



# Scheda informativa

---

Data:

29 aprile 2019

---

## «Ambulatoriale prima di stazionario»

### 1 Introduzione

A partire dal 1° gennaio 2019, secondo l'ordinanza sulle prestazioni (OPre, art. 3c) a sei gruppi di interventi elettivi<sup>1</sup>, ossia non urgenti, eseguiti su pazienti stabili si applicherà il principio «ambulatoriale prima di stazionario». L'obiettivo è promuovere l'esecuzione ambulatoriale quando è opportuna dal punto di vista medico, è nell'interesse del paziente e richiede meno risorse. Singoli Cantoni hanno già definito elenchi di tali interventi. La modifica dell'ordinanza mira a creare un disciplinamento uniforme sull'intero territorio nazionale con le stesse condizioni per tutti gli assicurati coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).

L'elenco degli interventi si basa su analisi svolte dall'Obsan<sup>2</sup> e colloqui con le società specializzate interessate. I criteri determinanti per selezionare gli interventi sono stati il potenziale di trasferimento e la buona attuazione ambulatoriale dal punto di vista medico. In una prima fase si è optato volutamente per un elenco con un numero limitato di interventi, in modo da tener conto delle sfide rappresentate dall'adattamento delle strutture e dei processi alla fornitura ambulatoriale delle prestazioni, dal coordinamento dei processi amministrativi di verifica tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni nonché dall'eventuale adeguamento della tariffazione delle prestazioni.

Per le prestazioni che già oggi sono eseguite perlopiù ambulatorialmente (p. es. piccoli interventi di chirurgia della mano, operazione della cataratta), secondo l'UFSP non vi è alcuna necessità d'intervento. Si rinuncia pertanto a un disciplinamento, che comporterebbe un onere amministrativo supplementare.

### 2 Elenco degli interventi da eseguire ambulatorialmente

Gli interventi da eseguire in linea di principio ambulatorialmente sono enumerati nella tabella I dell'allegato 1a OPre.

Commenti relativi all'elenco della tabella I:

---

<sup>1</sup> - Interventi sulle vene varicose delle gambe  
- Interventi sulle emorroidi  
- Interventi monolaterali di ernia inguinale  
- Esplorazioni/interventi sulla cervice uterina o sull'utero  
- Artroscopie del ginocchio, inclusi gli interventi sul menisco per via artroscopica  
- Interventi sulle tonsille e sulle adenoidi

<sup>2</sup> Osservatorio svizzero della salute

**Per maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica, Sezione comunicazione, tel. +41 58 462 95 05, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

- Nell'elenco, gli interventi concreti sono identificati mediante il codice CHOP<sup>3</sup>. Si applica il codice CHOP valido l'anno del trattamento. L'allegato 1a OPre è aggiornato periodicamente.
- I codici indicati nei *titoli* non possono essere codificati né utilizzati per il controllo. Oltre a quelli enumerati nell'elenco, possono infatti includere anche altri codici o interventi.
- Se lo richiedono circostanze particolari, questi interventi possono essere eseguiti in modo stazionario.

### 3 Criteri per un'esecuzione stazionaria

In collaborazione con gli attori interessati è stato stilato un elenco di criteri («circostanze particolari»), che possono giustificare l'esecuzione stazionaria a carico dell'AOMS degli interventi menzionati nell'OPre<sup>4</sup>. Si tratta di patologie concomitanti e cosiddetti altri fattori. L'elenco, definito in modo uniforme, serve da base con cui i fornitori di prestazioni possono pianificare gli interventi. Gli assicuratori utilizzano lo stesso elenco per valutare l'adempimento delle condizioni per la remunerazione. L'elenco dei criteri è riportato nella tabella II dell'allegato 1a OPre.

Commenti relativi ai criteri della tabella II

- Se almeno uno dei criteri menzionati è soddisfatto, l'intervento può essere eseguito stazionario a carico dell'AOMS. Se le circostanze specifiche lo consentono, l'intervento può tuttavia essere eseguito ambulatorialmente anche se uno dei criteri è soddisfatto.
- L'elenco dei criteri non è esaustivo. Ciò significa che, in circostanze particolari, un trattamento stazionario può essere remunerato anche se non è soddisfatto nessuno dei criteri. A tal fine occorre presentare una domanda individuale di garanzia di assunzione dei costi corredata di una motivazione comprensibile all'attenzione del medico di fiducia e ottenere l'approvazione dell'assicuratore (cfr. art. 3c cpv.3 OPre).
- I criteri servono a semplificare e a ridurre l'onere amministrativo. Non rappresentano linee guida mediche. In caso di esecuzione stazionaria devono quindi essere documentati.
- Durante o dopo l'intervento possono verificarsi imprevisti o complicazioni, che richiedono il proseguimento stazionario del trattamento. Tali aspetti non sono contemplati nell'elenco dei criteri e vanno codificati nell'ambito del caso stazionario<sup>5</sup>.

### 4 Procedura di verifica da parte degli assicuratori

Spetta ai partner tariffali definire la procedura di verifica. In linea di principio occorre tener presente quanto segue:

- in caso di esecuzione stazionaria, i criteri applicabili devono essere documentati nella cartella clinica;
- in caso di esecuzione stazionaria di uno degli interventi enumerati, il fornitore di prestazioni comunica tali criteri all'assicuratore;

<sup>3</sup> Classificazione svizzera degli interventi chirurgici (CHOP): contiene i cosiddetti codici delle procedure per designare le prestazioni mediche specifiche fornite nell'ambito dei trattamenti stazionari. Cfr. anche: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/nomenclature/medkk/strumenti-codifica-medica.html>

<sup>4</sup> Cfr. tabella I dell'allegato 1a OPre

<sup>5</sup> Rilevazione sistematica delle prestazioni fornite in ospedale. I dati sono utilizzati tra l'altro per l'emissione delle fatture e per scopi statistici (Statistica medica ospedaliera, cfr. anche: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/ms.html>)

**Per maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica, Sezione comunicazione, tel. +41 58 462 95 05, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

- l'assicuratore verifica se sono soddisfatte le condizioni per un'esecuzione stazionaria, ossia se è soddisfatto almeno uno dei criteri enumerati o se vi sono altre circostanze che la giustificano;
- in linea di principio, la verifica da parte dell'assicuratore può avvenire prima (ex ante) o dopo l'esecuzione dell'intervento assieme alla verifica della fattura (ex post). Le modalità sono stabilite dai partner tariffali;
- nei casi di esecuzione stazionaria che esulano dai criteri definiti occorre sempre chiedere all'assicuratore una garanzia preliminare di assunzione dei costi;
- una parte dei criteri corrisponde a codici riconosciuti, che gli ospedali utilizzano già oggi sistematicamente per codificare i casi stazionari. Gli assicuratori possono verificare tali codici automaticamente e facilmente al momento della verifica della fattura. I criteri non codificabili devono essere comunicati all'assicuratore separatamente;
- per semplificare i processi amministrativi sarà valutata la possibilità di una codifica di tutti i criteri mediante il catalogo CHOP.

## 5 Ordinanza sulla trasmissione di dati

In conformità con il principio vigente nell'OPre «ambulatoriale prima di stazionario», nell'ordinanza del DFI del 20 novembre 2012 sugli insiemi di dati per la trasmissione dei dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori (RS 832.102.14), è stata ammessa nell'insieme di dati medici la variante supplementare «giustificazione per un trattamento ospedaliero».

- La variabile illustra numericamente i «criteri a favore di un'esecuzione stazionaria» definiti nell'allegato 1a OPre.
- La variabile può essere utilizzata nello scambio automatico di dati tra fornitori di prestazioni e assicuratori.
- Per permettere un esame automatico di trattamenti avvenuti in regime ospedaliero, l'UFSP raccomanda di iscrivere la variante secondo una logica unitaria nel campo osservazioni dell'«insieme di dati medici» («payloadType/body»), ad esempio in caso di insufficienza cardiaca: -as\_CH\_3.1-.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Ausilio di lettura relativo a -as\_CH\_3.1-:

«-» come differenziazione di un'osservazione a monte e a valle (*Testo pieno a monte-as\_CH\_3.1-testo pieno a monte*)

«\_» come differenziazione strutturata

«as» designa un tipo di caso come «ambulatoriale prima di stazionario» e giustifica l'iscrizione nel campo osservazioni

«CH» significa che si tratta dell'elenco di criteri della OPre (tabella II allegato 1a OPre) chi è vallabile per tutta la Svizzera. Per gli elenchi cantonali potrebbe essere invece indicato p. es. LU, VS ecc.

«3.1» corrisponde a un numero di criterio secondo la tabella II allegato 1a OPre e codifica un'insufficienza cardiaca.

Se vi sono numerosi criteri, occorre separarli con «;» (p. es. -as\_KLV\_3.2;4.3- in caso di una grave ipertonia arteriosa e di una sindrome dell'apnea del sonno)

L'immissione avviene sempre senza spazio.

### Per maggiori informazioni:

Ufficio federale della sanità pubblica, Sezione comunicazione, tel. +41 58 462 95 05, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)

## 6 Campo d'applicazione e coordinamento con i Cantoni

Il disciplinamento «ambulatoriale prima di stazionario» della Confederazione si applica in tutta la Svizzera e prevale sui disciplinamenti cantonali. In base al diritto vigente, secondo l'UFSP in linea di principio i Cantoni possono adottare disciplinamenti più severi. Il Cantone deve partecipare almeno per il 55 per cento alla remunerazione dei trattamenti stazionari, compresa la degenza e le cure in ospedale. Nel singolo caso, anche la parte del Cantone è dovuta soltanto se sono soddisfatti i presupposti per la prestazione, tra cui l'economicità, che il Cantone può sostanzialmente verificare con le stesse modalità dell'assicuratore malattie. Il fatto che i Cantoni designino singole prestazioni per le quali la fornitura in ambito stazionario viene rimborsata soltanto in presenza di circostanze particolari non è quindi in contraddizione con le disposizioni della LAMal.

Per garantire la massima congruenza tra l'elenco della Confederazione e gli elenchi dei Cantoni, l'UFSP ha scambi regolari con la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e i Cantoni. La CDS raccomanda ai Cantoni di utilizzare un elenco uniforme di interventi.

## 7 Monitoraggio

Le ripercussioni della misura dovranno essere monitorate dal punto di vista dell'evoluzione del numero di interventi ambulatoriali e stazionari. Bisognerà inoltre valutare quali criteri sono adottati nella pratica per un'esecuzione stazionaria. Se dovessero emergere problemi nell'attuazione o segni di un'applicazione ingiustificata, potranno essere adottate eventuali misure. I lavori volti a istituire un monitoraggio sono in corso.

Nei prossimi anni è prevista una valutazione delle ripercussioni della misura per i pazienti, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, tenendo conto della qualità e dei costi. In base ai risultati di tale valutazione si deciderà se e come estendere o adeguare il principio «ambulatoriale prima di stazionario».

### **Per maggiori informazioni:**

Ufficio federale della sanità pubblica, Sezione comunicazione, tel. +41 58 462 95 05, [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch)