



IGWS Interessengruppe Wundspezialisten
GISP Groupe d'intérêt suisse des spécialistes en soins de plaies et cicatrisation
GICF Gruppo d'interesse delle specialiste nella cura della ferita

Decisioni del Tribunale amministrativo federale del 1. settembre e 7 novembre 2017: riflessioni sul loro significato e sulle misure da adottare

La procedura che si è conclusa con la decisione del 01.09.2017 (il TAF si è più o meno limitato a confermare questa decisione nella sua successiva decisione del 07.11.2017) è stata proposta dalla CSS e da 41 assicuratori rappresentati da tarifuise SA contro un'associazione di CMS. Poiché il quadro giuridico per la retribuzione dell'assistenza domiciliare (da parte di infermiere indipendenti e di servizi di assistenza e cure a domicilio) è lo stesso, questa giurisprudenza è applicabile a entrambe senza modifiche.

Ecco i punti essenziali della decisione: i costi del materiale sanitario coperti dall'EMAp (elenco dei mezzi e degli apparecchi necessari per gli esami e il trattamento) non può essere a carico degli assicuratori solo se viene utilizzato dai pazienti stessi o da attori non professionisti. Per contro, i costi delle attrezzature utilizzate dal personale infermieristico sono parte del rimborso suddiviso tra gli assicuratori (per i contributi di cui all'art. 7 bis OPre) e Cantoni (sotto il finanziamento residuo, tra cui una possibile quota a carico del paziente). Pertanto, il finanziamento delle cure ai sensi dell'art. 25a LAMal copre sia le prestazioni di cura vere e proprie che il materiale utilizzato: *Poiché il materiale usato dalle infermiere è concettualmente indissociabile dalle prestazioni di cura ai sensi dell'art. 7 al. 2 OPre, questo materiale deve essere addebitato alle varie prestazioni ed è incluso nei costi delle stesse (punto 9.6.3 della decisione del 07.11.2017).*

All'introduzione del nuovo piano di finanziamento delle cure di lunga durata (nelle cure a domicilio e le CPA), il 01.01.2011, il legislatore ha imposto il principio della neutralità dei costi per gli assicuratori; i loro contributi erano quindi limitati alle somme di cui all'art. 7a OPre; a sua volta, la quota a carico del paziente è calcolata sulla base delle stesse somme; il limite è quindi lo stesso (CHF 15,95 / giorno). A ciò si aggiunge il principio della protezione tariffaria. La conclusione è ineluttabile: il costo del materiale sanitario, che è parte del costo totale delle cure, deve essere imputato al finanziamento cantonale residuo.

Ciò significa che il calcolo dei costi totali deve includere imperativamente l'importo dei costi del materiale sanitario. Dato che questi costi variano notevolmente a seconda del tipo di cure prestate, ciò porta quasi automaticamente a un finanziamento residuo scaglionato, il che solleva la questione dello sviluppo pratico di tale soluzione. Questo riguarda in primo luogo la

cura delle ferite. Tuttavia, nel contesto della necessaria raccolta di dati, sarà necessario chiarire il relativo fabbisogno di materiale di ogni settore di cura.

In vista dei negoziati con i cantoni (e i comuni), l'ASI intende allearsi con le associazioni di tutti gli altri fornitori di prestazioni interessati (CPA e CMS). È già prevedibile che i Cantoni - contro le chiare conclusioni del TAF - cercheranno di trasferire la responsabilità all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) come autorità competente nell'ambito dell'OPre e richiederanno un aumento dei contributi della AOMS. Al fine di soffocare sul nascere qualsiasi intenzione dei Cantoni di sviare le responsabilità sull'UFSP, sembra inevitabile che le associazioni dei fornitori di prestazioni convochino quest'ultimo a una tavola rotonda con la Conferenza dei direttori della sanità (CDS). Di conseguenza, i negoziati con i Cantoni dovranno essere intrapresi senza indugio, negoziati che presuppongono la raccolta di dati comprovati (questi consentiranno di calcolare il prezzo del materiale attribuibile alla rispettiva durata delle cure).

Questi calcoli e trattative richiedono un certo periodo di tempo durante il quale i fornitori di prestazioni non riceveranno il rimborso previsto dalla legge. Se vogliamo impedire il collasso di un intero segmento (vitale) dell'offerta di cure infermieristiche, sarà necessario trovare una soluzione transitoria. Non è, infatti, nell'interesse degli assicuratori che i loro clienti siano costretti a migrare verso fornitori di servizi che fatturano, ad esempio, sulla base di TarMed o DRG. Tuttavia, gli assicuratori del gruppo HSC (Helsana, Sanitas, CPT), insieme alla CSS, hanno già affermato che l'UFSP non lascia loro margini di manovra in vista di un rimborso provvisorio dei costi del materiale sanitario. Peggio: come risultato del chiarimento del quadro giuridico del TAF, ora intendono richiedere ai fornitori di prestazioni il rimborso retroattivo dei costi che sono stati indebitamente pagati. Gli altri assicuratori (rappresentati da tarifuise, Assura e Supra) non si sono ancora pronunciati ufficialmente sulla possibilità di una soluzione transitoria, ma è difficilmente immaginabile che la loro interpretazione della giurisprudenza differisca da quella di HSC / CSS.

In questo contesto sarebbe inutile invocare l'art. 20a al. 2 OPre che recita: *"I mezzi e gli apparecchi che sono impiantati nel corpo o utilizzati da fornitori di prestazioni secondo l'articolo 35 capoverso 2 LAMal nel quadro della loro attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non figurano nell'elenco. La loro remunerazione e quella della corrispettiva diagnosi o cura sono stabilite nelle convenzioni tariffali."* Anche il TAF lo afferma esplicitamente: gli accordi tariffari citati in questa disposizione, che precede il nuovo schema per il finanziamento dell'assistenza sanitaria, hanno perso la loro base giuridica dopo l'introduzione di quest'ultima. Ecco perché, da allora, il rimborso delle cure infermieristiche ambulatoriali non funziona più sulla base di tali accordi, ma in conformità con le regole di tale schema. L'art. 8 degli accordi amministrativi dell'ASI con i vari assicuratori, che prevede l'assunzione dei costi dei mezzi e dei dispositivi fino alle tariffe EMap (meno il 15% per alcuni), non è conforme alla nuova giurisprudenza. È quindi obsoleto.

Questa giurisprudenza rivela l'importanza fondamentale dei Cantoni e dei Comuni nel contesto del finanziamento delle cure e ricorda che gli importi fissati dall'art. 7a OPre sono solo una parte di questo finanziamento, dovuto dagli assicuratori. Ne consegue che i cantoni hanno la pesante responsabilità di definire e calcolare il costo totale delle cure. Solo un calcolo corretto consentirà di realizzare il principio del primato delle cure ambulatoriali e la costruzione di strutture assistenziali efficienti per i pazienti che necessitano di cure di lunga durata. Sarà importante tenerlo presente quando si negozia con i cantoni.

Così, insieme ai suoi partner, l'ASI persegue tre obiettivi:

1. assicurare una corretta gestione dei costi del materiale sanitario attraverso un aumento del finanziamento cantonale residuo
2. garantire la sopravvivenza dei fornitori di prestazioni durante il periodo di transizione
3. prevenire il rimborso retroattivo dei costi del materiale sanitario

A tale scopo, il Segretariato Centrale dell'ASI ha istituito un "Gruppo di azione materiale sanitario", composto da:

- Yvonne Ribì, segretaria generale ASI
- Ruth Hostettler, responsabile delle infermiere indipendenti ASI
- Esther Gerber, persona di contatto EMAP ASI
- Gérard Villarejo, presidente di Curacasa
- Monika Sutter, presidente del GIC ASI delle specialiste nella cura delle ferite
- Doris von Siebenthal, co-presidente della Swiss Association for Woundcare SAFW
- Pierre-André Wagner, responsabile del servizio giuridico ASI

Prossimi passi:

- offrire cooperazione alle associazioni di altri fornitori di prestazioni interessati
- preparare una tavola rotonda con l'ASI, i suoi partner, l'UFSP e la CDS
- sostenere l'UFSP per un accordo transitorio con gli assicuratori
- esercitare pressione politica, anche attraverso i media
- raccogliere dati dai fornitori di prestazioni e stabilire statistiche sul prezzo del materiale sanitario
- sviluppare modelli di finanziamento residuo
- negoziare con le autorità cantonali

Le sezioni dell'ASI saranno coinvolte in tutti questi passaggi.

L'ASI si impegna a informare regolarmente le sue sezioni e i membri interessati sull'evoluzione della situazione.

Raccomandazioni concrete per le infermiere indipendenti riguardanti la fatturazione, ecc. saranno diffuse a breve.

13.03.2018

Pierre-André Wagner, responsabile del servizio giuridico dell'ASI
Gérard Villarejo, presidente di Curacasa
Ruth Hostettler e Esther Gerber, responsabili infermiere indipendenti e EMAP dell'ASI
Monika Sutter, presidente del GIC ASI delle specialiste nella cura delle ferite
Doris von Siebenthal, co-presidente della Swiss Association for Woundcare SAFW