

15.020

**Messaggio  
concernente la modifica della legge federale  
sull'assicurazione malattie  
(Gestione strategica del settore ambulatoriale)**

del 18 febbraio 2015

---

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, il disegno di modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) concernente la gestione strategica del settore ambulatoriale.

Vi proponiamo inoltre di togliere dal ruolo i seguenti interventi parlamentari:

- |      |   |         |  |
|------|---|---------|--|
| 2012 | P | 12.3681 | Stop alle autorizzazioni per studi medici. Non si ripetano gli errori del passato (1) (N 14.12.2012, Cassis) |
| 2012 | P | 12.3783 | Stop alle autorizzazioni per studi medici. Non si ripetano gli errori del passato (2) (N 14.12.2012, Cassis) |

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

18 febbraio 2015

In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Simonetta Sommaruga  
La cancelliera della Confederazione, Corina Casanova

---

## Compendio

*Con il presente disegno di modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) s'intende offrire ai Cantoni una soluzione duratura per la gestione strategica dell'offerta di prestazioni nel settore ambulatoriale, al fine di garantire un'assistenza sanitaria di elevata qualità e di contenere l'aumento dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il progetto qui proposto dovrà sostituire l'attuale disciplinamento della limitazione delle autorizzazioni stabilito nell'articolo 55a LAMal e in vigore fino al 30 giugno 2016. Le nuove disposizioni permetteranno ai Cantoni non soltanto di limitare l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni in caso di offerta eccedentaria, ma anche di adottare misure di sostegno in caso di offerta insufficiente. L'istituzione di commissioni consultive permetterà di associare alle decisioni gli ambienti interessati.*

### *Situazione iniziale*

*L'autorizzazione dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale è attualmente soggetta a regolamentazione. L'articolo 55a LAMal permette infatti di limitare, fino al 30 giugno 2016, il numero di medici autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in uno studio medico, in un istituto o nel settore ambulatoriale degli ospedali. La limitazione delle autorizzazioni è stata applicata, con alcune varianti, per 11 anni (dal 1° gennaio 2001 al 31 dicembre 2011). La sua abrogazione, il 1° gennaio 2012, aveva provocato un forte afflusso sul mercato di medici, in particolare di specialisti, al punto che il Parlamento ha reintrodotto la clausola del bisogno il 1° luglio 2013, prima che questo afflusso si traducesse in un aumento incontrollato dei costi. Numerosi studi hanno mostrato che, in un sistema di remunerazione delle prestazioni basato sul singolo atto medico (cioè il sistema utilizzato generalmente in Svizzera per le prestazioni nel settore ambulatoriale), il numero di consultazioni e la quantità di atti medici compiuti durante ciascuna consultazione aumentano proporzionalmente alla densità di medici – il che contribuisce a far lievitare i costi della salute. 18 mesi dopo la reintroduzione di questa misura, i numeri rilasciati nel registro dei codici creditori si avvicinano nuovamente ai livelli del 2011.*

*La limitazione delle autorizzazioni entrata in vigore nel 2001 avrebbe dovuto essere temporanea e servire in primo luogo ad arginare gli effetti della libera circolazione delle persone sull'aumento dei costi nel settore ambulatoriale. Il Consiglio federale auspica che l'articolo 55a LAMal non sia nuovamente prorogato per un periodo di tempo limitato, ma definitivamente sostituito da una soluzione duratura, in grado di limitare a lungo termine la percentuale dell'aumento dei costi imputabile a un'offerta di prestazioni eccedentaria.*

*All'inizio del 2013, fissando le sue priorità nella strategia globale «Sanità2020», il Consiglio federale si è dotato dei mezzi necessari per gestire le sfide che il sistema sanitario svizzero dovrà affrontare in futuro. Il presente progetto rientra pienamente nell'obiettivo 4.2 della citata strategia: migliorare la direzione strategica della politica sanitaria, segnatamente mediante nuove soluzioni per la gestione delle cure*

---

*ambulatoriali che permettano, per esempio, ai Cantoni di reagire a un'offerta di prestazioni eccedentaria o insufficiente.*

### **Contenuto del disegno**

*La modifica proposta conferisce ai Cantoni la possibilità di disciplinare il settore ambulatoriale ponendo l'accento sulla qualità delle cure – dove per qualità s'intende un'offerta di prestazioni equilibrata, ossia né eccedentaria né insufficiente. I Cantoni avranno così la possibilità (ma non l'obbligo) di regolamentare l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se constatano un'offerta eccedentaria; a tal fine si baseranno su criteri di qualità. Questo disciplinamento potrà riguardare una o più categorie di fornitori di prestazioni (i medici non saranno quindi gli unici interessati) e dovrà tenere conto dell'attività degli ospedali nel settore ambulatoriale. Se l'offerta dovesse essere insufficiente, i Cantoni potranno adottare misure di sostegno; potranno inoltre regolamentare il settore ambulatoriale ospedaliero mediante mandati di prestazioni. Con la normativa proposta, l'autorità cantonale dovrà in un primo tempo determinare il fabbisogno in materia di assistenza sanitaria sulla base della qualità ottimale predefinita: sarà soltanto in relazione a questo valore che potranno essere adottate misure di sostegno o di regolamentazione. Prima di intervenire, il Cantone dovrà consultare una commissione in cui sono rappresentati tutti gli ambienti interessati, così da integrare nella valutazione del fabbisogno le conoscenze e le esperienze specialistiche di ciascuno. La commissione emetterà una raccomandazione di cui il Cantone dovrà tenere conto. Infine, il disegno proposto prevede anche una disposizione sulla trasmissione, ai Cantoni, dei dati necessari per stabilire l'offerta di prestazioni adeguata.*

# Messaggio

## 1 Puntii essenziali del progetto

### 1.1 Situazione iniziale

L'autorizzazione dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale è attualmente soggetta a regolamentazione. L'articolo 55a della legge federale del 18 marzo 1994<sup>1</sup> sull'assicurazione malattie (LAMal) ci permette infatti di limitare, fino al 30 giugno 2016, il numero dei medici autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che praticano in uno studio medico, in un istituto o nel settore ambulatoriale degli ospedali. Nella nostra ordinanza di applicazione (ordinanza del 3 luglio 2013<sup>2</sup> che limita il numero di fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie), abbiamo lasciato ai Cantoni un ampio margine di libertà nel configurare il regime di limitazione delle autorizzazioni.

La regolamentazione in questione è stata applicata, con alcune varianti, per 11 anni (dal 1° gennaio 2001 al 31 dicembre 2011). La sua abrogazione, il 1° gennaio 2012, ha comportato un forte afflusso sul mercato di medici, segnatamente di specialisti. Concretamente i numeri di registro dei codici creditori (numeri RCC) rilasciati nel 2012 è più che raddoppiato in Svizzera rispetto al 2011 (+ 129 %). Questo valore è quasi triplicato nel Cantone di Ginevra (+ 176 %) ed è addirittura quadruplicato nel Cantone Ticino (+ 293 %)<sup>3</sup>. La crescita è proseguita allo stesso ritmo nel primo semestre del 2013 e si è perfino accentuata in determinate regioni. Alcuni Cantoni hanno chiesto al Parlamento e al nostro Collegio di adottare misure nel timore che l'afflusso si traducesse in un aumento incontrollato dei costi. Il 1° luglio 2013<sup>4</sup> è così entrata in vigore la versione vigente dell'articolo 55a LAMal e pochi giorni dopo, il 5 luglio 2013<sup>5</sup>, la relativa ordinanza di applicazione. Questo articolo prevede un'eccezione che, di fatto, riduce la possibilità di limitare le autorizzazioni: i medici che hanno esercitato per tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto sono infatti esclusi dalla limitazione. Il bilancio può tuttavia essere considerato positivo dal momento che, dopo 18 mesi di forte crescita, i numeri RCC rilasciati sono calati della metà nel corso del secondo semestre del 2013. Per il 2014 ci stiamo nuovamente avvicinando ai livelli del 2011<sup>6</sup>. Nel 2001<sup>7</sup>, al momento della sua entrata in vigore, la limitazione delle autorizzazioni avrebbe dovuto essere una disposizione temporanea e servire principalmente ad arginare gli effetti della libera circolazione delle persone sull'aumento dei costi nel settore ambulatoriale. Numerosi studi hanno infatti mostrato che, in un sistema di remunerazione delle prestazioni basato sul singolo atto medico (cioè il sistema utilizzato generalmente in Svizzera per le prestazioni nel settore ambulatoriale), il numero di consultazioni e la quantità di atti medici compiuti durante ciascuna consultazione aumentano proporzionalmen-

<sup>1</sup> RS 832.10

<sup>2</sup> RS 832.103

<sup>3</sup> Sulla base dei dati pubblicati dalla SASIS SA ([www.sasis.ch](http://www.sasis.ch))

<sup>4</sup> RU 2013 2065

<sup>5</sup> RU 2013 2255

<sup>6</sup> Sulla base dei dati pubblicati dalla SASIS SA ([www.sasis.ch](http://www.sasis.ch))

<sup>7</sup> RU 2000 2305

te alla densità di medici – il che contribuisce a far lievitare i costi della salute<sup>8</sup>. Dato che non si è riusciti a far accettare altre soluzioni proposte, l'articolo 55a LAMal è stato prorogato a più riprese, destabilizzando gli operatori del sistema, inducendoli a comportamenti sbagliati e producendo effetti indesiderati. L'aumento dei numeri RCC rilasciati dal 2009 (quando è stata revocata la limitazione delle autorizzazioni per i medici di base) e tra l'inizio del 2012 e il mese di giugno del 2013 (quando la limitazione è stata revocata integralmente) si spiega in parte con la regolamentazione temporanea del mercato; le sue dimensioni evidenziano tuttavia l'insicurezza dei fornitori di prestazioni, affrettatisi a chiedere nuove autorizzazioni prima che ne venisse di nuovo limitato il numero. Auspichiamo pertanto che l'articolo 55a LAMal non sia nuovamente prorogato per un periodo di tempo limitato, ma definitivamente sostituito da una soluzione duratura, in grado di limitare a lungo termine la percentuale dell'aumento dei costi imputabile a un'offerta di prestazioni eccedentaria.

Il sistema sanitario svizzero è in piena trasformazione e deve affrontare sfide importanti, anche se gli osservatori e la popolazione concordano generalmente sul suo buon funzionamento e sulla qualità delle prestazioni fornite. Con l'evoluzione demografica, il numero di malati cronici è destinato ad aumentare, le cure continueranno a evolvere, la crescita del settore sanitario acutizzerà le difficoltà di finanziamento e, infine, la complessità e i conflitti d'interesse rafforzeranno la necessità di gestire il sistema in modo strategico e con una maggiore trasparenza. Trattandosi di sfide importanti, all'inizio del 2013 ci siamo dotati dei mezzi necessari per gestirle definendo le nostre priorità nella strategia globale «Sanità2020»<sup>9</sup>. Incentrata sulla popolazione e sul suo benessere, il sistema sanitario deve svilupparsi attorno a questi due assi e alle necessità che ne scaturiscono. La questione dell'offerta di cure non è quindi più focalizzata unicamente sui costi, ma anche sull'accesso ottimale degli assicurati alle prestazioni di cui hanno veramente bisogno. Senza una regolamentazione del settore ambulatoriale, inevitabilmente anche l'offerta di prestazioni cresce e con essa la quantità di prestazioni fornite e quindi i costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'organizzazione ottimale dell'assistenza sanitaria è quindi una misura che permette anche di contenere l'aumento dei costi della salute: con la modifica qui proposta s'intende orientarla ancora più fortemente ai bisogni degli assicurati. Una finalità, questa, perfettamente in linea con l'obiettivo 4.2 della strategia «Sanità2020»: migliorare la direzione strategica della politica sanitaria, in particolare nel settore ambulatoriale (ma anche in quello ospedaliero), permettendo per esempio ai Cantoni di reagire a un'offerta eccedentaria o insufficiente.

### *Lavori svolti sinora*

Perché potesse essere presentata una soluzione soddisfacente, applicabile a lungo termine e che godesse di un ampio appoggio politico, il progetto è stato elaborato nell'ambito di una procedura partecipativa che ha coinvolto i principali partner interessati. Il 2 settembre 2013 e l'11 febbraio 2014, il Dipartimento federale dell'interno ha organizzato due tavole rotonde presiedute dal consigliere federale Alain Berset.

<sup>8</sup> Claude Jeanrenaud, *Mode de rémunération des médecins et coûts de la santé en Suisse*, Università di Neuchâtel 2006.

<sup>9</sup> Il rapporto può essere consultato in Internet all'indirizzo seguente: [www.sanita2020.ch](http://www.sanita2020.ch)

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

Ai partecipanti alla seconda tavola rotonda è stata presentata una valutazione dei pro e dei contro dei tre principali modelli in discussione, ossia la libertà di contrarre, la differenziazione delle tariffe e la regolamentazione delle autorizzazioni. Il documento consegnato enumerava anche gli elementi chiave al centro della riforma. I partecipanti hanno potuto esprimersi su questi punti e prendere posizione sulla valutazione delle tre soluzioni. Dalle discussioni sono emersi vari elementi: innanzitutto gli attori hanno bisogno di certezze e devono poter pianificare. Inoltre, nell'ottica di un compromesso, la soluzione più pragmatica è sembrata il modello che introduce la regolamentazione del settore ambulatoriale da parte dei Cantoni. Questi ultimi, tuttavia, non devono essere obbligati a intervenire: devono invece potersi avvalere della loro competenza di regolamentazione in caso di necessità. Infine, i partecipanti alle discussioni hanno nuovamente sottolineato che la qualità dell'offerta deve essere al centro di un modello che coinvolga i diversi partner e che tenga conto, nei limiti del possibile, di una prospettiva regionale.

## **1.2 La nuova normativa proposta**

La modifica proposta consiste nel disciplinare il settore ambulatoriale mettendo l'accento sulla qualità delle cure, qualità che si traduce in un'offerta di prestazioni né eccedentaria né insufficiente. I Cantoni che constatano un'offerta eccedentaria avranno la possibilità (e non l'obbligo) di regolamentare le autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. A tal fine si baseranno su criteri di qualità. Questa regolamentazione potrà riguardare una o più categorie di fornitori di prestazioni (e non unicamente i medici) e dovrà tenere conto anche dell'attività degli ospedali nel settore ambulatoriale. Se l'offerta dovesse essere insufficiente, i Cantoni potranno adottare le misure che riterranno adeguate, a condizione che rispettino le regolamentazioni nazionali e internazionali. Potranno inoltre disciplinare il settore ambulatoriale degli ospedali mediante mandati di prestazioni.

Con la normativa proposta, l'autorità cantonale dovrà in un primo tempo determinare il fabbisogno in materia di assistenza sanitaria sulla base della qualità ottimale predefinita e sarà soltanto in relazione a questo valore che potranno essere adottate misure di sostegno o di regolamentazione. Uno degli obiettivi perseguiti è di incentivare i Cantoni a coordinarsi quando decidono di adottare misure o almeno ad osservare le disposizioni prese dai Cantoni vicini prima di intervenire. La direzione strategica attribuisce ai Cantoni una funzione centrale, ma i loro partner (fornitori di prestazioni, assicuratori e assicurati) svolgeranno un ruolo determinante. Prima di adottare misure, i Cantoni dovranno infatti istituire una commissione mista composta di rappresentanti di tutti gli ambienti interessati, in modo da integrare nella valutazione del fabbisogno le conoscenze ed esperienze specialistiche di ciascuno.

La commissione formulerà una raccomandazione di cui il Cantone dovrà tener conto: se deciderà di non seguirla, dovrà esporne i motivi. Gli ambienti interessati hanno così la garanzia che si terrà conto del loro parere e che otterranno spiegazioni se il Cantone dovesse decidere altrimenti. Questo modello ricalca la procedura applicabile nella sorveglianza dei prezzi, di fronte ad una proposta di aumentare prezzi già stabiliti o approvati da un'autorità federale (art. 14 della legge federale del 20 dicembre 1985<sup>10</sup> sulla sorveglianza dei prezzi).

Il progetto prevede anche una disposizione relativa alla trasmissione dei dati, una questione che in passato ha sollevato problemi. Su richiesta delle autorità cantonali, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori dovranno fornire gratuitamente i dati necessari per la valutazione dell'offerta di prestazioni. Il progetto incentiva la collaborazione, per esempio nel quadro della prevista commissione mista. Le parti e i Cantoni dovranno mettersi d'accordo sui dati necessari per la valutazione dell'offerta e sulle modalità di trasmissione. In virtù dell'articolo 96 LAMal, il nostro Collegio ha la possibilità di emanare le disposizioni necessarie all'esecuzione della LAMal, il che ci permetterà di reagire a eventuali blocchi. Precisiamo che la Confederazione pubblicherà i dati di cui dispone, il che permetterà ai Cantoni d'integrare anche queste informazioni nell'attuazione della riforma.

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

### 1.3 Valutazione della soluzione proposta

In passato il Parlamento e il nostro Collegio hanno esaminato vari progetti che avrebbero potuto influire sull'offerta dei fornitori di prestazioni nel settore ambulatoriale. Le discussioni sulla revisione parziale della LAMal relativa alla libertà di contrarre<sup>11</sup> si sono tuttavia scontrate con la decisione delle Camere federali di non entrare in materia<sup>12</sup>, mentre la revisione parziale della LAMal relativa al Managed Care<sup>13</sup> è stata respinta dal Popolo il 17 giugno 2012<sup>14</sup>. Le soluzioni ipotizzabili sono state descritte in diversi interventi parlamentari. L'Ufficio federale della sanità pubblica le ha raggruppate in modo da sottoporle ai principali partner in occasione delle due tavole rotonde organizzate dal Dipartimento federale dell'interno.

#### *Libertà di contrarre*

La libertà di contrarre consiste nel lasciare scegliere ai fornitori di prestazioni e agli assicuratori i propri partner contrattuali. Per poter esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, i fornitori di prestazioni devono aver stipulato un contratto con uno o più assicuratori. L'idea alla base di questo modello è che sia la domanda a determinare la necessità di aumentare o ridurre l'offerta in una

<sup>10</sup> RS **942.20**

<sup>11</sup> FF **2004** 3865

<sup>12</sup> Boll. Uff. **2008** S 1044 e Boll. Uff. **2010** N 1056

<sup>13</sup> FF **2004** 4951

<sup>14</sup> FF **2012** 6865

specializzazione o in una regione. Sono state proposte diverse varianti di questo modello, con l'aggiunta di criteri per regolamentare il mercato.

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

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

### *Differenziazione delle tariffe*

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

Nella pratica, tuttavia, è poco probabile che una differenziazione delle tariffe consenta di generare un'offerta di qualità elevata. È infatti difficile fissare il prezzo «giusto» di una prestazione in una regione ed esso va riveduto regolarmente in funzione dell'evoluzione dell'offerta, il che crea una grande insicurezza per i fornitori di prestazioni. Tra l'altro questi ultimi non tengono conto soltanto del criterio finanziario quando decidono dove esercitare la loro attività: il contesto sociale, l'obbligo di partecipare ai servizi di pronto soccorso, le condizioni di vita o la possibilità di lavorare a tempo parziale sono fattori altrettanto importanti delle tariffe applicabili. L'aumento delle tariffe dovrebbe quindi essere molto consistente a fronte degli altri fattori per indurre i fornitori di prestazioni a essere più flessibili e soprattutto più mobili. Inoltre devono essere rispettati i principi della LAMal, vale a dire che la tariffa può coprire al massimo i costi della prestazione comprovati in modo trasparente (art. 59c cpv. 1 lett. a dell'ordinanza del 27 giugno 1995<sup>15</sup> sull'assicurazione malattie [OAMal]). Inoltre, per stabilire se una tariffa è economica, l'autorità preposta alla sua approvazione deve verificare se copre al massimo i costi necessari per la fornitura efficiente delle prestazioni (art. 59c cpv. 1 lett. b OAMal). Infine, in ossequio al principio dell'economicità, i costi del sistema devono restare sostenibili per gli assicurati. Sul fronte dei pazienti e dei fornitori di prestazioni, una differenziazione creerebbe incentivi indesiderati. Infatti, se le cure fossero più costose nelle regioni periferiche che in quelle urbane, i pazienti sarebbero indotti a farsi curare in città, il che squilibrerebbe il mercato. Lo scopo non è di aumentare la

<sup>15</sup> RS 832.102

mobilità dei pazienti, dal momento che la riforma mira innanzitutto a garantire a ciascuno un'offerta ottimale, indipendentemente dalla regione in cui vive.

Oltre a ciò, abbiamo sottolineato a più riprese che un aumento del valore del punto tariffale basato unicamente su un obiettivo di politica regionale non è conforme al principio dell'economicità su cui si fondano tutte le tariffe delle prestazioni finanziate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

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

#### *Regolamentazione delle autorizzazioni*

In origine, la regolamentazione delle autorizzazioni era una proposta formulata congiuntamente dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità e dalla Federazione dei medici svizzeri. Questa proposta, che è alla base del presente messaggio, intendeva allontanarsi dal concetto di «blocco delle autorizzazioni» per ritornare a quello di regolamentazione da parte dei Cantoni per rispondere meglio alle realtà locali dell'offerta.

Sulla scorta delle discussioni condotte in occasione delle tavole rotonde, abbiamo adeguato il modello proposto, in modo da rafforzare il consenso e migliorare al tempo stesso il progetto.

## **1.4 Procedura di consultazione**

La procedura di consultazione – nel quadro della quale sono stati interpellati i Cantoni, i partiti politici, le associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, le associazioni mantello nazionali dell'economia e altri ambienti interessati – si è svolta dal 20 giugno al 10 ottobre 2014.

I partiti di centro, il Partito socialista e alcune organizzazioni di fornitori di prestazioni (ergoterapisti, levatrici, chiropratici) sono sostanzialmente favorevoli al progetto, mentre la maggior parte dei fornitori di prestazioni (inclusi gli ospedali), le assicurazioni, il PLR e l'UDC, le associazioni economiche e l'industria farmaceutica sono contrari. La Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità e la maggior parte dei Cantoni (salvo ZH e AG) sostengono il progetto riconoscendo la necessità di gestire strategicamente il settore, ma propongono anche adeguamenti in alcuni punti. Per loro, una soluzione duratura per la struttura del settore ambulatoriale è essenziale.

Alcuni partecipanti hanno proposto altre soluzioni, segnatamente quelle descritte al numero 1.3. Sono state criticate l'assenza di una valutazione delle precedenti varianti della limitazione delle autorizzazioni e l'insufficiente distanza rispetto agli effetti della disposizione urgente in vigore. Considerate le divergenze sulla soluzione da adottare e sulle reali possibilità di raggiungere gli obiettivi mediante il controllo delle autorizzazioni, si constata che manca ancora un consenso sulle modalità d'intervento, nonostante gli sforzi del Dipartimento federale dell'interno per riunire attorno a un tavolo tutte le parti interessate e discutere insieme le grandi linee del progetto.

A prescindere dalle divergenze di fondo, si osserva che diverse disposizioni del disegno di revisione non hanno suscitato un'adesione totale. Due aspetti fondamentali sono stati rivisti sulla base dei risultati della consultazione e adeguati.

- La gestione strategica del settore ambulatoriale degli ospedali per mezzo di mandati di prestazioni è stata ritenuta complicata da attuare e l'obbligo di farvi ricorso è stato percepito come una disparità di trattamento rispetto al resto del settore ambulatoriale. Con la normativa proposta i Cantoni hanno pertanto la possibilità di strutturare il settore ambulatoriale degli ospedali, ma non sono obbligati a farlo.
- Dal canto nostro avevamo proposto di poter intervenire nella gestione strategica (più precisamente sui valori del punto tariffale) se l'offerta eccedentaria avesse avuto un impatto sui costi e se il Cantone non avesse adottato le misure del caso; questa competenza sussidiaria è però stata chiaramente respinta e quindi stralciata dal presente progetto.

Sulle altre soluzioni proposte manteniamo la nostra posizione (cfr. n. 1.3) e restiamo dell'avviso che la gestione strategica del settore ambulatoriale sia la soluzione migliore per tenere conto di situazioni sia di offerta eccedentaria sia di offerta insufficiente. La libertà di agire dei Cantoni e la presa in considerazione del parere delle parti interessate garantiscono l'applicazione ponderata e adeguata di una riforma che rafforzerà anche il federalismo. Segnaliamo infine che al presente messaggio sono state apportate alcune precisazioni in risposta alle osservazioni formulate durante la consultazione.

## **1.5 Adeguatezza dei mezzi richiesti**

La riforma proposta attribuisce ai Cantoni la competenza di intervenire: potranno così rispondere ai bisogni in modo specifico per evitare situazioni di offerta eccedentaria o insufficiente. I Cantoni non hanno tuttavia l'obbligo di intervenire, il che permette loro di tenere conto di situazioni specifiche ed evita regolamentazioni quando le circostanze non lo richiedono. Il progetto fa una netta distinzione tra le situazioni di offerta eccedentaria e quelle di offerta insufficiente. Ogni Cantone adotterà quindi unicamente le disposizioni necessarie e potrà differenziarle all'interno del proprio territorio e secondo i tipi di prestazione. Il disegno di revisione favorisce le collaborazioni garantendo soluzioni pragmatiche e consensuali, più accettate, e permette una migliore collaborazione al momento dell'attuazione. Da un lato i Cantoni devono coordinarsi, il che permette di tenere conto dell'insufficienza o dell'eccedenza dell'offerta nelle regioni a cavallo tra più Cantoni quando un'autorità prevede di adottare misure. Dall'altro i partner saranno fortemente coinvolti nei processi, sulla falsariga del modello della legislazione sulla sorveglianza dei prezzi, e saranno tenuti a trasmettersi reciprocamente i dati necessari. La revisione garantisce così che le misure saranno decise dopo consultazione delle parti interessate e sulla base di dati esaustivi. La normativa proposta soddisfa infine i principi della LAMal, segnatamente la garanzia di un'assistenza sanitaria di elevata qualità a prezzi il più possibile contenuti e la conformità ai criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità, nel pieno rispetto della competenza cantonale di assicurare l'offerta di cure. I vari elementi del progetto permetteranno quindi di migliorare l'offerta laddove necessario, garantendo al tempo stesso la flessibilità delle misure e il rispetto del quadro giuridico vigente.

## 1.6

### Diritto comparato e rapporto con il diritto europeo

Uno studio commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica sui modi di strutturare l'offerta nel settore ambulatoriale ha analizzato i sistemi e le regolamentazioni nei 22 Paesi dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE)<sup>16</sup> e rilevato una notevole varietà di approcci. Vi sono grandi differenze in particolare a livello di organizzazione, finanziamento e strutturazione dell'offerta medico-sanitaria, mentre per quanto riguarda l'autorizzazione all'esercizio della professione si registrano importanti analogie.

#### *Autorizzazione all'esercizio della professione*

A differenza della Svizzera, dove l'obbligo di autorizzazione vige soltanto per i medici indipendenti, negli Stati esaminati tutti i medici devono disporre di un'autorizzazione o un riconoscimento all'esercizio della professione. Nei diversi Paesi, le condizioni per ottenere l'autorizzazione o il riconoscimento sono molto simili (aver concluso una formazione medica universitaria di almeno sei anni, aver conseguito un titolo di perfezionamento, essere degno di fiducia e presentare le garanzie sanitarie necessarie all'esercizio della professione) poiché si fondano sulla direttiva 2005/36/CE<sup>17</sup> in cui sono definiti in modo unitario i requisiti minimi della formazione universitaria e del perfezionamento per gli Stati dell'Unione europea e dell'Associazione europea di libero scambio. Negli Stati esaminati, i medici stranieri provenienti da Paesi che applicano la libera circolazione delle persone sulla base del diritto europeo o di un accordo non soggiacciono ad alcuna limitazione giuridica dell'accesso al mercato oppure devono padroneggiare la lingua nazionale o una delle lingue nazionali (come in Svizzera). Per i medici provenienti da Stati terzi (con cui non è stato concluso un accordo sulla libera circolazione), alcuni Paesi impongono restrizioni sotto forma di esami complementari o requisiti supplementari in materia di esperienza professionale.

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

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

<sup>16</sup> Bernhard Rütscbe, Tomas Poledna, Philippe Gigaud, Nadja Flühler, *Studie: Angebotssteuerung im ambulanten Bereich – Insbesondere Rechtsvergleich der Zulassungsbedingungen von Ärztinnen und Ärzten zur Abrechnung zuzulasten einer (staatlichen) Krankenversicherung*, Lucerna, 2013. Lo studio, disponibile unicamente in tedesco, può essere consultato sul sito Internet dell'Ufficio federale della sanità pubblica all'indirizzo seguente: [www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch) > Temi > Assicurazione malattie > Revisioni dell'assicurazione malattie > Gestione strategica del settore ambulatoriale

<sup>17</sup> Direttiva 2005/36/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 settembre 2005, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, GU L 255 del 30.9.2005, pag. 22.

## *Struttura dell'offerta*

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

Gran parte dei Paesi dell'OCSE ha quindi adottato strumenti per la gestione strategica a lungo termine dell'offerta di prestazioni nel settore ambulatoriale. In particolare, tutti gli Stati limitrofi della Svizzera esaminati (Germania, Austria, Francia, Italia) hanno già introdotto sistemi per regolamentare sia il numero di medici autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione malattie, sia il volume di prestazioni che possono fornire a suo carico. Il presente disegno di revisione consentirà anche alla Svizzera di regolamentare il settore ambulatoriale.

### **1.7 Attuazione**

Per principio spetterà ai Cantoni determinare l'offerta in modo che non sia né eccedentaria né insufficiente. Se decideranno d'intervenire, saranno loro a occuparsi dell'attuazione delle misure. Se necessario potranno disciplinare il settore ambulatoriale degli ospedali nell'ambito della pianificazione ospedaliera, come già previsto dall'articolo 39 capoverso 2 LAMal, coordinandosi con gli altri Cantoni.

Il progetto definisce tuttavia il quadro:

- Se decideranno d'intervenire, i Cantoni dovranno istituire una commissione composta di rappresentanti degli assicurati, dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori. La legge definisce il ruolo della commissione e le parti che vi dovranno essere rappresentate, allo scopo segnatamente di armoniz-

zare la procedura tra i Cantoni. Riteniamo che ciascun partner disponga di conoscenze ed esperienze specialistiche proprie che potranno arricchire i lavori della commissione. Le difficoltà organizzative (molteplicità degli interlocutori, livello di organizzazione degli assicurati) saranno quindi ampiamente compensate dalla piattaforma di dialogo offerta ai partner e dalla maggiore adesione alla raccomandazione che sarà emanata. Siccome sarà possibile adottare misure distinte in funzione dei fornitori di prestazioni, la rappresentanza di questi ultimi in seno alla commissione potrà essere adattata caso per caso.

- Spetterà ai Cantoni decidere se limitare le autorizzazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o adottare misure di sostegno. A tal fine si baseranno su criteri di qualità come la partecipazione a programmi di qualità, a formazioni continue nell'ambito della garanzia della qualità, a servizi di pronto soccorso o a una rete di cure. Potendo essere applicati unicamente criteri compatibili con le regolamentazioni nazionali o internazionali, non è stato possibile tener conto di alcuni criteri proposti dai partner in occasione delle tavole rotonde. Ad esempio, esigere una pratica di tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto non sarebbe compatibile con la libera circolazione delle persone; né è necessario disciplinare nella LAMal la conoscenza di una lingua nazionale, poiché gli articoli 15 e 21 della legge del 23 giugno 2006<sup>18</sup> sulle professioni mediche (LPMed) lo prevedono già per il riconoscimento di un diploma estero o di un titolo di perfezionamento estero<sup>19</sup>. L'organo competente della Confederazione verifica tali conoscenze nell'ambito della procedura di riconoscimento dei diplomi. Se non è necessario un riconoscimento del diploma, spetta all'istituzione che intende assumere la persona (ad es. un ospedale) verificare che le conoscenze linguistiche siano tali da permetterle di svolgere correttamente i compiti previsti. Per le professioni non universitarie, la definizione delle condizioni applicabili spetta ai Cantoni.
- L'assistenza sanitaria è di competenza dei Cantoni: in questo senso possono già adottare misure di sostegno. Riaffermare questa competenza nella LAMal permette tuttavia di non travisare l'obiettivo della riforma, che è appunto quello di garantire un'assistenza sanitaria adeguata e quindi di evitare situazioni di offerta eccedentaria o insufficiente di prestazioni. Occorre specificare in una disposizione che i Cantoni hanno la competenza di limitare le autorizzazioni e di adottare misure di sostegno. Queste ultime dovranno essere «appropriate», il che presuppone segnatamente il rispetto dei principi generali della LAMal, in particolare quello dell'economicità. Ogni misura proposta e adottata dalle autorità cantonali dovrà quindi sistematicamente essere accompagnata da una stima dell'impatto auspicato sulle prestazioni e sui costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Il nostro Collegio sarà chiamato a disciplinare singoli aspetti per via di ordinanza:

- Se decideranno di regolamentare l'offerta, i Cantoni dovranno innanzitutto determinare l'offerta adeguata. La procedura dovrà essere verificabile e basata su dati affidabili. Saremo pertanto incaricati di fissare criteri e prin-

<sup>18</sup> RS **811.11**

<sup>19</sup> La padronanza di una lingua nazionale è discussa in Parlamento nel quadro delle deliberazioni sul disegno di modifica della LPMed (13.060).

cipi metodologici minimi. Definiti in un'ordinanza dopo consultazione degli ambienti interessati, questi criteri saranno essenzialmente di natura qualitativa, basati da un lato sulla pratica vigente in ambito stazionario (p. es. l'accesso dei pazienti al trattamento entro un termine adeguato) e dall'altro su elementi che erano stati proposti nelle tavole rotonde (p. es. il volume di prestazioni). I Cantoni potranno definire criteri supplementari.

Dato che l'attuazione dell'articolo 55a LAMal riguarda essenzialmente il diritto federale, il Tribunale amministrativo federale era stato definito unica istanza abilitata a giudicare i ricorsi interposti contro le decisioni sulle domande di autorizzazione emanate dai governi cantonali o dalle autorità cantonali subordinate (art. 53 LAMal, DTF 134 V 45). Il presente progetto, pur fissando un determinato quadro giuridico, dà ai Cantoni la possibilità di legiferare per limitare le autorizzazioni (art. 40a). Se i Cantoni faranno uso di questa competenza, le decisioni sull'applicazione saranno emanate sulla base del diritto cantonale. Un ricorso interposto unicamente davanti al Tribunale amministrativo federale non permetterebbe di garantire l'accesso a un'autorità giudiziaria esercitante un controllo pieno e completo di diritto e di fatto (art. 29a della Costituzione federale [Cost.]). Il Tribunale amministrativo federale, avendo un potere d'esame limitato alla violazione del diritto federale (art. 49 della legge federale del 20 dicembre 1968<sup>20</sup> sulla procedura amministrativa), non potrebbe controllare la corretta applicazione del diritto cantonale. Per questo motivo si apriranno le vie legali ordinarie (istanze cantonali, Tribunale federale). Le misure di sostegno secondo l'articolo 40b saranno soggette alle medesime regole di procedura: le vie legali saranno così le stesse di quelle vigenti per le misure di sostegno che i Cantoni possono adottare già oggi. Come previsto all'articolo 53 capoverso 1 LAMal, le decisioni cantonali sull'attività degli ospedali nel settore ambulatoriale potranno tuttavia essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale.

## **1.8 Interventi parlamentari**

Numerosi interventi parlamentari chiedono che sia modificata la legislazione concernente il settore ambulatoriale allo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

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

Questa mozione, depositata dal consigliere nazionale Jürg Stahl, ci incarica di sottoporre al Parlamento le modifiche di legge necessarie per introdurre la libertà di contrarre a partire da una determinata densità di medici. Il Consiglio nazionale l'ha accolta il 10 settembre 2014 con 128 voti a favore, 58 contrari e 2 astensioni, mentre il Consiglio degli Stati non l'ha ancora trattata. Il 26 settembre 2012 quest'ultimo aveva respinto una mozione analoga (12.3638 «LAMal. Introdurre la libertà di contrarre», depositata dal consigliere agli Stati Felix Gutzwiller) che ci incaricava di presentare una revisione che introducesse la libertà di contrarre per i medici specialisti, con prescrizioni minime volte a garantire la quantità e la qualità dell'offerta di cure. Questa mozione prevedeva per i medici la possibilità di esercitare nel settore ambulatoriale privatamente, senza contratto con un assicuratore-malattie. I modelli

<sup>20</sup> RS 172.021

che prevedono la libertà di contrarre limitata dalla densità di medici o limitata agli specialisti e prescrizioni minime relative alla densità e alla qualità sono stati sottoposti ai partner in occasione delle tavole rotonde menzionate al numero 1.1. Soltanto pochi sono tuttavia disposti a strutturare il settore ambulatoriale per mezzo della libertà di contrarre. I pro e i contra descritti (cfr. n. 1.3) mostrano chiaramente che la libertà di contrarre non permetterebbe di migliorare la qualità dell'offerta alle condizioni di mercato vigenti.

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

Questo postulato, depositato dal consigliere nazionale Ignazio Cassis, ci incarica di esaminare se per disciplinare il rilascio di autorizzazioni per l'apertura di nuovi studi medici un sistema di aste potesse rappresentare un'alternativa valida alla limitazione delle autorizzazioni praticata sinora. Come da noi proposto, il Consiglio nazionale l'ha accolto il 14 dicembre 2012. In questo modello, nel quadro di un'asta olandese «invertita» (ossia un'asta in cui il prezzo di vendita diminuisce fino a trovare un acquirente), un regolatore proporrebbe al corpo medico una tariffa TARMED più bassa e la aumenterebbe progressivamente fino a trovare un numero sufficiente di medici disposti a lavorare nella regione interessata alla tariffa concordata. Come ammesso dall'autore stesso del postulato, un sistema di questo tipo non risolverebbe il problema della domanda indotta da un'offerta di prestazioni mediche eccedentaria né consentirebbe di definire il numero ottimale di medici in una regione. Il modello dell'asta avrebbe comunque determinati vantaggi: nelle regioni con una forte densità di medici i costi diminuirebbero, mentre nelle regioni periferiche una tariffa TARMED più elevata potrebbe attirare un numero crescente di medici e contrastare così la minaccia di una loro penuria. In occasione della procedura di consultazione sulla reintroduzione della clausola del bisogno (condotta in forma di conferenza), diversi Cantoni (segnatamente ZH, TI e SG) hanno espresso il timore che i medici con uno studio proprio fossero indotti a venderlo al prezzo massimo per approfittare della forte differenza tra l'offerta e la domanda. In occasione della prima tavola rotonda, questo modello è stato presentato ai partner, che l'hanno rapidamente scartato. Considerando le discussioni condotte e l'analisi delle eventuali conseguenze di tale soluzione (segnatamente l'insicurezza economica per i medici e i falsi incentivi), proponiamo al Parlamento di togliere dal ruolo il postulato.

*Postulato Rossini 12.3218 «Valutazione degli effetti della revoca del blocco degli studi medici»*

Depositato dal consigliere nazionale Stéphane Rossini e accolto dal Consiglio nazionale il 15 giugno 2012, il postulato ci incarica di procedere a una valutazione degli effetti della revoca del blocco degli studi medici (clausola del bisogno) sulla demografia medica nei Cantoni svizzeri. Il 23 maggio 2012 abbiamo proposto di accogliere il postulato; nel frattempo abbiamo tuttavia sottoposto al Parlamento il nostro messaggio del 21 novembre 2012<sup>21</sup> sulla reintroduzione temporanea dell'autorizzazione secondo il bisogno. Dato che il Parlamento ha approvato la nostra proposta e che la regolamentazione è nel frattempo entrata in vigore, la valutazione chiesta dall'autore del postulato non è più di attualità. Proponiamo dunque di togliere dal ruolo questo postulato nel rapporto «Mozioni e postulati dei Consigli legislativi 2014».

<sup>21</sup> FF 2012 8289

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

Questo postulato, depositato dal consigliere nazionale Ignazio Cassis e accolto dal Consiglio nazionale il 14 dicembre 2012, ci incarica di esaminare se un obbligo di esercitare in Svizzera in un centro di formazione riconosciuto per almeno tre anni prima di poter fatturare in proprio a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie fosse compatibile con la libera circolazione delle persone. Una regolamentazione del genere è stata inserita dal Parlamento nel nostro progetto relativo alla reintroduzione urgente e temporanea della limitazione delle autorizzazioni (art. 55a cpv. 2 LAMal). L'Amministrazione federale ha esaminato la questione nell'ambito dei dibattiti in Parlamento ed è giunta alla conclusione che l'articolo 55 della direttiva 2005/36/CE<sup>22</sup> vieta di condizionare a una pratica professionale preliminare oppure a una formazione supplementare l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione malattie per i medici in possesso di un titolo riconosciuto. Due pareri giuridici<sup>23</sup> hanno confermato che questa proposta è contraria alla libera circolazione delle persone, a prescindere dalla durata della pratica professionale richiesta. Alla domanda se una crescita incontrollata dei numeri RCC possa giustificare una deroga al principio della non discriminazione, la professoressa Astrid Epiney ha risposto confermando il parere dell'Amministrazione federale, ossia che un caso del genere non soddisfa i criteri che giustificano una situazione derogatoria. Per questa ragione rinunciamo a integrare questo criterio nel presente progetto. Viste le ricerche svolte e i pareri giuridici ricevuti, proponiamo al Parlamento di togliere dal ruolo il postulato.

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

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

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

<sup>23</sup> Astrid Epiney, *Vorübergehende Wiedereinführung der bedarfsabhängigen Zulassung frei praktizierender Ärzte in Jusletter*, 22 aprile 2013. Thomas Cottier e Rachel Liechti, *KVG-Teilrevision: zur Vereinbarkeit mit dem bilaterale Freizügigkeitsabkommen Schweiz-EU*.

*Art. 39 cpv. 1 lett. e*

Le discussioni preparatorie e la consultazione hanno mostrato che una gestione strategica delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale ospedaliero pone delle difficoltà, poiché la maggior parte degli ospedali sembra operare una distinzione ancora troppo poco precisa della quota di lavoro svolto dai medici nel settore ambulatoriale e in quello stazionario.

La nuova disposizione dà ai Cantoni la possibilità di disciplinare l'attività degli ospedali nel settore ambulatoriale nell'ambito della pianificazione ospedaliera. Come previsto al capoverso 2, i Cantoni coordinano le loro pianificazioni se necessario. La regolamentazione del settore ambulatoriale permetterebbe di definire meglio l'attività degli ospedali e migliorerebbe il coordinamento tra di essi e con il settore ambulatoriale extra-ospedaliero.

*Art. 40a*      Misure in caso di offerta eccedentaria*Cpv. 1*

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

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

*Cpv. 2*

I Cantoni possono tenere conto dei fornitori di prestazioni che esercitano o desiderano esercitare a tempo parziale, il che permette di strutturare in modo più dettagliato l'offerta di prestazioni. Possono inoltre fissare nell'autorizzazione un volume di prestazioni che uno o più fornitori di prestazioni che condividono la stessa autorizzazione non devono superare. Per l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, i Cantoni dovranno basarsi su criteri di qualità quali la partecipazione a un programma di qualità, a una rete di cure o a servizi di pronto soccorso, oppure lo svolgimento di formazioni specifiche nel settore della garanzia della qualità.

### *Cpv. 3*

La disposizione prevede un termine per utilizzare le nuove autorizzazioni, in modo da evitare una tesaurizzazione delle stesse che renderebbe inapplicabile una gestione strategica dell'offerta. Questo termine è ripreso dall'ordinanza del 3 luglio 2013<sup>24</sup> che limita il numero di fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e scade il 30 giugno 2016; i Cantoni potranno tuttavia prorogarlo. Intendiamo evitare che le autorizzazioni rilasciate restino bloccate e che i fornitori di prestazioni finiscano per decidere di non utilizzarle del tutto. L'obiettivo perseguito è che l'offerta di prestazioni reale corrisponda il più possibile all'offerta prevista.

### *Cpv. 4*

La possibilità, per il Cantone, di modificare o revocare la sua decisione di autorizzazione se l'attività di un fornitore di prestazioni diverge in misura sostanziale dalle condizioni costituisce uno strumento di controllo che finora non esisteva formalmente. Il Cantone potrà così adottare misure più o meno rigorose se constata che un fornitore di prestazioni non rispetta il volume di attività, la specializzazione particolare per cui ha ottenuto l'autorizzazione o qualsiasi altra condizione stabilita nella decisione. Un medico che è stato autorizzato come medico di base ma esercita l'oftalmologia, ad esempio, rischia di perdere l'autorizzazione o di vedersela convertita (p. es. con l'integrazione di un tasso di attività dedicato all'oftalmologia, a condizione che nel Cantone sussista tale bisogno).

### *Cpv. 5*

I diritti acquisiti dei fornitori di prestazioni saranno mantenuti nel Cantone o nei Cantoni in cui già esercitano a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La loro sicurezza economica è quindi garantita. Se da un lato è importante che chi pratica la professione e si è formato sulla base dei metodi più recenti possa accedere al mercato e apportarvi il proprio bagaglio di conoscenze innovative, dall'altro occorre garantire la certezza del diritto ai fornitori di prestazioni che possono già avere effettuato investimenti ingenti sulla base del quadro legale vigente.

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

### *Cpv. 1*

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

### *Cpv. 2*

I Cantoni sono liberi di subordinare le misure di sostegno a condizioni. A tal fine dovranno basarsi su criteri di qualità quali la partecipazione a un programma di qualità, a una rete di cure o a servizi di pronto soccorso, oppure lo svolgimento di formazioni specifiche nel settore della garanzia della qualità. Potranno anche vincolare le misure di sostegno a un volume di attività predefinito.

<sup>24</sup> RS 832.103

*Cpv. 1*

Un'offerta eccedentaria o insufficiente può verificarsi non soltanto sull'insieme del territorio cantonale, ma anche in una regione. La nozione di regione non viene definita, così da lasciare ai Cantoni un maggiore margine di manovra. Essi dovranno tenere conto non solo dei fornitori di prestazioni che lavorano in uno studio medico o in un istituto che dispensa cure ambulatoriali ai sensi dell'articolo 36a LAMal, ma anche dell'attività degli ospedali nel settore ambulatoriale, che potrà essere definita nell'ambito dei contratti di prestazioni (art. 39 cpv. 1 lett. e). Contrariamente alla precedente limitazione delle autorizzazioni, non sarà il nostro Collegio a fissare il numero massimo di fornitori di prestazioni per regione e specializzazione.

*Cpv. 2*

La legge volutamente non definisce in modo univoco l'offerta adeguata. I Cantoni potranno così definirla sul loro territorio, in funzione segnatamente delle peculiarità regionali (città-campagna, accessibilità, lingua ecc.). Tuttavia, per garantire che l'offerta adeguata sia determinata in modo trasparente e uniforme, stabiliremo per via di ordinanza i criteri minimi e i principi metodologici supplementari. Alcune disposizioni saranno definite in analogia alle disposizioni che disciplinano la pianificazione del settore ospedaliero. I Cantoni dovranno ad esempio basarsi su una procedura trasparente, su dati statistici fondati e su confronti. Dovranno essere applicati anche altri criteri, come l'accesso dei pazienti al trattamento entro un termine adeguato e il volume delle prestazioni. I Cantoni potranno applicare criteri supplementari in funzione delle loro specificità.

*Cpv. 3*

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

*Cpv. 4*

Per garantire alle principali parti interessate il diritto di essere sentite, il Cantone che intende avvalersi della nuova competenza introdotta nella legge deve istituire una commissione mista, composta almeno di rappresentanti delle associazioni degli assicurati, dei fornitori di prestazioni (in particolare dei fornitori di prestazioni interessati dalle misure) e degli assicuratori. I Cantoni beneficiano di un certo margine di libertà nel disciplinare l'organizzazione formale della commissione. Come nella pratica vigente in materia di sorveglianza dei prezzi, i Cantoni dovranno consultare formalmente la commissione prima di emanare una decisione sia sulla determinazione dell'offerta adeguata sia sull'adozione di misure. Essi dovranno sottoporle anche stime dell'impatto delle misure previste sui costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Nella sua decisione, il Cantone dovrà tenere adeguatamente conto della raccomandazione della commissione; qualora se ne discostasse, dovrà motivare la propria decisione. Questa disposizione garantisce che gli ambienti interessati saranno consultati correttamente e che il Cantone terrà conto in modo trasparente della loro raccomandazione. Riunire tutti gli ambienti interessati in una commissione permette di elaborare misure consensuali e di lavora-

re con maggiore trasparenza, il che dovrebbe contribuire a evitare situazioni di blocco.

*Cpv. 5*

Gli assicuratori e le loro associazioni, come pure i fornitori di prestazioni e le loro associazioni dovranno mettere gratuitamente a disposizione del Cantone che lo richiede tutti i dati necessari per determinare l'offerta adeguata e per attuare e monitorare le misure. Questi dati andranno ad aggiungersi a quelli pubblicati dalla Confederazione e permetteranno di stimare l'impatto delle misure previste sui costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Secondo quanto previsto dall'articolo 96 LAMal, disponiamo anche della competenza di precisare, per via di ordinanza, la trasmissione dei dati necessari per determinare l'offerta adeguata e attuare le misure, nel caso in cui le parti interessate non riescano ad accordarsi del tutto o si accordino solo in parte.

### **3 Ripercussioni**

#### **3.1 Ripercussioni per la Confederazione**

Le misure previste in caso di offerta eccedentaria devono contribuire a frenare l'aumento dei costi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e quindi a ridurre l'aumento dei premi pagati dagli assicurati, segnatamente poiché limitano la domanda indotta da una sovraccapacità. Esse dovrebbero concorrere anche a contenere l'aumento dei sussidi erogati dalla Confederazione ai Cantoni in virtù dell'articolo 66 capoverso 2 LAMal per la riduzione dei premi degli assicurati di condizioni economiche modeste. Dato che sono a carico dei Cantoni, le misure di sostegno previste in caso di offerta insufficiente non avranno invece alcun effetto sui sussidi concessi dalla Confederazione.

#### **3.2 Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni, per le città, gli agglomerati e le regioni di montagna**

Le ripercussioni per i Cantoni sono già state espone in precedenza: essi sono liberi di attuare o meno le misure previste. Inoltre, dato che possono già gestire in modo strategico il settore ambulatoriale, l'attuazione della revisione proposta risulterà meno incisiva per i Cantoni che hanno preso disposizioni e che intendono mantenerle. Essi sono inoltre liberi di stabilire l'importo della loro partecipazione alla riduzione dei premi. È pertanto difficile prevedere le ripercussioni del presente progetto a livello cantonale. Per i Comuni, in particolare nelle regioni di montagna, l'attuazione di misure di sostegno efficaci in caso di offerta insufficiente contribuirà allo sviluppo economico, poiché sarà migliorata l'assistenza sanitaria a livello regionale.

### **3.3 Ripercussioni per l'economia**

Nel 2012, la quota del prodotto interno lordo destinata alla spesa sanitaria nel suo complesso è stata dell'11,5 per cento circa, oltre un terzo della quale imputabile all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; il 20 per cento di questi costi della salute è stato finanziato dallo Stato<sup>25</sup>. Le misure previste in caso di offerta eccedentaria potrebbero avere un lieve effetto sul contenimento dei costi. Come spiegato in precedenza, l'insediamento di fornitori di prestazioni potrebbe ripercuotersi positivamente sull'economia locale delle regioni periferiche in cui l'offerta è insufficiente. Queste ultime beneficerebbero infatti indirettamente degli effetti della limitazione delle autorizzazioni nelle zone con un'offerta eccedentaria e direttamente delle misure di sostegno.

### **3.4 Ripercussioni per la sanità e la società**

L'obiettivo principale della revisione proposta è un'assistenza sanitaria di elevata qualità che si traduce in una migliore ripartizione territoriale dell'offerta di prestazioni nel settore ambulatoriale. La possibilità di limitare l'autorizzazione di nuovi fornitori di prestazioni sull'insieme o su parte del territorio di un Cantone non ridurrà l'assistenza sanitaria o sociale a livello regionale. Questa misura è infatti adottata soltanto nel caso di un'offerta eccedentaria e non colpisce i fornitori di prestazioni che già esercitano sul territorio interessato. Per contro, i nuovi fornitori di prestazioni saranno indirettamente incentivati a insediarsi in regioni non toccate da una limitazione delle autorizzazioni. Inoltre l'attuazione delle misure previste in caso di offerta insufficiente li inciterà direttamente a insediarsi dove il Cantone ritiene necessario migliorare la densità dell'offerta sanitaria. L'offerta di prestazioni nelle regioni poco servite sarà quindi incrementata sia mediante la limitazione delle autorizzazioni sia mediante le misure di sostegno, senza che ciò peggiori la situazione delle altre regioni.

## **4 Programma di legislatura e strategie nazionali del Consiglio federale**

Il progetto non è stato annunciato né nel messaggio del 25 gennaio 2012<sup>26</sup> sul programma di legislatura 2011–2015 né nel decreto federale del 15 giugno 2012<sup>27</sup> sul programma di legislatura 2011–2015. Esso è parte integrante della strategia globale «Sanità2020» (cfr. n. 1.1), dato che consentirà di raggiungere l'obiettivo 4.2, ossia migliorare la gestione strategica della politica sanitaria, segnatamente nel settore ambulatoriale (ma anche in quello ospedaliero), permettendo per esempio ai Cantoni di reagire a un'offerta eccedentaria o insufficiente. Se l'attuale articolo 55a LAMal ha permesso di raggiungere temporaneamente l'obiettivo, il presente progetto intende fornire una soluzione duratura. Precisiamo che quest'ultimo è uno dei dieci obiettivi prioritari della strategia «Sanità2020» e che è stato ripreso negli obiettivi 2014 del nostro Collegio.

<sup>25</sup> Ufficio federale di statistica, Statistiche della salute 2014, Neuchâtel 2014

<sup>26</sup> FF 2012 305

<sup>27</sup> FF 2012 6413

## **5 Aspetti giuridici**

### **5.1 Costituzionalità e legalità**

Il presente disegno di revisione si fonda sull'articolo 117 Cost., che conferisce alla Confederazione un'ampia competenza in materia di organizzazione dell'assicurazione malattie.

L'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non sottostà alla libertà economica giusta l'articolo 27 Cost. All'occorrenza, la libertà economica garantisce essenzialmente che le limitazioni dell'autorizzazione succitata poggino su criteri che tengono adeguatamente conto dei principi della parità di trattamento dei concorrenti<sup>28</sup>. La possibilità di limitare le autorizzazioni in caso di offerta eccedentaria, di stabilire condizioni per l'autorizzazione e di ritirare un'autorizzazione devono quindi rispettare la parità di trattamento dei concorrenti. La revisione proposta fornisce una base legale formale chiara che permette di dare a questa limitazione un fondamento giuridico rispettoso di questo principio. Il Tribunale federale ha per altro ritenuto in passato che l'articolo 117 Cost. potesse essere considerato una base costituzionale implicita per un'eventuale clausola del bisogno<sup>29</sup>.

Le misure proposte sono conformi al principio di proporzionalità, poiché dovranno basarsi su una valutazione precisa del fabbisogno, potranno essere differenziate secondo il bisogno e non impediranno ai fornitori di prestazioni interessati di esercitare la loro professione, dato che la situazione in materia di offerta varia fortemente sul territorio svizzero. Il principio della fiducia è garantito, poiché i fornitori di prestazioni autorizzati a praticare la professione prima dell'introduzione di una limitazione manterranno questo loro diritto. Infine, il progetto non distorce la concorrenza, poiché i nuovi concorrenti non saranno esclusi in modo duraturo o del tutto dal mercato, ma avranno un accesso al mercato limitato o facilitato in base a criteri predefiniti e trasparenti.

## **5.2 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera**

### **5.2.1 Il diritto dell'Unione europea**

Ai sensi dell'articolo 3 del Trattato sull'Unione europea<sup>30</sup>, l'Unione europea si prefigge di promuovere la giustizia e la protezione sociali. La libera circolazione dei lavoratori all'interno dell'Unione è sancita all'articolo 45 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea<sup>31</sup>. L'Accordo del 21 giugno 1999<sup>32</sup> tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALCP) è entrato in vigore il 1° giugno 2002; il suo obiettivo è segnatamente quello di conferire un diritto d'ingresso, di soggiorno, di accesso a un'attività economica dipendente e di stabilimento quale lavoratore

<sup>28</sup> DTF **130 I 26** consid. 4.5; **132 V 6** consid. 2.5.3 segg.

<sup>29</sup> DTF **130 I 26** consid. 6.2

<sup>30</sup> GU C 191 del 29.7.1992

<sup>31</sup> GU C 306 del 17.12.2007

<sup>32</sup> RS **0.142.112.681**

autonomo, così come il diritto di rimanere sul territorio delle parti contraenti, ai cittadini degli Stati membri della Comunità europea e della Svizzera (art. 1 lett. a ALCP). Secondo l'articolo 1 lettera d ALCP, inoltre, ai cittadini degli Stati membri della Comunità europea e della Svizzera devono essere garantite le stesse condizioni di vita, di occupazione e di lavoro di cui godono i cittadini nazionali. Conformemente all'allegato I ALCP, i cittadini di una parte contraente che soggiornano legalmente sul territorio di un'altra parte contraente non devono essere oggetto di alcuna discriminazione fondata sulla nazionalità (art. 2 ALCP) e il loro diritto di soggiorno e di accesso a un'attività economica deve essere garantito (art. 4 ALCP). Secondo l'articolo 7 lettera a ALCP, le parti contraenti devono quindi disciplinare in particolare il diritto alla parità di trattamento con i cittadini nazionali per quanto riguarda l'accesso a un'attività economica e il suo esercizio, nonché le condizioni di vita, di occupazione e di lavoro.

La libera circolazione delle persone richiede un coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale, come previsto all'articolo 48 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea. Il diritto dell'Unione europea non prevede tuttavia l'armonizzazione dei sistemi nazionali di sicurezza sociale, poiché gli Stati membri conservano la facoltà di determinare l'impostazione, il campo di applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei loro sistemi di sicurezza sociale. Il coordinamento dei sistemi nazionali di sicurezza sociale è attuato dal regolamento (CE) n. 883/2004<sup>33</sup> e dal relativo regolamento di applicazione n. 987/2009<sup>34</sup> che la Svizzera è tenuta ad applicare in virtù degli articoli 8 e 16 capoverso 1 e dell'allegato II ALCP.

## 5.2.2                                    **Gli strumenti del Consiglio d'Europa**

La Carta sociale europea del 18 ottobre 1961<sup>35</sup> è il pendant della Convenzione europea sui diritti dell'uomo<sup>36</sup> per i diritti economici e sociali. Il diritto alla sicurezza sociale è sancito all'articolo 12. La Svizzera ha firmato la Carta il 6 maggio 1976, ma non è vincolata da questo trattato, perché nel 1987 il Parlamento ha deciso di non ratificarlo.

La Carta sociale europea riveduta del 3 maggio 1996 aggiorna e adegua il contenuto della Carta del 1961<sup>37</sup>. Essa costituisce un trattato distinto e quindi non la abroga. Il diritto alla sicurezza sociale è ugualmente sancito all'articolo 12. La Svizzera non ha ratificato questo strumento.

Il Codice europeo di sicurezza sociale del 16 aprile 1964 è stato ratificato dalla Svizzera il 16 settembre 1977<sup>38</sup>. Il nostro Paese non ha tuttavia accettato la parte II relativa alle cure mediche, in cui sono garantite in particolare prestazioni mediche alle persone protette, in caso di stato morboso indipendentemente dalla causa e in caso di gravidanza. Il beneficiario può essere obbligato a contribuire alle spese delle

33    **RS 0.831.109.268.1**

34    **RS 0.831.109.268.11**

35    Il testo della Carta è pubblicato, in francese e inglese, sul sito del Consiglio d'Europa all'indirizzo seguente: <http://conventions.coe.int/treaty/fr/treaties/html/035.htm>

36    **RS 0.101**

37    Il testo della Carta è pubblicato, in francese e inglese, sul sito del Consiglio d'Europa all'indirizzo seguente <http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/Html/163.htm>

38    **RU 1978 1491**

cure mediche ricevute in caso di stato morboso e la durata delle prestazioni può essere limitata a 26 settimane per ciascun caso.

Il Codice europeo di sicurezza sociale riveduto del 6 novembre 1990 costituisce anch'esso un trattato distinto dal codice del 1964 e quindi non lo abroga. Il codice riveduto non è ancora entrato in vigore.

### 5.2.3 **Compatibilità del disegno con il diritto europeo**

Il settore ambulatoriale è strutturato in un modo o nell'altro in molti Paesi (cfr. n. 1.6); le disposizioni adottate devono rispettare le norme fissate dagli Stati a livello internazionale. Il diritto europeo stabilisce norme in materia di libera circolazione delle persone, senza tuttavia armonizzare i sistemi nazionali di sicurezza sociale. Gli Stati sono quindi liberi di regolamentare questi settori a loro discrezione. La compatibilità della precedente versione dell'articolo 55a LAMal con l'ALCP è d'altra parte stata oggetto di una decisione del Tribunale federale (DTF 130 I 26) che statuisce che le regolamentazioni emanate dal Consiglio federale sulla base dell'articolo 55a LAMal e dal Consiglio di Stato del Cantone di Zurigo per limitare l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non violano – per quanto possano essere esaminate in virtù dell'articolo 191 Cost. (consid. 2) – né l'ALCP (consid. 3), né la libertà economica (consid. 4–6) e neppure il dovere di reciproco riconoscimento dei diplomi (consid. 7), il principio della buona fede (consid. 8) e il diritto della protezione della vita privata e familiare (consid. 9). La compatibilità dell'attuale limitazione delle autorizzazioni nel settore ambulatoriale, entrata in vigore nel 2013, con l'ALCP e la Convenzione istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (AELS)<sup>39</sup> è tuttavia una questione controversa. La Svizzera si è impegnata nei confronti dei 28 Paesi membri dell'UE e dei Paesi membri dell'AELS (Norvegia, Islanda e Principato del Liechtenstein) in due accordi sulla libera circolazione ad autorizzare, tra l'altro, le persone che esercitano una professione medica a praticare senza discriminazioni. Ciò significa che i diplomi e gli attestati di qualifica professionale di queste persone devono essere riconosciuti dalla Svizzera e che deve essere loro garantito l'accesso al mercato interno. L'eccezione alla limitazione dell'autorizzazione prevista all'articolo 55a capoverso 2 LAMal (esenzione della prova del bisogno per i medici che hanno esercitato per almeno tre anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto) pregiudica unilateralmente la libera circolazione dei medici stranieri provenienti dall'UE o dall'AELS. In questo modo, per essere autorizzate a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le persone provenienti dall'UE o dall'AELS che hanno svolto il perfezionamento medico richiesto dagli accordi sulla libera circolazione in un centro straniero di perfezionamento riconosciuto devono aggiungere altri tre anni in un centro svizzero di perfezionamento nel medesimo settore di specializzazione. Questa condizione supplementare equivale a una discriminazione indiretta ed è quindi problematica sotto il profilo del diritto internazionale. Non soltanto è in conflitto con gli accordi sulla libera circolazione, ma è anche in contraddizione con il diritto costituzionale svizzero. La libertà economica obbliga in effetti lo Stato a trattare allo stesso modo i concorrenti diretti, ad esempio i medici svizzeri e quelli provenienti dall'UE o

<sup>39</sup> RS 0.632.31

dall'AELS. Secondo il Tribunale federale, è lo Stato a dover garantire che un'eventuale regolamentazione dell'accesso al mercato si fondi unicamente su criteri oggettivi e tenga debitamente conto dei principi della concorrenza (DTF 130 I 26 consid. 4.5 pag. 43). Per questi motivi, l'eccezione alla limitazione delle autorizzazioni prevista all'articolo 55a capoverso 2 LAMal non è stata ripresa nel presente progetto.

### **5.3 Delega di competenze legislative**

L'articolo 96 LAMal conferisce al nostro Collegio la competenza di emanare le disposizioni di esecuzione nel settore dell'assicurazione sociale malattie. Il presente disegno di revisione ci conferisce la facoltà di emanare disposizioni nel settore seguente:

- definizione dei criteri per la valutazione dell'adeguatezza dell'offerta di prestazioni nel settore ambulatoriale (art. 40c cpv. 1).

