

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

**Reintroduzione temporanea
dell'autorizzazione secondo il bisogno**

Rapporto esplicativo

1 Punti essenziali del progetto

1.1 Situazione iniziale

Nell'ambito delle discussioni sul progetto di revisione della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) 98.058 «Sussidi federali e revisione parziale», il Parlamento aveva espresso preoccupazione per il potenziale afflusso di medici provenienti dall'Unione europea in seguito all'attuazione degli accordi bilaterali. Temeva che l'aumento del numero di fornitori di prestazioni avrebbe comportato costi supplementari per l'assicurazione malattie. Le stime dell'epoca indicavano infatti segnatamente che ogni nuovo studio medico aperto avrebbe generato costi pari a circa 500 000 franchi l'anno.

Il 1° gennaio 2001 è quindi entrato in vigore l'articolo 55a LAMal¹, che attribuiva al Consiglio federale la competenza, per un periodo limitato a tre anni al massimo, di far dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi degli articoli 36-38 LAMal. L'ordinanza di applicazione dell'articolo 55a LAMal, entrata in vigore il 4 luglio 2002², stabiliva nell'allegato 1 il numero di fornitori di prestazioni ammessi a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria per ogni Cantone e categoria di fornitori di prestazioni. Sempre secondo l'ordinanza, i Cantoni potevano prevedere che il numero massimo secondo l'allegato 1 non si applicasse a una o più categorie di fornitori di prestazioni e che, in una o più categorie, non venissero più autorizzate nuove ammissioni a esercitare fintanto che sul proprio territorio la densità della copertura sanitaria superava quella esistente nella regione di appartenenza del Cantone secondo l'ordinanza o sull'intero territorio svizzero. I Cantoni dovevano altresì tener conto della copertura sanitaria nei Cantoni limitrofi, nella regione di appartenenza e sull'intero territorio svizzero. In virtù di quest'ultima disposizione, se per una categoria di fornitori di prestazioni la copertura sanitaria era insufficiente, per tale categoria i Cantoni potevano ammettere un numero di fornitori di prestazioni superiore a quello fissato nell'ordinanza.

L'8 ottobre 2004, il Parlamento ha deciso di prorogare l'articolo 55a LAMal per altri tre anni, con una modifica³: secondo la nuova disposizione, l'autorizzazione decadeva se non era utilizzata entro un dato termine. La limitazione delle autorizzazioni è stata prorogata una seconda volta⁴, con un'ulteriore modifica che precisava che la misura si applicava all'autorizzazione dei fornitori di prestazioni dipendenti e indipendenti. Di conseguenza, la limitazione interessava anche i fornitori di prestazioni assunti dagli istituti di cui all'articolo 36a LAMal. L'ultima proroga dell'articolo 55a LAMal, nel 2009, ha introdotto altre modifiche importanti⁵: la nuova disposizione attribuiva la competenza di limitare l'autorizzazione di certi fornitori di prestazioni, e cioè i medici, i farmacisti nonché l'attività dei medici che esercitano in istituti di cui all'articolo 36a o nel settore ambulatoriale degli ospedali ai sensi dell'articolo 39. Erano per contro escluse dalla limitazione le persone con un titolo di medicina generale, medico generico, medicina interna e pediatria. La limitazione delle autorizzazioni è infine giunta a scadenza il 31 dicembre 2011.

¹ RU 2000 2305

² RU 2002 2549

³ RU 2005 1071

⁴ RU 2008 2917

⁵ RU 2009 5265

Le proroghe successive dell'articolo 55a LAMal dovevano lasciare il tempo di adottare una regolamentazione applicabile ed efficace a lungo termine. Era questo l'obiettivo perseguito dai disegni di revisione della LAMal 04.032 «Libertà di contrarre», 04.034 «Partecipazione ai costi» e 04.062 «Managed Care». Sulla libertà di contrarre il Parlamento non è però entrato in materia. Ha rinunciato a entrare in materia anche sulla partecipazione ai costi, poiché quest'ultima era stata integrata nel Managed Care. Al momento della scadenza della limitazione delle autorizzazioni, quest'ultima riforma era già stata approvata dal Parlamento e, siccome offriva buone prospettive per quanto riguarda il controllo dell'offerta di prestazioni, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati non ha ritenuto necessario prorogare nuovamente la limitazione delle autorizzazioni, che cercava di contenere l'offerta di prestazioni contenendo l'offerta di fornitori di prestazioni. La riforma concernente le reti di cure integrate è stata respinta dal popolo il 17 giugno 2012.

Tra la scadenza della limitazione delle autorizzazioni e la votazione popolare è stato registrato un incremento della quantità di domande di rilascio di un numero inviate al registro dei codici creditori, il che ha destato preoccupazione in seno al Parlamento e al Consiglio federale. Tra gennaio e giugno 2012 il registro dei codici creditori ha ricevuto 1151 domande contro le 513 domande nello stesso periodo del 2011. La crescita del numero di domande è stata particolarmente marcata nei Cantoni di Zurigo (da 84 a 239, + 185%), Ginevra (da 42 a 159, +279%), Berna (da 56 a 111, +198%) e Ticino (da 26 a 111, +327%). Siccome la LAMal persegue tre obiettivi principali, e cioè garantire a tutta la popolazione l'accesso a un'offerta di cure di alta qualità, rafforzare la solidarietà tra gli assicurati e contenere i costi, non bisogna trascurare i potenziali effetti finanziari della revoca della limitazione delle autorizzazioni senza una regolamentazione corrispondente. Il Consiglio federale ritiene quindi urgente proporre una modifica della legge che consenta ai Cantoni che constatano un aumento costoso dell'offerta di adottare rapidamente i provvedimenti necessari.

1.2 La nuova normativa proposta

Il disegno consiste nel reintrodurre la limitazione delle autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie conformemente alla disposizione scaduta il 31 dicembre 2011. Questa misura urgente è limitata a tre anni, periodo durante il quale il Consiglio federale s'impegna a proporre disposizioni volte a contenere i costi a lungo termine.

L'articolo 55a LAMal è stato modificato a ogni proroga. Il Consiglio federale ritiene che ciascuna di tali modifiche fosse giustificata e non intende quindi rimetterle in questione. Non intende segnatamente fare marcia indietro sull'ultima modifica, che ha introdotto una distinzione tra le categorie di fornitori di prestazioni sottoposti o meno a una limitazione delle autorizzazioni, considerando il recente varo di un piano direttore «Medicina di famiglia e medicina di base» e il deposito dell'iniziativa popolare 11.062 «Sì alla medicina di famiglia». È prevista una disposizione transitoria, che precisa che l'articolo 55a non si applica ai fornitori di prestazioni che esercitavano già a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie prima dell'entrata in vigore di tale articolo. L'obiettivo è di poter rimediare alle eventuali domande «preventive» di un numero al registro dei codici creditori, la cui mancata utilizzazione da parte dei beneficiari impedirebbe ad altri fornitori di prestazioni di

poter esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dopo l'entrata in vigore dell'articolo 55a LAMal. La misura deve entrare in vigore rapidamente, in modo tale che i Cantoni che ne hanno bisogno possano disporre di strumenti giuridici per poter limitare l'autorizzazione di certi fornitori di prestazioni in attesa di una regolamentazione definitiva.

1.3 Coordinamento della misura con una disposizione applicabile a lungo termine

La regolamentazione, che dovrà entrare in vigore alla scadenza della presente proposta, dovrà rispondere meglio alle cause della crescita incontrollata dei costi. Il settore ambulatoriale registra una crescita particolare che bisognerà poter gestire non in un'ottica di razionamento, bensì nell'ottica di soddisfare bisogni reali e giustificati.

- È ipotizzabile una disposizione che definisca possibilità d'intervento distinte in caso di offerta eccedentaria o insufficiente. Sarà così possibile ottimizzare l'impiego delle risorse, segnatamente grazie a una miglior distribuzione dei fornitori di prestazioni sul territorio e alla promozione della medicina di base.
- Considerando l'autonomia tariffale prevista nella legge, i partner tariffali dovranno inoltre migliorare le tariffe o cambiare il modello di remunerazione se l'esperienza mostra che i modelli adottati creano incentivi che provocano costi supplementari o una perdita di attrattiva di certe pratiche.
- Il Consiglio federale, che nel frattempo dispone di una competenza sussidiaria in materia tariffale, proporrà modifiche, d'intesa con i Cantoni, se i partner tariffali non intervengono quando una struttura non è più adeguata. Attribuendogli inoltre la competenza di abbassare le tariffe nel caso di un aumento dei costi superiore alla media, si creerebbe uno strumento di gestione efficace e di rapida attuazione.

Il Consiglio federale s'impegna a presentare rapidamente un pacchetto di misure concrete, che sarà sottoposto al Parlamento affinché possa deciderne l'entrata in vigore alla scadenza della legge federale urgente.

1.4 Valutazione della soluzione proposta

Il Consiglio federale ritiene che la reintroduzione della limitazione dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie offrirà ai Cantoni che ne hanno bisogno uno strumento di gestione efficace a breve termine. La possibilità di ripristinare rapidamente le vecchie regolamentazioni cantonali di attuazione è un argomento supplementare a favore di questa misura. Inoltre, con questa misura i Cantoni possono stabilire le loro condizioni concernenti le autorizzazioni. Non è escluso che alcuni Cantoni si avvarranno della loro competenza per chiedere ai fornitori di prestazioni di insediarsi in regioni periferiche, in modo da poter distribuire meglio le risorse sul territorio. Il lavoro in rete potrebbe essere un altro esempio di requisito posto dai Cantoni.

Il Consiglio federale resta tuttavia convinto che occorra trovare una regolamentazione atta a contenere i costi a lungo termine e in modo mirato. Una limitazione delle autorizzazioni non risponde a queste condizioni. Rappresenta tuttavia una soluzione accettabile che può essere reintrodotta rapidamente e produrre effetti a breve termi-

ne, segnatamente per i Cantoni che non possono aspettare una riforma senza una soluzione transitoria per evitare il rischio di un'esplosione incontrollata dei costi.

1.5 Adeguatezza dei mezzi richiesti

L'attuazione della proposta permetterà di rispondere a brevissimo termine e in modo mirato ai problemi riscontrati da alcuni Cantoni, che constatano una crescita importante del numero di fornitori di prestazioni e ritengono che tale aumento generi una crescita a dismisura dei costi. Attribuendo loro la competenza di designare i fornitori di prestazioni interessati dalla limitazione delle autorizzazioni, i Cantoni che devono intervenire potranno farlo. Quelli che invece non sono confrontati con la stessa problematica, o addirittura che sono confrontati con una problematica di offerta insufficiente, non saranno costretti a intervenire. La revoca delle autorizzazioni che non sono state utilizzate entro un certo termine permette di evitare gli effetti indesiderabili di un'anticipazione dell'entrata in vigore della disposizione da parte dei fornitori di prestazioni.

1.6 Attuazione

La reintroduzione dell'articolo 55a LAMal richiederà la reintroduzione delle disposizioni definite nell'ordinanza del 3 luglio 2002 che limita il numero di fornitori di prestazioni ammessi a esercitare la propria attività a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (OLNF; RS 832.103). Il Consiglio federale porterà avanti il processo di preparazione dell'ordinanza in modo tale che possa entrare in vigore contemporaneamente alle disposizioni della legge.

1.7 Interventi parlamentari

Mozione Gutzwiller 12.3638 «LAMal. Introdurre la libertà di contrarre»

L'autore della mozione propone l'introduzione della libertà di contrarre tra medici specialisti e casse malati nel settore ambulatoriale, precisando che prescrizioni minime dovranno assicurare la quantità e la qualità dei medici e, di riflesso, un'assistenza sanitaria ambulatoriale di qualità elevata ed efficiente a tutti i cittadini. Il progetto dovrebbe prevedere che i medici possano esercitare privatamente e senza contratto con una cassa malati. Ritenendo insoddisfacente questa proposta, segnatamente perché il Parlamento ha già bocciato una volta l'entrata in materia su questo oggetto, il 5 settembre 2012 il Consiglio federale ha proposto di respingere la mozione. Il 26 settembre 2012, il Consiglio degli Stati ha ampiamente respinto il testo, segnatamente a causa delle numerose riserve espresse in occasione della campagna referendaria sul progetto Managed Care per quanto riguarda la possibilità di limitare la scelta del fornitore di prestazioni. È quindi poco probabile che l'introduzione della libertà di contrarre possa ottenere una maggioranza, parlamentare o popolare.

Mozione Humbel 12.3600 «Urge ripristinare la gestione strategica del numero di autorizzazioni ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie»

L'autrice della mozione chiede, in caso di rifiuto del progetto Managed Care, di reintrodurre uno strumento che permetta ai Cantoni di gestire il numero delle autorizzazioni a esercitare, sia per gli specialisti con studio medico privato, sia per quelli attivi negli ambulatori ospedalieri. La motivazione precisa che considerata l'attuale acuta carenza, in Svizzera, di medici di base, questa categoria dovrebbe essere

esclusa dal provvedimento. Per finire puntualizza che nella reintroduzione della gestione strategica delle autorizzazioni si dovrà per altro badare a impedire il commercio dei numeri di autorizzazione. Il 5 settembre 2012, il Consiglio federale ha proposto di accogliere la mozione. Il Consiglio nazionale l'ha adottata il 28 settembre 2012, ma non è ancora stata trattata dal Consiglio degli Stati.

2 **Commento ai singoli articoli**

Art. 55a cpv. 1

Come nella regolamentazione precedente, questo capoverso attribuisce al Consiglio federale la competenza di far dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni. I vari elementi aggiunti a ogni proroga sono stati mantenuti. È importante menzionare segnatamente che la misura concerne i medici che esercitano un'attività dipendente nonché l'attività dei medici che esercitano in istituti o nel settore ambulatoriale degli ospedali. L'attività nel settore ambulatoriale degli ospedali deve inoltre restare limitata, dal momento che questo settore registra un incremento dei costi particolarmente marcato.

Art. 55a cpv. 2

Può essere mantenuta anche l'esclusione dalla limitazione dei medici non considerati specialisti nonché dei fornitori di prestazioni ai sensi dell'articolo 38, segnatamente per non vanificare la volontà di rafforzare e rivalutare la medicina di base, segnatamente tra i giovani medici. I titoli di perfezionamento menzionati in questo capoverso sono stati adeguati tenendo conto della modifica del 17 novembre 2010 dell'ordinanza sulle professioni mediche (OPMed; RS 811.112.0). In virtù dell'articolo 18a capoverso 2 OPMed sono escluse dalla limitazione delle autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione malattie anche le persone che hanno conseguito un titolo federale di perfezionamento in medicina generale o interna prima dell'entrata in vigore della modifica del 17 novembre 2010. Inoltre, si intende per titoli federali di perfezionamento anche i titoli di perfezionamento stranieri riconosciuti conformemente al diritto in vigore.

Art. 55a cpv. 3

Prima di far dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni conformemente al capoverso 1 e di fissarne i criteri, il Consiglio federale deve consultare i Cantoni nonché le federazioni di fornitori di prestazioni e assicuratori.

Art. 55a cpv. 4

Sono i Cantoni a designare i fornitori di prestazioni interessati dal capoverso 1. I Cantoni possono avvalersi di questa competenza, nel rispetto dell'articolo 36 della Costituzione federale, per garantire la copertura delle cure sull'intero territorio e segnatamente nelle regioni periferiche, condizionando ad esempio l'autorizzazione all'obbligo di esercitare in un determinato luogo. Alla stessa stregua possono decidere di promuovere un miglior coordinamento delle cure ponendo come condizione il fatto che il fornitore di prestazioni faccia parte di una rete di cure integrate.

Art. 55a cpv. 5

Un'autorizzazione deve decadere se non è utilizzata entro un dato termine, allo scopo di evitare una paralisi del sistema. I fornitori di prestazioni che chiedono un'autorizzazione, ma una volta che l'hanno ottenuta non la utilizzano, impediscono ad altri fornitori di accedere al mercato, mettendo potenzialmente in pericolo l'offerta di cure. La disposizione è puntualizzata, precisando possibili deroghe direttamente nella legge. Nel vecchio regime di limitazione delle autorizzazioni, questa precisazione era stabilita nell'ordinanza.

Disposizione transitoria

Dal 1° gennaio 2012 non vi è più alcuna limitazione delle autorizzazioni, indipendentemente dal fornitore di prestazioni e dal suo titolo di perfezionamento, e il registro dei codici creditori ha registrato un forte incremento delle domande di rilascio di un numero. È ipotizzabile che una parte delle domande sia una reazione alla revoca della limitazione delle autorizzazioni, ma che non tutti i richiedenti abbiano l'intenzione di aprire uno studio medico prossimamente. I numeri corrispondono infatti a uno strumento che facilita la fatturazione tra gli assicuratori malattie e i fornitori di prestazioni e non indicano direttamente l'apertura di uno studio medico. Quando inizieranno le discussioni sulla reintroduzione della limitazione delle autorizzazioni è prevedibile un'ondata di domande ancora più grande per richiedere, a titolo preventivo, un numero che consentirà di aprire successivamente uno studio medico. Per ovviare a questa eventualità, la disposizione transitoria prevede che il capoverso 1 della nuova regolamentazione non sia applicabile ai fornitori di prestazioni che hanno già fatturato a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie prima dell'entrata in vigore della modifica.

3 Ripercussioni

3.1 Per la Confederazione

Un miglior controllo dei costi avrà un impatto favorevole sulle finanze federali, visto che i sussidi concessi dalla Confederazione in virtù dell'articolo 66 capoverso 2 LAMal equivalgono al 7,5 per cento delle spese lorde dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il margine di manovra lasciato ai Cantoni non permette tuttavia di valutare concretamente la riduzione delle spese legate all'effetto sui sussidi della Confederazione.

3.2 Per i Cantoni e i Comuni nonché per le città, gli agglomerati e le regioni di montagna

Le ripercussioni per i Cantoni sono già state evocate sopra. Se decidono di subordinare l'autorizzazione a delle condizioni, come l'appartenenza del fornitore di prestazioni a una rete di cure integrate o il suo insediamento in una determinata regione, i Cantoni potranno favorire lo sviluppo delle reti di cure o l'insediamento di medici di base in regioni o Comuni periferici. La proposta avrà pure un'influenza positiva sulla riduzione dei premi da parte dei Cantoni.

3.3 Per l'assicurazione malattie

Nel 2012, le cure ambulatoriali a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rappresentavano il 37 per cento delle spese complessive, mentre il settore ambulatoriale degli ospedali ne rappresentava il 14 per cento. Il miglioramento del controllo dei costi grazie alla reintroduzione della limitazione delle autorizzazioni dei fornitori di prestazioni influenzerà in modo positivo il settore dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

4 Rapporto con il programma di legislatura e le strategie nazionali del Consiglio federale

Il progetto non è annunciato né nel messaggio del 25 gennaio 2012 sul programma di legislatura 2011–2015⁶ né nel disegno di decreto federale sul programma di legislatura 2011–2015⁷.

5 Relazione con il diritto internazionale

5.1 Il diritto dell'Unione europea

Ai sensi dell'articolo 3 del Trattato sull'Unione europea (TUE), l'Unione si prefigge di promuovere la giustizia e la protezione sociale. La libera circolazione dei lavoratori all'interno dell'Unione è sancita all'articolo 45 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea (TFUE). Il 1° giugno 2002 è entrato in vigore l'Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALC; RS 0.142.112.681). 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. In conformità all'allegato I dell'Accordo, è previsto che i cittadini di una parte contraente che soggiornano legalmente sul territorio di un'altra parte contraente non sono oggetto di alcuna discriminazione fondata sulla nazionalità (art. 2 ALC) e che il diritto di soggiorno e di accesso a un'attività economica è garantito (art. 4 ALC). L'Accordo prevede dunque all'articolo 7 lettera a che le parti contraenti disciplinano 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 europeo 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

⁶ FF 2012 305

⁷ FF 2012 447

attuato dal regolamento n. 883/2004⁸ del Parlamento e del Consiglio nonché dal relativo regolamento di applicazione n. 987/2009⁹. Dall'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone, la Svizzera partecipa a questo sistema sulla base del previgente regolamento n. 1408/71 del Consiglio relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori dipendenti e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità nonché del relativo regolamento di applicazione n. 574/72¹⁰.

5.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa

La Carta sociale europea del 18 ottobre 1961 è l'equivalente della Convenzione europea sui diritti dell'uomo 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 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 senza abrogarla. Costituisce un trattato distinto in cui il diritto alla sicurezza sociale è 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 1977¹¹. 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 al Codice europeo di sicurezza sociale che non abroga. Il Codice (riveduto) non è ancora entrato in vigore.

5.3 Compatibilità del disegno con il diritto europeo

Il diritto europeo stabilisce norme in materia di libera circolazione delle persone, non però in materia di armonizzazione dei regimi nazionale di sicurezza sociale. Gli Stati sono liberi di determinare questi aspetti a loro discrezione. La compatibilità della precedente versione dell'articolo 55a LAMal con la ALC è peraltro stata oggetto di un decreto del Tribunale federale (DTF 130 I 26). Esso conclude che le regolamentazioni emanate dal Consiglio federale sulla base dell'articolo 55a LAMal e dal Consiglio di Stato del Canton Zurigo per limitare concretamente l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie – per quanto possono essere esaminate rispetto all'articolo 191

⁸ Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, GU L 166 del 30.4.2004, p. 1; modificato nella GU L 200 del 7.6.2004

⁹ 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, GU L 284 del 30.10.2009, p. 1

¹⁰ RS **0.831.109.268.1** e RS **0.831.109.268.11**

¹¹ RU **1978** 1491

della Costituzione federale (consid. 2) – non violano né l'Accordo sulla libera circolazione delle persone (consid. 3), né la libertà economica (consid. 4-6) e non erano contrarie all'obbligo di riconoscimento reciproco dei diplomi (consid. 7), al principio della buona fede (consid. 8) o al diritto della protezione della vita privata e familiare (consid. 9).

6 Aspetti giuridici

6.1 Costituzionalità e legalità

La presente legge si basa sull'articolo 117 della Costituzione federale, che attribuisce alla Confederazione ampie competenze in materia di assicurazione malattie.

6.2 Forma dell'atto

La disposizione proposta deve essere emanata sotto forma di legge federale urgente di durata limitata nel tempo. Conformemente all'articolo 165 capoverso 1 della Costituzione federale, una legge federale può essere dichiarata urgente se la sua entrata in vigore non può essere ritardata. In questo caso, l'urgenza è motivata da un incremento incontrollabile delle autorizzazioni a praticare. Un aumento dell'offerta dei fornitori di prestazioni nell'ambito ambulatoriale di un Cantone genera un aumento dei costi. Se l'offerta non è controllata, ci sono importanti ripercussioni sui costi globali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Non bisogna trascurare gli effetti in termini di aumento dei premi per gli assicurati, di aumento delle riduzioni dei premi a carico dei Cantoni e di aumento dei sussidi della Confederazione. Inoltre, se non si prendono misure immediate, la crescita del numero di fornitori di prestazioni proseguirà. Senza clausola d'urgenza, bisognerebbe accettare un aumento dei costi duraturo, perché non si potrebbero escludere persone che esercitano già a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie senza prendere misure che lederebbero in modo sproporzionato i loro diritti. Una legge federale urgente potrà entrare in vigore prima che la situazione si aggravi e offrirà la possibilità di limitare l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie senza minacciare la salute degli assicurati e i diritti dei fornitori di prestazioni.

6.3 Delega di competenze legislative

Il presente disegno autorizza il Consiglio federale ad emanare disposizioni negli ambiti seguenti:

far dipendere dall'esistenza di un bisogno l'autorizzazione di certi fornitori di prestazioni (art. 55a cpv. 1), fissare il termine relativo alla scadenza di un'autorizzazione.

I Cantoni conservano la competenza di designare i singoli fornitori di prestazioni cui è rilasciata l'autorizzazione in forza della presente misura e delle disposizioni d'esecuzione.