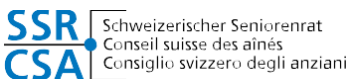
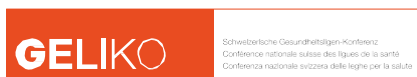


Richieste della CI Finanziamento delle cure, Management Summary

Nei cantoni, l'implementazione dell'ordinamento del finanziamento delle cure è in parte insoddisfacente. Nel quadro di un'iniziativa parlamentare approvata dalle Camere federali, la consigliera agli Stati Christine Egerszegi domanda di apportare dei correttivi al finanziamento delle cure. Inoltre, l'Ufficio federale della salute pubblica sta preparando la valutazione del finanziamento delle cure.

Le associazioni riunite in seno alla Comunità d'interessi Finanziamento delle cure – CURAVIVA Svizzera, Associazione Spitex privata Svizzera ASPS, ASI, senesuisse, Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio, Associazione Alzheimer Svizzera, Integrazione Handicap, Parkinson Svizzera, Consiglio svizzero degli anziani (CSA) e Conferenza nazionale svizzera delle leghe della salute GELIKO – hanno riassunto le loro richieste comuni relative all'iniziativa parlamentare.



1. Finanziamento delle prestazioni di cura

Importo residuo delle spese di cura

Molti cantoni e comuni assumono in modo insufficiente il loro dovere di finanziare l'importo residuo delle spese di cura. Conseguenze: ripercussione di costi sui pazienti, rischio di lacune nell'assistenza e cura a domicilio e di perdite per le strutture medicalizzate.

Richiesta

Il legislatore deve precisare che i cantoni sono tenuti ad assumere integralmente i costi residui delle prestazioni di cura dispensate sul loro territorio.

Adeguamento dei contributi AOMS all'evoluzione dei costi

I contributi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOS) sono rimasti invariati dal 2011; le associazioni di assistenza e cura a domicilio e le strutture medicalizzate prendono a carico un numero crescente di pazienti con malattie complesse. Conseguenze: oneri asimmetrici per i cantoni, ribaltamento di costi sui pazienti e rischio di erosione della qualità.

Richiesta

I contributi AOMS devono essere adeguati annualmente all'evoluzione dei costi del sistema sanitario.

Protezione tariffale

Alcuni dipartimenti della sanità e alcuni comuni raccomandano di fatturare, per esempio, le spese di trasferta quale complemento del contributo del paziente. Conseguenze: trasferimento di costi sui pazienti e computo di certe prestazioni di cura residenziale a titolo di prestazioni d'assistenza.

Richiesta

Il Parlamento esige chiaramente il rispetto della protezione tariffale anche nell'ambito delle cure ambulatoriali come pure l'assunzione integrale da parte dei cantoni dei costi riguardanti le cure dispensate sul territorio.

Partecipazione dei pazienti

Esistono molte varianti di partecipazione dei pazienti alle spese di cura; la loro comparabilità è molto limitata e il corrispettivo onere amministrativo considerevole. Un'elevata partecipazione induce i pazienti a rinunciare per ragioni finanziarie a prestazioni di cura indispensabili; di conseguenza i familiari curanti sono più sollecitati.

Richieste

La partecipazione dei pazienti deve essere limitata al 10% del contributo massimo ai costi di cura fissato dal Consiglio federale. La perdita di incasso deve essere compensata attraverso il finanziamento residuo. La partecipazione dei pazienti alle cure ambulatoriali va definita.

Finanziamento del materiale di cura e prestazioni aggiuntive

Secondo l'interpretazione della LAMal fornita dall'UFSP, i costi del materiale e quelli delle prestazioni aggiuntive non possono essere fatturati all'assicuratore malattie. Conseguenza: acquisto oneroso di materiale, visite dal medico al solo scopo di procurarsi delle prestazioni comprendenti materiali di cura, spese supplementari amministrative e organizzative.

Richieste

Nel settore delle cure di lunga durata, i mezzi e gli apparecchi come pure il materiale di cura devono essere rimborsati ai fornitori di prestazioni di cura ambulatoriali e stazionarie. Le strutture medicalizzate devono essere ammesse come fornitori di prestazioni per i medici, i medicinali e le terapie.

2. Pazienti fuori cantone, cure acute e transitorie, assegno grande invalido

Pazienti fuori cantone

Il finanziamento residuo per le degenze fuori cantone non è sufficientemente regolamentato nella LAMal. Conseguenze: trasferimento di costi sui pazienti (fuori cantone), restrizione della mobilità e della libertà di dimora.

Richieste

La LAMal deve regolamentare quale cantone è tenuto ad assumere l'importo residuo delle spese di cura ambulatoriali e stazionarie generate fuori dal cantone di domicilio. I cantoni devono pure riconoscere reciprocamente il massimale di PC per i costi giornalieri di soggiorno in istituto medicalizzato come pure i costi di cura del cantone di residenza. Per il settore ambulatoriale, deve essere applicato il finanziamento in base al luogo di soggiorno. Per gli istituti medicalizzati, il finanziamento dei costi compete all'ultimo comune di domicilio.

Cure acute e transitorie (CAT)

Le CAT sono prescritte raramente. Motivo: la durata massima di 14 giorni non è sufficiente per la maggior parte dei pazienti.

Richieste

Le cure acute e transitorie devono essere rimborsate durante sei settimane conformemente alla normativa sul finanziamento ospedaliero. Se il bisogno persiste, esse possono essere prolungate di altre sei settimane. Le prestazioni di cura acute e transitorie nelle strutture medicalizzate devono essere rimborsate secondo le regole del finanziamento ospedaliero, comprese le spese alberghiere e di assistenza.

Assegno per grande invalido

Se i pazienti beneficiano di un assegno per grande invalido dell'AI o dell'AVS, gli assicuratori malattie riducono parzialmente l'assunzione dei costi di cura presumendo un sovra indennizzo. Questo calcolo non considera un compenso per i familiari curanti.

Richieste

Un compenso per i familiari curanti deve essere considerato nel calcolo del sovra indennizzo.

3. Valutazione dei bisogni, distinzione fra cura e assistenza, finanziamento di alloggi protetti.

Valutazione dei bisogni

Nelle strutture medicalizzate sono utilizzati tre diversi strumenti di valutazione dei bisogni. Questi strumenti non illustrano in modo identico la situazione delle cure. In numerosi casi, l'evoluzione delle condizioni dei pazienti (patologie più complesse, demenze, cure palliative) presenta dei bisogni effettivi ben superiori al livello massimo di cure previsto (più di 220 minuti). Nelle cure ambulatoriali, prevale RAI-Home Care, ma sono pure utilizzati altri strumenti. È auspicata una maggiore uniformità anche in funzione dell'e-Health.

Richieste

Gli strumenti di valutazione utilizzati nel settore delle cure stazionarie di lunga durata devono riflettere in maniera identica situazioni uguali. Il sistema deve essere esteso, da 6 a 18 livelli di 20 minuti (fino a raggiungere un bisogno di cure di più di 340 minuti al giorno) e, di conseguenza, deve essere remunerato con un contributo più elevato. È necessario determinare dei criteri per gli strumenti di valutazione delle cure ambulatoriali a meno di stabilire RAI-Home Care quale unica modalità di valutazione dei bisogni.

Distinzione fra cura e assistenza

La misura e la delimitazione dei costi di assistenza comporta un importante lavoro. Conseguenze: i pazienti affetti da demenza e quelli bisognosi di cure palliative - per i quali la presa a carico legata alla malattia è insufficiente – spesso si sobbarcano queste spese di cura attraverso tasse d'assistenza. Una presa a carico completa dei importi residui da parte dei cantoni eviterebbe l'improprio trasferimento di costi di cura sulle spese di assistenza e non violerebbe la protezione tariffale.

Richieste

La misura dei bisogni di cura deve essere risolta in modo semplice sul piano amministrativo. Il finanziamento residuo deve essere garantito dai cantoni. Per le situazioni che richiedono assistenza frequente, in particolare per le persone affette da demenza, va assicurato un finanziamento appropriato.

Finanziamento dell'alloggio protetto

Dal punto di vista finanziario, l'alloggio protetto concilia i vantaggi delle cure ambulatoriali e stazionarie. È pertanto necessario adattare la legge federale sulle prestazioni complementari (LPC) affinché le persone bisognose di poche cure possano vivere in alloggi protetti, nonostante i costi supplementari, invece di essere collocati prematuramente in una struttura medicalizzata ancora più onerosa (ma finanziata integralmente).

Richieste

Il Consiglio federale definisce l'alloggio protetto: alloggio adatto ad anziani e persone disabili con un servizio di chiamata per urgenze garantito 24 ore su 24. La concessione di un assegno per grande invalido non deve essere necessaria per poter beneficiare quale anziano o disabile di un alloggio protetto.

Informazioni più dettagliate: cfr. Presa di posizione sul finanziamento delle cure

Ufficio CI Finanziamento delle cure, Beatrice Mazenauer, Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio, Sulgenauweg 38, 3000 Berna 23, tel. 031 381 22 81

Berna, 23 aprile 2015