



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI
Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

25 giugno 2008

**Rapporto esplicativo
relativo alla legge federale sulla prevenzione e sulla
promozione della salute
(Legge sulla prevenzione, LPrev)**

Compendio

Le trasformazioni sociali del 20° secolo hanno indotto un cambiamento dello spettro di malattie e delle cause di morte. Con il mutare delle condizioni sociali e igieniche e la scoperta di vaccini che consentono di prevenire molte epidemie, sono cambiati anche i quadri clinici della popolazione. Oggi, le cause principali di morte prematura non sono più le malattie infettive, bensì – accanto agli incidenti e ai suicidi – le malattie cardiocircolatorie e tumorali. Per effetto della trasformazione demografica, queste patologie avranno effetti sempre maggiori non solo sullo stato di salute della popolazione, ma anche sull'evoluzione dei costi della salute.

Molte di queste malattie possono essere prevenute o se non altro ritardate grazie a uno stile di vita sano e a condizioni di vita che promuovono la salute. Nel confronto internazionale, lo stato di salute della popolazione svizzera è attualmente superiore alla media. Tuttavia, questo livello potrà essere mantenuto anche nel lungo periodo solo consolidando a livello politico i principi di prevenzione e promozione della salute, integrandoli meglio nel sistema sanitario, nella politica sanitaria e in altre politiche settoriali (ad es. politica dell'istruzione, politica economica e sociale, politica ambientale).

Investire nella prevenzione e nella promozione della salute non significa solo migliorare lo stato di salute e la qualità di vita del singolo, bensì anche rafforzare l'efficienza della società e assicurare la capacità lavorativa della popolazione come pure la produttività economica. Ciò consente di evitare casi di morte prematura e pensionamenti anticipati per malattia, di ridurre nelle aziende le perdite di produzione dovute a malattia, di mantenere elevato il grado di autonomia delle persone anziane e di evitare, o per lo meno posticipare, il bisogno di cure. Migliorando le competenze del singolo in materia di salute, si favoriscono inoltre una domanda e una fruizione differenziata dell'assistenza sanitaria, contribuendo in tal modo, sul lungo periodo, a contenere i costi del sistema sanitario.

Contesto

Dopo il fallimento della prima proposta di legge federale sulla prevenzione nel 1984, l'attenzione della politica sanitaria si è focalizzata sulla medicina curativa e sul finanziamento dei sistemi di assistenza sanitaria. Di fronte alle attuali sfide di politica sanitaria – evoluzione demografica, aumento delle malattie croniche, ritorno o insorgenza di malattie infettive – sono in atto da tempo iniziative nazionali e internazionali volte a rafforzare la prevenzione e la promozione della salute.

Nei loro rapporti, gli esperti dell'OCSE e dell'OMS come pure la Commissione di esperti istituita dal DFI nel settembre 2005 hanno concluso che è possibile rafforzare la prevenzione e la promozione della salute, attualmente contraddistinte da un'innegabile debolezza strutturale, e migliorare il coordinamento e l'efficienza delle attività solo con nuove basi legali.

Dando seguito a queste raccomandazioni, il 28 settembre 2007 il Consiglio federale ha affidato al DFI l'incarico di elaborare entro l'autunno 2008 un avamprogetto di legge sulla prevenzione e sulla promozione della salute (legge sulla prevenzione,

LPrev). Gli scopi della nuova normativa sono: migliorare la gestione strategica, il coordinamento e l'efficienza delle varie misure, colmare le lacune legislative nel settore della prevenzione e della diagnosi precoce delle malattie non trasmissibili e mentali molto diffuse o maligne, armonizzare le modalità di gestione dei prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo e supplemento di premio LAMal) con le linee guida sul governo d'impresa adottate dal Consiglio federale.

Elementi chiave dell'avamprogetto

Prevenzione delle malattie non trasmissibili e mentali: dato che l'oggetto della nuova legge contempla tutte le malattie menzionate dall'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost., con l'avamprogetto LPrev la Confederazione disporrà di una nuova base legale per le misure in materia di prevenzione delle malattie non trasmissibili e mentali molto diffuse o maligne. La nuova legge non modifica le disposizioni vigenti nel settore della prevenzione degli infortuni, della sicurezza sul lavoro e della tutela della salute sul posto di lavoro.

Strumenti di gestione strategica e di coordinamento: poiché nell'attuale panorama della prevenzione e della promozione della salute manca una strategia globale, l'avamprogetto LPrev prevede due nuovi strumenti di gestione strategica e di coordinamento: gli obiettivi nazionali in materia di prevenzione e promozione della salute (definiti ogni otto anni) e la strategia per la prevenzione e per la promozione della salute (definita ogni quattro anni). Nella strategia del Consiglio federale sono definiti in particolare le linee guida strategiche per i programmi nazionali, gli obiettivi strategici dell'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute (ancora da istituire) e gli obiettivi strategici per l'impiego dei prelievi a favore della prevenzione. A livello attuativo le modalità e i settori di intervento nelle singole aree tematiche dovranno essere definiti anche in futuro sotto forma di programmi nazionali di prevenzione, diagnosi precoce o promozione della salute.

Ripartizione dei compiti tra la Confederazione e i Cantoni: secondo la ripartizione delle competenze dello Stato centrale, l'adozione di misure di prevenzione e di promozione della salute spetta ai Cantoni. Questi sono tenuti per legge a creare le strutture necessarie. Dal canto suo, la Confederazione interviene unicamente nei settori in cui è opportuna o necessaria un'azione uniforme a livello nazionale (programmi nazionali, attività di informazione e campagne, collaborazione internazionale). Parallelamente, la Confederazione intende migliorare il supporto metodologico e tecnico fornito ai Cantoni e alle organizzazioni private attive sul fronte della prevenzione e della salute (misure di sostegno e di promozione nei settori della ricerca, della formazione e del perfezionamento).

Finanziamento: ogni livello istituzionale (Confederazione o Cantoni) è responsabile del finanziamento dei compiti che rientrano nelle sue competenze. I proventi della tassa per la prevenzione del tabagismo e il supplemento di premio LAMal devono continuare ad essere utilizzati in primo luogo, oltre che per finanziare programmi nazionali, per (co)finanziare le attività dei Cantoni e delle organizzazioni private attive nella prevenzione e promozione della salute. Vanno inoltre creati i presupposti legali per fornire aiuti finanziari alle organizzazioni nazionali mantello.

Semplificazione e riorganizzazione delle strutture di prevenzione a livello federale: è prevista la creazione di un Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute (Istituto) che avrà la forma di ente di diritto pubblico della Confederazione. L'Istituto fungerà da interlocutore centrale per i Cantoni e le organizzazioni private attive nella prevenzione e nella promozione della salute. Tra i suoi compiti vi saranno la fornitura di prestazioni di supporto tecnico e metodologico, la progettazione e l'attuazione di programmi nazionali e il versamento di contributi provenienti dai prelievi a favore della prevenzione. Nell'Istituto verranno integrati sia la fondazione privata Promozione Salute Svizzera – creata sulla base dell'articolo 19 della legge sull'assicurazione malattie (RS 832.10) – sia il servizio aggregato all'Ufficio federale della sanità pubblica che amministra i proventi della tassa per la prevenzione del tabagismo (Fondo per la prevenzione del tabagismo). L'organizzazione dell'Istituto, la gestione strategica e la sorveglianza da parte della Confederazione sono disciplinate dalla nuova legge federale concernente l'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute¹.

Altre novità: accanto all'introduzione di uno strumento per la valutazione prospettica del possibile impatto sulla salute di affari del Parlamento e del Consiglio federale, l'avamprogetto prevede di ottimizzare la statistica sanitaria e i rapporti sulla salute.

Ripercussioni sul bilancio della Confederazione

Le nuove basi legali nel settore della prevenzione e della promozione della salute (Legge sulla prevenzione e Legge federale concernente l'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute) non generano una pressione supplementare sul bilancio della Confederazione. A lungo termine aumenterà il fabbisogno di risorse per l'attuazione dei programmi nazionali di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce come pure per il cofinanziamento di programmi e misure promossi dai Cantoni e dalle organizzazioni private attive nel settore. Questo fabbisogno supplementare sarà coperto dall'aumento del supplemento di premio LAMal prelevato ogni anno per ogni persona assicurata obbligatoriamente, che passerà dagli attuali 2,40 franchi a 5 franchi.

¹ Dopo la consultazione si prevede di riunire i due avamprogetti in un'unica legge.

Indice

Compendio	2
1 Punti essenziali del progetto	9
1.1 Contesto	9
1.1.1 Basi della politica sanitaria	9
1.1.2 Prevenzione e promozione della salute in Svizzera	10
1.1.3 Legislazione	16
1.1.4 Punti deboli del sistema attuale	20
1.1.5 Proposte di riforma presentate negli anni 1980	22
1.1.6 Lavori preliminari	23
1.1.7 Mandato del Consiglio federale	24
1.1.8 Elaborazione dell'avamprogetto	25
1.2 Scopi della normativa proposta	25
1.3 Elementi chiave della nuova regolamentazione	26
1.3.1 Strumenti di gestione strategica e di coordinamento	26
1.3.2 Misure di prevenzione delle malattie non trasmissibili e mentali	27
1.3.3 Ripartizione dei compiti tra la Confederazione e i Cantoni	28
1.3.4 Principi di finanziamento	29
1.3.5 Semplificazione e riorganizzazione delle strutture di prevenzione a livello federale	30
1.3.6 Altre novità	30
1.4 Corrispondenza tra compiti e risorse finanziarie	30
1.5 Contesto internazionale e rapporto con il diritto europeo	31
1.5.1 Contesto internazionale	31
1.5.2 Rapporto con il diritto europeo	33
1.6 Attuazione	35
1.7 Interventi parlamentari	35
2 Spiegazioni sui singoli articoli	36
2.1 Sezione 1: Disposizioni generali e principi	36
2.2 Sezione 2: Strumenti di gestione strategica e di coordinamento	41
2.3 Sezione 3: Compiti della Confederazione	46
2.4 Sezione 4: Compiti dei Cantoni	49
2.5 Sezione 5: Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute ⁵⁰	
2.6 Sezione 6: Prelievi a favore della prevenzione	50
2.7 Sezione 7: Aiuti finanziari e altre misure di promozione	53
2.8 Sezione 8: Statistica sanitaria e rapporti sulla salute	55
2.9 Sezione 9: Esecuzione	56
2.10 Sezione 10: Disposizioni finali	58
3 Ripercussioni	60
3.1 Ripercussioni sulla Confederazione	60
3.2 Ripercussioni sui Cantoni e i Comuni	61
3.3 Ripercussioni sull'economia	62

4 Aspetti giuridici	71
4.1 Costituzionalità	71
4.2 Forma dell'atto normativo	72
4.3 Conformità con la legge sui sussidi	72
4.4 Delega di competenze legislative	73

Elenco delle abbreviazioni

AI	Assicurazione invalidità
AINF	Assicurazione contro gli infortuni
AIR	Analisi dell'impatto della regolamentazione
AMal	Assicurazione malattie
Art.	Articolo
AVS	Assicurazione per la vecchiaia e i superstiti
BGBI	Bundesgesetzblatt (Bollettino delle leggi federali tedesche)
CE	Comunità europea
CEDU	Convenzione europea dei diritti dell'uomo
CFSL	Commissione federale di coordinamento per la sicurezza sul lavoro
Cost.	Costituzione federale della Confederazione Svizzera
CP	Codice penale svizzero
Cpv.	Capoverso
DFAE	Dipartimento federale degli affari esteri
DFI	Dipartimento federale dell'interno
FF	Foglio federale
FPT	Fondo per la prevenzione del tabagismo
FSS	Fondo di sicurezza stradale
INP	Infortunio non professionale
IP	Infortunio professionale
LAI	Legge federale del 19 giugno 1959 su l'assicurazione per l'invalidità
LAINF	Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni
LAlc	Legge federale del 21 giugno 1932 sulle bevande distillate (Legge sull'alcool)
LAMal	Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie
LATer	Legge federale del 15 dicembre 2000 sui medicinali e i dispositivi medici (Legge sugli agenti terapeutici)
LAU	Legge federale dell'8 ottobre 1999 sull'aiuto alle università e la cooperazione nel settore universitario (Legge sull'aiuto alle università)
LAVS	Legge federale del 20 dicembre 1946 su l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
LCStr	Legge federale del 19 dicembre 1958 sulla circolazione stradale
LDerr	Legge del 9 ottobre 1992 sulle derrate alimentari
LEp	Legge federale del 18 dicembre 1970 per la lotta contro le malattie trasmissibili dell'uomo (Legge sulle epidemie)
Lett.	Lettera
LF	Legge federale
LFPr	Legge federale sulla formazione professionale
LIB	Legge federale del 6 ottobre 2006 sull'imposizione della birra
LImT	Legge federale del 21 marzo 1969 sull'imposizione del tabacco (Legge sull'imposizione del tabacco)

LL	Legge federale del 13 marzo 1964 sul lavoro nell'industria, nell'artigianato e nel commercio (Legge sul lavoro)
LOGA	Legge del 21 marzo 1997 sull'organizzazione del Governo e dell'Amministrazione
LPMed	Legge del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche
LPrev	Legge federale sulla prevenzione e sulla promozione della salute (Legge sulla prevenzione)
LRTV	Legge federale del 24 marzo 2006 sulla radiotelevisione
LSIT	Legge federale del 19 marzo 1976 sulla sicurezza delle installazioni e degli apparecchi tecnici
LStup	Legge federale del 3 ottobre 1951 sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (Legge sugli stupefacenti)
LSu	Legge federale del 5 ottobre 1990 sugli aiuti finanziari e le indennità (Legge sui sussidi)
LSUP	Legge federale del 6 ottobre 1995 sulle scuole universitarie professionali
O	Ordinanza
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (Organization for Economic Cooperation and Development)
OMS	Organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization)
OOrg-DFI	Ordinanza del 28 giugno 2000 sull'organizzazione del Dipartimento federale dell'interno
Org-DATEC	Ordinanza del 6 dicembre 1999 sull'organizzazione del Dipartimento federale dell'ambiente, dei trasporti, dell'energia e delle comunicazioni
Org-DFE	Ordinanza dell'14 giugno 1999 sull'organizzazione del Dipartimento federale dell'economia
Org-DFF	Ordinanza dell'11 dicembre 2000 sull'organizzazione del Dipartimento federale delle finanze
PIL	Prodotto interno lordo
RC auto	Responsabilità civile autoveicoli
RFA	Regia federale degli alcool
RS	Raccolta sistematica del diritto federale
SUVA	Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni
UE	Unione europea
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UFSPo	Ufficio federale dello sport
upi	Ufficio svizzero per la prevenzione degli infortuni
USTRA	Ufficio federale delle strade
VIS	Valutazione dell'impatto sulla salute

Rapporto esplicativo

1 Punti essenziali del progetto

1.1 Contesto

1.1.1 Basi della politica sanitaria

Le trasformazioni sociali del 20° secolo hanno indotto un cambiamento dello spettro di malattie e delle cause di morte. Con il mutare delle condizioni sociali e igieniche e la scoperta di vaccini che consentono di prevenire molte epidemie, sono cambiati anche i quadri clinici della popolazione. Oggi, le cause principali di morte prematura non sono più le malattie infettive, bensì – accanto agli incidenti e ai suicidi – le malattie cardiocircolatorie e tumorali. Per effetto della trasformazione demografica, queste patologie avranno effetti sempre maggiori non solo sullo stato di salute della popolazione, ma anche sull'evoluzione dei costi della salute.

A partire dalla prima metà del 20° secolo nella letteratura scientifica si è diffusa la convinzione che la salute delle persone non può essere ricondotta unicamente alla biologia umana e che entrano in gioco anche altre dimensioni. La definizione di salute elaborata nel 1948 dall'Organizzazione mondiale della sanità (World Health Organization, WHO) ha tenuto conto di queste considerazioni, gettando le basi per lo sviluppo di un concetto più esteso di salute che si è oggi imposto nella maggior parte dei Paesi e delle organizzazioni interessate. La salute, intesa come visione, è descritta come «uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale». L'aspetto davvero rivoluzionario di questa definizione sta nel fatto che la salute non è più vista solo come assenza di malattia.

Nella «Carta di Ottawa per la promozione della salute»² del 1986 questo concetto di salute assoluto e statico formulato nel 1948 è stato relativizzato. Da allora si pone in primo piano la capacità del singolo individuo di influenzare e migliorare la propria salute. Il punto fondamentale sta nell'aver capito che la salute non è solo il risultato delle condizioni quadro del sistema sanitario, delle condizioni biologico-genetiche e dello stile di vita personale, ma dipende anche da fattori quali la pace, condizioni abitative adeguate, l'istruzione, l'alimentazione, un ambiente intatto, un'utilizzazione scrupolosa delle risorse naturali disponibili o ancora l'accesso a un'assistenza medica adeguata.

Un concetto ampio di salute racchiude dunque in sé fattori fisici, psichici, sociali e ambientali. Tutti noi, con o senza restrizioni, conquistiamo e viviamo la salute nell'ambiente quotidiano che ci circonda: spazi ludici, scuola, lavoro, vita privata. Un buono stato di salute è il presupposto essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale nonché la componente chiave dell'efficienza funzionale e della qualità di vita.

Il miglioramento delle condizioni di salute e l'allungamento della speranza di vita che si sono registrati dal 19° secolo in avanti non si spiegano unicamente con i progressi compiuti nella medicina e nell'assistenza sanitaria. Vi hanno contribuito in maniera decisiva anche lo sviluppo economico e sociale, la stabilità dello Stato nonché i progressi ottenuti in materia di ambiente, igiene e istruzione. Il contributo

² Organizzazione mondiale della sanità, Carta di Ottawa per la promozione della salute, Ginevra 1986; consultabile sul sito www.radix.ch/orgd/data/data_1.pdf.

dell'assistenza medico-sanitaria al miglioramento della salute e della speranza di vita è stato stimato in passato tra il 10 e il 40 per cento a seconda dell'approccio e del metodo adottato nonché a dipendenza del sesso. Per il resto esso è attribuibile primariamente al miglioramento delle condizioni e degli stili di vita.

Posto che molte delle malattie summenzionate possono essere prevenute o se non altro ritardate adottando uno stile di vita sano e facendo proprie condizioni di vita salutari, vi è oggi la necessità di consolidare a livello politico i principi di prevenzione e promozione della salute, integrandoli meglio nel sistema sanitario, nella politica della sanità e in altre politiche settoriali (ad es. politica dell'istruzione, politica economica e sociale, politica ambientale). Nel confronto internazionale, lo stato di salute della popolazione svizzera è attualmente superiore alla media. Per garantire gli stessi risultati anche sul lungo periodo è necessario promuovere attivamente questi principi in tutto il Paese.

Alla luce di queste considerazioni è oggi indubbio che investire nella prevenzione e nella promozione della salute contribuisce anche a rafforzare l'efficienza della società e ad assicurare la capacità lavorativa della popolazione nonché la produttività economica. Ciò consente di evitare casi di morte prematura e di pensionamento anticipato per malattia, di ridurre nelle aziende le perdite di produzione dovute a malattia, di mantenere elevato il grado di autonomia delle persone anziane e di evitare, o per lo meno posticipare, il loro bisogno di cure. Migliorando le competenze del singolo in materia di salute, la prevenzione e la promozione della salute favoriscono al contempo una domanda e una fruizione differenziata delle prestazioni dell'assistenza sanitaria, contribuendo in tal modo, sul lungo periodo, a contenere i costi del sistema sanitario.

L'obiettivo dell'avamprogetto è di creare basi solide per la pianificazione futura della prevenzione e della promozione della salute in Svizzera. Nei suoi punti fondamentali il progetto mira a consolidare il coordinamento e la gestione, a chiarire la ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni e a ristrutturare i flussi e l'indirizzo finanziari a livello federale.

1.1.2 Prevenzione e promozione della salute in Svizzera

Struttura e attori

In Svizzera sono numerosi gli attori federali, cantonali e comunali – statali e non – impegnati nella prevenzione e nella promozione della salute. La Confederazione si occupa soprattutto della prevenzione delle dipendenze (alcol, tabacco, stupefacenti), della lotta contro le malattie trasmissibili, della prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali nonché della prevenzione degli infortuni non professionali. I Cantoni e gli attori privati hanno dal canto loro un ruolo importante nella promozione della salute e nella prevenzione delle malattie non trasmissibili e di quelle mentali. Anche l'esecuzione della legge sulle epidemie, della legge sugli stupefacenti e della legge sul lavoro è di competenza dei Cantoni. A livello attuativo, la struttura federalistica della Svizzera ha consentito di acquisire un prezioso bagaglio di esperienze in tema di progettazione e realizzazione di misure concrete di prevenzione e promozione della salute che tengono conto delle diverse esigenze cantonali e comunali.

Tabella 1: Attori a livello federale

Istituzione	Basi giuridiche	Forma giuridica	Temi
Ufficio federale della sanità pubblica	OOrg-DFI, leggi settoriali	Unità dell'Amministrazione centrale	Malattie trasmissibili, prevenzione delle tossicodipendenze, dell'alcolismo e del tabagismo, alimentazione e attività fisica, migrazione e salute
Ufficio federale dello sport	Settore ginnastica e sport	Unità dell'Amministrazione centrale	Promozione delle attività fisiche
Ufficio federale delle assicurazioni sociali	LAI (art. 74) LAVS (art. 101 ^{bis})	Unità dell'Amministrazione centrale	Sussidi alle leghe della salute
Ufficio federale delle strade	Org-DATEC, LCStr, art. 2a	Unità dell'Amministrazione centrale	Prevenzione degli infortuni stradali
Ufficio federale di veterinaria	Org-DFE, legge sulle epizootie	Unità dell'Amministrazione centrale	Sorveglianza e lotta contro le zoonosi
Direzione dello sviluppo e della cooperazione	OOrg-DFAE, Settore cooperazione internazionale allo sviluppo	Unità dell'Amministrazione centrale	Prevenzione e promozione della salute nell'ambito della cooperazione internazionale e dell'aiuto umanitario
Regia federale degli alcol	Org-DFE, LAlc, art. 43a	Ente di diritto pubblico	Prevenzione dell'alcolismo
Commissione federale di coordinamento per la sicurezza sul lavoro	LAINF, art. 85	Commissione amministrativa extraparlamentare	Sicurezza sul lavoro (prevenzione di infortuni professionali e malattie professionali)
Fondo di sicurezza stradale	Legge sul contributo alla prevenzione degli infortuni	Ente di diritto pubblico	Prevenzione degli infortuni stradali
Casse malati	LAMal, art. 19 e 26	Associazione, fondazione, SA, cooperativa o cassa pubblica	Promotori della fondazione Promozione Salute Svizzera, finanziamento di prestazioni della prevenzione medica
Ufficio prevenzione infortuni	LAINF, art. 88	Fondazione di diritto privato	Prevenzione degli infortuni domestici, del tempo libero e della circolazione
Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni	LAINF, art. 61	Ente di diritto pubblico	Sicurezza del lavoro, promozione della salute a livello aziendale, prevenzione degli infortuni nel tempo libero
Segreteria di Stato dell'economia	Org-DFE LL, LSIT	Unità dell'Amministrazione centrale	Protezione della salute sul posto di lavoro, promozione della salute nelle aziende
Fondazione Promozione Salute Svizzera	LAMal, art. 19	Fondazione di diritto privato	Alimentazione e movimento, salute psichica, promozione della salute nelle aziende
Fondo per la prevenzione del tabagismo	LImT, art. 28, O sul fondo per la prevenzione del tabagismo	Fondo di diritto speciale (amministrato da un servizio specializzato dell'UFSP)	Prevenzione del tabagismo

Nella tabella soprariportata sono elencati gli attori che, in applicazione delle normative federali, progettano e attuano misure di prevenzione delle malattie o degli infortuni nonché misure di promozione della salute³.

Le forme organizzative e i modelli di collaborazione nel campo della prevenzione e della promozione della salute sono disciplinati in diversa misura a seconda dell'area tematica e presentano quindi caratteristiche molteplici. La maggior parte delle strutture si è consolidata nel tempo.

- La *prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali* è regolamentata in maniera dettagliata ed è ben strutturata. La legge sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) definisce la funzione degli organi esecutivi della sicurezza del lavoro (autorità di vigilanza), il loro coordinamento, l'applicazione obbligatoria delle prescrizioni di legge e delle direttive nonché il finanziamento di misure concrete. La Commissione federale di coordinamento per la sicurezza sul lavoro (CFSL) funge da organo centrale di coordinamento.
- Anche per quanto riguarda la *prevenzione degli infortuni non professionali* il diritto federale esige il coordinamento e la collaborazione con gli altri istituti di prevenzione e promozione della salute. L'Ufficio prevenzione infortuni (UPI) garantisce il coordinamento a livello nazionale. Il Fondo di sicurezza stradale (FSS) è competente per il coordinamento delle misure di prevenzione degli infortuni stradali.
- Più confuse, invece, risultano essere l'organizzazione e la collaborazione nel campo della *prevenzione delle malattie e della promozione della salute*, soprattutto in ragione della ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni. Va detto però che l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e la fondazione Promozione Salute Svizzera garantiscono, attraverso i loro programmi nazionali di prevenzione e le loro strategie a lungo termine su temi prioritari, un certo coordinamento nei limiti della rispettiva sfera di competenza.

Spesa e fonti di finanziamento

Nel 2005 la Svizzera ha investito 51,73 miliardi di franchi nel proprio sistema sanitario. I costi della sanità si sono così attestati all'11,5 per cento del prodotto interno lordo (PIL). La maggior parte di questi fondi (48 mia. fr. ovvero il 93%) è stata assorbita dall'assistenza medica alla popolazione. Sempre nel 2005, secondo i rilevamenti statistici la spesa per la prevenzione e per la promozione della salute è ammontata a 1,13 miliardi di franchi, equivalenti al 2,1 per cento della spesa complessiva per il sistema sanitario nazionale. La Svizzera si posiziona così al di sotto della media dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), calcolata al 2,7 per cento. Superano la media OCSE i Paesi Bassi (5,5%), l'Ungheria (5,0%), la Germania (4,8%), gli Stati Uniti (3,9%), la Finlandia (3,8%), la Polonia (3,4%), il Messico (3,3%), l'Australia (3,1%) e la Repubblica Ceca (2,9%)⁴.

³ Per maggiori informazioni sulle attività dei singoli attori cfr. Ufficio federale della sanità pubblica, *Prevenzione e promozione della salute in Svizzera*, Berna 28 settembre 2007, allegato 3 – consultabile sul sito www.bag.admin.ch/pgf2010.

⁴ Ufficio federale della sanità pubblica: *Prevenzione e promozione della salute in Svizzera*, Berna 28 settembre 2007, pagina 28 – consultabile sul sito www.bag.admin.ch/pgf2010.

Tra il 1996 e il 2005 gli investimenti nel sistema sanitario svizzero sono aumentati del 38,6 per cento, vale a dire di 14,63 miliardi di franchi; nello stesso lasso di tempo, la spesa per la prevenzione e per la promozione della salute è incrementata del 13 per cento, ovvero di 130 milioni di franchi. In percentuale rispetto alle uscite complessive, la spesa per la prevenzione e per la promozione della salute è pertanto scesa dal 2,6 nel 1996 al 2,1 per cento nel 2005.

I dati riportati si basano sulla statistica finanziaria degli enti pubblici elaborata dall'Amministrazione federale delle finanze, che in relazione alla spesa per la prevenzione e per la promozione della salute si rivela però solo parzialmente attendibile per i seguenti motivi:

- Dato che né a livello cantonale né a livello federale esiste una definizione univoca delle spese pubbliche da contabilizzare alla voce «prevenzione e promozione della salute», si può verificare una distorsione dei dati statistici.
- Le amministrazioni e i conti finanziari della Confederazione, dei 26 Cantoni e dei circa 2700 tra Città e Comuni sono organizzati e strutturati in modo diverso. Se si considera il settore della sanità, ciò significa non solo che a decidere le misure di prevenzione e promozione della salute sono uffici cantonali e federali diversi, ma anche che la spesa per la prevenzione e per la promozione della salute è contabilizzata sotto diverse voci. Questa situazione complica il confronto dei dati tra i Cantoni e l'analisi dei dati a livello nazionale.
- Le uscite della Confederazione comprendono unicamente le spese finanziate con i proventi delle imposte. Non sono dunque inclusi nell'importo dichiarato la spesa per la medicina preventiva (che ai sensi dell'articolo 26 della legge federale del 18 marzo 1994⁵ sull'assicurazione malattie (LAMal) è assunta dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie), i contributi della Regia federale degli alcool (RFA) a organizzazioni nazionali attive nella prevenzione dell'alcolismo nonché le uscite del Fondo di sicurezza stradale (FSS), della fondazione Promozione Salute Svizzera e del Fondo per la prevenzione del tabagismo (FPT). Le uscite della fondazione Promozione Salute Svizzera sono però contabilizzate alla voce assicurazioni sociali (cfr. tabella 2).

Tabella 2: Spesa per la prevenzione e per la promozione della salute secondo l'agente pagante, anno 2004 e 2005⁶

Agente pagante	2004 mio. frs.	2005 mio. frs.	2004 in %	2005 in %
Confederazione	62,4	54,2	5,5	4,8
Cantoni ¹⁾	252,3	244,9	22,4	21,6
Comuni ¹⁾	124,2	129,0	11,0	11,4
Assicurazioni sociali	282,1	291,8	25,1	25,7
di cui - LAMal ²⁾	14,3	15,9	1,3	1,4
- LAINF ³⁾	117,9	120,3	10,5	10,6
- AVS/AI ⁴⁾	149,8	155,6	13,3	13,7
Economie domestiche private ¹⁾	179,1	182,4	15,9	16,1
Altri finanziamenti privati ¹⁾	222,6	231,2	19,8	20,4
Totale ⁵⁾	1'122,8	1'133,5	100,0	100,0

⁵ RS 832.10

⁶ Ufficio federale di statistica: statistica dei costi e del finanziamento del sistema sanitario 2004 e 2005.

¹⁾ Non è nota la destinazione esatta.

²⁾ Spese della fondazione Promozione Salute Svizzera; non sono documentate le prestazioni per la medicina preventiva.

³⁾ Spese degli organi esecutivi preposti alla sicurezza del lavoro e degli organi preposti alla prevenzione degli infortuni non professionali.

⁴⁾ L'importo indicato non comprende i contributi assicurativi dell'AVS e dell'AI alle organizzazioni private di aiuto agli invalidi né i contributi dell'AVS alle organizzazioni di aiuto alla vecchiaia.

⁵⁾ Senza prestazioni della RFA, del FSS e del FPT.

Tabella 3: Spesa per la prevenzione e per la promozione della salute a livello federale, anno 2005⁷

Fonte finanziaria	Istituzione e destinazione dei fondi	Spesa 2005
Risorse generali della Confederazione	Ufficio federale della sanità pubblica	31,65 mio.
	Credito per la prevenzione	29,85 mio.
	Contributi alla Lega polmonare svizzera	0,60 mio.
	Contributi alla Lega svizzera contro il reumatismo	0,90 mio.
	Contributi alla Società Svizzera di Nutrizione	0,30 mio.
	Ufficio federale dello sport	1,40 mio.
	Ufficio federale delle strade	non calcolabile ¹⁾
	Ufficio federale di veterinaria	non calcolabile ²⁾
	Segreteria di Stato dell'economia	0,55 mio.
Tassa sull'alcol	Regia federale degli alcool (senza la decima dell'alcol)	1,87 mio.
Contributo per la prevenzione del tabagismo	Fondo per la prevenzione del tabagismo	14,96 mio.
Supplemento di premio per gli infortuni professionali	Commissione federale di coordinamento per la sicurezza sul lavoro	101,61 mio.
	Spesa per proprie attività	1,00 mio.
	Spesa della Suva (sicurezza sul lavoro)	86,41 mio.
	Spesa delle organizzazioni specializzate e degli ispettorati cantonali del lavoro	13,50 mio.
	Spesa della SECO (ispettorato federale del lavoro)	0,70 mio.
Supplemento di premio per gli infortuni non professionali	Ufficio prevenzione infortuni	24,87 mio.
	Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (Sicurezza nel tempo libero, incluse spese per il personale)	6,60 mio.
Supplemento di premio per l'assicurazione RC veicoli a motore	Fondo di sicurezza stradale	17,72 mio.
Supplemento di premio LAMal	Fondazione Promozione Salute Svizzera	18,73 mio.
Sussidi dell'assicurazione invalidità ³⁾	Ufficio federale delle assicurazioni sociali	14,52 mio.
	Contributi a Aiuto Aids Svizzero	0,33 Mio.
	alla Lega contro il cancro	2,99 Mio.
	alla Lega polmonare svizzera	6,39 Mio.
	alla Lega svizzera contro il reumatismo	2,43 Mio.
	all'Associazione Svizzera per il Diabete	0,74 Mio.
	alla Società Svizzera per la Fibrosi Cistica	0,27 Mio.
	all'associazione svizzera Pro Mente Sana	1,37 Mio.
Premi LAMal	Casse malati; santésuisse (medicina preventiva)	non calcolabile ⁴⁾
Totale		234,48 mio.

⁷ Fonte: Rapporti annuali 2005 e dati forniti dagli attori interessati.

-
- ¹⁾ L'Ufficio federale delle strade (USTRA) si prefigge di rendere la mobilità sulle strade quanto più sicura possibile. Pertanto, la prevenzione degli infortuni non rappresenta l'unica sua attività. Proprio per questo, non è possibile quantificare singolarmente le spese dell'Ufficio in questo settore specifico.
- ²⁾ Le spese dell'Ufficio federale di veterinaria (UFV) per la prevenzione delle zoonosi non possono essere calcolate con precisione poiché difficilmente distinguibili dalle spese generali dell'UFV per la lotta e la prevenzione delle epizootie.
- ³⁾ Ai sensi dell'articolo 101^{bis} della legge federale del 20 dicembre 1946⁸ su l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS), vengono inoltre versati sussidi annui all'Associazione Alzheimer Svizzera, a Parkinson Svizzera come anche alla Croce Rossa Svizzera. Questi sussidi non sono tuttavia destinati esplicitamente a misure di prevenzione o promozione della salute e non sono pertanto riportati in questa tabella, sebbene le attività di sostegno abbiano in parte anche fini preventivi o di promozione della salute.
- ⁴⁾ I costi per le prestazioni obbligatorie della medicina preventiva ai sensi della LAMal non sono documentati separatamente nelle statistiche degli assicuratori.
-

Nel 2005 le uscite complessive degli attori elencati nella tabella 1 (vedi sopra) ammontavano a circa 234 milioni di franchi (cfr. tabella 3).

Come menzionato in precedenza, in ragione della mancanza di una definizione unitaria di prevenzione e promozione della salute e in presenza di conti di Stato strutturati diversamente non è possibile effettuare confronti precisi tra le uscite dei singoli Cantoni in materia di prevenzione e promozione della salute. Stando ai dati disponibili, nel 2004 la quota della spesa destinata alla prevenzione e alla promozione della salute si è attestata in media al 3,6 per cento delle uscite complessive di ogni Cantone per il settore dell'assistenza sanitaria. Nel 2004, i Cantoni hanno investito complessivamente 252,3 milioni di franchi nella prevenzione e promozione della salute. I fondi sono stati stanziati tra l'altro per finanziare la sanità scolastica, progetti e istituzioni nell'ambito della prevenzione e della promozione della salute (in particolare nel campo delle dipendenze) e contributi a leghe della salute cantonali.

Efficacia delle misure di prevenzione e promozione della salute

I servizi della Confederazione sono tenuti a garantire che le loro politiche, strategie e misure siano adeguate, efficaci ed economiche. Per sottolineare l'importanza di questo principio, la valutazione dell'efficacia effettuata nel 1999 in occasione della revisione totale è stata inserita nella Costituzione federale (art. 170 Cost.).

Tutti gli attori elencati sopra sottopongono regolarmente a verifica i loro interventi per esaminarne l'efficacia. I risultati delle valutazioni evidenziano che le misure adottate sono generalmente adeguate ed efficaci. Da un'analisi incrociata di alcune di queste valutazioni emerge inoltre che gli aspetti illustrati di seguito sono da considerarsi fattori di successo d'importanza centrale per l'efficacia di una misura di prevenzione o di promozione della salute:

- elaborazione di un pacchetto di misure globale destinato contemporaneamente alla popolazione, a gruppi di persone specifici e a singoli individui⁹;
- inserimento di campagne mediatiche nei programmi di prevenzione, nei piani d'azione e nelle strategie della politica sanitaria;

⁸ RS 831.10

⁹ L'efficacia delle misure può essere incrementata ulteriormente se le attività vengono svolte contemporaneamente a livello nazionale, locale e individuale e vengono combinate con misure a lungo termine nel settore dell'educazione sanitaria.

- integrazione di diversi setting (ad es. scuola, posto di lavoro ecc.) e coinvolgimento di vari partner;
- ricorso a strategie e messaggi diversi in funzione del gruppo target (popolazione in generale, gruppi di persone specifici, singoli individui);
- lancio di azioni volte a modificare le norme sociali (ad es. il non fumare quale nuova abitudine sociale) allo scopo di promuovere l'adozione da parte del singolo di comportamenti preventivi o di uno stile di vita salutare;
- introduzione di misure legali e di strumenti di indirizzo specifici, tra cui ad esempio la riscossione di tasse d'incentivazione, misure di regolazione del mercato come limitazioni della vendita o tasse, ma anche incentivi positivi come sovvenzioni e contributi a progetti.

1.1.3 Legislazione

In generale

La legislazione in materia di prevenzione e promozione della salute non è unitaria, è poco chiara e presenta importanti lacune. Le disposizioni sulla prevenzione delle malattie e la promozione della salute in vigore a livello federale e cantonale coprono solo singoli sottosettori e sono relativamente generiche oppure formulate in modo da lasciare spazio a molte interpretazioni. Va detto inoltre che a livello federale, le norme costituzionali e legali sono strutturate in base ad argomenti (ad es. categorie di prodotti, enti assicurativi ecc.) diversi rispetto alla prevenzione e alla promozione della salute, orientate invece alle malattie o ai fattori di rischio. D'altro canto, nel campo della sicurezza del lavoro secondo la LAINF come pure della protezione della salute sul posto di lavoro vi è una notevole densità normativa¹⁰.

Legislazione sui prodotti

Molte leggi federali in materia sanitaria disciplinano l'uso di determinati prodotti e mirano in generale a garantire la protezione della salute. Introducendo ad esempio l'obbligo di informare la collettività, queste leggi forniscono un contributo importante alla prevenzione e alla promozione della salute. Tra di esse troviamo in particolare la legge sugli stupefacenti, la legge sugli agenti terapeutici, la legge sui prodotti chimici, la legge sulla radioprotezione e la legislazione sulle derrate alimentari. Queste leggi contengono però in parte anche disposizioni che potrebbero fungere da base per l'adozione di misure specifiche di prevenzione e promozione della salute nel settore corrispondente.

Va segnalata in particolare la legge federale del 9 ottobre 1992¹¹ sulle derrate alimentari (LDerr). L'articolo 12 LDerr attribuisce alla Confederazione la competenza di informare la collettività sulle conoscenze scientifiche di interesse generale in ambito nutrizionale che sono rilevanti per la prevenzione delle malattie e la protezione della salute (cpv. 1). Essa può inoltre promuovere l'informazione e la

¹⁰ Per i dettagli cfr. Ufficio federale della sanità pubblica: Prevenzione e promozione della salute in Svizzera, Berna 28 settembre 2007, pagine 15 e segg. e allegato 1, pagine 5-7, consultabile sul sito www.bag.admin.ch/pgf2010.

¹¹ RS 817

ricerca di altre istituzioni (cpv. 2). La Confederazione si è già avvalsa a più riprese di questa sua competenza.

La legge federale del 15 dicembre 2000¹² sui medicinali e i dispositivi medici (legge sugli agenti terapeutici, LATer) deve, nell'intento di tutelare la salute delle persone e degli animali, garantire che vengano immessi in commercio soltanto agenti terapeutici di elevato valore qualitativo, sicuri ed efficaci (art. 1 cpv. 1 LATer). Secondo l'articolo 67 LATer, Swissmedic – l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici – deve provvedere affinché il pubblico sia informato in merito a eventi particolari in relazione con gli agenti terapeutici che presentano un pericolo per la salute e riceva raccomandazioni concernenti il comportamento da adottare. Swissmedic può pubblicare anche informazioni di interesse generale in materia di agenti terapeutici, in particolare su decisioni di omologazione e di revoca e sulle modifiche di informazioni specializzate e informazioni destinate ai pazienti. Inoltre, i servizi competenti della Confederazione possono informare il pubblico sull'utilizzazione corretta degli agenti terapeutici al fine di proteggere la salute e lottare contro l'abuso di questi medicinali. Questa attività di informazione si inquadra nello scopo della LATer, vale a dire sempre con l'obiettivo di garantire la tutela della salute nell'utilizzo di agenti terapeutici. Questa disposizione non contempla però attività di informazione su agenti terapeutici finalizzate alla prevenzione e alla diagnosi precoce di malattie o alla promozione della salute.

La legge federale del 3 ottobre 1951¹³ sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (LStup), inizialmente concepita come legge di mero controllo sulle sostanze, prevede ora – in seguito alla revisione del 1975 – misure di medicina sociale e di medicina preventiva (art. 15-15c LStup). Ai Cantoni è stato affidato il compito di istituire enti di informazione e consulenza per prevenire l'abuso di stupefacenti, di provvedere all'assistenza delle persone che necessitano di cure mediche o di provvedimenti assistenziali nonché di promuoverne la reintegrazione professionale e sociale. La revisione parziale della LStup adottata dal Parlamento a marzo del 2008, ma non ancora entrata in vigore, prevede tra l'altro una definizione più precisa di prevenzione, che dovrà inoltre riguardare non più solo gli stupefacenti ai sensi della legge, ma – a prescindere dalla sostanza – tutti i disturbi causati da forme di dipendenza. La prevenzione rimane come in passato di competenza dei Cantoni, i quali devono garantire condizioni quadro e strutture e istituzioni adeguate. La Confederazione è competente per i programmi nazionali e coadiuva i Cantoni e le organizzazioni private fornendo loro i servizi necessari. Viene inoltre potenziata la diagnosi precoce dei disturbi riconducibili a dipendenza o dei rischi di disturbo legato a dipendenza estendendo la facoltà di notifica dei servizi incaricati e degli specialisti ai centri di cura e ai servizi di sostegno sociale competenti. La revisione prevede inoltre che d'ora in poi la Confederazione dovrà promuovere la formazione, il perfezionamento e la ricerca, elaborando anche raccomandazioni sull'assicurazione della qualità.

Nell'ambito della legislazione sui prodotti si devono menzionare alcune disposizioni che concernono altri settori, tra cui la legge sull'alcol del 21 giugno 1932¹⁴ (LAlc), che contiene restrizioni e divieti di consegna delle bevande agli adolescenti (art. 41 LAlc) o limitazioni della pubblicità per le bevande distillate (art. 42b LAlc).

¹² RS 812.21

¹³ RS 812.121

¹⁴ RS 680

Limitazioni della pubblicità per le bevande alcoliche, il tabacco e gli agenti terapeutici sono sancite anche nella legge federale del 24 marzo 2006¹⁵ sulla radiotelevisione (LRTV, art. 10).

Legislazione fiscale

L'articolo 43a LAlc prevede l'obbligo per la Confederazione di versare sussidi a organizzazioni e istituzioni nazionali e intercantionali impegnate nella lotta contro l'alcolismo. L'obbligo di devolvere ai Cantoni il 10 per cento del prodotto netto dell'imposizione delle bevande distillate è sancito non nella LAlc, bensì nell'articolo 131 capoverso 3 della Costituzione, in base al quale questi mezzi finanziari devono essere impiegati per prevenire e combattere le dipendenze. Nella nuova legge sull'imposizione della birra (LIB), entrata in vigore il 1° luglio 2007¹⁶, nel fissare le aliquote d'imposta si è tenuto conto delle esigenze di protezione della gioventù e della salute (art. 1 cpv. 2).

La legge federale del 21 marzo 1969¹⁷ sull'imposizione del tabacco (LImT) contiene le basi legali per il finanziamento del FPT mediante la riscossione di una tassa sulle sigarette da destinare alla prevenzione (art. 28). Il FPT finanzia misure di prevenzione volte a impedire l'iniziazione al fumo, aiutare coloro che vogliono smettere di fumare e proteggere la popolazione dagli effetti del fumo passivo.

Lotta contro malattie specifiche

Nel settore della lotta contro le malattie, la Confederazione ha parzialmente esaurito la sua competenza normativa, in particolare per quanto riguarda le malattie trasmissibili. Le misure di lotta contro le malattie trasmissibili contemplate nella legge sulle epidemie del 18 dicembre 1970¹⁸ (LEp), tra cui l'obbligo di informazione volto a evitare la diffusione di queste malattie (art. 3 LEp), hanno anche effetti preventivi. Si pensi ad esempio alla campagna STOP AIDS e alle raccomandazioni di vaccinazione. A fine 2007 è stato posto in consultazione l'avamprogetto relativo a una revisione totale della legge sulle epidemie. Sempre nell'ambito della prevenzione delle malattie trasmissibili nell'uomo vanno ricordate anche le diverse misure per la lotta contro le zoonosi (cioè malattie che possono essere trasmesse dall'animale all'uomo) previste nella legge del 1° luglio 1966¹⁹ sulle epizootie.

La legge federale del 13 giugno 1928²⁰ per la lotta contro la tubercolosi fornisce una base giuridica per la concessione di sussidi da parte della Confederazione, segnatamente nell'ambito della prevenzione della tubercolosi.

Per quanto riguarda invece le malattie non trasmissibili, la Confederazione ha finora legiferato esclusivamente nell'ambito delle malattie reumatiche. La legge federale del 22 giugno 1962²¹ concernente l'assegnazione di sussidi per la lotta contro le malattie reumatiche rappresenta per la Confederazione una base giuridica per il versamento di sussidi a organizzazioni nazionali attive nella lotta contro il reumatismo.

¹⁵ RS 784.40

¹⁶ RS 641.41

¹⁷ RS 641.31

¹⁸ RS 818.101

¹⁹ RS 916.40

²⁰ RS 818.102

²¹ RS 818.21

In esecuzione dell'iniziativa parlamentare Gutzwiller (04.476), il 31 maggio 2007 la CSS del Consiglio Nazionale ha deciso di regolamentare in una nuova legge speciale la protezione delle persone dagli effetti del fumo passivo²². La legge è attualmente all'esame del Parlamento.

Promozione della salute non legata a malattie specifiche

In materia di promozione della salute non legata a malattie specifiche la Confederazione può attualmente basarsi solo sulla legge federale del 17 marzo 1972²³ che promuove la ginnastica e lo sport, il cui scopo è lo sviluppo dei giovani, il promovimento della salute pubblica e delle attitudini fisiche (art. 1). Questa legge è ormai superata sotto il profilo materiale e giuridico e viene sottoposta a revisione totale. Essendo ormai dimostrato che praticare regolarmente sport e attività motorie ha effetti positivi sulla salute fisica e psichica delle persone, la nuova legge sulla promozione dello sport prevede esplicitamente il sostegno da parte della Confederazione a programmi e progetti finalizzati a promuovere un'attività sportiva e motoria regolare (art. 4 del progetto di revisione). Spetta ora alla società convincersi dell'importanza di praticare regolarmente attività sportive e motorie.

Assicurazione contro le malattie e gli infortuni

La LAMal obbliga gli assicuratori a gestire congiuntamente con i Cantoni un'istituzione avente lo scopo di stimolare, coordinare e valutare misure di promozione della salute e di prevenzione delle malattie (art. 19 LAMal). Questa funzione è svolta oggi dalla fondazione Promozione Salute Svizzera. Per finanziare i compiti di questa fondazione, ogni persona assicurata obbligatoriamente ai sensi della LAMal è tenuta a versare un contributo per la prevenzione delle malattie (art. 20 LAMal). Inoltre, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi di determinati esami medici per la diagnosi precoce delle malattie e di misure preventive in favore di assicurati particolarmente a rischio (art. 26). Nella LAMal, la «prevenzione» è intesa in senso stretto, e cioè come provvedimenti individuali, dispensati o prescritti da un medico, in assenza di sintomi di malattia concreti, ma in caso di rischio individuale accresciuto²⁴.

La LAINF contempla, in stretto rapporto con l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni dei lavoratori, anche disposizioni in materia di sicurezza del lavoro (art. 81 segg. LAINF) e prevenzione degli infortuni non professionali (art. 87 e 88 LAINF). Per finanziare le misure previste viene riscosso un premio supplementare per la prevenzione degli infortuni professionali e delle malattie professionali (art. 87) come pure per la prevenzione degli infortuni non professionali (art. 88 LAINF). L'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (INSAI) e gli altri assicuratori sono tenuti a promuovere la prevenzione degli infortuni non professionali e a gestire un ente che, attraverso l'informazione e misure generali di sicurezza, contribuisca alla prevenzione degli infortuni non professionali e coordini sforzi in tal senso (art. 88 LAINF). Questo compito è assunto attualmente dall'upi.

²² Rapporto della CSSS-CN del 1° giugno 2007, FF **2007** 5639.

²³ RS **415.0**

²⁴ FF **1992** I 65, 125.

Prevenzione e promozione della salute sul posto di lavoro

La legge sul lavoro del 13 marzo 1964²⁵ (LL) mira a tutelare (e promuovere) la salute dei lavoratori sul posto di lavoro in misura ben più ampia di quanto non si prefigga la prevenzione degli infortuni. Il suo scopo è proteggere la salute delle persone anche dai rischi che esulano dalla prevenzione delle malattie professionali ai sensi della LAINF. Gli aspetti centrali sono le disposizioni concernenti la durata del lavoro (regole sulla durata del riposo) e la protezione degli adolescenti e delle donne durante la gravidanza e la maternità. La LL disciplina inoltre la protezione dei lavoratori da sovraccarichi fisici e psichici nonché della loro integrità personale.

Prevenzione nella circolazione stradale

La legge federale del 19 dicembre 1958²⁶ sulla circolazione stradale (LCStr) e la legge federale del 25 giugno 1976²⁷ sul contributo alla prevenzione degli infortuni contengono, tra le altre, misure per la prevenzione degli infortuni. La Confederazione promuove in questo modo la sicurezza della circolazione stradale mediante misure di sensibilizzazione e altre attività di prevenzione (art. 2a LCStr). Conformemente alla legge sul contributo alla prevenzione degli infortuni, il Fondo di sicurezza stradale è responsabile della promozione e del coordinamento di provvedimenti per la prevenzione degli infortuni nella circolazione stradale e amministra i mezzi di cui dispone grazie alla riscossione dei contributi (art. 3 segg.).

Disposizioni cantonali

Tutti i Cantoni hanno emanato regolamentazioni sulla prevenzione e sulla promozione della salute, che variano però notevolmente per portata e grado di dettaglio. Queste disposizioni sono integrate nelle costituzioni cantonali, nelle leggi sanitarie cantonali e in altre leggi settoriali su argomenti specifici, in ordinanze e regolamenti nonché in convenzioni intercantionali²⁸.

Parallelamente, nei programmi cantonali di legislatura, nelle direttive dei Governi cantonali e nei piani e nelle linee di indirizzo sanitarie figurano norme e dichiarazioni d'intento giuridicamente non vincolanti.

1.1.4 Punti deboli del sistema attuale

Il sistema attuale di prevenzione e promozione della salute presenta un punto debole cruciale: a differenza delle tre colonne portanti dell'assistenza medico-sanitaria (cure, riabilitazione e assistenza), la prevenzione e la promozione della salute non poggiano attualmente su basi concettuali, politiche, organizzative e giuridiche sufficientemente solide – ad eccezione della lotta contro le malattie trasmissibili, dei provvedimenti per la prevenzione delle dipendenze e delle malattie professionali

²⁵ RS 822.11

²⁶ RS 741.01

²⁷ RS 741.81

²⁸ In questa sede si rinuncia a fornire l'elenco completo di tutte le disposizioni cantonali, che possono però essere consultate tramite la banca dati dell'Istituto di federalismo: www.lexfind.ch. Per maggiori informazioni si veda inoltre: Nationale Gesundheitspolitik Schweiz: Gesundheitspolitiken in der Schweiz - Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Berna, 2006.

nonché della prevenzione degli infortuni. In molti settori della prevenzione delle malattie e della promozione della salute, questa debolezza strutturale si traduce in una mancanza di indirizzo strategico e di coordinamento, ma anche di trasparenza nell'offerta e nelle prestazioni.

Il Consiglio federale reputa necessario intervenire in particolar modo nei seguenti cinque settori.

Colmare le lacune esistenti a livello di legislazione federale

Nonostante il mandato sancito nell'articolo 118 capoverso 2 lettera b della Costituzione, alla Confederazione mancano le basi legali per operare attivamente nell'ambito della prevenzione e della diagnosi precoce di malattie non trasmissibili e mentali, molto diffuse o maligne. Se è vero che le malattie non trasmissibili e le malattie mentali possono essere contrastate in modo adeguato unicamente con misure volontarie che si ispirano ai principi dell'educazione, della responsabilizzazione e dell'informazione, è altrettanto vero che i principi dello Stato di diritto (principio di legalità) richiedono migliori basi giuridiche anche in questo ambito.

Necessità di una strategia globale di prevenzione e promozione della salute

Oggi, nel campo della prevenzione e della promozione della salute manca una strategia globale incentrata su obiettivi prioritari. La situazione risulta piuttosto confusa in ragione dei vari attori coinvolti in virtù delle diverse leggi settoriali, delle diverse forme organizzative e di collaborazione, ma anche delle diverse priorità fissate a livello cantonale. Sono numerosi i doppioni e le sovrapposizioni di competenze, per non parlare delle lacune nelle offerte di prevenzione e promozione della salute. Soprattutto nell'ambito della prevenzione delle malattie e della promozione della salute non vi è per il momento una regolamentazione vincolante in materia di coordinamento e collaborazione tra attori nonché di attuazione coordinata delle diverse misure.

Ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni

Nei settori in cui, in applicazione delle leggi settoriali esistenti, si è andata consolidando una tradizione a livello di collaborazione e ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (ad es. prevenzione delle dipendenze, lotta contro le malattie trasmissibili), si è raggiunto un buon livello di gestione congiunta dei compiti. Per molte delle nuove problematiche, tra cui la prevenzione delle malattie mentali, la prevenzione del bisogno di cure o la lotta contro il sovrappeso, non vi è invece – o non vi è ancora – una strategia congiunta, non da ultimo a causa della mancanza di una base legale a livello federale. Ciò crea un clima di incertezza in particolare in seno alle organizzazioni private attive nel campo della prevenzione e della promozione della salute. Molti Cantoni auspicano che la Confederazione assuma un ruolo più attivo nell'esecuzione dei compiti più complessi. La Confederazione, sentiti i Cantoni, deve concentrarsi sui compiti d'importanza nazionale nei settori della consulenza, dell'informazione e del coordinamento dell'esecuzione.

Migliorare il sistema di gestione dei prelievi a favore della prevenzione

Le attuali modalità di gestione e utilizzo dei prelievi a favore della prevenzione, segnatamente del supplemento di premio LAMal, non favoriscono un impiego

ottimale delle risorse. Risultano spesso poco chiare anche le delimitazioni tra vigilanza (controllo politico-giuridico), assegnazione delle risorse e attuazione.

Finanziamento delle organizzazioni attive nel campo della prevenzione e della salute

Il finanziamento delle leghe della salute attive nel campo della prevenzione e della promozione della salute è disciplinato per lo più nella legge federale del 19 giugno 1959²⁹ su l'assicurazione per l'invalidità (LAI) e nella legge federale del 22 giugno 1962³⁰ concernente l'assegnazione di sussidi per la lotta contro le malattie reumatiche. L'aiuto finanziario a sostegno dei compiti svolti dalle leghe della salute deve però essere esteso oltre questi settori d'applicazione.

1.1.5 Proposte di riforma presentate negli anni 1980

Nel messaggio del 22 marzo 1978 sull'iniziativa popolare «contro la pubblicità in favore dei prodotti che generano dipendenza» (cosiddetta «iniziativa dei Giovani Buon-Templari») il Consiglio federale aveva annunciato di voler presentare alle Camere federali, nel corso della legislatura 1979-1983, un disegno di legge sulla prevenzione³¹. La nuova normativa mirava in primo luogo a promuovere la prevenzione per mezzo dell'educazione sanitaria e di altre misure analoghe. Parallelamente, il Consiglio nazionale e il Consiglio degli Stati avevano chiesto al Consiglio federale, attraverso la mozione Schaffner del 21 giugno 1978, di intensificare i lavori preliminari per l'elaborazione di una legge sulla prevenzione delle tossicomanie e di sottoporre in tempi brevi al Parlamento un disegno di legge.

Il 13 settembre 1979 il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha costituito un gruppo di lavoro incaricato di elaborare un rapporto che avrebbe dovuto anche esplicitare le ripercussioni del progetto legislativo sul rapporto tra Confederazione e Cantoni nonché le conseguenze finanziarie. Il rapporto del gruppo di lavoro è stato presentato il 15 settembre 1982 ed è stato poi trasmesso al Consiglio federale³².

In base ai risultati della procedura di consultazione – e visto in particolare il parere negativo di quasi tutti i Cantoni – il Consiglio federale ha deciso di rinunciare all'elaborazione di una legge sulla prevenzione³³. In alternativa, il 3 dicembre 1984 ha incaricato il DFI di esaminare la possibilità di creare un fondo di prevenzione per sostenere finanziariamente le organizzazioni e i servizi specializzati già operativi o ancora da istituire in questo settore e potenziare l'informazione alla popolazione sulla profilassi, rafforzando i centri di documentazione. La decisione è stata concretizzata nel 1989 con l'istituzione della fondazione Promozione Salute Svizzera, un'iniziativa del Cantone di Vaud realizzata congiuntamente dalla Confederazione e dai Cantoni. A seguito dell'entrata in vigore della nuova legge

²⁹ RS 831.20

³⁰ RS 818.21

³¹ FF 1978 I 1057 segg.; l'iniziativa è stata respinta il 18 febbraio 1979 dal 59% dei votanti.

³² Gruppo di lavoro per l'elaborazione delle basi per una legge federale sulla prevenzione delle malattie: Bericht über die Vorarbeiten zur Schaffung eines Bundesgesetzes über Krankheitsvorbeugung (Rapporto sui lavori preliminari per una legge federale sulla prevenzione delle malattie), Berna, agosto 1982.

³³ FF 1984 I 136 e 168 (Rapporto sulle linee direttive della politica di governo del 13 gennaio 1984)

federale sull'assicurazione malattia, il 1° gennaio 1996, la fondazione è stata trasformata – su ordine del Consiglio federale – in un'istituzione gestita dai Cantoni e dagli assicuratori alla quale sono stati conferiti dal 1° gennaio 1998 i compiti menzionati nell'articolo 19 LAMal. Fino alla fine del 2002 la fondazione portava il nome di «Fondazione 19»; a inizio 2002 è stata riorganizzata e ribattezzata «Promozione Salute Svizzera».

Dopo il fallimento della prima proposta di legge federale sulla prevenzione nel 1984, l'attenzione della politica sanitaria si è focalizzata sulla medicina curativa e sul finanziamento dei sistemi di assistenza sanitaria. Di fronte alle attuali sfide di politica sanitaria – evoluzione demografica, aumento delle malattie croniche, ritorno o insorgenza di malattie infettive – sono in atto da tempo iniziative nazionali e cantonali volte a rafforzare la prevenzione e la promozione della salute.

1.1.6 Lavori preliminari

Nella convinzione che le condizioni di salute comparativamente buone della popolazione svizzera possono essere mantenute a lungo termine soltanto definendo nuove priorità politiche anche nel settore della prevenzione e della promozione della salute, nell'autunno 2004 il DFI ha incaricato l'UFSP di sottoporre ad un esame critico le disposizioni legali vigenti in materia, in vista dell'eventuale elaborazione di una nuova legge sulla prevenzione.

Commissione di esperti «Prevenzione + promozione della salute»

Dai lavori preliminari dell'UFSP è emerso che, alla luce della base costituzionale vigente, una legge sulla prevenzione è realizzabile. Pertanto, il 5 settembre 2005 il DFI ha costituito la Commissione di esperti «Prevenzione + promozione della salute» (Commissione di esperti PPS2010) e l'ha incaricata di esaminare i requisiti tecnici e contenutistici nonché la fattibilità politica di un nuovo disciplinamento in materia. Nel giugno 2006 la Commissione ha sottoposto al DFI un rapporto sul futuro della prevenzione e della promozione della salute nel quale figurano tra l'altro una serie di raccomandazioni sulle misure da adottare per rafforzare la prevenzione e la promozione della salute³⁴, in particolare:

- rafforzare la prevenzione e la promozione della salute nel sistema e nella politica sanitaria e in altre politiche settoriali quali quella ambientale, dell'educazione, economica o sociale;
- stabilire un processo strutturato, partecipativo e continuo per l'elaborazione di obiettivi sanitari nazionali nel settore della prevenzione e della promozione della salute allo scopo di migliorare la gestione strategica e il coordinamento delle misure;
- tener conto del principio di sussidiarietà a livello di attuazione e di misure (pluralità degli attori) e ampliare i compiti e le competenze degli assicuratori sociali (AMal, AInf, AI);

³⁴ L'avvenire della prevenzione e della promozione della salute in Svizzera. Rapporto della Commissione di esperti «Prevenzione + promozione della salute» all'attenzione del Dipartimento federale dell'interno, Berna, giugno 2006, in tedesco e francese, consultabile al link www.bag.admin.ch/pps2010.

- creare un ente nazionale per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute (fusione delle strutture già operative), raggruppare le fonti di finanziamento esistenti e ridurre la destinazione vincolata del gettito delle imposte sul consumo;
- varare una legge federale sulla prevenzione e sulla promozione della salute (legge quadro) nonché una legge federale per lottare contro le malattie non trasmissibili (in particolare anche contro i disturbi mentali);
- verificare sistematicamente gli effetti sulla salute delle decisioni politiche e degli atti normativi.

Rapporto OCSE e OMS

Nell'ambito della verifica del sistema sanitario svizzero, commissionata nella primavera 2005 dal Capo del DFI all'OCSE e all'OMS, sono stati analizzati il sistema di assistenza sanitaria e il settore «sanità pubblica».

I risultati della verifica sono stati pubblicati nell'ottobre 2006 nel rapporto sul sistema sanitario svizzero³⁵. Nello studio l'OCSE e l'OMS concludono che la Svizzera dovrebbe aspirare ad un miglior equilibrio tra prevenzione e medicina curativa, tanto più che la molteplicità di competenze ha generato attività disparate e per lo più non coordinate nonostante l'elevato numero di programmi e progetti. Per migliorare il sistema le due organizzazioni propongono tra l'altro di:

- coordinare le politiche per mezzo di una legge quadro sulla prevenzione e sulla promozione della salute;
- concentrarsi su tematiche particolarmente importanti per la salute pubblica (ad es. prevenzione del tabagismo, consumo di alcolici e regolamentazione sull'apporto di sali minerali) o su quelli ai quali è stata attribuita troppa poca importanza in passato (ad es. salute mentale o sovrappeso);
- promuovere misure di prevenzione che presentano un buon rapporto tra costi e benefici;
- estendere alcuni programmi di diagnosi precoce dei tumori, in particolare per il tumore al seno;
- creare incentivi per investire nel settore della prevenzione e della promozione della salute.

1.1.7 Mandato del Consiglio federale

Nei rispettivi rapporti³⁶ la Commissione PPS2010 e gli esperti dell'OCSE e dell'OMS hanno concluso che è possibile migliorare l'equilibrio tra prevenzione e medicina curativa, attualmente contraddistinte da un'innegabile debolezza strutturale, e migliorare il coordinamento e l'efficienza delle attività in corso solo con nuove basi legali.

Dando seguito a queste raccomandazioni, il 28 settembre 2007 il Consiglio federale ha affidato al DFI l'incarico di elaborare entro l'autunno 2008 un avamprogetto di

³⁵ OCSE e OMS: Rapporti OCSE sui sistemi sanitari. Svizzera. Parigi, 2006

³⁶ Cfr. nota 32 e 33

legge, corredato di rapporto esplicativo, quale base per l'avvio della consultazione. Il progetto doveva tener conto dei lavori preliminari e delle raccomandazioni della Commissione di esperti del giugno 2006 e di quelle che l'OCSE e l'OMS avevano formulato nel rapporto dell'ottobre 2006.

Secondo la decisione del Consiglio federale, la nuova base legale dovrebbe disciplinare in particolare i seguenti aspetti:

- misure della Confederazione e dei Cantoni volte alla prevenzione di malattie non trasmissibili e di malattie mentali, che sono molto diffuse o maligne (art. 118 cpv. 2 lett. b Cost.);
- coordinamento e orientamento condiviso delle attività di prevenzione e di promozione della salute della Confederazione, dei Cantoni e degli attori privati attraverso obiettivi elaborati e definiti a livello nazionale;
- coordinamento delle attività di prevenzione e di promozione della salute condotte dai servizi federali per mezzo di una strategia del Consiglio federale per la prevenzione e per la promozione della salute;
- semplificazione e riorganizzazione delle strutture di prevenzione nel rispetto dei principi di governo d'impresa del Consiglio federale³⁷ (corporate governance); in particolare riassetto della gestione dei prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo prelevata in virtù dell'art. 28 LImT e supplemento di premio LAMal prelevato in virtù dell'art. 20 LAMal) nonché adeguamento delle basi legali vigenti.

1.1.8 Elaborazione dell'avamprogetto

I lavori preliminari condotti in seno all'Amministrazione per l'elaborazione dell'avamprogetto di legge sulla prevenzione (LPrev) hanno coinvolto le cerchie direttamente interessate e esperti di vari orizzonti. Nell'ambito di due audizioni informali, a fine febbraio 2008 sono stati inoltre trasmessi singoli documenti di lavoro a rappresentanti di Cantoni, organizzazioni e enti statali e privati particolarmente interessati alla prevenzione e alla promozione della salute, invitandoli a prendere posizione.

1.2 Scopi della normativa proposta

Lo scopo principale della normativa proposta è di migliorare la gestione strategica, il coordinamento e l'efficienza delle misure in vista di rafforzare la prevenzione e la promozione della salute. Parallelamente, si tratta di colmare le lacune legislative nel settore della prevenzione e della diagnosi precoce delle malattie non trasmissibili e mentali molto diffuse o maligne. La nuova normativa si propone inoltre di armonizzare la gestione dei prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo prelevata in virtù dell'art. 28 LimT e supplemento di

³⁷ Rapporto del Consiglio federale sullo scorporo e la gestione strategica di compiti della Confederazione (Rapporto sul governo d'impresa) del 13 settembre 2006; FF **2006** 7545

premio LAMal prelevato in virtù dell'art. 20 LAMal) con le linee guida di corporate governance adottate dal Consiglio federale³⁸.

Gli scopi principali della normativa proposta sono:

- migliorare la gestione strategica e il coordinamento di tutti gli attori attraverso una strategia globale per la prevenzione e per la promozione della salute definendo obiettivi nazionali;
- migliorare il coordinamento delle misure di prevenzione e di promozione della salute della Confederazione rafforzando la pianificazione strategica del Consiglio federale (strategia di prevenzione e promozione della salute);
- semplificare le procedure della Confederazione e dei Cantoni in singoli settori tematici grazie ai programmi nazionali di prevenzione, diagnosi precoce e promozione della salute;
- migliorare la qualità e l'efficacia delle misure di prevenzione, diagnosi precoce e promozione della salute;
- definire la ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni rispettando in particolare il principio di sussidiarietà;
- sancire per legge prescrizioni strutturali per i Cantoni;
- creare un nuovo istituto di diritto pubblico (Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute, Istituto) che dovrà erogare le misure di sostegno della Confederazione ai Cantoni e alle organizzazioni private attive nel settore della prevenzione e nella promozione della salute³⁹;
- riorganizzare il flusso finanziario proveniente dal supplemento di premio LAMal riscosso in virtù dell'articolo 20 LAMal e reimpostare la gestione dei proventi della tassa per la prevenzione del tabagismo;
- introdurre uno strumento di valutazione prospettica per individuare le possibili ripercussioni sulla salute degli affari trattati dal Consiglio federale e dal Parlamento;
- sancire per legge le misure di incentivazione destinate alle associazioni nazionali centrali, al settore della ricerca e dell'innovazione e a quello della formazione e del perfezionamento professionale;
- sviluppare e perfezionare la statistica sanitaria e i rapporti sulla salute.

1.3 Elementi chiave della nuova regolamentazione

1.3.1 Strumenti di gestione strategica e di coordinamento

In Svizzera molti attori statali e non statali a livello federale, cantonale e comunale operano nella prevenzione e nella promozione della salute. A livello di attuazione, la struttura federale ha permesso di accumulare una vasta esperienza nella messa a

³⁸ Cfr. nota 31

³⁹ L'organizzazione, la gestione strategica e la sorveglianza della Confederazione sono disciplinate in una legge a sé stante (cfr. avamprogetto e rapporto esplicativo relativo alla legge federale concernente l'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute). Dopo la consultazione si prevede di riunire i due avamprogetti in un'unica legge.

punto di misure di prevenzione e di promozione della salute. Il federalismo permette di tener conto anche delle diverse esigenze cantonali e comunali. Rapporti e studi di valutazione internazionali relativi alla Svizzera hanno documentato l'efficacia di molte misure di prevenzione e di promozione della salute.

Poiché nell'attuale panorama manca una strategia globale, l'avamprogetto LPrev prevede, conformemente al mandato del Consiglio federale del 28 settembre 2007, l'integrazione di due nuovi strumenti di gestione strategica e di coordinamento: gli obiettivi nazionali in materia di prevenzione e promozione della salute (ogni otto anni, art. 4) e la strategia di prevenzione e di promozione della salute (ogni quattro anni, art. 5). La strategia del Consiglio federale definisce in particolare le linee guida strategiche per i programmi nazionali, gli obiettivi del futuro Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute e gli obiettivi strategici per l'impiego dei prelievi a favore della prevenzione (supplemento di premio LAMal e tassa per la prevenzione del tabagismo).

A livello attuativo vengono definiti, sulla base delle linee strategiche del Consiglio federale, le modalità e i settori di intervento nelle singole aree tematiche ogni quattro o otto anni sotto forma di programmi nazionali di prevenzione, diagnosi precoce o promozione della salute (art. 6). Questi elementi servono da direttive generali a tutti gli attori coinvolti per le loro future attività. A seconda delle circostanze cantonali o regionali, possono essere adeguati in sede di attuazione o ridefiniti in base a altre priorità. La competenza per la progettazione e l'attuazione dei programmi nazionali a livello federale spetta in primo luogo all'Istituto. Per le aree tematiche politicamente sensibili spetta invece ai servizi federali competenti (in particolare all'UFSP).

Secondo l'avamprogetto LPrev, il Consiglio federale è tenuto a coordinare le misure con le iniziative analoghe nei settori della sicurezza sul lavoro, della tutela della salute sul posto di lavoro e della prevenzione della violenza (art. 8).

1.3.2 Misure di prevenzione delle malattie non trasmissibili e mentali

Dato che l'oggetto della nuova legge contempla tutte le malattie menzionate dall'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost., con l'avamprogetto LPrev la Confederazione si dota di una nuova base legale per le misure in materia di prevenzione delle malattie non trasmissibili e mentali molto diffuse o maligne. Ciò le consente di operare nel settore della prevenzione e della diagnosi precoce di quelle malattie che sono di importanza fondamentale per la salute pubblica e che hanno un impatto diretto sui costi sanitari (cfr. tabelle 4 e 5).

Tabella 4: ripartizione percentuale degli anni di vita persi per mortalità precoce (ossia prima del 70° anno di età) in base alle cause principali di decesso (2005)⁴⁰

Cause di decesso	Uomini	Donne
Tumori	27,3	42,9
Malattie cardiocircolatorie	17,5	9,9
Infortuni e conseguenze di atti di violenza	12,8	7,1
Suicidi	12,8	9,3
Malattie infettive	1,6	1,6
Altre	28,0	29,2

⁴⁰ Fonte: Ufficio federale di statistica, Statistica sanitaria 2007, Neuchâtel 2007

Tabella 5: «Burden of Disease» - i 10 principali fattori di rischio, malattia o infortunio⁴¹

Fattore di rischio	% di tutti DALYs¹⁾	Malattie o infortuni	% di tutti DALYs¹⁾
Tabagismo	11,2	Depressione unipolare	10,3
Iperensione	7,3	Cardiopatía ischemica	6,2
Consumo di alcol	7,2	Alzheimer e demenza	4,7
Indice di massa corporea elevato	6,0	Malattie alcolcorrelate	4,6
Tasso di colesterolo elevato	5,1	Perdita dell'udito	4,2
Consumo di droga	2,7	Malattie cerebrovascolari	3,3
Sedentarietà	2,4	Cancro ai polmoni	3,1
Consumo limitato di frutta e verdura	1,6	COPD (broncopneumopatia cronica ostruttiva)	2,8
Rapporti sessuali non protetti	0,7	Autolesionismo	2,8
Abusi sessuali in gioventù	0,6	Osteoartrite	2,7

¹⁾ DALY = Disability adjusted life years. Unità di misura che indica la somma degli anni di vita persi a causa di una morte prematura (ossia prima del 70° anno d'età) e degli anni di vita con disabilità.

La nuova legge non modifica le disposizioni vigenti nel settore della prevenzione degli infortuni, della sicurezza sul lavoro e della tutela della salute sul posto di lavoro.

1.3.3 Ripartizione dei compiti tra la Confederazione e i Cantoni

Secondo la ripartizione delle competenze dello Stato federale, l'adozione di misure di prevenzione e di promozione della salute spetta ai Cantoni. La Confederazione interviene unicamente nei settori in cui è opportuna o necessaria un'azione uniforme a livello nazionale, in particolare per

- il coordinamento di procedure e misure in settori tematici importanti (programmi nazionali secondo l'art. 6);
- l'attività di informazione, in particolare sotto forma di campagne (art. 9);
- la cooperazione internazionale (art. 23).

In futuro, la Confederazione intende migliorare il supporto metodologico e contenutistico fornito ai Cantoni e alle organizzazioni private attive in questo settore nella progettazione e nell'adozione di misure di prevenzione e di promozione della salute. Le misure di supporto sono definite più precisamente in una disposizione distinta (art. 10) e sono completate dalle misure menzionate alla sezione 7 destinate ai settori della ricerca, della formazione e del perfezionamento professionale (art. 18 e 19).

Parallelamente, i Cantoni sono invitati a rafforzare e coordinare laddove necessario le loro attività nei settori della prevenzione e della promozione della salute. A tale scopo vengono formulate linee guida applicabili all'infrastruttura cantonale di prevenzione e promozione della salute (art. 11).

Anche nel settore della prevenzione e della diagnosi precoce di malattie è necessario definire la ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni. Pure in questo caso i Cantoni sono competenti per l'esecuzione dei programmi, mentre la Confederazione svolge le funzioni di informazione e coordinamento. Per sgravare i

⁴¹ Fonte: Stime sulla base della banca dati OMS «Burden of Disease»

Cantoni è possibile finanziare i costi infrastrutturali dei programmi attingendo ai proventi del supplemento di premio prelevato in virtù dell'articolo 20 LAMal (art. 14 cpv. 1 lett. d. Il finanziamento delle misure mediche (ad es. mammografia o vaccini) continua ad essere disciplinato dalle disposizioni della LAMal (lista positiva per le misure della prevenzione e della diagnosi precoce secondo l'art. 26 LAMal)⁴².

1.3.4 Principi di finanziamento

Il disciplinamento dei flussi finanziari previsto dalla legge sulla prevenzione (LPrev) si basa sul principio secondo cui ogni livello istituzionale (Confederazione o Cantoni) è responsabile del finanziamento dei compiti che rientrano nel suo ambito di competenza. Occorre quindi, da un lato, finanziare compiti statali (incluse le indennità versate all'Istituto e menzionate al capitolo 1.3.5) con le risorse del bilancio ordinario, mentre dall'altro i Cantoni devono provvedere al finanziamento delle loro misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce e delle strutture e servizi necessari. I proventi della tassa per la prevenzione del tabagismo e il supplemento di premio LAMal devono sì servire a finanziare programmi nazionali (cfr. art. 6), ma devono restare principalmente a disposizione dei Cantoni (Città e Comuni) e delle organizzazioni private attive nella prevenzione e promozione della salute per (co)finanziare le loro attività. Come già menzionato in precedenza, non possono essere utilizzate per finanziare compiti di pertinenza statale.

Sulla base del mandato del Consiglio federale del 28 settembre 2007 le modalità della gestione e lo scopo di impiego dei proventi della tassa per la prevenzione del tabagismo e del supplemento di premio LAMal sono stati ridefiniti anche tenendo conto dei principi di corporate governance del Consiglio federale⁴³. Questi prevedono che l'attribuzione di contributi a programmi o progetti sotto forma di sussidi rientra nei compiti ministeriali che possono essere adempiuti unicamente all'interno dell'Amministrazione centrale. Per questo motivo, il supplemento di premio LAMal non sarà più gestito dalla fondazione di diritto privato Promozione Salute Svizzera, bensì al futuro Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute (cfr. capitolo 1.3.5). In tal modo la competenza strategica decisionale in merito agli obiettivi da raggiungere con le varie fonti di finanziamento (cfr. capitolo 1.3.1)⁴⁴ verrà affidata interamente al Consiglio federale.

⁴² Cfr. anche i commenti all'articolo 28 (modifica del diritto previgente)

⁴³ FF **2006** 7545

⁴⁴ Le disposizioni dell'avamprogetto LPrev non tangono i proventi dell'imposta sull'alcol devoluti ai Cantoni (decima dell'alcol), in quanto questi sono già definiti a livello costituzionale (art. 131 cpv. 3 Cost.). A livello di attuazione è tuttavia auspicabile, in particolare in sede di concessione di contributi provenienti dalle tasse per la prevenzione a progetti cantonali o comunali, un coordinamento con le attività finanziate mediante i proventi della decima dell'alcol.

1.3.5 Semplificazione e riorganizzazione delle strutture di prevenzione a livello federale

Il disciplinamento della competenza organizzativa per l'erogazione delle misure di sostegno della Confederazione secondo l'articolo 10 prevede la creazione di un Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute (Istituto) sotto forma di ente di diritto pubblico della Confederazione. Secondo l'articolo 15, l'Istituto, nel quale verrà tra l'altro trasferita la fondazione Promozione Salute Svizzera (istituita sulla base dell'articolo 19 LAMal), è chiamato a sostenere programmi e misure attingendo ai prelievi a favore della prevenzione (supplemento di premio LAMal e tassa per la prevenzione del tabagismo). Di conseguenza, anche il servizio che amministra i proventi della tassa per la prevenzione del tabagismo (Fondo per la prevenzione del tabagismo) verrà integrato nell'Istituto. Le modalità organizzative del nuovo istituto sono disciplinate in una normativa specifica (legge federale concernente l'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute) conformemente alle linee guida di corporate governance del Consiglio federale.

1.3.6 Altre novità

Le altre novità introdotte dall'avamprogetto sono:

- l'adozione di uno strumento per la valutazione prospettica del possibile impatto sulla salute di affari del Parlamento e del Consiglio federale (art. 7);
- l'inserimento di misure volte a sostenere e promuovere le associazioni nazionali, la ricerca, l'innovazione, la formazione e il perfezionamento (artt. 17-19);
- l'ottimizzazione della statistica sanitaria e dei rapporti sulla salute (artt. 20-22).

1.4 Corrispondenza tra compiti e risorse finanziarie

L'avamprogetto LPrev fissa la futura ripartizione dei compiti tra la Confederazione e i Cantoni nel settore della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce. Conformemente al principio di equivalenza fiscale, ogni livello istituzionale è tenuto a finanziare i compiti che rientrano nel proprio ambito di competenza. I prelievi a favore della prevenzione (art. 13) non possono essere utilizzati per finanziare compiti sovrani.

Le misure concrete che la Confederazione intende adottare e eseguire verranno definite sostanzialmente sulla base della strategia quadriennale del Consiglio federale per la prevenzione e per la promozione della salute (art. 5). La strategia contemplerà anche indicazioni sulle risorse umane e finanziarie necessarie (per le modalità di finanziamento dei nuovi compiti della Confederazione cfr. capitolo 3.1).

1.5

Contesto internazionale e rapporto con il diritto europeo

1.5.1 Contesto internazionale

Organizzazione mondiale della sanità

In collaborazione con le Nazioni Unite e gli Stati membri, l'OMS pubblica una serie di documenti autorevoli e molto importanti sulla prevenzione e sulla promozione della salute e raccomandazioni sugli investimenti necessari nel campo della sanità. Le direttive sulla prevenzione e sulla promozione della salute su cui poggia l'azione degli Stati membri dell'OMS sono sostanzialmente:

- la *Carta di Ottawa per la promozione della salute* (1986), che si prefigge di rafforzare le risorse sanitarie e propone strategie per la promozione della salute, quali ad esempio la creazione di scuole che promuovono la salute e il lancio di progetti per promuovere stili di vita sani;
- la *Carta di Bangkok per la promozione della salute in un mondo globalizzato* (2005), che si basa sulla Carta di Ottawa, identifica i valori, i principi e le strategie d'azione necessari per la promozione della salute in un mondo globalizzato, allo scopo di porre al centro dello sviluppo mondiale e nazionale le pari opportunità nella salute;
- la *Strategia globale su Dieta, Attività fisica e Salute*;
- il *Rapporto OMS «Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment»* (2005) (Prevenire le malattie croniche, un investimento vitale) secondo il quale investendo nella prevenzione si potrebbero salvare entro il 2015 36 milioni di persone in tutto il mondo;
- la *Dichiarazione sulla salute mentale per l'Europa e il piano d'azione corrispondente* (2005) illustrano il bisogno e l'utilità di varie offerte psicosociali per l'intera popolazione, per i gruppi a rischio e per le persone che hanno problemi di salute mentale, allo scopo di promuovere la consapevolezza dell'importanza del benessere mentale per una società sana.

I documenti menzionati non hanno valore vincolante per gli Stati membri e vengono generalmente intesi come linee guida dalle quali le politiche sanitarie nazionali devono prendere spunto.

Germania

In Germania varie leggi prevedono misure di prevenzione e di promozione della salute. L'esecuzione e il finanziamento di queste misure competono a enti e sistemi di assicurazione sociali diversi, a seconda del gruppo target e del settore (assicurazione malattie, assicurazione contro gli infortuni, aiuto alla gioventù, riabilitazione). Anche in Germania le spese destinate alla prevenzione e alla promozione della salute hanno un'importanza subordinata rispetto a quelle destinate all'assistenza sanitaria.

Nell'ottobre 2004 lo Stato federale e i Länder avevano concordato i punti chiave della legge sul rafforzamento della prevenzione (*Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention*). Lo scopo generale della legge era di potenziare la prevenzione, trasformandola nel «quarto pilastro» del sistema sanitario accanto alla medicina acuta, alla riabilitazione e all'assistenza a lungo termine.

La legge sulla prevenzione si prefigge di integrare durevolmente la tutela preventiva della salute nei sistemi di sicurezza sociale, di creare una nuova base legale uniforme, di aumentare i mezzi finanziari necessari e di controllare i programmi e i progetti finanziati per mezzo di un sistema di gestione della qualità. Il 27 maggio 2005 il Bundesrat ha trasmesso la legge al comitato di mediazione (Vermittlungsausschuss). Il progetto è fallito a causa delle elezioni anticipate del Bundesrat tenutesi il 18 settembre 2005, a seguito delle quali tutti i progetti legislativi non ancora liquidati sono stati definitivamente archiviati.

Il 28 novembre 2007 è stato presentato un nuovo progetto di legge sulla prevenzione che si ispira al progetto del 2005 e lo modifica leggermente. Il progetto prevede che ad organizzare e finanziare i progetti per la prevenzione delle malattie e la promozione della salute siano tutte le casse. Inoltre, le casse malati, ma anche le casse di previdenza, le assicurazioni infortuni e le casse di assistenza sanitaria sono tenute a versare in un fondo di finanziamento congiunto contributi dell'ordine di milioni di Euro per finanziare progetti volti a migliorare le condizioni di vita (setting).

Attualmente (primavera 2008) il progetto di legge è bloccato poiché varie unità governative hanno avanzato riserve di diritto costituzionale e di politica statale. È molto probabile che in un prossimo futuro i responsabili della politica sanitaria della coalizione non riusciranno ad accordarsi su un progetto.

Austria

Con l'adozione della legge sulla promozione della salute e della delega dei compiti attinenti al Fondo nazionale di prevenzione (Fonds Gesundes Österreich), l'Austria dispone dal 1998 di una base legale che disciplina la prevenzione e la promozione della salute.

Nei contenuti, la legge poggia sulla Carta di Ottawa dell'OMS per la promozione della salute e fissa il budget annuale per l'attuazione delle attività di promozione della salute (attualmente 7,25 milioni di Euro).

La legge sulla promozione della salute mira ad ampliare le conoscenze della popolazione sui rischi sanitari e sulle misure che promuovono la salute come pure a sostenere lo sviluppo di comportamenti salutari. Si tratta in particolare di potenziare le strutture per la promozione della salute e di promuovere programmi, offerte e misure di formazione continua.

Il 1° agosto 2006 è stata varata la legge che istituisce l'Istituto nazionale di ricerca e di pianificazione sanitaria (Gesundheit Österreich GmbH), che funge da centro di competenza nazionale per la promozione della salute. Il Fondo nazionale di prevenzione (Fonds Gesundes Österreich) è stato integrato nell'istituto quale settore d'attività a sé stante e continua a fungere da centro nazionale di competenza per la prevenzione e per la promozione della salute. Il suo compito è di promuovere progetti scientifici e orientati alla pratica nonché di sviluppare attività e campagne per rendere per quanto possibile accessibili ai cittadini i comportamenti e gli stili di vita sani. Promuove inoltre la cooperazione nel settore della prevenzione e della promozione della salute. Il mandato sancito per legge prevede sei ambiti di intervento: attività fisica, alimentazione, salute mentale, gioventù, salute sul posto di lavoro e popolazione anziana.

Francia

Nel 2004 il Parlamento francese ha approvato la nuova legge sulla sanità («Loi sur la Santé Publique»), che si concentra sulle malattie trasmissibili e croniche. La legge si propone di rafforzare la prevenzione, riunendo singole leggi, programmi e commissioni e sancendo la responsabilità dello Stato e del Parlamento. Viene inoltre menzionata la responsabilità di altri attori sociali, ad esempio la responsabilità dell'assicurazione malattie a livello di finanziamento.

La legge prevede che ogni cinque anni vengono elaborati piani strategici sanitari che tengono conto delle principali problematiche legate alla salute. I piani sono sviluppati d'intesa con la Conferenza nazionale sulla sanità, una commissione consultiva incaricata di formulare pareri e di presentare proposte all'attenzione del Governo. Parallelamente all'elaborazione dei piani strategici, vengono definiti obiettivi sanitari nazionali. Gli obiettivi, che devono essere approvati dal Parlamento, hanno un carattere vincolante e allo scadere del quinquennio sono sottoposti a verifica.

I programmi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi si focalizzano sui fattori di rischio, su determinate patologie e su singoli gruppi di popolazione.

La nuova legge sanitaria descrive anche le competenze attribuite ai vari livelli politici e disciplina le attività di informazione, ricerca e formazione (creazione di una Ecole nationale de Santé Publique).

Attualmente si sta discutendo una riforma del finanziamento del sistema nazionale delle assicurazioni sociali. In questo contesto si prevede anche di ridefinire il finanziamento dei compiti della sanità pubblica.

1.5.2 Rapporto con il diritto europeo

Nel campo delle malattie non trasmissibili e delle malattie mentali la Svizzera non ha ancora obblighi legali nei confronti dell'Unione europea (UE). Tuttavia, su mandato del Consiglio federale l'UFSP sta conducendo trattative con la Commissione europea in vista della conclusione di un accordo sulla salute.

Programmi d'azione dell'UE

Su iniziativa della Commissione europea, dagli anni 1990 l'UE ha sviluppato una serie di attività di prevenzione e di promozione della salute e ha promosso la collaborazione degli Stati membri in questo settore. A tal fine si basa sugli articoli 152 (sanità pubblica) e 153 (tutela dei consumatori) del Trattato CE e finanzia programmi d'azione e misure di incentivazione nei settori della ricerca, delle statistiche e del reporting in ambito sanitario.

Tra le attività concrete promosse dall'UE va segnalato il secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute 2008-2013 approvato il 27 ottobre 2007 dal Parlamento europeo e dal Consiglio (Decisione 1350/2007/CE). Il programma, che fa seguito al primo programma d'azione 2003-2008 (Public-Health-Programm, PHP) adottato il 23 settembre 2002 (Decisione 1786/2002/CE), si propone di migliorare la protezione della salute, di promuovere la salute riducendo le disparità nel settore dell'assistenza sanitaria e di creare e diffondere informazioni e conoscenze sulle questioni sanitarie. Con questo secondo programma d'azione, che

ha una dotazione finanziaria di 321,5 milioni di Euro, si intende completare, sostenere e intensificare le politiche sanitarie dei Paesi membri dell'UE.

Per attuare il programma d'azione in materia di salute, l'UE ha creato nel 2005 l'Agenzia esecutiva per la sanità pubblica (Public Health Executive Agency, PHEA) che ha sede in Lussemburgo e impiega 30 persone.

Raccomandazioni dell'UE

L'UE ha emanato numerose risoluzioni e raccomandazioni in determinati ambiti settoriali che rientrano nell'acquis comunitario in materia di salute. Non si tratta tuttavia di risoluzioni o direttive vincolanti per gli Stati membri:

- Raccomandazione, del 12 luglio 1999, sulla limitazione dell'esposizione della popolazione ai campi elettromagnetici (da 0 Hz a 300 GHz) (1999/519/CE)
- Risoluzione del Consiglio, del 18 novembre 1999, sulla promozione della salute mentale (2000/C 86/01)
- Risoluzione del Consiglio, del 29 giugno 2000, sull'azione relativa ai fattori determinanti per la salute (2000/C 218/03)
- Conclusioni del Consiglio, del 5 giugno 2001, relative a una strategia comunitaria intesa a ridurre i pericoli connessi con l'alcol (2001/C 175/ 01)
- Raccomandazione del Consiglio, del 5 giugno 2001, sul consumo di bevande alcoliche da parte di giovani, in particolare bambini e adolescenti (2001/458/CE)
- Conclusioni del Consiglio del 15 novembre 2001 per combattere i problemi legati allo stress e alla depressione (2002/C 6/01)
- Conclusioni del Consiglio del 2 dicembre 2002 sull'obesità (2003/C 11/03)
- Conclusioni del Consiglio del 2 giugno 2003 sulla lotta alla stigmatizzazione e alla discriminazione in relazione alle malattie mentali (2003/C 141/01)
- Raccomandazione del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza (2003/488/CE)
- Conclusioni del Consiglio del 2 dicembre 2003 sugli stili di vita sani: educazione, informazione e comunicazione (2004/C 22/01)
- Raccomandazione del Consiglio del 2 dicembre 2003 sullo screening dei tumori (2003/878/CE)
- Conclusioni del Consiglio del 3 giugno 2005 su sovrappeso, alimentazione e attività fisica (9803/053).

Riassumendo, si può affermare che l'avamprogetto LPrev rappresenta sostanzialmente una base legale adeguata per garantire la collaborazione con le strutture comunitarie nel settore della prevenzione delle malattie non trasmissibili e mentali e della promozione della salute.

1.6

Attuazione

In linea di massima, le nuove disposizioni di legge non dovranno essere precisate da un'ordinanza. Fanno eccezioni le nuove disposizioni di attuazione relative all'impiego dei prelievi a favore della prevenzione (artt. 13-16), alle condizioni per le misure di promozione (artt. 17-19) e al rilevamento di dati a scopi statistici (artt. 20-21).

Il progetto di legge prevede nuovi strumenti di gestione strategica e di coordinamento che dovranno essere messi in atto ad intervalli regolari:

- obiettivi nazionali (art. 4): ogni 8 anni sulla base di una convenzione tra Confederazione e i Cantoni;
- strategia del Consiglio federale (art. 5): ogni 4 anni;
- rapporto nazionale sulla salute (art. 22): periodico, di competenza della Confederazione.

L'UFSP valuta periodicamente se l'attuazione della LPrev produce i risultati attesi (art. 24).

Si è rinunciato a un articolo distinto riguardante l'esecuzione, in quanto il progetto non prevede nessun obbligo per i Cantoni di attuare misure nei confronti di terzi.

1.7

Interventi parlamentari

Parallelamente ai lavori preliminari del DFI per l'elaborazione dell'avamprogetto di legge sulla prevenzione e sulla promozione della salute, sono state depositate presso il Consiglio Nazionale tre mozioni che vanno nello stesso senso:

- *Mozione Schenker 07.3261, Prevenzione e promozione della salute, 23 marzo 2007*: l'autore della mozione invita il Consiglio federale ad elaborare le basi legali per coordinare la pianificazione, l'attuazione e la valutazione di misure di prevenzione e promozione della salute, ponendo l'accento in particolare sulla lotta contro le malattie non trasmissibili.
- *Mozione Heim 07.3525, Cultura sanitaria. Un fattore centrale nella sanità, 22 giugno 2007*: il Consiglio federale è incaricato di presentare provvedimenti volti a promuovere la cultura sanitaria della popolazione e, in particolare, di creare le condizioni quadro giuridiche affinché le competenze in materia di salute siano integrate nei prossimi lavori legislativi sulla prevenzione, di tenere in considerazione, nelle attuali revisioni e nei futuri progetti legislativi in materia di salute, il ruolo attivo dei cittadini e quello di sostegno dello Stato e infine di adottare le misure atte a migliorare la cultura sanitaria dei cittadini, dei loro familiari e del personale medico.
- *Mozione Schenker 07.3544, Lotta contro le malattie croniche, 22 giugno 2007*: il Consiglio federale è invitato a elaborare una base legale per coordinare la pianificazione, l'attuazione e la valutazione dei provvedimenti contro le malattie croniche. Vanno in particolare considerati i seguenti aspetti: la disponibilità dei dati epidemiologici per un monitoraggio delle malattie croniche in Svizzera, la promozione di provvedimenti volti a impedire il progredire dello stato iniziale della malattia, evitare il peggioramento di malattie già manifestatesi e migliorare la qualità di vita

delle persone colpite e infine l'aiuto finanziario a organizzazioni che forniscono consulenza e sostegno alle persone affette da malattie croniche e ai loro familiari.

Il 28 settembre 2007 il Consiglio federale ha trasmesso – proponendo di accoglierle – le tre mozioni al Parlamento, il quale a tutt'oggi (1° giugno 2008) non le ha ancora discusse.

2 Spiegazioni sui singoli articoli

2.1 Sezione 1: Disposizioni generali e principi

Art. 1 Oggetto

Conformemente all'articolo 118 capoverso 2 Cost. l'avamprogetto disciplina la prevenzione e la diagnosi precoce di malattie fisiche e mentali, per quanto siano trasmissibili, molto diffuse e maligne. A tale scopo possono essere adottate misure di prevenzione e di promozione della salute (*cpv. 1*). La sicurezza sul lavoro (prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali) e la prevenzione degli infortuni non professionali non rientrano nel campo di applicazione della legge, in quanto sono già disciplinate nella LAInf. Alla stessa stregua, la prevenzione degli incidenti nel traffico stradale è disciplinata dalla LCStr, la prevenzione della violenza dall'articolo 386 del Codice penale svizzero⁴⁵ (CP) e la protezione della salute sul posto di lavoro dalla legge sul lavoro del 13 marzo 1964⁴⁶ (LL).

La presente legge è invece applicabile per analogia alle misure di prevenzione del suicidio e del bisogno di cure, nella misura in cui mirano alla prevenzione delle malattie psichiche o mentali soggiacenti, ai sensi dell'articolo 118 capoverso 2 Cost.

Il *capoverso 2* fa proprio il principio secondo cui la norma più specifica prevale su quella generale. Sono quindi fatte salve in particolare le disposizioni

- della LEp relative alle misure specifiche di prevenzione e di lotta per proteggere la popolazione dalle malattie trasmissibili;
- della LStup concernenti le misure assistenziali e di medicina sociale volte alla prevenzione e alla terapia dell'abuso di stupefacenti;
- dell'articolo 12 LDerr relative all'informazione sulle conoscenze scientifiche di interesse generale in ambito nutrizionale e dell'articolo 67 LATer relative all'informazione sull'utilizzazione corretta degli agenti terapeutici;
- della LAIc concernenti le misure di prevenzione del consumo nocivo di alcol, i divieti di pubblicità e le disposizioni specifiche per la tutela dei giovani;
- della legge federale del 17 marzo 1972⁴⁷ che promuove la ginnastica e lo sport relative alle misure per la promozione dell'attività fisica; e

⁴⁵ RS 311.0

⁴⁶ RS 822.11

⁴⁷ RS 415.0

- della LAMal sulle modalità del finanziamento di misure individuali di prevenzione e di diagnosi precoce da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Art. 2 Scopo

Secondo il *capoverso 1*, l'avamprogetto LPrev non si limita a tutelare e preservare la salute degli individui. La nuova normativa mira anche a ridurre l'impatto (finanziario) delle malattie molto diffuse (ossia a contrastare l'aumento dei costi sanitari e dei premi dell'assicurazione malattie) per la popolazione e per l'economia (ossia mantenere la capacità lavorativa dei lavoratori più anziani). Infine, per far fronte all'evoluzione demografica, si propone di migliorare la speranza di vita in salute – ossia senza malattie o disabilità – e l'efficienza funzionale (psichica e fisica) della popolazione, ossia non solo la capacità lavorativa ma anche la capacità di partecipazione alla vita sociale.

Il *capoverso 2* illustra nei dettagli gli obiettivi dell'avamprogetto di legge.

Lettera a: promuovendo la cultura della salute è anche possibile rafforzare la responsabilità individuale verso la propria salute. La cultura della salute è la capacità del singolo di prendere quotidianamente decisioni che influiscono positivamente sulla salute. Essa garantisce l'autodeterminazione e permette all'individuo di esercitare la propria libertà di scelta e di decisione in fatto di salute. Infine, migliora la capacità di reperire e capire le informazioni relative alla salute e di assumere la responsabilità per la propria salute.

La cultura della salute comprende cinque dimensioni⁴⁸:

- *salute personale*: gestione individuale della salute; conoscenze e adozione di comportamenti salutari nella cura personale e nell'assistenza familiare;
- *capacità di orientamento*: capacità di orientarsi nel sistema sanitario e di proporsi come partner competente rispetto al personale specializzato;
- *comportamento di consumo*: capacità di tener conto degli elementi legati alla salute nella scelta dei prodotti e delle prestazioni da acquistare;
- *mondo del lavoro*: evitare infortuni e malattie professionali, impegnarsi per la sicurezza, per condizioni di lavoro sane e per un migliore equilibrio tra lavoro e vita privata;
- *politica sanitaria*: azione informata nel campo della politica sanitaria (tutela dei diritti alla salute, pareri su questioni sanitarie, partecipazione a organizzazioni di pazienti e a organizzazioni attive nel campo della salute).

Lo stile di vita dipende da tutta una serie di fattori: sono le condizioni di vita sociali, culturali e ambientali a influenzare la scelta di un individuo di adottare uno stile di vita piuttosto salutare o piuttosto a rischio, indipendentemente dalla sua costituzione. È noto che nell'infanzia e nella gioventù le norme di gruppo hanno una funzione di socializzazione. Per questo è importante che la promozione del comportamento sanitario non venga considerata isolatamente ma sia sempre messa in relazione con i vari ambiti della vita sociale (ad es. scuola, attività del tempo libero, condizioni di lavoro). L'avamprogetto mira a creare gli incentivi necessari per permettere alle

⁴⁸ Kickbusch, I., Maag, D., Saan H.: Enabling healthy choices in modern health societies. Paper for the European Health Forum Bad Gastein 2005.

persone di prendere decisioni positive per la loro salute. In questo contesto i determinanti della salute hanno un ruolo fondamentale (cfr. commenti relativi all'articolo 3).

Lettera b: negli ultimi decenni la longevità in Svizzera è aumentata. Sempre più persone hanno una speranza di vita elevata e una salute relativamente buona. Tuttavia, le probabilità di vivere a lungo in salute non sono uguali per tutti. Studi scientifici hanno evidenziato che anche in Svizzera le persone con uno status sociale basso (ad es. basso grado di istruzione, bassa posizione lavorativa e/o reddito basso) si ammalano con maggiore frequenza e muoiono prima rispetto alle persone che appartengono ad uno status sociale più elevato⁴⁹. Oltre allo status socioeconomico, anche aspetti socioculturali quali età, sesso, stato civile, nazionalità o background migratorio possono portare a disuguaglianze nella salute.

Le misure previste dall'avamprogetto devono contribuire a migliorare le pari opportunità nella salute. Da un lato vanno adottate misure di prevenzione e di promozione della salute specifiche per i gruppi di persone per i quali vi è un bisogno di intervento particolare; dall'altro servono provvedimenti anche in altri settori politici (politica sociale, economica o dell'educazione) per migliorare le condizioni di vita di questi gruppi di persone.

Le lettere c-e illustrano i cambiamenti strutturali ai quali punta l'avamprogetto. Oltre a migliorare la gestione strategica e il coordinamento e ad assicurare la coerenza con le iniziative di cooperazione internazionale nell'ambito della politica sanitaria⁵⁰ (*lett. c*), la nuova legge si prefigge in particolare di integrare maggiormente gli altri settori politici (politica sociale, dell'educazione, dell'integrazione, economica o ambientale) nella pianificazione e nella realizzazione di misure di prevenzione e di promozione della salute (approccio globale, *lett. d*) e di migliorare la qualità e l'efficacia delle misure (*lett. e*). Per raggiungere quest'obiettivo si prevede di sviluppare l'attività di reporting (rapporti sulla salute), di ottimizzare gli standard di qualità e di valutare periodicamente le singole misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce. In questo contesto va precisato che il termine «qualità» si riferisce all'idoneità delle misure per il gruppo target e il genere cui sono destinate.

Il *capoverso 3* sottolinea due aspetti. In primo luogo, le misure adottate in virtù dell'avamprogetto non devono pregiudicare il diritto all'autodeterminazione individuale né l'autonomia decisionale di ciascuno. Questa prescrizione deriva dal principio sancito dal diritto costituzionale secondo cui lo Stato, nell'applicare la legge, non può oltrepassare i limiti delle proprie competenze, ossia non può interferire nella sfera delle libertà individuali e avviare misure che potrebbero limitare in modo inammissibile i diritti e le libertà fondamentali del singolo, tra cui la libertà economica. In secondo luogo, le misure adottate in virtù della nuova legge non devono rimettere in discussione la diversità culturale della popolazione, in particolare le caratteristiche culturali dei vari gruppi, anche se, d'altro canto, devono essere concepite in modo da rispondere ai bisogni specifici dei vari gruppi.

⁴⁹ Cfr. ad esempio Caritas Svizzera: Gesundheit – eine soziale Frage. Sozialalmanach 2003, Lucerna, 2003 o Bopp M., Minder Ch.: Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990-1997: Results from the Swiss National Cohort. In: International Journal of Epidemiology 2003, n. 32, pag. 346-354.

⁵⁰ Gli obiettivi della politica estera sanitaria sono stati definiti nel 2006 in un accordo concluso tra il DFAE e il DFI.

Art. 3 Definizioni

Il concetto di salute è vago, come è il caso per molti altri concetti che figurano nella Costituzione. Poiché non è definito dal diritto, occorre precisarlo volta per volta, rinviando ad esempio alla realtà costituzionale e in particolare a definizioni tecnico-scientifiche. Ed è proprio a questo tipo di definizioni che la dottrina costituzionale fa per lo più riferimento, quando deve definire il concetto di salute⁵¹.

Le definizioni di cui all'articolo 3 partono dal principio secondo cui la salute può essere espressa come una variabile in costante movimento in un continuum tra due estremi, ossia «assenza di malattia» e «massimo grado di malattia». Lo stato di salute si configura come il punto di equilibrio tra fattori patogeni e fattori «salutogeni». Questo equilibrio, da ripristinare costantemente, è influenzato da quattro fattori: le condizioni psico-fisiche, lo stile di vita personale, l'ambiente e le condizioni di vita (ad es. formazione, lavoro ecc.) e infine l'assistenza medica (sistema sanitario)⁵². La salute è quindi vista come un valore personale e sociale che si estende ben oltre la semplice assenza di malattia.

La *lettera a* contempla una definizione del termine «determinanti della salute». Dal punto di vista politico i principali determinanti della salute – ossia le condizioni quadro strutturali per la salute – si possono suddividere in sei campi di intervento: a) sicurezza sociale e pari opportunità, b) occupazione e mondo del lavoro, c) formazione e qualifiche, d) habitat e ambiente naturale, e) abitazione e mobilità, f) sicurezza alimentare e alimentazione. Studi scientifici evidenziano che queste condizioni quadro influenzano la salute degli individui o di singoli gruppi alla stregua dei fattori biologico-genetici, lo stile di vita personale o l'accesso a strutture sanitarie di qualità: le persone che hanno un livello socioeconomico basso (formazione, posizione professionale, reddito) e le persone in condizioni di precarietà o con un permesso di soggiorno di breve durata hanno maggiori probabilità di contrarre una malattia, presentano un carico di malattia più alto e muoiono più precocemente. Inoltre, adottano un comportamento sanitario più rischioso. Poiché il sistema sanitario, da solo, ha poco influsso sulle condizioni quadro, per migliorare i determinanti della salute occorre una politica della salute intersettoriale che inglobi tutti i settori politici (cfr. anche art. 2 cpv. 2 lett. d).

La *lettera b* definisce il concetto di «promozione della salute». La promozione della salute mira a proteggere gli individui dalle malattie migliorando i fattori che influiscono sulla salute, ossia gli stili di vita (fattori individuali) e le condizioni di vita (fattori collettivi). Pertanto, comprende solo azioni e attività finalizzate non solo a sviluppare le conoscenze e le capacità individuali per mezzo dell'empowerment e della partecipazione, ma anche a modificare i determinanti della salute (cfr. sopra lett. a) in modo tale che essi abbiano un impatto positivo sulla salute degli individui e della popolazione.

⁵¹ Una delle definizioni più conosciute del termine è stata data dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Secondo la definizione del 1948 la salute è «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità. Il possesso del migliore stato di salute possibile costituisce un diritto fondamentale di ogni essere umano» (preambolo; Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità del 22 luglio 1946; RS 0.810.1). Pertanto, il concetto di salute va ben oltre l'assenza di malattia.

⁵² Hurrelmann K., Klotz T., Haisch J.: *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 2007, Berna; 2a edizione rivista.

La *lettera c* dà una definizione di «malattia», che contempla tutte le malattie fisiche e mentali classificabili dal punto di vista medico e riconosciute dall'OMS. Secondo l'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost. il campo d'applicazione dell'avamprogetto comprende solo le malattie specificate alle *lettere* da *d* a *f*. Nelle malattie trasmissibili rientrano in particolare l'AIDS, la tubercolosi o l'influenza stagionale. Tra le malattie molto diffuse troviamo le malattie cardiocircolatorie, la depressione o il diabete; tra quelle maligne vi sono i tumori, le malattie reumatiche o la schizofrenia.

La *lettera g* fornisce una definizione del termine «prevenzione». Si possono distinguere tre forme di prevenzione: prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

- *Prevenzione primaria*: misure mirate per ridurre l'insorgenza di una malattia o di un problema di salute. Le misure sono finalizzate alla riduzione o all'attenuazione dei fattori di rischio e al rafforzamento dei fattori di protezione (promozione della salute). La prevenzione primaria è destinata generalmente a tutta la popolazione.
- *Prevenzione secondaria*: misure mirate volte alla diagnosi precoce di malattie o di disturbi in persone e gruppi che presentano fattori di rischio conosciuti o che presentano già dei sintomi.
- *Prevenzione terziaria*: misure mirate per prevenire danni consecutivi a una malattia preesistente.

Viene inoltre fatta una distinzione tra prevenzione comportamentale e prevenzione strutturale.

- La *prevenzione comportamentale* comprende le misure volte ad influenzare il comportamento delle persone per permettere loro di gestire autonomamente i rischi sanitari e migliorare la cultura della salute, in particolare le misure di informazione, educazione e consulenza.
- La *prevenzione strutturale* contempla le misure volte ad influenzare le condizioni di vita, di lavoro e ambientali. Si può trattare di misure regolatorie (ad es. tasse sui prodotti che danneggiano la salute, divieti di vendita) o di misure per promuovere determinati comportamenti salutari (ad es. costruzione di piste ciclabili, distribuzione gratuita di preservativi). La maggior parte di queste misure va oltre l'ambito di competenza della politica sanitaria.

La *lettera h* definisce il termine di «diagnosi precoce». Le misure di diagnosi precoce permettono di individuare malattie, o rischi di malattia, di cui i diretti interessati non sono a conoscenza. Poiché si mira ad ottenere un beneficio potenziale superiore al rischio e mantenere i costi a un livello sostenibile, le misure di diagnosi precoce su larga scala (programmi nazionali di screening) possono essere realizzate solo se soddisfano una serie di criteri chiaramente definiti. Ad esempio, la malattia in questione deve permettere un trattamento precoce, il metodo di diagnosi utilizzato dev'essere validato (affidabile) e il programma di diagnosi dev'essere efficace ed efficiente.

2.2 Sezione 2: Strumenti di gestione strategica e di coordinamento

Art. 4 Obiettivi nazionali

La ripartizione delle competenze sancita dalla Costituzione prevede che l'esecuzione delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce spetta in primo luogo ai Cantoni. Tuttavia, vista la molteplicità di iniziative e strategie promosse sia dal settore privato che da quello pubblico è ormai evidente che occorre migliorare il coordinamento e l'efficienza delle misure e utilizzare le risorse fissando priorità chiare in materia di politica della salute e rafforzando la collaborazione verticale e orizzontale tra i vari attori. Nel mandato conferito il 28 settembre 2007 (cfr. capitolo 1.1.7), il Consiglio federale ha chiesto di fissare delle priorità e di migliorare la gestione strategica e il coordinamento attraverso la formulazione di obiettivi nazionali di prevenzione e promozione della salute (obiettivi nazionali).

Sulla base della ripartizione delle competenze fissata dal diritto costituzionale, spetta alla Confederazione definire gli obiettivi nazionali in materia di prevenzione e promozione della salute (cpv. 1). Visto però che sono soprattutto i Cantoni a realizzare misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce, è necessario coinvolgerli attivamente nell'elaborazione di questi obiettivi. Nel caso ideale, il risultato del processo di coinvolgimento è una convenzione politica sugli obiettivi nazionali conclusa tra Confederazione e Cantoni.

Per evitare che risulti troppo costoso in termini di tempo e di risorse amministrative, il processo di formulazione degli obiettivi dovrà inserirsi nelle strutture esistenti. La soluzione più confacente è che i partner principali in questo processo siano da un lato il presidente della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) – che rappresenta i Cantoni – e dall'altro il Dipartimento federale dell'interno (DFI) – che rappresenta i servizi federali direttamente interessati. Quale piattaforma strategica di informazione e di discussione verranno utilizzati i mezzi già a disposizione, e in particolare il dialogo tra la Confederazione e i Cantoni promosso nel quadro della Politica nazionale della sanità⁵³. Nel limite del possibile, gli obiettivi nazionali dovranno essere approvati nel quadro di una convenzione politica conclusa tra l'assemblea plenaria della CDS e il Consiglio federale.

Per la Confederazione, gli obiettivi nazionali hanno un carattere vincolante per le misure che rientrano nel suo ambito di competenza, visto che il Consiglio federale deve tenerne conto nell'elaborazione della sua strategia di prevenzione e promozione della salute (cfr. art. 5 cpv. 2). Per i Cantoni e le organizzazioni e istituzioni attive nel campo della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce, hanno unicamente valore di direttiva.

La formulazione e l'adozione degli obiettivi nazionali si inquadrano in un processo ciclico che si ripete ogni otto anni e che si articola nelle seguenti tappe: conferimento del mandato, formulazione degli obiettivi, adozione degli obiettivi, attuazione, verifica del raggiungimento degli obiettivi, resoconto, conferimento del mandato e così via.

⁵³ Convenzione del 15 dicembre 2003 tra la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e la Confederazione svizzera (rappresentata dal Dipartimento federale dell'interno, DFI) concernente la Politica nazionale svizzera della sanità

Tra le «cerchie interessate» menzionate al *capoverso 2* vi sono le organizzazioni e le istituzioni interessate direttamente o indirettamente dagli obiettivi nazionali. Si tratta tra l'altro degli organi intercantonali di coordinamento, delle organizzazioni professionali e specializzate mediche e non mediche, degli organi della ricerca, delle organizzazioni private di prevenzione e promozione della salute nonché di altre associazioni professionali attive che si occupano anche di prevenzione e promozione della salute, delle organizzazioni di pazienti, degli assicuratori malattie e infortuni e delle associazioni del commercio e dell'economia. Gli ambienti interessati vanno coinvolti adeguatamente nel processo di formulazione degli obiettivi. Inoltre, il Consiglio federale e l'assemblea plenaria della CDS li consultano prima dell'adozione definitiva degli obiettivi.

Secondo il *capoverso 3*, la Confederazione e i Cantoni devono formulare gli obiettivi appoggiandosi su basi scientifiche, ossia sui rapporti periodici sulla salute (che integrano anche i determinanti della salute), sul rapporto nazionale sulla salute (cfr. art. 22) e sulle raccomandazioni delle organizzazioni internazionali e della comunità scientifica. Nelle loro riflessioni devono inoltre tener conto, per quanto possibile, dei bisogni dei vari gruppi, che possono essere individuati nel quadro di progetti di ricerca o di sondaggi presso la popolazione.

Gli obiettivi nazionali vanno formulati in modo da poter essere verificati (*cpv. 4*). Ciò significa che devono basarsi su valori quantificabili e/o su indicatori. È inoltre previsto il regolare allestimento di rapporti sulla salute (cfr. art. 22 *cpv. 1*) che permetteranno di valutare periodicamente i risultati delle misure di prevenzione e promozione della salute attuate dalla Confederazione e dai Cantoni per raggiungere gli obiettivi prefissati. Se necessario, occorrerà adottare correttivi.

Art. 5 Strategia del Consiglio federale

La strategia di prevenzione e promozione della salute del Consiglio federale rappresenta lo strumento su cui la Confederazione si basa per la gestione strategica, il coordinamento e la realizzazione degli obiettivi nazionali in materia di prevenzione e promozione della salute (cfr. art. 4).

Il *capoverso 1* dispone che nella sua strategia il Consiglio federale stabilisce le priorità della politica di prevenzione e diagnosi precoce delle malattie. L'obiettivo è triplice: la strategia deve fornire un messaggio coerente a tutta l'Amministrazione federale, coordinare le attività dei servizi federali e delle commissioni extraparlamentari e garantire l'impiego efficiente delle risorse.

La durata della strategia è di quattro anni e segue il ciclo del programma di legislatura. La responsabilità per la gestione del processo di elaborazione strategico è affidata al DFI, più precisamente all'UFSP. Quest'ultimo deve coinvolgere nel processo di elaborazione, ancora in fase di definizione, i servizi federali direttamente interessati e i Cantoni (cfr. *cpv. 3*). Il DFI (UFSP) deve in particolare garantire che le priorità definite nella strategia di prevenzione e di promozione della salute siano compatibili e coordinate con la Strategia per uno sviluppo sostenibile del Consiglio

federale⁵⁴. Questa strategia contempla infatti un ambito di intervento dedicato alla salute pubblica, allo sport e alla promozione dell'attività fisica.

Il *capoverso 1* esplicita gli elementi che la strategia di prevenzione e promozione della salute deve contenere.

Secondo la *lettera a*, la strategia del Consiglio federale deve definire le linee strategiche dei programmi nazionali di cui all'articolo 6. Poiché i programmi possono anche prevedere misure di prevenzione strutturali che implicano una modifica della legislazione federale, la strategia deve menzionare gli oggetti che figurano nel programma di legislatura e che rientrano nel campo della prevenzione e della promozione della salute, che si tratti di revisioni parziali di leggi vigenti o di nuove regolamentazioni. La pianificazione deve allinearsi al programma di legislatura ai sensi dell'articolo 146 della legge federale del 13 dicembre 2002 sull'Assemblea federale⁵⁵.

Secondo la *lettera b*, la strategia stabilisce ogni quattro anni gli obiettivi strategici dell'Istituto in linea con i principi di governo d'impresa del Consiglio federale⁵⁶ e conformemente all'articolo 16 dell'avamprogetto di legge federale sull'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute.

In virtù delle *lettere c e d*, il Consiglio federale fissa ogni quattro anni l'importo del supplemento di premio dell'assicurazione malattia prelevato in virtù dell'articolo 20 LAMal e le linee strategiche per l'impiego dei prelievi a favore della prevenzione di cui all'articolo 13 e per la concessione degli aiuti finanziari di cui all'articolo 17.

Infine, la strategia del Consiglio federale definisce un altro aspetto importante, ossia l'indirizzo strategico delle misure volte a ottimizzare la statistica sanitaria e i rapporti sulla salute di cui agli articoli 20-22 (*lett. e*).

Per formulare la sua strategia, il Consiglio federale deve basarsi sugli obiettivi nazionali (*cpv. 2*). Deve analizzare l'impatto potenziale della strategia sull'economia, la società e l'ambiente per evitare restrizioni non necessarie al singolo, a determinati gruppi di persone e alle aziende. A tale scopo, deve trovare il giusto equilibrio tra l'interesse pubblico alla protezione della popolazione o di singoli gruppi dalle malattie trasmissibili, molto diffuse o maligne e la protezione della libertà economica di ciascuno.

Tecnicamente, la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie di cui all'articolo 1 sono strettamente correlate con altri settori della prevenzione, in particolare con la prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali e degli infortuni non professionali secondo la legge federale del 20 marzo 1981⁵⁷ sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), la protezione della salute secondo la legge federale del 13 marzo 1964⁵⁸ sul lavoro (LL), la prevenzione degli incidenti nel traffico stradale

⁵⁴ La Strategia per uno sviluppo sostenibile viene aggiornata ogni quattro anni dal Consiglio federale e si iscrive nella continuità delle iniziative avviate vent'anni fa a livello mondiale con l'adozione del rapporto «Our common future» della Commissione mondiale per l'ambiente e lo sviluppo (chiamato anche «rapporto Brundtland» dal nome del presidente della commissione). Uno sviluppo è sostenibile se concilia gli obiettivi di responsabilità ecologica, efficacia economica e solidarietà sociale.

⁵⁵ RS **171.10**

⁵⁶ FF **2006** 7545

⁵⁷ RS **832.20**

⁵⁸ RS **822.11**

secondo la legge federale del 19 dicembre 1958⁵⁹ sulla circolazione stradale (LCStr) e la prevenzione della violenza secondo l'articolo 386 del Codice penale svizzero⁶⁰ (CP). Per questo motivo, la *lettera b* stabilisce che nella sua strategia il Consiglio federale deve tener conto delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce previste dalle quattro leggi menzionate.

Per garantire un coordinamento sufficiente tra le attività dei Cantoni e quelle della Confederazione, quest'ultima è tenuta a coinvolgere i Cantoni, in forma adeguata, nell'elaborazione della strategia del Consiglio federale (*cpv.* 3). Prima di decidere, deve consultare le altre organizzazioni o istituzioni interessate direttamente o indirettamente dalla strategia (cfr. anche art. 4 *cpv.* 2) nel quadro di un'indagine conoscitiva ai sensi dell'articolo 10 della legge federale sulla procedura di consultazione (RS 172.061).

Al termine di ogni quadriennio, il Consiglio federale deve procedere a una valutazione degli effetti prodotti dalla strategia e tener conto dei risultati di tale valutazione in sede di formulazione della nuova strategia (*cpv.* 4).

Art. 6 Programmi nazionali

A complemento delle disposizioni corrispondenti della LStup e della LEp, il *capoverso 1* definisce i programmi nazionali come lo strumento fondamentale di gestione strategica e di coordinamento a livello attuativo. Questi programmi sono essenzialmente riservati a tematiche complesse e multidisciplinari (ad es. prevenzione dell'alcolismo e del tabagismo, promozione di un'alimentazione equilibrata e dell'attività fisica regolare, prevenzione delle malattie mentali, prevenzione e diagnosi precoce di tumori) che esigono un alto livello di coordinamento tra gli attori pubblici e privati direttamente coinvolti, sia a livello federale e cantonale che comunale.

I programmi nazionali possono focalizzarsi su un dato rischio sanitario o su una data malattia oppure – in vista di eliminare le disuguaglianze nella salute menzionate all'articolo 2 *capoverso 2 lettera b* – su uno gruppo (ad es. migranti, anziani ecc.) o su un «setting» specifico (scuola, azienda, Comune ecc.).

Conformemente all'articolo 5 *capoverso 1 lettera a*, le linee strategiche dei programmi nazionali e le tematiche affrontate sono definite dal Consiglio federale in funzione degli obiettivi nazionali. Nei programmi nazionali vengono poi stabiliti le procedure e i campi di intervento negli ambiti rispettivi per un periodo di quattro o otto anni. I programmi hanno quindi valore di direttive comuni: tutti gli attori che partecipano all'attuazione devono tenerne conto per le loro attività, ma possono però adeguarli in base alle specificità cantonali e regionali o definire altre priorità.

Secondo il *capoverso 2*, quando elaborano i programmi nazionali i servizi federali competenti devono tener conto del possibile impatto sull'economia, la società e l'ambiente, per evitare restrizioni non necessarie alla libertà degli individui, di determinati gruppi di persone e in particolare delle aziende. Come prevede la Costituzione, devono rispettare e tutelare le libertà individuali ed evitare limitazioni esagerate della libertà economica dei cittadini.

⁵⁹ RS 741.01

⁶⁰ RS 311.0

Nel limite del possibile, la progettazione e l'attuazione dei programmi nazionali vanno delegate all'Istituto (cfr. art. 26 cpv. 1 lett. a). Solo nel caso di programmi focalizzati su misure di polizia sanitaria (ad es. preparazione a una pandemia) o di programmi di protezione della salute che richiedono uno stretto coordinamento con le attività legislative (ad es. programma radon), questi due compiti sono svolti dai servizi competenti dell'Amministrazione centrale. Inoltre, l'Istituto deve affiancare i Cantoni e le organizzazioni private attive nella prevenzione e nella promozione della salute in sede di attuazione dei programmi nazionali attraverso misure specifiche definite all'articolo 10. In linea di massima, l'attuazione delle misure deve essere finanziata direttamente dai Cantoni e dalle organizzazioni e istituzioni coinvolte. Il servizio competente verifica regolarmente l'efficacia e l'efficienza di ogni programma.

Le piattaforme di cui al *capoverso 4* rappresentano uno strumento importante per il coordinamento e l'attuazione dei programmi.

Art. 7 Valutazione dell'impatto sulla salute

La valutazione dell'impatto sulla salute (VIS) è uno strumento di politica sanitaria che serve ad analizzare in modo prospettico, nel quadro dei processi pianificatori e decisionali, le ripercussioni sulla salute (positive o negative) di progetti politici che riguardano settori diversi da quello sanitario. Il metodo VIS è stato sviluppato dall'OMS negli anni 1970 partendo dall'idea che la salute non dipende unicamente dalle condizioni quadro offerte dal sistema sanitario (ad es. qualità e accesso alle prestazioni mediche), dalle predisposizioni biologiche e genetiche o dallo stile di vita. Secondo l'OMS, infatti, la salute e il benessere della popolazione o dei vari gruppi di persone che la compongono dipendono ampiamente anche da fattori quali il clima politico, lo status sociale, la formazione, l'impiego, il reddito, l'alloggio, l'ambiente e l'alimentazione, ossia dai determinanti esogeni alla salute (cfr. anche commento all'art. 3 lett. a).

Il *capoverso 1* dà al Consiglio federale la possibilità di commissionare delle VIS per affari del Parlamento e del Consiglio federale che hanno una portata particolare. Conformemente all'articolo 11, la VIS non si applica ai progetti che rientrano nella sfera di competenza dei Cantoni.

In virtù del *capoverso 2*, la VIS deve da un lato permettere di sensibilizzare i decisori politici che non operano nel settore della salute alle tematiche sanitarie. Dall'altro deve contribuire ad ottimizzare la trasparenza del processo decisionale evidenziando gli eventuali conflitti di interessi. Per questa ragione è previsto che i servizi federali responsabili dei progetti interessati procedano alla VIS già nelle prime fasi della formulazione politica.

L'Amministrazione federale realizza VIS prospettiche già da tempo e con buoni risultati: procede a analisi dell'impatto delle regolamentazioni (AIR) per individuare le conseguenze economiche e a valutazioni della sostenibilità per identificare le ripercussioni sociali, economiche e ambientali dei progetti. Ciò implica in primo luogo che le basi metodologiche della VIS devono essere definite tenendo conto delle esperienze maturate con questi strumenti e delle procedure e metodi utilizzati. In secondo luogo, è necessario utilizzare questi strumenti in modo coordinato (cpv. 3).

Art. 8 Coordinamento

Come indicato sopra (cfr. commenti relativi all'articolo 5), la prevenzione e la diagnosi precoce delle malattie ai sensi dell'articolo 1 sono strettamente correlate, dal punto di vista tecnico, ad altri ambiti della prevenzione, in particolare alla prevenzione degli infortuni e delle malattie professionali nonché degli infortuni non professionali secondo la legge federale del 20 marzo 1981⁶¹ sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), alla tutela della salute secondo la legge del 13 marzo 1964⁶² sul lavoro (LL), alla prevenzione degli incidenti stradali secondo la legge federale del 19 dicembre 1958⁶³ sulla circolazione stradale (LCStr) e infine alla prevenzione della violenza secondo l'articolo 386 del Codice penale svizzero⁶⁴ (CP).

Per garantire il coordinamento tra le misure di prevenzione e di diagnosi precoce delle malattie ai sensi dell'articolo 1 e le misure di prevenzione e promozione della salute che esulano dal campo d'applicazione dell'avamprogetto LPrev, il Consiglio federale deve armonizzare l'attuazione dell'avamprogetto con iniziative analoghe previste dalle leggi di cui all'articolo 5 capoverso 2 lettera b.

2.3 Sezione 3: Compiti della Confederazione

Art. 9 Informazione

L'informazione sui rischi sanitari potenziali e i comportamenti salutarì è una delle premesse per la diffusione di comportamenti adeguati ed è quindi parte integrante di una prevenzione e una diagnosi precoce efficaci delle malattie. La Confederazione deve fornire alla popolazione (o a determinate fasce della popolazione) tutti gli elementi necessari per migliorare la cultura della salute e promuovere la responsabilità individuale, ossia diffondere informazioni, esporre le azioni possibili e fornire le necessarie basi decisionali. La Confederazione può però anche trasmettere informazioni agli specialisti del settore sanitario o di altri settori, alle autorità (sanitarie, ma non solo) e al mondo economico (cpv.1).

Nella loro attività di informazione, le autorità devono orientarsi ai principi generali dell'amministrazione, ovvero devono informare in modo comprensibile, oggettivo, trasparente e proporzionato. In particolare, non devono comunicare informazioni a fini diversi da quelli stabiliti, ad esempio a fini di propaganda.

I mezzi di informazione che entrano in linea di conto sono i comunicati e le conferenze stampa, la messa a disposizione e la consegna di materiale didattico e esplicativo, la pubblicazione di informazioni online o attraverso una hotline e le campagne di informazione vere e proprie (cfr. cpv. 3).

Le raccomandazioni delle autorità possono contenere indicazioni sul comportamento da adottare destinate all'intera popolazione, a determinati gruppi di persone o a determinati destinatari, ad esempio a specialisti della sanità o di altri settori (cpv. 2). Sebbene non siano giuridicamente vincolanti, queste raccomandazioni possono comunque produrre effetti, ad esempio possono causare pregiudizi (finanziari) a

⁶¹ RS 832.20

⁶² RS 822.11

⁶³ RS 741.01

⁶⁴ RS 311.0

privati e implicare la responsabilità dello Stato⁶⁵. Per essere ammissibili, devono rispettare il principio della proporzionalità, in virtù del quale ogni ingerenza (anche potenziale) nei diritti fondamentali deve limitarsi al minimo indispensabile e ammissibile.

Quando emana raccomandazioni, lo Stato non deve per forza limitarsi a comunicare i fatti. Può analizzarli in modo da formulare le proprie conclusioni e esprimere il proprio giudizio, se ciò permette di influenzare efficacemente il comportamento del pubblico. In tal caso, comunque, deve rispettare generalmente il principio di obiettività.

Le campagne massmediali volte a sensibilizzare la popolazione a determinati rischi sanitari o a comportamenti salutarì oppure a influenzare i comportamenti e le condizioni quadro rilevanti per la salute costituiscono un ulteriore strumento importante per le attività di prevenzione e promozione della salute della Confederazione (cpv. 3). Tuttavia, queste campagne non devono rappresentare singole misure isolate, ma iscriversi nel quadro dei programmi di livello superiore (cfr. art. 6).

Per garantire la coerenza dell'informazione e l'uniformità del modo di procedere, il *capoverso 4* stabilisce che nell'ambito dei programmi nazionali di cui all'articolo 6 la Confederazione e i Cantoni garantiscono un coordinamento sufficiente delle attività di informazione rispettive.

Art. 10 Misure di sostegno

Secondo il *capoverso 1*, la Confederazione dovrà sostenere meglio i Cantoni, le organizzazioni private attive nella prevenzione e nella promozione della salute, le organizzazioni professionali mediche e non mediche nonché i fornitori di prestazioni ai sensi della LAMal nell'elaborazione e nella realizzazione delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce. Le prestazioni fornite dalla Confederazione sono completate dalle misure di sostegno riportate agli articoli 18 e 19 nei settori della ricerca, della formazione e del perfezionamento. Le misure di sostegno contribuiscono a migliorare l'efficienza e l'efficacia a tutti i livelli.

In virtù dell'articolo 12 capoverso 2, l'erogazione delle misure di sostegno compete all'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute (Istituto). L'Istituto funge da interlocutore privilegiato dei Cantoni a livello federale per quanto concerne la realizzazione delle misure di prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce. Il suo compito principale consiste nell'affiancare attivamente i Cantoni nell'esecuzione della legge sulla prevenzione.

Secondo le *lettere a-e*, l'Istituto è chiamato a operare nel settore della gestione del sapere e della documentazione, dell'assicurazione qualità, dello sviluppo di programmi, del coordinamento e della messa in rete, dei modelli di intervento e dell'elaborazione delle informazioni.

La *lettera a* sottolinea che l'Istituto, in qualità di centro di competenza nazionale nel settore della prevenzione, promozione della salute e diagnosi precoce, raccoglie e documenta le scoperte e le conoscenze scientifiche necessarie e mette a disposizione il sapere acquisito. In stretta collaborazione con i suoi partner, l'Istituto contribuisce in modo determinante a rafforzare e radicare la prevenzione e la promozione della

⁶⁵ DTF 116 II 480 segg. (Tschernobyl), 118 Ib 473 segg. (Vacherin Mont d'Or).

salute in Svizzera attraverso la diffusione di informazioni e conoscenze. Il suo compito consiste anche nell'aggiornare e trasmettere le conoscenze pratiche disponibili, soprattutto quelle, particolarmente utili, che si trovano nei modelli di intervento riconosciuti (modelli di migliore prassi) – compito che, peraltro, non è sempre assicurato dal mondo scientifico. L'Istituto deve garantire la diffusione di questi modelli di intervento proponendoli come uno dei mezzi possibili per aumentare l'efficacia delle misure di prevenzione, di promozione della salute e di diagnosi precoce e ottenere un rapporto costi/benefici ottimale. In particolare si tratterà di diffondere i modelli riguardanti rischi sanitari per i quali il lavoro di prevenzione è solo agli inizi in Svizzera: cattiva alimentazione, sedentarietà, malattie mentali.

L'Istituto non deve necessariamente disporre internamente di tutte le competenze specifiche necessarie; può far capo a esperti ogni qualvolta lo ritiene necessario. Ciò gli permette di operare con flessibilità e efficienza.

Attraverso le sue attività di informazione e di documentazione e grazie al suo approccio pluridisciplinare, l'Istituto completerà il lavoro effettuato dai centri di documentazione già operativi ma che sono specializzati in settori specifici della prevenzione e della promozione della salute, ad esempio l'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (IPSA), la Centrale Infodrog (centrale di coordinamento nazionale delle dipendenze) o la Società Svizzera di Nutrizione (SSN). Collaborare con questi centri, ma anche con altre organizzazioni (leghe della salute, Osservatorio svizzero della salute, Swiss School of Public Health, scuole universitarie professionali e università) su temi e progetti specifici rientra tra i compiti dell'Istituto.

L'Istituto potrà appoggiarsi anche su una rete internazionale. Questo gli permetterà di farsi un quadro delle conoscenze scientifiche e pratiche e sulle esperienze maturate negli altri Paesi.

Secondo la *lettera b*, per garantire l'efficienza e/o la durabilità dei programmi e dei progetti nazionali, l'Istituto dovrà elaborare basi metodologiche, in particolare definire standard di qualità. Tra questi standard figurano ad esempio l'adozione di un approccio integrato delle pari opportunità (gender mainstreaming) o l'orientamento specifico a un gruppo target. L'Istituto dovrà però anche mettere a disposizione una serie di strumenti per garantire la qualità della concezione e della realizzazione dei progetti: il modello «quint-essenz», il metodo di «autovalutazione» di progetti o gli standard SEVAL (che definiscono le esigenze qualitative poste alle valutazioni). Inoltre dovrà fare in modo che le persone incaricate della progettazione e della realizzazione dispongano del know-how necessario. Da ultimo, parteciperà allo sviluppo di nuovi strumenti per l'assicurazione qualità.

Secondo la *lettera c*, l'Istituto dovrà sostenere la messa a punto di nuovi modelli di intervento in materia di prevenzione e promozione della salute collaborando con le università, le scuole universitarie professionali, la Swiss School of Public Health e altre organizzazioni della scienza e della ricerca; d'altro lato deve poterne valutare l'efficienza e l'efficacia nell'ambito di progetti pilota.

La *lettera d* sottolinea il ruolo di piattaforma (di contatto) centrale dell'Istituto, in particolare per i Cantoni e le organizzazioni private per le questioni legate alla prevenzione, alla promozione della salute e alla diagnosi precoce delle malattie.

In Svizzera sono stati lanciati numerosi programmi di prevenzione e promozione della salute. Tuttavia, la dispersione delle competenze in questi due settori ha generato attività disperate e non coordinate. Le misure potranno rivelarsi efficaci sul lungo periodo e le risorse finanziarie potranno essere utilizzate efficacemente solo adottando un approccio nazionale concertato e fissando delle priorità. L'Istituto sarà inoltre chiamato ad incoraggiare e coordinare la collaborazione tra la Confederazione, i Cantoni e gli altri settori della prevenzione e della promozione della salute (assicuratori malattia e infortuni, fornitori di prestazioni, organizzazioni private, associazioni economiche ecc.). Per farlo, potrà appoggiarsi sulle reti già esistenti (ad es. «hepa» o «nutrinet») o crearne di nuove. Le reti sono infatti supporti indispensabili per diffondere le conoscenze scientifiche fondamentali e per permettere lo scambio di esperienze, la comunicazione e il coordinamento tra le organizzazioni partecipanti alla rete e gli altri attori.

È quindi logico che la Confederazione sostenga la prevenzione e la promozione della salute nei settori in cui l'azione a livello sovracantonale o nazionale permette di migliorarne l'efficacia – si pensi ad esempio alla sensibilizzazione della popolazione su determinati rischi sanitari e alla diffusione delle relative informazioni. È quanto prevede la *lettera e*, secondo cui l'Istituto può, d'intesa con i Cantoni, elaborare materiale informativo (flyer o opuscoli) oppure progettare e realizzare campagne.

2.4 Sezione 4: Compiti dei Cantoni

Art. 11

Come descritto nel *capoverso 1*, la realizzazione di misure di prevenzione, di promozione della salute e di diagnosi precoce compete in primo luogo ai Cantoni. Nell'adempire questo compito, essi devono focalizzare le loro attività sul raggiungimento degli obiettivi nazionali. Ricevono dalla Confederazione (Istituto) un sostegno tecnico e metodologico (art. 10) per la realizzazione di misure di prevenzione, di promozione della salute e di diagnosi precoce e un sostegno finanziario in virtù della strategia del Consiglio federale, attinto dai prelievi a favore della prevenzione (art. 5 cpv. 1 lett. d e art. 13). Già oggi tutti i Cantoni dispongono di strutture di prevenzione e promozione della salute più o meno sviluppate.

Secondo il *capoverso 2*, i Cantoni sono tenuti a creare le condizioni quadro e le strutture necessarie alla realizzazione di misure di prevenzione e di promozione della salute. Possono delegare questo compito a istituzioni o organizzazioni private. Una disposizione analoga figura anche all'articolo 3b capoverso 1 della legge del 3 ottobre 1951 sugli stupefacenti (LStup), approvato dall'Assemblea federale il 20 marzo 2008⁶⁶.

Le *lettere a-d* descrivono in modo più dettagliato le strutture e le offerte che i Cantoni devono garantire per perennizzare dei risultati ottenuti.

Ogni Cantone deve designare una persona incaricata della prevenzione e della promozione della salute (*lett. a*). Oltre ad agire come interlocutore della Confederazione, questa persona fungerà da contatto per i comuni politici in vista

⁶⁶ FF 2008 1955

della messa in rete delle attività tra i Cantoni e i Comuni. I singoli Cantoni possono collaborare nel quadro di strutture di progetto comuni oppure nel quadro dell'Associazione svizzera dei responsabili cantonali per la promozione della salute (ARPS).

I Cantoni devono creare le strutture e le offerte per rispondere ai bisogni specifici locali (linguistici, socioeconomici, politici ecc.), ma devono anche mettere a disposizione offerte di consulenza e di sostegno necessarie per centrare gli obiettivi nazionali e per migliorare la cultura sanitaria della popolazione garantendo le pari opportunità nella salute. In questo senso devono tener conto in particolare della diversità sociale (background migratorio, genere, status socioeconomico, *lett. b*).

Le *lettere c e d* si focalizzano sui bambini e gli adolescenti in età scolastica, che per la Confederazione rappresentano un gruppo che merita un'attenzione e un sostegno particolari. I servizi sanitari scolastici di cui alla *lettera c* dovranno concentrare i loro sforzi sul benessere psicofisico e sociale dei bambini e degli adolescenti. L'accesso ai servizi sanitari scolastici dovrebbe essere garantito durante tutta la scolarità per permettere ai ragazzi di acquisire modelli di comportamento e competenze di vita salutari e di imparare ad individuare i potenziali pericoli per la salute.

È vero che la creazione o il potenziamento di strutture e offerte di prevenzione e di promozione della salute possono implicare costi supplementari per i Comuni, le Città e i Cantoni, in particolare per quelli che non sono ancora molto attivi in questo settore. D'altro canto, la legge dà ai Cantoni la possibilità di collaborare per organizzare e realizzare le misure corrispondenti.

Alla stregua dei servizi federali (cfr. commenti sull'art. 6 cpv. 3), i Cantoni sono tenuti a verificare regolarmente l'efficacia e, se possibile, l'efficienza delle misure che adottano o finanziano. Parallelamente, devono assicurare il coordinamento e la messa in rete delle attività non solo all'interno del Cantone ma anche tra un Cantone e l'altro (cpv. 3).

2.5 Sezione 5: Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute

Art. 12

L'organizzazione, la gestione e il finanziamento dell'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute non sono disciplinati nella LPrev ma in una legge speciale (legge federale sull'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute). Il rinvio alla legge speciale di cui al *capoverso 1* serve a esplicitare il nesso esistente tra la LPrev e la legge speciale. Il *capoverso 2* dà fondamento giuridico alla delega delle misure di sostegno di cui all'art. 10 all'Istituto. Dal canto suo, la legge speciale prevede una disposizione (art. 3 cpv. 2) che rinvia alla LPrev e alla delega dei compiti.

2.6 Sezione 6: Prelievi a favore della prevenzione

In virtù del diritto vigente, il gettito dei prelievi a favore della prevenzione è amministrato come segue: il supplemento di premio LAMal, riscosso

conformemente all'articolo 20 LAMal, è utilizzato dalla fondazione di diritto privato Promozione Salute Svizzera ai sensi dell'articolo 19 capoverso 1 LAMal per stimolare, coordinare e valutare misure atte a promuovere la salute e a prevenire le malattie, mentre la tassa per la prevenzione del tabagismo è amministrata dal FPT, un servizio specializzato dell'UFSP, conformemente all'articolo 3 dell'ordinanza del 5 marzo 2004⁶⁷ sul fondo per la prevenzione del tabagismo (OFPT).

La LPrev stabilisce che le entrate provenienti dai prelievi a favore della prevenzione (supplemento di premio LAMal e tassa per la prevenzione del tabagismo) sono versate direttamente al neocostituito Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute. Se i proventi sono destinati a cofinanziare programmi o progetti lanciati dai Cantoni o da organizzazioni private attive nel settore della salute e della prevenzione, si tratta di una concessione di sussidi, ossia di un compito ministeriale propriamente detto. L'assegnazione delle risorse da parte dell'Istituto permette un impiego dei fondi distinto dalle risorse generali della Confederazione. Tale impiego tiene adeguatamente conto della forma di riscossione dei prelievi a favore della prevenzione e dell'utilizzazione vincolata dei mezzi.

Il FPT, attualmente amministrato da un servizio specializzato che fa parte dell'UFSP, sarà trasferito nel nuovo Istituto. La nuova regolamentazione dei flussi finanziari per il supplemento di premio LAMal e la tassa per la prevenzione del tabagismo implica anche la modifica delle basi legali nella LAMal e nella LImT (cfr. art. 28 «Modifica del diritto vigente»).

Art. 13 Destinazione vincolata

Il *capoverso 1* disciplina la destinazione del gettito dei due prelievi a favore della prevenzione, che può essere impiegato per il versamento di contributi a programmi e misure promossi da terzi (*lett. a*) o per il finanziamento di programmi nazionali secondo l'articolo 6 (*lett. b*). I dettagli relativi al versamento di contributi a programmi e misure sono definiti negli articoli 14 e 15. Come finora, la tassa per la prevenzione del tabagismo può servire a finanziare unicamente programmi e misure che mirano a prevenire il tabagismo (cfr. art. 14 cpv. 2).

A complemento dell'articolo 5 capoverso 1 lettera d, il *capoverso 2* precisa che il Consiglio federale fissa le priorità dell'impiego dei mezzi quando approva la sua strategia. In questa fase, deve indicare la quota dei prelievi da destinare al finanziamento di programmi nazionali di cui all'art. 6 elaborati o realizzati dall'Istituto su incarico del Consiglio federale (cfr. commenti relativi all'art. 26 cpv. 1 lett. a). Fissando modalità adeguate in sede di presentazione dei conti dell'Istituto (cfr. art. 14 dell'avamprogetto di legge federale sull'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute) si garantisce la verificabilità del rispetto della destinazione vincolata dei mezzi ai sensi del capoverso 1.

Art. 14 Impiego dei contributi

Il gettito dei prelievi a favore della prevenzione serve a finanziare programmi e misure di prevenzione e di promozione della salute che si inquadrano nella strategia del Consiglio federale (art. 5 cpv. 1 lett. d) e ai sensi dell'articolo 13 capoverso 1

⁶⁷ RS 641.316

lettera a. La destinazione dei proventi è precisata in modo più dettagliato nell'articolo 14.

Le priorità di impiego variano a seconda del prelievo: il supplemento di premio LAMal può servire a finanziare misure di prevenzione e promozione della salute della Confederazione, dei Cantoni e di terzi come i programmi cantonali di cui agli articoli 26 e 33 capoverso 2bis LAMal (*cpv. 1 lett. a e d*). Inoltre, secondo modalità ancora da precisare, possono essere versati contributi a programmi cantonali di prevenzione che concorrono al raggiungimento degli obiettivi nazionali (*cpv. 1 lett. b*). Occorrerà tuttavia precisare in un'ordinanza che il supplemento non può essere utilizzato per finanziare le attività legislative della Confederazione e dei Cantoni, né per finanziare misure di esecuzione del diritto federale e cantonale. Queste attività e misure rappresentano infatti compiti di pertinenza statale che sono finanziati dal bilancio dello Stato. Infine, il supplemento di premio LAMal può servire a finanziare programmi di ricerca (*lett. c*).

L'impiego dei proventi della tassa per la prevenzione del tabagismo si limita alla prevenzione del tabagismo. Come per il supplemento di premio LAMal, possono essere versati contributi a misure di prevenzione della Confederazione, dei Cantoni e di terzi (*cpv. 2 lett. a*), a programmi cantonali di prevenzione del tabagismo (*cpv. 2 lett. b*) e a progetti di ricerca (*cpv. 2 lett. c*). Anche in questo caso occorrerà limitare in un'ordinanza l'impiego dei mezzi per compiti di pertinenza statale.

Art. 15 Condizioni

La concessione di contributi è vincolata a condizioni materiali che un programma, una misura o un progetto di ricerca deve soddisfare cumulativamente. Le cinque condizioni elencate al *capoverso 1* sono esaustive e devono garantire che i programmi e i progetti da cofinanziare contribuiscono all'adempimento degli obiettivi nazionali e rispettano gli standard qualitativi riconosciuti. Per promuovere lo sviluppo di metodi innovativi, occorre dare agli attori un ampio margine di manovra.

La possibilità di prestazioni garantite a più lungo termine è stabilita al *capoverso 2*.

Il *capoverso 3* prevede che anche se un programma o una misura adempiono tutte le condizioni di cui al *capoverso 1*, ciò non significa che otterranno automaticamente un contributo finanziario da parte dell'Istituto.

Art. 16 Gestione improntata all'efficacia

Ogni programma o progetto finanziato del tutto o in parte con i proventi dei prelievi a favore della prevenzione dev'essere sottoposto a una verifica dell'efficacia. Le valutazioni devono essere trasmesse al servizio che concede i contributi, ossia l'Istituto. Conformemente all'articolo 10 capoverso 2 lettera b, l'Istituto ha il compito di rafforzare e accompagnare attivamente la verifica degli effetti dei

progetti nel senso di una gestione globale improntata all'efficacia⁶⁸. I risultati della valutazione dei progetti cofinanziati vengono elaborati sistematicamente e scientificamente e ad esempio sintetizzati in funzione dei gruppi target, dei setting o delle misure e formulati sotto forma di insegnamenti orientati alla prassi («lessons learned») da intendersi come una valorizzazione. I risultati dei progetti vengono resi accessibili alla collettività e le conoscenze ottenute dall'elaborazione scientifica diffuse ai Cantoni e alle organizzazioni private attive nel settore della prevenzione e della promozione della salute.

2.7 Sezione 7: Aiuti finanziari e altre misure di promozione

Art. 17 Aiuti finanziari a organizzazioni

Questa disposizione dà alla Confederazione la possibilità di concedere aiuti finanziari a determinate organizzazioni pubbliche e private. Gli aiuti finanziari devono essere attinti dai crediti approvati. L'entità e la destinazione degli aiuti finanziari sono definite in base alle linee strategiche del Consiglio federale (cfr. art. 5 cpv. 1 lett. d).

Gli aiuti finanziari vengono concessi unicamente per misure di portata nazionale e di interesse pubblico nel settore dell'informazione, della sensibilizzazione e della prevenzione di determinate malattie non trasmissibili o mentali o nel settore della consulenza e del sostegno (incluso l'autoaiuto) di persone che soffrono di queste malattie. La concessione di un aiuto finanziario è inoltre vincolata ad una convenzione di prestazioni nella quale sono descritti gli obiettivi da raggiungere.

L'articolo 17 corrisponde parzialmente all'articolo 2 capoverso 3 della legge federale del 22 giugno 1962⁶⁹ concernente l'assegnazione di sussidi per la lotta contro le malattie reumatiche, che sarà peraltro abrogata dalla nuova legge (cfr. art. 27). Alla base di questa disposizione vi sono due riflessioni: da un lato le organizzazioni interessate dipendono dal sostegno della Confederazione perché le attività che svolgono sono difficilmente redditizie, dall'altra l'assenza di aiuti finanziari potrebbe portare al disimpegno o al ritiro di queste organizzazioni. L'indennizzo delle prestazioni a favore dei beneficiari di rendite AI e dei loro familiari e di quelle a favore di persone che rischiano di essere al beneficio dell'AI continua a poggiare sulle prescrizioni dell'articolo 74 della legge federale del 19 giugno 1959⁷⁰ su l'assicurazione per l'invalidità (LAI).

Secondo l'articolo 12 della legge federale del 5 ottobre 1990⁷¹ sugli aiuti finanziari e le indennità (legge sui sussidi, LSu), se una misura soddisfa i presupposti di diversi atti normativi, gli aiuti finanziari sono concessi proporzionalmente agli interessi in

⁶⁸ Per «gestione improntata all'efficacia» si intende un approccio che consiste a generare e sistematizzare in modo mirato le informazioni relative agli effetti e all'utilità di un'attività o di un progetto con l'obiettivo di ottimizzare l'efficacia e l'utilità. La gestione improntata all'efficacia è integrata quando ingloba la pianificazione progettuale, il trattamento delle domande di progetto, la gestione della qualità e della sostenibilità, il controlling, la valutazione del progetto, il benchmarking e la valutazione dell'impatto in generale.

⁶⁹ RS **818.21**

⁷⁰ RS **831.20**

⁷¹ RS **616.1**

gioco. Inoltre, le autorità coinvolte devono coordinare la loro azione (art. 12 cpv. 2 LSu). Sia l'articolo 74 LAI che l'articolo 101^{bis} LAVS prevedono già il versamento di aiuti finanziari alle organizzazioni di prevenzione e di promozione della salute attive a livello nazionale che offrono ad esempio consulenza, assistenza o corsi. Se la LAI limita il versamento di sussidi alle misure di assistenza agli invalidi e la LAVS a quelle di sostegno agli anziani, l'articolo 17 dell'avamprogetto LPrev non prevede gruppi target specifici. Di conseguenza, per evitare che determinate organizzazioni ricevano sussidi in doppio o non ricevano più sussidi dall'AI o dall'AVS (cfr. a questo proposito l'art. 75 cpv. 2 LAI e art. 101^{bis} cpv. 4 LAVS), occorre garantire il coordinamento tra le misure di sostegno previste dai tre attori (LAI, LAVS e LPrev).

Art. 18 Promozione della ricerca e dell'innovazione

La pianificazione e la realizzazione di misure efficaci di prevenzione e di promozione della salute dipende dall'attendibilità delle conoscenze scientifiche su cui si fondano. Per questo motivo, l'articolo conferisce alla Confederazione la competenza di commissionare o di sostenere finanziariamente lavori di ricerca specifici.

Oltre alla ricerca fondamentale – promossa in linea di massima dagli organi di ricerca già esistenti – nel settore della prevenzione e della promozione della salute si denota una forte carenza di conoscenze di ricerca applicata. In particolare, mancano modelli di intervento innovativi sia per la popolazione complessiva che per i singoli gruppi che la compongono. Anche la Confederazione, quindi, deve promuovere in modo più mirato la ricerca in questi settori.

Art. 19 Formazione e perfezionamento

Per garantire la qualità – e quindi l'efficacia – delle misure di prevenzione e di promozione della salute, è indispensabile proporre un'offerta adeguata di formazione e perfezionamento professionale. L'offerta deve rivolgersi non solo agli specialisti in materia a livello cantonale e federale, ma anche ai collaboratori delle organizzazioni private di prevenzione e promozione della salute. Inoltre, anche le persone che si impegnano a titolo volontario per la prevenzione e per la promozione della salute devono poter accedere a corsi di formazione e perfezionamento adeguati.

Se si considera il rapporto costi/benefici, gestire una soluzione isolata di formazione e perfezionamento nel settore della prevenzione e della promozione della salute non è interessante, in particolare per i piccoli Cantoni e per le organizzazioni private. Proprio per questo è indispensabile che la Confederazione si impegni specificatamente a favore dello sviluppo delle offerte formative private e pubbliche esistenti a livello nazionale e cantonale.

Concretamente, la promozione della formazione e del perfezionamento menzionata in questa sede interviene nel quadro delle leggi federali speciali, ossia la legge federale del 23 giugno 2006⁷² sulle professioni mediche (LPMed), la legge federale del 13 dicembre 2002⁷³ sulla formazione professionale (LFPr), la legge federale del

⁷² RS 811.11

⁷³ RS 412.10

6 ottobre 1995⁷⁴ sulle scuole universitarie professionali (LSUP) e la legge federale dell'8 ottobre 1999⁷⁵ sull'aiuto alle università (LAU).

2.8 Sezione 8: Statistica sanitaria e rapporti sulla salute

Art. 20 Statistica sanitaria

Per garantire l'efficacia e l'efficienza delle misure di prevenzione, di promozione della salute e di diagnosi precoce e per verificarne l'efficacia è indispensabile disporre di statistiche sanitarie attendibili (cpv. 1). Le lettere a-c elencano i dati che devono figurare nella statistica sanitaria.

La statistica sanitaria ha tre funzioni molto importanti: permette di accompagnare l'evoluzione cronologica dei fattori che favoriscono la salute e dei comportamenti sanitari della popolazione e di determinati gruppi di persone, aiuta a rappresentare l'apparizione, la frequenza e l'evoluzione di determinate malattie e dei relativi fattori di rischio per la popolazione e per determinati gruppi di persone, e infine serve a definire le misure di prevenzione e di diagnosi precoce per determinate malattie e a verificarne l'efficacia.

Le esigenze precise in merito ai dati da rilevare devono ancora essere precisate nel progetto di legge che verrà presentato alle Camere federali. Per ragioni di protezione dei dati, bisognerà evitare per quanto possibile di raccogliere dati personali degni di particolare protezione. Nel caso in cui ciò non fosse possibile per ragioni legate all'affidabilità delle statistiche, occorre almeno anonimizzare i dati quanto prima.

Art. 21 Registro delle malattie

Attualmente, in Svizzera esistono unicamente i registri cantonali dei tumori, che raccolgono dati statistici sull'incidenza tumorale e sulla mortalità per tumore e che sono talvolta utilizzati per assicurare la qualità delle misure di prevenzione. L'obiettivo dell'avamprogetto è di estendere se necessario questo strumento ad altre malattie, ossia alle malattie fisiche e mentali stabilite dal Consiglio federale per mezzo di ordinanza (cpv. 1).

Spetta ai Cantoni tenere i registri, ovvero rilevare e aggiornare i dati (cpv. 1). Va inoltre precisato che, nel caso di dati personali, i Cantoni devono rispettare le disposizioni delle leggi cantonali in materia di protezione dei dati.

Il *capoverso 2* specifica gli obiettivi del rilevamento dei dati nei registri delle malattie.

Il *capoverso 3* stipula che il Consiglio federale deve emanare prescrizioni volte ad uniformare il rilevamento dei dati per permettere un'analisi statistica a livello nazionale. Per motivi di protezione dei dati, le prescrizioni devono prevedere l'anonimizzazione tempestiva dei dati personali eventualmente raccolti. L'applicazione di una procedura di rilevamento uniforme è l'unico modo per assicurarsi di poter raggruppare le informazioni contenute nei vari registri cantonali, ma anche di poter sottoporre questi dati ad un'analisi centralizzata a livello

⁷⁴ RS 414.71

⁷⁵ RS 414.20

nazionale. Il *capoverso 3* fornisce una base legale al finanziamento dell'analisi centralizzata.

Art. 22 Rapporti sulla salute

Per poter formulare e verificare gli obiettivi nazionali di prevenzione e di promozione della salute sulla base di criteri scientifici, è indispensabile disporre di rapporti periodici sulla salute, che descrivono e analizzano l'assistenza sanitaria e lo stato di salute della popolazione e di determinati gruppi di persone. Questi rapporti forniscono una panoramica della situazione sanitaria ed evidenziano i nessi esistenti tra i numerosi fattori che influiscono sullo stato di salute. Il rilevamento costante dei dati permette di seguire e capire l'evoluzione nel tempo di questi elementi (*cpv. 1*).

I Cantoni devono mettere a disposizione della Confederazione i dati statistici necessari per elaborare i rapporti sulla salute (*cpv. 2*). Questi dati servono anche all'elaborazione del rapporto nazionale sulla salute che la Confederazione deve allestire regolarmente con la partecipazione dei Cantoni (*cpv. 3*). Verosimilmente, il rapporto nazionale verrà allestito dall'Osservatorio svizzero della salute.

2.9 Sezione 9: Esecuzione

Secondo le prescrizioni federali, l'esecuzione delle misure di prevenzione e di promozione della salute è di competenza dei Cantoni. Gli articoli da 23 a 26 contemplano disposizioni per l'esecuzione e l'attuazione della LPrev che, in base al settore specifico in questione o in generale, rientrano nella sfera di competenza della Confederazione.

Art. 23 Collaborazione internazionale

Il *capoverso 1* obbliga le autorità di esecuzione della Confederazione a cercare e curare la collaborazione con le autorità e le istituzioni estere nonché con le organizzazioni internazionali e intergovernative. Va precisato che i servizi federali partecipano già ai lavori condotti da alcune di queste organizzazioni (ad es. OMS, UE, OCSE o Consiglio d'Europa) nei settori della prevenzione e della promozione della salute.

Il *capoverso 2* autorizza la Confederazione, nell'eventualità che un accordo sulla salute venga effettivamente concluso con l'UE, a sostenere i Cantoni e le organizzazioni private attive nella prevenzione e nella promozione della salute che intendono partecipare a programmi internazionali quali i programmi d'azione comunitari per la sanità pubblica. Questo sostegno ingloba in particolare la consulenza per la compilazione delle domande di progetto e il contatto con le organizzazioni partner estere ed è paragonabile ai compiti che la rete di informazione Eurosearch svolge su incarico della Segreteria di Stato per l'educazione e la ricerca (SER) per sostenere i ricercatori svizzeri che partecipano ai programmi quadro di ricerca dell'UE.

Secondo l'articolo 7a *capoverso 1* della legge del 21 marzo 1997 ⁷⁶ sull'organizzazione del Governo e dell'Amministrazione (LOGA), il Consiglio

⁷⁶ RS 172.010

federale può concludere autonomamente trattati internazionali nella misura in cui ne sia autorizzato da una legge federale. Il *capoverso 3* l'autorizza a concludere solo due tipi di accordi internazionali specifici: accordi sullo scambio di informazioni (*lett. a*) e accordi sullo scambio di dati statistici (*lett. b*).

Art. 24 Valutazione

Il *capoverso 1* si appoggia all'articolo 170 Cost. secondo cui l'efficacia dei provvedimenti della Confederazione dev'essere sottoposta a verifica. Tale verifica deve permettere di stabilire scientificamente se e in che misura determinate misure soddisfano effettivamente le attese e centrano gli obiettivi e, di rimando, fungono da base per l'ulteriore sviluppo della LPrev. L'obiettivo è di individuare i punti di forza e i punti deboli della legge e di misurarne l'impatto in modo da poter formulare raccomandazioni per la sua ottimizzazione.

In virtù del *capoverso 2* il servizio federale competente deve valutare in particolare due aspetti: l'impatto della legge sul coordinamento e la collaborazione tra Confederazione, Cantoni, Città e Comuni ma anche organizzazioni private attive nella prevenzione e promozione della salute (*lett. a*) e la destinazione e l'impatto dei mezzi finanziari versati dalla Confederazione e dai Cantoni come pure dei contributi provenienti dai prelievi a favore della prevenzione secondo l'articolo 13 (*lett. b*). La raccolta e l'accessibilità dei dati necessari alla realizzazione delle valutazioni sono garantite dall'articolo 20.

L'obbligo per il Dipartimento federale responsabile di rendere conto al Consiglio federale (*cpv. 3*) deriva dalla necessità di garantire il coordinamento a livello di Consiglio federale. Questo perché, da un lato, il Consiglio federale deve poter adempiere ai propri obblighi verso il legislativo in materia di verifica dell'efficacia e, dall'altro, gli organi legislativi devono disporre di una base materiale per le eventuali attività di valutazione.

Art. 25 Disposizioni d'esecuzione

Secondo il *capoverso 1*, il Consiglio federale è tenuto ad emanare le disposizioni d'esecuzione necessarie all'applicazione della legge dopo aver consultato i Cantoni e le cerchie interessate. Le disposizioni d'esecuzione contemplano:

- le ordinanze di carattere sostitutivo e complementivo rispetto alla legge (questa competenza è espressamente iscritta nelle pertinenti disposizioni della legge);
- le disposizioni d'esecuzione che concretizzano le obbligazioni prescritte per legge e, ad esempio, precisano i termini utilizzati nella legge;
- le ordinanze che concernono l'organizzazione dell'esecuzione (sempre che la Confederazione sia competente in materia) e il coordinamento e la collaborazione all'interno dell'Amministrazione federale.

L'articolo 48 *capoverso 1* LOGA autorizza il Consiglio federale a delegare al DFI la competenza di emanare le disposizioni d'esecuzione.

Conformemente all'articolo 48 *capoverso 2* LOGA il Consiglio federale può incaricare l'Ufficio federale competente di emanare le disposizioni d'esecuzione.

Art. 26 Delega di compiti

La delega di compiti richiede l'autorizzazione speciale del legislatore poiché deroga alle regole di organizzazione delle autorità. Nel pieno rispetto delle disposizioni della LOGA, l'articolo 26 fornisce la base legale formale necessaria all'esternalizzazione dei compiti di esecuzione della legge. Autorizza infatti il Consiglio federale ad affidare i compiti di esecuzione della legge a organizzazioni e a persone di diritto pubblico e privato. Va detto che determinati compiti riguardano settori molto tecnici, per i quali organizzazioni e persone che non appartengono all'Amministrazione federale dispongono di ampie conoscenze specializzate. In questi casi può rivelarsi molto opportuno – in termini di efficienza e di efficacia – appoggiarsi al know-how specifico delle organizzazioni e delle persone esterne alla Confederazione delegando loro determinati compiti.

Il *capoverso* 2 obbliga la Confederazione a esercitare una sorveglianza statale. Il *capoverso* 3 disciplina l'indennizzo finanziario dei compiti delegati.

2.10 Sezione 10: Disposizioni finali

Art. 27 Abrogazione del diritto previgente

Non appena la legge sulla prevenzione entrerà in vigore, sarà abrogata la legge federale del 22 giugno 1962⁷⁷ concernente l'assegnazione di sussidi per la lotta contro le malattie reumatiche. Le disposizioni di questa legge, tuttora determinanti, sono coperte dall'avamprogetto LPrev.

Art. 28 Modifica del diritto vigente

1. Legge federale del 21 marzo 1969⁷⁸ sull'imposizione del tabacco

Art. 28 cpv. 2 lett. c

Secondo la legge sull'imposizione del tabacco⁷⁹, il Fondo di prevenzione contro il tabagismo (FPT) è gestito da un'organizzazione di prevenzione sotto la vigilanza dell'Ufficio federale della sanità pubblica e in collaborazione con l'UFSP. Sulla base di questa disposizione, nell'ordinanza sul fondo per la prevenzione del tabagismo⁸⁰ è stata delegata a un servizio integrato amministrativamente nell'UFSP. In futuro, i proventi della tassa per la prevenzione del tabagismo verranno versati direttamente all'Istituto. La gestione dei proventi sarà retta dalle disposizioni della LPrev (articoli 13-16 LPrev).

2. Legge federale del 18 marzo 1994⁸¹ sull'assicurazione malattie (LAMal)

Art. 19 abrogato

⁷⁷ RS 818.21

⁷⁸ RS 641.31

⁷⁹ RS 641.31

⁸⁰ RS 641.316

⁸¹ RS 832.10

L'articolo 19 LAMal può essere abrogato poiché secondo il nuovo articolo 20 LAMal proposto, il supplemento di premio LAMal non verrà più versato a un'istituzione amministrata dai Cantoni e dagli assicuratori, bensì al futuro Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute (cfr. commenti all'art. 12).

Art. 20 Supplemento di premio

La legislazione sull'assicurazione malattia prevede già il prelievo di un contributo annuo a favore della prevenzione generale delle malattie da ogni persona assicurata obbligatoriamente (art. 20 cpv. 1 LAMal). Questo contributo, fissato finora dal DFI su proposta della fondazione Promozione Salute Svizzera, ammonta attualmente a 2,40 franchi.

In linea di massima, verrà mantenuto il principio del prelievo di un supplemento di premio LAMal nel senso di un contributo o di un prelievo a favore della prevenzione generale delle malattie da tutti gli assicurati. I mezzi finanziari raccolti non verranno più versati a un'organizzazione di prevenzione amministrata dagli assicuratori e dai Cantoni ma a un Istituto, che utilizzerà le risorse conformemente alle disposizioni della LPrev (cpv. 2). Un'altra modifica rispetto al diritto vigente risiede nel fatto che sarà il Consiglio federale e non più il DFI a determinare l'importo del prelievo, basandosi sulle linee guida definite nel quadro della sua strategia di prevenzione e promozione della salute (cpv. 3).

Art. 33 cpv. 2^{bis} Designazione delle prestazioni

^{2bis} *Può far partecipare i Cantoni all'attuazione delle misure di cui all'articolo 26. I Cantoni devono essere previamente consultati.*

L'assicurazione malattie obbligatoria copre il rischio finanziario in caso di malattia per l'intera popolazione. È gestita dagli assicuratori riconosciuti, che stabiliscono l'indennizzo delle prestazioni in una convenzione con i fornitori di prestazioni, ossia con i fornitori di prestazioni che adempiono le esigenze fissate dalla legge e dall'ordinanza (convenzioni tariffarie, cfr. art. 43 segg. LAMal). I costi delle prestazioni che adempiono la duplice condizione di essere fornite da prestatori riconosciuti e essere obbligatorie sono rimborsati dagli assicuratori (sistema detto «del terzo garante»). I fornitori di prestazioni sono elencati in modo esaustivo nell'articolo 35 LAMal e nelle ordinanze d'esecuzione.

Gli ospedali cantonali o i servizi medici cantonali sono autorizzati a fornire le stesse prestazioni degli studi medici privati. Ma la legge non conferisce ai Cantoni un ruolo particolare in materia di fornitura di prestazioni. Tuttavia è risaputo che, nel settore specifico della prevenzione, il coinvolgimento dei Cantoni è indispensabile per assicurare non solo che le prestazioni fornite sono conformi ai criteri di «efficacia, adeguatezza e economicità» (art. 32 LAMal), ma anche – almeno per una determinata categoria di misure – che l'attuazione sia efficace e orientata agli obiettivi. In questa categoria rientrano in particolare le misure che, come la vaccinazione in caso di pandemia o la diagnosi precoce del tumore al seno (mammografia), sono destinate a un numero elevato di persone. In ogni caso, il coinvolgimento dei Cantoni è indispensabile per collegare il finanziamento delle prestazioni mediche alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione mediante

l'informazione e la presa a carico della popolazione. Esistono già disposizioni in questo senso: la LAMal prevede la possibilità di esonerare dalla franchigia le misure di prevenzione attuate nel quadro di programmi organizzati a livello nazionale o cantonale (art. 64, cpv. 6, lett. d) e, poiché è il solo modo di garantire che le prestazioni rispettino i criteri di efficacia, adeguatezza e economicità, l'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995⁸² sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza sulle prestazioni, Opre) obbliga i Cantoni a realizzare i programmi di prevenzione quando i costi delle prestazioni corrispondenti devono suppostamente essere coperti dall'assicurazione malattie. Ma per evidenziare veramente il ruolo dei Cantoni nella legge, occorre completare l'articolo 33 LAMal di conseguenza.

3 Ripercussioni

3.1 Ripercussioni sulla Confederazione

L'avamprogetto LPrev consente un sensibile miglioramento delle basi legali in materia di coordinamento e di gestione strategica delle misure di prevenzione e promozione della salute su scala nazionale e crea nuove basi legali per la prevenzione di malattie non trasmissibili e mentali. In entrambi i settori, la Confederazione è chiamata ad assumere un ruolo guida.

La LPrev dà alla Confederazione un nuovo compito, che consiste nel fissare d'intesa con i Cantoni gli obiettivi nazionali per la prevenzione e per la promozione della salute e nel verificarne l'attuazione. In vista del raggiungimento di tali obiettivi, la Confederazione è altresì incaricata di coordinare le misure e le attività di tutti i servizi federali coinvolti attraverso una strategia per la prevenzione e per la promozione della salute definita ogni quattro anni dal Consiglio federale.

Al momento, è possibile fornire solo una stima approssimativa dell'onere finanziario connesso agli ulteriori nuovi compiti della Confederazione menzionati qui di seguito. Tale stima, che dovrà essere quantificata con maggiore precisione in vista del messaggio destinato alle Camere federali, si presenta come segue:

- 8 milioni di franchi quale indennità dovuta all'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute per le misure di sostegno fornite ai Cantoni e alle organizzazioni private attive nella prevenzione e nella promozione della salute di cui all'articolo 10;
- 8 milioni di franchi per la concessione di aiuti finanziari conformemente all'articolo 17 a organizzazioni mantello nazionali;
- 2 milioni di franchi per lo sviluppo della statistica sanitaria e l'elaborazione di rapporti sulla salute ai sensi degli articoli 20 e 22.

Al momento dell'entrata in vigore della legge (presumibilmente nel 2012), il finanziamento di queste prestazioni sarà garantito mediante il trasferimento dei fondi attualmente utilizzati dall'UFSP per le misure di prevenzione e di promozione della

⁸² RS 832.112.31

salute (attuazione senza ripercussioni sul bilancio)⁸³. A lungo termine, tuttavia, la progettazione e l'attuazione di eventuali nuovi programmi nazionali – relativi in particolare a malattie non trasmissibili e mentali importanti – di cui all'articolo 6, come pure il finanziamento di programmi e progetti dei Cantoni e di terzi, necessiteranno verosimilmente di ulteriori mezzi. Per reperire tali fondi, si dovrebbe ricorrere a un aumento del supplemento di premio LAMal (attualmente 2,40 franchi all'anno per persona assicurata; cfr. anche punto 3.3).

La strategia di prevenzione e di promozione della salute (cfr. art. 5) definita di volta in volta per quattro anni dal Consiglio federale determinerà le misure concrete che la Confederazione adotterà e realizzerà in ciascun settore. Tale strategia dovrà includere anche un riepilogo delle risorse umane e finanziarie necessarie per realizzare le misure nel successivo quadriennio. In particolare, dovrà stabilire quale percentuale delle entrate derivanti dai prelievi a favore della prevenzione (tassa per la prevenzione del tabagismo e supplemento di premio LAMal) dovrà essere messa a disposizione dell'Istituto per la progettazione e l'attuazione di programmi nazionali di cui all'articolo 6 (cfr. art. 5 cpv. 1 lett. d). Conformemente all'articolo 14, l'Istituto dovrà utilizzare le entrate restanti per erogare contributi a programmi e progetti di terzi.

Resta ancora da appurare se i sistemi informatici attualmente a disposizione (ad es. in relazione alla qualità dei dati oppure allo scambio automatizzato di dati in seno alla Confederazione, con i Cantoni e con autorità e organizzazioni internazionali) sono in grado di rispondere alle esigenze poste dalla nuova legge oppure se devono essere ottimizzati.

I costi legati alla creazione e alla gestione dell'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute si aggirano attorno agli 8 milioni di franchi l'anno (cfr. sopra)⁸⁴. In vista del messaggio che dovrà essere approntato per l'esame delle Camere federali, si dovrà procedere, anche in questo caso, a una quantificazione più precisa dell'importo. L'indennità per le prestazioni fornite dall'Istituto su incarico della Confederazione verrà stabilita sulla base degli obiettivi strategici definiti dal Consiglio federale.

3.2 Ripercussioni sui Cantoni e i Comuni

L'avamprogetto LPrev offre ai Cantoni e ai Comuni nuove possibilità di partecipazione alla politica di prevenzione e di promozione della salute.

Nel pieno rispetto della struttura federalistica dello Stato, l'avamprogetto LPrev lascia o delega ai Cantoni l'assolvimento di diversi compiti e obblighi tra cui:

- la gestione dei servizi sanitari scolastici;
- la gestione delle offerte di consulenza e assistenza destinate a tutte le fasce d'età, purché concorrano al raggiungimento degli obiettivi nazionali;

⁸³ Qualora, alla luce degli indirizzi della riforma relativa alla verifica dei compiti nel settore «Salute dell'uomo e dell'animale» approvati dal Consiglio federale il 9 aprile 2008, la Confederazione dovesse prevedere tagli nel settore della prevenzione, occorrerà rivalutare le nuove prestazioni previste e in particolare la concessione di aiuti finanziari alle organizzazioni mantello nazionali ai sensi dell'articolo 17 dell'avamprogetto LPrev.

⁸⁴ Questo importo corrisponde al budget annuale di organizzazioni simili come l'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie (ISPA) o la fondazione Radix.

- l'attuazione di misure di prevenzione e di diagnosi precoce ai sensi degli articoli 26 e 33 cpv. 2^{bis} LAMal;
- la tenuta di registri per determinate malattie.

A seconda dell'impegno già messo in atto nel settore della prevenzione e della promozione della salute, per i Cantoni, le Città e i Comuni i compiti e gli obblighi sopra elencati possono comportare un aumento del fabbisogno di risorse umane e finanziarie. Complice il sistema di registrazione obsoleto, i dati statistici disponibili riguardanti la spesa dei Cantoni per la prevenzione e per la promozione della salute (cfr. punto 1.1.2) non consentono di quantificare l'onere supplementare che l'attuazione della LPrev implicherà per ogni singolo Cantone. In vista del messaggio destinato alle Camere, si cercherà comunque di estrapolare informazioni più dettagliate da questi dati per mezzo di un sondaggio tra i Cantoni. D'altronde, la legge in oggetto offre a questi ultimi la possibilità di associarsi per organizzare e offrire congiuntamente le misure di prevenzione e promozione della salute. Inoltre, i processi di gestione strategica e di coordinamento condotti dalla Confederazione (obiettivi nazionali di cui all'art. 4 e strategia del Consiglio federale di cui all'art. 5), l'estensione delle misure di sostegno della Confederazione (cfr. art. 10) come pure il miglioramento della base di dati per la gestione delle misure (cfr. artt. 20-22) alleggeriranno il carico che grava sui Cantoni.

Oltre a ciò, nell'ambito della strategia definita dal Governo ai sensi dell'articolo 5, l'avamprogetto LPrev conferisce al Consiglio federale la possibilità di contribuire ai programmi cantonali di prevenzione e promozione della salute versando direttamente ai Cantoni una determinata percentuale dei proventi del supplemento di premio LAMal come pure una percentuale della tassa per la prevenzione del tabagismo senza alcun vincolo a progetti specifici, ma a condizione che tali programmi concorrano al raggiungimento degli obiettivi nazionali (cfr. art. 14 cpv. 1 lett. b e art. 14. cpv. 2 lett. b).

3.3 Ripercussioni sull'economia

Necessità e possibilità di un intervento statale

A differenza dei tre pilastri dell'assistenza sanitaria (trattamento, riabilitazione e cure), la prevenzione e la promozione della salute – ad eccezione della lotta contro le malattie trasmissibili, delle misure per la prevenzione di tossicodipendenze e malattie professionali nonché della prevenzione degli infortuni – non sono sufficientemente radicate dal punto di vista concettuale, politico, organizzativo e legale. Questa debolezza strutturale si traduce in molti settori della prevenzione di malattie e della promozione della salute in una mancanza di gestione strategica e di coordinamento, ma anche di trasparenza per quanto riguarda l'offerta e le prestazioni.

Nella sua decisione del 28 settembre 2007, il Consiglio federale dichiara di condividere il parere espresso dalla Commissione di esperti PPS 2010, dall'OCSE e dall'OMS secondo cui, a causa dell'attuale debolezza strutturale, occorrono nuove basi legali per rafforzare la prevenzione e la promozione della salute come pure per migliorare il coordinamento e l'efficienza delle attività già avviate.

Malgrado la crescita del mercato della salute e del wellness⁸⁵ (finanziato da privati), un intervento statale nei settori della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce è tuttora necessario per i seguenti motivi:

- *Principio delle pari opportunità*: analogamente al principio dell'assicurazione malattie, anche nei settori della prevenzione, della promozione della salute e della diagnosi precoce occorre garantire a tutti l'accesso equo a strutture e offerte di consulenza di alta qualità. La conseguente riduzione delle disuguaglianze sociali in materia di salute per diversi gruppi di persone contribuisce a preservare il principio di solidarietà nelle assicurazioni sociali (soprattutto nella LAMal)⁸⁶.
- *Garanzia dei sistemi di sicurezza sociale*: la riduzione del carico di morbidità, dell'invalidità e del bisogno di cure concorre a sgravare i sistemi di sicurezza sociale (soprattutto assicurazione malattie e assicurazione invalidità) e, di riflesso, i conti pubblici. Considerata l'evoluzione demografica, questo alleggerimento degli oneri è indispensabile per poter garantire anche alle future generazioni un'assistenza sanitaria di alta qualità e finanziariamente sostenibile (cfr. grafici 1 e 2).
- *Miglioramento dello sviluppo economico*: in Svizzera, il buono stato di salute della popolazione rafforza la sua efficienza funzionale e contribuisce così a incrementare la produttività (riduzione delle assenze per malattia) e a garantire la crescita economica, preservando la capacità funzionale dei lavoratori (più anziani).
- *Interesse pubblico a una popolazione in buona salute*: l'aumento del periodo di vita trascorso in salute, ossia senza malattie e disabilità, è nell'interesse della collettività in quanto non solo migliora la qualità di vita dei cittadini ma al tempo stesso contribuisce a ridurre il carico di morbidità, l'invalidità e il bisogno di cure.

È dimostrato che le misure strutturali (prevenzione strutturale) adottate per arginare i fattori di rischio come il tabagismo, il consumo problematico di alcol e la cattiva alimentazione svolgono un ruolo determinante ai fini di una prevenzione efficace e finanziariamente efficiente delle malattie derivanti da tali fattori, riducendo il carico di morbidità e, a più lungo termine, i costi sanitari connessi. Tali misure, perlopiù di tipo legislativo, possono opporsi ad altri interessi pubblici, come ad esempio la libertà economica. In tal caso, per evitare che esigenze pubbliche e private entrino in conflitto, è indispensabile avviare un dibattito politico su larga scala. Lo Stato deve comunque avere la possibilità di limitare gli interessi privati laddove ritiene che il bene della salute pubblica prevalga sugli interessi di alcuni settori economici.

Ripercussioni su singoli gruppi sociali

La nuova regolamentazione legale in materia di prevenzione e promozione della salute si ripercuote in primo luogo sugli attori pubblici a livello federale e cantonale (cfr. punti 3.1 e 3.2). Fatta eccezione per gli assicuratori, il progetto tocca solo indirettamente le altre organizzazioni e gli altri attori che operano nella sanità

⁸⁵ Cfr. al riguardo Stephan Sigrist: Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance. Berna, agosto 2006.

⁸⁶ Stephan Sigrist: Zukunftsperspektiven des Gesundheitsmarkts. Kostenfaktor und Wachstumschance. Berna, agosto 2006, pag. 70.

(medici, farmacisti, ospedali ecc.). In particolare, l'integrazione della fondazione di diritto privato Promozione Salute Svizzera (finanziata dagli assicuratori e dai Cantoni in virtù degli articoli 19 e 20 LAMal) nell'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute esonererà gli assicuratori dai loro compiti nel settore della prevenzione generale delle malattie.

L'obiettivo dell'avamprogetto LPrev di migliorare il coordinamento e la gestione strategica delle attività di prevenzione e di promozione della salute intraprese dalla Confederazione e dai Cantoni va anche a beneficio delle organizzazioni private che operano nel campo della prevenzione e della promozione della salute come pure delle professioni e delle istituzioni sanitarie attive principalmente nel campo terapeutico. Queste possono infatti pianificare in modo più mirato il proprio impegno in questi settori e ricevono nuovi stimoli per proporre a loro volta misure di prevenzione e di promozione della salute.

A medio e lungo termine, gli assicurati potrebbero trarre benefici anche finanziari da un rafforzamento della prevenzione e della promozione della salute (cfr. di seguito). Nel contempo, però, dovranno prevedibilmente far fronte a un onere finanziario supplementare. La rinuncia a finanziare mediante fondi attinti dal bilancio della Confederazione i costi finanziari supplementari che si presenteranno a più lungo termine potrebbe comportare un aumento del supplemento di premio LAMal, attualmente di 2,40 franchi per persona e anno. Se si considera il premio medio annuo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel 2008 (3775 franchi), dopo l'aumento il prelievo equivale oggi all'incirca allo 0,06 % del premio medio annuo. In termini percentuali, tale supplemento risulta nettamente inferiore ai supplementi prelevati nell'ambito della prevenzione degli infortuni non professionali (0,75 % del premio netto medio dell'assicurazione contro gli infortuni non professionali, conformemente all'articolo 2 dell'ordinanza del 6 luglio 1983⁸⁷ che fissa i premi supplementari per la sorveglianza degli infortuni) o nell'ambito della prevenzione degli infortuni stradali (anche in questo caso 0,75 % del premio netto dell'assicurazione responsabilità civile per veicoli a motore, conformemente all'articolo 1 dell'ordinanza del 13 dicembre 1976⁸⁸ sul contributo alla prevenzione degli infortuni nella circolazione stradale)⁸⁹.

L'avamprogetto LPrev non contempla alcuna misura destinata direttamente alle imprese. Un rafforzamento dell'impegno dello Stato nel campo della prevenzione delle malattie e della promozione della salute potrebbe per contro rivelarsi proficuo soprattutto per il settore della comunicazione, grazie alla possibilità di ottenere incarichi supplementari per le attività di informazione e in particolare per le campagne mediatiche.

Ripercussioni sull'economia in generale

Lo stato di salute, unitamente alla formazione, promuove l'accumulo e la messa a frutto di esperienze, capacità e conoscenze (capitale umano o ricchezza umana) della popolazione. Oltre al progresso tecnologico e al capitale (privato e pubblico), tra i fattori determinanti per la crescita figura oggi anche il capitale umano. La salute

⁸⁷ RS 832.208

⁸⁸ RS 741.811

⁸⁹ Conformemente all'articolo 1 dell'ordinanza del 6 luglio 1983 che fissa i premi supplementari per la sorveglianza degli infortuni (RS 832.208), il premio supplementare per la prevenzione degli infortuni professionali e delle malattie professionali è pari al 6,5 % del premio netto dell'assicurazione contro gli infortuni professionali.

individuale e lo stato di salute della popolazione hanno quindi un influsso da non sottovalutare sulla situazione economica di un Paese. Da un lato, un miglioramento della salute della popolazione frena l'aumento della spesa sanitaria, dall'altro, accresce il potenziale di produzione della popolazione allungando la speranza di salute e ottimizzando le possibilità di partecipazione sul posto di lavoro. Considerate le sfide demografiche che ci attendono («invecchiamento della popolazione»), questo scenario è senz'altro auspicabile. A lungo termine, quindi, si prospettano effetti fiscali e non fiscali positivi per l'economia.

Un aumento dei rischi sanitari comporta, oltre a maggiori costi per la cura delle malattie (costi diretti), anche costi consequenziali dovuti ad esempio all'assenza dal lavoro per malattia (costi economici indiretti; cfr. tabella 6).

Attualmente disponiamo di una serie di studi di economia sanitaria in cui vengono calcolati – come riportato nella tabella 6 – i costi diretti e indiretti delle malattie che la prevenzione consentirebbe in parte di evitare e/o viene valutata l'economicità delle misure di prevenzione. A tale scopo, gli autori hanno messo a confronto sia diverse misure tra di loro che i relativi costi con gli effetti che producono sulla salute. Parallelamente, hanno evidenziato i costi in caso di inazione (ossia della rinuncia all'adozione di misure di prevenzione). Per quanto riguarda la Svizzera, manca a tutt'oggi un approccio ampiamente condiviso che consenta di valutare le diverse misure con un metodo unitario.

Tabella 6: Costi consequenziali di malattie e infortuni (dati del 2003 in miliardi di franchi)⁹⁰

<i>Fattore di rischio</i>	<i>Costi sociali globali</i>	<i>Costi diretti nella sanità (percento dei costi della salute)</i>	<i>Costi economici indiretti</i>	<i>Costi immateriali</i>
<i>Infortuni e malattie professionali</i>	18,35	4,12 (8,2 %)	14,23	Non quantificati
<i>Stress da lavoro</i>	16,80	2,30 (4,6 %)	3,10	11,40
<i>Infortuni stradali</i>	13,30	3,80 (1,0 %)	0,46	9,00
<i>Tabagismo</i>	11,10	1,60 (3,2 %)	4,10	5,40
<i>Disturbi mentali</i>	8,30	2,90 (5,8 %)	5,50	Non quantificati
<i>Alcolismo</i>	7,10	0,85 (1,7 %)	1,60	4,70
<i>Tossicodipendenza</i>	4,10	1,35 (2,7 %)	2,30	0,42
<i>Sovrappeso</i>	2,85	1,20 fino a 1,70 (2,4 fino a 3,4 %)	1,14 bis 1,65	Non quantificati

Considerato il lungo periodo di latenza tra l'adozione di una misura e i suoi effetti e viste anche le complesse interazioni tra la prevenzione strutturale e quella comportamentale, risulta difficile esprimersi sul potenziale di riduzione dei costi a breve termine offerto dalle misure di prevenzione delle malattie e di promozione della salute. Ciò nonostante, gli scenari sullo sviluppo della sanità elaborati dall'AFF (in collaborazione con l'UFSP) in allegato al piano finanziario di legislatura 2009–

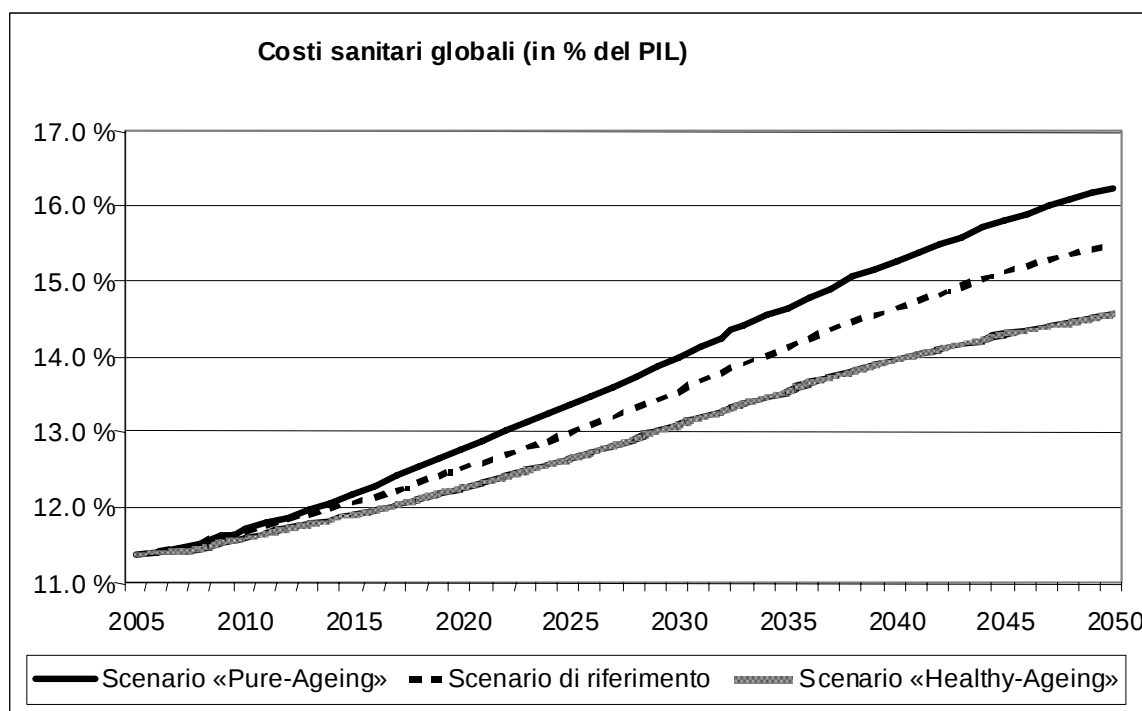
⁹⁰ Fonte: UFSP, Etude comparative des coûts sociaux de principaux déterminants de morbidité et mortalité évitables en Suisse, Berna 2004.

2011⁹¹ consentono di valutare l'influsso dello stato di salute della popolazione sull'evoluzione dei costi nel sistema sanitario nel corso dei prossimi 50 anni. Tre gli scenari considerati:

- *Scenario di riferimento*: la popolazione trascorre in buona salute la metà degli anni guadagnati grazie all'allungamento della speranza di vita (aumento parziale del carico di morbidità).
- *Scenario «Pure-Ageing»*: la popolazione trascorre in uno stato di salute precario gli anni guadagnati grazie all'allungamento della speranza di vita (aumento del carico di morbidità).
- *Scenario «Healthy-Ageing»*: la popolazione trascorre in buona salute tutti gli anni guadagnati grazie all'allungamento della speranza di vita (diminuzione del carico di morbidità).

Come mostra il grafico 1, nello scenario di riferimento i costi globali per l'assistenza sanitaria – a causa in primo luogo dall'evoluzione demografica – lieviteranno dagli attuali 52,76 miliardi (anno di riferimento 2005; 11,4 % del PIL) a 220,89 miliardi di franchi (15,5 % del PIL) nel 2050⁹². Nello scenario «Pure-Ageing» tali costi saliranno addirittura a 232,07 miliardi di franchi (16,3 % del PIL). Se invece attraverso la prevenzione, la promozione della salute e la diagnosi precoce si riuscirà a migliorare lo stato di salute della popolazione più anziana (scenario «Healthy-Ageing»), nel 2050 i costi globali per l'assistenza sanitaria diminuiranno presumibilmente di 13,30 miliardi di franchi per corrispondere al 14,6 % del PIL.

Grafico 1: Evoluzione dei costi della salute in percento del PIL tra il 2005 e il 2050⁹³



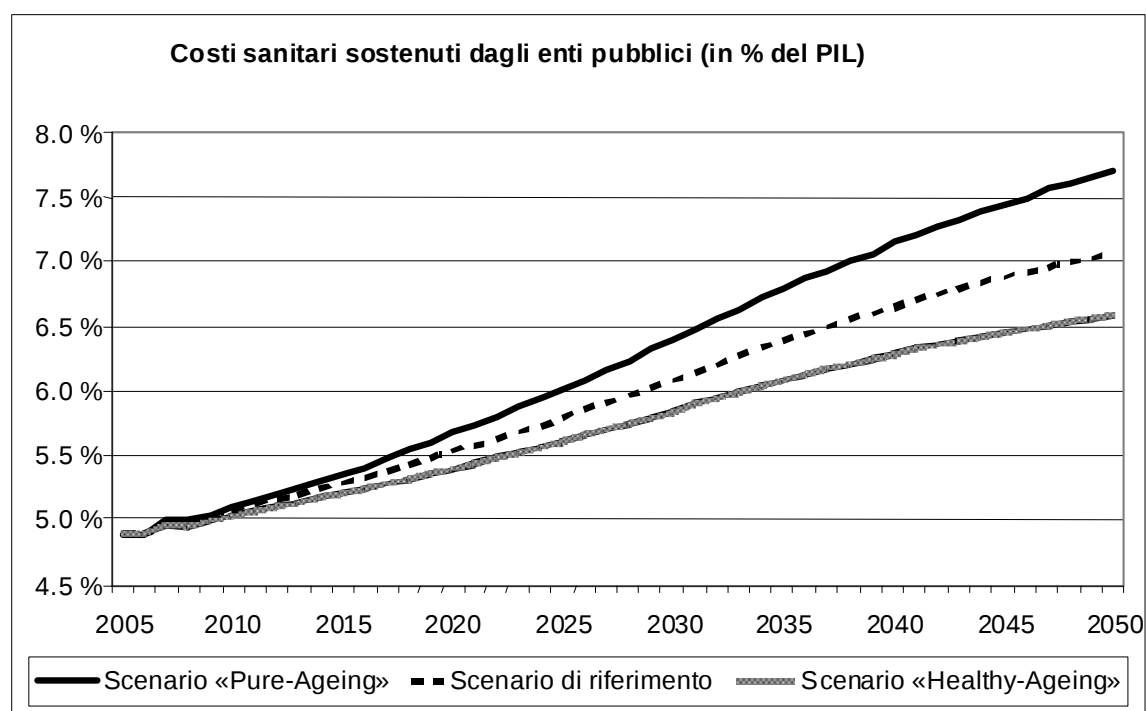
⁹¹ Amministrazione federale delle finanze: piano finanziario di legislatura 2009-2011, Berna, febbraio 2008, pagine 115 segg.

⁹² In questo contesto, occorre puntualizzare che nello scenario di riferimento circa la metà della crescita reale delle spese sanitarie globali va ascritta agli effetti della domanda e dell'offerta nel settore sanitario dovuti all'evoluzione generale del reddito.

⁹³ Fonte: Amministrazione federale delle finanze

Poiché conformemente all'attuale sistema di finanziamento una parte importante di questi costi è coperta dai bilanci pubblici (contributi cantonali per le cure ospedaliere, contributi federali e cantonali per la riduzione individuale dei premi di cassa malati), quest'evoluzione avrà ripercussioni determinanti anche sugli oneri finanziari supplementari previsti per gli enti pubblici (cfr. grafico 2). Rispetto allo scenario di riferimento, in quello denominato «Healthy-Ageing» la quota del PIL può essere ridotta di 0,5 punti percentuali (6,6 % invece di 7,1 %, – in termini assoluti il risparmio potenziale è di 6,90 miliardi di franchi). Per questo motivo, lo studio dell'AFF giunge anche alla conclusione che gli investimenti nella prevenzione e nella promozione della salute potrebbero costituire una misura efficace per frenare l'evoluzione dei costi descritta nello scenario di riferimento. La prevenzione e la promozione della salute, perseguite attraverso un rafforzamento della cultura sanitaria della popolazione, favoriscono una maggiore differenziazione della domanda e dell'utilizzo di prestazioni dell'assistenza sanitaria e possono contribuire ad arginare ulteriormente l'aumento dei costi nella sanità, effetto questo non contemplato nei tre scenari esposti.

Grafico 2: Evoluzione dei costi della salute sostenuti dagli enti pubblici in percento del PIL tra il 2005 e il 2050⁹⁴



Anche uno studio sull'evoluzione dei costi delle cure di lunga durata pubblicato nell'aprile del 2008 dall'Osservatorio svizzero della salute⁹⁵ giunge a una conclusione analoga: se anche in futuro, nonostante l'allungamento della speranza di vita, il momento in cui le persone con più di 65 anni avranno bisogno di cure rimarrà quello di oggi - fermo restando che a causa della speranza di vita più elevata queste persone beneficeranno di cure per un periodo più lungo - i costi per le cure di lunga durata passeranno dagli attuali 7,3 miliardi (anno di riferimento 2005) a 17,8

⁹⁴ Fonte: Amministrazione federale delle finanze

⁹⁵ Osservatorio svizzero della salute: Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse. Documento di lavoro 34, Neuchâtel, aprile 2008 – consultabile al sito www.obsan.admin.ch.

miliardi di franchi nel 2030⁹⁶. Al contrario, se tali persone cominceranno ad aver bisogno di cure più tardi rispetto ad oggi (riduzione dell'utilizzo di cure), i costi si attesteranno a 16,2 miliardi di franchi, il che equivale a un risparmio annuo di 1,6 miliardi. Stando agli autori dello studio, questi dati indicano chiaramente quanto siano importanti le misure di prevenzione e di promozione della salute che contribuiscono a migliorare lo stato di salute della popolazione più anziana e a preservarne l'autonomia al fine di contenere l'aumento dei costi delle cure di lunga durata.

Come esposto al punto 1.1.2, nel 2005 i costi per la prevenzione e la promozione della salute registrati statisticamente ammontavano a 1,13 miliardi di franchi, il che corrisponde al 2,1 % dei costi complessivi per il sistema sanitario svizzero. La Svizzera, quindi, si situa al di sotto della media dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), che si attesta al 2,7 %. Questo importo non comprende i costi per la prevenzione medica a carico dall'assicurazione malattie obbligatoria conformemente all'articolo 26 LAMal, in quanto mancano i dati statistici corrispondenti degli assicuratori. A livello federale, per finanziare le misure di prevenzione e di promozione della salute si attinge attualmente, oltre che ai fondi federali (circa 35 milioni l'anno), ai prelievi a favore della prevenzione, ossia alla tassa per la prevenzione del tabagismo (entrate per 17 milioni di franchi l'anno) e al supplemento di premio LAMal (entrate per 18 milioni di franchi l'anno, cfr. tabella 3, punto 1.1.2)⁹⁷.

Come mostra la tabella 6, a questi 1,13 miliardi di franchi si contrappongono i costi annui globali per malattie potenzialmente evitabili quantificati a oltre 30 miliardi di franchi.

Gli sforzi di prevenzione basati su misure strutturali – come ad esempio il divieto di vendere bibite zuccherate nelle scuole pubbliche – possono arrecare perdite finanziarie alle aziende coinvolte. Poiché le misure concrete adottate in funzione delle linee strategiche del Consiglio federale (cfr. art. 5 cpv. 1 lett. a) vengono stabilite solo nel quadro dell'elaborazione di programmi nazionali di prevenzione e di promozione della salute di cui all'articolo 6, al momento attuale non è possibile quantificare le conseguenze finanziarie di tali misure per le imprese. Ciò nonostante, l'avamprogetto LPrev prevede una valutazione prospettica del possibile impatto sull'economia, la società e l'ambiente sia nel corso dell'elaborazione delle linee strategiche per i programmi nazionali, sia durante la messa a punto degli stessi programmi (cfr. art. 5 cpv. 2 lett. a e art. 6 cpv. 2). Nell'ottica di tale valutazione, è di fondamentale importanza affrontare ed esaminare i conflitti di interessi tra la tutela della salute della popolazione e le possibili limitazioni alla libertà individuale o aziendale, ferma restando la necessità di distinguere tra le limitazioni alla libertà individuale e le perdite commerciali inflitte a singoli settori dell'economia.

⁹⁶ Una parte importante dell'incremento dei costi, direttamente correlato con l'aumento del numero di ultraottantenni dovuto all'evoluzione demografica, è inevitabile.

⁹⁷ Nel settore della prevenzione degli infortuni (infortuni professionali e non professionali e infortuni stradali), i supplementi di premio dell'assicurazione contro gli infortuni professionali (circa 100 milioni di franchi l'anno) quelli dell'assicurazione contro gli infortuni non professionali (circa 24 milioni di franchi l'anno) e quelli dell'assicurazione responsabilità civile per i veicoli a motore (circa 18 milioni) consentono di disporre ogni anno di 140 milioni di franchi da destinare a misure di prevenzione (cfr. tabella 3, punto 1.1.2).

In vista dell'elaborazione del messaggio all'attenzione delle Camere, la valutazione delle ripercussioni economiche della LPrev – soprattutto quelle fiscali menzionate all'inizio del rapporto, che potrebbero di gran lunga oltrepassare le eventuali perdite subite da singoli settori dell'economia – sarà oggetto di un ulteriore approfondimento.

Regolamentazioni alternative

Nell'ambito dei lavori preliminari relativi all'avamprogetto LPrev, in particolare nel corso della riorganizzazione e della semplificazione delle strutture destinate alla prevenzione a livello federale, sono state esaminate diverse regolamentazioni alternative. Tra quelle respinte figura ad esempio il trasferimento delle misure di sostegno di cui all'articolo 10 a organizzazioni private attive nella prevenzione e nella promozione della salute sulla base di mandati di prestazioni pluriennali e in conformità con le prescrizioni in materia di acquisti pubblici. Questa variante, infatti, comporterebbe una dispersione dei compiti e, rispetto allo status quo, non consentirebbe di semplificare le strutture, ma al contrario accrescerebbe il bisogno di coordinamento e di armonizzazione tra i diversi mandatarî.

Inoltre, l'integrazione della fondazione di diritto privato Promozione Salute Svizzera – attiva in virtù degli articoli 19 e 20 LAMal nell'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute (cfr. articolo 18 dell'avamprogetto di legge federale sull'Istituto svizzero per la prevenzione e per la promozione della salute) – annulla qualsiasi bisogno di coordinamento supplementare. Al contrario, la legge proposta elimina le attuali lacune di coordinamento e di gestione.

Adeguatezza in fase di esecuzione

Dato che l'avamprogetto LPrev non prevede alcun nuovo organo di esecuzione a livello cantonale, per quanto riguarda l'attuazione non esiste alcun doppione rispetto alle leggi vigenti che, dal canto loro, esigono nuovi sforzi in materia di coordinamento.

L'articolo 5 capoverso 2 lettera b come pure l'articolo 8 garantiscono il coordinamento a livello tecnico e contenutistico delle misure dell'avamprogetto LPrev con le misure di prevenzione degli infortuni e della malattie professionali nonché degli infortuni non professionali ai sensi della legge federale del 20 marzo 1981⁹⁸ sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), con le misure di protezione della salute conformemente alla legge sul lavoro del 13 marzo 1964⁹⁹, con le misure di prevenzione degli infortuni stradali in virtù della legge federale del 19 dicembre 1958¹⁰⁰ sulla circolazione stradale (LCStr) e con le misure di prevenzione della violenza secondo l'articolo 386 del Codice penale (CP)¹⁰¹.

Inoltre, una migliore attribuzione dei compiti tra i servizi federali da un lato e tra la Confederazione e i Cantoni dall'altro non solo rende il sistema più trasparente, ma riduce anche gli oneri di coordinamento e, di riflesso, le spese amministrative.

Conformemente all'articolo 5 capoverso 1 lettera a, spetta al Consiglio federale provvedere affinché nel quadro dei programmi nazionali vengano realizzate soprattutto le misure che presentano un buon rapporto tra costi e benefici. A tale

⁹⁸ RS 832.20

⁹⁹ RS 822.11

¹⁰⁰ RS 741.01

¹⁰¹ RS 311.0

scopo, la scelta della strategia di intervento concreta (ad es. misura strutturale, campagna mediatica, progetto per un gruppo target specifico) e la designazione dei gruppi target rivestono un'importanza fondamentale. La stessa efficacia di una misura specifica dipende dai fattori di successo descritti al punto 1.1.2¹⁰². Come evidenziano le valutazioni dell'OMS, sono specialmente le misure strutturali (ad es. l'imposizione delle sigarette e delle bevande alcoliche come la birra, i superalcolici e gli alcopop) ad avere un impatto particolarmente positivo sui costi¹⁰³. Per questo motivo, nel loro rapporto sul sistema sanitario svizzero l'OCSE e l'OMS raccomandano tra l'altro di accordare la priorità a quelle misure la cui efficacia dal punto di vista dei costi sia comprovata¹⁰⁴. Tuttavia, come già menzionato in precedenza, le misure di prevenzione strutturali possono avere conseguenze finanziarie negative per le imprese coinvolte o persino comportare una restrizione della libertà economica, cosa che, nella maggioranza dei casi, fa sorgere controversie sul piano politico. L'adozione di tali misure, quindi, presuppone sempre la segnalazione tempestiva di eventuali conflitti di obiettivi nonché un'attenta ponderazione tra due interessi pubblici: la protezione della salute della popolazione o di singoli gruppi di persone da malattie trasmissibili, molto diffuse o maligne, da un lato, e la tutela della libertà economica, dall'altro.

Anche e soprattutto per questo motivo, l'Istituto, in qualità di organo centrale della Confederazione responsabile dell'attuazione delle misure di prevenzione, di promozione della salute e di diagnosi precoce, deve garantire che le informazioni sui modelli di intervento riconosciuti ed efficaci siano facilmente accessibili a tutti gli attori pubblici o privati (cfr. art. 10 cpv. 2 lett. a). In ultima analisi, lo sviluppo ulteriore degli attuali standard di qualità (cfr. art. 10 cpv. 2 lett. b) e la promozione della formazione e del perfezionamento (cfr. art. 19) faranno sì che, al momento della pianificazione e dell'esecuzione di programmi e progetti, ci si potrà avvalere di strumenti di gestione della qualità e le persone incaricate della concezione e dell'attuazione disporranno delle conoscenze tecniche necessarie.

Lo strumento di coordinamento e di gestione strategica degli obiettivi nazionali (cfr. art 4) e, a livello federale, la strategia per la prevenzione e per la promozione della salute definita dal Consiglio federale (cfr. art. 5) garantiranno che, dal punto di vista delle tematiche, verranno stabilite le giuste priorità, ossia che i programmi nazionali realizzati riguarderanno esclusivamente settori particolarmente importanti per la salute pubblica (ad es. malattie secondarie del tabagismo e del consumo di alcol, malattie causate dalla mancanza di movimento e da una cattiva alimentazione e malattie mentali gravi).

Non da ultimo, l'efficacia e l'economicità delle misure da adottare conformemente all'avamprogetto LPrev, così come della legge stessa (cfr. art 24), dovranno essere periodicamente sottoposte a verifica.

¹⁰² Cfr. al riguardo anche Ufficio federale della sanità pubblica: Prevenzione e promozione della salute in Svizzera, Berna, 28 settembre 2007, pagine 39 segg. (Efficacia di campagne di prevenzione e di promozione della salute) e pagine 41 segg. (Efficacia della prevenzione e promozione della salute) – consultabile sul sito www.bag.admin.ch/pgf2010.

¹⁰³ Cfr. al riguardo www.who.int/choice e Ufficio federale della sanità pubblica: Prevenzione e promozione della salute in Svizzera, Berna, 28 settembre 2007, pagina 45 seg. – consultabile sul sito www.bag.admin.ch/pgf2010.

¹⁰⁴ OCSE e OMS: Examens de l'OCDE des systèmes de santé. Suisse. Parigi, 2006, pag. 161 (disponibile in francese e inglese).

4 Aspetti giuridici

4.1 Costituzionalità

L'avamprogetto LPrev poggia sugli articoli 117 capoverso 1 e 118 capoverso 2 della Costituzione federale.

In virtù dell'articolo 117 capoverso 1 Cost. la Confederazione emana prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie e gli infortuni. Su questa disposizione si fonda la competenza della Confederazione di prelevare il supplemento di premio LAMal secondo l'articolo 20 della pertinente legge rivista e di utilizzarne i proventi secondo gli articoli 13 e 15 dell'avamprogetto LPrev. Ai sensi dell'articolo 118 capoverso 2 Cost. la Confederazione emana prescrizioni in settori specifici rilevanti per la salute. L'articolo 118 capoverso 2 lettera b conferisce alla Confederazione la competenza di emanare prescrizioni sulla lotta contro malattie trasmissibili, molto diffuse o maligne dell'uomo e degli animali.

Per «malattie trasmissibili» si intendono le malattie che, ai sensi della legge del 18 dicembre 1970¹⁰⁵ sulle epidemie, possono essere trasmesse all'uomo da agenti patogeni o dai loro metabolici (cfr. art. 3 lett. d avamprogetto LPrev). Tra di esse figurano la tubercolosi e l'Aids. Per «malattie molto diffuse» si intendono invece quelle numericamente rilevanti e diffuse su scala sovraregionale, la cui diffusione effettiva o potenziale fa sembrare opportune misure di prevenzione o di diagnosi precoce a livello nazionale (cfr. art. 3 lett. e avamprogetto LPrev). Tra di esse vi sono i disturbi correlati alle dipendenze o le malattie mentali. Infine, sono considerate «maligne» le malattie che minacciano la vita o che causano notevoli danni (gravi e permanenti) alla salute (cfr. art. 3 lett. f avamprogetto LPrev), ad esempio i tumori. Le misure di prevenzione e promozione della salute per le malattie menzionate nell'avamprogetto LPrev poggiano sull'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost. Pertanto, la Confederazione è autorizzata ad esempio a legiferare in materia di protezione contro gli effetti nocivi del fumo passivo, dato che in tal modo contribuisce a prevenire malattie maligne, in particolare il tumore.

L'articolo 118 capoverso 2 lettera a Cost. contiene un'altra base costituzionale specifica sulla quale si fonda l'avamprogetto LPrev, ossia la protezione della popolazione contro l'impiego di alimenti, farmaci, stupefacenti, organismi, sostanze chimiche e oggetti che possono mettere in pericolo la salute. Le misure adottate in virtù della legge sulla prevenzione che concernono l'alimentazione, il tabagismo, l'alcol e le droghe si basano quindi sull'articolo costituzionale menzionato. In molti casi, le misure di prevenzione e di promozione della salute finalizzate a prevenire malattie molto diffuse o maligne ai sensi dell'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost. hanno un nesso diretto con l'alimentazione e il consumo di tabacco, alcol o droghe. Il consumo di queste sostanze, in effetti, può provocare malattie ai sensi dell'articolo 118 capoverso 2 lettera b Cost. In tali casi quest'articolo contiene la base costituzionale per l'elaborazione e l'adozione di misure ai sensi dell'avamprogetto LPrev.

In virtù dell'articolo 118 capoverso 2 lettera c Cost. la Confederazione è autorizzata ad adottare misure di prevenzione e di promozione della salute nel campo della protezione dalle radiazioni ionizzanti.

¹⁰⁵ RS 818.101

4.2 **Forma dell'atto normativo**

L'avamprogetto contiene disposizioni importanti che stabiliscono norme di diritto le quali devono, conformemente all'articolo 164 capoverso 1 Cost., essere emanate sotto forma di legge federale. La LPrev segue quindi la procedura legislativa semplice.

4.3 **Conformità con la legge sui sussidi**

La legge federale del 5 ottobre 1990¹⁰⁶ sugli aiuti finanziari e le indennità (legge sui sussidi, LSu) si applica a tutti gli aiuti finanziari e alle indennità previste dal diritto federale. L'avamprogetto LPrev contempla varie disposizioni che si riferiscono al versamento di aiuti o di indennità.

L'avamprogetto prevede all'articolo 17 (aiuti finanziari a organizzazioni), all'articolo 18 (promozione della ricerca e dell'innovazione) e all'articolo 23 capoverso 2 (cooperazione internazionale) una serie di fattispecie per le quali è possibile erogare aiuti finanziari. Le organizzazioni pubbliche o private che promuovono l'informazione della popolazione sui rischi sanitari, la prevenzione delle malattie non trasmissibili e delle malattie mentali nonché la ricerca e l'innovazione dipendono dagli aiuti finanziari della Confederazione poiché le altre fonti di finanziamento di cui dispongono non sono sufficienti. Senza questo sostegno, le attività menzionate ad esempio all'articolo 17 – che, è bene ricordare, non generano utili – verrebbero ridimensionate tanto sul piano quantitativo che qualitativo. Ai sensi dell'articolo 23 capoverso 2, la Confederazione sostiene anche la partecipazione dei Cantoni e delle organizzazioni private attive nella prevenzione e nella promozione della salute a programmi internazionali. Il sostegno federale è indispensabile sia per i Cantoni che per le organizzazioni private.

Secondo l'articolo 26 capoverso 1 dell'avamprogetto LPrev, il Consiglio federale può delegare compiti previsti dalla legge a organizzazioni o persone di diritto pubblico o privato. Tra questi compiti vi sono, in particolare, l'attuazione di programmi nazionali, le attività di informazione e la promozione della formazione e del perfezionamento. Il capoverso 3 stabilisce che le organizzazioni e le persone cui sono stati affidati compiti esecutivi hanno diritto a un'indennità. Poiché l'esecuzione dei compiti delegati nelle ordinanze rappresenta un obbligo legale, è nell'interesse della Confederazione che tali compiti vengano svolti da organizzazioni e persone che conoscono bene i compiti propriamente detti nonché i destinatari. Pare quindi giustificato ai sensi della LSu prevedere un'indennità per questi compiti.

I requisiti per l'emanazione di disposizioni che stabiliscono norme di diritto sugli aiuti finanziari e i sussidi ai sensi della LSu sono soddisfatti. L'autorità competente fisserà i dettagli in una decisione formale o in un contratto di diritto pubblico.

¹⁰⁶ RS 616.1

4.4

Delega di competenze legislative

Oltre all'articolo 25, che conferisce al Consiglio federale la competenza di emanare disposizioni di esecuzione, solo l'articolo 21 capoversi 1 e 3 e l'articolo 26 capoverso 3 prevedono norme di delega per la promulgazione di ordinanze. Il Consiglio federale, in qualità di autorità competente in materia, può quindi, entro i limiti stabiliti dalla legge, completare la legge con un'ordinanza. Le deleghe legislative riguardano regolamentazioni troppo dettagliate e specifiche per essere iscritte nella legge. Secondo il diritto costituzionale, devono limitarsi a un oggetto determinato, ossia non possono essere illimitate. Per questa ragione si focalizzano sempre su un oggetto preciso e il loro contenuto, il loro obiettivo e la loro portata sono precisati in misura sufficiente. La delega di competenze legislative tiene conto del principio di determinatezza ed è pertanto sufficientemente concretizzata a livello costituzionale.