



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern DFI
Ufficio federale della sanità pubblica

Modifica dell'OPre – neutralità dei costi e valutazione dei bisogni

Rapporto sui risultati della procedura di consultazione

Berna, luglio 2019

Indice

1	SITUAZIONE INIZIALE	4
1.1	Neutralità dei costi	4
1.2	Accertamento dei bisogni	4
1.3	Valutazione dei bisogni nelle case di cura	4
1.4	Procedura di consultazione	5
2	PARERI	5
3	PANORAMICA	6
4	PARERI SULLA NEUTRALITÀ DEI COSTI.....	7
4.1	Osservazioni generali	7
4.2	Neutralità dei costi	12
4.3	Intensità delle cure e struttura delle prestazioni.....	16
4.4	Bisogno di cure elevato e situazioni di cura particolari.....	18
4.5	Cure acute e transitorie	19
4.6	Ambulatoriale prima di stazionario	20
4.7	Costi.....	22
4.8	Finanziamento da parte dell'AOMS e dei Cantoni	25
4.9	Remunerazione del materiale sanitario	29
4.10	Introduzione infrannuale	32
4.11	Richieste.....	33
5	PARERI SULLA PRESCRIZIONE MEDICA E SULLA VALUTAZIONE DEI BISOGNI DA PARTE DEGLI INFERMIERI	39
5.1	Osservazioni generali sull'accertamento dei bisogni	39
5.2	Osservazioni sull'articolo 7.....	40

5.3	Osservazioni sull'articolo 8.....	42
5.4	Osservazioni sull'articolo 8a.....	45
6	PARERI SUI REQUISITI MINIMI PER LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI NELLE CASE DI CURA	47
6.1	Osservazioni generali sui requisiti minimi	47
6.2	Osservazioni sull'articolo 8b.....	50
6.3	Osservazioni sull'articolo 8c.....	52
	ALLEGATO: ELENCO DEI PARTECIPANTI ALLA CONSULTAZIONE	54

1 Situazione iniziale

1.1 Neutralità dei costi

Con l'entrata in vigore del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure il 1° gennaio 2011 sono decadute le tariffe limite previgenti introdotte per un periodo limitato e intese come un freno ai costi. L'articolo 25a della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) sancisce ora che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie (AOMS) presta un contributo soltanto alle cure dispensate in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico. Il Consiglio federale ha delegato al Dipartimento federale dell'interno (DFI) la definizione dei contributi secondo i bisogni di cure e in franchi, obbligo che il DFI ha assolto fissando gli importi di cui all'articolo 7a dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre).

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

1.2 Accertamento dei bisogni

Il 27 aprile 2016, il Consiglio nazionale non era entrato in materia sull'iniziativa parlamentare dell'ex Consigliere nazionale Rudolf Joder (UDC, BE) 11.418 «LAMal. Maggiore autonomia per il personale sanitario», la quale chiedeva di modificare la LAMal affinché il personale sanitario potesse fornire sotto la propria responsabilità determinate prestazioni medico-sanitarie. In seguito alla non entrata in materia del Consiglio nazionale, l'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) annunciò il lancio dell'iniziativa popolare «Per cure infermieristiche forti», depositata il 29 novembre 2017 con 114 078 firme valide sulle 114 403 raccolte.

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

Le modifiche previste vanno segnatamente nel senso dell'iniziativa parlamentare 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.

1.3 Valutazione dei bisogni nelle case di cura

Gli strumenti di rilevazione 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 LAMal 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 medio per le cure. 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 remunerazioni differenti da parte degli assicuratori-malattie e quindi anche a oneri finanziari diversi per i Cantoni e in alcuni casi pure per i pazienti.

Determinate versioni di una parte degli strumenti utilizzati in Svizzera sono state calibrate e le differenze ridotte a un minimo, un'ulteriore uniformazione è tuttavia fallita. Nelle sue risposte alle interpellanze 15.4224 e 16.3758, il Consiglio federale ha annunciato che con la definizione a livello di ordinanza di requisiti minimi per gli strumenti di valutazione dei bisogni intende favorirne l'armonizzazione. Una classificazione in minuti di pazienti nella stessa situazione che varia a seconda della versione del sistema di rilevazione dei bisogni di cure o del Cantone non rispecchia la volontà del Consiglio federale. Una classificazione del bisogno secondo criteri comparabili è indispensabile ai fini dell'armonizzazione degli strumenti di tutta la Svizzera.

La modifica dell'ordinanza prevede requisiti minimi uniformi per tutta la Svizzera affinché si giunga a un'armonizzazione dei risultati della rilevazione dei bisogni di cure. La definizione di requisiti minimi consente ai fornitori di prestazioni di non dipendere da un unico sistema (soluzione che potrebbe generare un aumento dei costi) e al mercato di restare aperto a potenziali concorrenti.

1.4 Procedura di consultazione

La consultazione sulla modifica dell'OPre è stata avviata il 4 luglio 2018 e si è conclusa il 26 ottobre 2018. Sono stati interpellati i Cantoni, i partiti politici, le associazioni mantello nazionali di Comuni, città e regioni di montagna, le associazioni mantello nazionali dell'economia, dei consumatori, dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e altri ambienti interessati.

2 Pareri

In totale, sono stati invitati a esprimersi 90 partecipanti. La documentazione è stata pubblicata anche sul sito Internet della Confederazione¹. Complessivamente sono pervenuti 94 pareri da parte di:

- tutti i Cantoni e CDS, CLASS, ACS, UCS
- 3 partiti rappresentati nell'Assemblea federale (PLR, PSS, UDC);
- 3 associazioni mantello nazionali dell'economia (CP, USS, USAM),
- 1 associazione dei consumatori (FRC);
- 50 associazioni od organizzazioni dei fornitori di prestazioni interessati (AFAS, VFP AFP Akut, ASPS, AVASAD, CURAVIVA, Curacasa, FAS, FMH, GVCMS, H+, imad, IG Pflegefinanzierung, LZCH, mfe, pharmaSuisse, SACD, ASI, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI NE-JU, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-ZH/GL/SH, ASI-SCH, senesuisse, SKSZ, Spitex Schweiz, Spitex Verband Aargau, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Kanton Bern, SXBS, SVBL, Spitex Bregaglia, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex OW, Spitex RuLa, Spitex Sattel-Rothenthurm, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SVKS, SPXZG, SVKZ, Spitex Schaffhausen, Marion's Spitex, SNL, FSAS, unimedsuisse, VAKA, VFP AFG Spitex Pflege, Psy moos);
- 2 associazioni di assicuratori (santésuisse, curafutura);
- 6 organizzazioni di pazienti (Alzheimer Svizzera, LP CH, OSP, CSA, VAPP, VASOS);

¹ <https://www.admin.ch/ch/i/gg/pc/ind2018.html>

- Besa Care, CT PLAISIR LEP AG e QSys.

L'elenco dei destinatari della consultazione (con le abbreviazioni usate nel presente rapporto) è riportato nell'allegato.

3 Panoramica

Cantoni e fornitori di prestazioni respingono la riduzione dei contributi per le cure a domicilio e ne chiedono l'aumento, mentre una grande maggioranza di essi chiede un incremento dei contributi per le case di cura più consistente di quello previsto. I contributi andrebbero inoltre adeguati almeno ogni tre anni e il diritto aggiornato affinché il materiale sanitario possa essere fatturato a prescindere dal fatto che sia oggetto di una consegna ai sensi dell'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) oppure utilizzato per le cure. Cantoni e fornitori di prestazioni spiegano le loro posizioni con l'aumento dei costi, dell'intensità delle cure e della quota parte di finanziamento di Cantoni e Comuni, nonché con il bisogno di finanziamenti per il materiale sanitario, e aggiungono che gli adeguamenti proposti non sono in linea con la volontà politica e la strategia «ambulatoriale prima di stazionario». I pareri includono argomenti che vanno oltre la mera neutralità dei costi per l'AOMS dell'introduzione dei contributi. Secondo i fornitori di prestazioni, l'avamprogetto si limita a un paio di modifiche tecniche che non considerano minimamente le carenze segnalate nella valutazione del finanziamento delle cure. Infine Cantoni e fornitori di prestazioni considerano anche le conoscenze acquisite con tale valutazione ed estendono la loro argomentazione alla promozione delle cure acute e transitorie nonché all'aumento del numero di livelli di cura nel settore delle case di cura allo scopo di ottenere la remunerazione dei casi più gravi nei settori demenza, psichiatria e cure palliative.

Secondo i fornitori di prestazioni, occorre anche adottare misure volte ad assicurare il finanziamento residuo da parte dei Cantoni.

curafutura ha analizzato i dati degli assicurati e giunge alla conclusione che i contributi per le cure a domicilio devono essere diminuiti e quelli per le case di cura aumentati affinché gli odierni contributi degli assicuratori-malattie corrispondano alle tariffe 2010. Propone un arrotondamento dei contributi calcolati dal DFI al franco intero per il settore delle case di cura e ai dieci centesimi per le cure a domicilio, in modo da assicurare un'attuazione praticabile nella gestione delle prestazioni.

santésuisse è contraria all'adeguamento dei contributi. I dati per la verifica delle aliquote erano disponibili già da tempo. Non c'è nessun motivo per cui queste ultime debbano essere modificate otto anni dopo l'introduzione del finanziamento delle cure generando un'inutile incertezza finanziaria tra assicuratori, fornitori di prestazioni, pazienti e collettività, e rendendo più complicata la pianificazione. Una nuova calibrazione dei contributi va respinta anche per motivi oggettivi.

Per la maggior parte dei Cantoni, le disposizioni concernenti i requisiti minimi posti alla valutazione dei bisogni di cure vanno nella direzione giusta, ma mancano dichiarazioni sulle conseguenze sui costi. **JU**, **NE** e **VD** definiscono le disposizioni non sufficientemente chiare. **UR** chiede un unico sistema. La maggioranza dei Cantoni auspica che gli studi dei tempi debbano essere eseguiti soltanto nei Cantoni che impiegano un determinato sistema e che venga stabilito un termine transitorio di due anni. La metodologia deve essere disciplinata a livello nazionale dai partner tariffali e il Consiglio federale deve poter decidere in via sussidiaria. La maggior parte dei Cantoni chiede inoltre che anche nell'ambito della valutazione dei bisogni di cure ambulatoriali sia possibile ricavare da dati di routine informazioni per gli indicatori di qualità.

La maggior parte dei fornitori di prestazioni, tra cui **CURAVIVA**, **H+** e **senesuisse**, nonché i fornitori di sistemi **Besa Care** e **QSys** approvano le disposizioni, ma aggiungono commenti e

proposte dettagliati. **CURAVIVA, Besa Care e QSys** auspicano in particolare un organo composto da Cantoni, fornitori di prestazioni e assicuratori che chiarisca le questioni metodologiche e stabilisca un unico metodo per gli studi dei tempi. Il Consiglio federale deciderebbe in via sussidiaria. Per il fornitore di sistemi **CT PLAISIR** diversi aspetti sono troppo poco chiari. Con il sistema PLAISIR non c'è varianza tra bisogno di cure stimato e prestazioni effettivamente dispensate dato che la classificazione è individuale.

Le associazioni degli assicuratori **curafutura** e **santésuisse** respingono le proposte e auspicano un unico sistema uniforme per la valutazione dei bisogni di cure. **curafutura** desidera esplicitamente che la scelta cada sul sistema BESA.

I Cantoni approvano in maggioranza la direzione imboccata con le modifiche proposte. Ritenono che sia giusto offrire maggiore autonomia al personale di cura ma evidenziano il rischio di un aumento del volume delle prestazioni dispensate e quindi dei costi. Reputano problematica la distinzione tra i tipi di prestazione e non considerano opportuna la necessità di attestare due anni di attività pratica per poter procedere alla valutazione dei bisogni di cure.

Per i fornitori di prestazioni, le modifiche proposte non vanno abbastanza lontano. In molti chiedono una modifica della legge per assicurare al personale infermieristico una reale autonomia. Secondo loro, la distinzione tra i tipi di prestazione non è adeguata. Temono pure un aumento del carico amministrativo. Anch'essi si oppongono al requisito dei due anni di attività pratica.

Curafutura e **santésuisse** esprimono pareri molto discordanti. La prima approva le modifiche proposte, la seconda le respinge in toto e chiede di attendere il parere del Parlamento in merito all'iniziativa popolare «Per cure infermieristiche forti». Curafutura non ritiene adeguata la distinzione tra i tipi di prestazione, mentre santésuisse teme un forte aumento dei costi.

4 Pareri sulla neutralità dei costi

4.1 Osservazioni generali

Cantoni

I **Cantoni** nei singoli pareri e **CDS** respingono la riduzione dei contributi alle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio e agli infermieri indipendenti, e reputano insufficiente l'aumento dei contributi alle case di cura. Nelle loro argomentazioni, fanno riferimento tra l'altro all'aumento dei salari, alla quotaparte di finanziamento di Cantoni e Comuni, al finanziamento del materiale sanitario e a conclusioni tratte dalla valutazione del finanziamento delle cure. Il fatto che il DFI non abbia tenuto in considerazione il trasferimento dei costi a Cantoni e Comuni, la strategia «ambulatoriale prima di stazionario» e la lacuna nel finanziamento del materiale sanitario non è in linea con la volontà politica.

CLASS pensa che l'avamprogetto manchi l'obiettivo di rafforzare le cure ambulatoriali (che otterrebbe un ampio consenso), e non disciplini la questione della ripartizione dei costi tra l'AOMS e i Cantoni né quella della presa a carico del materiale sanitario.

FR e **VD** deplorano che l'avamprogetto non tenga conto dei lavori e delle riflessioni in corso a livello federale, che si tratti della revisione della LAMal (forfezzazione delle cure ambulatoriali) o del seguito che il Consiglio federale intende dare al rapporto del gruppo d'esperti concernente le misure di contenimento dei costi nell'AOMS.

JU deplora la frammentazione dei vari progetti e consultazioni in corso a livello federale (finanziamento uniforme, revisione dell'OPre, contenimento dei costi, importi forfettari per le cure ambulatoriali, parte propria alla distribuzione dei medicinali).

VD è del parere che l'avamprogetto rafforzi il sistema del minutaggio e confermi così la divisione tra case di cura e cure a domicilio, ignorando la permeabilità e la complementarità crescenti di questi due settori. Mentre le discussioni politiche vanno sempre più verso pagamenti forfettari secondo una logica di tipo «DRG», la modifica proposta allontana il finanziamento delle cure di lunga durata da questa direzione.

Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

PLR accetta la modifica proposta dell'OPre per quanto riguarda la neutralità dei costi dei contributi per le cure e spera che gli importi calcolati siano corretti.

PS e **UDC** respingono la riduzione dei contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali. **PS** ne esige l'aumento per evitare la creazione di un incentivo che renda il settore stazionario ancora più attrattivo. Dal punto di vista della politica sanitaria e delle cure integrate, **PS** crede che la revisione neghi le realtà e i bisogni concreti, e che contrasti quindi la promozione della strategia «ambulatoriale prima di stazionario». Secondo **UDC**, gli adeguamenti dei contributi proposti per l'assicurazione malattie obbligatoria sono incompatibili con l'obiettivo generale della gestione politica di stabilire incentivi volti a ridurre i costi (cure ambulatoriali a pazienti ricoverati in ospedale).

Associazioni mantello nazionali dell'economia

USS respinge la riduzione dei contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali e si esprime criticamente anche nei confronti dell'aumento dei contributi alle case di cura previsto dal presente modello di finanziamento. È quindi prioritario che la mano pubblica – inclusa la Confederazione – colmi efficacemente e a lungo termine la lacuna di finanziamento in entrambi i settori delle cure di lunga durata. Urge inoltre una soluzione rapida per il finanziamento del materiale sanitario, il quale deve tornare a essere assunto dall'AOMS, come era consuetudine fino a poco tempo fa.

USAM ribadisce che nel quadro dell'avamprogetto nulla è detto in merito alle ripercussioni sul finanziamento residuo da parte di Cantoni e Comuni. In base alle informazioni fornite da associazioni delle arti e dei mestieri cantonali, è del parere che sussistano parecchi problemi irrisolti al proposito. **USAM** chiede quindi al DFI di chiarire in modo soddisfacente questi punti prima dell'adozione definitiva dell'ordinanza.

USAM non concorda con l'approccio dell'avamprogetto, il quale a suo parere vuole ridurre i contributi per le cure ambulatoriali nonostante i salari, e quindi i costi, aumentino e innalzare invece i contributi per le cure stazionarie. Per ragioni di costi, le cure andrebbero dispensate quanto più possibile ambulatorialmente. **USAM** teme che con gli adeguamenti proposti dei contributi si ottenga l'esatto contrario, ossia che si creino incentivi per rafforzare le cure stazionarie a scapito di quelle ambulatoriali, e boccia la proposta come inaccettabile.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

Alzheimer Svizzera non riesce a comprendere come mai i contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali debbano venire diminuiti del 3,6 per cento. A suo parere, ridurre i contributi per l'assistenza e la cura a domicilio equivale a rifiutare il principio «ambulatoriale prima di stazionario». Deplora inoltre che la proposta del Consiglio federale non disciplini i problemi fondamentali del finanziamento delle cure, come il finanziamento insufficiente nelle situazioni di cura complesse e impegnative, i costi non coperti e gli aumenti generali dei costi delle cure infermieristiche. Benché dal rapporto di valutazione emerga un bisogno d'intervento, Alzheimer Svizzera è dell'opinione che nessuna misura concreta venga adottata in particolare nel settore

della demenza, per il quale non si registra alcun miglioramento. Secondo questa organizzazione, sussistono lacune di finanziamento e l'avamprogetto non contiene alcuna proposta volta ad adeguare i contributi all'evoluzione dei costi delle cure (p. es. aumentare le tasse per colmare i deficit).

LPCH respinge con decisione la proposta riduzione del 3,6 per cento dei contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali e ne chiede anzi un aumento sostanziale, imprescindibile per i motivi seguenti:

- la base di dati utilizzata per il calcolo è insufficiente. Secondo gli esperti, la statistica Spitex non consente di effettuare confronti tra prima e dopo il 2010;
- l'assunto centrale (le prestazioni delle cure ambulatoriali rimarrebbero costanti nel periodo 2010-2014) è sbagliato;
- nel periodo considerato, l'AOMS ha beneficiato di sgravi rispetto ad altri soggetti paganti: in numerosi Cantoni ciò è andato a discapito soprattutto dei pazienti;
- a causa del disciplinamento insufficiente del finanziamento residuo, le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio hanno subito anche le ripercussioni di decisioni di natura politico-finanziaria prese da Cantoni e Comuni. Urge definire tutto ciò che deve essere incluso nei contributi e nel finanziamento residuo oppure che cosa è remunerato a parte (p. es. tempi di trasferta, materiale sanitario).

LPCH constata inoltre che il rapporto esplicativo e le disposizioni proposte non sembrano coordinati e che il primo è scritto in maniera complicata, è lacunoso e di difficile lettura.

OSP è favorevole a un aumento dei contributi dell'AOMS nel settore stazionario. Un aumento di tali contributi nel settore delle case di cura deve essere investito in prestazioni di cura professionali e di qualità. Ritene invece che la riduzione dei contributi per le cure ambulatoriali non sia supportata da motivi oggettivi e che il calcolo su cui si basa sia incomprensibile. Essa respinge dunque questa parte dell'ordinanza. Secondo il rapporto peritale di INFRAS (realizzato su mandato del DFI), nel periodo di osservazione l'onere per l'AOMS in proporzione è calato dal 72 al 70 per cento. Considerati i cambiamenti demografici e nell'ottica di mettere a disposizione cure ambulatoriali efficaci, appropriate ed economiche, anche per evitare ricoveri inutili in ospedale e in case di cura, la riduzione proposta dei contributi dell'AOMS risulta incomprensibile.

CSA constata che, per argomenti importanti come il finanziamento residuo da parte dei Cantoni o le cure acute e transitorie, il Consiglio federale purtroppo non vede alcuna necessità d'intervento, ma riprende invece temi che non sono stati oggetto della valutazione, come le rivendicazioni dell'iniziativa popolare «Per cure infermieristiche forti (Iniziativa sulle cure infermieristiche)». CSA deplora pure che non sia stata chiarita la situazione attuale riguardante l'assunzione dei costi delle prestazioni EMAP.

VASOS respinge la riduzione dei contributi dell'AOMS per l'assistenza e la cura a domicilio spiegando che le modifiche dell'ordinanza devono focalizzarsi sulle esigenze dei pazienti e delle persone bisognose di cure, e non sugli interessi delle casse malati. VASOS è inoltre dell'opinione che le presenti modifiche vadano nella direzione sbagliata, considerato che poggiano su basi statistiche insufficienti e sull'infondato assunto della neutralità dei costi. Nel rapporto di valutazione si afferma che il nuovo finanziamento delle cure ha portato a uno sgravio delle casse malati e che quindi l'obiettivo della neutralità dei costi è stato superato, ma questo aspetto è tralasciato. VASOS è del parere che sia piuttosto azzardato proporre modifiche che comportano ripercussioni finanziarie senza tenere conto di tutti questi punti, in particolare delle crescenti sfide nei settori delle cure stazionarie e ambulatoriali.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

IG Pflegefinanzierung constata che il rapporto finale di valutazione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure pubblicato nel gennaio 2018 segnala numerose carenze che dovrebbero essere risolte. Purtroppo, il Consiglio federale rinuncia a trarre modifiche di legge o di ordinanza concrete da tale documento e nel presente avamprogetto si limita a un paio di interventi tecnici che non hanno nessuna attinenza con la citata valutazione. Il Consiglio federale trascurava temi importanti, come il finanziamento residuo e le cure acute e transitorie. Altrettanto deplorabile il fatto che non sia stata colta l'occasione per chiarire i gravi problemi concernenti l'assunzione dei costi del materiale sanitario.

Per **CURAVIVA** e **VAKA** l'avamprogetto posto in consultazione è palesemente insufficiente e deludente. Considerate le carenti basi di calcolo e l'imminente verifica generale dei contributi dell'AOMS, la riduzione dei contributi per le cure ambulatoriali va respinta. L'aumento dei contributi dell'AOMS alle case di cura dovrebbe invece essere di gran lunga superiore al 6,7 per cento, ma è accolto comunque con favore. Ora urge un adeguamento dei contributi. L'avamprogetto non risolve molti problemi esistenti (lacune note da tempo e nuove impellenti necessità d'intervento). Alcune aree problematiche sono state rilevate nel quadro del rapporto di valutazione del finanziamento delle cure. Le cure non rientrano tra i fattori di incremento dei costi dell'AOMS, anzi, secondo la statistica dell'UFSP la loro quota sulle prestazioni lorde dell'assicurazione obbligatoria è calata dal 10,0 all'8,6 per cento negli ultimi 10 anni. Le prestazioni lorde per le case di cura per persona assicurata sono diminuite di 4 franchi all'anno nello stesso periodo.

senesuisse constata che l'avamprogetto proposto non risolve numerosi problemi del finanziamento delle cure. Il Consiglio federale non ha colto l'occasione per occuparsi degli adeguamenti indicati nel rapporto di valutazione e urgentemente necessari. I disciplinamenti proposti non risolvono in alcun modo i reali problemi del finanziamento delle cure. Innanzitutto bisognerebbe fare in modo che i costi effettivi complessivi delle cure siano chiaramente constatabili e interamente coperti. L'aumento dei contributi dell'AOMS ai costi delle case di cura, nonostante sia ancora insufficiente, è comunque accolto con favore. La riduzione dei contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali è invece incomprensibile.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, imad, pharma-Suisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG e SVKZ si oppongono alla proposta di ridurre i contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali, per i quali chiedono invece un aumento sostanziale. Non capiscono perché nell'avamprogetto non siano confluiti gli esiti del rapporto di valutazione stilato da INFRAS – per quanto le sue conclusioni non siano sufficienti – il quale evidenzia varie lacune del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure. Ad eccezione di **Spitex OW** e **Spitex Uri**, le organizzazioni citate si dichiarano favorevoli all'aumento dei contributi dell'AOMS alle case di cura. Eccettuati **FAS** e **GVCMS**, precisano che gli assunti non sono comprensibili, soprattutto per i contributi per l'assistenza e la cura a domicilio. Infine, tutte tranne **SPXZG, SXBS e SVBL** affermano che il rapporto esplicativo è scritto in modo complicato, difficile da leggere, lacunoso e non coordinato con le disposizioni proposte.

ASPS è dell'opinione che la riduzione dei contributi per le cure a domicilio sia motivata male e che si regga su «gambe malferme». Manca anche una prospettiva «strategica» quale base e ragione delle modifiche, come la considerazione dello sviluppo demografico e dell'evoluzione dei costi soprattutto nel settore del personale, su cui i rapporti dell'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) e di altri enti indipendenti forniscono informazioni a sufficienza. ASPS non capisce perché i risultati del rapporto di valutazione non siano confluiti nelle modifiche e per quale

ragione non siano state affrontate le lacune nel finanziamento delle cure. Mancano pure totalmente soluzioni al problema EMap. L'associazione approva in linea di principio l'aumento dei contributi dell'AOMS alle case di cura, ma non si esprime sulle corrispondenti spiegazioni.

imad precisa che il suo parere è complementare, in aggiunta a quelli di Spitex Schweiz, GE e CDS. I passaggi del presente rapporto riferiti a GE e CDS valgono dunque anche per imad.

ASI, ASI NE-JU, curacasa, FSAS, LZCH, VFP AFG Akut, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-SCH, ASI-ZH/GL/SH, Marion's Spitex, SNL e Spitex RuLa sostengono gli argomenti avanzati da IG Pflegefinanzierung. La riduzione dei contributi per le cure ambulatoriali non è motivata oggettivamente e il calcolo che ne è alla base è incomprensibile. Tale riduzione contraddice inoltre la strategia di politica sanitaria volta a promuovere l'assistenza ambulatoriale prima di quella stazionaria. Ad eccezione di **SNL**, le organizzazioni citate si esprimono a favore dell'aumento dei contributi dell'AOMS alle case di cura.

LZCH e **ASI-SCH** sono del parere che la riduzione dei contributi per le cure ambulatoriali non sia sostenibile nella prassi e che nuoccia pesantemente alla qualità dell'assistenza. Una diminuzione dei contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali mina la qualità delle prestazioni e per finire contribuisce a sua volta ad aumentare i costi della sanità.

LZCH aggiunge che nel settore delle case di cura è imprescindibile che le entrate supplementari derivanti dall'aumento dei contributi vengano investite in prestazioni di cura professionali e di qualità.

VFP AFG Spitex Pflege e **VFP AFG Akut** appoggiano l'aumento dei contributi dell'AOMS alle case di cura, purché queste ultime li utilizzino per aumentare la quota di infermieri SSS (scuola specializzata superiore), BSc (Bachelor of Science) e MSc (Master of Science). Respingono invece la riduzione dei contributi dell'AOMS per l'assistenza e la cura a domicilio. Le due organizzazioni sono dell'opinione che il rapporto esplicativo presenti inoltre debolezze concettuali e nel loro parere includono un elenco di errori argomentativi e oggettivi. Le basi di calcolo non sono solide e non è stata considerata la differenza tra le unità di fatturazione degli anni 2010 e 2014 (5 minuti, risp. 10 minuti), ciò che fa automaticamente aumentare le cifre riferite al 2014. Dal punto di vista scientifico, bisognerebbe rinunciare a un'analisi di questi dati ed elaborare soluzioni affinché i dati possano essere preparati in modo da consentirne un confronto migliore ai fini della verifica della neutralità dei costi. Non vi sono neppure riferimenti per un accertamento valido dei fatti nel contesto nazionale e internazionale né rimandi al rapporto di valutazione del finanziamento delle cure.

Per **VFP AFG Akut**, il rapporto esplicativo non è coordinato con le disposizioni proposte. È scritto in modo complicato, presenta lacune, è difficile da leggere ed è carente a livello di informazioni basate sull'evidenza. Purtroppo, contiene anche errori di contenuto, e le basi e i giustificativi sono estremamente lacunosi. Non è ammissibile che le formulazioni riguardanti la misurabilità e la confrontabilità delle prestazioni di cura si fondino su assunti non scientifici («è possibile che», «non è tuttavia possibile quantificare» ecc.).

H+ e **unimedsuisse** approvano l'aumento delle aliquote per le case di cura e respingono la riduzione di quelle per l'assistenza e la cura a domicilio. Il rispetto della neutralità dei costi su più tariffe non è prescritto dalla legge. A livello di politica sanitaria, non ha senso favorire le cure stazionarie di lunga durata e scoraggiare il ricorso a quelle ambulatoriali.

Psy moos si esprime contro la riduzione delle prestazioni dell'AOMS. La modifica di legge proposta non apporta nulla alla situazione del settore sanitario.

Ai fini della certezza dell'assistenza, **VAPP** preferirebbe non modificare l'OPre, perché significherebbe scuotere le fondamenta di un sistema appropriato, efficace ed economico senza ottenere effetti riconoscibili.

mfe respinge la riduzione proposta dei contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Sulla base dell'analisi dei dati degli assicuratori, **curafutura** giunge alla conclusione che i contributi degli assicuratori-malattie debbano venire ridotti nel settore delle cure ambulatoriali e aumentati in quello delle case di cura affinché gli odierni contributi dell'assicurazione malattie corrispondano alle tariffe 2010. Propone di arrotondare al franco intero i contributi calcolati per le case di cura e ai dieci centesimi quelli per le cure a domicilio, come del resto è stato fatto finora.

santésuisse ribadisce che i dati per la verifica delle aliquote erano disponibili già da tempo. Non c'è nessun motivo per cui queste ultime debbano essere modificate otto anni dopo l'introduzione del finanziamento delle cure generando un'inutile incertezza finanziaria tra assicuratori, fornitori di prestazioni, pazienti e collettività, e rendendo più complicata la pianificazione. Una nuova calibrazione dei contributi va respinta anche per motivi oggettivi.

Altre organizzazioni

In merito al finanziamento delle case di cura, **FRC** constata che la parte di finanziamento che gli ospiti sono chiamati a versare di tasca propria tende ad aumentare mentre i loro mezzi stagnano. Ciò nonostante, è soddisfatta dell'aumento della parte degli assicuratori-malattie, ma deplora che tale miglioramento vada a scapito delle cure a domicilio, politicamente più soddisfacenti per i beneficiari.

UCS respinge gli adeguamenti dei contributi dell'AOMS (art. 7a OPre) e critica in particolare la riduzione dei contributi alle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio. A suo parere, le casse malati andrebbero in generale maggiormente coinvolte nel finanziamento delle cure. Le modifiche tariffarie previste sono inoltre in contraddizione con l'intento di rafforzare le cure a domicilio e diminuire i ricoveri in istituto (tra cui l'obiettivo «ambulatoriale prima di stazionario»). Un ulteriore sgravio delle casse malati acuisce inoltre nel settore delle cure il problema della ripartizione dei costi e del finanziamento residuo, già più volte segnalato da UCS. Quest'ultima chiede una partecipazione adeguata dell'AOMS ai costi di cura, per esempio adeguandone regolarmente i contributi all'aumento complessivo di tali costi.

4.2 Neutralità dei costi

Cantoni

Per **GR**, la neutralità dei costi non è riferita alle uscite assolute dell'AOMS, bensì alla quota dell'AOMS ai costi di cura LAMal, aumentati a causa di altri fattori, come la maggiore fruizione o l'incremento della complessità delle prestazioni. Secondo il parere del DFI del 4 luglio 2018 sulla valutazione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, per il raggiungimento dell'obiettivo non è determinante l'evoluzione assoluta delle uscite dell'AOMS per le prestazioni di cura ai sensi dell'articolo 7 OPre.

JU pensa che l'auspicata neutralità si applichi soltanto a una fase transitoria di tre anni, dopo di che l'aumento dei costi dovrà essere suddiviso tra gli attori. Per finire, la metodologia utilizzata per valutare la neutralità dei costi non sarebbe né affidabile né riproducibile.

Per **VD** il rapporto esplicativo fa riferimento a cifre di varie fonti la cui precisione e affidabilità sono molto relative. Una parte delle informazioni disponibili avrebbe dovuto essere scartata per l'insufficiente affidabilità. Il calcolo avrebbe dovuto fondarsi su fonti distinte e non coerenti tra loro. L'utilizzo dei dati di fatturazione del pool di dati SASIS sarebbe inoltre problematico nella misura in cui i Cantoni non possono attestarne l'affidabilità. Il fattore di correzione calcolato non sarebbe dunque fondato su un metodo affidabile e riproducibile, e le basi di calcolo e

i confronti effettuati per definire l'evoluzione dei costi tra il 2010 e il 2014 non sono né pertinenti né necessariamente oggettivi.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

CP deplora che le modifiche previste dei contributi dell'AOMS per le cure vadano a scapito del settore delle cure ambulatoriali. Ritiene che appellarsi al principio della neutralità dei costi e proporre poi un semplice trasferimento degli oneri (ambulatoriali vs stazionari) non faccia che ribadire, persino esacerbare, la conflittualità tra questi due settori, mentre sarebbe necessario riflettere sull'efficienza della loro complementarità.

Secondo **CP**, il problema del finanziamento residuo non è oggetto di alcuna misura concreta. Un adeguamento dei contributi dell'AOMS ha senso solo se le disposizioni che disciplinano la parte del finanziamento residuo a carico dei Cantoni garantiscono criteri omogenei in tutta la Svizzera. CP pensa che la disparità di tale finanziamento residuo consenta a certi Cantoni di adempiere solo in misura insufficiente il loro obbligo legale: cure stazionarie di lunga durata e ambulatoriali sono confrontate più frequentemente con costi non coperti, causando un trasferimento degli oneri inadeguato e pregiudizievole della qualità delle cure dispensate. Inoltre, CP sottolinea che una riduzione dei costi delle cure ambulatoriali a vantaggio degli assicuratori non garantisce affatto una compensazione del finanziamento a carico dei Cantoni e dei Comuni nel settore dell'assistenza e cura a domicilio.

La palese mancanza di dati trasparenti concernenti la fatturazione delle prestazioni accessorie costringe **CP** a esprimere delle riserve in merito al calcolo dell'aumento dei contributi per le cure stazionarie e al fattore di correzione considerato.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

IG Pflegefinanzierung non contesta che il principio della neutralità dei costi dei contributi dell'AOMS fosse uno degli obiettivi del nuovo finanziamento delle cure. L'interpretazione dei dati e il conseguente calo del 3,6 per cento dei contributi per le cure ambulatoriali sono tuttavia molto contraddittori e assolutamente incomprensibili. Considerata l'evoluzione dei costi per le situazioni di cura più costose e complesse, in linea di principio dovrebbe piuttosto essere preso in considerazione un aumento dei contributi. L'incremento proposto dei contributi al settore delle case di cura va nella direzione giusta, ma deve essere più consistente e valere anche per il settore ambulatoriale.

CURAVIVA e **VAKA** mettono in dubbio il metodo di calcolo del DFI. Non capiscono come il Consiglio federale possa proporre la correzione dei contributi dell'AOMS unicamente sulla base dell'osservazione statica della neutralità dei costi senza considerare l'evoluzione dinamica. Anche il postulato della CSSS-N 16.3352 «Ripartire l'aumento dei costi delle cure tra tutti i soggetti che li sostengono», accolto quasi all'unanimità dal Consiglio nazionale il 19 settembre 2016, chiede già nel titolo di tenere conto di questa evoluzione. Secondo quanto comunicato dal DFI, al momento si sta esaminando un adeguamento dei contributi dell'AOMS in adempimento di questo postulato.

Per **senesuisse**, l'UFSP palesemente non dispone di cifre utili, nonostante il compito di verificare la neutralità dei costi gli fosse già stato assegnato prima del 2011, quando con la SOMED dell'Ufficio federale di statistica (UST) esisteva ancora una corrispondente statistica. Il ricorso alle cifre degli assicuratori, evidentemente interessati, è più che sorprendente. Particolarmente incomprensibile è l'indicazione del DFI secondo cui, visto il calo del livello dei prezzi, andrebbe verificata un'ulteriore riduzione degli importi forfettari versati degli assicuratori. In realtà, il presente calcolo non dovrebbe basarsi sull'indice dei prezzi al consumo, bensì sul

continuo aumento dei costi della sanità anche nel settore dell'assistenza e cura a domicilio. Per le uscite sono determinanti i salari e il materiale utilizzato.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Satell-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG e SVKZ sono dell'opinione che la base di dati utilizzata per il calcolo sia insufficiente. L'obiettivo della correzione dei costi è garantire che l'introduzione dei contributi OPre nell'anno transitorio 2010-2011 avvenga in modo neutrale in termini di costi per l'AOMS. Il confronto delle cifre del periodo 2010-2014 è problematico. Il rapporto di valutazione segnala una discrepanza nei dati della statistica Spitex dell'UST, che per questa ragione non ha potuto essere consultata per un confronto dei costi complessivi tra prima e dopo il 2010. Nel rapporto esplicativo è stato segnalato che la consistenza dei dati esistenti lascia a desiderare per svariate ragioni: le entrate da prestazioni di cui all'articolo 7 OPre sono registrate sotto rubriche diverse, le organizzazioni a scopo di lucro (e nemmeno ancora tutte) sono incluse nella statistica solo dal 2010 e gli infermieri indipendenti di Zurigo e Ginevra non sono ancora contemplati nella statistica 2010. A questo punto si pone la domanda di fondo se, all'introduzione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure nel 2011, la neutralità dei costi abbia potuto essere verificata in modo sufficientemente dettagliato. La riduzione dei contributi si fonda su una base di dati incerta, non è seria ed è arbitraria. Manca pure una base per dimostrare che la regolamentazione non è stata rispettata nel primo anno dopo l'entrata in vigore della modifica di legge. La valutazione spiega che in proporzione l'onere per l'AOMS è sceso dal 72 al 70 per cento nel periodo di osservazione. L'obiettivo della neutralità dei costi è quindi più che raggiunto.

ASPS si dichiara stupita dei numerosi assunti su cui si basa l'avamprogetto, identificabili nel rapporto esplicativo dal ricorrente uso del condizionale. Qui servono basi fondate, chiaramente riconoscibili e calcolabili, non supposizioni. Le citate fonti di dati (statistica SOMED, statistica Spitex, pool di dati SASIS) sono state inoltre considerate in misura diversa. I loro risultati non sono sempre molto chiari. Non sono fornite spiegazioni univoche che chiariscano come si è giunti alle conclusioni e alle decisioni, il che rende il testo e le corrispondenti conclusioni di difficile comprensione. Per esempio, non si capisce perché siano stati utilizzati i dati della statistica Spitex quando nel rapporto esplicativo il pool di dati SASIS è definito più preciso. Molte indicazioni, infine, sono solo presunte e, con il trasferimento dei costi EMap, viene indirettamente minacciata una riduzione superiore al 3,6 per cento («I contributi previsti nel quadro della presente verifica secondo il principio della neutralità dei costi dovrebbero pertanto essere leggermente troppo alti»), una soluzione problematica e poco utile allo scopo. I risultati del rapporto di valutazione non sono invece in alcun modo citati o ripresi.

ASI, ASI NE-JU, curacasa, FSAS, VFP AFG Akut, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-SCH, ASI-ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex e Spitex RuLa affermano che i calcoli alla base della riduzione dei contributi dell'AOMS si fondano su paginate di supposizioni, congetture, periodi ipotetici e approssimazioni, in parte in contraddizione con quanto rilevato su mandato dello stesso Consiglio federale (p. es. rapporto di valutazione stilato da INFRAS). Le basi statistiche esistenti sono – per propria ammissione – scarse e lacunose. Il fatto che nel 2010 si fatturasse secondo unità di 10 minuti e nel 2014 di 5 minuti è stato ignorato. È stato anche ipotizzato che l'aggiunta di nuove prestazioni, come le misure di coordinamento e la preparazione dei medicinali, non avrebbe avuto conseguenze sui costi, giustificando tale affermazione in modo generico e non sostanziale con l'argomento che probabilmente tali prestazioni venivano fatturate e remunerate dagli assicuratori anche prima, solo «sotto un nome diverso». Le entrate esposte nel rapporto sono inoltre molto più alte dei costi reali calcolati sulla base delle ore di cura prestate. Infine, la riduzione proposta è il risultato di un calcolo piuttosto grezzo, che presume che i costi orari siano aumentati e quindi vengano ridotti in misura equivalente. Considerata l'incertezza dei dati si pone la domanda di fondo se,

all'introduzione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure nel 2011, la neutralità dei costi abbia potuto essere verificata in modo sufficientemente dettagliato come suggeriscono la formula e il risultato del 3,6 per cento.

SNL mette in dubbio i calcoli alla base dell'avamprogetto, a suo parere fondati su supposizioni, congetture, periodi ipotetici e approssimazioni.

mfe reputa insufficiente la base di dati utilizzata per il calcolo dell'adeguamento dei contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali. La statistica Spitex dell'UST non consente confronti corrispondenti tra prima e dopo il 2010 a causa della discrepanza tra i dati citata da INFRAS. Senza contare che l'obiettivo della neutralità dei costi è più che raggiunto, considerato che in proporzione l'onere per l'AOMS si è ridotto.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

santésuisse respinge l'aumento previsto delle aliquote dei contributi. L'assicurazione malattie ha pagato per le cure più nel 2014 che nel 2010, come si evince dai dati riportati nel rapporto esplicativo: i contributi determinanti dell'assicurazione malattie si attestavano nel 2014 a 2556,76 milioni di franchi, ossia 140,58 milioni di franchi o il 5,8 per cento in più rispetto alle uscite del 2010 (2416,18 milioni di franchi). Non si capisce quindi perché i contributi debbano essere adeguati in misura tale da provocare un maggior onere per l'assicurazione malattie. Se il DFI ritiene di dover procedere a un adeguamento per rispettare il principio della neutralità dei costi secondo la disposizione transitoria della modifica del 13 giugno 2008 della LAMal, allora i contributi andrebbero ridotti in media del 5,8 per cento. Il DFI giustifica il previsto adeguamento affermando che tra il 2011 e il 2014 i contributi versati per giornata di cura alle case di cura sono diminuiti mentre quelli orari corrisposti per le cure a domicilio sono aumentati. Questa visione è però in contraddizione con la disposizione transitoria, la quale prevede che la somma delle retribuzioni debba corrispondere allo stato al 2010. Il legislatore aveva voluto evitare che un aumento quantitativo già nella fase transitoria portasse a un maggior onere per l'assicurazione malattie. Nei dibattiti in seno alle Camere, le portavoce delle commissioni avevano sostenuto nei loro discorsi l'interpretazione letterale della disposizione transitoria. Il 19 settembre 2006, illustrando il disegno la consigliera agli Stati Erika Forster aveva affermato che il volume dei finanziamenti dell'assicurazione malattie di circa due miliardi di franchi doveva approssimativamente essere mantenuto. Simili sono state le spiegazioni sull'avamprogetto fornite il 21 giugno 2007 al Consiglio nazionale dalla consigliera nazionale Ruth Humbel, la quale aveva dichiarato che con la disposizione transitoria il Consiglio degli Stati voleva garantire la neutralità dei costi, ossia un'introduzione del nuovo finanziamento delle cure neutrale in termini di costi, e che i costi per le cure, ammontanti al momento a circa due miliardi di franchi, non sarebbero dovuti aumentare. **santésuisse** non vede infine alcuna utilità nella riduzione delle aliquote dei contributi per le cure ambulatoriali in contemporanea con l'aumento di quelle per le cure stazionarie, considerato che per l'assicurazione malattie e per il finanziatore della parte residua fa stato esclusivamente il saldo.

Altre organizzazioni

UCS condivide i timori delle associazioni di assistenza e cura a domicilio, che osservano come non si sia tenuto sufficientemente conto dei profondi cambiamenti avvenuti in seno al sistema sanitario con l'introduzione degli importi forfettari per singolo caso DRG e le conseguenti dimissioni anticipate dei pazienti dagli ospedali. È sua opinione che gli adeguamenti auspicati dalla politica con il DRG comportino tra l'altro un aumento della complessità delle cure. Come CDS, constata che la struttura delle prestazioni in seno alle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio è radicalmente cambiata, un aspetto che il presente rapporto non considera abbastanza.

UCS è dell'opinione che occorra procedere ad accertamenti approfonditi prima di adeguare i contributi dell'AOMS per le cure a domicilio, considerato anche che i previsti adeguamenti tariffali vanno ora palesemente nella direzione opposta di quella auspicata dalla politica.

ACS condivide l'opinione di **Spitex Schweiz** secondo cui la base di dati utilizzata per il calcolo è insufficiente e non consente confronti tra prima e dopo il 2010. Mentre la quota delle prestazioni economiche (cure di base) continua a calare, la percentuale di quelle costose per valutazione, consigli e coordinamento, e per esami e cure aumenta. ACS è pertanto dell'avviso che con i presenti calcoli concernenti la neutralità dei costi non si tenga sufficientemente conto di questa realtà. Per concludere, ribadisce che le riflessioni sull'evoluzione dei salari nel settore sanitario non sono comprensibili.

Per **ACS**, un ulteriore trasferimento dei costi verso i Cantoni e i Comuni non è accettabile. La parte dell'avamprogetto riguardante la neutralità dei costi deve tenere conto di questa evoluzione (lacuna nel finanziamento da parte dell'AOMS dei costi del materiale sanitario da colmare con il finanziamento residuo). L'AOMS pagava i materiali sanitari prima del 2011 e ha continuato a farlo almeno fino alla fine del 2017. Proseguire con questa soluzione di finanziamento non comporterebbe alcun maggior costo per l'assicurazione. L'improvviso cambio di sistema ha invece provocato una grande confusione nell'impiego e nella fatturazione del materiale sanitario, con tutte le difficoltà organizzative e finanziarie che ne sono conseguite. Secondo ACS, questa situazione poco chiara e insoddisfacente non può diventare uno stato permanente.

4.3 Intensità delle cure e struttura delle prestazioni

Cantoni

Secondo **CDS, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GR, GL, JU, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, VS, ZG e ZH**, il calcolo della neutralità dei costi non tiene conto dell'evoluzione della struttura delle prestazioni che indica, da un lato, una diminuzione della quota delle prestazioni più economiche e, dall'altro, un aumento della quota delle prestazioni di valutazione, consigli e coordinamento nonché di esami e cure.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG e SVKZ ritengono errato l'assunto secondo cui la struttura delle prestazioni è rimasta costante dal 2010 al 2014. L'introduzione in quello stesso periodo del sistema degli importi forfettari per singolo caso DRG ha portato a situazioni di cura più complesse e soprattutto ha causato un incremento delle prestazioni meglio remunerate (valutazione, consigli, coordinamento, esami e cure). L'assistenza e cura a domicilio ha assunto un ruolo centrale e di coordinamento dell'assistenza di base. L'incremento della quota delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a e b OPre è descritto per esempio nel rapporto «Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung» pubblicato dall'UFSP nel 2018 e risulta anche dai grafici 2 e 3 del rapporto esplicativo (pag. 15). Gli stessi grafici mostrano anche che la quota delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c OPre è diminuita. Questi trasferimenti spiegherebbero infine il rincaro delle tariffe orarie.

Anche **ASPS** richiama l'attenzione sull'evoluzione delle quote delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a e b OPre illustrata nei grafici del rapporto esplicativo e chiede un

aumento dei contributi nonché lo svolgimento di un'analisi sulla scorta dei dati 2012-2017, più affidabili.

ASI, ASI NE-JU, curacasa, FSAS, VFP AFG Akut, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-SCH, ASI-ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex e Spitex RuLa fanno notare la crescente complessità dei quadri clinici nelle cure dovuta alla riduzione della durata dei ricoveri ospedalieri che emerge anche dai grafici 2 e 3 del rapporto esplicativo. Per distinguere tra cure di base semplici e complesse occorrono indicatori più precisi. Il calcolo su cui si basa la riduzione dei contributi, oltre a essere privo di ogni rigore, è completamente avulso dalla realtà. Sanzionare l'aumento dell'intensità delle cure riducendo i contributi dell'AOMS segnala un inaccettabile disimpegno dell'assicurazione malattie nell'intero settore dell'assistenza sanitaria ambulatoriale. Questa interpretazione della neutralità dei costi viola anche il principio dell'equivalenza fiscale e mostra come l'«adeguata remunerazione delle cure infermieristiche» chiesta dall'iniziativa popolare «Per cure infermieristiche forti» sia assolutamente necessaria. Anche l'evoluzione negativa dei salari del personale di cura descritta nel rapporto esplicativo non lascia adito ad alcuna conclusione diversa.

Anche **SNL** richiama l'attenzione sull'aumento dell'intensità delle cure dovuto alla crescente complessità dei quadri clinici e alla diminuzione della durata dei ricoveri ospedalieri.

Per **VFP AFG Spitex Pflege** e **VFP AFG Akut** è sbagliato equiparare l'intensità delle cure a domicilio ai livelli dei bisogni di cure o alle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a, b e c OPre. Dall'istogramma esposto nel rapporto esplicativo non si evince né la complessità delle prestazioni di cura né la formazione richiesta agli infermieri per poterle fornire, e questo nonostante anche nelle cure di base possa essere necessario un infermiere SSS, BSc o MSc per i pazienti in situazioni complesse. Nelle aziende di assistenza e cura a domicilio, i team sono formati da collaboratori con formazioni e posizioni gerarchiche diverse (skill/grade mix) in relazione ai vari compiti. Ciò significa che, per ogni categoria di prestazioni da fornire, è un collaboratore diverso a doversi recare al domicilio del paziente, con ulteriori tempi di trasferta per queste persone. Inoltre, la riduzione della durata dei ricoveri ospedalieri, l'evoluzione demografica, la crescente multimorbilità, il numero di malati cronici e il desiderio di rimanere a casa propria il più a lungo possibile hanno reso più complesse le prestazioni di cura dispensate nelle case di cura e nell'assistenza e cura a domicilio. Infine, a fronte dell'aumento del 2,3 per cento delle prestazioni di valutazione, consigli e coordinamento e della diminuzione del 2,9 per cento delle cure di base non si può certo affermare, come fa il rapporto esplicativo, che la struttura delle prestazioni sia rimasta costante.

Spitex Verband Aargau segnala che l'integrazione nell'articolo 7 capoverso 2 lettera a OPre delle prestazioni di coordinamento (coordinamento dei provvedimenti nonché interventi di infermieri specializzati in caso di complicazioni in situazioni di cura complesse e instabili), attuata dall'UFSP nel 2012, ha causato uno spostamento verso le prestazioni incluse in tale lettera che sono di conseguenza aumentate.

Per **mfe**, l'assunto fondamentale secondo cui dal 2010 al 2014 le prestazioni di cura ambulatoriali sono rimaste costanti è discutibile: in quel periodo, infatti, l'introduzione del sistema degli importi forfettari per singolo caso DRG ha innescato un aumento delle prestazioni meglio remunerate. Inoltre, da allora si è assistito a un'attuazione coerente del principio «ambulatoriale prima di stazionario» e nel settore delle cure ambulatoriali sono state introdotte prestazioni specialistiche (p. es. nei settori demenza, cure palliative e psichiatria) più costose rispetto alle «semplici e normali» prestazioni di cura.

4.4 Bisogno di cure elevato e situazioni di cura particolari

Cantoni

CDS, CLASS, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GR, GL, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VD, VS, ZG e ZH ritengono che la partecipazione non proporzionale dell'AOMS ai costi per i bisogni di cure superiori a 220 minuti nel settore delle case di cura non sia corretta e chiedono che l'AOMS partecipi proporzionalmente ai costi anche in questo caso.

BE fa notare che secondo il rapporto di valutazione le prestazioni nei settori demenza, psichiatria e cure palliative non sono chiaramente delimitate. I contributi dell'AOMS per le prestazioni nel settore stazionario non sono differenziati per i bisogni di cure superiori a 220 minuti al giorno e quindi non sono più proporzionali all'onere per le cure. L'area d'intervento «offerte conformi al fabbisogno» della Strategia nazionale sulla demenza 2014-2019 ha come obiettivo la menzione specifica nell'articolo 7 OPre della remunerazione delle prestazioni di cura necessarie per una presa a carico conforme alle esigenze in materia di demenza.

JU puntualizza che il bisogno di cure di oltre l'11 per cento dei giurassiani residenti in una casa di cura supera i 240 minuti al giorno. Per queste persone vulnerabili il rischio di un peggioramento della qualità delle cure è quindi elevato. Occorre prevedere ulteriori livelli dei bisogni di cure, idealmente sei ma almeno tre. Diversi studi recenti evidenziano un sottofinanziamento delle prestazioni di cura per i pazienti che necessitano di cure palliative o con disturbi psichiatrici legati all'età avanzata. Il Consiglio federale dovrebbe pertanto adottare misure concrete che permettano di finanziare le prestazioni specialistiche di cure palliative e di psichiatria geriatrica.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Secondo **IG Pflegefinanzierung**, le modifiche dei contributi proposte non tengono conto dell'urgente necessità d'intervento nell'ambito delle cure della demenza e palliative. Con le strategie nazionali in questi due settori la Confederazione ha individuato i bisogni specifici di questi gruppi di pazienti. Ora dovrebbe assumersi le sue responsabilità e prevedere un adeguato finanziamento supplementare.

CURAVIVA e VAKA chiedono che si tenga maggiormente conto dell'elevata intensità delle cure nei casi di demenza, cure palliative e multimorbilità portando a 18 i livelli dei bisogni di cure affinché i costi supplementari per le situazioni ad alta intensità di cure, soprattutto nel fine vita, non siano unilateralmente posti a carico del paziente e/o della mano pubblica. Ciò permetterebbe anche di tenere conto di una richiesta avanzata nel postulato della CSSS-S 18.3384 «Migliorare l'assistenza e le cure alle persone che si trovano alla fine della loro vita». Se non si migliorerà il finanziamento, gli obiettivi delle strategie nazionali sulla demenza e in materia di cure palliative lanciate dalla Confederazione e dai Cantoni saranno attuati solo in misura insufficiente e sia la libertà di scelta, sia la migliore cura possibile saranno limitate. Nel quadro della verifica generale dei contributi dell'AOMS occorre altresì prevedere adeguamenti per le situazioni di cura particolari per evitare effetti cumulativi.

Secondo **senesuisse**, gli strumenti di valutazione dei bisogni non tengono sufficientemente in considerazione l'onere ad esempio per i casi di demenza e le cure palliative. Per le persone che necessitano maggiormente di cure occorre prevedere una partecipazione ai costi che va al di là degli attuali 12 livelli dei bisogni di cure. Malgrado rientrino in un livello in parte basso, i pazienti affetti da demenza hanno bisogno di un posto in una casa di cura e pagano i costi di degenza di tasca propria. Bisogna quindi che almeno la copertura dei costi legati alla malattia sia garantita. Ciò vale anche per il maggiore onere in termini di tempo, per le prestazioni delle cure palliative e per i casi ad alta intensità di cure per più di 4 ore al giorno.

4.5 Cure acute e transitorie

Cantoni

BE ricorda che, secondo il rapporto di valutazione, l'attuazione delle cure acute e transitorie (CAT) sinora è stata lacunosa e che la relativa offerta è poco sfruttata. La distinzione in parte poco chiara rispetto alle cure convenzionali o geriatriche e alla riabilitazione nonché la scarsa attrattiva economica fanno sì che tale offerta fatichi ad imporsi nelle case di cura. A frenarla contribuisce tra l'altro anche la durata troppo breve (due settimane) della prescrizione o del mandato medico. Al riguardo, BE ravvisa una necessità d'intervento e chiede l'adozione di misure di promozione.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

CP è del parere che le modifiche proposte ignorino tutte le misure a favore delle cure acute e transitorie ridefinite nel 2011 nel quadro del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure. Ritiene che un'impostazione efficace di queste cure, che assicurano una presa a carico dei pazienti all'uscita dall'ospedale, permetta di ridurre i costi del sistema nonché di favorire il recupero dell'autonomia nella vita quotidiana e il ritorno al proprio domicilio. Anziché limitare la durata della prescrizione a due settimane, insufficienti dal punto di vista medico e delle cure, CP propone di estenderla a quattro settimane affinché il ritorno a casa sia diretto e definitivo per oltre due terzi dei pazienti. Inoltre, non esclude una proroga delle CAT in funzione dei bisogni e previa prescrizione medica.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

Secondo **LPCH**, il rapporto INFRAS – che invita ad analizzare con attenzione – mostra che l'attuale impostazione delle cure acute e transitorie è insoddisfacente. L'assunto che ora vengono fornite più prestazioni di cura grazie alle CAT non può essere dimostrato sulla scorta della statistica Spitex. LPCH respinge con fermezza l'allusione secondo cui con le cure acute e transitorie si vuole aumentare (senza motivo) il totale delle ore. Sottolinea che le cure acute e transitorie si basano su una prescrizione di un medico dell'ospedale e di conseguenza non possono essere estese in modo arbitrario.

OSP sottolinea che, secondo la valutazione condotta da INFRAS, le cure acute e transitorie sono ancora poco sfruttate e l'offerta è lacunosa. È del parere che maggiore è il numero di interventi ambulatoriali effettuati, più importante diventa il follow-up infermieristico. A suo modo di vedere, i costi di degenza in un'istituzione di cure acute e transitorie non devono essere a carico dei pazienti. Per questo motivo, l'obiettivo deve essere un'assistenza integrata per tutti.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Secondo **IG Pflegefinanzierung**, un'assistenza integrata rivolta al futuro nel settore delle cure di lunga durata ha bisogno di una buona rete di cure acute e transitorie che copra l'intero territorio. I costi di degenza nelle istituzioni di cure acute e transitorie non possono più essere posti a carico dei pazienti, dato che ciò costituisce un grosso ostacolo all'utilizzo dell'offerta. Occorre invece che in questo settore valgano le disposizioni sul finanziamento ospedaliero. Inoltre, la durata massima delle cure acute e transitorie deve essere estesa a quattro settimane, prorogabili all'occorrenza una sola volta e previa prescrizione medica di ulteriori quattro settimane al massimo.

senesuisse osserva che lo scopo principale delle cure acute e transitorie consiste nell'offrire, dopo una degenza in ospedale, una transizione conforme alle esigenze mediche o psichiatriche e della convalescenza, affinché i pazienti possano riacquistare la loro autonomia nella vita

quotidiana. L'esperienza insegna che in molti casi con una durata massima di 14 giorni non è realistico pensare di raggiungere questo obiettivo. Inoltre, l'attuale sistema di finanziamento non incoraggia a usufruire di questa offerta nelle case di cura perché gli assicurati devono pagare di tasca propria l'intera degenza. Per questo motivo la durata massima di due settimane per le cure acute e transitorie è inadeguata nella prassi.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG e SVKZ fanno notare che secondo il rapporto di valutazione l'attuale impostazione delle cure acute e transitorie è insoddisfacente; respingono l'allusione secondo cui con le cure acute e transitorie si vuole aumentare (senza motivo) il totale delle ore e ritengono che, poiché le CAT si basano su una prescrizione di un medico dell'ospedale, non possano essere estese in modo arbitrario.

Inoltre, per le organizzazioni citate sopra nonché per **ASI, ASI NE-JU, curacasa, FSAS, VFP AFG Akut, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-SCH, ASI-ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa e SNL**, l'assunto che ora vengono fornite più prestazioni di cura grazie alle CAT non può essere dimostrato sulla scorta della statistica Spitex.

VFP AFG Spitex Pflege e VFP AFG Akut fanno notare che le cure acute e transitorie per come sono concepite non sono utilizzabili nella prassi e sono troppo poco conosciute dai medici degli ospedali. Inoltre, il passaggio all'assistenza e cura a domicilio ordinaria, nel giro di 24 ore dopo soli 14 giorni, è difficilmente attuabile senza un'organizzazione preliminare. L'assunto che ora vengono fornite più prestazioni di cura grazie alle CAT non può essere dimostrato sulla scorta della statistica Spitex.

Secondo **H+ e unimedSuisse** la durata massima delle cure acute e transitorie deve essere estesa a quattro settimane, prorogabili una sola volta previa prescrizione di un medico. Le istituzioni che offrono cure di lunga durata registrerebbero così un tasso di ritorno a casa superiore al 60 per cento, con risparmi immensi per l'economia nazionale e con positivi effetti di risparmio a lungo termine anche per l'AOMS. L'attuale limite di due settimane non ha nulla a che vedere con le esigenze mediche dei pazienti ed è controproducente. Inoltre, occorre chiarire le questioni sorte in seguito ad alcune recenti sentenze delle massime istanze giudiziarie.

imad puntualizza che il numero di cure acute e transitorie è in forte calo da parecchi anni a causa della riluttanza dei medici degli ospedali a prescrivere trattamenti di cure acute a pazienti che, una volta tornati a casa, saranno difficilmente raggiungibili.

4.6 Ambulatoriale prima di stazionario

Cantoni

CDS, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GR, GL, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS, ZG e ZH fanno notare che le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio forniscono un numero crescente di prestazioni a giovani che possono così anticipare l'uscita dall'ospedale o addirittura fare a meno di cure ospedaliere stazionarie. La riduzione dei contributi dell'AOMS per l'assistenza e la cura a domicilio lancia un segnale completamente sbagliato per quanto riguarda la strategia della Confederazione e dei Cantoni «ambulatoriale prima di stazionario».

Secondo **CLASS, FR, GE e NE**, per migliorare i sistemi sanitari occorrono maggiori cure ambulatoriali e un migliore coordinamento tra gli attori, ossia due misure che riscuotono un ampio

consenso e scaturiscono in particolare dalle discussioni promosse dal DFI. La revisione proposta prevede al contrario un minore impegno del sistema di assicurazione sociale in questa direzione.

Per **JU** è inconcepibile rivedere al ribasso le tariffe delle cure ambulatoriali mentre a livello nazionale esiste un ampio consenso a favore di una migliore offerta ambulatoriale.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

Per rafforzare il principio «ambulatoriale prima di stazionario» **LPCH** ritiene che, con un aumento dei contributi fissati nell'OPre per le cure ambulatoriali, la quota dell'AOMS ai costi delle cure tornerà sui valori precedenti e potranno essere inclusi elementi di costo mancanti (materiale sanitario, tempi di trasferta, salari).

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

IG Pflegefinanzierung è dell'opinione che promuovendo la strategia della Confederazione «ambulatoriale prima di stazionario» il numero di interventi ambulatoriali aumenterà.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sat-tel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG e SVKZ sostengono che, dall'introduzione del nuovo finanziamento delle cure e quindi anche nel periodo del calcolo della neutralità dei costi dei contributi, la domanda di prestazioni di cura ambulatoriali è sensibilmente aumentata sotto la spinta della strategia dei Cantoni «ambulatoriale prima di stazionario» e di alcune evoluzioni sociali (crescita del numero di famiglie mononucleari, individualità ecc.). Parallelamente, in linea con le diverse strategie della Confederazione e dei Cantoni, anche il bisogno di offerte di cura speciali (cure per la demenza, cure palliative, psichiatriche e oncologiche, assistenza e cura pediatriche a domicilio, servizi notturni e nei fine settimana) ha registrato una forte crescita e con ogni probabilità questa tendenza proseguirà in futuro (Programma nazionale di ricerca PNR 67 «Fine della vita» o postulato 18.3384 della CSSS-S «Migliorare l'assistenza e le cure alle persone che si trovano alla fine della loro vita»). Si tratta di prestazioni più costose di quelle «semplici e convenzionali», che richiedono l'impiego di personale con una formazione supplementare e l'utilizzo di ausili speciali. Questa evoluzione ha inoltre innescato un trasferimento di costi dal settore stazionario a quello ambulatoriale. Dal 2011, anche il bisogno di prestazioni 24 ore su 24 e di servizi medici d'urgenza ha evidenziato una forte crescita, alimentata in parte da offerte specializzate (cure palliative, assistenza e cura pediatriche a domicilio) e in parte dai cambiamenti nelle situazioni di assistenza.

ASPS è del parere che la prevista riduzione dei contributi per le cure ambulatoriali indebolirà ulteriormente l'assistenza e la cura a domicilio, già oggi sottofinanziata, e di conseguenza anche la strategia «ambulatoriale prima di stazionario».

Spitex Verband Thurgau sottolinea che il Cantone di Turgovia, nella sua pianificazione delle case di cura del 2016, presuppone esplicitamente un forte aumento della domanda di prestazioni ambulatoriali e fissa come obiettivo una maggiore presa a carico in regime ambulatoriale dei pazienti con livelli di bisogno di cure bassi nonché il relativo adeguamento della disponibilità di posti letto nelle case di cura.

H+ e unimedSuisse ritengono che la riduzione dei contributi per l'assistenza e cura a domicilio sia contraria alla promozione delle prestazioni integrate e quindi anche ambulatoriali perseguita dal Consiglio federale.

Psy moos sottolinea che l'assistenza ambulatoriale è più economica di quella stazionaria e che con il suo approccio preventivo evita costi inutili. Le misure adottate sul posto consentono, soprattutto nel settore delle cure psichiatriche ambulatoriali, di evitare trattamenti costosi. Le cure ambulatoriali sono un settore specialistico a sé stante e possono essere prestate solo da specialisti competenti e ben formati. Le cure a domicilio insegnano ai pazienti a gestire le loro limitazioni senza ricorrere a una medicina costosa. La distinzione rispetto ai medici è evidente dato che questi ultimi si focalizzano sul trattamento di malattie. Le cure ambulatoriali si occupano anche della gestione delle limitazioni e della prevenzione di ulteriori malattie che richiedono trattamenti. I consigli al paziente a 125 franchi a settimana permettono di ridurre sensibilmente i trattamenti stazionari a 600 o più franchi al giorno di degenza in clinica. Nel caso di decorsi clinici prevalentemente cronici, l'obiettivo principale delle cure psichiatriche ambulatoriali è quello di stabilizzare la situazione a domicilio, predisporre reti per la gestione delle crisi e spezzare così il meccanismo della «porta girevole».

mfe chiede che i contributi per le cure dispensate ambulatorialmente siano aumentati per rafforzare il principio «ambulatoriale prima di stazionario».

Altre organizzazioni

Secondo **ACS**, la riduzione dei contributi dell'AOMS per l'assistenza e la cura a domicilio lancia un segnale completamente sbagliato e indebolisce inutilmente le cure ambulatoriali: con la decisione di abbassare i contributi per l'assistenza e la cura a domicilio e agli infermieri indipendenti, il Consiglio federale contrasta gli importanti sforzi profusi da anni per rafforzare le cure ambulatoriali.

4.7 Costi

Cantoni

Per **CDS, AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GR, GL, JU, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, TG, VD, VS, ZG** e **ZH** è incomprensibile che il metodo di calcolo si basi su una crescita zero dei salari. Ad eccezione di **JU**, rinviano alle cifre fornite dall'Ufficio federale di statistica dalle quali si evince che, dal 2010 al 2016, i salari nel settore sanitario sono aumentati di circa il 5 per cento, quelli del personale delle case di cura di oltre il 2 per cento e quelli dei quadri inferiori e delle posizioni senza funzione di quadro – ossia della maggior parte del personale di cura – addirittura tra il 4 e il 6 per cento.

BE critica il fatto che la prevista modifica dei contributi dell'AOMS per le cure si basi unicamente sulla verifica della neutralità dei costi e non tenga minimamente conto dei risultati scaturiti dal rapporto finale. Affinché i costi supplementari dovuti al rincaro e alla crescita della massa salariale non vadano unicamente a carico del finanziamento residuo, urge un correttivo.

OW fa notare che dal 2011 i costi delle cure sono cresciuti a causa soprattutto dell'incremento dei salari versati al personale specializzato. Considerata la carenza di quest'ultimo è molto probabile che questa tendenza si accentui ulteriormente. Dato che sinora questo aumento dei costi ha gravato esclusivamente sui soggetti responsabili del finanziamento residuo, urge una rettifica. **OW** deplora che la modifica proposta sia esclusivamente retrospettiva e non contempli un meccanismo per compensare i previsti aumenti dei costi. Oltre al rincaro bisogna considerare anche l'evoluzione dei salari reali.

Secondo **CLASS, GE** e **NE**, gli adeguamenti dei contributi non rispondono alle preoccupazioni dei Cantoni alle prese con costi sempre più elevati soprattutto a causa dell'aumento dei salari, delle prestazioni non fatturabili all'assicurazione malattie e dell'invecchiamento della popolazione. Per i Cantoni con un costo della vita maggiore rispetto alla media svizzera, basare il

calcolo sulle evoluzioni a livello nazionale è estremamente penalizzante. Posto che i premi dell'assicurazione di base e le tariffe delle cure ambulatoriali e stazionarie sono differenziati per Cantone per tenere conto delle disparità salariali, sarebbe ingiusto fissare i contributi degli assicuratori-malattie a livello nazionale e non adeguarli periodicamente lasciando così a carico dei Cantoni ogni evoluzione dei costi.

GE precisa che nelle case di cura cantonali, dal 2010 al 2016, i salari sono cresciuti del 3,6 per cento, mentre secondo l'UFSP a livello nazionale sono diminuiti del 2,4 per cento nello stesso periodo.

CLASS, FR, GE e NE ritengono che sia inopportuno parlare nel 2018 della neutralità dei costi mettendo a confronto quelli del 2014 con quelli del 2010 sulla base di tariffe elaborate nel 2008. Non foss'altro che per la recente evoluzione della congiuntura economica, i dati degli anni citati non si prestano per una revisione dei contributi.

Per **JU** è inopportuno parlare nel 2018 della neutralità dei costi che avrebbe dovuto essere effettiva nel 2014, sulla base di cifre incomplete di cui nessuno può garantire l'affidabilità. Inoltre, il concetto di crescita zero dei salari nel settore delle cure non è coerente con i dati pubblicati dall'UST.

Secondo **VD**, l'avamprogetto non tiene conto del contesto demografico e dell'evoluzione dei costi. A partire dal 2020-2025, i bisogni di cure di lunga durata aumenteranno drasticamente a causa dei baby boomer. A questo effetto demografico si aggiungerà un calo relativo dell'assistenza informale e quindi un maggiore utilizzo delle strutture formali. Si assisterà probabilmente a un aumento del numero di persone ricoverate in case di cura, a un innalzamento dell'età di ricovero in queste strutture, a un incremento dei bisogni di cure e a un maggiore ricorso alle prestazioni di assistenza e cura a domicilio. I costi aumenteranno soprattutto perché sarà necessario formare personale in seno alle istituzioni per garantire il ricambio generazionale, elevare il livello di qualifica per rispondere ai bisogni delle persone, nonché mantenere la qualità e il coordinamento tra gli attori. Sarà pertanto fondamentale rafforzare l'ordinamento del finanziamento delle cure di lunga durata, dato che le difficoltà già riscontrate oggi si acuiranno domani.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

LPCH è del parere che occorra un adeguamento periodico dei contributi all'evoluzione dei costi. Negli ultimi anni, le prestazioni nel settore delle cure sono diventate più sofisticate e costose, e le situazioni di cura più complesse. Sottolinea che, parallelamente, la quota parte dell'AOMS per i costi delle cure ambulatoriali è diminuita a scapito dei Cantoni, dei Comuni e dei pazienti. Secondo LPCH, questa tendenza non può continuare. Inoltre, a suo modo di vedere è di cruciale importanza considerare i salari come fattore di costo.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

CURAVIVA e VAKA ritengono che il rincaro generale sia una base troppo imprecisa per estrapolare i contributi dell'AOMS e che occorra piuttosto considerare l'evoluzione dei costi nel settore sanitario. Secondo l'UST, dal 2010 al 2016 i salari in questo settore sono aumentati di circa il 5 per cento, quelli del personale delle case di cura di oltre il 2 per cento, e quelli dei quadri inferiori e delle posizioni senza funzione di quadro – ossia della maggior parte del personale di cura – addirittura tra il 4 e il 6 per cento. Per garantire l'equilibrio tra i soggetti che sostengono i costi è necessario che almeno ogni tre anni si proceda a una verifica dei contributi dell'AOMS e al loro adeguamento all'evoluzione effettiva dei costi. Inoltre, in seguito all'adozione il 19 settembre 2016 del postulato della CSSS-N 16.3352 «Ripartire l'aumento dei costi

delle cure tra tutti i soggetti che li sostengono», il Consiglio federale è stato incaricato di illustrare come i contributi dell'AOMS possano essere adeguati regolarmente al rincaro.

Per **senesuisse** è sorprendente che dal 2010 al 2016 i salari del personale di cura non siano aumentati e che per giustificare il mancato aumento il rapporto esplicativo si rifaccia alla statistica SOMED, giudicandola peraltro inadeguata. Secondo i dati dell'UST, nello stesso periodo, i salari nel settore sanitario sono cresciuti del 5 per cento, evoluzione questa che trova conferma anche nei numerosi riscontri provenienti dalla prassi. Inoltre, il riferimento nel rapporto esplicativo all'indice nazionale dei prezzi al consumo è fuori luogo, dato che i costi della benzina non hanno nulla a che vedere con gli aumenti salariali nelle case di cura. Di fatto, il ritocco verso l'alto dei contributi per le prestazioni fornite nelle case di cura dovrebbe essere nettamente più consistente.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri, SPXZG e SVKZ osservano che i salari nel settore delle cure sono aumentati negli ultimi anni e che, visto il bisogno di personale infermieristico, continueranno a crescere anche in futuro. All'origine di questa evoluzione vi sono il bisogno di specialisti, il lavoro notturno e nei fine settimana, e le specializzazioni. In questo senso, la mancata considerazione dei salari come fattore di costo è da respingere. Diversi fattori indicano che a quasi 15 anni dalla sua adozione, la base di calcolo deve essere rivista. Alcuni di essi, come per esempio i costi del materiale sanitario o i tempi di trasferta non sono stati sufficientemente tenuti in considerazione.

Per **ASPS**, la spiegazione fornita nel rapporto esplicativo che, poiché l'aumento salariale del personale di cura nell'assistenza e nella cura a domicilio non è rilevato con precisione, si adotta la stessa logica seguita per le case di cura che tiene conto di aumento salariale e rincaro, non è sostenibile e non reggerebbe a un esame approfondito, tenuto conto che i salari rappresentano circa l'85 per cento dell'onere complessivo del settore dell'assistenza e cura a domicilio. Pur non potendosi esprimere riguardo a salari e rincaro nel settore delle case di cura, ritiene estremamente rischioso e poco fondato concludere che gli argomenti esposti possano essere ripresi direttamente anche per il settore dell'assistenza e della cura a domicilio.

Spitex Verband Thurgau osserva che i collaboratori dell'assistenza e cura a domicilio sono ingiustamente considerati dai loro committenti generatori di costi indiretti, malgrado non abbiano alcun influsso sulla crescente mole di lavoro da svolgere. Questa situazione non contribuisce certamente a tenere alto il loro grado di soddisfazione e quindi a farli rimanere a lungo nella professione.

imad si sofferma sulla necessità di una rivalutazione delle funzioni in occasione dell'aggiornamento del capitolato d'onori e sostiene che prendere le evoluzioni nazionali come base di calcolo e applicare tariffe federali uniformi penalizzerebbe notevolmente i Cantoni con un costo della vita superiore alla media svizzera. I salari nel Cantone di Ginevra sono di gran lunga superiori alla media nazionale e negli ultimi anni il loro aumento è stato più vistoso rispetto alla maggior parte degli altri Cantoni. All'imad, il salario medio del personale di cura e del personale medico-tecnico ammonta a 92 400 franchi, in altre parole è del 42 per cento superiore a quello calcolato dal DFI. D'altronde, l'avamprogetto di modifica considera unicamente il confronto tra il contributo orario dell'AOMS nel 2010 e quello nel 2014. Tutti gli altri argomenti che potrebbero far variare la tariffa sono ritenuti marginali. È il caso per esempio della complessificazione delle prese a carico 6 o 7 giorni su 7 o dell'evoluzione delle prestazioni delle cure di base (nel 2011 rappresentavano il 63,5 %, nel 2014 il 61,1 %) verso atti sempre più tecnici.

LZCH e ASI-SCH constatano che la riduzione dei contributi causerebbe una compressione del tempo a disposizione per un atto di cura. Ciò comporterebbe una riduzione delle misure di

accompagnamento per il mantenimento della salute e indebolirebbe l'alfabetizzazione sanitaria dei beneficiari delle cure. Questa duplice pressione, sul lavoro e sui salari, concorrerebbe all'abbandono della professione.

Secondo **Psy moos**, la riduzione dei contributi dell'AOMS non porta alcun beneficio sul fronte della carenza di personale, dell'attuazione del principio «ambulatoriale prima di stazionario» e dell'esplosione dei costi. La professione di infermiere è uguale a tutte le altre professioni con attestato federale di capacità. Una riduzione dei contributi è in contrasto con il principio di parità dato che, per esempio, il rincaro non è considerato.

mfe giudica incomprensibili numerosi argomenti addotti nel rapporto esplicativo, per esempio riguardo all'evoluzione dei salari. Gli aumenti salariali dovuti alla carenza di personale specializzato e alle specializzazioni sono un dato di fatto.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Per **santésuisse**, un innalzamento dei contributi potrebbe essere preso in considerazione se il livello generale dei prezzi, misurato in base all'indice nazionale dei prezzi al consumo, avesse superato di 5,8 punti percentuali il valore dell'indice a gennaio 2011. Da tale anno, tuttavia, i prezzi sono rimasti stabili.

Altre organizzazioni

UCS raccomanda di adeguare i contributi all'evoluzione dei costi almeno ogni tre anni, dato che in generale l'AOMS sarebbe da coinvolgere maggiormente nel finanziamento delle prestazioni di cura.

4.8 Finanziamento da parte dell'AOMS e dei Cantoni

Cantoni

Per **CDS, AG, AI, BL, BS, FR, GL, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS, ZG e ZH**, la riduzione proposta dei contributi per l'assistenza e la cura a domicilio è incomprensibile dato che secondo la valutazione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure la quotaparte di finanziamento dell'AOMS alle cure ambulatoriali è diminuita del 2 per cento. La valutazione mostra che con il nuovo ordinamento i Cantoni e i Comuni devono farsi carico di un onere finanziario supplementare considerevole e che i loro contributi alle case di cura e alle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio sono costantemente aumentati. Il fatto che questa tendenza prosegua ininterrotta dal 2014 indica chiaramente che il trasferimento di costi dall'AOMS a Cantoni e Comuni non è solo una conseguenza del cambiamento di sistema. Senza contromisure la quotaparte di finanziamento di Cantoni e Comuni continuerà a crescere. È inaccettabile che siano questi ultimi a doversi accollare il 100 per cento dell'aumento dei costi delle cure, anche perché solo gli assicuratori-malattie hanno la facoltà di esaminare l'economicità delle prestazioni e, in caso di riesame, i tribunali tengono in considerazione soltanto i costi dell'AOMS.

Anche **AR, BE e GR** rinviando alle cifre della valutazione del finanziamento delle cure, da cui si evince che la quotaparte di finanziamento dell'AOMS ai costi di cura LAMal è diminuita del 5 per cento nel settore delle case di cura e del 2 per cento in quello delle cure a domicilio.

BS stima tra i 150 e i 200 milioni di franchi l'anno i costi che dagli assicuratori saranno trasferiti a livello nazionale a Cantoni e Comuni. A ciò si aggiungono gli oneri amministrativi per l'implementazione e la gestione dei pertinenti servizi di controllo e sistemi di fatturazione nei singoli Cantoni e Comuni.

OW è favorevole al previsto adeguamento dei contributi dell'AOMS ai costi delle case di cura soprattutto nell'ottica dei Comuni. Nel Cantone di Obvaldo il finanziamento residuo copre i costi di cura individuali delle sette istituzioni per anziani.

LU fa notare che l'adeguamento dei contributi farà aumentare di 1,4 milioni di franchi la partecipazione ai costi nel settore delle prestazioni complementari. Estrapolando questa cifra a tutti i Cantoni, i maggiori costi ammonteranno a 30 milioni di franchi.

ZH chiede al DFI di quantificare l'impatto finanziario dell'adeguamento dei contributi sui Cantoni e sui Comuni.

BE è del parere che nel determinare i contributi dell'AOMS si debba tener conto dell'evoluzione della quota parte di finanziamento. Si stupisce che il rapporto esplicativo non affronti la questione dell'impatto finanziario delle modifiche dei contributi proposte sui Cantoni e sui Comuni.

Secondo **CLASS, FR, GE e NE**, il tentativo di mantenere la neutralità dei costi basata su calcoli discutibili non risolve la questione della loro ripartizione che già da alcuni anni penalizza ampiamente alcuni Cantoni. Anziché focalizzarsi sul mantenimento della neutralità dei costi a carico degli assicuratori, bisognerebbe rivedere la ripartizione degli oneri tra assicuratori-malattie e Cantoni alla luce dei costi reali a carico di questi ultimi.

Per **CLASS, FR e NE**, l'avamprogetto ha il difetto di comportare una ripartizione iniqua tra i Cantoni e gli assicuratori e di non tenere conto delle disparità cantonali. I calcoli della neutralità dei costi delle cure a domicilio si basano su dati giudicati incompleti dall'UFSP. La prevista riduzione dei contributi determinerebbe un aumento del finanziamento residuo e penalizzerebbe ingiustamente i Cantoni che praticano attivamente una politica di mantenimento a domicilio che, unita al miglioramento del coordinamento tra gli attori della sanità e alla promozione delle cure ambulatoriali, necessita di un migliore finanziamento delle cure a domicilio, cioè il contrario di quanto propone l'avamprogetto.

NE segnala che, dal 2011 al 2016, nelle case di cura la quota parte di finanziamento a carico degli assicuratori è diminuita del 2,9 per cento, quella degli ospiti dell'1,1 per cento mentre quella del Cantone è aumentata del 4 per cento. Includendo nel finanziamento 2016 anche il materiale sanitario, risulta che la quota parte di finanziamento a carico degli assicuratori è diminuita del 3,9 per cento rispetto al 2011, quella a carico degli ospiti dell'1,4 per cento, mentre quella a carico del Cantone è aumentata del 5,3 per cento.

VD osserva che il principio della ripartizione dei costi tra assicurazione, assicurato e Stato non è rispettato e crea una situazione che non può durare a lungo per le finanze cantonali.

OW presenta alcune cifre delle istituzioni per anziani attive sul suo territorio dalle quali si evince che, nel 2017, la media dei costi giornalieri ammontava a 116,84 franchi, la quota parte di finanziamento a carico dell'AOMS al 39 per cento, quella degli ospiti al 18 per cento e quella dei finanziatori residui al 43 per cento.

JU osserva che l'onere finanziario per i Cantoni e i Comuni aumenta costantemente e ritiene che riversare solo su di loro l'intero aumento dei costi nel settore delle cure non sia ammissibile.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

Alzheimer Svizzera accoglie favorevolmente l'aumento dei contributi dell'AOMS per le cure prestate nelle case di cura. Ritiene infatti che questa misura, insieme a un migliore finanziamento delle situazioni complesse, soprattutto nei casi di demenza, e al finanziamento residuo completo da parte della mano pubblica (cfr. osservazioni precedenti), garantisca che non siano più i pazienti a doversi assumere i costi non coperti fatturati con la dicitura «supplemento per cure» o nello specifico «supplemento per demenza».

CSA ritiene che l'interpretazione dei dati e la riduzione del 3,6 per cento dei contributi per le cure ambulatoriali (assistenza e cura a domicilio) che ne risulta nonché l'aumento del 6,7 per cento dei contributi alle case di cura siano contraddittori e incomprensibili. Respinge fermamente la riduzione dei contributi per l'assistenza e la cura a domicilio. Appoggia invece l'aumento dei contributi alle case di cura anche se teme che il finanziamento residuo sarà decurtato in proporzione e di conseguenza non vi sarà alcun miglioramento sostanziale della situazione finanziaria in questo settore. La motivazione addotta dal DFI secondo cui, alla luce dell'abbassamento del livello dei prezzi al consumo, occorre valutare un'ulteriore riduzione dei contributi degli assicuratori risulta particolarmente incomprensibile. CSA non ha dubbi sul fatto che il calcolo di tali contributi non debba basarsi sull'indice dei prezzi al consumo bensì sull'aumento generale dei costi della sanità. Fatte queste premesse, ritiene che in seguito all'aumento dei costi nel settore sanitario si debba in linea di principio considerare un ritocco verso l'alto dei contributi dell'AOMS. A fronte del netto calo dei costi complessivi dell'AOMS che emerge dalla valutazione, un riversamento unilaterale dell'aumento dei costi della salute su Cantoni e Comuni non è ammissibile. Nelle sue strategie sulla demenza e in materia di cure palliative la Confederazione ha individuato i bisogni specifici di questi gruppi di pazienti. Secondo CSA, ora dovrebbe assumersi le sue responsabilità prevedendo un adeguato finanziamento supplementare per le cure speciali e l'assistenza che tali bisogni richiedono e che risultano particolarmente onerose in termini di tempo.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Secondo **IG Pflegefinanzierung**, l'evoluzione dei costi non può essere unilateralmente riversata su Cantoni e Comuni, visto che i risultati della valutazione indicano chiaramente una diminuzione dell'onere per l'AOMS. Come mostra il rapporto di valutazione, il disciplinamento del finanziamento residuo varia da un Cantone all'altro. È quindi necessario che la Confederazione precisi la responsabilità dei Cantoni e dei Comuni. La sentenza del 20 luglio 2018 del Tribunale federale (9C_446/2017) sul finanziamento dei costi complessivi sottolinea questa responsabilità. Si tratta ora di assicurare che questa sentenza sia attuata correttamente in tutti i Cantoni e che i maggiori oneri non siano accollati alle persone bisognose di cure. Urge definire che cosa deve essere incluso nei contributi e nel finanziamento residuo oppure che cosa è remunerato a parte.

CURAVIVA e **VAKA** osservano che alcuni Cantoni non assolvono pienamente l'obbligo di garantire il finanziamento residuo complessivo. Secondo la sentenza del 20 luglio 2018 del Tribunale federale (9C_446/2017), i Cantoni devono farsi carico della totalità dei costi residui delle cure dispensate sul loro territorio. Una decurtazione è ammessa solo se sono in grado di dimostrare che un fornitore di prestazioni non lavora in modo economico ed efficiente. Spetta alla Confederazione assicurare che queste prescrizioni siano rispettate. Successivamente sarebbe necessario anche un aumento significativo di tutti i contributi dell'AOMS, dato che l'aumento dei costi dovuto principalmente all'evoluzione demografica grava unilateralmente su Cantoni e Comuni.

senesuisse constata che dal 2009 al 2014 il contributo dell'AOMS ai costi di cura complessivi nelle case di cura svizzere è diminuito progressivamente dal 53,48 per cento al 45,92 per cento, per poi scendere ulteriormente. Di fatto, la differenza è ben superiore al 6,7 per cento. Ciò non corrisponde a quanto richiesto dal Parlamento. Secondo il parere unanime del Consiglio nazionale, il testo di legge deve essere adeguato in modo che i contributi dell'AOMS tengano conto anche dei futuri aumenti dei costi. La proposta di correzione del 6,7 per cento è troppo bassa, ma può essere accolta per evitare che su Cantoni e Comuni gravi un onere eccessivo. senesuisse teme tuttavia che il finanziamento residuo venga ridotto in uguale misura cosicché continueranno a persistere enormi lacune di finanziamento, quantificate

dall'UST in circa 300-400 milioni di franchi l'anno. Ciò comporterà o una riduzione delle prestazioni e della qualità o il fallimento delle case di cura. Una fatturazione dei costi alle persone assicurate sotto un'altra denominazione violerebbe la protezione tariffale. Per questo motivo è necessario che i Cantoni attuino la sentenza del 20 luglio 2018 del Tribunale federale, anche per quanto riguarda le prestazioni non sufficientemente considerate negli strumenti di valutazione dei bisogni, come per esempio in caso di demenza e cure palliative.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri e SVKZ fanno notare che, a causa dell'insufficiente regolamentazione del finanziamento residuo, Cantoni e Comuni hanno preso decisioni motivate dalla politica finanziaria a scapito delle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio. Urge definire che cosa deve essere incluso nei contributi e nel finanziamento residuo oppure che cosa è remunerato a parte (p. es. tempi di trasferta, materiale sanitario). Nel periodo 2010-2014 considerato, l'AOMS è stata sgravata rispetto agli altri paganti e in numerosi Cantoni a farne le spese sono stati soprattutto i pazienti.

Secondo le organizzazioni citate nel paragrafo precedente nonché **SPXZG**, mantenendo gli attuali contributi l'aumento dei costi continuerà a essere riversato su Cantoni, Comuni e pazienti.

ASPS osserva che secondo il parere del DFI sulla valutazione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, la quotaparte di finanziamento a carico dell'AOMS non è cresciuta. Secondo il rapporto di valutazione stilato da INFRAS, la quota delle cure ambulatoriali nell'AOMS è diminuita del 2 per cento. Inoltre, il rapporto esplicativo spiega che a determinare il finanziamento dell'AOMS è unicamente la neutralità dei costi e non l'evoluzione dei costi dei fornitori di prestazioni. Nondimeno, nei Cantoni il finanziamento residuo si rivela ancora lacunoso e in parte non è attuato correttamente, come evidenzia il rapporto di valutazione. In questo ambito urge intervenire. La riduzione proposta dei contributi dell'AOMS per l'assistenza e la cura a domicilio proposta lancia un segnale completamente sbagliato e compromette tutti gli sforzi compiuti sinora.

ASI, ASI NE-JU, curacasa, FSAS, VFP AFG Akut, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-SCH, ASI-ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa e SNL fanno notare che, secondo il rapporto peritale di INFRAS, in proporzione, nel periodo di osservazione l'onere per l'AOMS è calato dal 72 al 70 per cento e che, di conseguenza, l'obiettivo della neutralità dei costi è più che raggiunto. La riduzione proposta dei contributi dell'AOMS risulta pertanto incomprensibile.

VFP AFG Spitex Pflege e VFP AFG Akut ricordano che, come risulta dalle conclusioni del rapporto di valutazione, l'AOMS non ha dovuto far fronte a maggiori oneri finanziari, mentre i Cantoni sono stati gravati in misura sproporzionata. La forte pressione sui costi fa sì che i fornitori di prestazioni possano dedicare meno tempo alle persone bisognose di cure. Un aumento di tale pressione innescato dalla riduzione delle tariffe acuirà l'insufficienza dell'offerta di prestazioni e potrebbe far salire il numero di ricoveri in pronto soccorso, di riammissioni in ospedale e di complicazioni evitabili, e in ultima analisi i costi complessivi. Ritoccando verso il basso i contributi dell'AOMS, le aziende di assistenza e cura a domicilio saranno costrette a ridurre il numero di infermieri SSS, BSc o MSc in organico, ciò che – l'evidenza internazionale e nazionale al riguardo è unanime – equivale a mettere in pericolo la sicurezza del paziente.

Secondo **Psy moos**, i costi complessivi ammontano a un minimo di 125 franchi all'ora e i Cantoni devono essere obbligati a coprire i costi residui.

LZCH e **ASI-SCH** osservano che già oggi molti Comuni e Cantoni attuano una politica di assunzione dei costi residui improntata all'austerità, basata sul budget anziché sui costi complessivi. A loro modo di vedere, in futuro rimarrà sul mercato chi fornirà prestazioni più convenienti indipendentemente dalla loro qualità e a farne le spese sarà la salute della popolazione.

VAPP osserva che i Cantoni non accetterebbero di assumersi i costi residui che, secondo un'indagine condotta dal Cantone di Berna, ammontano attualmente a 125 franchi per un'ora di cure.

mfe è del parere che, nel periodo considerato, l'AOMS sia stata sgravata rispetto agli altri paganti. A causa dell'insufficiente regolamentazione del finanziamento residuo, anche Cantoni e Comuni hanno preso decisioni motivate dalla politica finanziaria che vanno a scapito dei pazienti.

4.9 Remunerazione del materiale sanitario

Cantoni

CDS, AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS, ZG e ZH fanno notare che in virtù delle sentenze C-3322/2015 e C-1970/2015 del Tribunale amministrativo federale, i fornitori di prestazioni di cura non possono fatturare separatamente all'AOMS i costi del materiale sanitario e che, secondo l'UFSP, la lacuna nel finanziamento deve essere colmata dai soggetti responsabili del finanziamento residuo. A loro modo di vedere questo ulteriore trasferimento di costi è inaccettabile. La modifica dell'OPre deve tenere conto che il mantenimento del finanziamento separato del materiale sanitario da parte dell'AOMS deve avvenire in modo neutrale in termini di costi. Occorre altresì tenere presente che solo gli assicuratori-malattie ricevono le informazioni necessarie per il controllo delle fatture e possono quindi verificare se la scelta e l'utilizzo dei materiali soddisfano i criteri di economicità, appropriatezza ed efficacia. CDS chiede correttivi contro il trasferimento di costi dall'AOMS ai Cantoni e ai Comuni.

Secondo **CDS, AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, LU, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VD, VS, ZG e ZH** il fatto che le proposte del DFI non tengano conto del trasferimento dei costi e del finanziamento del materiale sanitario non rispecchia l'ampia volontà politica. CDS chiede da tempo adeguamenti e anche in Parlamento sono stati depositati interventi in tal senso (Mo. Bischof 18.3425 «Bloccare l'impennata degli oneri a carico dei cantoni, dei comuni e delle organizzazioni Spitex. Adeguare i costi del materiale sanitario», Po. CSSS-N 16.3352 «Ripartire l'aumento dei costi delle cure tra tutti i soggetti che li sostengono», domanda 18.5133 di Ruth Humbel sull'attuazione di tale postulato, Mo. CSSS-N 18.3710 «Prodotti EMap. Fatturazione da parte dei fornitori di prestazioni di cura»).

BS è del parere che la proposta di armonizzare gli strumenti di valutazione dei bisogni da un lato e la remunerazione del materiale sanitario non armonizzata dall'altro siano contraddittorie. Conformemente alla mozione del 6 luglio 2018 della CSSS-N, il Consiglio federale è incaricato di elaborare le condizioni legali affinché i fornitori di prestazioni possano fatturare i prodotti riportati nell'elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) sia in caso di utilizzazione da parte della persona assicurata, sia in caso di uso da parte di infermieri. Dopo la tavola rotonda del 14 aprile 2018, da parte dell'UFSP non c'è stata alcuna reazione. La presente modifica dell'OPre deve essere l'occasione per ottemperare a quanto richiesto. Se la soluzione al problema implica un intervento a livello di legge, bisogna fissare nell'ordinanza perlomeno soluzioni transitorie in grado di supportare il sistema attuale.

BE segnala che nel corso del 2018 molti assicuratori hanno interrotto i pagamenti di mezzi e apparecchi. Nel solo Cantone di Berna si stima che le perdite causate da questa decisione si aggirino sui 10 milioni di franchi l'anno. È necessario ricalcolare i contributi dell'AOMS per le

cure tenendo in considerazione i costi di mezzi e apparecchi, e apportare i relativi adeguamenti il più rapidamente possibile. Inoltre, la decisione di non tenere conto dell'evoluzione generale dei costi e della problematica dei costi del materiale non rispecchia l'ampia volontà politica e disattende diverse richieste avanzate dal Parlamento.

CLASS, FR, GE e NE ritengono che la nuova prassi instaurata dalle recenti sentenze del TAF riguardo alla presa a carico del materiale sanitario crei una situazione caotica con il forte rischio che alcuni assicurati abbiano reali difficoltà a farsi rimborsare le cure a domicilio di cui necessitano. La soluzione implica una revisione dell'OPre. È difficile comprendere perché l'avampoprogetto punti a risolvere un problema che non appare come tale alla maggioranza degli attori del settore e rinunci invece a intervenire per contrastare il recente netto deterioramento dell'assicurazione sociale.

Per **VD** è difficilmente comprensibile che l'adeguamento dei contributi non tenga conto delle sentenze del Tribunale amministrativo federale sul materiale sanitario. A causa del trasferimento di costi che ne consegue, il Cantone deve assumersi per le cure nelle case di cura un onere supplementare di circa 3 franchi al giorno e l'adeguamento dei contributi dovrebbe tenerne conto. Le considerazioni esposte nel rapporto esplicativo sono incomplete e non possono giustificare la rinuncia ad apportare correttivi.

JU precisa che i Cantoni e i fornitori di prestazioni stanno esaminando nuove procedure complesse e costose che potrebbero avere spiacevoli ripercussioni per alcuni pazienti seguiti a domicilio. A suo modo di vedere, l'articolo 20 OPre deve essere corretto affinché i fornitori di cure ambulatoriali possano di nuovo fatturare tutti i costi del materiale.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

LPCH sottolinea che, come già esposto a più riprese nel corso di colloqui con l'UFSP e anche riconosciuto da quest'ultimo, i calcoli per il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure non hanno tenuto conto affatto o solo in misura insufficiente dei costi del materiale sanitario. Inoltre, dalla sua introduzione i materiali utilizzati sono stati ulteriormente sviluppati e i prezzi sono di conseguenza aumentati. LPCH rimane convinta che già solo per questi motivi sia necessario un aumento sostanziale dei contributi dell'AOMS.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

IG Pflegefinanzierung è del parere che i costi del materiale sanitario debbano essere assunti dall'AOMS come avveniva prima della sentenza del Tribunale federale. In effetti, la prassi correntemente in uso prima dell'introduzione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure non è mai stata messa in discussione nei dibattimenti e nelle consultazioni delle commissioni competenti. Per quale motivo il Consiglio federale non sia disposto a mettere in atto una soluzione rapida e non burocratica è incomprensibile.

CURAVIVA e VAKA osservano che le sentenze C-3322/2015 e C-1970/2015 rispettivamente del 1° settembre e del 7 novembre 2017 del Tribunale amministrativo federale hanno avuto conseguenze estremamente negative. Specialmente nel settore delle cure ambulatoriali mezzi e apparecchi vengono in parte utilizzati alternativamente da pazienti e da infermieri. Il finanziamento diverso pone problemi di distinzione praticamente irrisolvibili nonché ingenti e inutili oneri amministrativi. Inoltre, dato che solo gli assicuratori-malattie ricevono le informazioni necessarie per il controllo delle fatture, Cantoni e Comuni non hanno la possibilità di verificare se i criteri di economicità, appropriatezza ed efficacia sono rispettati. Urge pertanto una modifica legislativa.

senesuisse rileva che, poiché nel calcolo degli attuali contributi dell'AOMS i mezzi e gli apparecchi utilizzati per le cure non sono stati considerati, urge intervenire per rimediare a questa situazione.

Secondo **Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharmaSuisse, Spitex Verband Aargau, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri e SVKZ**, i calcoli non hanno tenuto conto affatto o solo in misura insufficiente del materiale sanitario. Dall'introduzione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, questo materiale è stato ulteriormente sviluppato e i prezzi sono di conseguenza aumentati. Per esempio, le moderne e costose medicazioni per le ferite rimangono applicate più a lungo e richiedono meno cure infermieristiche. Già solo per questi motivi è necessario un aumento sostanziale dei contributi dell'AOMS. L'argomento addotto nel rapporto esplicativo secondo cui gli attuali contributi dell'AOMS sono troppo alti perché negli ultimi anni le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio hanno sempre più esternalizzato a terzi (farmacie, medici e fornitori di materiale) la gestione del materiale non considera le sentenze del Tribunale amministrativo federale che vietano la fatturazione separata dei materiali utilizzati e causano grandi problemi nonché oneri amministrativi supplementari.

Fatta eccezione per **SXBS e SVBL**, le organizzazioni elencate nel paragrafo precedente fanno notare che, come peraltro si evince dalle formulazioni usate nel rapporto esplicativo («probabilmente comprendeva», «è possibile che» ecc.), le basi e i dati per quanto riguarda la questione del materiale sanitario sono estremamente lacunosi e che le sentenze del Tribunale amministrativo federale sono inattuabili.

ASPS è del parere che i costi dei prodotti EMap utilizzati da terzi non siano stati considerati nel calcolo degli attuali contributi dell'AOMS e che manchino basi di calcolo accessibili al pubblico. Per questi motivi, auspica un sostanziale aumento dei contributi stabiliti nell'OPre per creare una base di finanziamento sufficiente e orientata al futuro.

Secondo **pharmaSuisse**, negli ultimi anni le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio, anche per ragioni di efficienza, hanno vieppiù esternalizzato a terzi, soprattutto a farmacie, la fornitura di prodotti e apparecchi come pure la gestione del materiale. Tuttavia, per le farmacie è impossibile distinguere tra utilizzo diretto da parte dell'assicurato e utilizzo da parte di infermieri. Ritiene inoltre che l'elenco dei mezzi e degli apparecchi debba essere rivisto e adeguato ai nuovi prezzi di mercato.

ASI, ASI NE-JU, curacasa, FSAS, VFP AFG Akut, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-SCH, ASI-ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa e SNL ritengono che, all'introduzione del vigente ordinamento del finanziamento delle cure, i costi del materiale sanitario non sono stati sufficientemente tenuti in considerazione. Il consumo di materiale estremamente diverso a dipendenza del tipo di cura dispensata rende impossibile qualsiasi forfetizzazione. I costi del materiale sanitario devono perciò essere assunti separatamente dall'AOMS e la distinzione tra utilizzo diretto da parte dell'assicurato e utilizzo da parte di terzi deve essere eliminata. Poiché sino all'autunno 2017 tali costi sono stati totalmente coperti dall'AOMS, l'attuazione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure rispetta la neutralità dei costi. Fatta eccezione per **SNL**, i fornitori di prestazioni citati aggiungono che solo gli assicuratori sono tecnicamente in grado di valutare se il bisogno di materiale soddisfa i criteri LAMal di economicità, appropriatezza ed efficacia.

VFP AFG Spitex Pflege e VFP AFG Akut spiegano che i contributi dell'AOMS non coprono i costi del materiale sanitario. Fanno notare che grazie alle innovazioni nello sviluppo del materiale oggi le medicazioni possono rimanere applicate molto più a lungo per cui i costi del materiale sono di gran lunga inferiori rispetto a quelli del personale. A ciò si aggiunge che ognuna delle numerose cure specialistiche necessita di tipi e quantità di mezzi e apparecchi diversi. Inoltre dal rapporto di valutazione è emerso che, con l'introduzione nel 2017 della distinzione

nel materiale tra utilizzo diretto da parte dell'assicurato e utilizzo da parte di terzi, gli oneri amministrativi sono aumentati sensibilmente. Infine, sottolineano che dal punto di vista delle scienze infermieristiche, l'eventualità che i pazienti siano costretti a utilizzare direttamente un materiale per motivi di costi mette in pericolo la loro sicurezza.

Secondo **mfe**, numerosi argomenti addotti nel rapporto esplicativo sono incomprensibili, per esempio, nel settore del materiale sanitario, a causa del rincaro delle moderne medicazioni. Inoltre, i grossi problemi nell'utilizzo e nella fatturazione del materiale sanitario generati dalle sentenze emanate nel 2017 dal Tribunale amministrativo federale non sono stati considerati. A suo modo di vedere, il fatto di non proporre alcuna soluzione in questo ambito costituisce una chiara lacuna dell'avamprogetto.

Altre organizzazioni

Per **ACS**, un ulteriore trasferimento dei costi ai Cantoni e ai Comuni non è accettabile. La parte dell'avamprogetto che riguarda la neutralità dei costi deve tenere conto di questa evoluzione (lacuna nel finanziamento da parte dell'AOMS dei costi del materiale sanitario da colmare con il finanziamento residuo). L'AOMS pagava i materiali sanitari prima del 2011 e ha continuato a farlo almeno fino alla fine del 2017. Proseguire con questa soluzione di finanziamento non comporterebbe alcun maggior costo per l'assicurazione. L'improvviso cambio di sistema ha invece provocato una grande confusione nell'impiego e nella fatturazione del materiale sanitario, con tutte le difficoltà organizzative e finanziarie che ne sono conseguite. Secondo ACS, questa situazione poco chiara e insoddisfacente non può diventare uno stato permanente.

4.10 Introduzione infrannuale

Cantoni

CDS, AG, AI, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, TG, UR, VS, ZG e ZH osservano che un'introduzione infrannuale dei contributi dell'AOMS adeguati non è praticabile, in quanto comporterebbe due diverse partecipazioni dei pazienti e due diversi finanziamenti residui in un anno civile con conseguenti maggiori oneri amministrativi sproporzionati. Inoltre, dato che gran parte delle persone che beneficiano di prestazioni di cura percepisce prestazioni complementari (PC), bisognerebbe adeguare diverse decine di migliaia di decisioni di erogazione di PC in tutta la Svizzera anche a metà anno, anziché come di consueto solo a inizio anno, a causa dei premi medi più alti o delle rendite AVS più alte.

Secondo **BE**, l'entrata in vigore infrannuale genererà ingenti oneri amministrativi per i fornitori di prestazioni, i Cantoni e gli uffici PC. BE dovrebbe ricalcolare per il 1° luglio 2019 le PC di circa 8500 persone ricoverate in case di cura che necessitano di cure e beneficiano di prestazioni complementari.

UR segnala che, poiché gran parte delle persone ricoverate in case di cura percepisce prestazioni complementari, nel 2019 dovrebbero essere adeguate due volte in tutta la Svizzera diverse decine di migliaia di decisioni di erogazione di PC.

JU contesta l'entrata in vigore a metà anno a causa del pesante onere amministrativo che comporterebbe segnatamente per quanto riguarda le prestazioni complementari.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

CURAVIVA e VAKA chiedono che le modifiche siano poste in vigore il 1° gennaio 2020 per non compromettere la significatività e la certezza di attuazione di tutte le basi statistiche e rilevanti per il budget.

Per **ASPS**, un'introduzione infrannuale dei contributi OPre modificati non sarebbe praticabile in considerazione della definizione dei budget, dei contributi dei pazienti e delle quote parti del finanziamento residuo, e causerebbe oneri sproporzionati per tutte le parti coinvolte nonché adeguamenti infrannuali delle PC.

ASI, ASI NE-JU, curacasa, FSAS, VFP AFG Akut, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-SCH, ASI-ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex, Spitex RuLa, SNL respingono un'introduzione a metà anno dei nuovi contributi a causa dell'onere amministrativo sproporzionato che ciò comporterebbe.

4.11 Richieste

Cantoni

CDS, AG, AI, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, TG, UR, VS, ZG e ZH chiedono aumenti significativi di tutti i contributi, che tengano conto dell'evoluzione dei costi delle cure negli ultimi anni, in particolare dal 2014 all'entrata in vigore degli adeguamenti previsti. L'OPre dovrebbe prevedere un adeguamento almeno triennale dei contributi all'evoluzione di tali costi ed essere modificata in modo che i fornitori di prestazioni possano fatturare all'AOMS i materiali sanitari a prescindere dal fatto che siano oggetto di una consegna ai sensi dell'EMAp oppure utilizzati per le cure. L'attuale finanziamento dovrebbe essere legalizzato e mantenuto o, limitatamente alle case di cura, potrebbe prevedere l'inclusione dei costi del materiale sanitario nei contributi dell'AOMS. Le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio e gli infermieri indipendenti dovrebbero avere la possibilità di fatturare separatamente il materiale sanitario e gli adeguamenti riguardanti i materiali sanitari dovrebbero essere posti in vigore con una procedura accelerata. Infine i contributi dell'AOMS per le prestazioni fornite nelle case di cura andrebbero suddivisi in scaglioni di 20 minuti anche per i bisogni di cure superiori a 220 minuti al giorno, portando da 12 a 18 i relativi livelli. L'introduzione dei contributi adeguati deve essere fissata all'inizio di un anno.

Anche **AR** chiede che la quotaparte dell'AOMS sia sancita nell'OPre anche per bisogni di cure superiori a 220 minuti al giorno.

Per **BE** occorre precisare nell'OPre che i contributi devono essere adeguati a intervalli regolari tenendo conto dell'evoluzione dei costi delle cure negli ultimi anni, in particolare dal 2014 a oggi. Inoltre, per evitare un ulteriore trasferimento dei costi dovuto alla nuova prassi instaurata dalle sentenze del TAF è necessario aumentare ulteriormente i contributi o, in alternativa, dare la possibilità agli infermieri indipendenti e alle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio di fatturare i materiali sanitari a prescindere dal fatto che siano utilizzati direttamente dall'assicurato o da un infermiere. Gli adeguamenti riguardanti i materiali sanitari dovrebbero seguire una procedura accelerata. Occorre altresì adottare misure che promuovano le cure acute e transitorie e permettano un finanziamento che copra i costi delle prestazioni di cura nei settori demenza, psicogeriatrica e cure palliative. Infine, i contributi dell'AOMS alle case di cura devono essere suddivisi in scaglioni di 20 minuti anche per i bisogni di cure superiori a 220 minuti al giorno.

CLASS e NE chiedono un aumento dei contributi e la possibilità per gli infermieri indipendenti e le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio di fatturare tutto il materiale sanitario per evitare un ulteriore trasferimento di oneri ai Cantoni. Inoltre, auspicano una revisione regolare dei contributi in base all'evoluzione dei costi nel settore delle cure.

Per **GE** la ripartizione degli oneri tra assicuratori-malattie e Cantoni deve essere rivista alla luce dei costi effettivi a carico di questi ultimi. I contributi dovrebbero essere riesaminati alla luce degli argomenti cantonali esposti (costo della vita ecc.) e adeguati a intervalli regolari in base all'evoluzione dei costi delle cure. Occorre altresì adattare i livelli dei bisogni di cure

introducendo un tredicesimo livello per i casi complessi. Per quanto riguarda il problema del materiale sanitario, GE ritiene che la soluzione richieda una revisione dell'OPre.

JU chiede un aumento dei contributi anche per le cure a domicilio, un'indicizzazione regolare all'evoluzione dei costi almeno ogni tre anni, la possibilità di fatturare tutto il materiale sanitario, la creazione di livelli dei bisogni di cure supplementari per i casi complessi e l'adozione di misure concrete che permettano di finanziare prestazioni specialistiche di cure palliative e psichiatria geriatrica.

VD auspica un adeguamento dei contributi dell'AOMS che non peggiori l'offerta di cure a domicilio e includa il materiale sanitario, una loro indicizzazione periodica e una differenziazione dei bisogni di cure nelle case di cura che vada oltre i 12 livelli attuali.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

Un'entrata in vigore infrannuale comporta solitamente problemi di distinzione e maggiori oneri amministrativi non indifferenti. Per questo motivo **USAM** chiede che l'ordinanza rivista sia posta in vigore solo a inizio 2020.

Secondo **USAM** l'intera problematica relativa all'EMAp dovrebbe essere rapidamente chiarita nel quadro della presente revisione dell'OPre. Chiede pertanto di tenere in considerazione anche questo punto e di prevedere disposizioni per un'equa remunerazione delle prestazioni in questione.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

Secondo **CSA**, la Confederazione deve precisare la responsabilità dei Cantoni e dei Comuni in merito alle diverse modalità di finanziamento residuo. Propone pertanto di modificare l'articolo 25a capoverso 5 secondo periodo LAMal come segue:

«I Cantoni garantiscono il finanziamento dei costi residui comprovati delle prestazioni di cura. Il Consiglio federale stabilisce criteri uniformi per il rilevamento, il calcolo e la determinazione dei costi complessivi nonché, a titolo complementare, per il finanziamento dell'obbligo di assistenza nel settore delle cure ambulatoriali.»

CSA ritiene che non si possa continuare a trasferire sui pazienti i costi di degenza nelle strutture per le cure acute e transitorie perché in tal caso si avvarrebbero di questa offerta solo coloro che se la possono permettere. Subordinare la fruizione di prestazioni alla situazione economica del paziente è in contraddizione con l'idea sociale che sta alla base della LAMal. Per questo motivo, CSA raccomanda al Consiglio federale di adeguare, nel quadro della presente modifica dell'OPre, il finanziamento delle cure ospedaliere stazionarie come segue:

«I costi delle cure acute e transitorie che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica devono essere remunerate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per quattro settimane al massimo secondo le disposizioni sulla remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza e le cure in ospedale (art. 49 cpv. 1), e secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere). Se necessario, le cure acute e transitorie possono essere prorogate una sola volta per quattro settimane al massimo previa prescrizione medica.»

CSA, OSP e VASOS chiedono di modificare l'OPre per il 1° gennaio 2019 in modo che i fornitori di prestazioni di cura di cui all'articolo 7 capoverso 1 possano fatturare il materiale sanitario all'AOMS. Anche l'assurda distinzione tra utilizzo diretto da parte dell'assicurato e utilizzo da parte di un infermiere dovrebbe essere eliminata. Al riguardo, CSA osserva che questa

prassi era correntemente in uso già prima dell'introduzione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure e che non è mai stata messa in discussione nei dibattimenti e nelle consultazioni delle commissioni competenti.

OSP chiede che si rafforzi l'autonomia degli infermieri a livello sia di legge sia di ordinanza.

OSP chiede che i contributi di cui all'articolo 7a capoverso 1 OPre siano adeguati regolarmente, ma almeno ogni tre anni, all'evoluzione dei costi delle cure ambulatoriali.

OSP esige inoltre l'eliminazione tassativa del limite massimo posto ai contributi degli assicuratori di cui all'articolo 7a OPre e chiede che tali contributi vengano indicizzati in modo che si adeguino al rincaro e che quest'ultimo non venga più trasferito alla mano pubblica attraverso il finanziamento dei costi residui.

Infine, **OSP** propone di stralciare nell'articolo 20 OPre la frase seguente: *«L'assicurazione assume una determinata remunerazione (...) secondo l'articolo 55 OAMal e utilizzati dalla persona assicurata da sola o con l'aiuto di una persona non professionista che collabora alla diagnosi e alla cura.»*

Riguardo alla remunerazione del materiale sanitario, **VASOS** e **OSP** chiedono che la distinzione tra utilizzo diretto da parte dell'assicurato e utilizzo da parte di terzi venga eliminata e che i relativi costi vengano assunti dall'AOMS separatamente secondo l'EMAp com'era prassi prima delle sentenze emanate dal Tribunale amministrativo federale nell'autunno 2017.

VASOS esige un aumento dei contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali pari a quello previsto per le cure stazionarie nelle case di cura, adducendo che l'assistenza e cura a domicilio è una pietra angolare delle cure di base sia nell'assistenza post ospedaliera sia nelle cure di lunga durata.

VASOS chiede inoltre di rafforzare l'autonomia degli infermieri nonché di attuare e garantire il finanziamento delle strategie elaborate dalla Confederazione sulla demenza e in materia di cure palliative.

VASOS propone di introdurre criteri vincolanti per il finanziamento cantonale dei costi residui integrando l'articolo 25a capoverso 5 secondo periodo LAMal come segue: *«I Cantoni garantiscono il finanziamento dei costi residui comprovati delle prestazioni di cura. Il Consiglio federale stabilisce criteri uniformi per il rilevamento, il calcolo e la determinazione dei costi complessivi nonché, a titolo complementare, per il finanziamento dell'obbligo di assistenza nelle cure ambulatoriali.»*

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

IG Pflegefinanzierung chiede un aumento dei contributi alle case di cura più consistente rispetto a quello previsto dall'avamprogetto e valido anche per il settore ambulatoriale. Vuole altresì che si precisi o si assicuri la responsabilità dei Cantoni e dei Comuni per la corretta attuazione in tutti i Cantoni della sentenza del Tribunale federale in merito al finanziamento dei costi complessivi. Ritiene necessario definire che cosa è incluso nei contributi e nel finanziamento residuo oppure che cosa è remunerato a parte. Nel settore delle cure acute e transitorie, desidera che i costi di degenza vengano remunerati secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero. Auspica che le CAT possano protrarsi al massimo per quattro settimane e, se necessario, essere prorogate una solta volta di ulteriori quattro settimane al massimo previa prescrizione medica. Chiede che i fornitori di prestazioni possano fatturare il materiale sanitario all'AOMS, per esempio mediante una modifica dell'articolo 20 OPre o, se necessario, mediante una modifica a livello di legge, e raccomanda di eliminare la distinzione tra utilizzo diretto da parte dell'assicurato e utilizzo da parte di un infermiere. Infine, vuole che i Cantoni che hanno permesso la formazione di lacune di copertura nel finanziamento residuo sfruttino i contributi dell'AOMS più alti per colmarle.

CURAVIVA e **VAKA** chiedono che la Confederazione garantisca l'attuazione della sentenza 9C_446/2017 in materia di finanziamento residuo, emessa il 20 luglio 2018 dal Tribunale federale, se necessario anche ricorrendo a modifiche di legge, e che qualora permangano ambiguità, definisca in modo vincolante che cosa è incluso nei costi di cura oppure che cosa è coperto dal finanziamento residuo. Inoltre, affinché la distinzione tra utilizzo diretto da parte dell'assicurato e utilizzo da parte di specialisti, assolutamente inadeguata nella prassi, venga eliminata e i fornitori di prestazioni possano fatturare il materiale sanitario, chiedono che l'articolo 20 OPre venga modificato o che si proceda a un adeguamento in tal senso della legge se necessario. Per tenere maggiormente in considerazione l'alta intensità delle cure in caso di demenza, cure palliative e multimorbilità, auspicano che il numero dei livelli dei bisogni di cure nelle case di cura sia aumentato a 18. Chiedono anche che l'articolo 25a LAMal venga modificato in modo che le cure acute e transitorie siano remunerate secondo le disposizioni sulla cura ospedaliera – compresa la degenza e le cure – per quattro settimane e, se necessario, per altre quattro settimane previa prescrizione medica. Vogliono che l'evoluzione dei costi delle cure negli ultimi anni, in particolare a partire dal 2014 sia considerata nel calcolo dei contributi dell'AOMS per le prestazioni di cura e che nella legge venga inserita una disposizione che imponga una verifica almeno triennale dei contributi in base al costo calcolato secondo il bisogno di cure, al fine di mantenere l'equilibrio tra le quote parti di tutti i soggetti paganti. Infine, auspicano che le modifiche dei contributi dell'AOMS entrino in vigore all'inizio dell'anno civile e che l'aumento del 6,7 per cento dei contributi sia considerato la variante minima.

senesuisse chiede che, visti i dati insufficienti a disposizione, si rinunci a ridurre i contributi dell'AOMS tanto più che, secondo le intenzioni del Parlamento (postulato 16.3352 della CSSS-N «Ripartire l'aumento dei costi delle cure tra tutti i soggetti che li sostengono») un loro aumento sarebbe imminente. Auspica un incremento considerevole degli importi forfettari orari per la remunerazione del materiale sanitario o, meglio ancora, una modifica dell'articolo 20 Opre che elimini la distinzione, assolutamente inadeguata nella prassi, tra utilizzo diretto da parte dell'assicurato e utilizzo da parte di specialisti. Vuole che nell'articolo 25a LAMal si precisi, da un lato, che i Cantoni devono farsi carico della totalità dei costi residui delle cure dispensate sul loro territorio salvo nel caso di non economicità o inefficienza comprovata, e dall'altro, che i contributi dell'AOMS devono essere adeguati almeno ogni tre anni per mantenere l'equilibrio nella ripartizione dei costi tra assicuratori-malattie e soggetti responsabili della copertura dei costi residui. Chiede che nell'articolo 7a capoverso 3 OPre vengano inseriti cinque livelli dei bisogni di cure supplementari e che gli strumenti di valutazione tengano maggiormente conto dell'intensità delle cure di malattie e situazioni particolari, soprattutto demenze, cure palliative, multimorbilità ed elevato bisogno di cure. Infine, auspica che la durata delle cure transitorie venga estesa ad almeno quattro settimane con la possibilità, se necessario, di una proroga una tantum, e che i costi di degenza siano finanziati analogamente al finanziamento ospedaliero.

Spitex Schweiz, AFAS, AVASAD, Spitex Bregaglia, SACD, FAS, GVCMS, pharma-Suisse, Spitex Verband Aargau, SXBS, SVBL, Spitex Kanton Bern, Spitex OW, Spitex Regio Arth-Goldau, Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal, Spitex Schaffhausen, Spitex Sattel-Rothenthurm, SPXZG, SKSZ, SVKS, Spitex Verband SG/AR/AI, Spitex Verband Thurgau, Spitex Uri e SVKZ chiedono un aumento sostanziale dei contributi nel settore delle cure a domicilio. Salvo Spitex Obwalden e Spitex Uri, sono favorevoli all'aumento dei contributi nel settore delle case di cura e, ad eccezione di SPXZG, vogliono che si definisca che cosa è incluso nei contributi e nel finanziamento residuo oppure che cosa è remunerato a parte (p. es. tempi di trasferta, materiale sanitario). Per quanto riguarda la remunerazione del materiale sanitario, auspicano una modifica dell'OPre, per esempio del suo articolo 20. Esortano a eliminare la distinzione tra utilizzo diretto da parte dell'assicurato e utilizzo da parte di un infermiere, e quindi a legalizzare la prassi che negli ultimi anni si è dimostrata valida. Visti i costi estremamente diversi a dipendenza della prestazione di cura, riten-

gono che non abbia senso includerli forfettariamente nei contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali. Ciò comporterebbe una remunerazione troppo bassa delle prestazioni ad alta intensità di materiale (p. es. medicazioni di ferite). Pertanto, chiedono che il materiale sanitario possa essere fatturato separatamente (e non forfettariamente) e, se ciò non fosse possibile mediante una modifica dell'OPre, che si modifichi quanto prima il diritto superiore.

pharmaSuisse chiede nuove remunerazioni per le prestazioni dell'assistenza e cura a domicilio e vuole che i costi degli aiuti alla compliance farmacologica siano considerati in un budget separato. Infine, auspica una revisione dell'elenco dei mezzi e degli apparecchi e il suo adeguamento ai nuovi prezzi di mercato.

Secondo **ASPS**, i contributi dell'AOMS devono essere adeguati ogni tre anni all'evoluzione dei costi delle cure. A tale scopo, propone di integrare l'articolo 7a OPre con un nuovo capoverso 5. Chiede inoltre un aumento dei contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali e la possibilità di fatturare i prodotti EMap com'era prassi prima delle sentenze del Tribunale amministrativo federale. Al riguardo, auspica un'integrazione dell'articolo 20 OPre in modo che l'AOMS assuma i costi dei prodotti EMap utilizzati dalla persona assicurata da sola o con l'aiuto di una persona non professionista o professionista che collabora alla diagnosi e alla cura.

ASI, ASI NE-JU, curacasa, FSAS, VFP AFG Akut, ASI-AG/SO, ASI-BE, ASI-SBK Sezione Ticino, ASI-SCH, ASI-ZH/GL/SH, LZCH, Marion's Spitex e Spitex RuLa chiedono che i contributi vengano adeguati regolarmente, ma almeno ogni tre anni, all'evoluzione dei costi delle cure ambulatoriali. Insieme a **SNL** auspicano un periodo di transizione sufficientemente lungo nel caso la prevista riduzione dei contributi dell'AOMS per le prestazioni di cura ambulatoriali entri effettivamente in vigore. Propongono inoltre di fissare a inizio anno l'entrata in vigore dell'OPre rivista e di concedere ai Cantoni un lasso di tempo sufficiente per adeguare il finanziamento residuo. Esortano il Consiglio federale a emanare all'attenzione dei Cantoni criteri uniformi per il rilevamento, il calcolo e la determinazione dei costi complessivi oltre che per il finanziamento dell'obbligo di assistenza nel settore delle cure ambulatoriali. Per quanto riguarda la remunerazione del materiale sanitario, chiedono che la distinzione tra utilizzo diretto da parte dell'assicurato e utilizzo da parte di terzi sia eliminata in modo che i relativi costi siano assunti separatamente dall'AOMS secondo l'EMAp com'era prassi prima delle sentenze emenate nell'autunno 2017 dal Tribunale amministrativo federale.

VFP AFG Spitex Pflege e VFP AFG Akut chiedono che i contributi vengano adeguati regolarmente, ma almeno ogni tre anni, all'evoluzione dei costi delle cure ambulatoriali e stazionarie e che venga elaborata una base di dati che permetta di svolgere tale revisione su basi scientifiche. Chiedono che la distinzione tra utilizzo diretto da parte dell'assicurato e utilizzo da parte di terzi del materiale sanitario sia eliminata in modo che i relativi costi siano assunti separatamente dall'AOMS secondo l'EMAp com'era prassi prima delle sentenze emanate nel 2017 dal Tribunale amministrativo federale.

imad chiede un aumento sostanziale dei contributi calcolato sulla base di una nuova valutazione che tenga conto anche di criteri non contabilizzati o non sufficientemente considerati (pratiche di coordinamento e consigli, materiale, trasferte, complessificazione delle cure, estensione del servizio a 24 ore su 24 e a 7 giorni su 7, evoluzione dei salari ecc.).

H+ e unimedsuisse chiedono di estendere a quattro settimane la durata massima delle cure acute e transitorie, prorogabili una sola volta previa prescrizione medica.

VAPP chiede di non modificare l'ordinanza sulle prestazioni.

mfe chiede un aumento dei contributi dell'AOMS per le cure ambulatoriali e, dato che a suo tempo i costi del materiale sanitario non sono confluiti a sufficienza nei calcoli per il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, propone di sancire definitivamente il prima possibile nell'ordinanza o nella legge l'attuale prassi per la fatturazione di tale materiale, che funziona bene. Infine, ritiene che sia urgentemente necessario apportare una precisazione nella LAMal

per garantire la piena assunzione dei costi del finanziamento residuo da parte della mano pubblica. Al riguardo, occorre in particolare definire tutto ciò che deve essere incluso nei contributi e nel finanziamento residuo oppure che cosa è remunerato a parte, per esempio i tempi di trasferta o i materiali sanitari.

Psy moos chiede di obbligare i Cantoni a coprire i costi residui.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Per assicurare l'effettiva adozione della nuova tariffa in fase di conteggio, **curafutura** propone di arrotondare al franco i contributi dell'AOMS calcolati per le case di cura e ai dieci centesimi quelli per le cure a domicilio, come del resto è stato fatto finora.

santésuisse è contraria a un adeguamento dei contributi.

Altre organizzazioni

CT PLAISIR chiede che venga fissato un termine per l'attuazione, oltre che dell'articolo 8b OPre, anche dell'articolo 8a a causa delle problematiche e dei costi che ne deriveranno.

UCS chiede di rinunciare alla riduzione dei contributi per le cure a domicilio (art. 7a OPre).

UCS chiede anche di intervenire su questa modifica dell'OPre per risolvere con urgenza la problematica dei costi EMap che, a suo parere, in futuro non potranno essere assunti unicamente dai soggetti responsabili del finanziamento residuo.

Inoltre, **UCS** ritiene che la Confederazione debba accelerare la pianificazione delle misure formulate nel rapporto del maggio 2016 «Bestandsaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege».

ACS chiede che i contributi dell'AOMS di cui all'articolo 7a capoversi 1 e 3 OPre siano aumentati in misura tale da impedire che, a causa della nuova prassi instaurata dalle sentenze del TAF, i costi vengano trasferiti dagli assicuratori malattie ai Cantoni e ai Comuni.

ACS propone di fissare nell'OPre un adeguamento regolare, ma almeno triennale, di tali contributi all'evoluzione dei costi delle cure.

ACS auspica inoltre che il sistema di remunerazione del materiale sanitario vigente prima delle sentenze del TAF sia mantenuto e legalizzato. Ritiene che l'OPre debba essere modificata in modo da consentire ai fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7a capoversi 1 e 3 OPre (organizzazioni di assistenza e cura a domicilio, case di cura, infermieri indipendenti) di fatturare i materiali sanitari all'AOMS, a prescindere dal fatto che siano oggetto di una consegna ai sensi dell'EMAp oppure utilizzati per le cure, e che la distinzione tra utilizzo diretto da parte della persona assicurata e utilizzo da parte del personale di cura debba essere eliminata.

ACS sottolinea che il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure ha comportato oneri considerevoli per la mano pubblica a causa dell'aumento dei costi in atto da numerosi anni. Chiede pertanto che si intavoli rapidamente una discussione su modelli di finanziamento alternativi come l'assicurazione delle cure. A suo parere, l'aumento dei costi deve essere ripartito tra tutti i soggetti che li sostengono, dato che il finanziamento dei costi di cura è competenza di tutti.

5 Pareri sulla prescrizione medica e sulla valutazione dei bisogni da parte degli infermieri

5.1 Osservazioni generali sull'accertamento dei bisogni

Gran parte dei pareri pervenuti contiene critiche generali, rivolte in particolare alla mancata considerazione nell'avamprogetto posto in consultazione del fatto che le cure di base sono in diminuzione rispetto alle cure infermieristiche e che, di conseguenza, le cure ambulatoriali stanno diventando sempre più complesse e intense. Anche la volontà di trasferire determinate prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale contribuisce all'intensificazione delle cure ambulatoriali.

L'invecchiamento della popolazione è una delle ragioni avanzate per giustificare la necessità di sottoporre il settore delle cure e il suo finanziamento a una revisione generale.

LU, UR, GE, JU, PSS, USAM, ASPS, CURAVIVA, mfe, senesuisse, Spitex Schweiz, CSA, Alzheimer Svizzera, IG Pflegefinanzierung, VAKA pensano che l'avamprogetto non risolva per nulla parecchie carenze dovute al nuovo finanziamento delle cure.

Il parere di Spitex Schweiz è ripreso alla lettera o con poche modifiche dalle organizzazioni regionali di assistenza e cura a domicilio, nonché da **GVCMS, FAS e LPCH**. Anche **Alzheimer Svizzera** vi rimanda.

Cantoni

Per **CDS** e la grande maggioranza dei Cantoni, la modifica avanzata va nella direzione giusta. **CDS** sostiene di principio la maggior parte dei cambiamenti proposti, mentre **VD** essenzialmente li respinge tutti.

BE, LU e AR considerano positivo accordare maggiori competenze al personale di cura.

CDS e la maggioranza dei Cantoni reputano che l'avamprogetto debba essere completato al fine di evitare un incremento dei costi dovuto a un aumento del volume delle prestazioni fornite.

Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

UDC e **PSS** ritengono che la modifica proposta vada nella direzione giusta accordando maggiori competenze al personale di cura. Secondo **UDC** è tuttavia necessario integrare l'avamprogetto con misure che consentano di tenere sotto controllo un eventuale aumento dei costi. **PSS** considera le proposte minimaliste e ritiene che non tengano conto di quanto chiesto dagli iniziattivisti. Pensa anche che le competenze degli infermieri, acquisite nel corso della formazione, non siano tenute in debito conto e che le modifiche proposte non facciano che formalizzare quello che già è prassi.

Secondo **PLR** l'ulteriore autonomia che si intende accordare al personale di cura dovrebbe contribuire a eliminare la burocrazia inutile. Il partito approva il mantenimento del ruolo di cerniera del medico.

Associazioni mantello nazionali di Comuni, città e regioni di montagna

A proposito delle modifiche riguardanti la valutazione dei bisogni, **ACS** non si esprime.

Per quanto riguarda la valutazione dei bisogni, **UCS** rimanda al parere espresso da **CDS**.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

USAM e **USS** reputano che la proposta, pur andando nella direzione giusta, non serva ad altro che a tarpare le ali all'iniziativa popolare. Per **USS**, la modifica dell'ordinanza non cambia nulla in merito al fatto che gli infermieri non sono riconosciuti dalla legge come fornitori indipendenti di prestazioni.

Secondo **USS** le condizioni di lavoro nel settore delle cure sono peggiorate, soprattutto dall'introduzione del nuovo finanziamento ospedaliero.

Associazioni dei consumatori

Anche **FRC** pensa che le modifiche proposte vadano nella direzione giusta, ma le definisce esitanti. A suo parere, valorizzare la professione infermieristica sarebbe una risposta adeguata alle varie sfide che bisognerà affrontare negli anni a venire.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Per **Spitex Schweiz** le modifiche proposte non vanno abbastanza lontano e su di esse non si è riflettuto a sufficienza. Questo parere è condiviso dalle varie organizzazioni regionali di assistenza e cura a domicilio, e da **ASPS**, **CURAVIVA**, **mfe** e **senesuisse**. **H+** chiede una revisione della legge al fine di ampliare ulteriormente le competenze degli infermieri.

Per **ASI**, il presunto aumento dell'autonomia del personale infermieristico in materia di valutazione dei bisogni non è altro che un tentativo tanto artificiale quanto inadeguato di tarpare le ali all'iniziativa popolare «Per cure infermieristiche forti». La contraddizione tra l'autonomia parziale degli infermieri sancita nelle legislazioni cantonali e il fatto che la LAMal non preveda per loro la possibilità di fatturare le prestazioni autonomamente a carico dell'AOMS è a livello di legge e non può essere risolta a livello di ordinanza.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Mentre **curafutura** approva le modifiche proposte, **santésuisse** le respinge e aggiunge che bisogna attendere gli esiti dal Parlamento e della votazione sull'iniziativa popolare «Per cure infermieristiche forti».

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

Per **OSP** e **CSA** la proposta è minimalista e non tiene conto delle domande degli attivisti.

Secondo **OSP** il divario tra il livello di formazione e i limiti imposti alla professione di infermiere è difficilmente comprensibile e rischia di nuocere all'attrattività della professione.

Altre organizzazioni

Le altre organizzazioni che si sono espresse condividono per la maggior parte i pareri dei fornitori di prestazioni consultati.

5.2 Osservazioni sull'articolo 7

Cantoni

LU concorda con la modifica terminologica nella versione tedesca («Ermittlung» invece di «Abklärung»).

Associazioni mantello nazionali dell'economia

USS non comprende la modifica terminologica apportata alla versione tedesca, tanto più che nel rapporto esplicativo non ne è spiegato il motivo; ne deduce pertanto che non sia necessaria e che possa dunque essere omessa.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Per **ASPS** le modifiche previste sono accettabili ma non obbligatorie, oltretutto rischiano di causare costi ai fornitori di prestazioni che dovranno procedere agli adeguamenti del caso nei programmi informatici e nei moduli.

CURAVIVA pensa che eliminare la menzione della collaborazione con il medico per la valutazione dei bisogni sia adeguato, perché così la disposizione è più vicina alla realtà. **CURAVIVA**, seguita in questo da **senesuisse**, ritiene tuttavia che le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 OPre debbano essere riviste per meglio tenere conto dei bisogni più specifici legati, per esempio, alla demenza o alle cure palliative.

mfe, **ASI** e **Marion's Spitex** respingono la modifica terminologica proposta nella versione tedesca perché temono che possa comportare una limitazione del lavoro del personale di cura e della sua remunerazione. Anche **SVKS** è contraria al cambiamento terminologico.

Pure **H+** reputa che l'eliminazione della menzione della collaborazione con il medico per la valutazione dei bisogni sia adeguata, ma chiede che nel settore ospedaliero tale valutazione possa essere remunerata in aggiunta alle prestazioni secondo SwissDRG.

unimedsuisse condivide il parere di H+.

Curacasa, che riprende il parere di **ASI**, e **VFP AFG Spitex Pflege** e **VFP AFG Akut** respingono la modifica terminologica.

VAKA accetta la modifica e aggiunge che anche l'articolo 7 capoverso 2 OPre andrebbe rivisto per meglio tenere conto dei casi di demenza e delle cure palliative, e ricorda che i raggruppamenti di prestazioni in questo articolo – le lettere a, b ecc. – non hanno pertinenza per gli istituti.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

curafutura propone un'aggiunta all'articolo 7 capoverso 2 lettera a numero 1 OPre: ... piano dei provvedimenti *di cura* necessari;... *des mesures de soins nécessaires*; ... Planung der notwendigen *pflegerischen* Massnahmen.

santésuisse chiede che la menzione della collaborazione con il medico sia mantenuta.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

OSP si oppone alla sostituzione nella versione tedesca di «Abklärung» con «Ermittlung», spiegando in particolare che il primo termine include più chiaramente il coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari nelle decisioni. Il bisogno di cure deve essere accertato a ciclo continuo nel quadro del mandato di cura e non può essere valutato staticamente una tantum.

5.3 Osservazioni sull'articolo 8

Capoverso 1

Cantoni

Per **LU** e **GE** la distinzione tra i tipi di prestazione (lettere a, b ecc.) è di difficile attuazione. Per **LU** e **TI** il medico dovrebbe avere la possibilità di esprimersi.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Per gran parte dei fornitori di prestazioni, tra cui in particolare **Spitex Schweiz**, la distinzione tra i tipi di prestazione non è adeguata. **Spitex Schweiz** osserva per esempio che le prestazioni valutazione, consigli e coordinamento (art. 7 cpv. 2 lett. a) devono in ogni caso essere prescritte, dato che prevedono la valutazione dei bisogni.

Sempre secondo **Spitex Schweiz** la modifica proposta rischia di causare un aumento del carico amministrativo. Per esempio, se un medico prescrive prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a e c OPre e dalla valutazione dei bisogni emerge che sono necessarie anche prestazioni di cui alla lettera b dello stesso articolo, occorre una nuova prescrizione medica. **Spitex Schweiz** e **ASPS** propongono che la prescrizione medica contenga le cure e che al medico sia lasciata la possibilità di prevedere prestazioni specifiche. La stessa proposta è avanzata da **mfe**, che precisa pure che gli scambi di informazioni devono essere bidirezionali (dal personale di cura verso il medico e dal medico verso il personale di cura).

Secondo **CURAVIVA** e **senesuisse** la prescrizione o il mandato medico dovrebbero fondarsi su un'analisi dei bisogni e non viceversa. Ricordano inoltre che nel sistema a 12 livelli utilizzato negli istituti non si differenzia tra i tipi di prestazione.

FMH sostiene l'avamprogetto, ma chiede di aggiungere una distinzione per le cure di base psichiche perché anch'esse richiedono la collaborazione del medico al momento della valutazione dei bisogni.

Secondo **Marion's Spitex** il ruolo di cerniera del medico citato nel rapporto esplicativo non rispecchierebbe la realtà, perché i medici non sono in grado di giudicare la fondatezza di una valutazione dei bisogni e quindi non potrebbero nemmeno impedire un aumento dei costi. Tale funzione può essere svolta unicamente dagli assicuratori. **Marion's's spitex** adduce come prova il fatto che una prescrizione medica non garantisce in alcun caso la presa a carico da parte degli assicuratori delle prestazioni fornite. Con la stessa motivazione, l'organizzazione afferma che pure il controllo da parte di Cantoni e pazienti sarebbe illusorio. La proposta non fa che formalizzare ciò che già è prassi e non apporta alcun miglioramento in termini di autonomia degli infermieri.

Anche per **curacasa** l'avamprogetto non fa che formalizzare una situazione già in essere e non fa nulla contro la discriminazione degli infermieri nella LAMal. La distinzione tra valutazione, consigli, coordinamento e cure di base da un lato, ed esami e cure all'altro è ovvia. Questi ultimi sono compiti del medico per definizione e possono essere delegati agli infermieri soltanto esplicitamente e in conformità ai principi del codice svizzero delle obbligazioni, in particolare a quelli del diritto della responsabilità.

Per **VFP AFG Spitex Pflege** la distinzione tra i diversi tipi di prestazione non è adeguata per definire le competenze in materia di valutazione dei bisogni. Il medico non dispone delle competenze necessarie nel settore delle cure e spesso non conosce la situazione al domicilio del paziente.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Per **curafutura** la distinzione tra i tipi di prestazione non è adeguata. Gli infermieri sono in grado di effettuare in modo autonomo la valutazione dei bisogni per tutti i tipi di prestazione e il medico definisce nel mandato il tipo di prestazione da fornire. Sempre secondo **curafutura** il controllo della valutazione, della fornitura delle prestazioni e della rispettiva fatturazione spetta agli assicuratori, i più adatti a rivestire questo ruolo.

Per **santésuisse** l'estensione delle competenze degli infermieri comporta un forte rischio di aumento del volume delle prestazioni. È prematuro introdurre con una modifica dell'ordinanza degli elementi connessi con l'iniziativa popolare senza prima attendere le decisioni di Parlamento e Popolo. Secondo **santésuisse**, i modelli assicurativi incentrati sul medico di famiglia si sono dimostrati validi e consentono di risparmiare sui costi assicurando un buon coordinamento delle cure.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

Per **OSP** l'avamprogetto non fa che formalizzare una situazione già in essere e non apporta nulla in termini di autonomia del personale di cura.

Per **CSA** la distinzione tra i diversi tipi di prestazione non è adeguata per definire le competenze in materia di valutazione dei bisogni.

Altre organizzazioni

Per **Besa Care** è la valutazione dei bisogni a definire il tipo di cure necessarie, il mandato medico non può stabilirlo in anticipo. Inoltre secondo **Besa Care** i tre tipi di cure (art. 7 cpv. 2 lett. a, b e c OPre) sono necessari nella maggior parte dei casi, di conseguenza il più delle volte conta di più il tempo dedicato alle cure che il tipo di prestazione.

Capoverso 2

Cantoni

LU approva l'estensione della durata di validità del mandato medico, ma reputa inadeguata la distinzione secondo il tipo di prestazione e propone una durata di nove mesi per tutti i casi. Il Cantone giudica troppo breve la durata prevista per le cure acute e transitorie e propone di raddoppiarla portandola a quattro settimane, parere questo condiviso da **UR**.

Per **GE** non serve a nulla prevedere una durata di validità più lunga per la prescrizione medica, considerato che queste scadenze sono comunque poco utilizzate visto in particolare il costante aumento della complessità dei casi. Per le case di cura, che usano lo strumento PLAISIR, questi limiti non sono pertinenti (**GE** e **NE** rimandano inoltre al parere espresso da **CT PLAISIR**).

Secondo **CLASS** l'estensione della durata di validità della prescrizione medica non è opportuna, anzi, farebbe aumentare gli oneri amministrativi. Gli strumenti di rilevazione dei bisogni in uso prevedono già valutazioni tanto frequenti quanto lo richiede lo stato di salute del paziente.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

USAM è favorevole alle proroghe proposte, ma chiede di uniformare la durata a 12 mesi senza distinzioni per tipo di prestazione. La validità per le cure acute e transitorie dovrebbe essere aumentata a quattro settimane.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

ASPS, CURAVIVA, mfe e Spitex Schweiz propongono di uniformare le durate di validità dei mandati medici a nove mesi.

ASPS, CURAVIVA, H+, mfe, ASI, senesuisse e imad chiedono di portare la validità per le cure acute e transitorie ad almeno quattro settimane.

I fornitori di prestazioni esprimono critiche in generale per quanto attiene alle cure acute e transitorie.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

curafutura propone una durata di validità di 12 mesi per tutte le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 OPre. Anche **santésuisse** vorrebbe un'unica durata di validità, considerato che un paziente può avere bisogno di due prescrizioni.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

Per **OSP** la durata delle cure acute e transitorie è troppo breve.

VASOS chiede di portare la durata delle cure acute e transitorie ad almeno quattro settimane.

Altre organizzazioni

Per **Alzheimer Svizzera, VAKA e VFP AFG Spitex Pflege** la durata della prescrizione dovrebbe essere di nove mesi per tutti i tipi di prestazione.

A parere di **CSA, CP, curacasa, Alzheimer Svizzera, IG Pflegefinanzierung, VAKA e VFP AFG Spitex Pflege** la durata per le cure acute e transitorie andrebbe prolungata.

Besa Care propone un accertamento di routine semestrale dei bisogni che richieda la firma del medico unicamente in caso di cambiamenti di rilievo (cambiamento di livello) e una durata della prescrizione medica di 12 mesi.

Capoverso 3

Cantoni

Parte dei Cantoni (**BE, LU, NW, GL, ZG, AR, AG**) e **CDS** reputano che il mandato medico debba essere illimitato anche per le persone con una grande invalidità di grado lieve.

Capoverso 4

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

senesuisse non reputa saggio aver eliminato il capoverso 4 in vigore. A suo parere è lodevole lasciare, come da rapporto esplicativo, questo disciplinamento alle trattative contrattuali tra assicuratori e fornitori di prestazioni, ma poiché si tratta soltanto di contratti amministrativi, se le trattative dovessero fallire si creerebbe una grande incertezza del diritto.

5.4 Osservazioni sull'articolo 8a

Capoverso 1

Cantoni

Cantoni e **CDS** propongono di prevedere per il medico un diritto di veto che gli consenta di procedere alla valutazione dei bisogni in collaborazione con il personale infermieristico.

CDS propone di sostituire l'espressione «in collaborazione con il paziente...» con «con il coinvolgimento del paziente...».

Cantoni e **CDS** si oppongono al rimando esplicito all'articolo 49 OAMal, in particolare perché tale disposizione riguarda soltanto il personale infermieristico che esercita a titolo indipendente. Ritengono che l'attestazione del conseguimento di un diploma di cui all'articolo 49 lettera a OAMal sia sufficiente per il personale alle dipendenze di una casa di cura o un'organizzazione di assistenza e cura a domicilio. Il contrario renderebbe questi ultimi meno attrattivi come datori di lavoro. La verifica dei due anni di esperienza causerebbe oneri amministrativi sproporzionati.

CLASS è contraria alla norma che chiede agli infermieri di attestare due anni di attività pratica per poter effettuare la valutazione dei bisogni.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

Sia **USAM** sia **USS** respingono il rimando esplicito all'intero articolo 49 OAMal e reputano che dover attestare un'attività pratica di due anni non sia necessario per il personale delle case di cura e delle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

La grande maggioranza dei fornitori di prestazioni che si sono espressi è contraria all'esigenza di dover attestare due anni di attività pratica. A loro parere, i diplomati sono dall'inizio formati a svolgere la valutazione dei bisogni e i datori di lavoro li formano in seguito all'utilizzo degli strumenti specifici (PLAISIR, BESA, RAI Homecare ecc.).

ASPS propone di sostituire l'espressione «in collaborazione con il paziente...» con «con il coinvolgimento del paziente...».

FMH chiede una distinzione tra cure di base e cure di base psichiche, dato che per queste ultime la valutazione dei bisogni deve avvenire in collaborazione con il medico curante.

Curacasa, VAKA e VFP AFG Spitex Pflège sono contrarie alla norma che chiede agli infermieri di attestare due anni di attività pratica per poter effettuare la valutazione dei bisogni.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Per **curafutura** anche qui la distinzione tra i tipi di prestazione non ha ragione d'essere, in nessuno di tali casi è necessaria la collaborazione del medico per la valutazione dei bisogni.

Secondo **santésuisse** in tutti i casi è necessaria l'approvazione esplicita del medico.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

Anche secondo **OSP** il rimando alle condizioni dell'articolo 49 OAMal è inaccettabile. L'attestazione di due anni di attività pratica non deve essere necessaria per il personale alle dipendenze di case di cura e organizzazioni di assistenza e cura a domicilio.

Altre organizzazioni

Besa Care è contraria alla norma che chiede agli infermieri di attestare due anni di attività pratica per poter effettuare la valutazione dei bisogni.

Per **CT PLAISIR** le rivalutazioni periodiche hanno luogo in media una volta l'anno. Incrementarne la frequenza a semestrale rischia di far aumentare i costi.

Capoverso 2

Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

UDC si oppone all'eliminazione della menzione «delle cure e dell'assistenza necessarie» affinché il paziente possa esprimersi in merito alle cure previste.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Anche **curafutura** è dell'opinione che questo capoverso debba restare com'è al fine di assicurare il diritto di parola del paziente.

Capoverso 3

Associazioni mantello nazionali dell'economia

Per **USAM** l'esigenza di un formulario standard è eccessiva e propone un formulario per tipo di fornitore di prestazioni.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

Per **ASPS**, **VASOS** e **Spitex Schweiz** è importante fare una distinzione tra case di cura e organizzazioni di assistenza e cura a domicilio. Queste ultime stanno elaborando una soluzione valida per tutti.

VFP AFG Spitex Pflege propone la modifica seguente: «La valutazione dei bisogni si basa su criteri uniformi e scientificamente testati. I risultati sono registrati in un formulario standard che indica segnatamente il tempo necessario per fornire le prestazioni previste. Il formulario è approntato dai fornitori di prestazioni e dagli assicuratori.»

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Per **curafutura** la terminologia scelta per la versione tedesca è adeguata («Zeitbedarf»/«Zeitaufwand»).

Capoverso 5

Altre organizzazioni

Per **CT PLAISIR** l'espressione «nuova valutazione dei bisogni» è ambigua in merito al modo di procedere a tale valutazione. Potrebbe trattarsi di una valutazione della validità della valutazione esistente, nel qual caso l'infermiere incaricato potrebbe rinnovare la precedente, come avviene per il rinnovo del mandato medico e senza consultare il medico. Oppure l'infermiere potrebbe decidere di svolgere una nuova valutazione dei bisogni per mezzo di PLEX o PLAISIR, con un impatto sui costi ben diverso a seconda dello strumento utilizzato. Questa ambiguità deve essere eliminata.

6 Pareri sui requisiti minimi per la valutazione dei bisogni nelle case di cura

6.1 Osservazioni generali sui requisiti minimi

Cantoni

Secondo **CDS, AG, AI, BE, BL, BS, GE, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, VS, ZG** e **ZH** i requisiti minimi proposti per i sistemi di valutazione dei bisogni vanno nella direzione giusta. Criticata è la scarsa chiarezza delle conseguenze sui costi, considerato che i fornitori di RAI/RUG e BESA hanno dichiarato che gli strumenti in molti casi hanno sottostimato il tempo necessario per le cure. Non è inoltre chiaro quale istanza sia legittimata a stabilire la bontà di uno studio dei tempi e a disporre gli adeguamenti da apportare agli strumenti. I Cantoni partono dal presupposto che tutti gli strumenti (già in uso e nuovi) possano in linea di principio essere utilizzati.

CLASS e **NE** trovano le modifiche anche utili nel loro complesso, ma affermano che procedere almeno ogni sei mesi a una classificazione dei bisogni aumenti il carico amministrativo e richieda un adeguamento dei sistemi, nonostante già oggi in caso di necessità sia possibile effettuare in qualsiasi momento nuove classificazioni. Per il resto, **CLASS, JU** e **NE** concordano con il parere di **CT PLAISIR**. **NE** aggiunge che l'attuabilità in termini di scadenze e costi è dubbia.

UR respinge la modifica proposta perché l'onere per la calibrazione è eccessivo. Occorre stabilire un unico sistema che, per evitare l'instaurarsi di un'indesiderata situazione di monopolio, deve essere sviluppato da un nuovo gruppo promotore, analogamente a quanto è avvenuto per SwissDRG SA. Anche **LU** si esprime a favore dell'istituzione di un organo sul modello della SwissDRG SA nel quale siedano Confederazione, Cantoni, fornitori di prestazioni e assicuratori, ma non chiede di limitarsi a un unico sistema.

JU e **VD** definiscono le proposte non sufficientemente chiare e in parte incoerenti. La differenza tra bisogno di cure e cure dispensate dovrebbe essere esigua nella maggior parte dei casi, ma limitare l'assunzione dei costi alle cure dispensate potrebbe comportare conseguenze di rilievo. La varianza delle cure dispensate rispetto al bisogno di cure deve essere definita con maggiore precisione. La frequenza degli studi dei tempi non è definita, e non è chiaro se il metodo Delphi utilizzato da PLAISIR sia riconosciuto né chi stabilisca il metodo e i relativi risultati. Si pone inoltre l'interrogativo se gli assicuratori possano rifiutare l'assunzione di ulteriori costi se dovesse risultare che il bisogno di cure è stato sottovalutato. **VD** chiede chi assume il finanziamento degli studi dei tempi, se possa fondarsi su prove a campione e se debbano essere misurati il bisogno di cure o le cure effettivamente dispensate.

VD respinge in toto la modifica proposta. In altri settori, come la riabilitazione, la psichiatria e le prestazioni ambulatoriali, si punta a un finanziamento tramite importi forfettari, ma il finanziamento delle cure di lunga durata si allontana da una simile logica. L'onere amministrativo aumenterà ancora con la modifica proposta, soprattutto per quanto attiene al perfezionamento degli strumenti di valutazione, e senza un reale valore aggiunto per il sistema nella sua globalità. Gli strumenti non dovrebbero essere disciplinati nell'OPre, bensì perlomeno nell'OAMal e non essere ridotti a uno strumento di controllo e fatturazione; devono essere un ausilio per prendere decisioni mediche e garantire la qualità. Prescrizioni troppo rigide rischiano di intromettersi nella competenza cantonale in materia di assistenza.

VS ritiene prematura la definizione di requisiti minimi considerati i lavori in corso tra i Cantoni, in particolare in riferimento a InterRAI.

Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

PLR e **UDC** approvano la modifica proposta. L'**UDC** respinge tuttavia gli adeguamenti che comportano un aumento degli oneri amministrativi per i fornitori di prestazioni.

PSS definisce il rapporto esplicativo difficile da capire ed elaborato in maniera non accurata.

Associazioni mantello nazionali di Comuni, città e regioni di montagna

UCS rimanda al parere di CDS.

Associazioni mantello nazionali dell'economia

In linea di principio, **CP** approva le proposte, con una preferenza per la definizione di requisiti minimi rispetto all'imposizione di un unico sistema. Quest'ultima soluzione comporterebbe un'indesiderata situazione di monopolio e richiederebbe importanti investimenti al momento di cambiare sistema.

Associazioni dei consumatori

Secondo **FRC**, le proposte vanno nella direzione giusta.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

H+ approva i requisiti minimi per la valutazione dei bisogni. In linea di massima **CURAVIVA** approva le modifiche, ma aggiunge numerose osservazioni di dettaglio.

Secondo **VFP AFG Spitex Pflege**, l'uniformazione degli strumenti nel settore delle case di cura è sensata. Estrapolare indicatori di qualità da dati di routine è appropriato, ma non ci si può limitare a questo.

VFP AFG Akut, curacasa, LZCH, ASI e le sue associazioni regionali **AG/SO, BE, NE/JU, Sezione Ticino e ZCH, FSAS** e **VFP AFG Akut** chiedono che siano riconosciuti soltanto gli strumenti che realmente soddisfano il criterio della scientificità. Gli effettivi bisogni di cure sono oggi comprovati in modo lacunoso, soprattutto nel settore psicosociale e per quanto concerne le istruzioni ai familiari.

VFP AFG Akut, curacasa, LZCH, Marion's Spitex, ASI e le sue associazioni regionali **AG/SO, BE, NE/JU, Sezione Ticino e ZCH, SNL, Spitex RuLa, SVKS** e **VFP AFG Akut** criticano l'utilizzo nella versione tedesca del termine «Bedarfsermittlung» invece di «Bedarfsabklärung» e temono che questo cambiamento inneschi una limitazione delle prestazioni di cura. Questa modifica terminologica comporterebbe anche spese amministrative per gli adeguamenti di moduli ecc.

pharmaSuisse ricorda che la valutazione dei bisogni di cure dovrebbe tenere conto dei costi per le prestazioni connesse con la farmacoterapia.

senesuisse approva le condizioni per una valutazione dei costi uniforme, in particolare il fatto che il bisogno di cure comprovato da strumenti debba corrispondere alle cure effettivamente dispensate in minuti.

VAKA chiede che le cure dispensate a persone con demenza e le cure palliative siano remunerate in modo sistematico affinché sia possibile raggiungere gli obiettivi delle corrispondenti strategie nazionali. Le prestazioni in questione devono essere maggiormente considerate.

Secondo **VFP AFG Akut** il vigente sistema di fatturazione è basato su strumenti di valutazione dei bisogni e cataloghi delle prestazioni unilaterali e non comprovati. Le future direttive per la valutazione dei bisogni e i sistemi di remunerazione devono tenere conto delle classificazioni

NANDA. Dalle prestazioni dispensate non è inoltre possibile risalire al bisogno. Quest'ultimo deve essere motivato secondo le scienze infermieristiche.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Curafutura respinge le proposte. È prevedibile che anche aumentando l'onere amministrativo rimarranno comunque delle differenze. Andrebbe imposto un unico sistema completamente trasparente. I sistemi di Paesi esteri non potrebbero garantire questa trasparenza. Per questa ragione, occorre prescrivere l'utilizzo di un sistema basato su un catalogo di prestazioni, come fa BESA. I costi dovuti al cambiamento sono compensati dalla maggiore efficienza a lungo termine e dall'incremento della trasparenza. Le prestazioni obbligatorie e non obbligatorie devono essere chiaramente distinte. Gli assicuratori oggi non sono rappresentati in seno all'organo che sta elaborando il catalogo delle attività (gruppo di coordinamento delle cure di lunga durata). Curafutura propone quindi l'istituzione di un organo nel quale collaborino rappresentanti di fornitori di prestazioni e assicuratori. Il corrispondente disciplinamento deve essere sancito nell'articolo 8b OPre. Curafutura respinge l'estensione delle procedure comuni di controllo e di conciliazione alle case di cura perché fanno riferimento anche alla verifica da parte del medico di fiducia. Tali procedure sono obsolete e non più adeguate ai tempi, dato che sono state rimpiazzate da un controlling individuale degli assicuratori.

santésuisse respinge le proposte, un unico strumento sarebbe più efficace. Le esperienze fatte finora hanno dimostrato che la soluzione ipotizzata non è realizzabile nella prassi. Non è definito a chi compete il riconoscimento degli studi e della loro metodologia, e neppure è chiaro chi deve assumersi gli elevati costi. Se ciò nonostante l'OPre venisse adeguata come da proposta, santésuisse è favorevole a un'estensione della procedura di controllo e di conciliazione alle case di cura.

Organizzazioni della sanità – pazienti/fruitori

OSP e **CSA** dubitano che la proposta porti nella direzione voluta, considerato che il confine tra cura e assistenza è fluido e difficilmente può essere delimitato in modo netto.

Alzheimer Svizzera chiede che le prestazioni in caso di demenza e le cure palliative siano meglio riprodotte negli strumenti di valutazione dei bisogni. Per il resto, Alzheimer Svizzera condivide il parere di CURAVIVA.

Altre organizzazioni

Besa Care e **QSys** approvano una determinata uniformazione degli strumenti con la definizione di requisiti minimi e sono dell'opinione che gli obiettivi formulati possano essere raggiunti con i sistemi BESA e RAI/RUG. Allo scopo è tuttavia necessario definire un elenco di attività uniforme e vincolante quale base per le misurazioni dei tempi. Considerato che i fornitori di sistemi non possono imporre ai clienti di svolgere studi dei tempi, l'articolo 8b capoverso 3 dovrebbe prescrivere una rappresentatività «sufficiente», da definire in riferimento ai maggiori fattori rilevanti. La decisione sulla metodologia andrebbe delegata a un organo preposto. Sarebbe inoltre necessario chiarire le questioni legate alla protezione dei dati.

Soddisfare i requisiti minimi entro la fine del 2020 è possibile solo ricorrendo agli studi dei tempi esistenti. Secondo **Besa Care** e **QSys**, i dati disponibili sono sufficienti. Uno studio dei tempi richiede almeno due anni e prima devono essere chiarite le questioni citate, senza contare che il solo svolgimento costerebbe all'incirca mezzo milione di franchi. Dovrebbe dunque essere possibile plausibilizzare gli adeguamenti minori ai sistemi con i dati di studi precedenti, altrimenti insorgerebbero costi ingenti che alla fine verrebbero trasferiti sulle case di cura.

LEP AG approva le proposte di modifica riferite al sistema dei bisogni di cure, considerato che esigono un accertamento valido e affidabile dei bisogni, conclusioni rilevanti in materia di scienze infermieristiche per l'attuazione, studi dei tempi, indicatori di qualità e una trasparenza totale.

CT PLAISIR vede grandi difficoltà nella comprensione e nell'attuazione delle proposte. Il previsto aumento della frequenza della valutazione dei bisogni aumenterebbe il carico amministrativo. Il metodo PLEX/PLAISIR definisce le prestazioni di cura necessarie su base individuale. La durata di una singola prestazione è determinata in modo scientificamente riconosciuto con i metodi Delphi e del gruppo nominale. Lo strumento PLEX accerta la classificazione al momento del ricovero nella casa di cura, dopo di che subentra una classificazione PLAISIR. Quest'ultima è sottoposta esternamente a una verifica che accerta che tutte e soltanto le prestazioni di cura necessarie siano state incluse. Poiché la classificazione PLEX utilizza solo un sottoinsieme degli elementi considerati da PLAISIR, PLEX è un po' meno preciso di PLAISIR e possono insorgere lievi divergenze di classificazione tra i due strumenti.

6.2 Osservazioni sull'articolo 8b

Cantoni

CDS, AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VS, ZG e ZH considerano sensato verificare e tarare ogni strumento in base a studi dei tempi rappresentativi svolti in Svizzera. Tuttavia, per evitare di dover verificare ogni strumento in tutta la Svizzera, chiedono che gli studi dei tempi debbano essere svolti soltanto in quei Cantoni in cui è utilizzato lo strumento. È inoltre necessario un termine transitorio di due anni dall'entrata in vigore.

Anche nel settore ambulatoriale gli strumenti devono rendere possibile la rilevazione di dati sugli indicatori di qualità dai dati di routine. La disposizione non deve riferirsi unicamente alle case di cura e deve essere spostata nell'articolo 8a.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

CURAVIVA, senesuisse e VAKA approvano che la valutazione dei bisogni debba esplicitamente limitarsi ai costi delle cure di cui all'articolo 33 lettera b OAMal. Una valutazione più ampia che includa per esempio i costi per l'assistenza è stata respinta dal Parlamento. Resta comunque poco chiaro su quali prestazioni esattamente deve fondarsi la distinzione. Allo scopo, i fornitori di prestazioni delle cure stazionarie di lunga durata hanno allestito un elenco di attività che però finora non ha validità ufficiale. Finché non sarà istituita un'istanza extragiudiziale incaricata di rispondere alle domande concernenti le tariffe o le strutture tariffali, sussiste il rischio di ulteriori interminabili procedure legali.

CURAVIVA e VAKA raccomandano l'istituzione di un organo composto di rappresentanti di Cantoni, fornitori di prestazioni e assicuratori, simile alla SwissDRG SA, a cui affidare la competenza di accertare le questioni connesse con il catalogo di prestazioni, omologare gli strumenti di rilevazione dei bisogni, garantirne la calibrazione, definire il riconoscimento delle prove scientifiche da fornire e le varianze tollerate o presentare alla Confederazione domande in merito. In questo modo, si possono evitare molte procedure legali onerose e in definitiva inutili che non di rado sollevano ulteriori interrogativi giuridici.

CURAVIVA, senesuisse e VAKA approvano che come valore di riferimento per la valutazione dei bisogni di cure sia utilizzato il tempo impiegato per le cure effettivamente dispensate. Il tenore dell'ultimo periodo può tuttavia dare adito a fraintendimenti e indurre a pensare che gli strumenti debbano misurare anche i tempi effettivi di cura e comprovare la varianza sempre

(e non solo all'omologazione o al perfezionamento). Per questa ragione va precisato che lo strumento utilizzato deve dimostrare quanto richiesto *per l'omologazione e il perfezionamento*.

CURAVIVA, **senesuisse** e **VAKA** in linea di principio concordano con i requisiti previsti per gli strumenti di valutazione. Andrebbe tuttavia definito un metodo uniforme per gli studi dei tempi, altrimenti la confrontabilità e la calibrazione degli strumenti verrebbero ulteriormente complicate invece che semplificate, anche se i metodi sono scientificamente riconosciuti. La Confederazione dovrebbe stabilire l'introduzione di un metodo vincolante per tutti e incaricare della scelta un organo nazionale competente in materia di strutture tariffali.

CURAVIVA e **VAKA** approvano la prescrizione secondo cui i dati necessari per gli indicatori medici della qualità sono rilevati direttamente con gli strumenti di accertamento dei bisogni come dati di routine.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

curafutura propone un testo in gran parte nuovo per l'articolo 8b, il quale deve prescrivere una valutazione uniforme a livello nazionale dei bisogni di cure con uno strumento basato su un catalogo di prestazioni, il cui funzionamento deve essere trasparente e in grado di distinguere tra prestazioni di cura e altre prestazioni. Fornitori di prestazioni e assicuratori devono elaborare un catalogo di prestazioni e sottoporlo per approvazione al DFI. La disposizione concernente la rilevazione di dati per gli indicatori della qualità proposta nell'avamprogetto del DFI è invece accettata così com'è.

Altre organizzazioni

Besa Care e **QSys** invitano a precisare che la verifica per mezzo degli studi dei tempi non è riferita a una misurazione continua delle prestazioni di cura effettivamente dispensate nella quotidianità. In caso di eventuali requisiti futuri per la varianza, si dovrà tenere conto del fatto che uno strumento basato su singole prestazioni tendenzialmente presenta una varianza inferiore rispetto a uno basato su condizioni o diagnosi.

LEP AG approva che gli strumenti debbano essere in grado di distinguere tra prestazioni di cura e altre prestazioni. Allo scopo dovrebbe però esistere una definizione uniforme delle prestazioni, della quale dovrebbe occuparsi un'apposita commissione di esperti. Anche il legame tra bisogno di cure comprovato e cure effettivamente dispensate è accolto favorevolmente, le ragioni per la divergenza tra teoria e realtà sono però molteplici e andrebbero analizzate scientificamente. La metodologia utilizzata negli studi dei tempi dovrebbe essere uniforme e scelta da una commissione di esperti.

CT PLAISIR vede una contraddizione tra le disposizioni dell'articolo e la metodologia di PLAISIR. La formulazione dà l'impressione che lo strumento per la valutazione dei bisogni sia anche uno strumento per la gestione della cartella infermieristica. Se così fosse, ogni prestazione prevista potrebbe essere confermata dopo la dispensazione. In questo modo, potrebbe essere misurata anche la divergenza tra prestazioni previste ed effettivamente fornite. PLAISIR indicherebbe quale bisogno unicamente quel minimo di prestazioni ancora eticamente difendibile, che dovrebbe imperativamente essere fornito. Il primo periodo del secondo capoverso va per questa ragione modificato in modo che da un lato diventi chiaro che non si tratta di una verifica del bisogno di cure individuale e dall'altro che la verifica è possibile con studi metodici esistenti.

L'espressione «in media» non è chiaramente definita e deve essere precisata (incluse le eventuali formule per il calcolo). È ipotizzabile la definizione di una varianza per gli strumenti RAI e BESA, ma ne andrebbe precisato il calcolo. Con PLAISIR, il bisogno di cure valutato è però

individuale, la varianza tra quello valutato e quello individuale è quindi uguale a zero. La disposizione deve essere completata in maniera che sia esplicitamente ammissibile anche una varianza pari a zero.

Il metodo Delphi, utilizzato per la definizione dei valori temporali salvati in PLAISIR, è scientificamente riconosciuto. Gli studi dei tempi sono stati eseguiti in Svizzera e, per alcune prestazioni dispensate molto raramente, completati con dati internazionali. Gli studi dei tempi sono rappresentativi ma, per evitare dubbi, andrebbe disciplinato a quale livello i valori temporali di singole prestazioni o parti di esse devono essere comprovati.

6.3 Osservazioni sull'articolo 8c

Cantoni

CDS, AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, VS, ZG e ZH propongono che la metodologia per la valutazione dei bisogni debba essere stabilita a livello nazionale, ma che possa essere delegata ai partner tariffali. Dato che gli strumenti devono essere sviluppati, calibrati e utilizzati in tutta la Svizzera, CDS e i Cantoni citati reputano indispensabili trattative nazionali (capoverso 1) e un disciplinamento nazionale in caso di controversia (capoverso 2). Altrimenti, dovrebbe essere il Consiglio federale a stabilire la metodologia, senza delega ai partner tariffali. L'articolo 8c deve essere completato in modo che i fornitori di prestazioni e gli assicuratori stabiliscano di comune accordo la procedura per la valutazione dei bisogni e concordino la procedura di controllo e di conciliazione per tutta la Svizzera. Se non dovessero raggiungere un'intesa, invece che al governo cantonale toccherebbe al Consiglio federale stabilire la procedura dopo aver sentito le parti interessate e i Cantoni.

Dal tenore dell'articolo non emerge abbastanza chiaramente che si tratta del perfezionamento dei sistemi, è pertanto necessario precisare che la procedura di controllo serve alla verifica e al perfezionamento dei sistemi di valutazione dei bisogni e al controllo dell'appropriatezza e dell'economicità delle prestazioni.

BE approva l'estensione dell'articolo alle case di cura.

Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Alla luce del maggior onere che comporterebbe, **UDC** dubita dell'utilità di un'estensione della procedura di controllo e di conciliazione alle case di cura.

Organizzazioni della sanità – fornitori di prestazioni

ASPS trova che debba essere il Consiglio federale a disciplinare la procedura di controllo e di conciliazione, dato che anche la valutazione dei bisogni è di sua competenza. In assenza di un'intesa, dovrebbe quindi stabilire la procedura dopo aver sentito le parti interessate.

AVASAD concorda con il parere espresso da **CDS**.

senesuisse propone che un organo eventualmente istituito per le questioni tariffali possa occuparsi anche di ciò che attiene alle procedure di controllo e conciliazione.

Organizzazioni della sanità – assicuratori

Curafutura chiede di eliminare l'articolo, considerato che le procedure di controllo e di conciliazione sono ormai obsolete.

Altre organizzazioni

Secondo **Besa Care** e **QSys** manca un disciplinamento chiaro che stabilisca le competenze e le procedure per lo svolgimento degli studi dei tempi e per l'attuazione degli adeguamenti rilevanti in termini di costi che ne deriverebbero. I fornitori di prestazioni, gli assicuratori e i Cantoni devono pertanto stabilire congiuntamente le procedure per lo svolgimento e l'attuazione di studi dei tempi e procedure di controllo e di conciliazione valide per tutta la Svizzera. Devono in particolare concordare la metodologia da applicare, la quale deve essere conforme a principi empirici e statistici riconosciuti. In assenza di un'intesa tocca al Consiglio federale stabilire, dopo aver sentito le parti interessate, le procedure per lo svolgimento e l'attuazione degli studi dei tempi, nonché la procedura di controllo e di conciliazione.

Una distinzione secondo il tipo di prestazione come nel settore ambulatoriale non è al momento fattibile nei sistemi di rilevazione dei bisogni. L'articolo 8c capoverso 4 dovrebbe pertanto continuare a riferirsi unicamente al settore ambulatoriale. Se tuttavia dovesse inutilmente essere chiesta una distinzione delle procedure di controllo anche per le case di cura, avrebbe più senso riferirsi al livello di cure (p. es. a partire dal livello 3).

Allegato: elenco dei partecipanti alla consultazione²

Kantone und Fürstentum Liechtenstein / Cantons et Principauté de Liechtenstein / Cantoni e Principato del Liechtenstein

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona

² in ordine alfabetico secondo l'abbreviazione

GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino

UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancellaria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancellaria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancellaria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancellaria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancellaria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK CDS CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren (GDK) Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband Association des communes suisses Associazione dei comuni svizzeri
SSV UVS UCS	Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses Unione delle città svizzere

In der Bundesversammlung vertretene politische Parteien / partis politiques représentés à l'Assemblée fédérale / partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
FDP PLR PLR	FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali

SPS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz
PSS	Parti socialiste suisse
PSS	Partito socialista svizzero
SVP	Schweizerische Volkspartei
UDC	Union démocratique du Centre
UDC	Unione democratica di Centro

Gesamtschweizerische Dachverbände der Wirtschaft / associations faîtières de l'économie qui œuvrent au niveau national/ associazioni mantello nazionali dell'economia

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
CP	Centre Patronal
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund (SGB)
USS	Union syndicale suisse (USS)
USS	Unione sindacale svizzera (USS)
SGV	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV)
USAM	Union suisse des arts et métiers (USAM)
USAM	Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)

Liste der zusätzlichen Vernehmlassungsadressaten

Liste des destinataires supplémentaires

Elenco di ulteriori destinatari

Abk. Abrév. Abbrev.	Adressaten / Destinataires / Destinatari
<i>Ambienti interessati</i>	
<i>Associazioni dei consumatori</i>	
FRC	Fédération romande des consommateurs (frc)
<i>Organizzazioni della sanità</i>	
<i>Fornitori di prestazioni</i>	
AFAS	Spitex Verband Fribourg

VFP AFG Akut	Akademische Fachgesellschaft Akutpflege des Schweizerischen Vereins für Pflegewissenschaft (VFP) Association suisse pour les sciences infirmières
ASPS	Association Spitex privée Suisse Association Spitex privée Suisse Associazione Spitex privée Suisse
AVASAD	Association Vaudoise d'aide et des soins à domicile Vaud
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
curacasa	Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz Association suisse des infirmiers indépendants Associazione svizzera infermeri indipendenti
FAS	Fondation pour l'Aide et les Soins à domicile
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
GVCMS	Groupement valaisan des Centres médico-sociaux (CMS) Walliser Vereinigung der sozialmedizinischen Zentren (SMZ)
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
imad	Institution genevoise de maintien à domicile
IG Pflegefinanzierung CI Financement des soins	Interessengemeinschaft (IG) Pflegefinanzierung Communauté d'intérêts (CI) Financement des soins
LZCH	Langzeit Schweiz Soins de longue durée Suisse Cura di lungodegenza Svizzera
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
SACD	Conferenza dei servizi di assistenza e cura a domicilio del Cantone Ticino
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)

ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)
ASI	Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
SBK-AG/SO ASI-AG/SO ASI-AG/SO	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Aargau- Solothurn Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Argovie-Soleure Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Argovia-Soletta
SBK-BE ASI-BE ASI-BE	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Bern Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Berne Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Berna
SBK NE-JU ASI NE-JU ASI NE-JU	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Neuchâtel Jura Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Neuchâtel Jura Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Neuchâtel Jura
ASI-SBK Sezione Ticino	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Tessin Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Tessin Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Ticino
SBK-ZH/GL/SH ASI-ZH/GL/SH ASI-ZH/GL/SH	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion ZH/GL/SH Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section ZH/GL/SH Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione ZH/GL/SH
SBK-ZCH ASI-SCH ASI-SCH	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) Sektion Zentralschweiz Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Section Suisse centrale Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI) Sezione Svizzera centrale
senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées
SKSZ	Spitex Kantonalverband Schwyz
Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio
	Spitex Verband Aargau
	Spitex Regio Arth-Goldau
Spitex Kanton Bern	Spitex Verband Kanton Bern

	Association cantonale bernoise d'aide et de soins à domicile
SXBS	Spitex Basel
SVBL	Spitex Verband Baselland
Spitex Bregaglia	Centro sanitario Bregaglia Spitex
	Spitex Region Einsiedeln Ybrig Alpthal
Spitex OW	Spitex Obwalden
	Spitex RuLa
	Spitex Sattel-Rothenthurm
Spitex Verband SG/AR/AI	Spitex Verband der Kantone St. Gallen, Appenzell Ausserrhoden und Appenzell Innerrhoden
	Spitex Verband Thurgau
	Spitex Uri
SVKS	Spitex Verband Kanton Solothurn
SPXZG	Spitex Verband Kanton Zug
SVKZ	Spitex Verband Kanton Zürich
Spitex Schaffhausen	Spitex Verband Kanton Schaffhausen
	Marion's Spitex
SNL	Swiss Nurse Leaders
SVBG FSAS FSAS	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen (SVBG) Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS) Federazione svizzera delle associazioni professionali sanitarie (FSAS)
unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera
VAKA	Vereinigung der aargauischen Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
VFP AFG Spitex Pflege	Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft, Akademische Fachgesellschaft Spitex Pflege
Psy moos	Psychiatriepflege Moossee
Assicuratori	
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi

santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
Pazienti, fruitori	
Alzheimer Svizzera	Alzheimer Schweiz Alzheimer Suisse Alzheimer Svizzera
LLS LPCH LPCH	Lungenliga Schweiz (LLS) Ligue pulmonaire suisse Lega polmonare svizzera
SPO OSP OSP	Stiftung für Patientenschutz Organisation Suisse des Patients Organizzazione Svizzera dei Pazienti
SSR CSA CSA	Schweizerischer Seniorenrat (SSR) Conseil suisse des aînés (CSA) Consiglio svizzero degli anziani (CSA)
VAPP	Verein Ambulante Psychiatrische Pflege
VASOS FARES	Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz (VASOS) Fédération des associations des retraités et de l'entraide en Suisse (FARES) Federazione associazioni dei pensionati e d'autoaiuto in Svizzera
Altri	
Besa Care	Besa Care AG
CT PLAISIR	Commission technique PLAISIR
LEP AG	LEP AG (Leistungserfassung in der Pflege), St. Gallen
QSys	Q-Sys AG