

**Revisione parziale della legge federale del 18 marzo 1994  
sull'assicurazione malattie (LAMal)**

**Gestione strategica del settore ambulatoriale**

**Rapporto esplicativo**

---

# 1 Puntii essenziali del progetto

## 1.1 Situazione iniziale

Attualmente, le autorizzazioni dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale sono sottoposte a una regolamentazione. L'articolo 55a della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) permette infatti di limitare, fino al 30 giugno 2016, il numero di medici autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che praticano in uno studio medico, in un istituto o nel settore ambulatoriale degli ospedali. Questa regolamentazione è stata applicata, con alcune variazioni, per 11 anni (dal 1° gennaio 2001 al 31 dicembre 2011). La sua abrogazione al 1° gennaio 2012 ha comportato un afflusso sul mercato di numerosi medici, segnatamente di specialisti. Concretamente si è assistito a un'impennata dei numeri di registro dei codici creditori (numeri RCC) rilasciati tra il 2011 e il 2012 (+ 129 %)<sup>1</sup>. Alcuni Cantoni si sono quindi rivolti al Parlamento e al Consiglio federale chiedendo loro di adottare misure prima che tale afflusso si traducesse in una crescita incontrollabile dei costi. Il 1° luglio 2013<sup>2</sup> è così entrata in vigore la versione attuale dell'articolo 55a LAMal e il 5 luglio 2013<sup>3</sup> la relativa ordinanza di applicazione. La disposizione vigente prevede un'eccezione che, di fatto, riduce la possibilità di limitare le autorizzazioni: i medici che hanno esercitato per tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto sono infatti esclusi dalla limitazione. Il bilancio può tuttavia essere considerato positivo dal momento che, dopo un nuovo forte aumento dei numeri RCC rilasciati tra il 2012 e il 2013 (+ 34 %), all'inizio del 2014 la situazione si è stabilizzata (199 numeri rilasciati in gennaio e febbraio contro 517 nello stesso periodo del 2013)<sup>4</sup>. Questa stabilizzazione dovrà trovare conferma nei prossimi mesi.

Nel 2001<sup>5</sup>, al momento della sua entrata in vigore, la limitazione delle autorizzazioni doveva essere una disposizione temporanea, il cui obiettivo principale era di limitare gli effetti della libera circolazione delle persone sull'aumento dei costi nel settore ambulatoriale. In assenza di altre soluzioni, l'articolo 55a è stato prorogato a più riprese, destabilizzando gli operatori del sistema, falsando i loro comportamenti e producendo effetti indesiderati. L'aumento dei numeri RCC rilasciati dal 2009, quando è stata revocata la limitazione delle autorizzazioni per i medici di base, e dal 2012, quando la limitazione è stata revocata completamente, si spiega in parte con la regolamentazione temporanea del mercato, ma il suo carattere massiccio evidenzia pure l'insicurezza dei fornitori di prestazioni, che si sono affrettati ad anticipare una nuova limitazione delle autorizzazioni. Il Consiglio federale auspica pertanto che l'articolo 55a LAMal non sia prorogato una volta di più per un periodo limitato, ma sia sostituito da una soluzione soddisfacente a lungo termine.

Il sistema sanitario svizzero è in piena trasformazione e deve superare sfide importanti, anche se gli osservatori e la popolazione concordano generalmente sulla qualità del sistema e delle prestazioni fornite. Con l'evoluzione demografica il numero di malati cronici è destinato ad aumentare, le cure continueranno a evolvere, la crescita del settore sanitario acutizzerà le difficoltà di finanziamento e, per finire, la com-

<sup>1</sup> In base ai dati pubblicati dalla SASIS SA ([www.sasis.ch](http://www.sasis.ch))

<sup>2</sup> RU 2013 2065

<sup>3</sup> RU 2013 2255

<sup>4</sup> Dati pubblicati dalla SASIS SA ([www.sasis.ch](http://www.sasis.ch))

<sup>5</sup> RU 2000 2305

plexità e gli inevitabili conflitti d'interesse rafforzeranno la necessità di gestire il sistema e aumentarne la trasparenza. Si tratta di sfide non indifferenti e all'inizio del 2013 il Consiglio federale si è dotato dei mezzi per superarle definendo le sue priorità nella strategia globale Sanità2020, incentrata sulla popolazione e sul suo benessere: il sistema sanitario deve svilupparsi attorno a essi e ai relativi bisogni. In questa prospettiva, la problematica dell'offerta di cure non è più focalizzata unicamente sui costi, ma anche sull'accesso ottimale degli assicurati alle prestazioni di cui hanno veramente bisogno. Senza una regolamentazione del settore ambulatoriale, inevitabilmente anche l'offerta di prestazioni cresce, trascinando con sé la quantità di prestazioni fornite e quindi i costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'organizzazione ottimale dell'offerta è quindi una misura che permette anche di contenere l'aumento dei costi della salute. L'obiettivo del progetto di revisione elaborato nel presente rapporto è di riorientare ancora più fortemente la fornitura di prestazioni verso i bisogni degli assicurati, in linea con l'obiettivo 4.2 della strategia Sanità2020, che mira a migliorare la direzione strategica della politica sanitaria, segnatamente attraverso l'introduzione di nuove soluzioni di gestione strategica nel settore ambulatoriale (in particolare degli ospedali), ad esempio per consentire ai Cantoni di reagire a un'offerta eccedentaria o insufficiente.

#### *Lavori già svolti*

Per poter presentare una soluzione soddisfacente, applicabile a lungo termine e che goda di un ampio appoggio politico, il progetto è stato elaborato nell'ambito di una procedura partecipativa, che ha coinvolto i principali partner interessati. Il 2 settembre 2013 e l'11 febbraio 2014, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha organizzato due tavole rotonde, presiedute dal Consigliere federale Alain Berset.

In occasione della prima tavola rotonda, ai partner sono stati presentati un bilancio delle proposte formulate in passato e i due interrogativi principali a cui occorreva fornire una risposta: è necessario intervenire e, in caso affermativo, quale delle misure presentate potrebbe costituire la soluzione per gestire il settore ambulatoriale a lungo termine? I partner presenti concordavano sulla necessità d'intervenire, mettendo l'accento sul miglioramento della qualità dell'offerta e non solo sul contenimento dei costi. L'offerta è di qualità segnatamente quando non è né eccedentaria né insufficiente.

Ai partecipanti alla seconda tavola rotonda è stata presentata una valutazione dei pro e dei contro dei tre principali modelli in discussione, ossia la libertà di contrarre, la differenziazione delle tariffe e la regolamentazione delle autorizzazioni. Il documento consegnato enumerava anche gli elementi chiave su cui dovrebbe essere imperniata la riforma. I partner hanno potuto esprimersi su questi punti e prendere posizione sulla valutazione delle tre soluzioni. Dalle discussioni sono emersi vari elementi. Innanzitutto l'incertezza e l'imprevedibilità non sono accettabili per gli attori. Inoltre, nell'ottica di un compromesso la soluzione più pragmatica è il modello che introduce la regolamentazione del settore ambulatoriale da parte dei Cantoni. Questi ultimi non devono tuttavia essere costretti a intervenire: devono invece potersi avvalere della loro competenza di regolamentazione solo in caso di necessità. Infine è stato nuovamente sottolineato che il modello, che coinvolge i partner e va applicato, nei limiti del possibile, in una prospettiva regionale, deve essere imperniato sulla qualità dell'offerta.

## 1.2 La nuova normativa proposta

La modifica proposta consiste nel disciplinare il settore ambulatoriale mettendo l'accento sulla qualità dell'offerta di cure. I Cantoni che constatano un'offerta eccedentaria avranno la possibilità (e non l'obbligo) di regolamentare le autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per far questo si baseranno su criteri di qualità. Tale regolamentazione potrà riguardare tutti i fornitori di prestazioni (e non unicamente i medici) e dovrà tener conto anche dell'attività degli ospedali nel settore ambulatoriale. In caso di offerta insufficiente, i Cantoni potranno adottare le misure che riterranno adeguate, a condizione che rispettino le regolamentazioni nazionali e internazionali. Quanto al settore ambulatoriale degli ospedali, esso dovrà essere disciplinato dai Cantoni nei mandati di prestazioni. Il Consiglio federale interverrà nella gestione strategica solo se il Cantone non adotta alcuna misura e l'offerta eccedentaria si ripercuote sui costi. È prevista una competenza sussidiaria d'intervento sui valori del punto tariffale.

La regolamentazione delle autorizzazioni poteva essere assimilata a un blocco delle stesse quando si trattava, per il Cantone, di autorizzare i fornitori di prestazioni a esercitare solo in presenza di un bisogno. Con la nuova normativa proposta, in un primo tempo l'autorità cantonale dovrà determinare il bisogno di cure rispetto alla qualità ottimale dell'offerta definita. Solo su questa base potranno essere adottate misure d'incentivazione o di regolamentazione. Uno degli obiettivi è di fare in modo che i Cantoni si coordinino quando decidono di adottare misure o almeno che osservino le disposizioni decise dai Cantoni limitrofi prima di adottarne. La gestione strategica attribuisce al Cantone una funzione centrale, ma i suoi partner (fornitori di prestazioni, assicuratori e assicurati) svolgeranno un ruolo determinante. Prima di adottare misure, il Cantone deve infatti istituire una commissione multipartita composta dall'insieme dei partner. La commissione formula una raccomandazione, di cui il Cantone deve tener conto: se decide di non seguirla, deve spiegarne i motivi. I partner hanno così la garanzia che si terrà conto del loro parere e che se il Cantone dovesse prendere misure divergenti dalla loro raccomandazione otterranno delle spiegazioni. Questo modello ricalca la procedura applicabile quando il Sorvegliante dei prezzi prende posizione su un aumento di prezzo proposto dalle parti contraenti e che questo aumento deve essere deciso o approvato da un'autorità federale (art. 14 della legge federale del 20 dicembre 1985 sulla sorveglianza dei prezzi, LSPr; RS 942.20). Il progetto contiene anche una disposizione relativa alla trasmissione dei dati, una questione che in passato ha spesso creato problemi. Grazie alla collaborazione prevista segnatamente nella commissione multipartita, i partner dovranno mettersi d'accordo sui dati di cui ciascuno ha bisogno e sulle modalità di trasmissione. Il Consiglio federale avrà la possibilità di disciplinare tali modalità, il che permetterà di reagire a eventuali blocchi.

Questo modello permette di generalizzare le cure di base e di gestire l'offerta di cure specializzate. Attribuendo ai Cantoni la competenza di regolamentare l'offerta, esso garantisce una certa prossimità nella valutazione del bisogno e assicura che le decisioni siano motivate dalla volontà di fornire un'offerta di qualità e non solo dal perseguimento di interessi economici.

### 1.3

### Valutazione della soluzione proposta

In passato il Parlamento e il Consiglio federale hanno esaminato vari progetti volti a influenzare l'offerta di fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale. Le discussioni sulla revisione parziale della LAMal relativa alla libertà di contrarre<sup>6</sup> si sono tuttavia scontrate con la decisione di non entrare in materia<sup>7</sup>, mentre la revisione parziale della LAMal relativa al Managed Care<sup>8</sup> è stata respinta dal popolo il 17 giugno 2012<sup>9</sup>. Le principali soluzioni ipotizzabili sono state descritte in vari interventi parlamentari. L'Ufficio federale della sanità pubblica le ha raggruppate in modo da sottoporle ai principali partner in occasione delle due tavole rotonde organizzate dal DFI.

#### *Libertà di contrarre*

La libertà di contrarre consiste nel lasciare scegliere ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori i propri partner contrattuali. Per essere autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, i fornitori di prestazioni devono aver stipulato un contratto con uno o più assicuratori. L'idea alla base di questo modello è che è la domanda a determinare se sia necessario aumentare o ridurre l'offerta in una specialità o in una regione. Sono state proposte più varianti di questo modello, con l'aggiunta di criteri volti a delimitare il mercato.

In teoria, l'abrogazione dell'obbligo di contrarre stimola la concorrenza tra i fornitori di prestazioni, il che a lungo termine permette di migliorare la qualità e determina una diminuzione dei costi. Non si può tuttavia escludere che pressioni di natura economica prendano il sopravvento sulla libertà di scelta del trattamento. In questo modello, l'efficacia della gestione strategica dell'offerta dipende inoltre dal coordinamento tra gli assicuratori: se ogni assicuratore determina il bisogno indipendentemente dagli altri, la qualità dell'offerta non può migliorare. Infine, la libertà di contrarre crea un'insicurezza economica per i medici, poiché correrebbero il rischio di vedersi ritirare l'autorizzazione all'esercizio della professione.

Il Parlamento ha discusso a più riprese di questo modello. Indipendentemente dalla variante proposta, la libertà di contrarre non è mai riuscita a ottenere una maggioranza. In occasione della votazione sulla riforma Managed Care, il popolo ha espresso chiaramente la volontà di disporre di una piena libertà di scelta del fornitore di prestazioni. Dal punto di vista dei pazienti, non spetta né agli assicuratori (attraverso la libertà di contrarre), né per principio ai fornitori di prestazioni scegliere al posto loro i professionisti a cui vogliono rivolgersi.

#### *Differenziazione delle tariffe*

Nella logica della LAMal, la base di calcolo della retribuzione è la tariffa. Quest'ultima è generalmente fissata in una convenzione stipulata tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni e deve essere conforme alla legge nonché rispettare i principi di equità ed economicità. Sono state avanzate varie proposte volte a regolamentare l'offerta mediante tariffe differenziate in base a vari criteri (densità di medici, qualità, specializzazione ecc.).

Nella pratica, tuttavia, è poco probabile che una differenziazione delle tariffe consenta di generare un'offerta di qualità. È infatti difficile fissare il prezzo «giusto» di

<sup>6</sup> FF 2004 3865

<sup>7</sup> BU 2008 S 1044 e BU 2010 N 1056

<sup>8</sup> FF 2004 4951

<sup>9</sup> FF 2012 6865

una prestazione in una regione ed esso va riveduto regolarmente in funzione dell'evoluzione dell'offerta, il che crea una grande insicurezza per i fornitori di prestazioni. Tra l'altro questi ultimi non tengono conto solo del criterio finanziario quando decidono dove desiderano praticare la loro attività: il contesto sociale, l'obbligo di partecipare ai servizi di pronto soccorso, le condizioni di vita o la possibilità di lavorare a tempo parziale sono fattori importanti che entrano in gioco, riducendo l'influsso della tariffa sulle decisioni prese. L'aumento della tariffa deve quindi essere molto consistente per limitare l'influsso degli altri fattori e spingere i fornitori di prestazioni ad accettare di essere più mobili. Conformemente al principio di neutralità dei costi, qualsiasi aumento della tariffa deve essere compensato da una diminuzione equivalente della tariffa in un'altra specializzazione o in un'altra regione, in modo tale che i costi del sistema restino sostenibili per gli assicurati. Sul fronte dei pazienti e dei fornitori di prestazioni, una differenziazione creerebbe degli incentivi indesiderati. Da un lato, con cure più costose nelle regioni periferiche rispetto alle zone urbane, i pazienti sarebbero incoraggiati a farsi curare in città, il che squilibrerebbe il mercato. Lo scopo non è di aumentare la mobilità dei pazienti, dal momento che la riforma mira innanzitutto a garantire a ciascuno un'offerta ottimale, indipendentemente dalla regione in cui vive.

Il Consiglio federale ha inoltre indicato a più riprese che un aumento del valore del punto fondato unicamente su un obiettivo di politica regionale non è conforme al principio di economicità, su cui si fonda la totalità delle tariffe delle prestazioni finanziate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Questo modello crea quindi troppe incertezze e incentivi sfavorevoli per giustificare un'attuazione. Le misure tariffali dovrebbero essere considerate solo a titolo eccezionale o come strumento sussidiario.

#### *Regolamentazione delle autorizzazioni*

Inizialmente, la regolamentazione delle autorizzazioni era una proposta formulata congiuntamente dalla Conferenza dei direttori cantonali della sanità (CDS) e dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH). Tale proposta, che è servita da base a quella oggetto del presente rapporto, mirava a scostarsi dalla nozione di blocco delle autorizzazioni per riprendere quella di una regolamentazione da parte dei Cantoni, in modo da rispondere meglio alle realtà locali dell'offerta.

Sulla scorta delle discussioni in occasione delle tavole rotonde, il Consiglio federale ha adeguato il modello proposto, in modo tale da accrescere il consenso, migliorando al tempo stesso il progetto.

## **1.4 Adeguatezza dei mezzi richiesti**

La riforma proposta attribuisce ai Cantoni la competenza di intervenire. Essi potranno così rispondere ai bisogni in modo specifico, in modo da evitare situazioni di offerta eccedentaria o insufficiente. I Cantoni non hanno tuttavia l'obbligo di intervenire, il che permette loro di tener conto di situazioni problematiche e evita regolamentazioni quando le circostanze non lo esigono. Il progetto fa una netta distinzione tra le situazioni di offerta eccedentaria e quelle di offerta insufficiente. Ogni Cantone adotterà quindi unicamente le disposizioni necessarie nel suo caso e potrà differenziarle all'interno del suo territorio e secondo i tipi di prestazioni. Il progetto di revisione favorisce le collaborazioni, garantendo soluzioni pragmatiche e consensuali, il che aumenta le probabilità di accettazione e permette una miglior collabora-

zione al momento dell'attuazione. Da un lato, i Cantoni devono coordinarsi, il che permette di tener conto dell'insufficienza o dell'eccedenza dell'offerta nelle regioni a cavallo tra più Cantoni quando un'autorità prevede di adottare disposizioni. Dall'altro, i partner saranno fortemente coinvolti nei processi, sulla falsariga del modello della legge sulla sorveglianza dei prezzi, e saranno tenuti a trasmettersi reciprocamente i dati necessari. La revisione garantisce così che le misure saranno decise in base a una consultazione e a dati esaustivi. La competenza sussidiaria prevista per il Consiglio federale permette di incentivare i Cantoni ad avvalersi della loro competenza, poiché consente una valutazione precisa della situazione e l'adozione di disposizioni mirate. Il progetto soddisfa infine i principi della LAMal, segnatamente quelli di economicità, appropriatezza ed efficacia, rispettando al tempo stesso la competenza cantonale di garantire l'offerta di cure. I vari elementi del progetto permetteranno quindi di migliorare l'offerta laddove necessario, garantendo al tempo stesso una flessibilità nelle misure e il rispetto del quadro giuridico vigente.

## **1.5 Confronto con il diritto estero, segnatamente europeo**

Uno studio commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica sulla gestione strategica dell'offerta nel settore ambulatoriale ha rilevato una notevole diversità di sistemi e regolamentazioni nei 22 Paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) esaminati.<sup>10</sup> Vi sono grandi differenze in particolare a livello di organizzazione, finanziamento e gestione strategica dell'offerta medico-sanitaria, mentre per quanto riguarda l'autorizzazione all'esercizio della professione vi è un importante parallelismo.

### *Autorizzazione all'esercizio della professione*

In relazione all'autorizzazione all'esercizio della professione, gli Stati esaminati chiedono a tutti i medici un'autorizzazione o un riconoscimento a differenza della Svizzera, dove l'obbligo di autorizzazione si applica solo ai medici indipendenti. Nei vari Paesi, le condizioni per ottenere l'autorizzazione o il riconoscimento sono molto simili in virtù della direttiva del 7 settembre 2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali<sup>11</sup>, in cui sono definiti in modo unitario i requisiti minimi della formazione di base e della formazione specializzata per gli Stati dell'Unione europea (UE) e dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), compresa la Svizzera (diploma in medicina dopo almeno sei anni di studi, titolo di formazione specializzata, affidabilità e presentazione delle garanzie sanitarie necessarie all'esercizio della professione). Per i medici stranieri provenienti da Stati con cui vige la libera circolazione delle persone in virtù del diritto sovranazionale (UE) o di un accordo, gli Stati esaminati non applicano alcuna limitazione giuridica dell'accesso o chiedono – come la Svizzera – la conoscenza della o di una lingua nazionale. Per i medici provenienti da Stati terzi (con cui non è stato concluso un accordo sulla

<sup>10</sup> Rüttsche, Bernhard; Poledna, Tomas; Gigaud, Philippe; Flühler, Nadja. Studie: Angebotssteuerung im ambulanten Bereich – Insbesondere Rechtsvergleich der Zulassungsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung zulasten einer (staatlichen) Krankenversicherung; Lucerna, 18 dicembre 2013

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/14851/index.html?lang=it>

<sup>11</sup> Direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, GU L 255 del 30.9.2005, pag. 22

libera circolazione) in alcuni Paesi si riscontrano ostacoli all'accesso sotto forma di esami e requisiti supplementari concernenti la pratica professionale.

#### *Autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie*

Per quanto riguarda l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie o del servizio sanitario, in circa la metà dei Paesi oggetto dello studio vige un obbligo di contrarre come quello applicato in Svizzera, talvolta limitato a determinati settori (Francia: autorizzazione automatica dei medici che esercitano in ospedale; Slovacchia: assistenza medica di base ambulatoriale). Nessuno degli Stati esaminati pone restrizioni legali all'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie per i medici stranieri. Solo la Svezia (ampia esperienza medica e qualifica come specialista) e l'Australia (10 anni di attività in un luogo in cui vi è penuria di medici) applicano condizioni giuridiche specifiche per l'accesso di medici stranieri.

#### *Gestione strategica dell'offerta*

Vige una gestione dell'offerta nell'ambito dell'autorizzazione all'esercizio della professione solo in Belgio e in Spagna. L'ampia maggioranza degli Stati esaminati agisce piuttosto sul numero di posti offerti per la formazione medica universitaria. Alcuni praticano il numero chiuso all'ingresso anche per le specializzazioni (p. es. Francia, Repubblica Ceca, Lettonia). Quanto alla gestione strategica dell'offerta nell'ambito del finanziamento statale, lo studio evidenzia un'ampia varietà di modelli. In vari Stati, il numero di contratti o di medici autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione malattie o del servizio sanitario è limitato in base a un'analisi del bisogno (Germania, Austria, Italia, Danimarca, Islanda, Lettonia, Slovacchia). In Germania, ad esempio, le associazioni dei medici convenzionati elaborano un piano del fabbisogno in collaborazione con le associazioni mantello delle casse malati a livello dei *Länder*. Questo piano determina l'offerta di cure mediche tenendo conto dei gruppi di medici, della densità e della struttura demografica nonché del genere e dell'entità della domanda di prestazioni mediche convenzionate. Esso deve anche determinare come i medici convenzionati copriranno questa domanda e secondo quale distribuzione territoriale. Vari Stati gestiscono la quantità dell'offerta attraverso il budget stanziato per finanziare le prestazioni mediche (p. es. Inghilterra e Polonia). In Polonia, per essere rimborsato dal servizio sanitario statale il primo trattamento medico ambulatoriale deve essere effettuato da un medico di fiducia del Fondo sanitario nazionale (NFZ). Tutti i medici che soddisfano determinati criteri possono candidarsi per stipulare un contratto con il NFZ (cassa malati unica) e la selezione avviene mediante una speciale procedura di aggiudicazione. L'offerta è così gestita indirettamente attraverso la presa a carico delle prestazioni sanitarie da parte del NFZ. La Danimarca e la Norvegia gestiscono l'offerta tra l'altro mediante incentivi finanziari, ad esempio mediante una miglior retribuzione delle prestazioni offerte in misura insufficiente.

Come mostra lo sguardo agli altri Stati dell'OCSE, gran parte di essi ha adottato strumenti per la gestione a lungo termine dell'offerta di cure mediche nel settore ambulatoriale. In particolare, tutti gli Stati limitrofi della Svizzera esaminati (Germania, Austria, Francia, Italia) hanno già introdotto sistemi per regolamentare sia il numero di medici autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, sia il volume di prestazioni che possono fornire a suo carico. La modifica di legge proposta consente anche alla Svizzera di regolamentare il settore ambulatoriale.

## 1.6

### Attuazione

In linea di massima spetterà ai Cantoni determinare l'offerta adeguata e disciplinarne la qualità: se decidono di intervenire saranno sostanzialmente i Cantoni a occuparsi dell'attuazione delle misure. Essi dovranno tra l'altro regolare il settore ambulatoriale degli ospedali nell'ambito della pianificazione ospedaliera in coordinamento con gli altri Cantoni, come prevede l'articolo 39 capoverso 2.

Il progetto definisce tuttavia un quadro:

- Se decidono di intervenire, i Cantoni dovranno istituire una commissione composta da rappresentanti degli assicurati, dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori. La legge definisce il ruolo e la composizione della commissione, mentre gli aspetti organizzativi sono lasciati alla discrezione dei Cantoni. Siccome vi è la possibilità di adottare misure distinte in funzione dei fornitori di prestazioni, la rappresentanza dei fornitori di prestazioni in seno alla commissione potrà essere adattata di volta in volta.
- Spetta ai Cantoni decidere di limitare le autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o attuare misure di sostegno. Essi si baseranno su criteri di qualità come la partecipazione a programmi di qualità, formazioni continue nell'ambito della garanzia della qualità, servizi di pronto soccorso o a una rete di cure integrate. Potranno essere attuati unicamente criteri compatibili con le regolamentazioni nazionali o internazionali. Alcuni criteri proposti dai partner in occasione delle tavole rotonde non potranno quindi essere presi in considerazione. Il fatto di esigere una pratica di tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto non sarebbe compatibile con la libera circolazione delle persone. Tra l'altro, non è necessario disciplinare nella LAMal la conoscenza di una lingua nazionale. Infatti per il riconoscimento di un diploma estero o di un titolo di perfezionamento estero, di cui è prevista l'equivalenza con un diploma federale o con un titolo federale di perfezionamento, gli articoli 15 e 21 della legge del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche (LPMed; RS 811.11) stabiliscono già il requisito che il titolare padroneggi una lingua nazionale svizzera. L'organismo competente della Confederazione verifica tali conoscenze nell'ambito della procedura di riconoscimento dei diplomi. Se il riconoscimento del diploma non è necessario, spetta all'istituzione che intende assumere la persona verificare che le sue conoscenze linguistiche le permettano di svolgere correttamente i compiti previsti.
- Le misure in caso di offerta insufficiente dovranno essere appropriate, il che presuppone segnatamente il rispetto dei principi generali della LAMal, in particolare quello di economicità. Ogni misura proposta e adottata dalle autorità cantonali e dalle commissioni consultive dovrà quindi sistematicamente essere stata sottoposta a una valutazione dell'impatto presumibile sui prezzi delle prestazioni e sui costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Dal canto suo, il Consiglio federale dovrà disciplinare alcuni punti per via d'ordinanza:

- Se decide di regolamentare l'offerta, il Cantone dovrà innanzitutto determinare l'offerta adeguata. La procedura dovrà essere verificabile e basata su dati affidabili. Il Consiglio federale è pertanto incaricato di fissare criteri minimi. Tali

criteri, stabiliti in un'ordinanza, saranno principalmente criteri di qualità, basati da un lato sulla pratica vigente in ambito stazionario (p. es. l'accesso dei pazienti al trattamento entro un termine adeguato) e dall'altro su elementi proposti in occasione delle tavole rotonde (p. es. il volume di prestazioni). I Cantoni potranno anche tener conto di criteri supplementari.

- Il progetto di revisione attribuisce al Consiglio federale la competenza di disciplinare la messa a disposizione dei dati necessari per determinare l'offerta adeguata e attuare misure. Il Consiglio federale si avvarrà tuttavia di questa competenza solo a titolo sussidiario, se i partner non riescono a mettersi d'accordo sulla trasmissione dei dati o se dovesse risultare che l'hanno fatto in misura incompleta.
- Il Consiglio federale adotterà la stessa pratica per le riduzioni delle tariffe in caso di aumento anormale del costo medio per assicurato in un settore ambulatoriale in un Cantone. Questa misura è già stata proposta al Parlamento nel 2009, nell'ambito del pacchetto di misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi<sup>12</sup>. All'epoca non aveva suscitato una forte opposizione, ma il progetto è stato bocciato nella votazione finale al Consiglio nazionale<sup>13</sup> per altri motivi (sostituzione di medicinali, urgenza delle misure). La riduzione della tariffa o del valore del punto tariffale non sarà attuata applicando una formula predefinita. Se un settore presenta un aumento dei costi superiore alla media, il Consiglio federale deciderà in merito all'opportunità di ridurre la tariffa o il valore del punto tariffale tenendo conto delle circostanze. Sono utilizzati anche i dati sull'evoluzione media dei costi negli altri Cantoni per l'anno di paragone nonché i dati sull'evoluzione dei costi nei vari settori nel Cantone (p. es. fisioterapia e prestazioni mediche). Occorre inoltre tener conto delle circostanze particolari dei vari settori (p. es. cambiamento di metodo di trattamento o trasferimento di trattamenti dal settore stazionario a quello ambulatoriale) e delle variazioni significative dell'evoluzione dei prezzi e dei salari. Il livello cantonale dei costi serve in primo luogo a valutare il carattere economicamente sostenibile dell'offerta in un Cantone. Questa procedura permette di rinunciare a una valutazione, problematica in termini di fattibilità e tempo, delle differenze cantonali a livello di morbilità e ripartizione per fasce di età, ossia integrando fattori che influenzano il livello dei costi di ogni Cantone e sui quali questi ultimi non hanno alcun influsso. Vista la necessità di consolidare i dati relativi ai costi, tuttavia, l'applicazione della decisione del Consiglio federale non interverrà necessariamente l'anno successivo a quello in cui si è constatato l'aumento dei costi.

## **1.7 Stralcio dal ruolo di interventi parlamentari**

Numerosi interventi parlamentari mirano a modificare la legislazione concernente il settore ambulatoriale e a migliorare la qualità dell'offerta di cure.

*Mozione 13.3265 «Blocco delle autorizzazioni per medici. Controproposta»*

Questa mozione, depositata dal Consigliere nazionale Stahl, incarica il Consiglio federale di introdurre la libertà di contrarre a partire da una determinata densità di medici. Il Consiglio nazionale non l'ha ancora trattata. Il Consiglio degli Stati ha

<sup>12</sup> FF 2009 5025

<sup>13</sup> BU 2010 N 1673

tuttavia respinto una mozione simile il 26 settembre 2012 (*mozione 12.3638 «LAMal. Introdurre la libertà di contrarre»*, depositata dal Consigliere agli Stati Felix Gutzwiller). Quest'ultima incaricava il Consiglio federale di presentare una revisione che introducesse la libertà di contrarre per i medici specialisti, con prescrizioni minime volte a garantire la quantità e la qualità dell'offerta di cure. Secondo questa mozione, i medici dovevano poter esercitare nel settore ambulatoriale privatamente, senza contratto con una cassa malati. I modelli della libertà di contrarre limitata dalla densità di medici e della libertà di contrarre limitata agli specialisti e con prescrizioni minime relative alla densità e alla qualità sono stati sottoposti ai partner in occasione delle tavole rotonde menzionate al capitolo 1.1. Solo pochissimi di loro sono tuttavia disposti a prendere in considerazione questi modelli per gestire il settore ambulatoriale. I pro e i contro descritti (cfr. cap. 1.3) mostrano chiaramente che la libertà di contrarre non permetterebbe, alle condizioni di mercato vigenti, di migliorare la qualità dell'offerta.

*Interpellanza 13.3223 «Aggiornare la tariffa medica Tarmed all'evoluzione delle prestazioni e rafforzare la medicina di famiglia»*

Questa interpellanza, depositata dalla Consigliera nazionale Ruth Humbel, incarica segnatamente il Consiglio federale di indicare come può fare in modo che i valori del punto siano differenziati secondo le necessità del territorio, cioè abbassati negli agglomerati a forte densità medica e innalzati nei territori in cui la copertura sanitaria è al limite dell'insufficienza. Il Consiglio nazionale non l'ha ancora trattata. Il 4 marzo 2014, il Consiglio degli Stati ha respinto una mozione simile, che il Consiglio nazionale aveva adottato l'11 settembre 2013 (*mozione 11.3888 «Un sistema tariffale favorevole ai medici di famiglia»*, depositata dal Gruppo PCD/PEV/glp). Questa mozione incaricava il Consiglio federale di elaborare delle basi legali per l'istituzione di un sistema tariffale favorevole ai medici di famiglia, segnatamente lasciando la possibilità di negoziare valori del punto tariffale differenziati a seconda della regione e di introdurre un secondo tariffario per i medici di famiglia. Per quanto riguarda la promozione della medicina di famiglia, il controprogetto diretto all'iniziativa popolare «Sì alla medicina di famiglia», adottato dal Popolo il 18 maggio 2014, e il piano direttore «Medicina di famiglia e medicina di base» permetteranno ai medici di famiglia di beneficiare rapidamente di miglioramenti concreti, rafforzando al tempo stesso la medicina di base. Il piano direttore mira segnatamente a migliorare la situazione finanziaria dei medici di base. Per migliorare al più presto la retribuzione delle prestazioni dei medici di base previste dal piano direttore e dal relativo mandato parlamentare, per la prima volta il Consiglio federale si avvarrà della competenza sussidiaria conferitagli dall'articolo 43 capoverso 5bis LAMal e adeguerà la struttura tariffale TARMED emanando un'ordinanza, la cui entrata in vigore è prevista per il 1° ottobre 2014. Nella situazione attuale, le misure tariffali evocate nell'interpellanza 13.3223 non sono per contro attuabili. La competenza sussidiaria prevista all'articolo 43 capoverso 5bis LAMal non autorizza il Consiglio federale a fissare i valori del punto tariffale. Secondo il Consiglio federale una differenziazione basata su criteri di politica regionale non è inoltre compatibile con i principi della LAMal. Infine, le misure tariffali non sono in grado di migliorare la qualità dell'offerta di cure, come illustrato al capitolo 1.3. L'autrice dell'interpellanza aveva tra l'altro già depositato la *mozione 12.3600 «LAMal. Urge ripristinare la gestione strategica del numero di autorizzazioni ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie»*, che incaricava il Consiglio federale, in caso di rifiuto del progetto sulle reti di cure integrate (Managed Care), di reintrodurre una disposizione che permettesse ai Cantoni di gestire il

numero di autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rilasciate a medici specialisti. Tale mozione era stata adottata dal Consiglio nazionale il 28 settembre 2012 per poi essere respinta dal Consiglio degli Stati il 9 dicembre 2013, dato che nel frattempo era stata reintrodotta la limitazione delle autorizzazioni.

*Postulato 12.3783 «Stop alle autorizzazioni per studi medici. Non si ripetano gli errori del passato (2)»*

Questo postulato, depositato dal Consigliere nazionale Ignazio Cassis, incarica il Consiglio federale di esaminare se per disciplinare il rilascio di autorizzazioni per l'apertura di nuovi studi medici un sistema di aste possa rappresentare una valida alternativa al blocco delle autorizzazioni praticato sinora. Il Consiglio nazionale l'ha adottato il 14 dicembre 2012, con il sostegno del Consiglio federale. In questo modello, nel quadro di un'asta olandese invertita (ossia un'asta in cui il prezzo di vendita diminuisce fino a trovare un acquirente) un regolatore proporrebbe al corpo medico una tariffa TARMED più bassa e la aumenterebbe progressivamente fino a trovare un numero sufficiente di medici disposti a lavorare in una determinata regione applicando tale tariffa. Come ammette l'autore del postulato, un sistema di questo tipo non risolverebbe il problema della domanda indotta da un'abbondante offerta di prestazioni mediche e non consentirebbe neppure di definire il numero ottimale di medici in una regione. Tuttavia il modello dell'asta avrebbe anche diversi vantaggi: nei luoghi con una forte presenza di medici i costi diminuirebbero, mentre nelle regioni periferiche una tariffa TARMED più elevata potrebbe attirare un numero crescente di medici e contrastare così la minaccia di una loro penuria. In occasione della procedura di consultazione in forma di conferenza relativa alla reintroduzione della clausola del bisogno, vari Cantoni (segnatamente ZH, TI e SG) hanno espresso il timore che i medici che hanno aperto uno studio medico siano incentivati a rivendere lo studio medico a prezzo elevato, approfittando della forte differenza tra l'offerta e la domanda. In occasione della prima tavola rotonda, questo modello è stato presentato ai partner, che l'hanno rapidamente scartato. Considerando le discussioni condotte e l'analisi delle eventuali conseguenze di tale soluzione (segnatamente l'insicurezza economica per i medici e incitazioni non desiderabili per il sistema), il Consiglio federale propone al Parlamento di togliere di ruolo il postulato.

*Postulato 12.3681 «Stop alle autorizzazioni per studi medici. Non si ripetano gli errori del passato (1)»*

Questo postulato, depositato dal Consigliere nazionale Ignazio Cassis e adottato dal Consiglio nazionale il 14 dicembre 2012, incarica il Consiglio federale di esaminare se un obbligo di esercitare in Svizzera in un centro di formazione riconosciuto per almeno tre anni prima di poter fatturare in proprio a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sia compatibile con la libera circolazione delle persone. Una regolamentazione del genere è stata inserita dal Parlamento nel progetto del Consiglio federale relativo alla reintroduzione urgente e temporanea della limitazione delle autorizzazioni (art. 55a cpv. 2 LAMal). L'Amministrazione federale ha esaminato la questione nell'ambito dei dibattiti in Parlamento ed è giunta alla conclusione che l'articolo 55 della direttiva 2005/36/CE<sup>14</sup> vieta di condizionare a una pratica professionale preliminare oppure a una formazione supplementare l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie per i medici in

<sup>14</sup> Direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, GU L 255 del 30.9.2005, pag. 25

possesso di un titolo riconosciuto. Un obbligo del genere è quindi contrario alla libera circolazione delle persone. I professori Cottier e Epiney hanno confermato che la proposta di condizionare l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni a una pratica professionale preliminare è contraria alla libera circolazione delle persone, indipendentemente dalla sua durata. Alla domanda se una crescita incontrollata dei numeri RCC possa giustificare una deroga al principio di non discriminazione la professoressa Epiney ha risposto confermando il parere dell'Amministrazione, ossia che un caso del genere non soddisfa i criteri che giustificano una situazione derogatoria. Per questa ragione il Consiglio federale rinuncia a integrare questo criterio nel presente progetto. Viste le ricerche svolte e i pareri giuridici ricevuti, il Consiglio federale propone al Parlamento di togliere di ruolo il postulato.

*Mozione 13.3874 «Sussidi agli investimenti per incentivare l'assistenza medica di base nelle regioni periferiche o insufficientemente coperte»*

Questa mozione, depositata dalla Consigliera nazionale Jacqueline Fehr, incarica il Consiglio federale di creare le basi legali per permettere la concessione di sussidi agli investimenti e all'ammodernamento dell'infrastruttura allo scopo di assicurare l'assistenza medica di base nelle regioni periferiche. Il Consiglio nazionale non l'ha ancora trattata. La Costituzione affida essenzialmente alla Confederazione la responsabilità di garantire che la popolazione possa assicurarsi a condizioni sostenibili contro i rischi di malattia e infortunio, mentre i Cantoni sono tenuti ad assicurare l'assistenza sanitaria pubblica e la polizia sanitaria. Spetta quindi ai Cantoni garantire sia l'assistenza sanitaria di base sia la medicina di punta. Il Consiglio federale intende riaffermare tale competenza dei Cantoni con l'articolo 40b del progetto, che prevede che, in caso di offerta insufficiente, i Cantoni possano sostenere i fornitori di prestazioni mediante misure appropriate. L'obiettivo della mozione è pertanto adempiuto.

## **2** **Commento ai singoli articoli**

*Art. 39 cpv. 1<sup>bis</sup>*

Le discussioni preparatorie hanno mostrato che è estremamente difficile attuare una gestione strategica delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale degli ospedali, dal momento che per la maggior parte degli ospedali è impossibile distinguere esattamente la quota di lavoro dei medici nel settore ambulatoriale e in quello stazionario.

Questa disposizione incarica i Cantoni di disciplinare l'attività degli ospedali nel settore ambulatoriale nell'ambito della pianificazione ospedaliera. Come previsto attualmente al capoverso 2, i Cantoni dovranno coordinare le loro pianificazioni. La regolamentazione del settore ambulatoriale mira a definire meglio l'attività degli ospedali, allo scopo di migliorare il coordinamento tra di loro e con il settore ambulatoriale extraospedaliero.

I Cantoni devono coordinarsi anche per tener conto dell'offerta nelle regioni limitrofe. Contrariamente al settore ospedaliero, i Cantoni possono limitarsi ad autorizzare l'attività nel settore ambulatoriale definendo il contenuto e la portata di quest'ultima. L'attuazione da parte dei Cantoni richiederà tuttavia tempo e gli effetti si faranno sentire solo dopo parecchi anni.

#### *Art. 40a Misure in caso di offerta eccedentaria*

##### *Art. 40a cpv. 1*

La disposizione dà ai Cantoni la possibilità di limitare l'autorizzazione di nuovi fornitori di prestazioni se constatano un'offerta di prestazioni eccedentaria di cure ambulatoriali in una o più specializzazioni mediche o in qualsiasi altra professione autorizzata a esercitare nel settore ambulatoriale a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Sono interessati segnatamente i medici, i dentisti per le prestazioni a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, gli istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici, i farmacisti, i chiropratici, le levatrici, i laboratori e gli altri fornitori di prestazioni che dispensano cure su prescrizione (fisioterapisti, ergoterapisti, infermieri, logopedisti, ortofonisti, dietisti).

In caso di limitazione delle autorizzazioni in un Cantone, i fornitori di prestazioni che intendono esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dovranno presentare una domanda al Cantone. In assenza di una limitazione, i fornitori di prestazioni sono automaticamente autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se soddisfano le condizioni di cui agli articoli 36-40 LAMal.

##### *Art. 40a cpv. 2*

I Cantoni possono tener conto dei fornitori di prestazioni che esercitano o desiderano esercitare a tempo parziale, il che permette una gestione strategica più precisa dell'offerta di prestazioni, fissando ad esempio nell'autorizzazione un volume di prestazioni che uno o più fornitori di prestazioni che condividono la stessa autorizzazione non possono superare. Per l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie i Cantoni si basano inoltre su criteri di qualità quali la partecipazione a un programma di qualità, a una rete di cure integrate o a servizi di pronto soccorso o il completamento di formazioni specifiche nel settore della garanzia della qualità.

##### *Art. 40a cpv. 3*

La disposizione prevede un termine per utilizzare le nuove autorizzazioni, in modo da evitare una tesaurizzazione delle autorizzazioni, che renderebbe inapplicabile una gestione strategica delle prestazioni attraverso tale strumento. Questo termine corrisponde a quello che figura nell'ordinanza che limita il numero di fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OLNF; RS 832.103), che scade il 30 giugno 2016 e prevede peraltro una possibilità di proroga da parte dei Cantoni.

##### *Art. 40a cpv. 4*

La possibilità, per il Cantone, di ridurre o revocare l'autorizzazione a un fornitore di prestazioni che diverge sostanzialmente dalle condizioni definite dal Cantone costituisce un nuovo strumento di controllo, che finora non esisteva formalmente. Il Cantone potrà così adottare misure più o meno rigorose se constata che un fornitore di prestazioni non rispetta il volume predefinito, la disciplina particolare per cui ha ottenuto l'autorizzazione o qualsiasi altra condizione stabilita dal Cantone al momento dell'autorizzazione. Un medico che è stato autorizzato come medico di base, ma esercita l'oftalmologia, ad esempio, rischia di perdere l'autorizzazione o di

vederla convertita (p. es. con l'integrazione della menzione di un tasso di attività dedicato all'oftalmologia, a condizione che nel Cantone sussista tale bisogno).

*Art. 40a cpv. 5*

I diritti acquisiti dei fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria sono mantenuti al momento dell'entrata in vigore della limitazione delle autorizzazioni nel o nei Cantoni in cui esercitavano già a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, il che permette di garantire la loro sicurezza economica.

*Art. 40b Misure in caso di offerta insufficiente*

*Art. 40b cpv. 1*

In caso di offerta insufficiente, i Cantoni possono adottare misure appropriate per sostenere l'insediamento di fornitori di prestazioni. Possono ad esempio mettere a disposizione l'infrastruttura necessaria o i fondi per l'acquisto di tale infrastruttura e prestare garanzia per il relativo finanziamento.

*Art. 40b cpv. 2*

I Cantoni sono liberi di subordinare le misure di sostegno a condizioni. Essi si basano su criteri di qualità quali la partecipazione a un programma di qualità, a una rete di cure integrate o a servizi di pronto soccorso o il completamento di formazioni specifiche nel settore della garanzia della qualità. Sarebbe ipotizzabile anche vincolare le misure di sostegno a un determinato volume di attività.

*Art. 40c Attuazione delle misure*

*Art. 40c cpv. 1*

Volutamente, la legge non definisce in modo unitario l'offerta adeguata. I Cantoni possono così definire l'offerta adeguata sul loro territorio, in funzione segnatamente delle peculiarità regionali (città-campagna, accessibilità, lingua ecc.). Per garantire che l'offerta adeguata sia determinata in modo trasparente e unitario, i criteri minimi necessari saranno tuttavia stabiliti dal Consiglio federale per via d'ordinanza. Alcune disposizioni saranno definite in analogia alle disposizioni che disciplinano la pianificazione del settore ospedaliero. I Cantoni dovranno ad esempio basarsi su una procedura trasparente, su dati statistici fondati e su confronti. Dovranno inoltre applicare altri criteri, come l'accesso dei pazienti al trattamento entro un termine adeguato e il volume delle prestazioni. I Cantoni potranno inoltre applicare criteri supplementari in funzione delle loro peculiarità.

*Art. 40c cpv. 2*

Un'offerta eccedentaria o insufficiente può essere constatata non solo sull'insieme del territorio cantonale, ma anche in una regione. La nozione di regione non è definita, in modo da lasciare ai Cantoni un maggior margine di manovra. Essi tengono conto non solo dei fornitori di prestazioni che lavorano in uno studio medico o in un istituto che dispensa cure ambulatoriali ai sensi dell'articolo 36a, ma anche dell'attività degli ospedali in questo settore, definita nell'ambito dei contratti di

prestazioni (art. 39 cpv. 1bis). Contrariamente alla precedente limitazione delle autorizzazioni, non sarà il Consiglio federale a fissare il numero massimo di fornitori di prestazioni per regione e specializzazione.

*Art. 40c cpv. 3*

È auspicabile che i Cantoni pianifichino l'offerta di cure in una prospettiva regionale. Per questo motivo la disposizione stabilisce che questi ultimi debbano coordinarsi tenendo conto dell'offerta dei Cantoni limitrofi. In questo contesto una regione non è equivalente a una regione di premi.

*Art. 40c cpv. 4*

Per garantire alle principali parti coinvolte il diritto di essere sentite, il Cantone che intende avvalersi della nuova competenza introdotta nella legge deve istituire una commissione multipartita, composta almeno da rappresentanti delle associazioni degli assicurati, dei fornitori di prestazioni (in particolare dei fornitori di prestazioni interessati dalle misure) e degli assicuratori. I Cantoni beneficiano di un certo margine di manovra per disciplinare l'organizzazione formale della commissione. Come nella pratica vigente in materia di sorveglianza dei prezzi, i Cantoni dovranno consultare formalmente la commissione prima di prendere una decisione sia sulla determinazione dell'offerta adeguata sia sulle misure previste. Essi dovranno sottoporle anche stime dell'impatto delle misure previste sui costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il Cantone dovrà tenere adeguatamente conto della raccomandazione della commissione nella sua decisione, in particolare se si scosta da essa. Questa disposizione assicura che le parti coinvolte saranno consultate correttamente e che il Cantone dovrà tener conto in modo trasparente della loro raccomandazione. Il fatto di riunire la totalità delle parti coinvolte in una commissione deve permettere di elaborare misure consensuali e tradursi in una maggior trasparenza, in modo da evitare situazioni di blocco.

*Art. 40c cpv. 5*

I Cantoni, gli assicuratori e le loro associazioni come pure i fornitori di prestazioni e le loro associazioni dovranno mettere gratuitamente a disposizione del Cantone, degli assicuratori e della commissione multipartita tutti i dati necessari per determinare l'offerta nonché attuare e monitorare le misure. I dati dovranno anche permettere di stimare l'impatto delle misure previste sui costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Con l'articolo 96, il Consiglio federale dispone inoltre di una competenza sussidiaria per precisare, per via d'ordinanza, la trasmissione dei dati necessari per determinare l'offerta adeguata e attuare le misure nel caso in cui le parti coinvolte non riescano a mettersi d'accordo o lo facciano in modo incompleto.

*Art. 53 cpv. 1*

La modifica di questo capoverso introduce la possibilità di ricorso al Tribunale amministrativo federale (TAF) contro le decisioni cantonali adottate nell'ambito dell'applicazione dei nuovi articoli 40a e 40b. La possibilità di ricorso contro tali

decisioni garantisce una certa trasparenza e permette lo sviluppo di un giurisprudenza sulla materia.

La possibilità di ricorso nell'ambito dell'applicazione dell'articolo 55a è soppressa, dal momento che dal 1° luglio 2016 quest'ultimo non sarà più in vigore.

#### *Art. 53 cpv. 2 lett. e*

L'articolo 53 capoverso 2 è stato chiesto dal Parlamento in occasione della revisione della LAMal concernente il finanziamento ospedaliero. La pianificazione ospedaliera è uno strumento che permette ai Cantoni di diminuire notevolmente i costi quando elaborano una pianificazione che corrisponda realmente ai bisogni. In passato le competenze cantonali di pianificazione rischiavano però di essere paralizzate da un accumulo di ricorsi presentati dagli stabilimenti ospedalieri esclusi dalla pianificazione e una lunga procedura giuridica. I termini di ricorso, gli scambi di scritti e il potere di cognizione del Consiglio federale (oggi del TAF) sono quindi stati limitati. La lettera e di questa disposizione limita l'apprezzamento del TAF nell'ambito dell'esame della legalità della misura, compresi l'eccesso o l'abuso di potere di apprezzamento (dell'autorità, nella fattispecie il Cantone), e l'accertamento inesatto o incompleto dei fatti rilevanti. Per garantire l'efficacia nell'applicazione delle misure adottate secondo gli articoli 39 capoverso 1bis, 40a e 40b, è auspicabile che l'adeguatezza delle decisioni adottate dai Cantoni non sia contestata, senza tuttavia rimettere in questione il controllo della legalità, che permette di verificare che non siano violati i limiti entro i quali l'atto contestato resta legale.

#### *Art. 55b cpv. 1*

Questa misura è già stata proposta al Parlamento nel 2009, nell'ambito del pacchetto di misure destinate a contenere l'evoluzione dei costi. All'epoca non aveva suscitato una forte opposizione, ma il progetto è stato bocciato nella votazione finale al Consiglio nazionale per altri motivi (sostituzione di medicinali, urgenza delle misure).

La delega al Consiglio federale della competenza di ridurre, per via d'ordinanza, la tariffa o il valore del punto tariffale è una nuova misura. Questo trasferimento di competenza permetterà al Consiglio federale di intervenire rapidamente e assicurerà un'attuazione uniforme nel caso in cui i Cantoni non adottassero misure ai sensi dell'articolo 40a, pur constatando un'offerta eccedentaria e una crescita anormale dei costi. Questa decisione è conforme alla procedura normale, che prevede la consultazione del Sorvegliante dei prezzi. La riduzione della tariffa o del valore del punto tariffale colpirebbe i fornitori di prestazioni sottoposti a una o più convenzioni o decisioni tariffali, come il corpo medico o il settore ambulatoriale degli ospedali di un Cantone. Per determinare se l'aumento dei costi è superiore alla media in un Cantone, esso è paragonato all'evoluzione media dei costi per l'insieme della Svizzera. Se l'aumento dei costi per un settore supera di più di due punti percentuali l'aumento dei costi per l'insieme della Svizzera, il Consiglio federale può, per una durata di un anno, ridurre del 10 per cento al massimo la tariffa corrispondente. Il criterio dei due punti percentuali rende la misura prevedibile e permette di garantire la parità di trattamento, offrendo al tempo stesso un certo margine di tolleranza. Per la sua entità, la prospettiva di una conseguente riduzione delle tariffe fino al 10 per cento dovrebbe incentivare i Cantoni ad assumersi le loro responsabilità nei confronti della comunità degli assicurati.

#### *Art. 55b cpv. 2*

La riduzione della tariffa per via d'ordinanza potrà essere mantenuta fintanto che l'aumento medio dei costi per assicurato nel settore ambulatoriale in questione del Cantone resterà superiore all'aumento medio nazionale o fintanto che il Cantone non avrà adottato misure appropriate.

#### *Art. 55b cpv. 3*

Il Consiglio federale si avvarrà della competenza di ridurre le tariffe solo a titolo sussidiario, se i Cantoni non adottano le misure necessarie stabilite all'articolo 40a capoverso 3. Le circostanze particolari nonché le variazioni significative dell'andamento dei prezzi e dei salari saranno prese in considerazione. Inoltre i Cantoni dovranno essere consultati preliminarmente.

#### *Art. 55b cpv. 4*

Secondo l'articolo 55, a determinate condizioni l'autorità che approva ha la possibilità di congelare le tariffe. L'applicazione di questo articolo è un compito oneroso e che richiede una procedura lunga, in particolare per via della ripartizione delle competenze. Inoltre, in caso di aumento dei costi dovuto a un'offerta eccedentaria, il congelamento delle tariffe non sarebbe una misura abbastanza efficace. L'articolo 55b è quindi necessario e nell'ambito della sua attuazione l'articolo 55 non è applicabile.

### **3 Ripercussioni finanziarie**

Nel complesso, le nuove disposizioni avranno un impatto positivo sui costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di conseguenza sui premi pagati dagli assicurati. La regolamentazione delle autorizzazioni avrà un effetto al ribasso o almeno stabilizzatore sui costi. Limitando l'accesso al mercato per alcuni fornitori di prestazioni si limita infatti la domanda indotta dalle sovraccapacità. Le misure previste all'articolo 40a avranno quindi un impatto positivo sui premi. Anche la competenza sussidiaria del Consiglio federale di ridurre le tariffe, prevista all'articolo 55b, avrà un impatto positivo sui premi.

Per la Confederazione, l'impatto positivo sui premi si tradurrà in un alleggerimento dei sussidi concessi ai Cantoni per la riduzione dei premi degli assicurati di condizione economica modesta. L'attuazione della misura prevista all'articolo 55b dovrebbe avvenire senza risorse supplementari della Confederazione.

Anche per i Cantoni, l'impatto sui premi si tradurrà in una diminuzione dei costi legati alla riduzione dei premi degli assicurati di condizione economica modesta. La pianificazione degli ospedali nel settore ambulatoriale dovrebbe permettere risparmi a questo livello. Le misure di sostegno previste all'articolo 40b potrebbero generare spese supplementari per i Cantoni. Essi saranno tuttavia liberi di attuarle o di rinunciarvi.

## 4 Relazione con il diritto internazionale

### 4.1 Il diritto dell'Unione europea

Ai sensi dell'articolo 3 del Trattato sull'Unione europea (TUE)<sup>15</sup>, l'Unione europea si prefigge di promuovere la giustizia e la protezione sociali. La libera circolazione dei lavoratori all'interno dell'Unione è sancita all'articolo 45 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE)<sup>16</sup>. Il 1° giugno 2002 è entrato in vigore l'Accordo del 21 giugno 1999 sulla libera circolazione delle persone (ALC)<sup>17</sup>. Il suo obiettivo è segnatamente quello di conferire un diritto d'ingresso, di soggiorno, di accesso a un'attività economica dipendente, di stabilimento quale lavoratore autonomo e il diritto di rimanere sul territorio delle parti contraenti a favore dei cittadini degli Stati membri della Comunità europea e della Svizzera (art. 1 lett. a ALC). L'articolo 1 lettera d dell'Accordo fissa come obiettivo che le stesse condizioni di vita, di occupazione e di lavoro di cui godono i cittadini nazionali siano garantite ai cittadini degli Stati membri della Comunità europea e della Svizzera. Conformemente all'allegato I dell'Accordo, i cittadini di una parte contraente che soggiornano legalmente sul territorio di un'altra parte contraente non devono quindi essere oggetto di alcuna discriminazione fondata sulla nazionalità (art. 2 ALC) e il diritto di soggiorno e di accesso a un'attività economica deve essere garantito (art. 4 ALC). L'Accordo prevede dunque all'articolo 7 lettera a che le parti contraenti disciplinino in particolare il diritto alla parità di trattamento con i cittadini nazionali per quanto riguarda l'accesso a un'attività economica e il suo esercizio, nonché le condizioni di vita, di occupazione e di lavoro.

La libera circolazione delle persone richiede un coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale, come previsto all'articolo 48 TFUE. Il diritto dell'Unione europea non prevede l'armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale, poiché gli Stati membri conservano la facoltà di determinare l'impostazione, il campo di applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei loro sistemi di sicurezza sociale. Il coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale è attuato dal regolamento (CE) n. 883/2004<sup>18</sup> nonché dal relativo regolamento di applicazione n. 987/2009<sup>19</sup>, a cui la Svizzera ha aderito.

### 4.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa

La Carta sociale europea del 18 ottobre 1961<sup>20</sup> è l'equivalente della Convenzione europea sui diritti dell'uomo<sup>21</sup> per i diritti economici e sociali. Il diritto alla sicurezza sociale vi è sancito all'articolo 12. La Svizzera ha firmato la Carta il 6 maggio

<sup>15</sup> GU C 191 del 29.7.1992

<sup>16</sup> GU C 306 del 17.12.2007

<sup>17</sup> RS **0.142.112.681**

<sup>18</sup> Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Modificato da: Regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009 (GU L 284 del 30.10.2009, pag. 43). Nella versione dell'Allegato II all'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (con allegati), RS 0.831.109.268.1

<sup>19</sup> Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (con allegati), RS 0.831.109.268.11

<sup>20</sup> <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/035.htm>

<sup>21</sup> RS **0.101**

1976, ma non è vincolata da questo trattato, perché il Parlamento ha rifiutato di ratificarlo nel 1987.

La Carta sociale europea (riveduta) del 3 maggio 1996 aggiorna e adegua il contenuto materiale della Carta del 1961<sup>22</sup> senza abrogarla. Costituisce un trattato distinto, in cui il diritto alla sicurezza sociale è ugualmente sancito all'articolo 12. La Svizzera non ha ratificato questo strumento.

Il Codice europeo di sicurezza sociale del 16 aprile 1964 è stato ratificato dalla Svizzera il 16 settembre 1977<sup>23</sup>. Il nostro Paese non ha tuttavia accettato la parte II relativa alle cure mediche, in cui è garantita in particolare l'attribuzione delle prestazioni mediche alle persone protette in caso di stato morboso per qualunque causa e in caso di gravidanza. Il beneficiario può essere obbligato a contribuire alle spese delle cure mediche ricevute in caso di stato morboso e la durata delle prestazioni può essere limitata a 26 settimane per ciascun caso.

Il Codice europeo di sicurezza sociale riveduto del 6 novembre 1990 costituisce un trattato distinto dal Codice europeo di sicurezza sociale, che non abroga. Il Codice riveduto non è ancora entrato in vigore.

### **4.3                      Compatibilità dell'avamprogetto con il diritto europeo**

Sono numerosi i Paesi che gestiscono in un modo o nell'altro il settore ambulatoriale (cfr. cap. 1.5), ma le disposizioni adottate devono rispettare le norme definite dagli Stati a livello internazionale. Il diritto europeo stabilisce norme in materia di libera circolazione delle persone, senza tuttavia armonizzare i regimi nazionale di sicurezza sociale. Gli Stati sono quindi liberi di determinare questi aspetti a loro discrezione. La compatibilità della precedente versione dell'articolo 55a LAMal con l'ALC è peraltro stata oggetto di una decisione principale del Tribunale federale (DTF 130 I 26). Essa conclude che le regolamentazioni emanate dal Consiglio federale sulla base dell'articolo 55a LAMal e dal Consiglio di Stato del Cantone di Zurigo per limitare concretamente l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non violano – per quanto possano essere esaminate visto l'articolo 191 della Costituzione federale (consid. 2) – né l'ALC (consid. 3), né la libertà economica (consid. 4-6), il dovere di reciproca riconoscenza dei diplomi (consid. 7), il principio della buona fede (consid. 8) o il diritto della protezione della vita privata e familiare (consid. 9). La limitazione delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale vigente, entrata in vigore nel 2013, dà però adito a discussioni giuridiche in relazione alla sua compatibilità con l'Accordo sulla libera circolazione delle persone (ALC) tra la Svizzera e l'UE nonché con la Convenzione AELS. In due accordi sulla libera circolazione la Svizzera si è impegnata nei confronti dei 27 Stati dell'UE e degli Stati dell'AELS Norvegia, Islanda e Principato del Liechtenstein ad autorizzare, tra l'altro, le persone che esercitano una professione medica a praticare sul proprio territorio senza discriminazioni. Ciò significa che i diplomi e gli attestati di qualifica professionale conseguiti da queste persone devono essere riconosciuti dalla Svizzera e che deve essere loro aperto l'accesso al mercato interno. La deroga alla limitazione dell'autorizzazione di cui all'articolo 55a capoverso 2 LAMal (non è subordinata all'esistenza di un biso-

<sup>22</sup> <http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/Html/163.htm>

<sup>23</sup> RU 1978 1491

gno l'autorizzazione delle persone che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto) limita unilateralmente la libera circolazione dei medici stranieri provenienti dall'UE o dall'AELS. Le persone provenienti dall'UE o dall'AELS che hanno svolto il perfezionamento medico richiesto dagli accordi sulla libera circolazione in un centro straniero di perfezionamento riconosciuto devono così aggiungere altri tre anni in un centro svizzero di perfezionamento per essere autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione malattie. Questo requisito più severo equivale a una discriminazione indiretta ed è quindi problematico dal punto di vista del diritto internazionale. Oltre a scontrarsi con gli accordi sulla libera circolazione, esso è contrario anche al diritto costituzionale svizzero. La libertà economica obbliga lo Stato a trattare allo stesso modo i concorrenti diretti – ad esempio i medici svizzeri e quelli provenienti dall'UE o dall'AELS. Secondo il Tribunale federale, lo Stato è infatti tenuto a «garantire che un'eventuale regolamentazione delle autorizzazioni si fondi unicamente su criteri obiettivi, che tengano conto in modo corretto dei principi della concorrenza» (DTF 130 I 26 consid. 4.5 pag. 43). Per questi motivi, tale criterio controverso non è stato inserito nell'avamprogetto oggetto del presente rapporto.