

10.431

**Iniziativa parlamentare**  
**Chi abusa di alcol o droghe deve pagare di tasca propria la permanenza in una cella «anti-sbornia» o il ricovero in ospedale**

**Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale**

del 17 aprile 2015

---

Onorevoli colleghi,

con il presente rapporto vi sottoponiamo il progetto di modifica della legge federale del 18 marzo 1994<sup>1</sup> sull'assicurazione malattie, che trasmettiamo nel contempo per parere al Consiglio federale.

La Commissione vi propone di approvare il progetto di legge allegato.

17 aprile 2015

In nome della Commissione:

Il presidente, Guy Parmelin

<sup>1</sup> RS 832.10

# Rapporto

## 1 Genesi del progetto

L'iniziativa parlamentare «Chi abusa di alcol o droghe deve pagare di tasca propria la permanenza in una cella «anti-sbornia» o il ricovero in ospedale» (10.431), presentata il 19 marzo 2010 dal consigliere nazionale Toni Bortoluzzi (UDC, ZH), chiede una riforma della legge federale del 18 marzo 1994<sup>2</sup> sull'assicurazione malattie (LAMal) ed eventualmente anche della legislazione in materia, affinché le prestazioni mediche d'urgenza erogate in caso di abuso di alcol o droghe siano interamente a carico del paziente o del suo rappresentante legale. L'iniziativa parlamentare chiede anche che i diretti interessati o i loro rappresentanti legali si assumano le eventuali spese di permanenza nelle celle «anti-sbornia».

La Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha esaminato l'iniziativa parlamentare durante le sedute del 18 febbraio 2011 e del 13 maggio 2011 e ha deciso di darle seguito con 14 voti contro 11 e un'astensione. La Commissione omologa del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha approvato la decisione della CSSS-N con 7 voti contro 2 durante la seduta del 24 gennaio 2012.

Riunitasi il 29 febbraio 2012, la CSSS-N ha incaricato la sua sottocommissione «LAMal»<sup>3</sup> di elaborare un progetto per attuare l'iniziativa parlamentare. La sottocommissione ha consultato i periti dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e durante la prima seduta, tenutasi il 2 luglio 2012, ha deciso di condurre indagini conoscitive ad ampio raggio sulle richieste dell'iniziativa. Il 10 ottobre 2012 ha sentito i responsabili di vari enti ospedalieri (in particolare dei reparti di pronto soccorso), della Commissione federale per i problemi inerenti all'alcol, dei servizi sanitari cittadini e del dipartimento di polizia della città di Zurigo, nonché dell'organizzazione Dipendenze Svizzera. Ha inoltre consultato i vari rapporti allestiti in precedenza dall'Amministrazione.

Durante la seduta del 27 febbraio 2013 la sottocommissione ha concordato un progetto preliminare da presentare alla CSSS-N nel quale è disciplinato unicamente il consumo eccessivo di alcol.

Il 15 agosto 2013 la Commissione ha respinto con 13 voti contro 11 la proposta di adottare le misure esclusivamente nell'ambito di un progetto pilota e, con 14 voti contro 9 e un'astensione, è entrata in materia sul progetto preliminare della sottocommissione.

Il 24 ottobre 2013 la CSSS-N ha discusso il progetto preliminare sottopostole dalla sottocommissione e l'ha approvato nella votazione sul complesso con 16 voti contro 8; ha inoltre incaricato la segreteria della Commissione di redigere insieme all'Amministrazione il rapporto esplicativo. Contemporaneamente ha depositato un postulato (13.4007) concernente le spese di permanenza in una cella «anti-sbornia».

Il 27 giugno 2014 la Commissione ha infine deciso senza voti contrari di avviare la procedura di consultazione sul progetto, che si è conclusa il 31 ottobre 2014. Nella

<sup>2</sup> RS 832.10

<sup>3</sup> *Humbel*, Bortoluzzi, Carobbio Guscetti, Cassis, Fehr Jacqueline, Frehner, Gilli, Moret, Schmid-Federer, Stahl, Steiert.

seduta del 17 aprile 2015 la CSMN ha discusso i risultati della consultazione<sup>4</sup> e ha deciso con 13 voti contro 11 e un'astensione di sottoporre con il presente rapporto il progetto di legge invariato al Consiglio nazionale e al Consiglio federale.

## **2 Punti essenziali del progetto**

### **2.1 Situazione iniziale e obiettivi**

Le bevande alcoliche sono beni di consumo e come tali fanno parte della cultura enogastronomica della società svizzera. Di conseguenza la maggior parte della popolazione consuma alcol (cfr. n. 2.2.1), prevalentemente in modo responsabile e soprattutto per il piacere che ne può trarre. Tuttavia, per una parte della popolazione il consumo di alcol costituisce un problema tanto di salute quanto di natura sociale.

Il consumo di alcol è definito problematico quando chi beve mette in pericolo la propria salute o quella di terzi e accetta l'eventualità di causare danni o addirittura li provoca. In linea di massima la tendenza riguarda tutte le fasce d'età.

Negli ultimi anni i fenomeni del coma etilico e del «binge drinking» (bere fino a raggiungere l'ebbrezza) sono stati oggetto di dibattito pubblico. Tali fenomeni si estrinsecano nell'assunzione di elevate quantità di alcol in singole occasioni e in un breve lasso di tempo (cfr. n. 2.2.2). L'opinione pubblica nutre un forte senso di disagio di fronte a questo eccessivo consumo di alcol che esercita una certa attrattiva sui giovani e di conseguenza è diffuso. A essere fonte di disagio e incomprensione sono in particolar modo gli effetti collaterali delle sbornie di gruppo, spesso organizzate in luoghi pubblici. Si tratta sostanzialmente di baccano, abbandono di rifiuti, ingiurie e risse che accendono le discussioni pubbliche incentrate sulla diffusione del «binge drinking» tra adolescenti e giovani.

Se il consumo eccessivo di alcol provoca inevitabilmente danni alla salute, il «binge drinking» è considerato un comportamento ad alto rischio. Senza contare che i giovani hanno una ridotta capacità di metabolizzazione rispetto agli adulti, in quanto i loro organi sono ancora in fase di sviluppo e pertanto più sensibili agli effetti dell'alcol<sup>5</sup>.

Il «binge drinking» è stato perciò oggetto di svariati interventi parlamentari (cfr. in particolare le mozioni Stahl 07.3202 e Humbel 08.3201).

La presente revisione della LAMal tiene conto di queste e altre richieste. Coloro che praticano il «binge drinking» sono chiamati a rispondere finanziariamente del proprio rapporto problematico con l'alcol. Le spese delle prestazioni mediche necessarie devono essere sostenute interamente dal diretto interessato. La Commissione spera in primo luogo in un rafforzamento del senso di responsabilità individuale. Nella migliore delle ipotesi il progetto produrrà anche un effetto deterrente generale a vantaggio di un consumo responsabile di alcol.

<sup>4</sup> Cfr. rapporto del 17 aprile 2015 sui risultati della procedura di consultazione e singoli pareri: [www.parlament.ch/i/dokumentation/berichte/vernehmlassungen/10-431/Pagine/default.aspx](http://www.parlament.ch/i/dokumentation/berichte/vernehmlassungen/10-431/Pagine/default.aspx).

<sup>5</sup> Cfr. messaggio concernente la revisione totale della legge del 25 gennaio 2012 sull'alcool (FF 2012 1043, in particolare 1067).

## 2.2 Situazione attuale

### 2.2.1 Consumo di alcol in Svizzera

In Svizzera si consumano regolarmente bevande alcoliche. Sulla base dei rilevamenti effettuati nel 2012 nell'ambito del monitoraggio delle dipendenze in Svizzera<sup>6</sup> è possibile tracciare la seguente situazione: nella popolazione di età superiore ai quindici anni, nove persone su dieci dichiarano di aver assunto alcol almeno occasionalmente (88,3 %). Il 10,3 per cento della popolazione, ossia circa una persona su dieci, riferisce di aver consumato bevande alcoliche tutti i giorni, il 45,3 per cento più volte alla settimana e un terzo (32,5 %) meno di una volta alla settimana. Circa una persona su dieci ha smesso di assumere alcolici o non li ha ancora mai assunti (11,8 %).

I sondaggi condotti nell'ambito del monitoraggio rivelano che gli uomini ingeriscono generalmente quantità più elevate di alcol delle donne (risp. 92,4 % e 84,3 %) e con maggiore frequenza ogni giorno (risp. 14,4 % e 6,5 %); il consumo giornaliero ha subito un lieve aumento rispetto all'anno precedente. Il consumo giornaliero cresce con l'aumentare dell'età, passando dall'1,0 per cento nei giovani tra i 15 e i 19 anni al 26,4 per cento nelle persone di età superiore ai 75. Il consumo giornaliero di alcol è più diffuso nella Svizzera italiana (21,8 %) che nella Svizzera tedesca (8,1 %) e francese (15,4 %), tuttavia la regione vanta anche la percentuale di astemi più elevata (il 21,1 % contro il 9,7 % della Svizzera tedesca e il 16,3 % della Svizzera francese).

Il minore consumo giornaliero di alcol si registra nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni. Tuttavia, in questa fascia di età quando si assumono bevande alcoliche si è disposti a eccedere con maggiore facilità. Stando all'indagine rappresentativa sulla salute degli allievi HBSC<sup>7</sup> condotta nel 2010, il consumo di alcol tra gli adolescenti è diffuso: circa un quindicenne su due e una coetanea su tre assume almeno una volta al mese bevande alcoliche. Il consumo è settimanale tra il 27 per cento dei ragazzi di quindici anni e il 13 per cento delle coetanee. Tra le persone di 11 anni coinvolte nell'indagine, circa il 20 per cento ha già assunto alcol nella sua vita, mentre tra le persone di 15 anni la quota è pari al 72 per cento. Sempre nell'ambito dell'indagine, il 2 per cento degli undicenni e il 20 per cento dei quindicenni hanno dichiarato di bere tutte le settimane<sup>8</sup>.

<sup>6</sup> Il monitoraggio delle dipendenze in Svizzera è un sistema di sorveglianza epidemiologica messo a punto su incarico dell'UFSP. Il progetto mira a raccogliere e diffondere i dati concernenti il rapporto della popolazione domiciliata in Svizzera con le sostanze psicoattive (tabacco, alcol, droghe illegali, medicinali) nonché i rischi connessi al loro consumo (dipendenze, danni alla salute, problemi di natura psicosociale). Dall'inizio del 2011 ogni anno vengono intervistate 11 000 persone domiciliata in Svizzera (dall'età di 15 anni in poi) ([www.suchtmontoring.ch](http://www.suchtmontoring.ch)).

<sup>7</sup> L'indagine Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) è condotta su giovani in età scolare (dagli 11 ai 15 anni). Lo studio è svolto sotto l'egida dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS – Ufficio regionale per l'Europa) e le rilevazioni vengono effettuate ogni quattro anni. La Svizzera partecipa alle indagini dal 1986 ed è rappresentata dall'associazione Dipendenze Svizzera (l'ex Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie – [www.hbsc.ch](http://www.hbsc.ch)).

<sup>8</sup> Windlin, B., Kuntsche, E. & Delgrande Jordan, M. (2011). Konsum psychoaktiver Substanzen Jugendlicher in der Schweiz – Zeitliche Entwicklungen und aktueller Stand. Resultate der internationalen Studie «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC) (Forschungsbericht Nr. 58, revidierte und aktualisierte Fassung). Losanna: Sucht Info Schweiz.

Il monitoraggio delle dipendenze effettuato nel 2012 mostra che in linea di massima si ha la tendenza a consumare più alcol durante il fine settimana, indipendentemente dal genere, dalla regione linguistica o dall'età. In conclusione va rilevato che le persone più giovani bevono principalmente durante il fine settimana e in maniera smodata. Con l'aumentare dell'età il consumo diventa più regolare e le quantità assunte diminuiscono.

### 2.2.2 «Binge drinking»

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) è possibile individuare varie categorie a rischio in relazione al consumo di alcol. Per quanto riguarda i modelli di consumo a rischio va fatta una distinzione tra consumo cronico a rischio e consumo occasionale a rischio (il noto «binge drinking»). Con il termine «binge drinking» si intende l'assunzione di quantità eccessive di alcol in singole occasioni con conseguenti disturbi a livello fisico e psichico. Secondo gli standard riconosciuti a livello internazionale è definito «binge drinking» il consumo in singole occasioni di cinque o più bevande alcoliche per l'uomo e di quattro o più per la donna<sup>9</sup>.

Mentre il modello di consumo degli adulti è essenzialmente di tipo cronico a rischio, tra i giovani prevale il «binge drinking»: stando ai risultati relativi al 2012 del monitoraggio delle dipendenze in Svizzera il 28 per cento della popolazione nella fascia di età compresa tra i 15 e i 19 anni e il 42 per cento nella fascia tra i 20 e i 24 anni bevono fino a raggiungere l'ebbrezza almeno una volta al mese. Il «binge drinking» ha subito un leggero aumento rispetto al 2011<sup>10</sup>.

In linea generale nel 2012 il consumo a rischio è aumentato rispetto all'anno precedente tanto tra gli uomini quanto tra le donne. L'incremento è stato riscontrato soprattutto nelle fasce di età comprese tra i 15 e i 19 anni e tra i 20 e i 24 anni ed è da ricondurre principalmente all'aumento del «binge drinking»<sup>11</sup>. Tale modello è ancora molto diffuso tra i consumatori fino ai 34 anni (32 % almeno una volta al mese, 15 % almeno una volta alla settimana), solo a partire dai 35 anni la quota delle persone che bevono fino a eccedere almeno una volta al mese scende al 18 per cento circa.

Il fatto che il consumo eccessivo di alcol sia diffuso già tra adolescenti e giovani è confermato anche dall'indagine del 2010 sulla salute degli allievi (HSBC) summenzionata. Alla domanda «Quante volte hai bevuto fino a raggiungere l'ebbrezza?» il 3 per cento degli undicenni, il 13 per cento dei tredicenni e il 40 per cento dei quindicenni hanno risposto di averlo fatto almeno una volta nella loro vita; il 24 per cento dei quindicenni intervistati ha risposto «più di una volta»<sup>12</sup>.

<sup>9</sup> Gmel G., Kuendig H., Notari L., Gmel C., Flury R. (2013). Suchtmonitoring Schweiz - Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2012. Dipendenze Svizzera, Losanna, pag. 15.

<sup>10</sup> Op. cit., pag. 16.

<sup>11</sup> Op. cit., pag. 19.

<sup>12</sup> Windlin, B., Kuntsche, E. & Delgrande Jordan, M. (2011), pag. 3.

L'Indagine sulla salute in Svizzera 2012<sup>13</sup> condotta dalla Confederazione ha prodotto risultati analoghi: complessivamente l'11 per cento della popolazione beve fino a raggiungere l'ebbrezza almeno una volta al mese. Secondo l'indagine il fenomeno del «binge drinking» riguarda soprattutto gli uomini: il 15 per cento lo pratica con frequenza mensile e il 2 per cento con frequenza settimanale (contro il 5 % e l'1 % delle donne). Inoltre, la maggiore diffusione della pratica si ha tra gli adolescenti e i giovani di sesso maschile tra i 15 e i 24 anni, di cui il 7 per cento riferisce di consumare alcolici con frequenza settimanale e il 28 per cento con frequenza mensile<sup>14</sup>.

Oltre ad arrecare danni alla propria salute e alla società, chi pratica il «binge drinking», e a seguito del consumo eccessivo di alcol ha bisogno di assistenza medica, genera costi che devono essere coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Oggi queste spese mediche sono assunte dalla comunità degli assicurati. In questo modo si rischia di compromettere il principio di assicurazione su cui si fonda l'AOMS nonché la solidarietà tra gli assicurati.

### 2.2.3 La situazione negli ospedali

Il monitoraggio delle dipendenze in Svizzera e l'indagine HBSC tra gli allievi forniscono informazioni sugli sviluppi attuali del «binge drinking», mentre la statistica medica degli ospedali<sup>15</sup> permette di determinare il numero di persone che hanno dovuto essere curate in un ospedale svizzero a causa di un'intossicazione da alcol.

Secondo uno studio<sup>16</sup> della fondazione Dipendenze Svizzera del marzo 2013 in cui sono state analizzate le statistiche mediche degli ospedali, nel 2010 circa 1200 adolescenti e giovani tra i 10 e i 23 anni sono stati ricoverati in un ospedale svizzero a causa di un'intossicazione da alcol. Nel complesso nel 2010 sono state curate in un ospedale circa 27 000 persone in base a una diagnosi emessa in seguito a problemi di alcol, tra cui anche 314 ragazzi in età compresa tra i dieci e i quindici anni. Nel

<sup>13</sup> L'Indagine sulla salute in Svizzera (ISS) è parte integrante del programma pluriennale delle statistiche federali e si svolge ogni cinque anni. All'indagine partecipa la popolazione residente permanente di 15 anni e più che vive in economie domestiche private. I dati raccolti riguardano soprattutto lo stato di salute e i comportamenti che lo influenzano ([www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)).

<sup>14</sup> L'Indagine sulla salute in Svizzera del 2012, Panoramica, UST, Neuchâtel 2013, pag. 20 seg. (Consumo di alcol). Si deve tenere conto del fatto che nell'ambito di questa indagine si fa riferimento a una definizione di «binge drinking» leggermente diversa rispetto a quella impiegata nel quadro del monitoraggio delle dipendenze in Svizzera. In questo contesto, infatti, con il termine «binge drinking» si intende l'assunzione di sei o più unità standard di alcol in una singola occasione (indipendentemente dal genere).

<sup>15</sup> La statistica medica degli ospedali riporta ogni anno i dati di tutti i ricoveri negli ospedali svizzeri. Questo rilevamento è svolto da ogni ospedale e da ogni clinica. L'Ufficio federale di statistica (UFS) rileva sia informazioni di tipo sociodemografico dei pazienti, cioè età, sesso e regione di residenza, sia dati amministrativi quali tipo di assicurazione o luogo di soggiorno prima del ricovero, come pure informazioni mediche quali diagnosi e trattamenti ([www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)).

<sup>16</sup> Wicki, M. (2013): Hospitalisierungen aufgrund von Alkohol-Intoxikation oder Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und Erwachsenen – Eine Analyse der Schweizerischen «Medizinischen Statistik der Krankenhäuser» 2001–2010 (Forschungsbericht Nr. 62), Losanna: fondazione Dipendenze Svizzera.

2010, ogni settimana, in media 34 adolescenti o giovani adulti (tra i 10 e i 23 anni) hanno dovuto essere ricoverati in base alla stessa diagnosi<sup>17</sup>.

Lo studio rivela inoltre che nella fascia di età tra i 10 e i 23 anni i ricoveri a causa di un'intossicazione da alcol nel 2010 sono aumentati del 73 per cento rispetto al 2003. Nel 2009 e nel 2010 il tasso è leggermente diminuito e ha raggiunto quello del 2007. Secondo lo studio, tuttavia, i livelli sono rimasti nel complesso talmente alti da causare preoccupazione, anche perché il consumo eccessivo di alcol, oltre a sintomi di avvelenamento quali lacune mnemoniche, forti nausea, disturbi circolatori e coma, comporta un netto aumento dei comportamenti aggressivi e del rischio di incidenti e lesioni.

## **2.2.4 Permanenza in celle «anti-sbornia»**

La città di Zurigo affronta il fenomeno del consumo eccessivo di alcol e delle relative conseguenze allestendo un centro per smaltire la sbornia (Zentrale Ausnüchterungsstelle, ZAS), un progetto pilota gestito in comune dalla polizia municipale e dai servizi municipali della sanità. Le persone ubriache che in luoghi pubblici mettono in pericolo se stesse, altre persone, cose o animali, sono prese in custodia dalla polizia, poste sotto sorveglianza medica e curate fino allo smaltimento della sbornia allo scopo di evitare di affollare le stazioni di pronto soccorso degli ospedali.

In virtù della legislazione cantonale in materia di polizia, i costi di sicurezza causati in questo modo vengono addossati alla clientela sotto forma di emolumenti forfettari (che possono ammontare fino a 600 franchi, in funzione della durata della permanenza nella ZAS). Le prestazioni mediche sono invece fatturate all'assicurazione malattie dell'interessato conformemente alle disposizioni della LAMal. A questo fine è stato concordato con gli assicuratori un importo forfettario in base alla permanenza.

Le prestazioni fornite nella cella «anti-sbornia»<sup>18</sup> non rientrano in linea di massima fra quelle riconosciute dalla LAMal. La questione di chi se ne fa carico è disciplinata dalla normativa cantonale: il presente progetto dunque non vi si sofferma<sup>19</sup>.

## **2.3 La nuova normativa proposta**

### **2.3.1 Principi**

Si presume che il trattamento medico causato da un'eccessiva assunzione di alcol sia provocato intenzionalmente. I costi causati devono perciò essere pagati dal diretto interessato affinché non debbano essere coperti in solido dalla comunità degli assicurati. L'obiettivo è rafforzare il senso di responsabilità. Nel migliore dei casi la prospettiva di pagare di persona le conseguenze del consumo o di addossarle al rappresentante legale trattiene il consumatore di alcol dall'eccedere.

<sup>17</sup> Op. cit., pag. X (riassunto).

<sup>18</sup> Anche nell'Alto Vallese sono state testate le celle «anti-sbornia»; cfr. in merito il rapporto nel «Walliserbote» del 21.05.2013 ([www.1815.ch/wallis/aktuell/ausnuechterungszellen-in-eyholz-bewahren-sich-103390.html](http://www.1815.ch/wallis/aktuell/ausnuechterungszellen-in-eyholz-bewahren-sich-103390.html)); consultato il 21.2.2014).

<sup>19</sup> Cfr. al riguardo il postulato della CSSS-N «Assunzione dei costi per la permanenza in una cella anti-sbornia. Valutazione» (13.4007).

Un secondo principio importante riguarda la differenza giuridica tra colpa e malattia. Le persone il cui abuso di alcol è dovuto a una dipendenza per il cui trattamento sono in cura da almeno sei mesi non sono ritenute colpevoli dell'eccesso. Dunque il trattamento continuerà a essere pagato dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Infine, l'applicazione della nuova normativa non deve richiedere un considerevole dispendio, in particolare per quel che riguarda la contabilità e la sua verifica.

### **2.3.2 Le misure di applicazione esaminate**

La legge federale del 16 ottobre 2000<sup>20</sup> sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) disciplina la questione della riduzione o del rifiuto di prestazioni pecuniarie in casi ben determinati (art. 21 LPGA). Le cure medico-farmaceutiche (la cura dei malati) coperte in virtù della LAMal sono tuttavia prestazioni in natura (art. 14 LPGA) e non possono essere ridotte. Una modifica della LPGA appare sproporzionata.

Anche l'alternativa di seguire l'esempio delle disposizioni vigenti della legge federale del 20 marzo 1981<sup>21</sup> sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) è stata abbandonata. La LAINF permette di ridurre o addirittura di escludere determinate prestazioni quando l'incidente è stato causato con intenzione o per negligenza grave. In particolare non se ne ha diritto se l'assicurato ha provocato intenzionalmente il danno alla salute (art. 37 cpv. 1 LAINF). Se l'assicurato ha causato l'infortunio per negligenza grave, le indennità giornaliere accordate nel quadro dell'assicurazione contro gli infortuni non professionali sono ridotte durante i primi due anni successivi all'infortunio (art. 37 cpv. 2 LAINF). In caso di negligenza grave possono dunque essere ridotte soltanto le prestazioni pecuniarie (rendite, indennità giornaliere); per un taglio alle prestazioni in natura, categoria nella quale rientrano le cure medico-farmaceutiche, non esiste nessuna base legale.

### **2.3.3 Revisione della LAMal**

#### **2.3.3.1 Partecipazione ai costi**

Ai fini dell'attuazione la revisione della LAMal è la soluzione migliore. In linea di massima sarebbe possibile concretizzare l'iniziativa passando per le prestazioni mediche che non sono a carico dell'assicurazione. Secondo l'articolo 33 capoverso 1 LAMal, il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico i cui costi non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni. Tuttavia sarebbe difficile determinare quali siano queste prestazioni: quelle necessarie in caso di abuso di alcol non sono prestazioni specifiche, chiaramente circoscrivibili. Un'infusione o una lavanda gastrica, ad esempio, possono essere prescritte per diverse diagnosi. Inoltre, in caso di intossicazione dovuta all'alcol spesso vengono formulate varie diagnosi (ad es. anche lesioni dovute a incidenti o risse).

<sup>20</sup> RS 830.1

<sup>21</sup> RS 832.20

Per questo motivo si rende necessaria una soluzione che preveda una nuova forma di partecipazione ai costi (art. 64a<sup>0</sup> LAMal). I costi del trattamento medico causati da un consumo eccessivo di alcol devono essere pagati interamente da chi li ha causati.

Per soddisfare l'obiettivo di un aumento del senso di responsabilità, la nuova partecipazione ai costi deve essere riscossa in aggiunta alle altre (franchigia annua, aliquota percentuale e contributo ai costi di degenza ospedaliera).

La modifica della LAMal prevede invece che la nuova partecipazione ai costi non venga riscossa se l'assicurato può provare di non essere responsabile dell'eccessivo consumo di alcol oppure che il trattamento sarebbe stato necessario anche senza aver abusato dell'alcol.

### **2.3.3.2 Valutazione e scadenze**

Per comprendere le ripercussioni delle nuove disposizioni sul comportamento dell'assicurato e del fornitore dei prestazioni, il Consiglio federale è incaricato di valutarne l'effetto e di comunicare al Parlamento il risultato della valutazione entro un anno dall'entrata in vigore delle disposizioni.

Nelle disposizioni finali si prevede di limitare la validità della nuova regolamentazione a cinque anni dall'entrata in vigore. Il Parlamento deve dunque disporre prima dello scadere di questo periodo di tutte le informazioni rilevanti per quel che riguarda le ripercussioni delle disposizioni al fine di prendere ulteriori decisioni.

## **2.4 Proposte di minoranza**

### **2.4.1 Non entrata in materia**

Una *minoranza* (Schmid-Federer, Fehr Jacqueline, Fridez, Heim, Hess Lorenz, Ingold, John-Calame, Rossini, Schenker Silvia, van Singer, Steiert) propone di non entrare in materia per diverse ragioni.

Se l'iniziativa riuscisse, provocherebbe nell'assicurazione malattia obbligatoria un cambio di paradigma introducendo il principio della colpa al posto di quello della solidarietà. Oggi chiunque si ammali, a prescindere dalla causa, ha il diritto a un risarcimento dei costi medico-farmaceutici da parte dell'assicurazione, a parte la franchigia e l'aliquota. Non è accettabile che questo principio non valga per una manciata di persone (soprattutto giovani) disposta a rischiare il coma etilico. Perché allora le persone sovrappeso, i fumatori, gli alcolisti e gli altri tossicodipendenti non dovrebbero passare alla cassa, dato che causano all'assicurazione contro le malattie costi miliardari molto maggiori? Il presente progetto viola chiaramente il principio della parità di trattamento. L'eccessivo e regolare consumo di alcol verrebbe trattato in modo privilegiato rispetto all'eccesso occasionale. Neanche nei Paesi limitrofi vengono addebitati i costi come chiesto dall'iniziativa.

Concretizzare una revisione di questo tipo causerebbe inoltre considerevoli problemi pratici. In che modo un medico può valutare se una persona in coma etilico ricoverata d'urgenza è sottoposta a cure mediche da almeno sei mesi? E come ci si dovrebbe comportare, se il paziente fosse in cura per alcolismo da soli tre mesi? Verrebbero a crearsi nuove disparità; analisi serie e approfondite sarebbero costose al di là di ogni

proporzione e aumenterebbe il lavoro burocratico. Si renderebbero necessarie procedure giudiziarie lunghe e costose se gli interessati dovessero opporsi contestando, ad esempio, l'effettiva necessità della cura medica.

Da un punto di vista preventivo, sussiste anche il rischio che queste persone non si facciano curare o lo facciano troppo tardi a causa dei costi che potrebbero derivarne. Le conseguenze per la salute sarebbero molto più gravi.

Per finire, non è ancora provato che la misura chiesta dall'iniziativa abbia un positivo effetto di prevenzione. Per contro, come appena spiegato, creerebbe innumerevoli problemi nuovi. Le persone che bevono in modo smodato, ma che per il resto sono sane, rimborsano già oggi una parte considerevole dei costi delle strutture d'emergenza attraverso la franchigia e l'aliquota percentuale.

## **2.4.2 Progetto pilota**

Una *minoranza* (Fehr Jacqueline, Carobbio Guscelli, Heim, Rossini, Schenker Silvia, van Singer, Steiert, Streiff) sostiene la proposta di avviare un progetto pilota.

Viste le molteplici riserve avanzate dalla minoranza Schmid-Federer, prima di concretizzare definitivamente l'iniziativa parlamentare sarebbe più sensato avviare una fase pilota durante la quale si potrebbe dare una risposta concreta alle diverse domande, in particolare a quella dell'attuabilità. La fase o il progetto pilota dovrebbe essere seguito da esperti e sottostare a valutazione. In seguito si potrà decidere definitivamente se proseguire o interrompere l'esperimento.

Questo approccio andrebbe preferito perché l'iniziativa dà il via a un vero e proprio cambiamento di paradigma nell'assicurazione sociale contro le malattie, senza basarsi però su esperienze concrete.

## **3 Commenti alle singole disposizioni**

### **3.1 Legge federale sull'assicurazione malattie**

*Art. 64a<sup>0</sup> cpv. 1*

Le prestazioni fornite dopo un consumo eccessivo di alcol restano sottoposte all'obbligo assicurativo, ma viene creata una nuova forma di partecipazione ai costi.

Le persone che consumano quantità eccessive di alcol hanno spesso bisogno di cure mediche, anche a seguito di altre diagnosi (ad es. lesioni gravi dopo un incidente stradale o una rissa). Se la partecipazione ai costi si basasse solo sul costo delle prestazioni necessarie per il trattamento dell'intossicazione, le prestazioni dovrebbero essere suddivise in base alle diverse diagnosi. Questo modo di procedere causerebbe un inutile dispendio ai fornitori di prestazioni. Alcune prestazioni possono inoltre essere ricondotte a diverse diagnosi. A ciò si aggiunge che, in caso di cura ospedaliera, in genere vengono riscossi importi forfettari.

È difficile suddividere i costi in questo modo e a posteriori, ad esempio nel quadro di un ricorso, è molto dispendioso provare che i costi sono stati calcolati in modo corretto. Per questo motivo le prestazioni fornite entro un determinato periodo dopo

l'abuso di alcol devono essere subordinate alla nuova forma di partecipazione ai costi.

Per l'assicuratore è sufficiente provare che la persona assicurata ha consumato una quantità eccessiva di alcol e che la prestazione è stata fornita nel periodo determinato. Non occorre esaminare se l'intero trattamento è stato reso necessario dal consumo di bevande alcoliche o solo una sua parte. Tuttavia, l'assicurato può provare che la causalità naturale o quella adeguata tra il consumo eccessivo e la necessità di essere curato è stata interrotta (vedi al cpv. 3 lett. b).

Se il danno alla salute trattato nel periodo determinante è dovuto ad altre cause oltre che al consumo di alcol, possono conseguirne prestazioni costose. Ad esempio nel caso di un'operazione complessa dopo un incidente stradale o dopo una rissa. Dato che l'assicurato in questione deve partecipare ai costi del trattamento che ha contribuito a causare, non si prevede nessun importo massimo annuo.

#### *Art. 64a<sup>0</sup> cpv. 2*

La nuova partecipazione ai costi deve essere intera. Dato che ammonta al 100 per cento e il termine «partecipazione» esclude che l'assicurato paghi più del costo causato, le restanti partecipazioni ai costi non possono più essere rimosse per queste prestazioni. La nuova partecipazione ai costi esclude dunque le altre di cui all'articolo 64 (franchigia, aliquota percentuale e contributo ai costi di degenza ospedaliera). Non incide inoltre né sulla franchigia annuale né sull'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale (art. 64 cpv. 3 LAMal e art. 103 cpv. 2 OAMal).

#### *Art. 64a<sup>0</sup> cpv. 3*

In linea di massima la nuova partecipazione ai costi si applica non appena constatato il consumo eccessivo di alcol. Sono previste le due eccezioni seguenti.

##### *Let. a*

In analogia all'articolo 54 capoverso 2 del Codice delle obbligazioni, la partecipazione ai costi non viene rimosse se l'assicurato può provare che il consumo eccessivo di alcol non è imputabile a sua colpa, come ad esempio quando viene costretto a bere. La disposizione esenta da responsabilità chi prova di non avere colpa nel fatto di essere divenuto temporaneamente incapace di discernimento.

Il capoverso 4 disciplina inoltre un caso particolare di mancanza di colpa.

##### *Let. b*

La partecipazione ai costi non viene rimosse neppure quando la persona assicurata può provare che la prestazione doveva essere fornita indipendentemente dall'eccessivo consumo di bevande alcoliche, quando cioè non si ha causalità naturale né adeguata tra l'abuso e il trattamento.

Una causalità naturale tra un determinato evento e un danno si ha quando il danno non è pensabile senza l'evento, mentre manca quando una persona avrebbe dovuto subire il trattamento anche senza abusare di sostanze alcoliche (ad es. a causa di una malattia preesistente).

Una causalità adeguata si ha quando, secondo il normale corso delle cose e le esperienze di vita, il consumo eccessivo di bevande alcoliche è tale da essere idoneo a causare un danno alla salute come quello occorso, cioè quando il consumo eccessivo

sembra aver favorito l'insorgere del danno. Quando ad esempio una persona, dopo aver abusato di sostanze alcoliche, decide di non tornare a casa in macchina, si addormenta nella macchina parcheggiata sul bordo della strada e viene investita e ferita da un altro conducente, ci troviamo di fronte a una causalità naturale, ma non adeguata.

*Art. 64a<sup>0</sup> cpv. 4*

A complemento del capoverso 3 lettera a si presume che una persona, che da almeno sei mesi si sottopone a cure mediche per trattare la dipendenza da alcol, non sia colpevole del consumo eccessivo di bevande alcoliche.

In questo modo s'intende escludere dalla partecipazione ai costi gli assicurati alcolodipendenti che cercano di curarsi da almeno sei mesi seguendo un trattamento medico. Il trattamento medico deve essere seguito appositamente per curare la dipendenza da alcol e può essere agevolmente confermato dal medico curante. In questo modo s'intende evitare che l'assicuratore o il fornitore di prestazioni debba chiarire se la dipendenza è dovuta ad una malattia. Non è tuttavia possibile garantire che tutti gli alcolodipendenti siano esclusi dalla partecipazione ai costi dato che molti sono in cura da meno di sei mesi o non lo sono affatto.

*Minoranza (Steiert, Carobbio Guscetti, Fehr Jacqueline, Gilli, Heim, Lohr, Rossini, Schenker Silvia, van Singer, Streiff)*

La proposta della maggioranza comporta procedure complesse e considerevoli problemi pratici. Una formulazione meno rigorosa, senza scadenze precise e più vicina al vissuto quotidiano permette un quadro di valutazione migliore e, ai fini dell'attuazione, riconosce al Consiglio federale un margine di manovra più ampio. La formulazione proposta dalla minoranza tiene conto altresì del fatto che l'abuso di alcol può anche indicare problemi psichici; nei giovani, ad esempio, potrebbe essere sintomatico di crisi adolescenziali. Inoltre consente di evitare che nella legge figurino diagnosi.

*Art. 64a<sup>0</sup> cpv. 5*

Il Consiglio federale è autorizzato a stabilire il periodo determinante e i criteri che definiscono un consumo eccessivo di alcol. Per quanto concerne il periodo determinante, ne stabilisce l'inizio e la fine. L'inizio potrebbe essere quello dell'avvio delle cure mediche o il momento in cui viene constatato il consumo di bevande alcoliche. La fine del periodo potrebbe coincidere con lo scadere di un determinato lasso di tempo (ad es. un numero di ore a partire dall'inizio). Il Consiglio federale potrebbe ad esempio fissarlo a 24 ore dopo la constatazione dell'abuso. Se alle ore 23 venisse constatato che un assicurato ha abusato di sostanze alcoliche, il 100 per cento di partecipazione ai costi riguarderebbe tutte le prestazioni fornitegli entro le 23 del giorno seguente, a meno che non sia in grado di portare prove a proprio scarico.

Il Consiglio federale deve stabilire inoltre i presupposti per definire quando un consumo di alcol è da considerarsi eccessivo. Analogamente a quanto succede nel diritto sulla circolazione stradale, può determinare il tasso alcolemico a partire dal quale il consumo è eccessivo, a prescindere dal grado individuale di sopportabilità dell'alcol e delle conseguenze concrete. Inoltre deve stabilire in che modo debba essere constatato il consumo di bevande alcoliche (cfr. in merito l'art. 55 cpv. 6 della

legge del 19 dicembre 1958<sup>22</sup> sulla circolazione stradale; l'ordinanza dell'Assemblea federale del 21 marzo 2003<sup>23</sup> concernente i valori limite di alcolemia nella circolazione stradale; gli artt. 10–12 dell'ordinanza del 28 marzo 2007<sup>24</sup> sul controllo della circolazione stradale; l'ordinanza del DFGP del 5 ottobre 2010<sup>25</sup> sugli strumenti di misurazione utilizzati per determinare il tenore alcolico e la quantità di alcol).

#### *Art. 64a<sup>0</sup> cpv. 6*

Poiché non sono ancora chiari né le ripercussioni delle nuove disposizioni sul comportamento degli assicurati e dei fornitori di prestazioni né i costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dei fornitori di prestazioni, il Consiglio federale è chiamato ad analizzare gli effetti della nuova partecipazione ai costi.

Le nuove disposizioni vengono limitate a cinque anni dall'entrata in vigore: il Consiglio federale e il Parlamento sono invitati a comunicare un anno prima dello scadere di questo termine il risultato di uno studio in merito. In questo modo il Parlamento avrà a disposizione informazioni complete sugli effetti delle nuove disposizioni e potrà decidere se prorogarle, modificarle o abrogarle prima della scadenza.

#### *Disposizioni finali*

Poiché la proposta partecipazione ai costi introduce un sistema nuovo di cui non si conoscono ancora le conseguenze in ambito medico, sociale e finanziario, la validità delle nuove disposizioni è limitata a cinque anni.

## **4 Ripercussioni**

### **4.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale**

#### **4.1.1 Ripercussioni finanziarie**

Non è possibile stimare le ripercussioni finanziarie delle disposizioni proposte. Esistono studi sulle diagnosi relative al consumo di alcol, ma non forniscono dati riguardo ai costi. Inoltre le prestazioni in caso di intossicazione possono variare notevolmente a seconda della diagnosi principale e secondaria. La diagnosi di intossicazione è spesso collegata ad altre diagnosi, in particolare di dipendenza da alcol. Per stabilire i costi di un trattamento, bisognerebbe dapprima determinare quali prestazioni prendere in considerazione. Inoltre la nuova regolamentazione dà al Consiglio federale la facoltà di determinare elementi essenziali della nuova partecipazione ai costi. Dato che non sono ancora stati stabiliti, non è possibile stimarne l'entità.

22 RS 741.01

23 RS 741.13

24 RS 741.013

25 RS 941.210.2

#### **4.1.2 Ripercussioni sull'effettivo del personale**

Neanche in questo ambito è possibile una stima.

#### **4.2 Attuabilità**

Le nuove disposizioni si concentrano sul consumo eccessivo di alcol e sulle prestazioni che vengono fornite durante un determinato periodo dopo tale consumo, in modo da facilitare l'esecuzione. Tuttavia, in base alle esperienze raccolte nel settore dell'assicurazione contro gli infortuni, si può supporre che l'esigenza di un nesso di causalità di cui al capoverso 3 lettera b possa generare casi giudiziari controversi.

Affinché l'assicuratore possa far valere la partecipazione ai costi dell'assicurato, le prestazioni corrispondenti devono poter essere definite nelle tariffe e nella fatturazione. Per quanto riguarda la fatturazione, l'assicuratore e il fornitore di prestazioni dovranno chiarire se i pertinenti moduli possono contenere informazioni supplementari (ad es. codici aggiuntivi per il motivo del trattamento), al fine appunto di escludere determinate prestazioni. Inoltre dovranno esaminare in modo approfondito se le tariffe esistenti (TARMED e SwissDRG) debbano essere adeguate (ad es. con nuove voci specifiche) per la fatturazione di queste prestazioni.

### **5 Conformità con il diritto dell'Unione europea e del Consiglio d'Europa**

#### **5.1 Conformità con il diritto dell'Unione europea**

Il capitolo 5 analizza il rapporto tra le disposizioni del diritto svizzero qui proposte e gli eventuali obblighi internazionali della Svizzera.

L'articolo 3 del Trattato sull'Unione europea<sup>26</sup> (TUE) conferisce alla Comunità il compito di promuovere un elevato livello di protezione sociale. La libera circolazione dei lavoratori all'interno dell'Unione è sancita all'articolo 45 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea<sup>27</sup> (TFUE). Il principio della libera circolazione presuppone un coordinamento dei singoli sistemi di sicurezza sociale, come iscritto nell'articolo 48 TFUE. Il diritto comunitario non persegue tuttavia un'armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale. Gli Stati membri conservano la facoltà di determinare l'impostazione, il campo di applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei loro sistemi di sicurezza sociale. Il

<sup>26</sup> GU C 326 del 26.10.2012, pag. 13.

<sup>27</sup> GU C 326 del 26.10.2012, pag. 47.

coordinamento di tali sistemi è attuato dal regolamento (SEE) n. 1408/71<sup>28</sup> e dal suo regolamento d'applicazione n. 574/72<sup>29</sup>.

Dall'entrata in vigore dell'Accordo del 21 giugno 1996<sup>30</sup> tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea e i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (di seguito «Accordo sulla libera circolazione») il 1° giugno 2002, la Svizzera è in linea di massima parte del sistema di coordinamento multilaterale. Tuttavia in tale contesto è necessario tener conto delle limitazioni secondo l'allegato II sezione A dell'Accordo sulla libera circolazione.

La raccomandazione del 27 luglio 1992<sup>31</sup> relativa alla convergenza degli obiettivi e delle politiche della protezione sociale invita gli Stati membri a rendere possibile alle persone legalmente residenti nei loro territori l'accesso alle cure sanitarie e alle misure di prevenzione delle malattie.

## 5.2 Compatibilità con il diritto del Consiglio d'Europa

La Svizzera ha ratificato il *Codice europeo di sicurezza sociale* del 16 aprile 1964<sup>32</sup> (CESS), ma non ha accettato la parte II relativa alle cure mediche, secondo cui ogni Stato contraente che voglia adempiere gli obblighi derivanti dalla parte II del Codice è tenuto a garantire la somministrazione di prestazioni alle persone assistite in ogni stato morboso per qualunque causa. Il beneficiario delle prestazioni può essere obbligato a partecipare ai costi delle cure mediche ricevute in caso di stato morboso e la durata delle prestazioni dovute può essere limitata a 26 settimane per ciascun caso.

Il Codice europeo di sicurezza sociale è poi stato completato da un *Protocollo* che stabilisce norme superiori che la Svizzera non ha ratificato.

Il CESS (riveduto) del 6 novembre 1990 è divenuto un accordo distinto dal Codice del 1964, che tuttavia non abroga. Il Codice del 1990 amplia le norme del suo predecessore, estendendo per esempio il campo d'applicazione in termini di cerchie di persone interessate, riconoscendo nuove prestazioni e aumentando l'importo per le prestazioni in natura. Parallelamente introduce una maggiore flessibilità: le condizioni di ratifica, infatti, sono agevolate e le norme sono formulate in modo tale da prendere in considerazione per quanto possibile le normative nazionali. Il Codice

<sup>28</sup> Regolamento (CEE) 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971, relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, GU L 149 del 5.7.1971, pag. 2.

<sup>29</sup> Regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, GU L 74 del 27.3.1972, pag. 1, codificati nel regolamento R (CE) n. 118/97, GU L 28 del 30.1.1997, pag. 1, modificato l'ultima volta dal regolamento (CE) n. 859/2003, GU L 124 del 20.5.2003, pag. 1; nuova codificazione nel regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale e del regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale.

<sup>30</sup> RS **0.142.112.681**

<sup>31</sup> GU n. L 245 del 26.8.1992 pag. 49.

<sup>32</sup> RS **0.831.104**

(riveduto) non è ancora stato ratificato da nessuno Stato e, quindi, non è ancora entrato in vigore.

Secondo l'articolo 10 paragrafo 2 del Codice europeo di sicurezza sociale, il beneficiario o il suo capofamiglia può essere obbligato a contribuire alle spese delle cure mediche ricevute in caso di stato morboso; tale contributo non deve tuttavia comportare un onere troppo gravoso. Il Codice riveduto prevede una disposizione analoga (art. 10 par. 2). Né il Codice europeo di sicurezza sociale, né il Codice riveduto stabiliscono in quali casi un onere sia considerato troppo gravoso. Agli organi di controllo è di conseguenza concesso un margine di apprezzamento.

Il Protocollo al Codice prevede che la partecipazione ai costi delle cure mediche fornite in caso di malattia non deve eccedere il 25 per cento. Nei casi in cui sia previsto il pagamento di una somma fissa a titolo di partecipazione ai costi delle cure o dei medicinali prescritti, l'importo pagato dai beneficiari non deve superare il 25 per cento dei costi complessivi delle prestazioni fornite durante un determinato periodo.

Il progetto di revisione prevede che gli assicurati partecipino nella misura del 100 per cento ai costi delle prestazioni fornite entro un determinato periodo dopo il consumo eccessivo di alcol: si tratta di stabilire se è conforme alle norme del Consiglio d'Europa.

Come già menzionato, la Svizzera ha ratificato il Codice europeo di sicurezza sociale del 16 aprile 1964, ma non ne ha accettato la parte II relativa alle cure mediche. Essa prevede inoltre, solo in termini generici, che la partecipazione non debba causare un onere troppo gravoso.

Solo il Protocollo non ratificato dalla Svizzera prevede una limitazione del 25 per cento, senza però chiarire cosa s'intenda con il 100 per cento di riferimento.

## **6 Basi legali**

### **6.1 Costituzionalità**

#### **6.1.1 Articolo 117 Cost.**

#### **Assicurazione contro le malattie e gli infortuni**

Il progetto si basa sull'articolo 117 della Costituzione federale<sup>33</sup> (Cost.), che conferisce alla Confederazione la competenza di emanare prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie.

Si tratta di chiarire se una disposizione che in particolari condizioni prevede che l'assicurato si assuma la totalità dei costi per le prestazioni fornitegli in un determinato periodo sia compatibile con l'articolo 117 Cost.

Nel sistema del *terzo garante* la persona assicurata è debitrice della remunerazione nei confronti del fornitore di prestazioni. Ai sensi dell'articolo 42 capoversi 1 e 2 LA Mal questo sistema è usato in genere per le cure non ospedaliere. Una partecipazione ai costi del 100 per cento significa che la persona assicurata, indipendentemente dall'importo in questione, non ha diritto al rimborso da parte dell'assicuratore. Anche quando la persona assicurata cede il suo diritto al fornitore di presta-

<sup>33</sup> RS 101

zioni (art. 42 cpv. 1 LAMal) quest'ultimo non riceve un indennizzo dall'assicuratore che non è tenuto al rimborso nei confronti dell'assicurato. Nel sistema del terzo garante una partecipazione ai costi del 100 per cento corrisponde dunque al mancato rimborso delle prestazioni da parte dell'assicuratore.

Nel sistema del *terzo pagante* l'assicuratore è il debitore della remunerazione. Ai sensi dell'articolo 42 capoverso 2 LAMal questo sistema si applica alle cure ospedaliere e, se le tariffe lo prevedono, a determinati trattamenti ambulatoriali. L'assicuratore deve dunque la remunerazione al fornitore di prestazioni (o in caso di cure ospedaliere la parte che gli spetta della remunerazione), indipendentemente dal rimborso da parte della persona assicurata. Se quest'ultima è in grado di pagare, una partecipazione ai costi del 100 per cento si traduce nell'obbligo di rimborsare all'assicuratore l'intero importo che questo ha versato. Se la persona assicurata non è in grado di pagare, l'assicuratore riceve un attestato di carenza di beni o un titolo equivalente per il suo credito e può chiedere il rimborso dell'85 per cento dell'importo al Cantone, mentre il restante 15 per cento è a suo carico in quanto assicuratore (art. 64a cpv. 4 LAMal). Il credito verrà eventualmente rimborsato più tardi dalla persona assicurata. Analogamente al sistema bancario, l'assicuratore assume la funzione di intermediario trasmettendo la partecipazione ai costi del 100 per cento pagata dalla persona assicurata al fornitore di prestazioni e assumendo una parte del rischio a causa della sua insolvenza.

Anche se si può dubitare che la limitazione dell'assicuratore al ruolo di intermediario finanziario che assume una parte del rischio di insolvenza sia compatibile con la definizione di assicurazione contro le malattie riportata nella Costituzione federale, si può comunque ritenere che, nell'ottica della semplificazione amministrativa e sempre che concerna solo un numero limitato di prestazioni, un aumento della partecipazione ai costi al 100 per cento sia compatibile con l'articolo 117 Cost. Il presente progetto rientra in quest'ultimo caso dato che le disposizioni proposte risparmiano agli ospedali, la cui contabilità si basa sul sistema del terzo pagante, l'onere di distinguere tra le prestazioni di cui nell'iniziativa parlamentare e le altre.

## **6.1.2                    Articolo 8 Cost. Uguaglianza giuridica**

### **6.1.2.1                Principio**

Secondo l'articolo 8 capoverso 1 Cost., un atto legislativo viola il principio della parità di trattamento se opera distinzioni legali per le quali non viene riscontrato un motivo ragionevole nelle circostanze da regolamentare oppure omette distinzioni che si impongono in base alle circostanze, ovvero quando fattispecie uguali non vengono trattate in modo uguale nonostante la loro uguaglianza e fattispecie diverse non vengono trattate in modo diverso nonostante la loro diversità. La parità o la disparità di trattamento ingiustificata si deve riferire a un fatto sostanziale. Alla questione se un motivo ragionevole di differenziazione giuridica sia ravvisabile nelle circostanze da disciplinare si può rispondere in epoche diverse in maniera diversa. Nel quadro di questi principi, al legislatore viene lasciato un ampio margine di manovra (DTF 136 I 1, consid. 4.1, pag. 5).

### **6.1.2.2 Limitazione ad un comportamento**

In primo luogo occorre chiedersi se una normativa che prevede la partecipazione degli assicurati solo a prestazioni fornite dopo un consumo eccessivo di alcol, ma non a prestazioni generate da altri comportamenti nocivi alla salute sia compatibile con l'articolo 8 Cost.

C'è da tenere conto della velocità con la quale un comportamento ha effetti sulla salute. Il consumo eccessivo di alcol e altri comportamenti dannosi per la salute (ad es. fumo, lavoro, alimentazione) hanno in genere effetti dannosi solo dopo settimane, mesi o anni. Un legame causale tra un tale comportamento e un danno alla salute è difficilmente provabile. Altri fattori possono contribuire a compromettere la salute nel corso degli anni. Invece il «binge drinking» può avere effetti dannosi nel giro di pochi minuti o poche ore.

Esistono tuttavia anche altri comportamenti intenzionali che danneggiano subito o molto rapidamente la salute. Ad esempio un'overdose di sostanze stupefacenti o l'abuso di farmaci. Anche condurre un veicolo a motore sotto l'effetto di farmaci può significare un rischio più elevato di provocare incidenti e dunque lesioni (vedi le sanzioni previste all'art. 16c cpv. 1 lett. c della legge federale del 19 dicembre 1958<sup>34</sup> sulla circolazione stradale).

La presente modifica alla LAMal valuta questi comportamenti in modo diverso ed esclude dall'assunzione dei costi solo le cure mediche dovute al «binge drinking». Lo studio Wicki già menzionato (2013) mostra che nella fascia d'età fino a 23 anni le ospedalizzazioni a causa di intossicazione da alcol negli ultimi anni hanno raggiunto un livello preoccupante (vedi n. 2.2.3). Questa evoluzione può essere ritenuta un motivo oggettivo per disciplinare in modo diverso le conseguenze assicurative di tale comportamento.

### **6.1.2.3 Limitazione all'assicurazione contro le malattie**

Occorre inoltre chiedersi se esistono motivi oggettivi per prevedere una partecipazione ai costi del 100 per cento, ossia un rifiuto del rimborso, soltanto nell'assicurazione contro le malattie. Le cure a seguito di un incidente in stato di ebbrezza continuano a essere rimborsate nel quadro della legge federale del 20 marzo 1981<sup>35</sup> sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) e della legge federale del 19 giugno 1992<sup>36</sup> sull'assicurazione militare (LAM). La presente modifica non concerne questi rimborsi. Poiché le cure mediche sono a carico dell'assicurazione malattie solo in modo sussidiario (art. 64 cpv. 2 della legge federale del 6 ottobre 2000<sup>37</sup> sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali, LPGA) e visto l'obiettivo della presente modifica, questo diverso trattamento è difficile da motivare. Il legislatore dispone tuttavia di un ampio margine di manovra per giudicare il tempo necessario per disciplinare diverse assicurazioni sociali. Non viola dunque l'articolo 8 Cost. se disciplina una questione che ritiene urgente nell'ambito di un'assicurazione sociale tralasciando di farlo contemporaneamente anche nelle altre.

<sup>34</sup> RS 741.01

<sup>35</sup> RS 832.20

<sup>36</sup> RS 833.1

<sup>37</sup> RS 830.1

#### 6.1.2.4

#### Limitazione a una sanzione

Inoltre, sotto il profilo della parità dei diritti bisogna analizzare anche se la partecipazione ai costi del 100 per cento, riscossa indipendentemente dal tipo di trattamento e dall'entità dell'importo, non tralasci differenziazioni che sarebbero adeguate viste le circostanze.

La partecipazione totale ai costi è limitata da tre elementi: quello temporale, la cui definizione è affidata al Consiglio federale (art. 64<sup>a</sup> cpv. 5), quello medico, per cui sono esclusi trattamenti in seguito a un consumo eccessivo ma incolpevole di bevande alcoliche (art. 64<sup>a</sup> cpv. 3 lett. a) e l'ultimo, anche medico, che esclude i trattamenti necessari indipendentemente da tale consumo (art. 64<sup>a</sup> cpv. 3 lett. b). La persona assicurata dovrà dunque pagare i costi del trattamento soltanto se è colpevole di un consumo smodato di alcol, se il trattamento presenta un nesso di causalità naturale o adeguata con il consumo e se il trattamento viene fornito entro un determinato periodo.

La situazione è paragonabile a quella della responsabilità civile completa di una persona temporaneamente incapace di discernimento, ad esempio a causa del consumo eccessivo di alcol, che arreca danno a terzi (art. 41 Codice delle obbligazioni<sup>38</sup>, CO e art. 54 cpv. 2 CO). Queste disposizioni si basano sulla riflessione che le persone colpevoli di eccessivo consumo di alcol non devono poter far ricadere su terzi (gli «altri» nella responsabilità civile, la «collettività degli assicurati» nell'assicurazione contro le malattie). Poiché non si differenzia in base al tipo di cure mediche o dell'importo in questione, si esclude a priori una disparità di trattamento.

La questione della compatibilità con l'articolo 8 Cost. dipende anche dal modo in cui il Consiglio federale utilizzerà la competenza normativa accordatagli dall'articolo 64<sup>a</sup> capoverso 5 e dall'applicazione delle limitazioni di cui all'articolo 64<sup>a</sup> capoverso 3.

#### 6.1.3

#### Articolo 5 Cost. (Proporzionalità)

L'introduzione di una partecipazione del 100 per cento ai costi di un trattamento medico causato dal consumo eccessivo di alcol corrisponde al rifiuto temporaneo di fornire prestazioni dell'assicurazione contro le malattie, dunque a una sanzione amministrativa paragonabile alla riduzione o al rifiuto delle prestazioni (vedi art. 21 LPGA, art. 39 LAINF). Nell'applicare sanzioni amministrative deve essere rispettato il principio della proporzionalità di cui all'articolo 5 capoverso 2 Cost., ossia la sanzione deve essere proporzionale allo scopo che si vuole raggiungere. Il presente progetto intende motivare l'assicurato a evitare un comportamento che può causare costi all'assicurazione contro le malattie, appunto il «binge drinking».

L'articolo 64<sup>a</sup> capoverso 5 lascia nel vago l'entità della sanzione affidando al Consiglio federale il compito di stabilire sia quando l'alcolemia è eccessiva sia il periodo di validità della partecipazione ai costi del 100 per cento. Contrariamente ad altri casi di rifiuto delle prestazioni, l'articolo 64<sup>a</sup> capoverso 5 non permette di graduare l'entità delle sanzioni in funzione delle peculiarità del singolo caso. Non è possibile perciò distinguere a seconda del tipo di lesione fisica, di trattamento medi-

co o dei costi che causa, della gravità del comportamento o in particolare del tenore alcolico. Anche se come unica sanzione è prevista l'assunzione totale dei costi, è possibile applicare la misura tenendo conto del principio della proporzionalità. Ma la sanzione dipenderà dal modo in cui il Consiglio federale utilizzerà il margine di manovra lasciategli dalla disposizione.

## **6.2 Delega di competenze legislative**

Il presente progetto affida al Consiglio federale ampie competenze normative, poiché prevede che stabilisca il periodo per cui è riscossa la partecipazione ai costi e i criteri che definiscono il consumo eccessivo di alcol. Dato che le ripercussioni delle nuove norme non sono ancora chiare, il Consiglio federale deve avere la possibilità di definire questi elementi ed eventualmente adeguarli in base alle esperienze raccolte.

## **6.3 Forma dell'atto**

Le disposizioni proposte sono emanate sotto forma di legge federale ai sensi dell'articolo 164 Cost. La loro validità è limitata a cinque anni dato che le ripercussioni non sono chiare.