



ad 11.418

## **Iniziativa parlamentare Maggiore autonomia per il personale sanitario**

**Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità  
del Consiglio nazionale del 22 gennaio 2016**

### **Parere del Consiglio federale**

del 23 marzo 2016

---

Onorevoli presidente e consiglieri,

conformemente all'articolo 112 capoverso 3 della legge sul Parlamento, vi presentiamo il nostro parere in merito al rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale del 22 gennaio 2016 concernente l'iniziativa parlamentare 11.418 «Maggiore autonomia per il personale sanitario».

Gradite, onorevoli presidente e consiglieri, l'espressione della nostra alta considerazione.

23 marzo 2016 In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Johann N. Schneider-Ammann  
Il cancelliere della Confederazione, Walter Thurnherr

## Parere

### 1 Situazione iniziale

Conformemente alla legge federale del 18 marzo 1994<sup>1</sup> sull'assicurazione malattie (LAMal), l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) assume i costi delle cure in caso di malattia a condizione che queste ultime siano dispensate in ospedale da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico (art. 25 cpv. 2 lett. a LAMal). Essa presta un contributo alle cure dispensate ambulatorialmente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura (art. 25a cpv. 1 LAMal). Le cure che possono essere dispensate da infermieri, organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e in case di cura previa prescrizione o indicazione medica sono descritte all'articolo 7 dell'ordinanza del 29 settembre 1995<sup>2</sup> sulle prestazioni (OPre). Si tratta di misure riguardanti i tre seguenti ambiti: valutazione, consigli e coordinamento; esami e cure; cure di base. La LAMal opera una distinzione tra i fornitori di prestazioni che esercitano direttamente a carico dell'AOMS, come per esempio medici e ospedali, e le persone dispensanti cure previa prescrizione o indicazione medica che esercitano in nome e per conto proprio e le organizzazioni che le occupano (art. 35 cpv. 2 LAMal). Le case di cura, gli infermieri e le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio sono fornitori di prestazioni che dispensano cure su prescrizione medica (art. 35 cpv. 2 lett. e e art. 38 LAMal).

Con l'iniziativa parlamentare 11.418 «Maggiore autonomia per il personale sanitario», presentata il 16 marzo 2011, il consigliere nazionale Rudolf Joder aveva chiesto di modificare la LAMal allo scopo di definire le prestazioni che possono essere fornite dal personale infermieristico sotto la propria responsabilità senza che sia richiesta la prescrizione medica. Il 2 febbraio 2012, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha dato seguito all'iniziativa. Il 16 aprile 2012, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha confermato questa decisione, dando il proprio consenso.

La CSSS-N ha deliberato su un progetto preliminare elaborato da una sottocommissione e il 15 aprile 2015 ha deciso di avviare una procedura di consultazione in materia. Il 22 gennaio 2016 ha preso atto dei risultati della consultazione, è entrata in materia sul progetto e lo ha approvato nella votazione sul complesso. Secondo quanto esposto nel rapporto della Commissione, le prestazioni che possono essere dispensate senza prescrizione medica comprenderebbero anche le misure riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento nonché le cure di base. Per le cure mediche continuerà a essere necessaria la prescrizione medica.

<sup>1</sup> RS 832.10

<sup>2</sup> RS 832.112.31

## 2 Parere del Consiglio federale

### 2.1 Valutazione generale dell'iniziativa parlamentare

Il Consiglio federale comprende la richiesta dell'iniziativa parlamentare di rivalutare lo statuto professionale degli infermieri ed è consapevole dell'importanza di questa categoria professionale per il sistema sanitario. Ritiene invece sbagliato permettere a ulteriori categorie professionali di esercitare direttamente a carico dell'AOMS, senza avere sviluppato soluzioni per un migliore coordinamento e una gestione a lungo termine.

Nel gennaio del 2013 il Consiglio federale ha adottato la strategia «Sanità2020». Mediante l'adozione di diverse misure concernenti tutti i settori sanitari, la strategia si propone di garantire la qualità di vita, rafforzare le pari opportunità, migliorare la qualità dell'assistenza e aumentare la trasparenza. Le misure saranno attuate in modo graduale e in concertazione con tutti i principali attori. L'obiettivo è preparare il sistema sanitario svizzero ad affrontare al meglio le sfide future e, nel contempo, preservarne la sostenibilità finanziaria.

Dal rapporto nazionale sul fabbisogno di personale nelle professioni sanitarie<sup>3</sup> è emerso che in Svizzera lo scarto tra il fabbisogno stimato di personale sanitario e il numero di diplomati in cure infermieristiche previsto sul medio periodo è alquanto ampio. Con il masterplan «Formazioni professionali sanitarie» è stata creata una piattaforma di coordinamento che ha permesso a Confederazione, Cantoni e organizzazioni professionali di attuare misure volte ad aumentare il numero di diplomati svizzeri in questo settore. Stando al rapporto finale sul masterplan summenzionato, adottato dal Consiglio federale il 3 febbraio 2016 in adempimento dei postulati Heim 10.3127 e 10.3128 e della mozione del gruppo PPD 11.3889<sup>4</sup>, in Svizzera sono aumentati l'attrattiva e il numero di diplomi conseguiti in cure infermieristiche. Il numero dei diplomati presso gli istituti di formazione professionale di base è in costante crescita: dal 2007, il numero dei diplomi conseguiti ogni anno è più che raddoppiato. Vi sono inoltre le basi per la promozione di tirocini presso enti sanitari. Anche l'integrazione delle professioni infermieristiche nel sistema formativo può essere considerata efficacemente riuscita. I percorsi formativi spaziano da una formazione professionale di base di due anni con certificato federale di formazione pratica a formazioni professionali superiori e corsi di bachelor e di master presso scuole universitarie professionali; ciò permette di soddisfare la richiesta delle istituzioni del settore sanitario di specialisti con qualifiche diversificate. Grazie al continuo monitoraggio dell'organico e della forza lavoro estera nonché al calcolo del fabbisogno di giovani leve, l'attività formativa può essere adeguata alle reali esigenze.

<sup>3</sup> GDK-CDS OdA-Santé, *Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe*, 2009. Il rapporto è consultabile al seguente indirizzo Internet: [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > Dokumentationen > Berichte > Personalversorgung > Nationaler Versorgungsbericht (non disponibile in italiano)

<sup>4</sup> Il rapporto è consultabile al seguente indirizzo Internet: [www.sbf.ch](http://www.sbf.ch) > Themen > Berufsbildung > Gesundheitsausbildungen > Masterplan Bildung Pflegeberufe (non disponibile in italiano)

Sulla base dei lavori svolti per il masterplan «Formazioni professionali sanitarie» e nel quadro dell'«Iniziativa sul personale qualificato», entro l'autunno del 2016 il Dipartimento federale dell'economia, della formazione e della ricerca (DEFR) e il Dipartimento federale dell'interno (DFI) vaglieranno ulteriori misure, che mirano in particolare a prolungare il periodo di esercizio delle professioni infermieristiche, a facilitare il reclutamento successivo e il reinserimento del personale nel settore, nonché ad aumentare ulteriormente il numero di diplomi conseguiti in cure infermieristiche.

La strategia «Sanità2020» prevede inoltre l'elaborazione di una legge federale sulle professioni sanitarie. Il 18 novembre 2015 il Consiglio federale ha adottato il messaggio concernente la legge federale sulle professioni sanitarie<sup>5</sup>. La legge è intesa a promuovere la qualità delle formazioni nelle nuove professioni sanitarie offerte dalle scuole universitarie professionali e a garantire che le competenze acquisite durante gli studi siano adatte a soddisfare le esigenze del sistema sanitario. Ciò dovrà permettere di promuovere l'attrattiva delle formazioni sanitarie impartite dalle scuole universitarie professionali. Poiché nelle professioni sanitarie sussiste un potenziale di rischio elevato per i pazienti, il disegno prevede un obbligo di autorizzazione per l'esercizio di una professione sanitaria sotto la propria responsabilità professionale, unitamente a condizioni per l'autorizzazione e obblighi professionali ben definiti. L'autorizzazione all'esercizio della professione dovrà essere rilasciata dai Cantoni, cui spetta in particolare il compito di disciplinare il titolo di studio richiesto, gli obblighi professionali e le misure disciplinari. I professionisti della salute operano sotto la propria responsabilità professionale se non sono sottoposti alla vigilanza di uno specialista appartenente allo stesso settore: si tratta per esempio di soggetti che esercitano a titolo indipendente o di dirigenti di strutture sanitarie che si assumono la responsabilità professionale per il corretto esercizio della professione dei loro collaboratori subalterni. Ciò non ha un'influenza diretta sulla possibilità prefigurata dalla presente iniziativa parlamentare di dispensare cure di base a carico dell'assicurazione malattie.

Gli sforzi profusi, cui si accennava poc'anzi, devono essere atti a garantire più personale sanitario qualificato e a promuovere l'attrattiva delle professioni infermieristiche, soddisfacendo così due delle principali richieste contenute nell'iniziativa parlamentare 11.418.

Anche nel quadro della strategia «Sanità2020» occorre promuovere il coordinamento delle cure nell'ottica di migliorarne la qualità, obiettivo che a parere del Consiglio federale non può essere conseguito con la presente iniziativa parlamentare (cfr. n. 2.3).

In tale contesto si sta inoltre concretizzando il programma di promozione «Interprofessionalità nel settore sanitario 2017–2021», approvato dal Consiglio federale il 4 marzo 2016. Questo programma costituisce una delle misure previste dall'«Iniziativa sul personale qualificato (IPQ)» e persegue l'obiettivo di migliorare l'efficienza e la qualità dell'assistenza sanitaria e di prolungare il periodo di esercizio dei professionisti della salute attraverso una maggiore collaborazione interprofessionale, così da arginare il problema della penuria di personale specializzato. Prevede segnata-

<sup>5</sup> FF 2015 7125

mente la promozione di basi scientifiche e di progetti nell'ambito della formazione e dell'esercizio della professione. Tutte queste misure di promozione saranno attuate in stretta collaborazione tra il DFI, il DEFR (Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione e la Segreteria di Stato dell'economia) e le diverse associazioni dei fornitori di prestazioni. L'orientamento strategico del programma garantisce che sarà tenuto conto dei lavori svolti sinora e della ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni.

## 2.2 I fornitori di prestazioni secondo la LAMal vigente

L'attuale LAMal opera una distinzione tra i fornitori di prestazioni che esercitano direttamente a carico dell'AOMS e le persone che dispensano cure in nome e per conto proprio previa prescrizione o indicazione medica:

- secondo l'articolo 35 capoverso 2 LAMal, operano a carico dell'AOMS anche i medici, i chiropratici, le levatrici, gli ospedali, le case per partorienti, le case di cura, gli istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici, le persone dispensanti cure previa prescrizione o indicazione medica e le organizzazioni che le occupano;
- le persone dispensanti cure su prescrizione medica sono elencate all'articolo 46 dell'ordinanza del 27 giugno 1995<sup>6</sup> sull'assicurazione malattie (OAMal): oltre agli infermieri, figurano i fisioterapisti, gli ergoterapisti, i logopedisti e i dietisti. Secondo l'articolo 35 capoverso 2 lettera e LAMal, possono dispensare cure su prescrizione o indicazione medica anche le organizzazioni che occupano persone dispensanti cure previa prescrizione o indicazione medica. I requisiti affinché queste organizzazioni possano esercitare a carico dell'AOMS sono definiti agli articoli 51–52b OAMal. Gli infermieri sono occupati segnatamente nelle organizzazioni di cura e aiuto a domicilio. Analogamente agli ospedali e alle case di cura, in questo caso non sono gli infermieri, bensì le organizzazioni di cura e aiuto a domicilio a figurare come fornitori di prestazioni dell'AOMS.

Nel suo messaggio del 6 novembre 1991<sup>7</sup> concernente la revisione dell'assicurazione malattia, il Consiglio federale si esprime sul sistema e sul ruolo del medico in questi termini: «Queste cure devono innanzitutto essere dispensate, come avviene attualmente, sotto la sorveglianza e la guida del medico, il quale svolge al riguardo una “funzione di cerniera” poiché deve prodigare le cure necessarie in una forma appropriata e ottimale [...]. Egli può e dovrà agire in tal senso collaborando accuratamente con gli altri fornitori di prestazioni. Il chiropratico dovrà procedere allo stesso modo, come già attualmente, per quanto concerne il suo campo d'attività [...]. Le persone che esercitano professioni denominate paramediche, segnatamente coloro che prodigano cure sanitarie extraospedaliere e a domicilio [oggi: cure ambulatoriali e domiciliari], elencate in modo non esauriente nella legge, potranno invece, come attualmente, dispensare cure a carico dell'assicurazione malattia soltanto previa

<sup>6</sup> RS 832.102

<sup>7</sup> FF 1992 I 65 134

prescrizione medica. In questo modo ci si prefigge di coordinare il meglio possibile diagnosi e terapia, ciò che permette di garantire la qualità e l'economicità delle prestazioni e quindi di agire anche nell'interesse degli assicurati e dei pazienti». Le Camere federali hanno adottato la normativa proposta dal Consiglio federale.

Con l'iniziativa parlamentare, in futuro il personale infermieristico dovrà essere autorizzato a fornire a titolo indipendente e senza prescrizione medica le prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento nonché le prestazioni nell'ambito delle cure di base. Per le cure mediche continuerà a essere necessaria la prescrizione medica. Oltre ai medici e ai chiropratici, anche gli infermieri dovranno potere esercitare a titolo indipendente in determinati settori a carico dell'AOMS. Questo nuovo scenario modificherebbe in modo chiaro il sistema vigente previsto dalla LAMal. La funzione cerniera, oggi per la maggior parte ricoperta dai medici, verrebbe trasferita in parte al personale infermieristico, aumentando così in misura consistente il numero di persone che assumono una funzione di coordinamento. Per quantificarne la portata si può fare riferimento alle seguenti cifre: nel 2014 si contavano approssimativamente 30 000 medici titolari dell'autorizzazione all'esercizio della professione (iscritti nel registro delle professioni mediche), 14 000 infermieri (nel settore Spitex, cfr. statistica dell'aiuto e delle cure a domicilio 2014<sup>8</sup>, UST), 18 000 infermieri impiegati in case per anziani e case di cura (cfr. statistica degli stabilimenti medico-sociali 2014<sup>9</sup>, UST) e 85 000 infermieri operanti in ospedali (cfr. statistica ospedaliera 2014<sup>10</sup>, UST).

### 2.3 Coordinamento delle cure: le misure di promozione avviate

I pazienti affetti da più patologie consultano spesso diversi specialisti, che li curano in base alle competenze specialistiche del proprio settore, spesso in modo troppo poco coordinato. Infatti, i trasferimenti (ad es. dal settore stazionario a quello dell'assistenza ambulatoriale a domicilio) non sono gestiti in modo ottimale. In generale, uno scarso coordinamento delle cure può comportare un'assistenza eccessiva, insufficiente o inadeguata, pregiudicandone la qualità. Con il progetto «Managed Care» il Consiglio federale e il Parlamento intendevano migliorare le condizioni quadro per la promozione delle reti di assistenza integrata<sup>11</sup>. Vista la bocciatura del progetto in occasione della votazione popolare del 17 giugno 2012, si tratta ora di

<sup>8</sup> UST, statistica dell'aiuto e delle cure a domicilio 2014 – Dati dettagliati, tabella 11.1. La statistica è consultabile al seguente indirizzo Internet: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Temi > 14 – Gesundheit > Gesundheitsdienste und Personal > Hilfe und Pflege zu Hause > Detaillierte Daten (non disponibile in italiano)

<sup>9</sup> UST, statistica degli stabilimenti medico-sociali, 2014 – Tabella standard provvisoria, tabella 7–A. La statistica è consultabile al seguente indirizzo Internet: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Themen > 14 – Gesundheit > Gesundheitsdienste und Personal > Sozialmedizinische Institutionen > Detaillierte Daten (non disponibile in italiano)

<sup>10</sup> UST, statistica ospedaliera: tabella standard provvisoria 2014, tabella B1. La statistica è consultabile al seguente indirizzo Internet: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Themen > 14 – Gesundheit > Gesundheitsdienste und Personal > Krankenhäuser > Detaillierte Daten (non disponibile in italiano)

<sup>11</sup> FF 2011 6615

vagliare altre strade per migliorare le condizioni quadro necessarie al coordinamento delle cure lungo il percorso di trattamento del paziente.

Un primo passo in questa direzione è rappresentato dal lancio nel 2012 del piano direttore «Medicina di famiglia e medicina di base», che prevedeva tra gli obiettivi quello di rafforzare il ruolo della medicina di famiglia e di quella di base allo scopo di garantire a tutti un'assistenza medica di base di qualità. Dopo la conclusione del piano direttore, e in considerazione del nuovo articolo 117a della Costituzione federale<sup>12</sup> concernente le cure mediche di base, il 6 ottobre 2015 è stato istituito il forum per la medicina di base, che permette a Confederazione e Cantoni di confrontarsi regolarmente con molteplici attori del settore sanitario e definire congiuntamente le priorità per lo sviluppo futuro dell'assistenza sanitaria.

Il piano direttore si prefiggeva inoltre di promuovere nuovi modelli di assistenza basati su una collaborazione efficiente e coordinata. All'inizio del 2016, il Consiglio federale ha dunque lanciato il programma nazionale di ricerca «Assistenza sanitaria», dotato di un budget di 20 milioni di franchi, allo scopo di acquisire informazioni sull'organizzazione del sistema assistenziale e sul ricorso alle cure in Svizzera. Il programma mira principalmente a ottimizzare l'allocazione delle risorse diminuendo il ricorso insufficiente o eccessivo alle prestazioni. Altri aspetti importanti saranno la prevenzione e il trattamento di malattie croniche o di polipatologie. Il programma dovrà infine contribuire a migliorare la disponibilità, la messa in relazione e la comparabilità dei dati clinici.

Anche il programma di promozione «Interprofessionalità nel settore sanitario 2017–2020» (cfr. n. 2.1), cui si accennava poc'anzi, è finalizzato a migliorare il coordinamento delle prestazioni sanitarie per accrescerne la qualità e l'efficienza.

La promozione del coordinamento delle cure acquisisce importanza con l'aumentare del numero di pazienti affetti da malattie croniche o polimorbidity che provocano ingenti costi al sistema sanitario: nei prossimi anni si assisterà a un invecchiamento progressivo della popolazione, il progresso tecnologico aprirà la strada a nuove opzioni terapeutiche e le aspettative di vita (sopravvivenza) per i malati gravi saranno più elevate.

La promozione del coordinamento delle cure costituisce pertanto una delle principali misure della strategia «Sanità2020» (obiettivo 1.1: «Promuovere un'offerta di cure al passo con i tempi»). Questa strategia pone in primo piano le persone e il loro benessere e punta a garantirne e migliorarne la qualità di vita.

Per «coordinamento delle cure» si intende l'insieme dei processi che servono ad accrescere la qualità delle cure dei pazienti lungo l'intero percorso di trattamento e che comprendono, se necessario, anche aspetti legati alla prevenzione. In altri termini, il paziente ha un ruolo di primo piano e l'integrazione e il coordinamento delle cure devono realizzarsi lungo il percorso di trattamento del paziente. Il rafforzamento delle cure coordinate dovrà condurre a un impiego mirato delle risorse umane e infrastrutturali. Già alcuni progetti nel quadro della strategia «Sanità2020» affrontano la questione del coordinamento per alcuni gruppi di pazienti (strategia contro il cancro, strategia sulla demenza, strategia sulle cure palliative, programma sulle

<sup>12</sup> RS 101

malattie rare). Altri progetti prevedono esplicitamente di sostenere il coordinamento dei processi di cura con strumenti di comunicazione appropriati (ricetta medica elettronica, cartella informatizzata del paziente, supporto digitale dei processi di trattamento). Dopo un primo dibattito, condotto nel maggio del 2014 con i Cantoni nel quadro del «Dialogo sulla politica nazionale della sanità», nel gennaio del 2015 si è svolta la seconda conferenza nazionale «Sanità2020», dedicata al tema del coordinamento delle cure. Preliminarmente a questa conferenza, sono stati realizzati studi di base che hanno permesso di definire meglio i gruppi di pazienti con malattie croniche o polimorbidità che provocano ingenti costi al sistema sanitario; è stato inoltre condotto un sondaggio online presso i partecipanti alla conferenza sulle interfacce di maggiore rilievo, sulle possibili misure da intraprendere e sulle sfide attuali. Sulla base di questi lavori, sono stati infine identificati quattro gruppi di pazienti bisognosi di molte cure, che comportano dunque uno sforzo di coordinamento e una necessità di intervento maggiori: persone più anziane e deboli («*frail elderly*»), malati cronici (incl. polimorbidità), malati psichici e malati di cancro.

Allo scopo di promuovere il coordinamento delle cure, i lavori successivi punteranno ora ai tre seguenti obiettivi, tenendo conto dell'attuale ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni e del principio di equivalenza:

- adottare misure per gruppi di pazienti specifici, che usufruiscono di molte e dispendiose prestazioni sanitarie;
- migliorare le condizioni quadro, ad esempio negli ambiti della formazione, della cartella informatizzata del paziente e del finanziamento;
- dare la priorità ad attività e progetti volti a promuovere il coordinamento delle cure perseguito dall'attuale strategia «Sanità2020», ad esempio negli ambiti delle cure palliative, della demenza, della qualità o delle malattie non trasmissibili.

Per conseguire l'auspicata ottimizzazione dei processi lungo l'intero percorso di trattamento, il Consiglio federale giudica queste misure, unitamente a quelle applicate alle professioni sanitarie, più appropriate rispetto a una modifica delle competenze legali in materia di fornitura di prestazioni, come prevede l'adeguamento di legge proposto in questa sede.

## **2.4 Rischio di aumento dei costi e del volume delle prestazioni**

Nell'ambito della procedura di consultazione sul progetto preliminare della CSSS-N concernente l'iniziativa parlamentare, un gran numero di Cantoni e gli assicuratori si sono pronunciati in modo critico in merito all'aumento delle prestazioni fornite e alle ripercussioni sui costi della normativa proposta. Da parte sua il Consiglio federale nutre gli stessi dubbi e ritiene che l'attuazione della modifica di legge comporterebbe notevoli costi supplementari per l'AOMS, che non potranno essere evitati nemmeno con le altre modifiche di legge proposte, ossia la limitazione temporale della nuova disposizione, l'introduzione della libertà di contrarre e l'autorizzazione a seconda del bisogno terapeutico.

Con la normativa proposta verrebbe a cadere, per le cure dispensate sia ambulatorialmente che in case di cura, l'obbligo della prescrizione medica per le prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento nonché per le cure di base. I fornitori di prestazioni in questione potrebbero dunque non solo prescrivere le prestazioni, ma anche fornirle e fatturarle direttamente. Da una prospettiva economica, ciò determinerebbe un aumento del volume delle prestazioni fornite. Si tratta, per esempio, delle prestazioni mediche che non vengono sempre classificate correttamente nell'attuale struttura tariffale TARMED. Una correzione a posteriori di simili incentivi risulta generalmente molto difficile da attuare (cfr. in proposito l'adeguamento della struttura tariffale TARMED nell'ordinanza del 20 giugno 2014<sup>13</sup> sull'adeguamento delle strutture tariffali nell'assicurazione malattie o il messaggio del 18 febbraio 2015<sup>14</sup> concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie [Gestione strategica del settore ambulatoriale]).

### *Cure dispensate in case di cura*

Nelle case di cura, il potenziale di aumento delle prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento nonché le cure di base è pressoché ridotto: l'AOMS versa un contributo giornaliero a seconda del bisogno di cure del paziente, ma indipendentemente dal tipo di prestazioni erogate conformemente alla LAMal. Se, in tal caso, fossero fornite maggiori prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento nonché le cure di base, i costi dell'AOMS per le case di cura non aumenterebbero automaticamente, ma soltanto nel caso in cui fosse valutato un bisogno di cure maggiore. I costi a carico dell'AOMS aumenterebbero dunque soltanto se, conformemente alla normativa proposta, il bisogno di cure fosse valutato in modo diverso, ovvero se gli infermieri riconoscessero al paziente un bisogno di cure più elevato rispetto al caso in cui una tale valutazione richiedesse ancora l'approvazione del medico.

Nel 2014 l'AOMS ha rimborsato prestazioni lorde pari a circa 1,8 miliardi di franchi per cure dispensate in case di cura<sup>15</sup>. Qualora la normativa proposta fosse accolta, l'associazione degli assicuratori malattie svizzeri Santésuisse prevede in questo settore un aumento dei costi nell'ordine di 30 milioni di franchi l'anno<sup>16</sup>, partendo dall'assunto che per il 10 per cento dei pazienti i contributi aumenterebbero di un livello (passando dal livello 6, pari a 54 fr. al giorno, generalmente attribuito alle persone che risiedono in istituti, al livello 7, pari a 63 fr. al giorno). Questi calcoli non tengono conto del previsto aumento dei costi che potrebbe derivare, indipendentemente dalla normativa proposta, dagli sviluppi che interesseranno nei prossimi anni la medicina, l'evoluzione demografica, la società e la politica sanitaria. Secondo il Consiglio federale, questi costi supplementari calcolati da Santésuisse sono considerati realistici. Un simile aumento andrebbe a gravare sull'AOMS e si ripere-

<sup>13</sup> RS 832.102.5

<sup>14</sup> FF 2015 1905

<sup>15</sup> Ufficio federale della sanità pubblica: Statistica dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie 2014, tabella 2.17. La statistica è consultabile al seguente indirizzo Internet: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Krankenversicherung > Statistiken (non disponibile in italiano).

<sup>16</sup> Parere di Santésuisse del 30 giugno 2015, lett. C.

cuoterebbe dunque negativamente sull'evoluzione dei premi. Inoltre, potrebbero risultare ulteriori costi per i pazienti (spese sanitarie non coperte dalle assicurazioni sociali, al massimo il 20 % dei contributi per le cure più elevati fissati dal Consiglio federale), e in particolare per i Cantoni quali autorità competenti per il finanziamento residuo.

Non è possibile stabilire con certezza se la modifica di legge proposta comporterà di fatto le suddette conseguenze economiche, benché il Consiglio federale lo ritenga plausibile. In merito alle case di cura, l'UFSP pubblica sia un monitoraggio dei costi per ciascun assicuratore<sup>17</sup>, sia le cifre chiave relative agli aspetti legati all'assistenza e alle finanze<sup>18</sup>. Un'eventuale introduzione della modifica di legge proposta comporterebbe, in un futuro prossimo nel settore delle case di cura, un significativo aumento in termini di costi e di personale.

### *Cure dispensate ambulatorialmente*

Il contributo corrisposto dall'AOMS per le prestazioni dispensate da persone che esercitano a titolo indipendente e da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio che occupano personale infermieristico è calcolato in ragione delle ore impiegate. Da una prospettiva economica, questi fornitori di prestazioni sono fortemente incentivati a erogare il maggior numero possibile di prestazioni, dal momento che quanto maggiore è il numero di ore impiegate per prestazioni di cure di base e per quelle riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento, tanto maggiore è l'aumento dei costi dell'AOMS e del finanziamento residuo, che deve essere disciplinato a livello cantonale. In tal senso, si presume che agli infermieri esercitanti a titolo indipendente e alle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio si apriranno nuove possibilità: su richiesta del paziente che a suo parere necessita di assistenza, uno specialista valuta il reale bisogno di cure e, a seconda del caso, fornisce egli stesso la prestazione. Se gli infermieri hanno accesso diretto al paziente, spetta allo specialista che formula la diagnosi infermieristica decidere sulla necessità di intervento e, nel quadro delle prestazioni definite nell'OPre, stabilire il tipo e la portata delle prestazioni da fornire, senza dovere obbligatoriamente consultare un medico. Il monitoraggio dei costi da parte dell'UFSP comprende le strutture Spitex (organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio), ma non gli infermieri esercitanti a titolo indipendente; pertanto, in caso di accoglimento delle modifiche di legge, in questo settore non potranno essere determinate interamente le conseguenti ripercussioni sui costi dell'AOMS.

Oggi le fatture degli infermieri esercitanti a titolo indipendente sono prevalentemente sottoposte a controlli a campione. Se il personale infermieristico dispensasse cure in modo discrezionale, senza consultare un medico, questo tipo di controllo potrebbe non essere sufficiente per contrastare tempestivamente eventuali conseguenze inde-

<sup>17</sup> Per il monitoraggio dell'evoluzione dei costi dell'assicurazione malattie, consultare il seguente indirizzo Internet: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Temi > Assicurazione malattie > Statistiche > Graph. Darstellungen > Kostenmonitoring (non disponibile in italiano).

<sup>18</sup> Per le cifre chiave relative alle case di cura, consultare il seguente indirizzo Internet: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Krankenversicherung > Statistiken > Pflegeheime (non disponibile in italiano).

siderate. Almeno in tale ambito sarebbe opportuno cambiare la prassi di controllo seguita dagli assicuratori.

Nel 2014 l'AOMS ha rimborsato prestazioni lorde per circa 736 milioni di franchi per le cure dispensate a domicilio da infermieri esercitanti a titolo indipendente o da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio che occupano personale infermieristico<sup>19</sup>.

Dalla statistica concernente l'aiuto e le cure a domicilio allestita dall'Ufficio federale di statistica emergono i seguenti dati: nel 2014, 225 660 pazienti hanno usufruito di cure a domicilio e ambulatoriali per un totale di 12 639 887 ore fatturate a carico dell'AOMS<sup>20</sup>. In altri termini, in media nazionale, sono state fornite:

- cure di base, cure mediche o prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento per un totale di 56 ore a paziente<sup>21</sup>; e
- cure a domicilio e ambulatoriali a 28 pazienti su 1000 abitanti<sup>22</sup>.

Il 60 per cento delle ore fatturate a carico dell'AOMS riguardava le cure di base, il 7 per cento le prestazioni in materia di valutazione, consigli e coordinamento<sup>23</sup>. L'AOMS versa un contributo di 55 franchi l'ora per le cure di base e un contributo di 80 franchi per le prestazioni riguardanti la valutazione, i consigli e il coordinamento. Per ciascun paziente che necessita delle suddette cure, l'AOMS versa mediamente un contributo annuo di appena 2200 franchi (60 % \* 56 ore \* 55 fr. + 7 % \* 56 ore \* 80 fr.). Il contributo massimo alle cure corrisposto dall'assicurato rimane invariato. Spetta ai Cantoni disciplinare il finanziamento residuo, che deve coprire circa il 30 per cento dei costi assunti dall'AOMS (ca. 660 fr. per paziente)<sup>24</sup>. Partendo dal presupposto che il numero dei pazienti che usufruiscono di prestazioni Spitex aumenti del 10 per cento, vista la possibilità di consultare direttamente un infermiere, l'AOMS dovrebbe assumersi addizionalmente circa 50 milioni di franchi (2200 fr. \* 225 660 pazienti \* 10 %) e i Cantoni circa 15 milioni di franchi (660 fr. \* 225 660 \* 10 % o 30 % \* 50 mio. fr.). Santésuisse prevede invece per il settore ambulatoriale un aumento dei costi annuo tra i 20 e i 100 milioni di franchi, partendo dal presupposto che una parte compresa tra i 2/3 e i 3/4 circa delle prestazioni lorde dell'AOMS (671 mio. fr. nel 2013) nel settore delle cure a domicilio è rappresentata da cure di base e da prestazioni in materia di valutazione, consigli e coordinamento e che, nell'ambito della fatturazione di queste prestazioni senza prescrizione medica, si debba prevedere un aumento dei costi tra il 5 e il 20 per cento (2/3 \* 671 mio. fr. \* 5 % = 22 mio. fr.; 3/4 \* 671 mio. fr. \* 20 % = 101 mio. fr.). In base alle cifre relative al 2014 (AOMS/prestazioni lorde di 736 mio. fr.) e adottando la

<sup>19</sup> Ufficio federale della sanità pubblica: Statistica dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie 2014, tabella 2.17. La statistica è consultabile al seguente indirizzo Internet: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) > Themen > Krankenversicherung > Statistiken (non disponibile in italiano)

<sup>20</sup> UST, Statistica dell'aiuto e delle cure a domicilio 2014, tabella 12.1. La statistica è consultabile al seguente indirizzo Internet: [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Themen > 14 – Gesundheit > Gesundheitsdienste und Personal > Hilfe und Pflege zu Hause (non disponibile in italiano)

<sup>21</sup> UST, Statistica dell'aiuto e delle cure a domicilio 2014, tabella 7.7.

<sup>22</sup> UST, Statistica dell'aiuto e delle cure a domicilio 2014, tabella 7.9.

<sup>23</sup> UST, Statistica dell'aiuto e delle cure a domicilio 2014, tabella 12.1.

<sup>24</sup> UST, Statistica dell'aiuto e delle cure a domicilio 2014, tabella 15.2.

stessa modalità di calcolo risultano costi supplementari compresi tra i 25 e i 110 milioni di franchi. Anche questi calcoli non tengono conto del previsto aumento dei costi che potrebbe derivare, indipendentemente dalla normativa proposta, dagli sviluppi che interesseranno nei prossimi anni la medicina, l'evoluzione demografica, la società e la politica sanitaria<sup>25</sup>.

Oltre il 58 per cento delle ore destinate alle cure a domicilio o dispensate ambulatorialmente è fornito a persone d'età superiore agli 80 anni, il 24 per cento a persone d'età compresa tra i 65 e gli 80 anni<sup>26</sup>. L'aumento di persone bisognose di cure, conseguente alla crescita demografica, comporterà un'importante sfida per la sostenibilità finanziaria dell'AOMS e per le economie domestiche, anche qualora il volume delle prestazioni non aumentasse in base all'offerta. Considerato che gran parte dei Cantoni fonda la propria strategia per le cure di lunga durata sul principio volto a privilegiare le prestazioni ambulatoriali a quelle stazionarie<sup>27</sup>, è lecito pensare che in futuro il fabbisogno in materia di cure di base a domicilio crescerà ulteriormente. Le supposizioni formulate potrebbero essere troppo ottimiste e l'aumento dei costi stimato rivelarsi nettamente più elevato.

Occorre infine menzionare che la normativa proposta presenta sicuramente anche un potenziale di risparmio finanziario derivante dall'eliminazione di doppioni. Nel rispetto delle disposizioni legali, il Consiglio federale è dunque favorevole alla possibilità di semplificare le procedure amministrative allo scopo di ridurre gli oneri per il personale infermieristico.

## 2.5 Effetto pregiudizievole

Bisogna considerare che, qualora la modifica di legge proposta venisse accolta, anche altre professioni paramediche, come per esempio i fisioterapisti, gli ergoterapisti o i logopedisti, potrebbero avanzare le stesse pretese. A questa conclusione sono giunti anche diversi gruppi di interesse nel quadro della procedura di consultazione (ad es. Santésuisse) Ciò potrebbe produrre quale conseguenza negativa un aumento inarrestabile e difficilmente controllabile delle prestazioni fornite.

## 2.6 Rifiuto della libertà parziale di contrarre

Una delle misure di accompagnamento previste dal progetto preliminare per limitare gli effetti sul volume delle prestazioni fornite e di conseguenza sui premi consiste nell'esigere dagli infermieri che intendono fatturare direttamente le loro prestazioni la conclusione di contratti con uno o più assicuratori (art. 40a del progetto preliminare). Questa disposizione creerebbe un rottura con il sistema attuale, che impone

<sup>25</sup> Parere di Santésuisse del 30 giugno 2015, lett. C.

<sup>26</sup> UST, statistica dell'aiuto e delle cure a domicilio 2014, tabella 12.1.

<sup>27</sup> L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan): rapporto 69 «Soins de longue durée dans les cantons: un même défi, différentes solutions» (2016), [www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_69\\_rapport\\_0.pdf](http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_69_rapport_0.pdf) (non disponibile in italiano).

agli assicuratori l'obbligo di stipulare un contratto e prevede che siano ammessi i fornitori di prestazioni che adempiono le condizioni di autorizzazione di cui agli articoli 36–40 LAMal. Il Consiglio federale è molto scettico sul fatto di sopprimere, in questo caso parzialmente, l'obbligo di contrarre. Il 29 maggio 2013 ha ribadito chiaramente la sua posizione proponendo di respingere la mozione Stahl 13.3265 «Blocco delle autorizzazioni per medici. Controproposta». Tra l'altro, la soppressione dell'obbligo di contrarre è già stata più volte bocciata dal Parlamento: in particolare ha respinto la mozione Forster-Vannini 08.3929 «Sostituzione del blocco delle autorizzazioni con una soluzione liberale e adeguata alla prassi» e la mozione Gutzwiler 12.3638 «LAMal. Introdurre la libertà di contrarre», non è entrato in materia sul progetto del Consiglio federale relativo alla libertà di contrarre<sup>28</sup> e il 2 marzo 2016 ha respinto la mozione Stahl 13.3265 «Blocco delle autorizzazioni per medici. Controproposta». Il timore che la possibilità per gli assicuratori di selezionare i fornitori di prestazioni che possono esercitare a carico dell'AOMS possa sopprimere la libertà di scelta del fornitore di prestazioni è stato uno dei motivi principali che ha indotto il Popolo a respingere, il 17 giugno 2012, il progetto Managed Care<sup>29</sup>. In vista dell'elaborazione di una soluzione applicabile a lungo termine che subentri all'articolo 55a LAMal in vigore sino al 30 giugno 2016, il Consiglio federale ha organizzato delle tavole rotonde (il 2 settembre 2013 e l'11 febbraio 2014) con i principali partner interessati allo scopo di vagliare diverse possibilità. Questi dibattiti hanno confermato il fatto che la libertà di contrarre, nelle sue diverse forme, non è una soluzione capace di raccogliere un consenso maggioritario. Si rammenta infine che la questione è attualmente al vaglio del Parlamento. Infatti, i dibattiti seguiti alla bocciatura da parte del Parlamento, il 18 dicembre 2015, del progetto di revisione della LAMal relativo alla gestione strategica del settore ambulatoriale, presentato nel messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie<sup>30</sup>, impongono al Consiglio federale di esaminare diversi scenari. Nel rapporto richiesto dal postulato 16.3000 della CSSS-S «Alternative all'attuale gestione strategica delle autorizzazioni per i medici», il Consiglio federale è stato incaricato di «studiare la possibilità di consentire agli assicuratori di non concludere contratti con singoli fornitori di prestazioni appartenenti a categorie in cui il numero di fornitori autorizzati sia superiore al limite stabilito dal Consiglio federale». Tenuto conto dei prossimi dibattiti e dei possibili sviluppi in questo ambito, il Consiglio federale non ritiene opportuno adattare la normativa per una sola professione sanitaria, ma preferisce optare per un esame esaustivo e circostanziato di tale possibilità, includendovi anche la situazione specifica degli infermieri.

## 2.7 **Conseguenze dell'autorizzazione secondo il bisogno (con validità limitata)**

Conformemente all'articolo 55a LAMal, sino al 30 giugno 2016 il Consiglio federale può subordinare all'esistenza di un bisogno l'autorizzazione dei medici a esercitare a carico dell'AOMS presso studi medici, strutture sanitarie o nel settore ambulatorio.

28 FF 2004 3837

29 FF 2011 6615

30 FF 2015 1905

riale degli ospedali. Secondo il presente progetto di modifica della LAMal, questa limitazione dell'autorizzazione dovrà essere ora estesa anche agli infermieri che esercitano a titolo dipendente o indipendente e agli infermieri che esercitano in un'organizzazione di cui all'articolo 35 capoverso 2 lettera d<sup>bis</sup> LAMal (progetto preliminare) o nel settore ambulatoriale degli ospedali di cui all'articolo 39 LAMal. La proposta di una tale estensione sembra rientrare in una certa logica, poiché permetterebbe di contenere i costi anche nel settore delle cure prestate a titolo indipendente. Come menzionato poc'anzi, la limitazione dell'autorizzazione è tuttavia limitata e, in caso di insuccesso dell'iniziativa parlamentare della CSSS-N 16.401 «Proroga dell'articolo 55a LAMal», il 1° luglio 2016 decadrebbe la misura di accompagnamento volta a limitare l'aumento del volume delle prestazioni fornite.

### 3 Proposta del Consiglio federale

Il Consiglio federale è consapevole di quanto sia importante il personale infermieristico per il corretto funzionamento del sistema sanitario. Allo scopo di garantire un numero sufficiente di infermieri qualificati e di accrescere l'attrattiva delle professioni infermieristiche, sono state già intraprese diverse misure nel quadro del masterplan «Formazioni professionali sanitarie», del disegno della legge federale sulle professioni sanitarie e delle attività di promozione dell'interprofessionalità. Il Consiglio federale non ritiene opportuno permettere a ulteriori categorie professionali di esercitare direttamente a carico dell'AOMS, senza presentare soluzioni per un migliore coordinamento e una gestione a lungo termine. Con l'iniziativa parlamentare, il Consiglio federale teme in particolare che i costi dell'AOMS possano aumentare malgrado l'adozione di misure di accompagnamento. La strategia «Sanità2020» del Consiglio federale mira invece a eliminare i falsi incentivi all'aumento delle prestazioni fornite e a promuovere nuovi modelli di assistenza che ottimizzino la qualità delle cure lungo tutto il percorso di trattamento.

Il Consiglio federale chiede pertanto al Parlamento di non entrare in materia sulla modifica della LAMal proposta dalla CSSS-N nel quadro dell'iniziativa parlamentare 11.418 «Maggiore autonomia per il personale sanitario» e di respingerla a titolo sussidiario. Anche la proposta di minoranza relativa agli articoli 25a capoverso 2 e 33 capoverso 1<sup>bis</sup> LAMal, che chiede che le prestazioni di cure acute e transitorie siano prescritte congiuntamente da medici e infermieri, non influisce sulla posizione generale del Consiglio federale. In particolare, non è definita la procedura per giungere a una prescrizione congiunta e non è chiaro come procedere in caso di divergenze di pareri tra medico e infermiere.