



Berna, 16. agosto 2023

Modifica dell'ordinanza sulla definizione e l'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie

(Allegato 3: Struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia)

Rapporto esplicativo
per l'apertura
della procedura di consultazione



Indice

1	Situazione iniziale	3
1.1	Definizione e adeguamento delle strutture tariffali secondo la LAMal	3
1.2	Struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia.....	3
2	Punti essenziali della modifica dell'ordinanza	5
2.1	Commenti generali	5
2.2	Obiettivo, portata e contenuto delle modifiche.....	6
3	Commenti sui singoli articoli.....	7
4	Singoli adeguamenti dell'allegato 3 dell'ordinanza	8
4.1	Introduzione delle componenti temporali.....	8
a)	Variante 1: integrazione di indicazioni temporali nei forfait per seduta attuali.....	8
b)	Variante 2: forfait di base + fatturazione del tempo di seduta in scarti da 5 minuti.....	9
c)	Confronto tra le varianti	9
4.2	Precisazione in merito alla posizione tariffale 7311.....	10
4.3	Precisazione in merito alla posizione tariffale 7340.....	11
5	Elementi non modificati dell'allegato 3 dell'ordinanza.....	11
6	Ripercussioni	12
6.1	Ripercussioni per la Confederazione.....	12
6.2	Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni, per le città, gli agglomerati e le regioni di montagna.....	12
6.3	Ripercussioni sull'AOMS	12
7	Entrata in vigore.....	12

Rapporto esplicativo

1 Situazione iniziale

1.1 Definizione e adeguamento delle strutture tariffali secondo la LAMal

La legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) si basa sul principio dell'autonomia tariffale. In ragione di ciò, le tariffe e i prezzi sono stabiliti ai sensi della LAMal per convenzione tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni (convenzione tariffale) (art. 43 cpv. 4 LAMal). La tariffa è la base di calcolo della remunerazione. Oltre alla tariffa temporale e a quella forfettaria, la LAMal prevede anche una tariffa per singola prestazione, in cui si attribuiscono punti per prestazione e viene fissato il valore del punto (art. 43 cpv. 2 lett. a–c LAMal). Secondo l'articolo 43 capoverso 5 LAMal le tariffe per singola prestazione e le tariffe forfettarie per paziente riferite alle cure ambulatoriali¹ devono basarsi ognuna su una rispettiva struttura tariffale uniforme, stabilita per convenzione a livello nazionale. Se le parti alla convenzione non si accordano sulla struttura tariffale uniforme, quest'ultima è stabilita dal Consiglio federale. Il Consiglio federale inoltre può adeguare la struttura tariffale se quest'ultima si rivela inadeguata e se le parti alla convenzione non si accordano su una sua revisione (art. 43 cpv. 5^{bis} LAMal). Con l'articolo 43 capoverso 5^{bis} LAMal il legislatore ha attribuito al Consiglio federale la competenza, alle condizioni illustrate, di adeguare una struttura tariffale già approvata.

In virtù di ciò, nell'ambito delle tariffe per singola prestazione e dal 1° gennaio 2023 anche nell'ambito delle tariffe forfettarie per pazienti, il Consiglio federale dispone di una competenza sussidiaria di definire (art. 43 cpv. 5 LAMal) e adeguare (art. 43 cpv. 5^{bis} LAMal) le strutture tariffali nell'assicurazione malattie. Questa competenza sussidiaria deve essere intesa nel senso che il Consiglio federale interviene solo quanto basta per garantire l'esistenza di una struttura, tenendo conto il più possibile della preminenza dell'autonomia tariffale. Al contrario, i valori del punto non possono essere stabiliti dal Consiglio federale, in quanto possono essere concordati a livello nazionale o cantonale esclusivamente dai partner tariffali o, in caso di controversie, stabiliti dai Governi cantonali secondo l'articolo 47 LAMal. La definizione d'autorità di una struttura tariffale da parte del Consiglio federale è di natura generale-astratta e deve pertanto essere realizzata sotto forma di ordinanza (decisione del Tribunale amministrativo federale C-2461/2013 del 28 agosto 2014, consid. 5.5.3).

Nell'attuale versione, l'ordinanza sulla definizione e l'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie (RS 832.102.5, di seguito OAST) contiene l'adeguamento della struttura tariffale per le prestazioni mediche ambulatoriali (TARMED) e definisce tale struttura tariffale modificata come struttura tariffale uniforme per tutta la Svizzera per le prestazioni mediche ambulatoriali da un lato e come struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia ambulatoriali dall'altro. Tale versione è entrata in vigore il 1° gennaio 2018.

1.2 Struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia

In origine, la struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia era stata concordata il 1° settembre 1997 nella convenzione tariffale stipulata tra l'Associazione svizzera

¹ La disposizione concernente le tariffe forfettarie per paziente è in vigore dal 1° gennaio 2023.

di fisioterapia (in seguito divenuta Physioswiss) e il Concordato degli assicuratori-malattie svizzeri (in seguito divenuto santésuisse) e approvata dal Consiglio federale il 1° luglio 1998. Tale struttura tariffale è stata recepita nella convenzione tariffale stipulata il 15 dicembre 2001 tra H+ e santésuisse e approvata dal Consiglio federale il 13 dicembre 2004. Per le prestazioni di fisioterapia si tratta di una struttura tariffale uniforme per tutta la Svizzera e basata sulla tariffa per singola prestazione.

In ambito fisioterapico, il Consiglio federale ha esercitato per la prima volta la sua competenza sussidiaria il 1° ottobre 2016. A causa del mancato accordo tra partner tariffali su una struttura tariffale che entrasse in vigore il 1° ottobre 2016, il 23 novembre 2016 il Consiglio federale ha deciso, in virtù dell'articolo 43 capoverso 5 LAMal, di definire le posizioni tariffali della struttura tariffale valida sino al 30 settembre 2016 e concordata fino a quel momento nella convenzione come struttura tariffale uniforme per tutta la Svizzera per le prestazioni di fisioterapia con validità limitata al 31 dicembre 2017. Oltre a evitare un'assenza di struttura tariffale e a garantire la certezza del diritto per i partner tariffali e la stabilità delle tariffe per gli assicurati, questa soluzione aveva anche lo scopo di dare ai partner tariffali la possibilità di pervenire a un accordo. Il Consiglio federale ha annunciato che avrebbe effettuato esso stesso un esame della struttura tariffale fissata per verificarne la conformità alle norme di legge e, se del caso, apportare le correzioni necessarie, tenendo conto nella misura del possibile delle proposte formulate dai partner tariffali qualora questi ultimi non fossero riusciti a raggiungere un accordo entro un periodo di tempo ragionevole.

Con decisione del 18 ottobre 2017, il Consiglio federale ha dovuto esercitare per la seconda volta la sua competenza sussidiaria nell'ambito della fisioterapia, sulla base dell'articolo 43 capoverso 5 LAMal, poiché i partner tariffali ancora una volta non erano riusciti a raggiungere un accordo comune. A questo punto, il Consiglio federale ha proceduto a un esame della struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia in vigore sino al 31 dicembre 2017, definendone una nuova leggermente modificata e uniforme per tutta la Svizzera, che è entrata in vigore il 1° gennaio 2018. In questo modo è stata evitata nuovamente una situazione di assenza di tariffe ed è stata garantita la certezza del diritto per i partner tariffali e gli assicurati. Gli adeguamenti erano volti a migliorare la conformità della struttura tariffale alle prescrizioni legali in materia di tariffe e, per quanto possibile, a tenere conto anche delle proposte dei partner tariffali. Il Consiglio federale non ha fissato una scadenza per questa struttura tariffale. Quella attualmente definita per le prestazioni di fisioterapia non è quindi una soluzione a lungo termine nel senso di una revisione ampia delle tariffe. L'intento del Consiglio federale era piuttosto creare una soluzione transitoria stabile, nell'attesa che i partner tariffali presentino per approvazione una nuova struttura tariffale uniforme per tutta la Svizzera e conforme alle prescrizioni della LAMal.

Secondo il principio dell'autonomia tariffale, spetta innanzitutto ai partner tariffali concordare le tariffe nell'ambito di convenzioni. Con una lettera del 18 ottobre 2017, il Consiglio federale esortava i partner tariffali a rivedere e accordarsi su una struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia ambulatoriali conforme alle prescrizioni legali e alle condizioni quadro poste dall'Esecutivo. Contestualmente, quest'ultimo ha annunciato che, in caso di mancato accordo, avrebbe adeguato la struttura tariffale e introdotto una componente temporale nell'ambito dei forfait per seduta. Nel quadro di numerose riunioni nel 2018 e 2019, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha per altro incoraggiato i partner tariffali a convenire una struttura tariffale conforme alla legge. Nonostante gli sforzi del Consiglio federale e dell'UFSP e le negoziazioni tra i partner tariffali, negli ultimi anni non si è riusciti a pervenire a un accordo. Inoltre, la struttura tariffale concordata il 15 agosto 2016 da curafutura e H+ nella convenzione tariffale

nazionale concernente le prestazioni di fisioterapia ambulatoriali e presentata per approvazione non ha potuto essere definita come uniforme per tutta la Svizzera per via d'ordinanza in linea con il rapporto del Consiglio federale del 14 settembre 2018 in adempimento del postulato 11.4018, in quanto non soddisfaceva i le prescrizioni legali. La relativa domanda di approvazione è stata respinta nell'agosto 2019. Nel dicembre 2022 l'UFSP ha contattato per iscritto tutti i partner tariffali per sapere se nel frattempo avessero avviato le trattative per la revisione della struttura tariffale. Tutte le risposte dei partner tariffali hanno confermato (in maniera esplicita o implicita) che, nonostante fosse in corso un dialogo, non stavano avvenendo effettive trattative tariffali e non ne era prevista nessuna entro tempi ragionevoli. Nel marzo 2023, ai partner tariffali è stata data l'opportunità di presentare una dichiarazione d'intenti (letter of intent) firmata da ognuno di essi con un concreto piano d'azione e un cronoprogramma per le trattative tariffali. I partner tariffali tuttavia non sono riusciti a ottemperare a questa richiesta entro il termine stabilito. Non sono stati in grado di concordare né una struttura tariffale rivista o nuova né una dichiarazione d'intenti comune. Le condizioni di cui all'articolo 43 capoverso 5 LAMal per la definizione della struttura tariffale da parte del Consiglio federale sono quindi soddisfatte ancora una volta.

È stato dimostrato che i costi per le prestazioni di fisioterapia fatturati a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) – ad eccezione del primo anno di pandemia 2020 – stanno continuando ad aumentare in maniera molto marcata e superiore alla media (aumento medio annuo del 7,6 % tra il 2011 e il 2021, rispetto all'aumento medio annuo del 4,0 % per l'AOMS in totale)^{2,3}. Anche se la costante crescita dei costi della fisioterapia ambulatoriale non è principalmente dovuta alla struttura tariffale, la revisione di quest'ultima rimane necessaria e indiscutibile. Pertanto, con la presente modifica il Consiglio federale intende apportare adeguamenti minimi alla vigente struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia. I partner tariffali sono concordi nel ritenere che sia necessaria l'introduzione di una componente temporale e che ciò rappresenti l'elemento più urgente su cui intervenire con un adeguamento. Per questo motivo, l'obiettivo principale della revisione è perfezionare la struttura e creare trasparenza per i pazienti in merito alla durata delle sedute. La definizione della struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia non sarà limitata nel tempo. In questo modo si manterrà una soluzione transitoria stabile nell'attesa che i partner tariffali si accordino su una nuova struttura tariffale conforme alle prescrizioni della LAMal da presentare per approvazione al Consiglio federale.

La presente modifica dell'ordinanza è quindi limitata al settore della fisioterapia ambulatoriale.

2 Punti essenziali della modifica dell'ordinanza

2.1 Commenti generali

Le competenze sussidiarie del Consiglio federale secondo l'articolo 43 capoversi 5 e 5^{bis} LAMal valgono per tutte le strutture tariffali uniformi per singola prestazione in vigore a livello nazionale. Sulla base dell'esigenza di uniformità voluta dall'articolo 43 capoverso 5 LAMal, la struttura tariffale è applicabile da tutti i fornitori di prestazioni

² Pool di dati SASIS SA.

³ Tasso annuo di crescita composto secondo la funzione: $t_m = [(1 + t_1) * (1 + t_2) * \dots * (1 + t_n)]^{\frac{1}{n}} - 1$. Un tasso del 7,6 % corrisponde quindi a un raddoppiamento del volume in meno di 10 anni.

interessati, indipendentemente dal fatto che abbiano concluso una convenzione in tal senso o che vi abbiano aderito, non appena questi fatturano le proprie prestazioni con una tariffa per singola prestazione.

Le competenze sussidiarie del Consiglio federale consentono interventi su tutte le strutture tariffali per singola prestazione nel campo d'applicazione dell'assicurazione malattie sociale. Il mantenimento e la gestione di ciascuna di queste strutture rimangono di competenza dei partner tariffali. Secondo l'articolo 42 capoverso 3 LAMal, gli assicuratori sono tenuti, in particolare, a verificare le fatture dei fornitori di prestazioni e di conseguenza anche le prestazioni fatturate sulla base delle strutture tariffali per singole prestazioni definite o adeguate nella presente ordinanza. L'ordinanza definisce pertanto disposizioni generali e specifiche in merito alle strutture tariffali per singola prestazione. La struttura tariffale per singola prestazione stabilita o adeguata dal Consiglio federale secondo l'articolo 43 capoversi 5 e 5^{bis} LAMal viene specificata nell'ordinanza. A seconda del caso, la struttura tariffale definita dal Consiglio federale oppure gli adeguamenti praticati sulla struttura tariffale sono inseriti nell'ordinanza come allegato. Secondo la giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale, per una definizione delle tariffe da parte del Consiglio federale, i principi dell'impostazione delle tariffe valgono come per le convenzioni tariffali (decisione del Tribunale amministrativo federale C-4308/2007, consid. 3.1, in riferimento alle tariffe «sostitutive» stabilite dai Cantoni).

A differenza dell'approvazione, la definizione delle tariffe comporta anche un compito realizzativo, che conferisce all'autorità competente un margine di manovra. Con riferimento alla pratica a livello cantonale, il Tribunale amministrativo federale sottolinea che al momento di stabilire la tariffa «sostitutiva» l'autorità può e deve applicare criteri severi al fine di raggiungere gli obiettivi menzionati all'articolo 43 capoverso 6 LAMal, ma anche creare un incentivo affinché i partner tariffali riflettano su una soluzione autonoma di tale conflitto (decisione del Tribunale amministrativo federale, C-4308/2007, consid. 3.2.).

Nel caso attuale, il Consiglio federale ha deciso di procedere con un adeguamento minimo della struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia con l'intento di agire in via il più possibile sussidiaria e considerando che, in virtù dell'autonomia tariffale, spetta ai partner tariffali avviare una revisione completa della struttura, da sottoporre successivamente al Consiglio federale per approvazione. Inoltre, l'assenza di dati sufficienti non consentirebbe al Consiglio federale di intraprendere una revisione sostanziale della struttura tariffale e un rimaneggiamento del modello di costi soggiacente.

2.2 Obiettivo, portata e contenuto delle modifiche

La modifica dell'OAST punta ad adeguare la struttura tariffale uniforme per tutta la Svizzera per le prestazioni di fisioterapia fornite nel settore ambulatoriale e a definirla secondo l'articolo 43 capoverso 5 LAMal. La struttura tariffale integrale (compreso l'insieme delle posizioni tariffali e la loro descrizione nonché le regole di fatturazione e le interpretazioni generali della struttura) è inclusa nell'allegato 3 dell'OAST ed entrerà in vigore il 1° gennaio 2025.

Il principio dell'autonomia tariffale sancita dalla legge prevede che, in linea di principio, il Consiglio federale non debba stabilire una struttura tariffale nuova e mai utilizzata. La struttura tariffale oggetto del presente rapporto esplicativo si basa sulla struttura tariffale uniforme stabilita dal Consiglio federale in vigore dal 1° gennaio 2018. Quest'ultima era a sua volta basata su una struttura tariffale uniforme precedente, convenuta in passato dai partner tariffali.

L'attuale struttura tariffale si fonda su forfait per seduta in cui non è riportata la durata della seduta. Pertanto è possibile che alcune sedute siano volutamente abbreviate, segnatamente allo scopo di rispondere a una crescente domanda di prestazioni. La struttura è fortemente incentrata sui due forfait per seduta individuale di fisioterapia generale (7301) e complessa (7311). Nel 2021, questi due forfait rappresentavano più del 90 % del volume totale delle prestazioni fatturate nel settore della fisioterapia ambulatoriale, di cui il 61 % atteneva alla fisioterapia generale. Da alcuni anni tuttavia si sta assistendo a un netto incremento della fatturazione dei forfait per fisioterapia complessa: tra il 2018 e il 2021⁴ questo volume è aumentato annualmente del 20,8 %, rispetto a un +6,4 % per la fisioterapia generale nello stesso periodo⁵. Tra il 2018 e il 2021, il volume totale delle prestazioni di fisioterapia a carico dell'AOMS è anch'esso aumentato annualmente del 7,4 %, cioè con una progressione esiguamente inferiore alla tendenza registrata tra il 2011 e il 2021, che è rimasta comunque a un livello elevato per stabilizzarsi a più di 1,3 miliardi di franchi nel 2021.⁶ Questa situazione principalmente è il risultato di un incremento del numero di consultazioni, che può essere stato indotto anche dalla riduzione della durata delle sedute.

Il presente adeguamento della struttura consta di due livelli. Da un lato è stata introdotta una componente temporale nei forfait per seduta individuale, in particolare allo scopo di migliorare la trasparenza nei confronti degli assicurati e dell'insieme di attori. Grazie a una definizione chiara per il fisioterapista della durata minima da rispettare per seduta, l'adeguamento della struttura contribuirà a garantire la qualità dei trattamenti, riducendo (variante 1) o eliminando (variante 2) l'incentivo ad abbreviare le sedute e ad aumentare il numero delle consultazioni e quindi il volume dei costi. Questa misura potrebbe consentire di gestire meglio i costi. A tal fine vengono poste in consultazione congiuntamente due varianti. Il potenziale di risparmio realizzabile con l'introduzione del presente adeguamento è tuttavia difficile da quantificare.

Dall'altro lato, verrà precisata l'attuale formulazione delle condizioni per la fatturazione delle posizioni tariffali di fisioterapia complessa, poiché questo punto è spesso fonte di dubbi.

Gli effetti dell'adeguamento potranno essere valutati nel quadro di un monitoraggio, gli effetti dell'adeguamento delle due posizioni principali 7301 e 7311 potranno essere analizzati con particolare attenzione. Ai sensi dell'articolo 3 OAST, i partner tariffali sono tenuti a rispettare l'obbligo di cooperazione e a trasmettere gratuitamente al Dipartimento federale dell'interno (DFI) le informazioni e i dati necessari a tale valutazione. Se la presente modifica non dovesse sortire gli effetti attesi, si potranno presentare al Consiglio federale ulteriori proposte di correzione.

3 Commenti sui singoli articoli

La presente modifica dell'OAST non prevede la modifica, l'abrogazione o la cancellazione di alcun articolo dell'ordinanza, ma solo la modifica dell'allegato 3 contenente

⁴ L'orizzonte temporale scelto differisce da quello utilizzato per la variazione dei costi degli AOS nella sezione 1.2 (2011-2021), principalmente a causa della minore accuratezza dei dati del pool tariffale SASIS per gli anni precedenti al 2018 (ad esempio, il tasso di copertura del pool tariffale nel 2015: 72,6%, rispetto al 94,1% del 2018). Inoltre, l'inclusione dal 2018 del precedente pacchetto per seduta per il linfodrenaggio manuale (7312) nel pacchetto per la fisioterapia complessa (7311) contribuirebbe a distorcere il risultato di questa valutazione. A titolo informativo, nel periodo 2015-2021, il volume fatturato per la fisioterapia complessa (7311) è aumentato del 16,3%, rispetto al 3,9% della fisioterapia generale (7301).

⁵ Pool tariffale estrapolato SASIS SA.

⁶ Pool di dati SASIS SA.

la struttura tariffaria per le prestazioni di fisioterapia valida dal 1° gennaio 2018, che viene sostituita da una nuova versione, i cui dettagli sono riportati di seguito.

4 Singoli adeguamenti dell'allegato 3 dell'ordinanza

Sulla base di diverse proposte e suggerimenti dei partner tariffali pervenuti negli ultimi anni, per l'introduzione delle componenti temporali nella struttura tariffale sono poste in consultazione due varianti. In questo modo, i partner tariffali e tutti gli attori interessati avranno la possibilità di esprimersi in merito a entrambe.

4.1 Introduzione delle componenti temporali

a) Variante 1: integrazione di indicazioni temporali nei forfait per seduta attuali

La prima variante consiste nell'integrare ai forfait per seduta per fisioterapia generale (posizione tariffale 7301) e complessa (posizione tariffale 7311) vigenti le seguenti indicazioni temporali:

- 7301: tempo minimo di 30 minuti per le sedute di fisioterapia generale, 48 punti di tariffa;
- 7311: tempo minimo di 45 minuti per le sedute di fisioterapia complessa, 77 punti di tariffa.

Poiché con questa proposta le sedute di fisioterapia di durata inferiore a 30 minuti non potrebbero più essere fatturate, occorre aggiungere anche il seguente nuovo forfait, ovvero la nuova posizione tariffale 7300 per una seduta breve:

- 7300: tempo minimo di 20 minuti per le sedute di fisioterapia breve, 32 punti di tariffa.

In tutti e tre i forfait per seduta sono inclusi fino a 5 minuti per il tempo di cambio, la consultazione e la gestione della cartella. In questo modo, il tempo minimo di una seduta definito nei forfait comprende rispettivamente il tempo di trattamento (erogato direttamente al paziente, quindi p. es. almeno 25 minuti per la posizione 7301) e il tempo di cambionché di consultazione e gestione della cartella (massimo 5 minuti).

Secondo il modello di costi utilizzato nella struttura tariffale vigente, i punti di tariffa per la fisioterapia generale (7301) sono stati calcolati in base alla durata media delle sedute, che ammonta a 32,6 minuti. I tempi minimi di una seduta proposti si basano su questo parametro. Il tempo minimo per la seduta di fisioterapia breve (7300) si basa sulle dichiarazioni e sulle proposte dei partner tariffali. I punti di tariffa per la nuova posizione per una seduta di fisioterapia breve (7300) si basano sui punti di tariffa per la seduta di fisioterapia generale (posizione attuale). Nel modello di costi vigente, una seduta di 32,6 minuti (in media) è remunerata con 48 punti di tariffa (posizione 7311). Per semplicità, è stata calcolata una durata media di 30 minuti, che corrisponde a un'aliquota di costo al minuto di 1,6 punti di tariffa. Di conseguenza, una seduta di fisioterapia di (almeno) 30 minuti viene remunerata con 48 punti di tariffa, risp. con un'aliquota di costo al minuto di 1,6 punti di tariffa per 30 minuti. Coerentemente, una seduta di (almeno) 20 minuti sarà remunerata con 32 punti di tariffa (aliquota di costo al minuto di 1,6 punti di tariffa per 20 minuti). Le sedute di durata inferiore a 20 minuti non possono essere fatturate a carico dell'AOMS.

b) Variante 2: forfait di base + fatturazione del tempo di seduta in scarti da 5 minuti

La seconda variante consiste in un nuovo forfait di base, che copre un tempo di seduta di almeno 20 minuti (di cui almeno 15 minuti di trattamento e massimo 5 minuti per il tempo di cambio, nonché per la consultazione e la gestione della cartella) e corrisponde quindi al nuovo forfait per la seduta breve secondo la variante 1. Il tempo di seduta supplementare viene fatturato con una nuova posizione per ogni 5 minuti in più. Il tempo di seduta supplementare fatturabile è limitato a 45 minuti per la fisioterapia generale e a 75 minuti per la fisioterapia complessa. A fini statistici (p. es. per determinare la durata [media] di una seduta di fisioterapia generale o complessa), sono state create due posizioni tariffali separate per la fisioterapia generale e complessa. È già possibile fare questa distinzione, che ha, in particolare, permesso di notare a una netta differenza nella fatturazione per seduta della fisioterapia complessa (7311) rispetto alla fisioterapia generale (7301). Anche la prima variante del progetto propone di mantenere questa distinzione. La variante 2 comprende quindi le seguenti quattro nuove posizioni tariffali, che sostituiscono le posizioni attuali per la fisioterapia generale (7301) e complessa (7311):

- 7300: tempo minimo di 20 minuti per le sedute di fisioterapia generale, 32 punti di tariffa (forfait di base);
- 7305: posizione per ogni 5 minuti pieni in più, 8 punti di tariffa; con limitazione di al massimo 5 ripetizioni per ogni seduta di fisioterapia generale;
- 7310: tempo minimo di 20 minuti per le sedute di fisioterapia complessa, 32 punti di tariffa (forfait di base);
- 7315: posizione per ogni 5 minuti pieni in più, 8 punti di tariffa; con limitazione di al massimo 11 ripetizioni al massimo per ogni seduta di fisioterapia complessa.

Anche nella variante 2, nel tempo di seduta sono inclusi fino a 5 minuti per il tempo di cambio, la consultazione e la gestione della cartella.

Il calcolo (8 punti di tariffa) delle posizioni per i 5 minuti pieni supplementari si basa sulla valutazione della posizione attuale per la fisioterapia generale (7301), ossia sul modello di costi vigente. Analogamente alla variante 1, anche nella variante 2 si è tenuto conto di un'aliquota di costo al minuto di 1,6 punti di tariffa. La limitazione per la fisioterapia generale poggia sulla variante 1. Qualora venga scelta la variante 1, per la fisioterapia complessa si potrebbe rinunciare alla limitazione. Ciò implicherebbe che la responsabilità del controllo e della verifica della plausibilità dei tempi di seduta fatturati ricadrebbero in maggior misura sugli assicuratori.

c) Confronto tra le varianti

Con la variante 1 si manterrebbe il vigente sistema di forfait per seduta e le posizioni attuali. La proposta di una durata delle sedute minima per la fisioterapia generale e complessa corrisponde a quanto avanzato nell'avamprogetto posto in consultazione nel marzo 2017. Quest'ultimo era stato aspramente criticato, tra le altre cose perché non si sarebbe più potuto fatturare una seduta di meno di 30 minuti. Con la posizione supplementare per la fisioterapia breve si terrebbe conto di questa critica.

La variante 2 comporterebbe un cambiamento più consistente nella fatturazione delle prestazioni di fisioterapia. In compenso, ai fisioterapisti verrebbe concessa maggiore flessibilità nell'impostazione della durata della seduta. Per quanto riguarda la durata minima delle sedute, rimarrebbe una sola prescrizione (per il forfait di base). A parte

ciò, sarebbe responsabilità dei fisioterapisti definire il tempo di trattamento appropriato, efficace ed economico per il singolo assicurato, in conformità con le prescrizioni legali. Inoltre, ciò consentirebbe di raccogliere dati sulla durata media delle sedute e sulla loro ripartizione, cosa che permetterebbe agli assicuratori di effettuare migliori controlli dell'economicità. Tuttavia, la pianificazione delle sedute dovrà essere adattata e i fisioterapisti dovranno abituarsi al nuovo sistema di posizioni basate sul tempo.

Grazie agli adeguamenti proposti, l'incentivo ad abbreviare le sedute sarà ridotto (variante 1) o completamente eliminato (variante 2). Inoltre, l'indicazione precisa della durata minima di una seduta consentirà un migliore controllo delle prestazioni fatturate agli assicurati. Gli assicuratori riceveranno anche informazioni sul tempo di lavoro effettivo fatturato dai fisioterapisti, cosa utile per l'ulteriore sviluppo o la revisione totale della struttura tariffale da parte dei partner tariffali.

Con il calcolo dei punti di tariffa delle nuove posizioni tariffali da introdurre in entrambe le varianti sulla base della durata minima di seduta, l'aliquota di costo al minuto diminuisce sempre leggermente con l'aumentare della durata di seduta fino alla durata della successiva posizione tariffale fatturabile. Ciò avviene già oggi se una seduta di fisioterapia ha una durata superiore alla media di 32,6 minuti, ed è sempre il caso nei forfait.

4.2 Precisazione in merito alla posizione tariffale 7311

Nella vigente posizione per la fisioterapia complessa (7311) sono elencati 10 quadri clinici o situazioni in cui essa può essere fatturata. Inoltre è presente la frase attributiva «[...] che rendono difficoltoso il trattamento». Secondo alcuni assicuratori il concetto di «complessa» (nel titolo della posizione) è problematico, in quanto non è ulteriormente definito. L'attuale formulazione può dare adito a fraintendimenti: non è chiaro se sia sufficiente la presenza di uno dei quadri clinici o delle situazioni elencate (che rendono comunque difficile il trattamento) o se il trattamento debba risultare ulteriormente complicato dalla presenza di uno dei quadri clinici o delle situazioni elencati. Si propone pertanto di adattare la formulazione come segue per chiarire che il trattamento deve risultare **ulteriormente** complicato dalla presenza di uno dei quadri clinici o delle situazioni elencati:

Formulazione vigente:	Formulazione nuova:
¹ Questa posizione può essere fatturata in presenza di uno dei seguenti quadri clinici o situazioni che rendono difficoltoso il trattamento:	¹ [...]. Questa cifra può essere fatturata in presenza di uno dei seguenti quadri clinici o situazioni qualora ciò renda difficoltoso il trattamento:

Una delle condizioni elencate nella voce tariffaria per la fisioterapia complessa riguarda i disturbi del sistema linfatico. Nella struttura tariffaria attualmente in vigore, si nota che il trattamento di questi disturbi viene effettuato da fisioterapisti appositamente formati. Tuttavia, la struttura tariffaria menziona solo una qualifica generale e non fa riferimento a una formazione specifica che possa essere esaminata in modo uniforme. L'esistenza di questa qualifica specifica per il trattamento dei disturbi del sistema linfatico non può essere verificata dagli assicuratori, poiché non è iscritta in nessun registro o non esiste un elenco di fisioterapisti appositamente formati per il drenaggio linfatico. Per questi motivi, la suddetta aggiunta alla voce tariffaria 7311 deve essere eliminata.

4.3 Precisazione in merito alla posizione tariffale 7340

Attualmente, per l'istruzione del paziente riguardante il programma di allenamento MTT, il fisioterapista può fatturare, nel quadro del programma, due sedute per paziente secondo la cifra 7301 invece della cifra 7340, indipendentemente dal numero di sedute. La presente modifica comporta pertanto un adeguamento della descrizione della cifra 7340. Nel caso della variante 1, che definisce una durata minima di seduta introducendo un forfait per seduta per fisioterapia breve, viene concessa la possibilità di fatturare un massimo di due sedute nell'ambito del programma MTT non solo sulla base della cifra 7301, ma anche della cifra 7300. Le rispettive durate minime devono essere rispettate. Questa misura consente al fisioterapista di fatturare, se del caso, una durata più breve dell'istruzione del paziente in merito al programma MTT. Inoltre vi sarà la possibilità di fatturare ogni volta una seduta per l'istruzione in base alle cifre 7300 o 7301. Pertanto, il secondo capoverso della descrizione della cifra 7340 è modificato come segue:

Formulazione vigente:	Formulazione nuova:
² Per l'istruzione del paziente riguardante un programma di allenamento MTT, il fisioterapista può fatturare, nel quadro del programma, due sedute per paziente secondo la cifra 7301 invece della cifra 7340, indipendentemente dal numero di sedute richieste.	² Per l'istruzione del paziente riguardante un programma di allenamento MTT, il fisioterapista può fatturare, nel quadro del programma, due sedute per paziente secondo la cifra 7300 o la cifra 7301 invece della cifra 7340, indipendentemente dal numero di sedute richieste.

Nel caso della variante 2, che prevede l'introduzione di una componente temporale sostituendo le due principali posizioni del forfait per seduta, è garantita la possibilità di fatturare due sedute secondo la cifra 7301 in luogo della cifra 7340 mediante l'introduzione al massimo di due sedute di base (7300), corredate ciascuna di un massimo di due supplementi da cinque minuti (7305). Il secondo capoverso della descrizione della cifra 7340 è quindi modificato come segue:

Formulazione vigente:	Formulazione nuova:
² Per l'istruzione del paziente riguardante un programma di allenamento MTT, il fisioterapista può fatturare, nel quadro del programma, due sedute per paziente secondo la cifra 7301 invece della cifra 7340, indipendentemente dal numero di sedute richieste.	² Per l'istruzione del paziente riguardante un programma di allenamento MTT, il fisioterapista può fatturare, nel quadro del programma, due sedute per paziente secondo la cifra 7300 più al massimo rispettivamente due volte la cifra 7305 invece della cifra 7340, indipendentemente dal numero di sedute richieste.

5 Elementi non modificati dell'allegato 3 dell'ordinanza

Le osservazioni generali e le posizioni tariffali dalla cifra 7313 alla cifra 7363 rimangono in linea di principio invariate rispetto alla struttura tariffale definita al 1° gennaio 2018, fatte salve le modifiche sopracitate.

6 Ripercussioni

6.1 Ripercussioni per la Confederazione

Il presente avamprogetto di adeguamento della struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia non avrà ripercussioni finanziarie né sull'effettivo del personale per l'Amministrazione federale. La struttura può essere quindi approntata e messa in atto senza problemi utilizzando le risorse già esistenti.

6.2 Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni, per le città, gli agglomerati e le regioni di montagna

Il presente avamprogetto non dovrebbe avere ripercussioni finanziarie particolari per i Cantoni e i Comuni, per le città, gli agglomerati e le regioni di montagna.

6.3 Ripercussioni sull'AOMS

Grazie all'introduzione proposta di una componente temporale, l'incentivo ad abbreviare le sedute viene ridotto (variante 1) o completamente eliminato (variante 2). Questi adeguamenti possono avere un effetto di contenimento dei costi. In entrambe le varianti, per esempio, una seduta attualmente abbreviata a 20 minuti ma fatturata a 48 punti di tariffa con il forfait per la fisioterapia generale sarebbe ora fatturata a 32 punti di tariffa con il forfait per una seduta di fisioterapia breve (variante 1) o con il forfait di base (variante 2). In questo modo si risparmierebbero 16 punti di tariffa a seduta. D'altro canto, le sedute che attualmente durano più di 30 minuti e che sono fatturate con il forfait per la fisioterapia generale diventerebbero leggermente più costose con la variante 2 (8 punti di tariffa per 5 minuti). Poiché non sono disponibili informazioni su quante sedute sono attualmente abbreviate o durano di più, non è possibile stimare l'effetto sui costi dell'AOMS. A parte ciò, l'indicazione esatta della durata minima di una seduta consentirà ai pazienti di avere un maggiore controllo sulle prestazioni loro addebitate, il che potrebbe anche generare discreti risparmi.

7 Entrata in vigore

L'entrata in vigore della modifica d'ordinanza è prevista per il 1° gennaio 2025. In questo modo si accorda ai partner tariffali tempo a sufficienza per l'attuazione tecnica degli adeguamenti della struttura tariffale.