

Messaggio

numero
8212

data
30 novembre 2022

competenza
DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ

Rapporto sulla mozione del 13 marzo 2019 presentata da Matteo Pronzini “Reparti AMI: revocare con effetto immediato la fatturazione ai degenti della partecipazione di fr. 30.- giornalieri”

Signora Presidente,
signore e signori deputati,

la mozione in oggetto prende spunto dalla sentenza del Tribunale amministrativo federale del 25 febbraio 2019¹ che aveva accolto il ricorso presentato da una clinica privata contro il Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 15 dicembre 2015.

In particolare, la clinica aveva contestato l'attribuzione di 60 letti di cure acute di minore intensità in quanto questa nuova categoria di fornitori di prestazioni:

- non era supportata da uno studio sul fabbisogno;
- era inserita in una realtà ospedaliera (art. 39 cpv. 1 LAMal), ma pianificata in numero di letti e non per prestazioni;
- era finanziata in base al costo per giornata come avviene per le case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal) e non secondo il sistema tariffale SwissDRG.

La sentenza ha ritenuto valide le motivazioni della ricorrente e ha concluso che i reparti acuti di minore intensità, così come inseriti nella legislazione cantonale, costituiscono una forma ibrida di fornitore di prestazioni che viola il diritto federale.

La mozione, richiamando la sentenza, chiede quindi l'abolizione immediata della fatturazione al paziente di fr. 30.- per ogni giornata di degenza trascorsa in un reparto acuto di minore intensità.

I. INTRODUZIONE

Al fine di contestualizzare meglio la tematica si ritiene opportuno ripercorrere brevemente la genesi dei reparti Acuti di minore intensità (AMI). Il progetto finale approvato dal Parlamento con il Decreto legislativo del 15 dicembre 2015 soprammenzionato, inseriva nella categoria AMI i letti provenienti da reparti acuti di medicina di base situati presso l'Ente Ospedaliero Cantonale, sedi di Acquarossa, Mendrisio e Locarno per un totale di 75 letti e presso le cliniche private: Malcantonese di Castelrotto 30 letti; Varini di Orselina 30 letti e Luganese, sede di S. Rocco 60 letti. Questa trasformazione si era resa necessaria dopo aver preso atto delle risultanze dello studio sul fabbisogno (previsto dall'art. 58b OAMal e commissionato alla Direzione della sanità del Canton Zurigo – GD-ZH) che aveva evidenziato con orizzonte temporale 2020 una diminuzione di giornate di cura per la popolazione ticinese valutata attorno al 18% (in particolare a causa del progresso tecnologico e medico che influenza la durata della degenza media e al trasferimento di

¹ C-2229/2016

trattamenti dal settore stazionario al settore ambulatoriale) per un totale di circa 76'000 giornate, corrispondenti a 250 posti-letto.

La proposta pianificatoria avrebbe potuto prevedere la semplice chiusura dei letti in esubero, ma il Cantone ha tenuto conto di altre esigenze, in particolare della situazione non pienamente soddisfacente nel settore della post-cura. Da un lato un'analisi effettuata dall'Ufficio del medico cantonale aveva evidenziato ospedalizzazioni improprie nel settore somatico-acuto e dall'altro lato i 4 reparti di cure acute e transitorie (CAT) situati nelle case per anziani per un totale di 60 posti letto, si dimostravano insufficienti dal punto di vista quantitativo e inadeguati dal punto di vista strutturale e di livello delle cure erogate. Di conseguenza si è optato, anche su suggerimento degli assicuratori malattia, per la creazione di istituti di cura conformi alla LAMal (cfr. art. 39 cpv. 3), "ribattezzati" dal Gran Consiglio in reparti acuti di minore intensità (RAMI) per richiamare la loro collocazione presso strutture ospedaliere. Questi reparti sono destinati ad accogliere pazienti dimessi dall'ospedale somatico-acuto, ma non ancora pronti per ritornare al loro domicilio, o provenienti dal domicilio, ma che non necessariamente necessitano una degenza in un ospedale somatico-acuto.

II. FATTURAZIONE DELLE PRESTAZIONI E PARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE

Nei RAMI le prestazioni sanitarie sono fatturate all'atto, come se fossero dispensate in regime ambulatoriale e come se il paziente fosse ricoverato in una casa di cura, mentre le spese di albergheria sono assunte dall'ente pubblico che richiede al paziente una partecipazione di fr. 30.- al giorno (massimo fr. 600.- all'anno). Si ricorda che nei reparti CAT la partecipazione è di fr. 50.- al giorno senza limiti annui e nelle case per anziani ammonta al minimo a fr. 84.- al giorno, pure evidentemente senza limiti annui.

Non è corretto paragonare il soggiorno RAMI al soggiorno ospedaliero e alle conseguenti partecipazioni ai costi (fr. 15.- al giorno, più franchigia e 10% delle fatture), poiché la partecipazione richiesta al paziente persegue obiettivi diversi: nel caso delle strutture post-acute contribuisce al finanziamento delle spese alberghiere e viene fatturata e incassata direttamente dai fornitori di prestazioni, nel caso delle strutture acute (somatiche, psichiatriche e di riabilitazione), la partecipazione è versata all'assicuratore permettendo così un contenimento dei premi dell'assicurazione malattia.

III. FINANZIAMENTO DEI REPARTI AMI

Il principio della partecipazione del paziente alle degenze RAMI è codificato nella LCAMal all'art. 66e bis, che ha il tenore seguente:

Prestazioni erogate dai reparti acuti di minore intensità

Art. 66e bis Il contributo globale è stabilito tenendo conto:

- a) dei costi:
 - delle prestazioni di cura;
 - alberghieri;
 - della formazione non universitaria;
 - d'investimento.

- b) delle seguenti entrate:
- rimborso delle prestazioni mediche, infermieristiche, diagnostiche e terapeutiche sulla base di forfait stabiliti tramite convenzione (si vedano art. 67 e ss. LCAMal);
 - **contributi a carico dei pazienti, stabiliti in CHF 30 a giornata per un massimo di CHF 600.- annui;**
 - altre partecipazioni assicurative;
 - altri ricavi d'esercizio.

Giova ricordare che la sentenza del 25 febbraio 2019 citata in entrata, non si è espressa a proposito delle modalità di fatturazione. A pagina 30 si legge infatti:

*“A prescindere dalla problematica della compatibilità alla legge federale del metodo di fatturazione dei reparti acuti a minore intensità previsto all'art. 84a LCAMal (**questione che può essere lasciata indecisa in questa sede, la fattispecie in esame non riguardando tale problematica**),[...].”*

La sentenza del TAF non può quindi essere portata a sostegno della mozione in oggetto.

Il Messaggio n. 6945 del 26 maggio 2014 motivava la scelta della partecipazione giornaliera a carico del paziente di fr. 30.- come una soluzione a metà strada tra la partecipazione richiesta in ambito acuto e quella richiesta nei CAT. Il limite massimo di fr. 600.- all'anno corrisponde poi al contributo per un ricovero della durata media di degenza in un RAMI di tre settimane. Il Parlamento ha avallato questa scelta, accettandone il principio sancito nella modifica della LCAMal citata, il 15 dicembre 2015.

IV. SENTENZA DEL TRIBUNALE CANTONALE DELLE ASSICURAZIONI

In data 9 gennaio 2019 è stato inoltrato un ricorso al Tribunale cantonale delle assicurazioni (TCA) da parte di una paziente che rifiutava di pagare la fattura inviata dalla sua cassa malati relativa al suo ricovero in un RAMI. La signora contestava le modalità di fatturazione applicate dall'ospedale, in particolare la fatturazione analitica dei medicinali, della fisioterapia, delle analisi di laboratorio e di diverse prestazioni ambulatoriali, ritenendo la cura dispensata in un RAMI assimilabile a un trattamento ospedaliero. Riteneva pertanto ingiustificata non solo la fatturazione analitica in luogo di un forfait per l'intero soggiorno, ma ovviamente anche il calcolo della sua partecipazione alla spesa (franchigia e 10% di partecipazione ai costi). Inoltre, la signora aveva ricevuto la fattura da parte dell'ospedale inerente la partecipazione di fr. 30.- al giorno, da lei onorata solo nella misura di fr. 15.- al giorno, coerentemente con la sua tesi di essere stata ricoverata in un ospedale.

La sentenza del TCA² del 10 settembre 2019 ripropone ampi stralci della sentenza del TAF del 25 febbraio 2019 e si pronuncia sulla legittimità della fatturazione analitica e della richiesta della partecipazione di fr. 30.- al giorno, come riportato di seguito.

Il TCA parte dalla considerazione che l'ospedale gerente del RAMI in questione non è in possesso di alcun mandato nell'ambito della medicina acuta e di conseguenza (pag. 46 seg. della sentenza) *“nel caso di specie è esclusa d'acchito e non può in ogni capo trovare applicazione, per il ricovero della ricorrente [...] una fatturazione forfaitaria ai sensi dello SwissDRG, applicabile unicamente per i ricoveri in istituti somatico-acuti.*

² 36.2019.3

[...]

Nel caso di specie non può trovare applicazione neppure la fatturazione forfetaria delle cure acute e transitorie (CAT). La ricorrente è stata degente presso la struttura sanitaria per 16 giorni [...] mentre nei CAT è ammessa una degenza massima di 2 settimane (art. 25a OAMal). [...] se il ricovero in esame fosse stato assimilato ad un CAT, ella avrebbe dovuto pagare un contributo ai costi di degenza di fr. 50.-, superiore a quello, di fr. 30.-, che le è stato richiesto.”

La sentenza conclude poi a pag. 47 “In concreto solo una fatturazione come quella applicata nel caso di specie, analoga a quella utilizzata nel settore della lungo degenza (cure infermieristiche secondo il grado di dipendenza ai sensi dell’art. 7a OPRe e cure mediche, terapeutiche e diagnostiche all’atto) può dunque trovare applicazione viste le prestazioni fornite concretamente all’assicurata [...]

Tale metodo di fatturazione, conforme al tipo di degenza e di prestazioni fruite dall’interessata e correttamente codificato nella LCAMal, non viola il diritto federale.”

V. CONCLUSIONI

Dalla loro implementazione ad oggi i reparti acuti di minor intensità si sono rivelati un tassello non solo importante, ma essenziale nella catena di cura. Essi, grazie alla presa in carico differenziata e più intensa rispetto a quanto garantito nei CAT, offrono una valida alternativa commisurata ai bisogni di determinati pazienti al fine di evitare soggiorni ospedalieri ingiustificati. La questione della fatturazione analitica è stata accettata dagli assicuratori poiché conforme con la legislazione in vigore (tesi confermata dalla sentenza del TCA citata in precedenza) e la partecipazione del paziente, grazie anche al limite annuale fissato, permette al paziente stesso (indipendentemente dall’età, mentre i CAT sono destinati alle persone in età AVS) di essere ricoverati anche più volte in un anno, senza per questo essere penalizzati finanziariamente.

Visto quanto precede, si ritiene di aver risposto compiutamente a quanto sollevato dall’atto parlamentare in oggetto, dimostrando legittimità e coerenza delle scelte operate nel 2015 e, pertanto, si raccomanda di respingere la mozione.

Vogliate gradire, signora Presidente, signore e signori deputati, l’espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato

Il Presidente: Claudio Zali

Il Cancelliere: Arnoldo Coduri