



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Ufficio federale della sanità pubblica

Attuazione della modifica del 19 giugno 2020 della legge federale sull'assicurazione malattie in relazione all'autorizzazione dei forni- tori di prestazioni

Rapporto sugli esiti della consultazione

Berna, giugno 2021

Indice

1	CONTESTO	3
2	PARERI	3
3	SINTESI DEI PARERI	4
3.1	Pareri sulla modifica dell'OAMal e dell'OPre in generale	4
3.2	Pareri selezionati sulla modifica dell'OAMal e dell'OPre nello specifico	8
3.3	Pareri sull'emanazione dell'ordinanza sul registro in generale	8
3.4	Pareri selezionati sull'emanazione dell'ordinanza sul registro nello specifico	11
3.5	Pareri sull'emanazione dell'ordinanza sui limiti massimi in generale	11
3.6	Pareri selezionati sull'emanazione dell'ordinanza sui limiti massimi nello specifico ...	15
3.7	Altre osservazioni	16
4	ALLEGATO: ELENCO DEI PARTECIPANTI ALLA CONSULTAZIONE	17

1 Contesto

Il 19 giugno 2020 le Camere federali hanno approvato la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) in relazione all'autorizzazione dei fornitori di prestazioni. La revisione permette l'implementazione di una soluzione duratura per l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale e amplia il margine di manovra dei Cantoni in questo contesto. Nell'ambito di questa revisione parziale, il Consiglio federale, nella sua seduta del 4 novembre 2020, ha incaricato il DFI di avviare una procedura di consultazione in merito alle necessarie modifiche delle ordinanze presso i Cantoni, i partiti politici, le associazioni mantello svizzere dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, le associazioni mantello svizzere dell'economia e le altre cerchie interessate. La consultazione si è conclusa il 19 febbraio 2021.

Il progetto posto in consultazione si concentra su tre punti:

- **Condizioni di autorizzazione:** con la modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) e dell'ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre; RS 832.112.31) si modificano i requisiti in materia di formazione, perfezionamento e qualità nella fornitura di prestazioni necessari per l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale. I medici che vogliono essere autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) devono inoltre aver lavorato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto per la specialità per la quale hanno presentato la domanda, devono affidarsi a una cartella informatizzata del paziente e disporre delle competenze linguistiche necessarie, il cui livello è stato fissato dal Consiglio federale nel progetto posto in consultazione.
- **Registro dei fornitori di prestazioni:** per garantire una procedura formale di autorizzazione, lo scambio d'informazioni tra i Cantoni nonché l'informazione di assicuratori e assicurati, viene proposta l'emanazione di un'ordinanza sul registro dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale dell'AOMS. Considerato il margine decisionale nell'affidamento della tenuta del registro, il Consiglio federale ha posto in consultazione due varianti diverse dell'ordinanza sul registro (tenuta del registro da parte di terzi o da parte dell'UFSP).
- **Limiti massimi cantonali:** sulla base dell'articolo 55a LAMal, i Cantoni potranno in futuro determinare autonomamente se vogliono limitare il numero di medici in uno o più campi di specializzazione medica o in determinate regioni. Nella nuova ordinanza sulla definizione di limiti massimi per il numero di medici nel settore ambulatoriale, il Consiglio federale definisce i criteri e i principi metodologici applicabili in merito. Il progetto posto in consultazione prevede che la definizione di questi limiti massimi si basi sulla determinazione del tasso di approvvigionamento regionale. Ai Cantoni viene così fornito uno strumento per armonizzare meglio la domanda e l'offerta di prestazioni mediche.

2 Pareri

Nell'ambito della procedura di consultazione il DFI si è rivolto a 125 destinatari. La documentazione per la consultazione è stata pubblicata anche online sul sito della Confederazione.¹ In totale sono pervenuti 135 pareri delle seguenti organizzazioni e persone:

- tutti i Cantoni e la CDS;
- 5 partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale (pvl, PLR, Alleanza del Centro, PSS, UDC);

¹ www.admin.ch > Procedure di consultazione > Concluse > 2021 > DFI

- 1 associazione mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna (SAB);
- 4 associazioni mantello dell'economia (CP, economiesuisse, FST, USS);
- 1 associazione dei consumatori (FRC);
- 2 associazioni dei pazienti (PCS, SGB-FSS);
- 41 fornitori di prestazioni e associazioni dei fornitori di prestazioni (AllKids, ASMP, ASPs, ASSGP, BFG, BK-Heb, blutspende, ChiroSuisse, curacasa, DLV, ASE, FAMH, FMCH, FMH, FSP, Gefässmedizin Rapperswil, GMVR, H+, HKS, Hirslanden, C/APSL, mfe, MfeVS, pharmalog, pharmaSuisse, physioswiss, P.IP, CPS, Regionale Langzeitpflegekommission Oberwallis, ASI, SSMIG, SSDV, SHV, SSO, Stillförderung, FSAS, ASDD, ASNP, unimedsuisse, AMDCS, ASMAG);
- la CMC e 11 società mediche cantonali (AeGBL, AGZ, BEKAG, BüAeV, GAeSO, KÄG, MedGes, OMCT, SMVS [più 34 persone che sostengono il parere della SMVS], SVM, TGKAG);
- 4 associazioni di assicuratori (curafutura, CTM, santésuisse, SASIS) e un 1 assicuratore (Groupe Mutuel);
- 1 altra organizzazione (CRS).

Hanno rinunciato a prendere posizione: USI e curaviva.

L'elenco dei partecipanti alla consultazione (con le abbreviazioni utilizzate nel presente rapporto) si trova in allegato.

3 Sintesi dei pareri

3.1 Pareri sulla modifica dell'OAMal e dell'OPre in generale

Cantoni

In linea di massima, la **CDS** e **tutti i Cantoni** accolgono con favore la proposta revisione dell'OAMal e dell'OPre, tanto più che le modifiche portano a un'armonizzazione dei requisiti per l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni non medici nonché a una netta separazione tra l'autorizzazione di polizia sanitaria e l'autorizzazione secondo il diritto delle assicurazioni sociali.

La **CDS** e i Cantoni **AG, AI, AR, BE, BL, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, VD** e **VS** sarebbero favorevoli a che anche gli altri fornitori di prestazioni che possono fornire prestazioni a carico dell'AOMS vengano integrati nella nuova regolamentazione sulle autorizzazioni: studi dentistici (analogamente agli istituti medici ambulatoriali o alle organizzazioni di chiropratica), podologi, psicologi e i loro studi.

La **CDS** e i Cantoni **AG, AI, AR, BE, BL, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, VD, VS** e **ZH** sono dell'opinione che il progetto di OAMal non tenga sufficientemente conto della diversa situazione di partenza in cui si trovano i medici che lavorano nel settore ambulatoriale in uno studio rispetto a quelli che lavorano nel settore ambulatoriale ospedaliero. In particolare notano che i medici che forniscono prestazioni nel settore ambulatoriale ospedaliero non sono inclusi nel progetto, dato che non devono richiedere un'autorizzazione per esercitare a carico dell'AOMS. Inoltre chiedono che le disposizioni di esecuzione stabiliscano chiaramente che la garanzia dei diritti acquisiti dei medici di cui all'articolo 55a capoverso 5 nLAMal valga unicamente per il o i Cantoni in cui il medico ha finora esercitato. In aggiunta il Cantone **ZG** fa notare che nel rapporto esplicativo andrebbe precisato il rapporto tra la procedura di autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS e la legislazione sul mercato interno. I richiedenti non dovrebbero poter far valere che l'autorizzazione in un Cantone porti a facilitazioni nella procedura di autorizzazione in un altro Cantone.

In linea di massima, i requisiti di qualità definiti all'art. 58g A-OAMal vengono accolti con favore dalla **CDS** e dai Cantoni **AG, AI, AR, BE, BL, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, VD, VS** e **ZH**. Essi reputano che il grado di precisazione dei requisiti di qualità men-

zionati lasci ai Cantoni il necessario margine di manovra per adeguare i requisiti alle dimensioni e alla struttura organizzativa del fornitore di prestazioni. Tuttavia alcuni requisiti andrebbero precisati o, se non sono oggettivamente realizzabili, in un primo momento tralasciati.

Per quel che riguarda i requisiti per l'autorizzazione, la **CDS** e i Cantoni **AG, AI, AR, BE, BL, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, VD, VS** e **ZH** propongono che anche i fornitori di prestazioni non medici debbano dimostrare di avere sufficienti competenze linguistiche e di essere affiliati alla CIP, analogamente alle condizioni particolari di autorizzazione per i medici di cui all'articolo 37 nLAMal. Il Cantone **TG** nota che secondo tutti gli articoli che concernono le organizzazioni come fornitrici di prestazioni, ad eccezione delle organizzazioni di cura, le persone impiegate devono dimostrare di soddisfare gli stessi requisiti delle singole persone autorizzate a esercitare a carico dell'AOMS. Ciò contraddice la logica della fornitura di prestazioni in un'organizzazione.

Per finire la **CDS** assieme ai Cantoni **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TI, UR, VD, VS, ZG** e **ZH** chiede un'entrata in vigore coordinata della modifica dell'ordinanza e delle disposizioni transitorie che garantisca che non vi sia nessuna lacuna giuridica tra l'entrata in vigore della modifica della LAMal il 1° luglio 2021 e l'entrata in vigore della modifica dell'OAMal il 1° gennaio 2022 o dopo, e che garantisca anche che i Cantoni dispongano del tempo necessario per impostare le risorse e i processi amministrativi necessari per l'attuazione dei nuovi compiti.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

I **partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale Alleanza del Centro, pvl, PLR, PSS e UDC** accolgono tutti favorevolmente la modifica dell'OAMal e dell'OPre. L'**Alleanza del Centro** propone che i requisiti per l'autorizzazione che sono stati stabiliti per i medici a livello di legge – in particolare il livello minimo di competenze linguistiche e l'affiliazione a una CIP – debbano valere anche per altri fornitori di prestazioni. Per il **pvl** è incomprensibile che le disposizioni valgano solo per le nuove richieste di autorizzazione e non si applichino alle autorizzazioni già rilasciate. Il partito propone di introdurre un periodo transitorio di ad esempio quattro anni entro il quale tutti i fornitori di prestazioni dovranno adempiere ai requisiti di qualità di cui all'art. 58g p-OAMal per poter rinnovare la propria autorizzazione. L'**UDC** è dell'opinione che, ad eccezione delle competenze linguistiche, non andrebbero posti troppi ostacoli all'autorizzazione, così da mantenere bassi i costi della regolamentazione.

Associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

Il **SAB** vede con occhio critico la modifica dell'OAMal e dell'OPre. Secondo il gruppo non si dovrebbero assolutamente inasprire i requisiti per l'autorizzazione, perché ciò aggraverebbe la carenza di personale medico specializzato nelle regioni di montagna.

Associazioni mantello dell'economia

Le associazioni mantello dell'economia valutano la modifica dell'OAMal e dell'OPre in modo differenziato. Il **FST** accoglie positivamente la decisione del Parlamento di regolamentare a livello di legge e sul lungo termine l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni e ritiene che le ordinanze rappresentino un buon quadro per il lavoro dei Cantoni. **Economiesuisse** caldeggia una soluzione decentralizzata della libertà contrattuale al posto di una regolamentazione statale dell'offerta e anche il **CP** esprime delle riserve. L'**USS** rinuncia a esprimere un parere.

Associazioni dei fornitori di prestazioni

La maggior parte delle associazioni dei fornitori di prestazioni accoglie in linea di principio positivamente la modifica dell'OAMal e dell'OPre, si tratta di **FMH, CMC**, delle società mediche cantonali **AeGBL, AGZ, BEKAG, BüAeV, GAeSO, KÄG, OMCT, SMVS**, nonché di **ASMP, BK-Heb, curacasa, ASE, FMCH, FSP, GMVR, HKS, MfeVS, ASI, SHV, SSDV, FSAS, ASDD** e **ASNP**. Altre associazioni la accolgono con riserve, come ad esempio **ASPS, BFG, DLV, H+**,

Hirslanden, C/APSL, pharmaSuisse, physioswiss, P.IP, SVM, SSO, TGKAG, uni-medsuisse, AMDCS. Dal canto loro **AllKids, mfe** e **SSMIG** respingono tendenzialmente le modifiche proposte e le **CPS** sono completamente contrarie.

Il punto più spesso oggetto di critiche riguarda i requisiti di qualità di cui all'art. 58g A-OAMal. **FMH, CMC**, diverse società mediche cantonali e **Gefässmedizin Rapperswil** chiedono lo stralcio dell'articolo 58g A-OAMal, motivando la richiesta con il fatto che l'articolo 58a nLAMal definisce già i requisiti di qualità a livello di legge. **mfe** e **SSMIG** chiedono anch'essi lo stralcio, perché non accettano che vi sia un legame tra requisiti di qualità e criteri di autorizzazione. Anche **H+**, **unimedsuisse** e **pharmaSuisse** sono dell'idea che l'articolo 58g debba essere stralciato, rispettivamente sostituito con una disposizione che rimandi ai requisiti di qualità già esistenti e che corrisponda alla regolamentazione ai sensi della revisione parziale della LAMal per il rafforzamento della qualità e dell'economicità. Anche **Hirslanden** fa notare che le varie disposizioni dell'OAMal concernenti la qualità andrebbero coordinate bene. Inoltre la presente modifica di ordinanza dovrebbe indicare più precisamente quali fornitori di prestazioni devono soddisfare i requisiti di qualità di cui all'articolo 58g.

FMCH e **SSDV** accolgono positivamente soprattutto i criteri di qualità e l'obbligo di affidarsi a una CIP. **AllKids, mfe** e **SSMIG** ritengono invece che un simile obbligo nel contesto dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS sia molto problematico. Raccomandano che, come per i pazienti, la CIP sia volontaria anche per i fornitori di prestazioni.

FSAS, ASI, curacasa, ASE e **ASDD** in linea di principio sostengono le proposte per avere requisiti di qualità unitari a livello nazionale. Nel contempo temono che i nuovi requisiti rappresentino un onere amministrativo sproporzionalmente troppo elevato, in particolare per le persone indipendenti e per gli studi di piccole dimensioni. Anche **SHV** e **BK-Heb** di principio sono favorevoli a requisiti di qualità unitari per i fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale, invitano però a riflettere sul fatto che tali requisiti andrebbero definiti diversamente per le singole categorie professionali. **Physioswiss** è espressamente a favore dell'instaurazione di una procedura di autorizzazione a due fasi e del conseguente inserimento dei requisiti di qualità tra le direttive per il rilascio di nuove autorizzazioni per i fornitori di prestazioni. Ritiene che le disposizioni di esecuzione rappresentino per i fisioterapisti una valorizzazione delle loro competenze e un'opportunità di sviluppo a livello di qualità, efficienza e sicurezza nella presa a carico dei pazienti. **FSP** e **ASNP** accolgono con particolare favore il fatto che i neuropsicologi autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS debbano avere un'autorizzazione cantonale all'esercizio della professione e che ora anche le organizzazioni di neuropsicologica siano autorizzate a esercitare a carico dell'AOMS. Anche **ChiroSuisse** appoggia la nuova regolamentazione, in particolare l'inserimento delle organizzazioni di chiropratica tra i fornitori di prestazioni e gli sforzi per sviluppare la qualità, anche se quest'ultimi dovrebbero essere adeguati a dimensioni e forma organizzativa del fornitore di prestazioni.

C/APSL, DLV, FSAS, P.IP, così come **ASI** e **curacasa**, ritengono inammissibile che l'articolo 50 A-OAMal preveda per i logopedisti requisiti per l'autorizzazione molto più severi che per gli altri fornitori di prestazioni di cui agli articoli 47-50b, tanto più che ciò non è giustificato da fattori professionali. Secondo l'**ASPS**, le organizzazioni di Spitex dovrebbero essere esonerate dall'autorizzazione cantonale visto che, dato il loro carattere istituzionale, già oggi dispongono di un'autorizzazione di esercizio cantonale e nella maggior parte dei casi di un contratto di prestazioni con il Cantone o il Comune. Secondo **pharmaSuisse**, per l'autorizzazione dei farmacisti a esercitare a carico dell'AOMS andrebbe posta quale condizione un'esperienza pratica di una durata minima presso una farmacia sotto la responsabilità di un farmacista autorizzato a esercitare a carico dell'AOMS.

L'**AMDCS**, con il sostegno dei Cantoni **BS, SG** e **ZH**, chiede che i dentisti, in via eccezionale, vengano autorizzati automaticamente non appena ricevono l'autorizzazione all'esercizio della professione. Ciò perché solo il 5 % circa di tutte le prestazioni dentistiche possono essere fatturate a carico dell'AOMS. L'onere per la procedura di autorizzazione da parte del Cantone sarebbe quindi sproporzionato rispetto ai benefici. Se la procedura di autorizzazione dovesse

essere comunque mantenuta, l'**AMDCS** chiede che i dentisti vengano esonerati dai requisiti di qualità si cui all'articolo 58g A-OAMal. La **SSO** chiede la stessa cosa.

Secondo le **CPS**, la necessità di richiedere in ogni Cantone un'autorizzazione separata porta ad un'ulteriore suddivisione del sistema sanitario in compartimenti stagni lungo i confini cantonali, cosa contraria alla libera scelta del medico, alle abitudini di vita e di mobilità della popolazione e alle misure di ottimizzazione dei costi adottate dai fornitori di prestazioni sanitarie.

Associazioni degli assicuratori

Le associazioni degli assicuratori che hanno espresso un parere appoggiano la modifica dell'OAMal e dell'OPre. **Curafutura** approva in particolare il fatto che i criteri di qualità a livello di autorizzazione vengono solo nominati ma non specificati più nel dettaglio. In questo contesto va prestata attenzione a distinguere chiaramente tra autorizzazione e contratti di qualità. **San-tésuisse** ritiene praticabili le direttive sui requisiti per l'autorizzazione. Reputa che vadano chiariti gli ambiti di competenza tra assicuratori e Cantoni per quel che riguarda la garanzia dei requisiti per l'autorizzazione e il mantenimento dei requisiti di qualità dopo l'ottenimento dell'autorizzazione, nonché i compiti e le competenze nel settore della qualità di Consiglio federale, Cantoni, associazioni dei fornitori di prestazioni e assicuratori.

L'assicuratore **Groupe Mutuel** approva il progetto con riserva e propone alcune modifiche, ad esempio delle regole per una prassi coordinata e unitaria tra i Cantoni per quanto riguarda le autorizzazioni, nonché un complemento ai requisiti di qualità riguardanti economicità, adesione alla CIP, requisiti minimi per le competenze linguistiche e obbligo di partecipazione a programmi di qualità. Inoltre, l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni già autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS al momento dell'entrata in vigore andrebbe limitata ai Cantoni in cui hanno esercitato fino a quel momento.

Secondo **SASIS** è di importanza centrale che, in futuro, gli assicuratori malattie in particolare dispongano di tutte le informazioni rilevanti necessarie per la verifica approfondita delle fatture e delle prestazioni. Inoltre **SASIS** propone precisazioni terminologiche, in particolare per quanto riguarda i fornitori di prestazioni e gli operatori sanitari impiegati. La **CTM** accoglie con soddisfazione in particolare le modifiche riguardanti l'autonomia materiale delle persone attive nel settore della chiropratica e della neuropsicologia.

Associazioni dei pazienti

L'associazione dei pazienti **PCS** approva le revisioni, in particolare il rafforzamento dei requisiti di qualità, e considera il passaggio dei compiti di controllo ai Cantoni un importante contributo al raggiungimento di un'offerta sufficiente di cure chiropratiche. L'associazione dei pazienti **SGB-FSS** chiede che le conoscenze di base in una lingua dei segni svizzera e la partecipazione a corsi di sensibilizzazione sulle esigenze (comunicative) delle persone con disabilità vengano aggiunte come requisiti per l'autorizzazione ai sensi dell'articolo 36a capoversi 1 e 2 nLAMal.

Altre organizzazioni

La **CRS** sottolinea l'importante onere personale, tecnico e finanziario a carico dei Cantoni per l'attuazione dell'autorizzazione formale dei fornitori di prestazioni. Ritiene che l'ordinanza dovrebbe prevedere esplicitamente per i Cantoni la possibilità e regolare le modalità per coprire i loro costi con emolumenti a carico dei fornitori di prestazioni da autorizzare. Inoltre, la **CRS** auspica caldamente che sufficienti competenze linguistiche vengano ancorate nella legge come requisito per l'autorizzazione di tutti i fornitori di prestazione.

3.2 Pareri selezionati sulla modifica dell'OAMal e dell'OPre nello specifico

A questo proposito confrontare i singoli pareri di organizzazioni e persone.²

3.3 Pareri sull'emanazione dell'ordinanza sul registro in generale

Cantoni

La **CDS** e **tutti i Cantoni** sono fundamentalmente d'accordo con la creazione di un registro dei fornitori di prestazioni. Molti di loro chiedono che oltre a MedReg, PsiReg e GesReg anche NAREG venga inserito nell'ordinanza come fornitore di dati. Segnalano inoltre l'importanza di creare un sistema il più possibile intuitivo e di facile utilizzo.

Per quel che riguarda la tenuta del registro, la **CDS** e i Cantoni **AI, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NE, OW, UR, VS, VD, e ZG** esprimono forti dubbi sul fatto di affidarla a terzi. Sottolineano che il registro LeReg dovrebbe essere tenuto dalla Confederazione, dato che viene utilizzato a scopi di sorveglianza. In questo modo sarebbe possibile evitare eventuali conflitti di interessi e il nuovo registro potrebbe essere inserito in modo ragionevole nella catena dei registri esistenti. I Cantoni **AG, AR, GE, JU, NW, SH, SO, SZ, TI e ZH** si esprimono esplicitamente a favore della variante 2 con delegazione della tenuta del registro all'UFSP, che dispone della necessaria esperienza e competenza specialistica, dato che gestisce il registro delle professioni mediche e il registro delle professioni psicologiche. In questo contesto, secondo i Cantoni **GE** e **ZH** andrebbe nuovamente verificato se i registri esistenti e il nuovo registro LeReg possano confluire in un unico registro completo in accordo con il principio di digitalizzazione della Confederazione «once only». Anche i Cantoni **BE** e **SG** appoggiano la tenuta del registro da parte della Confederazione, propongono però che a tenerlo sia l'UFS date le sue competenze specifiche nella raccolta ed elaborazione dei dati. Il Cantone **TG** è favorevole alla tenuta del registro da parte di terzi, nella fattispecie da parte di SASIS SA che ha finora tenuto su incarico degli assicuratori un registro dei fornitori di prestazioni autorizzati. Ritiene che tale soluzione sia efficiente ed economica e che minimizzi le interfaccia.

La **CDS** e numerosi Cantoni approvano esplicitamente il termine di tre anni a partire dall'entrata in vigore dell'ordinanza per la creazione del registro, dopo il quale il pubblico avrà accesso al LeReg. Desiderano che la Confederazione crei rapidamente il registro, così che i Cantoni abbiano a loro volta tempo a sufficienza per inserire i dati necessari. I Cantoni **AR** e **VS** osservano che la creazione e la gestione del registro comportano un onere importante per i Cantoni e che, in particolare per quelli più piccoli, rappresentano quindi un'importante sfida.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

I **partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale Alleanza del Centro, pvl, PLR, PSS** e **UDC** accolgono tutti favorevolmente l'emanazione di una nuova ordinanza sull'introduzione di un LeReg. Diversi sottolineano l'importanza della protezione dei dati nonché dello sfruttamento di sinergie con i registri già esistenti nel settore del sistema sanitario. Per quel che concerne la tenuta del registro, **PLR** e **UDC** si dichiarano a favore della variante 1, perché ritengono che il know-how e le infrastrutture per la tenuta di un registro di questo tipo siano già presenti presso terzi. Il **PSS** appoggia la variante 2: il LeReg dovrebbe essere tenuto dall'UFSP perché il suo contenuto è di interesse pubblico preponderante e comprende informazioni che devono essere particolarmente tutelate. Anche il **pvl** predilige la tenuta del registro da parte della Confederazione, propone però l'UFS perché, essendo un'autorità federale politicamente neutrale, gode della fiducia dei vari attori del sistema sanitario, e dispone inoltre di esperienza nella raccolta dei dati, nella pubblicazione e nella sintesi di varie fonti di dati.

² www.admin.ch > Procedure di consultazione > Concluse > 2021 > DFI

Associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

Il **SAB** tende a respingere l'emanazione della nuova ordinanza sull'introduzione di un LeReg. Riconosce l'impegno dell'UFSP in favore dello sfruttamento di sinergie e interfaccia, denota però la mancanza di un'analisi che valuti se non sarebbe possibile abolire i registri esistenti sostituendoli completamente con il nuovo registro.

Associazioni mantello dell'economia

Tra le associazioni mantello dell'economia, solo **economiesuisse** e **FST** si sono espresse sull'ordinanza sul registro. Entrambe la accolgono favorevolmente e per la tenuta del registro prediligono la variante 1. Secondo il **FST** la costituzione e la gestione del registro sarebbero notevolmente semplificate se ad occuparsene fosse un terzo già in possesso di molti dei dati richiesti dal LeReg. Secondo **economiesuisse**, ai fornitori di prestazioni non dovrebbero essere richiesti emolumenti, dato che la registrazione nel nuovo registro è obbligatoria. Tutti i costi dovrebbero invece essere assunti dalla Confederazione.

Associazioni dei fornitori di prestazioni

La maggior parte delle associazioni dei fornitori di prestazioni accoglie di principio positivamente l'emanazione della nuova ordinanza sul registro, si tratta di **FMH**, **CMC** e delle società mediche cantonali **AeGBL**, **AGZ**, **BEKAG**, **BüAeV**, **GAESO**, **KÄG**, **MedGes**, **OMCT**, **SMVS**, **TGKAG**, così come delle associazioni dei medici **ASMP**, **FMCH**, **GMVR**, **MfeVS**, **SSDV** e **ASMAC**, nonché di **ASSGP**, **BFG**, **BK-Heb**, **blutspende**, **ChiroSuisse**, **FSP**, **Gefässmedizin Rapperswil**, **pharmalog**, **SHV**, **ASNP**. **Curacasa**, **DLV**, **ASE**, **C/APSL**, **H+**, **Hirslanden**, **physioswiss** e **ASI** accolgono con riserva l'ordinanza sul registro. Piuttosto contrari sono **ASPS**, **CPS**, **FSAS**, **ASDD** e **unimedsuisse**. **mfe**, **SSMIG** e **SSO** respingono l'ordinanza sul registro.

Per quel che riguarda la tenuta del registro, i fornitori di prestazioni hanno opinioni divergenti. **FMH**, **CMC**, le società mediche cantonali **AeGBL**, **AGZ**, **BEKAG**, **BüAeV**, **GAESO**, **KÄG**, **MedGes**, **SMVS**, nonché **ASMP**, **Gefässmedizin Rapperswil**, **GMVR** e **MfeVS** prediligono la tenuta del registro da parte della Confederazione, e precisamente da parte dell'UFS in quanto centro di competenza sui dati della Confederazione. Secondo loro la tenuta del registro da parte dell'UFSP non sarebbe in accordo con interventi parlamentari, in particolare con il postulato 18.4102 CSSS-S «Una strategia coerente per il rilevamento dei dati nel settore sanitario», con il programma «Gestione dei dati a livello nazionale (NaDB)» del Consiglio federale, specialmente con il principio «once only», né con le raccomandazioni espresse dal Prof. Ch. Lovis nel suo rapporto del 2019 «Stratégie de transparence dans le domaine des coûts et prestations de santé». Le associazioni dei medici citate osservano che, se la tenuta del registro sarà affidata a terzi, in nessun caso si dovranno prendere in considerazione gli assicuratori malattie o le associazioni di assicuratori. Tali istituzioni non potrebbero essere considerate terzi ai sensi della legge perché si assumono compiti pubblici nell'ambito delle assicurazioni sociali malattie e agiscono quindi in qualità di organi dell'amministrazione statale indiretta. Anche **H+** è favorevole a che il registro non sia tenuto da terzi bensì dalla Confederazione e precisamente dall'UFS. Ritengono che ciò sarebbe in linea con il programma NaDB, in particolare con il principio «once only». Anche **physioswiss** e **SSO** appoggiano la tenuta del registro da parte dell'UFS al posto dell'UFSP. Secondo **curacasa**, **ASE** e **ASI** il registro deve essere tenuto dalla Confederazione, dall'UFSP oppure dall'UFS (l'**ASE** propone anche Obsan). **BK-Heb**, **DLV**, **C/APSL**, **SHV** e **unimedsuisse** ritengono che l'UFSP dovrebbe assumere la tenuta del registro perché il LeReg conterrà dati particolarmente degni di protezione e di grande interesse pubblico. **Unimedsuisse** si aspetta inoltre che il nuovo registro venga creato in modo non burocratico e in stretto collegamento con i registri esistenti, e che dopo l'attuazione del LeReg il RCC venga abolito. **SSMIG** e **mfe** chiedono che il registro sia tenuto e sorvegliato da due enti separati. Propongono l'Obsan quale ente preposto alla tenuta del registro.

Dal canto loro **BFG**, **FAMH**, **FSP**, **Hirslanden**, **CPS** e **ASNP** prediligono la tenuta del registro da parte di terzi. **FAMH** aggiunge che deve essere garantita l'imparzialità di questo ente

esterno. **FMCH** e **SSDV** si esprimono anch'essi a favore della variante 1, perché considerano la tenuta del registro da parte di un ente indipendente ed esterno all'amministrazione più efficiente e più economica. **ChiroSuisse** sostiene che il LeReg dovrebbe essere tenuto da terzi per sfruttare le competenze private riguardanti le banche dati. Anche **FSAS** e **ASDD** prediligono la variante 1, con la motivazione che esistono già fornitori che dispongono del know-how e delle infrastrutture necessarie. Per finire, anche **ASSGP** e **pharmalog** preferiscono la tenuta del registro da parte di terzi e consigliano di affidarla alla fondazione refdata. Ritengono che questa fondazione di utilità pubblica possieda la neutralità e il know-how necessari e goda di ampio sostegno nel mercato della sanità.

I fornitori di prestazioni criticano da un lato il fatto che con il LeReg viene creato un ulteriore registro. **Curacasa**, **ASE**, **ASI**, **FSAS** e **ASDD** constatano il continuo aumento del numero di registri (MedReg, PsiReg, GesReg, NAREG, LeReg) e il conseguente moltiplicarsi delle interfacce. Per ragioni di qualità e sicurezza dei dati, di efficienza e di costi reputano che si dovrebbe puntare ad avere un unico registro che contenga tutte le informazioni necessarie su tutti i fornitori di prestazioni. L'immissione di dati e l'uso del nuovo registro dovrebbero essere semplici e andrebbero sfruttate le sinergie con i registri esistenti, RCC compreso. **SSMIG** e **mfe** respingono totalmente la creazione di un nuovo registro e chiedono che le ulteriori informazioni vengano integrate nei registri esistenti. Anche la **SSO** è contraria a un nuovo registro, con la motivazione che i dati attuali sulle autorizzazioni vengono già amministrati da **SASIS** SA e potrebbero essere ripresi da essa.

D'altro canto, molti fornitori di prestazioni criticano la regolamentazione degli emolumenti di cui all'articolo 22 della nuova ordinanza sul registro. Secondo **blutspende**, **curacasa**, **ASE**, **mfe**, **ASI**, **SSMIG**, **FSAS** e **ASDD** per la tenuta del registro non devono assolutamente essere riscossi emolumenti presso i fornitori di prestazioni, perché essi possono già oggi ottenere tutti i dati per loro rilevanti da altre fonti e il LeReg, quindi, per loro non rappresenta nessun valore aggiunto. **Physioswiss** ritiene che il finanziamento non dovrebbe essere a carico dei fornitori di prestazioni, bensì dei fruitori del nuovo registro che serve allo scambio di informazioni intercantonale. Anche **ASPS** e **SSO** ritengono inadeguata l'attuale regolamentazione degli emolumenti. Secondo loro la Confederazione dovrebbe assumersi la totalità dei costi perché introduca questo registro su incarico del Consiglio federale e del Parlamento.

Associazioni degli assicuratori

Tra gli assicuratori, rispettivamente le associazioni di assicuratori, **santésuisse**, **SASIS** e **CTM** accolgono favorevolmente l'ordinanza sul registro, mentre **curafutura** e **Groupe Mutuel** la approvano con riserve. Secondo **curafutura** gli assicuratori necessitano di un accesso illimitato alle informazioni contenute nel LeReg per poter svolgere in modo efficiente i loro compiti secondo la LAMal. Le riserve del **Groupe Mutuel** concernono da un lato la qualità dei dati, visto che, per garantire l'aggiornamento e la qualità dei dati, i Cantoni dovrebbero essere obbligati a notificare attivamente le modifiche; d'altro canto l'assicuratore ritiene che andrebbe precisata la portata giuridica dell'iscrizione dei dati nel LeReg. L'iscrizione nel registro non dovrebbe permettere a un fornitore di prestazioni di esercitare a carico dell'AOMS se, conformemente alla verifica effettuata, le condizioni per farlo non sono (più) date. Altrimenti sarebbe necessaria una severa vigilanza da parte dei Cantoni.

Per quel che riguarda la tenuta del registro, **santésuisse**, **SASIS** e **Groupe Mutuel** appoggiano la variante 1. Secondo loro dovrebbe essere **SASIS** ad assumersi questo compito, dato che è ben ancorata nel sistema sanitario come importante fornitrice di dati e che tiene il Registro dei codici creditori. Su questa base potrebbe creare il LeReg rapidamente e in modo finanziariamente efficiente. La **CTM** predilige invece la variante 2. Osserva che l'UFSP gestisce le informazioni sui fornitori di prestazioni in modo semplice per i fruitori e qualitativamente soddisfacente, come dimostrato dagli esempi MedReg e PsiReg. Inoltre, con la tenuta del registro da parte dell'UFSP sarebbe possibile evitare che interessi particolari di terzi compromettano la fornitura dei dati oppure che l'ente esterno responsabile per la tenuta del registro

cessi questa attività per ragioni di economia di mercato. **Curafutura** non si esprime su nessuna delle due varianti.

Santésuisse sottolinea anche l'importanza della protezione dei dati e del regolare confronto del LeReg con altri dati o registri e con l'IDI. **SASIS** sottolinea l'importanza della registrazione nel LeReg di tutti i fornitori di prestazioni impiegati ai sensi di LAMal e OAMal.

Associazioni dei pazienti

Tra le associazioni dei pazienti, solo la **PCS** si esprime in merito all'ordinanza sul registro. La **PCS** ritiene una buona cosa la tenuta di un registro globale dei fornitori di prestazioni ed è dell'opinione che il compito andrebbe eseguito da terzi sotto la vigilanza dell'UFSP.

Altre organizzazioni

La **CRS** vede con occhio critico la creazione di un nuovo registro per i fornitori di prestazioni ambulatoriali, perché per l'ente che terrà il registro e in particolare per i Cantoni ciò comporterebbe un notevole onere supplementare. Con il LeReg non si dovrebbe creare un ulteriore registro, bensì esso andrebbe integrato nei registri esistenti sotto forma di modulo di autorizzazione tecnicamente e giuridicamente separato. Se ciò non dovesse essere possibile, secondo la **CRS** toccherebbe all'UFSP assumere la tenuta del registro, dato che il LeReg rappresenta un importante strumento per la vigilanza da parte dei Cantoni e la tenuta di un registro di tale importanza non dovrebbe essere affidata a un fornitore privato che agisce a scopo di lucro.

3.4 Pareri selezionati sull'emanazione dell'ordinanza sul registro nello specifico

A questo proposito confrontare i singoli pareri di organizzazioni e persone.³

3.5 Pareri sull'emanazione dell'ordinanza sui limiti massimi in generale

Cantoni

La **CDS** e i Cantoni **AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SH, SZ, TG, TI, UR, VD, VS** e **ZH** sono fundamentalmente d'accordo con l'ordinanza sulla definizione di limiti massimi. I quattro Cantoni **AR, NW, SG, SO** sono piuttosto d'accordo, mentre **ZG** tendenzialmente respinge l'ordinanza.

La **CDS** e i Cantoni **AG, AI, BE, BL, FR, GL, GR, JU, LU, NE, SH, SZ, TI, UR** e **VS** accolgono con particolare favore il fatto che il modello di regressione e i coefficienti vengano sviluppati a livello nazionale e che i Cantoni possano tener conto delle realtà regionali nel calcolo dei limiti massimi. Tuttavia, reputano che la complessità del modello ponga proprio i Cantoni di piccole dimensioni di fronte a un'importante sfida. Ciò viene sottolineato anche da **AR, JU, NW, OW** e **TG**. Secondo **ZH** la metodologia è applicabile, anche se complessa e onerosa. Anche il Cantone **BE** constata che il modello è tecnicamente complesso ma ritiene che, rispetto a un modello alternativo più semplice per ora non ancora disponibile, presenti il vantaggio di permettere l'applicazione di una definizione dei limiti massimi basata sui dati che corrisponde il più precisamente possibile al fabbisogno. Secondo il Cantone **BE** va inoltre tenuto conto della complessità dell'applicazione del modello di regressione mettendo a disposizione dei Cantoni specialisti dell'UFSP e organizzando corsi di formazione.

Il Cantone **ZG** è dell'opinione che il modello sia complicato e presupponga in parte il possesso di dati di cui i Cantoni non dispongono. Più il calcolo dei limiti massimi è complesso, maggiori saranno le incongruenze e le differenze intercantonali, ciò che porterà a incertezze giuridiche

³ www.admin.ch > Procedure di consultazione > Concluse > 2021 > DFI

e quindi a processi. I Cantoni **ZG** e **SO** vorrebbero una soluzione più semplice che permetta di definire limiti massimi in modo unitario e comprensibile per ogni Cantone e ogni specializzazione medica.

Il Cantone **SG** critica il fatto che l'ordinanza si basa unicamente sul modello di BSS, senza considerare il modello dell'UFS, che invece tiene conto delle realtà cantonali e permette di calcolare una prognosi sul fabbisogno a lungo termine di medici.

Per quanto riguarda i dati disponibili, la **CDS** e i Cantoni **AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS** e **ZH** richiamano l'attenzione sulle difficoltà riguardanti gli ambulatori negli ospedali: i medici impiegati negli ospedali di regola forniscono prestazioni ospedaliere sia stazionarie che ambulatoriali, pur non necessitando forzatamente di un'autorizzazione per poter fornire le seconde a carico dell'AOMS. Per questo chiedono che la Confederazione, con il coinvolgimento dei Cantoni, precisi chiaramente quali dati debbano essere raccolti dall'UFS affinché il progetto possa essere attuato anche nel settore delle cure ambulatoriali ospedaliere. Inoltre la **CDS** e i Cantoni **AG, AI, BE, BL, BS, FR, GE, GL, GR, JU, LU, NE, NW, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS** e **ZH** constatano che i Cantoni devono poter aver accesso ai dati di fatturazione degli assicuratori malattie per tener conto dei flussi di pazienti. Si aspettano che nell'ordinanza venga creata una base legale affinché i Cantoni possano accedere a tali dati.

Per i Cantoni **AR** e **TG** non è chiaro come sarebbe possibile pronosticare lo spostamento delle cure dal setting stazionario a quello ambulatoriale per tenerne poi conto nel calcolo dei limiti massimi. **AR** chiede che sia possibile un adeguamento dinamico del coefficiente di regressione e che vi sia una maggiore frequenza di verifica. Il Cantone **SG** critica la supposizione alla base del modello secondo cui a livello nazionale svizzero il bisogno di approvvigionamento corrisponde al livello di approvvigionamento. **SG** e **AR** denotano la mancanza di strumenti di regolazione in caso di sotto-approvvigionamento.

Tenuto conto della complessità del progetto, la **CDS** e i Cantoni **AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, SH, SZ, TI, UR, VS** e **ZG** esprimono la loro soddisfazione per il previsto periodo transitorio di quattro anni. Il Cantone **ZH** chiede che l'ordinanza sui limiti massimi entri in vigore solo a metà 2022.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

I partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale **Alleanza del Centro, pvl, PLR, PSS** e **UDC** accolgono in linea di principio favorevolmente la definizione di limiti massimi per il numero di medici. L'**Alleanza del Centro** constata che il modello scelto è complesso. **Alleanza del Centro** e **pvl** temono che a seguito del calcolo di valori medi nazionali si stabilisca un livello di prestazioni troppo elevato. L'**UDC** sottolinea che si deve tener conto delle caratteristiche regionali della popolazione e che nel calcolo del fabbisogno si deve evitare sia un sotto-approvvigionamento nelle regioni rurali che un sovra-approvvigionamento nei centri urbani. **UDC** e **pvl** accolgono positivamente la possibilità di fissare limiti massimi per territori intercantionali, mentre il **PSS** fa notare che la definizione di tali territori dovrebbe essere precisata. Secondo **pvl** e **PSS** la base di dati non è sufficientemente sicura, in particolare per quel che riguarda il settore ambulatoriale ospedaliero, e ciò potrebbe compromettere la giustiziabilità dei limiti massimi. Il **PSS** richiama inoltre l'attenzione sull'importante onere amministrativo per i Cantoni e il rischio ad esso correlato di avere un'attuazione della regolamentazione molto eterogena.

Associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

Il **SAB** appoggia l'ordinanza sui limiti massimi, dato che tiene conto delle differenze regionali, ad esempio del sotto-approvvigionamento in numerose regioni di montagna. Desidererebbe un miglioramento dei dati disponibili e un'accurata considerazione degli spazi nell'ambito delle analisi. Il **SAB** considera molto importanti il fattore di ponderazione e la presa in considerazione dei flussi intercantionali dei pazienti.

Associazioni mantello dell'economia

Le associazioni mantello dell'economia hanno opinioni divergenti in merito all'ordinanza sulla definizione dei limiti massimi. Il **FST** ritiene questo strumento ad uso dei Cantoni giusto e importante. Osserva che va tenuto conto delle differenze regionali nella struttura di approvvigionamento. Reputa inoltre che si debba evitare una diminuzione delle nuove leve tra i medici a causa della limitazione delle autorizzazioni. Anche l'**USS** appoggia in linea di principio l'attuazione dei limiti massimi, ma teme che soprattutto i piccoli Cantoni siano oberati dall'importante onere amministrativo. Per questo motivo ritiene che il coordinamento intercantonale sia di fondamentale importanza. Si deve inoltre tener conto del passaggio delle prestazioni dal setting stazionario a quello ambulatoriale. Il **CP** vede l'ordinanza con occhio critico, ritenendo che dal modello sia possibile trarre praticamente qualsiasi conclusione che legittimi una limitazione dell'attività medica. Andrebbe prevista almeno una possibilità di correzione, ad esempio sotto forma di un margine di manovra di un ulteriore dieci per cento all'anno. Reputa inoltre che i medici che vogliono aprire uno studio avrebbero numerosi problemi legati alla libera circolazione delle persone e ciò diminuirebbe l'attrattività della Svizzera. **Economiesuisse** respinge i limiti massimi proposti. Considera che sono difficili da definire, in ritardo sulla dinamica, che rafforzano i conflitti di ruolo cantonali e cementano le strutture federalistiche che ostacolano l'efficienza del sistema sanitario. Secondo **economiesuisse** il progetto contiene troppi aspetti tecnici e disposizioni metodologiche e non tiene conto a sufficienza delle peculiarità del settore ambulatoriale ospedaliero. Il modello di regressione, poi, trascurerebbe gli aspetti qualitativi dell'approvvigionamento e ostacolerebbe gli sviluppi innovativi.

Associazioni dei fornitori di prestazioni

La maggior parte delle associazioni di fornitori di prestazioni vede con occhio critico l'ordinanza sulla definizione dei limiti massimi per il numero di medici. **ChiroSuisse, FSP, OMCT, SSO e ASNP** accolgono favorevolmente l'emanazione della nuova ordinanza, mentre **FMCH, mfe, SSMIG, SSDV e TGKAG** la accolgono con riserve. Le associazioni **AllKids, BFG, CPS e SVM** tendenzialmente respingono l'ordinanza. **FMH, CMC** e le società mediche cantonali **AeGBL, AGZ, BEKAG, BüAeV, GAeSO, KÄG, MedGes e SMVS** sono contrarie, così come **ASMP, GMVR, H+, Hirslanden, Gefässmedizin Rapperswil, MfeVS, ASMAC e unimedsuisse**. Alcune associazioni, in particolare quelle di fornitori di prestazioni che non sono medici, rinunciano a esprimere un parere sui limiti massimi e rimandano ai pareri delle associazioni direttamente interessate.

FMH, CMC, le società mediche cantonali **AeGBL, AGZ, BEKAG, BüAeV, GAeSO, KÄG, MedGes, SMVS**, nonché **ASMP, Gefässmedizin Rapperswil, GMVR e MfeVS** ritengono che concepire un'ordinanza sulla base del rapporto metodologico di BSS non sia un buon approccio. Secondo loro il progetto di ordinanza, che dovrebbe definire prescrizioni d'esecuzione, contiene invece troppi aspetti tecnici e metodologici e troppe questioni ancora aperte. Viene criticata la supposizione alla base del modello secondo cui a livello nazionale svizzero il bisogno di approvvigionamento corrisponde al livello di approvvigionamento. Ciò è ritenuto problematico, tanto più che attualmente in certi campi di specializzazione si delinea un sotto-approvvigionamento. Inoltre, reputano che il calcolo dei limiti massimi si fondi su una base di dati che si presta ad essere travisata e alla quale i fornitori di prestazioni non hanno accesso, mentre gli assicuratori, che mettono a disposizione i loro dati e il loro modello di calcolo, sono avvantaggiati. Hanno l'impressione che l'intero approccio, vale a dire l'applicazione del metodo statistico in diverse unità e livelli dell'amministrazione, sia molto soggetto a errori. Inoltre vedono il rischio che i Cantoni impongano limiti massimi ai grandi campi di specializzazione della medicina di base, perché questi sono facili da determinare, ma non nei piccoli campi di specializzazione. Un ulteriore rischio viene individuato nella possibilità che le disposizioni svantaggino il settore ambulatoriale in studio medico. Ciò perché i Cantoni, in qualità di proprietari di ospedali e nel contempo responsabili della pianificazione ospedaliera, si troverebbero in un conflitto di interessi e per questo potrebbero avvantaggiare il settore ambulatoriale ospedaliero nell'elaborazione dei dati necessari. Secondo **FMH, CMC, AeGBL, AGZ, BEKAG, BüAeV, GAeSO,**

KÄG, MedGes, SMVS nonché **ASMP, Gefässmedizin Rapperswil, GMVR e MfeVS**, sarebbe opportuno che la metodologia, la base di dati, il calcolo dei fabbisogni di approvvigionamento regionali e dei tassi di approvvigionamento regionali nonché la determinazione degli equivalenti a tempo pieno fossero di competenza dell'UFS / di Obsan. In questo modo sarebbe possibile garantire un calcolo unitario ad uso dei Cantoni. Ritengono anche di importanza centrale che le società mediche cantonali e le associazioni di categoria mediche vengano consultate in tutte le varie fasi. La **FMH** chiede inoltre che i posti dei medici in perfezionamento vengano esclusi dalla definizione dei limiti massimi.

Hirslanden e PCS, pur approvando un modello sviluppato sul piano nazionale, ritengono che quello proposto sia troppo statico e non ancora giunto a maturità. Reputano che si basi principalmente su criteri economici, senza considerare aspetti qualitativi e rilevanti per l'approvvigionamento. Raccomandano un metodo che permetta sufficiente flessibilità in caso di fabbisogno acuto e che permetta in modo sistematico un certo grado di sviluppo del rinnovamento, ad esempio con un «cuscinetto» di un ulteriore dieci per cento annuo oltre il limite massimo definito. Anche **H+** e **unimedsuisse** riconoscono la necessità di pianificare i fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale, reputano però che il progetto di ordinanza sui limiti massimi presentato sia altamente problematico. Ritengono che manchi una differenziazione tra settore ambulatoriale in studio medico e settore ambulatoriale ospedaliero. Andrebbe inoltre tenuto conto dei diversi gradi di specializzazione e dei diversi livelli di approvvigionamento, così come delle sinergie nella fornitura di prestazioni ambulatoriali e stazionarie negli ospedali. **TGKAG** e **Hirslanden** sono anch'essi dell'opinione che andrebbe assolutamente tenuto conto delle peculiarità del setting ambulatoriale ospedaliero. Le **CPS** chiedono invece di escludere il settore ambulatoriale ospedaliero dal campo di applicazione della nuova ordinanza.

Secondo **H+**, **unimedsuisse**, **Hirslanden**, **CPS** e **BFG**, mancano i tratti fondamentali di una metodologia unitaria e misure di riferimento per tutti i Cantoni. Ritengono che i Cantoni dispongano di un ampio margine di discrezionalità nell'attuazione, ad esempio nel determinare i campi di specializzazione o le regioni da regolamentare e nel calcolo del fattore di ponderazione. Ciò comporterebbe un'attuazione a macchia di leopardo e insicurezza giuridica per i fornitori di prestazioni. L'**ASMAC** si dice preoccupata per l'ulteriore onere amministrativo che la nuova ordinanza implicherebbe per le amministrazioni cantonali così come nel sistema sanitario. L'**ASMAC** considera premessa fondamentale che i Cantoni si coordinino al massimo in merito ai criteri di valutazione. Inoltre, secondo **ASMAC** e **unimedsuisse** nel modello si deve tener conto del passaggio dall'assistenza sanitaria stazionaria a quella ambulatoriale. **Unimedsuisse** e **AllKids** ritengono che si debba tener conto del fabbisogno di personale specializzato per la ricerca e l'insegnamento. **AllKids** richiede inoltre che nelle misure previste si tenga conto delle peculiarità della medicina dell'infanzia e dell'adolescenza, in particolare del fatto che l'assistenza sanitaria specializzata a bambini e adolescenti avviene quasi esclusivamente nel settore ambulatoriale ospedaliero.

mfe e **SSMIG** accolgono favorevolmente il modello proposto, considerandolo pragmatico. Per quel che riguarda la consultazione dei fornitori di prestazioni da parte dei Cantoni, esigono la creazione di un processo partecipativo tramite una commissione composta da rappresentanti di diversi campi di specializzazione e da altre parti coinvolte. Analogamente, **FMCH** e **SSDV** auspicano che i fornitori di prestazioni vengano coinvolti nella definizione del volume di prestazioni conforme al bisogno. **mfe** e **SSMIG** sono dell'opinione che nell'ordinanza andrebbe esplicitamente fissata la possibilità per i Cantoni, in presenza di motivazioni importanti, di rilasciare autorizzazioni straordinarie in una determinata regione malgrado la generale limitazione delle autorizzazioni. Considerando il sotto-approvvigionamento nel settore delle prestazioni mediche di base, richiedono che venga creato un meccanismo adeguato per sostenere i campi di specializzazione confrontati a un sotto-approvvigionamento. Per finire **mfe**, **SSMIG** e **FMH**

chiedono un'estensione del periodo transitorio entro il quale dovranno essere fissati i limiti massimi.

Nel principio, **ChiroSuisse** accoglie favorevolmente la definizione di limiti massimi nella misura in cui essi siano stabiliti sulla base di un rilevamento sistematico del fabbisogno. Ritene che per farlo si dovrebbero raccogliere i dati necessari nel settore della presa a carico dei disturbi muscoloscheletrici. Per definire i limiti, si dovrebbero coinvolgere nella pianificazione dell'approvvigionamento anche i chiropratici come categoria professionale a sé stante. **FSP** e **ASNP** considerano ragionevoli i criteri e i principi metodologici proposti nell'ordinanza, perché permettono un'applicazione unitaria in tutta la Svizzera lasciando margine di manovra ai Cantoni per tener conto delle realtà regionali. La **SSO** accoglie con soddisfazione il fatto che per i dentisti non vengano fissati limiti massimi, tanto più che i costi delle cure dentistiche a carico dell'AOMS sono minimi e non aumentano.

Associazioni degli assicuratori

Le associazioni degli assicuratori **curafutura** e **santésuisse**, l'assicuratore **Groupe Mutuel** e la **CTM** in linea di principio accolgono favorevolmente l'ordinanza sulla definizione dei limiti massimi.

Curafutura sottolinea positivamente la decisione del Parlamento di equiparare ambulatori ospedalieri e studi medici per quanto riguarda la limitazione delle autorizzazioni. Vede tuttavia due rischi nell'attuazione: in primo luogo è possibile che venga stabilito un livello di prestazioni troppo elevato, perché il modello di regressione per i coefficienti calcola valori medi nazionali; in secondo luogo i Cantoni, tramite il fattore di ponderazione, potrebbero eludere il metodo di calcolo dei limiti massimi stabilito per tutta la Svizzera. Per osservare questo e altri sviluppi, **curafutura** raccomanda di prevedere nell'ordinanza anche un'analisi degli effetti.

Santésuisse e **Groupe Mutuel** considerano il modello proposto fondamentalmente buono, ma segnalano alcuni punti critici. L'attribuzione dei medici ai vari campi di specializzazione per chi ha più di un titolo di medico specialista dovrebbe avvenire proporzionalmente all'attività medica effettivamente esercitata. Quando possibile, le regioni andrebbero definite oltre i confini cantonali, in particolare per i Cantoni piccoli. Inoltre **santésuisse** e **Groupe Mutuel** sono dell'opinione che la Confederazione dovrebbe stabilire per ogni regione valori indicativi o un margine entro cui definire i limiti massimi. Il fattore di ponderazione dovrebbe essere stabilito dai Cantoni in modo trasparente e dovrebbe essere utilizzato con moderazione. Ritengono inoltre che l'ordinanza dovrebbe stabilire con che frequenza i limiti massimi debbano essere verificati e quali misure vadano adottate se l'offerta presente supera il limite massimo. **Groupe Mutuel** chiede inoltre una moratoria generalizzata sull'apertura di nuovi studi medici fino a che il sistema dei limiti massimi non sarà applicato.

Secondo la **CTM** ci si dovrebbe assicurare, tramite il coordinamento intercantonale nella definizione dei limiti massimi, che non si creino lacune nella presa a carico o disparità di trattamento nell'ambito della LAMal

3.6 Pareri selezionati sull'emanazione dell'ordinanza sui limiti massimi nello specifico

A questo proposito confrontare i singoli pareri di organizzazioni e persone.⁴

⁴ www.admin.ch > Procedure di consultazione > Concluse > 2021 > DFI

3.7 Altre osservazioni

Cantoni

La **CDS** e **tutti i Cantoni** sottolineano che la revisione di legge porterà i Cantoni a doversi assumere considerevoli compiti di esecuzione che comporteranno ingenti costi supplementari e impegneranno risorse personali e finanziarie non indifferenti. Invitano quindi il Consiglio federale a valutare le conseguenze finanziarie per l'autorizzazione, la registrazione e la sorveglianza dei fornitori di prestazioni, a delineare in che modo tali costi supplementari per i Cantoni vadano coperti, nonché a confrontarli con i risparmi per gli assicuratori malattie (in particolare SASIS SA) e gli assicurati. Ritengono inoltre che l'ordinanza dovrebbe prevedere esplicitamente per i Cantoni la possibilità e regolare le modalità per coprire i loro costi per il processo di autorizzazione con emolumenti a carico dei fornitori di prestazioni da autorizzare.

Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale

I partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale **Alleanza del Centro** e **UDC** sottolineano positivamente che grazie al progetto nel suo complesso vengono adottate misure per contenere l'aumento dei costi nel sistema sanitario.

Associazioni dei fornitori di prestazioni

Secondo **mfe** e **SSMIG** il progetto tocca molti temi diversi – tra i quali l'autorizzazione cantonale dei fornitori di prestazioni, i criteri di qualità, l'affiliazione alla CIP, il registro dei fornitori di prestazioni – che dovrebbero essere trattati all'interno di processi separati.

4 Allegato: elenco dei partecipanti alla consultazione⁵

Abkürzung Abréviation Abbreviazione	Name Nom Nome
Kantone Cantons Cantoni	
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona

⁵ In ordine alfabetico secondo le abbreviazioni utilizzate nel testo originale in lingua tedesca.

GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri

	Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)
Politische Parteien Partis politiques Partiti politici	
Die Mitte	Die Mitte Le Centre Alleanza del Centro
FDP	FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali
glp	Grünliberale Partei Parti vert'libéral (pvl) Partito verde-liberale (pvl)
SP	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse (PSS) Partito socialista svizzero (PSS)
SVP	Schweizerische Volkspartei Union Démocratique du Centre (UDC) Unione Democratica di Centro (UDC)

Dachverbände der Gemeinden, Städte und Berggebiete Associations faîtières des communes, des villes et des régions de montagne Associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna	
SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete Groupement suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna
Dachverbände der Wirtschaft Associations faîtières de l'économie Associazioni mantello dell'economia	
CP	Centre patronal
economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere
FGS	Forum Gesundheit Schweiz Forum Santé pour Tous (FST)
SAV	Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse (UPS) Unione svizzera degli imprenditori (USI)
SGB	Schweizerischer Gewerkschaftsbund Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)
Konsumentenverbände Associations de consommateurs Associazioni dei consumatori	
FRC	Fédération romande des consommateurs
Leistungserbringerverbände Associations de fournisseurs de prestations Associazioni dei fornitori di prestazioni	
AeGBL	Ärztegesellschaft des Kantons Baselland
AGZ	Ärztegesellschaft des Kantons Zürich
AllKidS	Allianz Kinderspitäler der Schweiz Alliance des Hôpitaux pédiatriques Suisses

ASMP	Association suisse des médecins praticiens Associazione svizzera dei medici generici
ASPS	Verband der privaten Spitex-Organisationen Association Spitex privée Suisse Associazione delle organizzazioni private di cura a domicilio
ASSGP	Schweizerischer Fachverband für Selbstmedikation Association Suisse des Spécialités Pharmaceutiques Grand Public Associazione Svizzera dell'Industria Farmaceutica per l'Automedicazione
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne Società dei medici del Cantone di Berna
BFG	Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen Entente Système de santé libéral
BK-Heb	Berufskonferenz Hebammen der Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen der Schweiz
blutspende	Blutspende SRK Schweiz Transfusion CRS Suisse Trasfusione CRS Svizzera
BüAeV	Bündner Ärzteverein Uniun grischuna da medis Ordine dei meidici grigioni
ChiroSuisse	Schweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft Association suisse des chiropraticiens Associazione svizzera dei chiropratici
curacasa	Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz Association suisse des infirmiers indépendants Associazione svizzera infermieri indipenti
CURAVIVA	Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri
DLV	Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz Association Suisse des Ergothérapeutes (ASE) Associazione Svizzera degli Ergoterapisti (ASE)
FAMH	Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera

FMCH	Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération Suisse des Psychologues Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi
GAeSO	Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn
Gefässmedizin Rapperswil	Praxis Dr. med. Daniel Holtz und Dr. med. Patrick Mäder
GMVR	Groupement des médecins du Valais romand
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri
Hirslanden	Privatklinikgruppe Hirslanden Groupe de cliniques privées Hirslanden
HKS	Verband Heilbäder und Kurhäuser Schweiz Association Espaces Thermaux et Maisons de Cure Suisses
KÄG	Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften Conférence des sociétés cantonales de médecine (CCM) Conferenza delle società mediche cantonali (CMC)
K/SBL	Konferenz der schweizerischen Berufsverbände der Logopäden Conférence des associations professionnelles suisses de logopédistes (C/APSL) Conferenza delle associazioni professionali svizzere dei logopedisti (C/APSL)
MedGes	Medizinische Gesellschaft Basel
mfe	Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera
MfeVS	Association des médecins de famille et de l'enfance du Valais
OMCT	Ordine dei Medici del Cantone Ticino
Pharmalog	Swiss Pharma Logistics Association
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti
physioswiss	Schweizer Physiotherapie Verband

	Association Suisse de Physiothérapie Associazione Svizzera di Fisioterapia
P.IP	Plattform Interprofessionalität in der primären Grundversorgung Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires
PKS	Privatkliniken Schweiz Cliniques privées suisses (CPS) Cliniche private svizzere (CPS)
Regionale Langzeitpflegekom- mission Oberwallis	Sozialmedizinisches Zentrum Oberwallis
SBK	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri (ASI)
SGAIM	Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) Società Svizzera di Medicina Interna Generale (SSMIG)
SGDV	Schweizerische Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie Société suisse de dermatologie et vénéréologie (SSDV) Società svizzera di dermatologia e venereologia (SSDV)
SHV	Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes (FSSF) Federazione svizzera delle levatrici
SMVS	Société Médicale du Valais Walliser Ärztgesellschaft (VSÄG)
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft (SSO) Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri
Stillförderung	Stillförderung Schweiz Promotion allaitement maternel Suisse Promozione allattamento al seno Svizzera
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen Fédération Suisse des Associations professionnelles du domaine de la Santé (FSAS) Federazione Svizzera delle Associazioni professionali Sanitari (FSAS)
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen Association suisse des diéticien-ne-s (ASDD) Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i (ASDD)

SVM	Société vaudoise de médecine
SVNP	Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen Association Suisse des Neuropsychologues (ASNP) Associazione Svizzera delle Neuropsicologhe e dei Neuropsicologi
TGKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Thurgau
unimedsuisse	Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Associazione medicina universitaria svizzera
VKZS	Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und Kantonszahnärzte der Schweiz Association des médecins-dentistes cantonaux de Suisse (AMDCS) Associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera (AMDCS)
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC) Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC)
Versichererverbände Associations d'assureurs Associazioni degli assicuratori	
curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi
Groupe Mutuel	Groupe mutuel Versicherungen Groupe mutuel Assurances Groupe mutuel Assicurazioni
MTK	Medizinaltarif-Kommission UVG Commission des tarifs médicaux LAA (CTM) Commissione delle tariffe mediche LAINF (CTM)
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri
SASIS	Der innovative Datenlogistiker für das Gesundheitswesen Le logisticien innovant pour les données du système de santé
Patientenverbände Associations de patients Associazioni dei pazienti	

PCS	Patientenvereinigung Pro Chiropraktik Schweiz Association de patients Pro Chiropratique Suisse Organizzazione di pazienti Pro Chiropratica Svizzera
SGB	Schweizerischer Gehörlosenbund Fédération Suisse des Sourds (FSS) Federazione Svizzera dei Sordi (FSS)
Andere Organisationen Autres organisations Altri organizzazioni	
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz Croix-Rouge Suisse (CRS) Croce Rossa Svizzera (CRS)