformità con i requisiti di cui al capoverso 2 debba essere dimostrata e possa essere verificata mediante studi rappresentativi che 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. 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 nelle case di cura. Il campione scelto deve quindi essere rappresentativo di tutta la Svizzera. Per assicurare la rappresentatività occorre garantire che le case di cura partecipino agli studi dei tempi. Il metodo utilizzato deve soddisfare i requisiti di scientificità e soprattutto permettere la distinzione tra cure ai sensi della LAMal e altre prestazioni. Quest'ultimo criterio è fondamentale in quanto la valutazione dei bisogni tiene conto unicamente delle cure.

Il capoverso 4 stabilisce che uno strumento utilizzato per la valutazione dei bisogni deve consentire l'elaborazione di indicatori di qualità. Secondo l'articolo 59a LAMal i fornitori di prestazioni sono tenuti a trasmettere gratuitamente alla Confederazione i dati necessari per il calcolo di indicatori medici della qualità. Per sgravare i fornitori di dati e assicurare una rilevazione affidabile e di qualità, i dati necessari per l'elaborazione degli indicatori di qualità devono essere acquisiti come dati di routine direttamente dagli strumenti di valutazione dei bisogni. Affinché i fornitori di prestazioni sappiano quali dati occorrono per gli indicatori medici della qualità, 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.

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

L'articolo 8a vigente diventa l'articolo 8c. Il capoverso 1 estende alle case di cura la cerchia dei fornitori di prestazioni alla quale si applica.

Il capoverso 2 corrisponde all'articolo 8a capoverso 2 vigente. Il rinvio interno a un altro capoverso è sostituito con l'indicazione della procedura direttamente nel testo. Contro le decisioni dei governi cantonali i fornitori di prestazioni e gli assicuratori possono presentare ricorso di diritto pubblico ai sensi dell'articolo 82 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale federale (LTF; RS 173.110) (cfr. DTF 2C\_333/2012, consid. 1).

Il capoverso 3 corrisponde all'articolo 8a capoverso 3 vigente e si applica anche alla procedura di controllo e di conciliazione tra case di cura e assicuratori. Per permettere un perfezionamento ordinato ed efficiente dei sistemi, in caso di conflitti riguardo alla valutazione dei bisogni le case di cura e gli assicuratori concordano procedure di controllo e di conciliazione. Tali procedure devono in particolare assicurare che la valutazione dei bisogni soddisfi i requisiti definiti nell'articolo 8b.

Il capoverso 4 riprende il vigente capoverso 3 secondo cui se le cure dispensate da fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettere a e b prevedono oltre 60 ore per trimestre la valutazione dei bisogni può essere verificata dal medico di fiducia.

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

Le disposizioni transitorie concedono tempo ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori fino alla fine del 2020 per rendere la valutazione dei bisogni conforme ai nuovi requisiti di cui all'articolo 8b. 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° luglio 2019, 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 requisiti citati.

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

Le disposizioni entrano in vigore il 1° luglio 2019.