

**Consultazione concernente
modifica dell'ordinanza sulla definizione e l'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie**

Presa di posizione di

Nome / Azienda / Organizzazione : physioswiss

abbreviazione dell'Azienda / Organizzazione : Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Indirizzo : Centralstrasse 8B, CH-6210 Sursee

Persona di contatto : Mirjam Stauffer, Vizepräsidentin

Telefono : 079 797 84 40

1-Mail : mirjam.stauffer@physioswiss.ch

Data : 17.05.2017

Avvertenze importanti:

1. La preghiamo di non effettuare modifiche alla formattazione del modulo, ma solo di compilare i campi del modulo in grigio sopra.
2. Invii la sua presa di posizione elettronica **in formato documento Word** entro il **21 giugno 2017** ai seguenti indirizzi e-mail: abteilung-leistungen@bag.admin.ch
3. La colonna "Nome/Azienda" non deve essere compilata.

Grazie per il suo contributo!

**Consultazione concernente
modifica dell'ordinanza sulla definizione e l'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie**

| Osservazioni generali sulla bozza della revisione e sul rapporto esplicativo | |
|---|---|
| Nome/Azienda | Osservazione/spunto |
| | <p>physioswiss ringrazia per l'opportunità di presa di posizione riguardo la struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia a partire dal 1.1.2018. Il Consiglio federale manifesta l'intenzione di non voler determinare una "struttura tariffale completamente nuova, mai applicata prima".</p> <p>Con le modifiche effettuate, in particolare con l'introduzione sia di un tempo fisso come pure di un tempo di trattamento minimo, il Consiglio persegue questa intenzione ad absurdum. La struttura tariffale valida dal 1998 si basa su forfait per seduta con un corrispondente modello di costi. L'introduzione di tempi fissi nella struttura tariffale porta de facto a una nuova struttura tariffale che di conseguenza dovrebbe risultare nella creazione di un nuovo modello di costi. Il Consiglio federale però afferma di non essere in possesso di dati affidabili per la creazione di un nuovo modello di costi.</p> <p>Le ambiguità così risultanti hanno portato physioswiss a richiedere una relazione giuridica in merito alla "Conformità giuridica della bozza del Consiglio federale per la struttura tariffale per le prestazioni di fisioterapia" al noto Prof. Dr. iur. Tomas Poledna. Questa relazione giuridica del 5.5.2017 è allegata e laddove necessario vi si fa riferimento.</p> <p>La commistione dei due sistemi (tariffa forfettaria rispetto a tariffa a tempo) è inammissibile. Inoltre, stabilendo un tempo minimo per un trattamento, il Consiglio federale sconfinava dalle sue competenze. Ulteriori spiegazioni in merito sono contenute nella relazione giuridica allegata del Sig. Prof. Dr. Tomas Poledna. (Di seguito chiamata " relazione Poledna ")</p> <p>Citazione dalla relazione Poledna:</p> <p>"Il modello tariffale alla base delle tariffe per la fisioterapia originali e anche corrispondente ad ampie parti della bozza del Consiglio federale, è datato 5 maggio 1997. Fu elaborato da rappresentanti di H+, l'allora associazione fornitrice delle prestazioni ASP, e da rappresentanti dell'SCTM. Riassumendo brevemente, la misurazione delle posizioni tariffarie si basava sulla struttura tariffale delle componenti di costi e prestazioni. Nel concreto, si investigavano a fondo i tempi medi per le singole prestazioni di fisioterapia e i costi corrispondenti. In questo modo veniva calcolata la durata media di una prestazione di fisioterapia (32,4 minuti) tenendo conto di tutte le possibili prestazioni fisioterapiche (al momento dell'elaborazione del modello tariffale non esisteva ancora la lista positiva ai sensi dell'art. 5 OPre) e a questa venivano assegnati 48 punti fiscali (o 51, dato corretto dal Consiglio federale). In altre parole, sulla base della sua forfettizzazione secondo il modello tariffario da cui deriva, la cifra tariffaria 7301 comprende sia prestazioni fisioterapiche che duravano per esempio 15 minuti (in ambito dell'ampiezza nota risultata dall'individualizzazione dei trattamenti) ma anche quelle che duravano 45 minuti. Ciò costituiva l'idea di fondo sottostante la tariffazione dei forfait per le sedute e al contempo la premessa per la loro applicabilità. Per la concreta architettura della struttura tariffale si rimanda a precedenti considerazioni.</p> |

**Modifica dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (LAMal):
procedura di consultazione**

| | |
|--|--|
| | <p>La bozza del Consiglio federale modifica il passato accordo tariffale ora in tre punti: modifica la terminologia dell'art. 5 OPre valida dal 1° gennaio 2010;</p> <p>assume diverse "Regole per la fatturazione" (che come detto sconfinano dall'ambito di competenza del Consiglio federale);</p> <p>introduce limiti di tempo per le sedute, nel senso che queste possono essere fatturate solo se hanno una durata di minimo 30 minuti (che altresì sconfinano dall'ambito di competenza del Consiglio federale).</p> <p>A causa di tali modifiche, la bozza del Consiglio federale non corrisponde più alla base dell'accordo tariffario del vecchio modello tariffale. Di conseguenza va verificato se al suo interno non sussista una violazione delle disposizioni del diritto tariffario sopra elencate e se, di conseguenza, la bozza del Consiglio federale sia illegittima." (Relazione Poledna, numeri marginali 39-41)</p> |
| | <p>Produttività e nuove prestazioni (pagina 15 del rapporto):</p> <p>Nel 1998 venne calcolata una produttività dell'83,1% (con una giornata lavorativa di 8 ore e 24 minuti) suddivisa in 7 ore di trattamento al paziente e 84 minuti in assenza del paziente. Questa produttività è molto elevata, in particolare in considerazione del fatto che finora i fisioterapisti possono fatturare solo prestazioni in presenza del paziente.</p> <p>Nel quadro delle trattative per una nuova struttura tariffale i partner tariffari sono giunti all'accordo che per ogni trattamento sono necessari 5 minuti per cambiamento, gestione del dossier e misure di igiene (v. anche pag. 24 del rapporto). Ciò significa che per 16 trattamento al giorno da 30 minuti ognuno, si investono 90 minuti per le attività di cui sopra. Per quanto riguarda ora i rapporti, lo scambio con i medici dei pazienti e i contatti multiprofessionali, questi minuti non sono compresi nel tempo di trattamento e di conseguenza devono risultare in nuove posizioni tariffarie.</p> <p>La fisioterapia come disciplina è una colonna importante del sistema sanitario. A causa di diversi fattori, i requisiti che un fisioterapista deve soddisfare in questo sistema sono mutati sostanzialmente dal 1998. Il progresso medico, il nuovo profilo dei pazienti (età, comorbidità, aumento delle malattie croniche), il principio che preferisce la variante ambulatoriale piuttosto che quella stazionaria nonché il desiderio che le persone restino a casa il più a lungo possibile sono risultati necessariamente nel fatto che le attività che servono a una migliore coordinazione dell'assistenza ai pazienti vengano inserite in maniera trasparente nella struttura tariffale della fisioterapia.</p> |
| | <p>-Durata del trattamento (pagina 16) :</p> <p>Il nuovo profilo dei pazienti comporta un aumento dei trattamenti costosi, necessita di più sedute e di un network più forte. Ai sensi dell'OPre 5, per prescrizione sono ammessi al massimo 9 trattamenti. Bisogna presupporre che a ogni fattura debba essere allegata la relativa prescrizione. L'aumento introdotto dal Consiglio federale a pagina 16 del numero di trattamenti per fattura da 6,6 a 7,2 si</p> |

Modifica dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (LAMal): procedura di consultazione

| | |
|--|---|
| | <p>attesta sempre nettamente al di sotto del massimo previsto dal legislatore ed è di conseguenza qui irrilevante. La durata di un trattamento dipende da svariati fattori: la gravità della condizione del paziente, la qualità del suo stato generale, da quanto è ricettivo e dal modo migliore per raggiungere l'obiettivo della terapia. Introdurre tempi fissi per un trattamento non fa altro che creare confusione per i pazienti perché, ad esempio, si pongono le seguenti domande: quando inizia il trattamento? Alla stretta di mano, quando il paziente si trova spogliato sul lettino di trattamento? Quando finisce il trattamento? Quanto il paziente esce dalla sala di trattamento? E cosa ne è del tempo che il paziente necessita per rivestirsi? Cosa ne è del tempo necessario a fissare i prossimi appuntamenti? E cosa accade se il paziente arriva con 5 minuti di ritardo all'appuntamento?</p> <p>Con l'affermazione a pagina 16 "Questo aumento può accentuarsi in parte a causa del citato incentivo a ridurre il tempo della seduta", il Consiglio federale sconfessa tutti i fisioterapisti deprestandoli in blocco della competenza specialistica e professionale. physioswiss si oppone chiaramente a questa affermazione e rimanda inoltre alla consultazione Poledna.</p> <p>Citazione dalla relazione Poledna:</p> <p>"Al contrario, molto più grave risulta l'introduzione della durata minima di 30 minuti per seduta di terapia. Questo ulteriore requisito non trova alcun fondamento nel modello tariffario portando ad absurdum le riflessioni ivi contenute e l'intero orientamento sistematico del modello tariffario. La forfaitizzazione delle prestazioni di fisioterapia si basa sulla premessa di fondo che determinate prestazioni durano meno di 30 minuti, mentre altre durano di più. Da ciò risulta la durata media di 32,4 minuti di una seduta di terapia, ovvero il fondamento per la valutazione forfettaria di 48 punti fiscali. Se ora non si retribuiscono più tutte le prestazioni che non raggiungono la durata minima, la valutazione forfettaria non è più corretta. Il modello tariffale e la struttura tariffale su cui si fonda cadono in pezzi.</p> <p>In conclusione, l'introduzione della durata minima risulta anche nel fatto che prestazioni di meno di 30 minuti non sono più retribuite. E ciò non può in nessun modo essere definita una retribuzione adeguata delle prestazioni." (Consultazione Poledna, numeri marginali 59 e 60)</p> |
| | <p>Costi della fisioterapia (rapporto pagina 16)</p> <p>Per prima cosa bisogna sottolineare che la parte di costi per la fisioterapia rispetto ai costi complessivi del sistema sanitario è stabile dal 1998 e si attesta a circa l'1,4%. Sulla base dei dati dell'Ufficio federale di statistica, l'aumento dei costi per la fisioterapia in confronto con l'aumento dei costi nel settore ambulatoriale nel periodo considerato dal 2011 al 2015 è stato il seguente: negli anni dal 2011 al 2013 compreso, si è attestato in media al di sotto dell'aumento dei costi del settore ambulatoriale (11,1% rispetto 12,5%), come per altro sempre dal 1996.</p> <p>L'eccezionale aumento oltre la media dei costi per gli anni 2014 e 2015 ha un motivo molto semplice:</p> <ol style="list-style-type: none">1. come afferma il Consiglio federale, le prescrizioni sono aumentate complessivamente del 34% e, inoltre, è incerto quale influsso abbia avuto e abbia l'introduzione di swiss DRGs dal 1.1.2012 per la pratica di prescrizione dei medici. |

**Modifica dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (LAMal):
procedura di consultazione**

| | |
|--|---|
| | <p>2. A partire dal 1.4.2014, dopo 16 anni si è finalmente riusciti a siglare un accordo con santésuisse riguardo un aumento del valore del punto tariffale di 8 centesimi. Questo aumento del valore del punto tariffale di circa l'8,4% ha contribuito significativamente a partire dal 2014 all'aumento dei costi, pur rimanendo limitato e coerente. physioswiss si oppone chiaramente alle affermazioni in questo contesto smalziate e tendenziose a pagina 16 del rapporto.</p> |
| | <p>Qualità (rapporto pagine 16 e 24) :</p> <p>Citazione della durata prevista delle consultazioni:</p> <p>l'affermazione fatta nel rapporto, ovvero che la determinazione di una durata minima contribuisce all'aumento della qualità del trattamento, non è giustificabile. Di nuovo, in questo modo viene messa globalmente in discussione la competenza professionale dei fisioterapisti. Inoltre, l'introduzione di una durata minima rappresenta un'interferenza inammissibile nell'attività di un fisioterapista.</p> <p>Citazione dalla relazione Poledna:</p> <p>"Il Consiglio federale ha quindi introdotto la durata minima delle sedute con l'obiettivo da una parte di garantire un'assistenza medica qualitativamente elevata e dall'altra con l'obiettivo di ridurre il numero delle consultazioni e di risparmiare così sui costi. Entrambi gli obiettivi possono essere chiaramente definiti come parte dell'interesse pubblico. Tuttavia va considerato che nell'OPre esistono già strumenti inseriti a livello del contratto tariffario (e non della struttura tariffale): nei contratti tariffari sono introdotte misure per l'assicurazione della qualità e l'OPre contiene numerose regole per il controllo dell'economicità delle prestazioni. Questi strumenti sono nettamente più eleganti rispetto a una più grossolana forfettizzazione a livello della struttura tariffale". (Relazione Poledna, numero marginale 66)</p> <p>Inoltre, l'intervento è sproporzionato (Consultazione Poledna, numeri marginali 67 e segg.)</p> <p>Per physioswiss il mantenimento di un'elevata qualità è una questione molto importante. Le misure per la qualità devono essere trasparenti e comprensibili per i pazienti e gli enti assicuratori. In questo senso quindi fissare un tempo di trattamento minimo non è quindi una misura adeguata.</p> |
| | <p>Dalle osservazioni di cui sopra risultano le seguenti richieste:</p> <p>cancellazione della durata fissa di trattamento</p> <p>Cancellazione della durata minima di trattamento</p> <p>Adeguamento della posizione 7354 sullo sviluppo demografico e medico</p> <p>Introduzione di posizioni per rapporti, scambio con medici dei pazienti e network multiprofessionale</p> |

**Modifica dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (LAMal):
procedura di consultazione**

Per facilitare il proprio lavoro, physioswiss si è limitata ad elencare di seguito solo quelle posizioni per cui sono necessarie modifiche concrete.

Per la struttura tariffale risulta il seguente bisogno di modifica (posizione e suggerimento):

Osservazioni introduttive:

come prima cosa bisogna riprendere il capoverso 1 presente nella struttura tariffaria prima del 1.10.2016:

"Nell'ambito della prescrizione medica, delle disposizioni legali e delle conoscenze tecniche, il fisioterapista è libero nella scelta del proprio metodo di trattamento. Di conseguenza, il fisioterapista sceglie la terapia secondo gli aspetti di economicità e adeguatezza".

Il capoverso 5 va cancellato.

**Modifica dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (LAMal):
procedura di consultazione**

| Osservazioni sui singoli articoli della bozza della modifica e delle loro spiegazioni | | | | | |
|--|-------------|-------------|--------------|---|--|
| Nome/Azienda | Art. | Cpv. | Lett. | Osservazione/spunto | Proposta di suggerimento per la modifica (suggerimento di testo) |
| | 7301 | | | Cancellare il limite temporale; cancellare il capoverso 2 | <p>A questa cifra tariffaria appartengono trattamenti singoli o in combinazione che non sono elencati espressamente nelle cifre da 7311 a 7340.</p> <p>Con il termine fisioterapia generale ai sensi dell'OPre 5 si intendono:</p> <p>a) misure di esame e valutazione fisioterapici</p> <p>b) misure terapeutiche, di consulenza e di istruzione:</p> <p>la cifra tariffaria 7301 comprende anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • combinazioni di fisioterapia generale ed elettroterapia o terapia del caldo • combinazioni di fisioterapia generale e istruzioni in caso di affitto di apparecchi |
| | 7311 | | | Cancellare il limite temporale; coerentemente con 7301 inserire descrizione del significato di fisioterapia complessa; cancellare capoverso 2 | <p>Con il termine fisioterapia complessa ai sensi dell'OPre 5 si intendono:</p> <p>a) misure di esame e valutazione fisioterapici</p> <p>b) misure terapeutiche, di consulenza e di istruzione nei seguenti quadri clinici o situazioni che rendono più difficoltoso il trattamento:</p> |

**Modifica dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (LAMal):
procedura di consultazione**

| | | | | | |
|--|------|--|--|--------------------------------|--|
| | | | | | <ul style="list-style-type: none"> - danni al sistema nervoso - bambini fino al compimento dell'ottavo anno di età - disturbi della ventilazione polmonare - in caso di disturbi del sistema linfatico - in caso di situazione palliativa - in caso di rallentamento senso-motorio o deficit cognitivo - trattamento di due o più regioni del corpo - trattamento di due articolazioni non vicine (possono trovarsi nella stessa regione del corpo) - in caso di malattia che richiede un aiuto impegnativo (ad es. in caso di ustioni) - in caso di istruzione necessaria al trattamento di personale di cura o assistenza <p>Dopo presentazione di una domanda, l'ente assicuratore può approvare la fatturazione della posizione 7311 per ulteriori indicazioni</p> |
| | 7313 | | | Cancellare il limite temporale | <p>Ippoterapia con fisioterapisti formati specialmente per questo tipo di terapia.</p> <p>In questa cifra non può essere fatturato alcun indennizzo per lo spostamento/il tempo (cifra 7354).</p> <p>Posizione supplementare per l'utilizzo dell'infrastruttura: v. cifra 7353.</p> |

**Modifica dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (LAMal):
procedura di consultazione**

| | | | | | |
|--|------|--|--|---|--|
| | 7330 | | | <p>Di base d'accordo, coerente con gli adeguamenti verbali minimi delle posizioni 7301 e 7311</p> | <p>(dimensioni dei gruppi fino a ca. 5 pazienti)</p> <p>La terapia di gruppo è una misura fisioterapica ai sensi dell'OPre 5 in sala o piscina di terapia.</p> <p>La cifra 7330 può essere fatturata per paziente.</p> <p>Con la terapia di gruppo può essere fatturato un indennizzo per lo spostamento/il tempo (cifra 7354).</p> |
| | 7340 | | | <p>Cancellare il limite temporale perché insensato ai fini della psicologia dell'allenamento: come è possibile in 15 minuti ottenere uno stimolo all'allenamento o un effetto di allenamento adeguato? Cancellare capoverso 2</p> | <p>Per la necessaria istruzioni di un programma TMA, il fisioterapista può fatturare due sedute per paziente all'interno dell'intero programma TMA a prescindere dal numero di sedute sulla base della cifra 7301 anziché della cifra 7340.</p> <p>La terapia medica di allenamento effettuata dal paziente è sorvegliata e controllata dal fisioterapista.</p> <p>La TMA è remunerata solo ai sensi di una riabilitazione. Per la TMA quale prestazione diagnostica o preventiva non esiste alcun obbligo di prestazione, e altresì i test e le loro valutazioni non vanno a carico dell'assicurazione.</p> <p>Con la TMA non può essere fatturato alcun indennizzo per lo spostamento/il tempo (cifra 7354).</p> |

**Modifica dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (LAMal):
procedura di consultazione**

| | | | | | |
|--|------|--|--|---|--|
| | 7350 | | | <p>Di base d'accordo, modificare capoversi "a" e "c" secondo accordo con il partner tariffario</p> | <p>Questo supplemento vale come forfait per il costo aggiuntivo del primo trattamento e in caso di determinazione dell'ubicazione nel corso della terapia. Il costo supplementare si compone di studio degli atti, rilevazione del problema, determinazione degli obiettivi e pianificazione del trattamento.</p> <p>Questa cifra tariffaria può essere fatturata solo insieme a uno dei forfait di seduta da 7301 a 7320.</p> <p>Questa cifra tariffaria può essere fatturata per quadro clinico/incidente e istituto</p> <ul style="list-style-type: none"> - due volte ogni 36 sedute, oppure - in caso di recidiva, se il quadro clinico è cambiato sostanzialmente, oppure - se l'ultimo trattamento risale a più di tre mesi prima. |
| | 7351 | | | <p>Di base d'accordo; cancellare limitazione temporale; modificare la nomenclatura corrispondente</p> | <p>Posizione supplementare per il trattamento di casi complessi in una delle seguenti situazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) d'accordo b) d'accordo c) d'accordo <p>Capoverso 2 d'accordo</p> <p>Capoverso 3: questa cifra tariffaria può essere fatturata solo in combinazione con la cifra tariffaria 7311.</p> <p>Cancellare capoverso 4</p> |

**Modifica dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (LAMal):
procedura di consultazione**

| | | | | | |
|--|------|--|-------|---|--|
| | 7354 | | | <p>Modificare capoverso 4 perché in contraddizione con lo sviluppo demografico e il cambiamento della società</p> | <p>Il fisioterapista ha diritto all'indennizzo per lo spostamento/il tempo in caso di un trattamento necessario al di fuori dell'istituto, se il medico curante prescrive espressamente la terapia a domicilio.</p> <p>Con il forfait si indennizzano sia l'impiego di tempo per lo spostamento che i costi del veicolo o i costi dell'utilizzo di un mezzo di trasporto pubblico.</p> <p>A prescindere dallo spostamento, la terapia a domicilio può essere sempre solo fatturata al capoverso di cui sopra.</p> <p>Per ippoterapia, terapia di gruppo, TMA e terapia in piscina non è possibile fatturare la cifra 7354.</p> |
| | 7401 | | 24 PT | <p>Novità: scambio clinico riferito al caso in assenza del paziente</p> <p>Corrisponde a un adeguamento necessario alla realtà attuale. Nelle trattative sulla struttura tariffale tutti i partner tariffari erano concordi</p> | <p>Comunicazione orale e/o scritta riferita al caso con i fornitori di prestazioni curanti</p> <p>Non vale come seduta.</p> <p>Deve essere in relazione a una serie.</p> <p>Comunicazione con i fornitori di prestazioni secondo l'art. 35 LAMal</p> <p>Massimo 2 volte/serie</p> |
| | 7402 | | 96 PT | <p>Novità: discussione del caso multidisciplinare</p> | <p>Discussione del caso multidisciplinare in presenza o meno del paziente (presenza</p> |

**Modifica dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (LAMal):
procedura di consultazione**

| | | | | | |
|--|------|--|-------|--|--|
| | | | | <p>corrisponde a un adeguamento necessario alla realtà attuale. Nelle trattative sulla struttura tariffale tutti i partner tariffari erano concordi</p> | <p>fisica del fisioterapista necessaria), incluse gestione del dossier e presa di appuntamenti.</p> <p>La responsabilità della discussione del caso multidisciplinare è del medico curante.</p> <p>Solo applicabile per minimo 3 fornitori di prestazioni coinvolti (ai sensi dell'art. 35 LAMal)</p> <p>Non vale come seduta.</p> <p>Deve avvenire in relazione a una serie.</p> <p>Non fatturabile il giorno di dimissione da un ospedale.</p> <p>L'eventuale relazione al medico curante è contenuta nella posizione.</p> <p>Sono fatturabili massimo 4 discussioni per anno civile per paziente.</p> |
| | 7500 | | 25 PT | <p>Novità: rapporto 1 rapporto formalizzato</p> <p>corrisponde a un adeguamento necessario alla realtà attuale. Nelle trattative sulla struttura tariffale tutti i partner tariffari erano concordi</p> | <p>Dimensioni del rapporto: una pagina A4</p> <p>Contenuto del rapporto:</p> <p>di solito contiene risposte a domande mirate dell'assicuratore (rapporto formalizzato).</p> |
| | 7501 | | 50 PT | <p>Novità: rapporto 2 rapporto formalizzato o non formalizzato</p> <p>corrisponde a un adeguamento necessario alla realtà attuale. Nelle trattative sulla struttura tariffale tutti i partner tariffari erano concordi</p> | <p>Dimensioni del rapporto:</p> <p>rapporto formalizzato di due pagine A4 oppure rapporto non formalizzato di una pagina A4 di testo libero.</p> <p>Contenuto del rapporto:</p> |

**Modifica dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattia (LAMal):
procedura di consultazione**

| | | | | | |
|--|------|--|-------|--|---|
| | | | | | contiene anamnesi/decorso, obiettivi terapeutici e prognosi (grado di probabilità del miglioramento funzionale). Si pretende un semplice rapporto intermedio o di decorso «normale» (senza specifico elenco di domande approfondite), in questo caso vale al massimo come rapporto 2.o |
| | 7502 | | 100TP | Novità: rapporto 3 rapporto formalizzato o non formalizzato corrisponde a un adeguamento necessario alla realtà attuale. Nelle trattative sulla struttura tariffale tutti i partner tariffari erano concordi | Dimensioni del rapporto: rapporto formalizzato o non formalizzato Rapporto formalizzato di minimo tre pagine A4. Rapporto non formalizzato di minimo due pagine A4 di testo libero. Contenuto del rapporto: contiene anamnesi/decorso, obiettivi terapeutici e prognosi nonché ulteriori informazioni richieste dall'assicuratore. |