

05.055

**Messaggio
concernente l'iniziativa popolare «sì al ribasso dei premi
delle casse malati nell'assicurazione di base»**

del 22 giugno 2005

Onorevoli presidenti e consiglieri,

vi sottoponiamo il messaggio concernente l'iniziativa popolare «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base», invitandovi a sottoporla al voto di Popolo e Cantoni con la raccomandazione di respingerla.

Il disegno di decreto federale corrispondente si trova in allegato.

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

22 giugno 2005

In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Samuel Schmid

La cancelliera della Confederazione, Annemarie Huber-Hotz

Compendio

Come indica il titolo, l'obiettivo principale dell'iniziativa popolare «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» è quello di ridurre i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

A tal fine l'iniziativa chiede l'adozione di un nuovo articolo costituzionale 117a e di una corrispondente disposizione transitoria (art. 197 n. 2). Le proposte modifiche del sistema svizzero dell'assicurazione contro le malattie sono le seguenti:

- l'assicurazione contro le malattie comprende l'assicurazione di base e l'assicurazione complementare; la prima è soggetta al diritto delle assicurazioni sociali, la seconda al diritto delle assicurazioni private;*
- l'assicurazione di base assume i costi delle prestazioni medico-sanitarie destinate al lenimento del dolore, alla cura e alla reintegrazione che sono appropriate ed economiche e la cui efficacia è riconosciuta dalla scienza;*
- gli assicuratori di base e i fornitori di prestazioni stipulano contratti di prestazione conformi alle esigenze degli assicurati;*
- gli assicuratori di base non possono detenere partecipazioni negli enti fornitori di prestazioni e viceversa;.*
- l'assicurazione di base è finanziata dai contributi della Confederazione e dei Cantoni e dai contributi degli assicurati. I contributi dei poteri pubblici non superano il cinquanta per cento dei costi. La Confederazione e i Cantoni versano i contributi direttamente agli assicuratori;*
- fino all'entrata in vigore del nuovo articolo 117a, tre anni dopo l'accettazione dell'iniziativa da parte del Popolo e dei Cantoni, gli assicurati possono assicurare presso il loro assicuratore di base, nell'ambito dell'assicurazione complementare e senza riserve, la differenza rispetto al precedente volume di prestazioni.*

Esaminate sotto il profilo dei quattro settori propri al sistema assicurativo, ossia gli elementi centrali, le prestazioni, il finanziamento e il contenimento dei costi, le misure proposte dagli autori dell'iniziativa per ridurre i premi delle casse malati nell'assicurazione di base sono fuorvianti. L'iniziativa prevede infatti di trasferire una parte dell'assicurazione sociale obbligatoria nel settore delle assicurazioni private facoltative, senza tuttavia precisare con chiarezza quali prestazioni dovrebbero essere trasferite. In tal modo essa mette gravemente in pericolo il carattere sociale dell'assicurazione svizzera contro le malattie senza offrire soluzioni al problema del contenimento dei costi.

Il Consiglio federale propone pertanto di respingere l'iniziativa popolare «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» senza controprogetto.

Il Consiglio federale considera come controprogetto indiretto all'iniziativa la riforma della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie, avviata nel 2004 e parzialmente già adottata. La riforma si prefigge espressamente di ottimizzare il contenimento dei costi nell'assicurazione sociale contro le malattie, ma con mezzi più appropriati e più efficaci rispetto a quelli proposti dall'iniziativa.

Messaggio

1 **Aspetti formali**

1.1 **Testo dell'iniziativa**

L'iniziativa popolare federale «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» ha il tenore seguente:

I

La Costituzione federale è modificata come segue:

Art. 117a Assicurazione contro le malattie (*nuovo*)

¹ L'assicurazione contro le malattie poggia:

- a. sull'assicurazione di base secondo il diritto delle assicurazioni sociali, la quale assume i costi delle prestazioni medico-sanitarie destinate al lenimento del dolore, alla cura e alla reintegrazione, sempreché tali prestazioni siano appropriate ed economiche e la loro efficacia sia riconosciuta dalla scienza;
- b. sull'assicurazione complementare secondo il diritto in materia di assicurazioni private.

² Gli assicuratori di base e i fornitori di prestazioni stipulano contratti di prestazione conformi alle esigenze degli assicurati.

³ Gli assicuratori di base non possono detenere partecipazioni negli enti fornitori di prestazioni e viceversa.

⁴ L'assicurazione di base è finanziata dai contributi della Confederazione e dei Cantoni, che insieme non superano il 50 per cento, e dai contributi degli assicurati.

⁵ La Confederazione e i Cantoni versano i contributi agli assicuratori di base.

II

Le disposizioni transitorie della Costituzione federale sono modificate come segue:

Art. 197 n. 2 (nuovo)

2. Disposizione transitoria dell'articolo 117a (Assicurazione contro le malattie)

Le disposizioni del nuovo articolo 117a entrano in vigore tre anni dopo la loro accettazione da parte del Popolo e dei Cantoni. Fino all'entrata in vigore della pertinente legislazione, il Consiglio federale emana mediante ordinanza le necessarie disposizioni esecutive. Fino all'entrata in vigore dell'articolo 117a gli assicurati possono assicurare presso il loro assicuratore di base, nell'ambito dell'assicurazione complementare e senza riserve, la differenza rispetto al precedente volume di prestazioni.

1.2 Riuscita

L'iniziativa popolare federale «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» è stata lanciata dall'Unione democratica di centro (UDC). È stata oggetto il 14 gennaio 2003 (FF 2003 378) di un esame preliminare della Cancelleria federale ed è stata depositata il 28 luglio 2004 corredata delle firme necessarie. Con decisione del 17 agosto 2004 (FF 2004 4195) la Cancelleria federale ha constatato che l'iniziativa popolare era formalmente riuscita con 101 226 firme valide.

1.3 Termine per la trattazione

L'iniziativa è presentata in forma di progetto elaborato; il Consiglio federale non intende opporre un controprogetto. Giusta l'articolo 97 capoverso 1 lettera a della legge federale del 13 dicembre 2002 sull'Assemblea federale (LParl; RS 171.10) il Consiglio federale ha pertanto tempo fino al 28 luglio 2005, ossia un anno dopo il deposito dell'iniziativa, per presentare alle Camere il messaggio con il disegno di decreto federale. Conformemente all'articolo 100 LParl, l'Assemblea federale decide in seguito, entro trenta mesi dal deposito dell'iniziativa, ossia entro il 28 gennaio 2007, se raccomandarne al Popolo e ai Cantoni l'accettazione o il rifiuto. Essa può prorogare di un anno il termine di trattazione se una Camera si pronuncia per un controprogetto o per un disegno di atto legislativo strettamente connesso all'iniziativa (art. 105 cpv. 1 LParl).

1.4 Validità

1.4.1 Unità formale

Giusta gli articoli 139 (vecchio) capoversi 2 e 3 e 194 capoverso 3 della Costituzione federale del 18 aprile 1999 (Cost.; RS 101), un'iniziativa popolare per la revisione parziale della Costituzione federale può rivestire esclusivamente la forma di proposta generica o progetto elaborato. Le forme miste non sono ammesse. La presente iniziativa «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» riveste la forma di progetto elaborato. Il principio dell'unità formale è pertanto adempiuto.

1.4.2 Unità materiale

Giusta gli articoli 139 (vecchio) capoverso 3 e 194 capoverso 2 Cost. un'iniziativa popolare per la revisione parziale della Costituzione federale può avere un solo oggetto. L'unità della materia è rispettata se tra le varie parti dell'iniziativa vi è un legame materiale. Tale principio intende evitare che un'iniziativa comprenda oggetti diversi senza alcun legame tra di loro sul piano materiale e serve a garantire la libera e autentica espressione della volontà popolare. L'iniziativa «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» si riferisce unicamente all'assicurazione contro le malattie e siccome gli elementi dell'iniziativa sono uniti da un legame materiale diretto essa rispetta la condizione dell'unità della materia.

1.4.3 Compatibilità dell’iniziativa con il diritto internazionale

Giusta gli articoli 139 capoverso 3 e 194 capoverso 2 Cost. un’iniziativa popolare che chiede la revisione parziale della Costituzione federale non può violare le disposizioni cogenti del diritto internazionale. L’iniziativa popolare «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell’assicurazione di base» non viola nessuna di queste disposizioni.

1.4.4 Attuabilità

La palese impossibilità di attuazione pratica di un’iniziativa rappresenta l’unico limite materiale posto alla revisione della Costituzione, limite peraltro non sancito per scritto ma applicato in virtù della prassi costante secondo cui le iniziative popolari di cui è provata la non attuabilità pratica non sono sottoposte al voto di Popolo e Cantoni. Le richieste dell’iniziativa «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell’assicurazione di base» sono tuttavia pienamente realizzabili sia dal punto di vista giuridico, sia da quello pratico.

L’iniziativa popolare «sì al ribasso dei premi delle casse malati nell’assicurazione di base» è pertanto valida.

2 Situazione iniziale

2.1 Legge del 18 marzo 1994 sull’assicurazione malattie: sintesi degli obiettivi e delle misure di riforma

A partire dagli anni Ottanta è divenuto sempre più evidente che la legge del 1911 sull’assicurazione malattie non rispondeva più alle esigenze di un sistema sanitario moderno. In un primo tempo quest’evoluzione ha giustificato, a partire dal 1991, il fatto di avvalersi del diritto di necessità e di emanare disposizioni, abrogate poi qualche anno dopo dalla legge federale del 18 marzo 1994 sull’assicurazione malattie (legge sull’assicurazione malattie [LAMal]; RS 832.10). Alla sua introduzione il 1° gennaio 1996 la LAMal perseguiva un triplice obiettivo, ossia:

- garantire a tutta la popolazione, grazie a un’assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l’accesso a cure sanitarie di qualità elevata (*obiettivo della copertura sanitaria e obiettivo della solidarietà*);
- alleggerire l’onere finanziario legato al pagamento dei premi per le persone in condizioni economiche modeste (*obiettivo della solidarietà*);
- contenere l’evoluzione dei costi nell’assicurazione malattie (*obiettivo del contenimento dei costi*).

A questi tre obiettivi principali corrispondono nella LAMal diverse misure di riforma relative ai settori propri del sistema assicurativo (malattie), ossia gli elementi centrali dell’assicurazione, le prestazioni, il finanziamento e il contenimento dei costi, che possono essere riassunte come segue:

2.1.1 Elementi centrali dell'assicurazione

Uno degli elementi costitutivi centrali è il regime obbligatorio introdotto con la LAMal, che ha eliminato le lacune manifeste di un'assicurazione facoltativa in termini sia di solidarietà che di concorrenza. Per quanto concerne l'obiettivo della solidarietà, il regime obbligatorio non ammette né l'esclusione di un assicurato in caso di ritardo nel pagamento dei premi, né l'introduzione di riserve assicurative per le malattie esistenti all'entrata in una nuova cassa, né graduazioni dei premi dopo l'età d'entrata. Inoltre al regime obbligatorio può essere attribuito un elemento concorrenziale avente un effetto moderatore sui costi, poiché il libero passaggio integrale degli assicurati – e di conseguenza la libertà di scegliere il proprio assicuratore – diviene realtà soltanto in un sistema obbligatorio nel quale gli assicurati devono essere accettati senza eccezione da tutti gli assicuratori.

2.1.2 Prestazioni

La legge del 1994 sull'assicurazione malattie ha introdotto il principio secondo il quale le prestazioni mediche sono rimborsate a priori a condizione di adempiere tre criteri: l'efficacia, l'adeguatezza e l'economicità (cfr. art. 32 LAMal). Non vi è dunque un catalogo esaustivo delle prestazioni mediche. Per le prestazioni non mediche (per es. la fisioterapia o la logopedia) si applica invece il principio della lista positiva: soltanto le prestazioni non mediche che figurano nelle liste delle prestazioni corrispondenti vengono rimborsate obbligatoriamente. La legge del 1994 ha inoltre colmato diverse lacune nell'ambito delle prestazioni. Questo concerne segnatamente le cure ospedaliere (nessuna limitazione temporale, assunzione dei costi per il soggiorno e dei costi legati alla riabilitazione prescritta da un medico), le cure (sia a domicilio, sia in una casa di cura), i mezzi e gli apparecchi diagnostici o terapeutici (assunzione dei costi fino ad un importo massimo), determinate prestazioni preventive (per es. vaccinazioni), le prestazioni di determinati fornitori di prestazioni diversi dai medici (per es. consulenza alimentare), nonché i trasporti (contributi alle spese di trasporto e di salvataggio).

2.1.3 Finanziamento

La LAMal ha mantenuto il principio dei premi individuali, indipendenti dal reddito, contenuto nella vecchia legge sull'assicurazione malattie (LAMI). Questi premi non sono però più calcolati sulla base dei gruppi di rischi (sesso ed età d'entrata, nonché assicurazioni collettive) e possono essere graduati soltanto per gruppi d'età (bambini, giovani adulti, adulti), per regioni e per forme di assicurazione (principio del premio unico). Questo sistema garantisce la solidarietà tra sani e malati, tra uomini e donne e tra giovani e vecchi. Tuttavia il finanziamento non prevede alcuna solidarietà tra assicurati benestanti e assicurati economicamente deboli. Di conseguenza i premi gravano maggiormente le persone e le famiglie con un reddito medio o basso rispetto a quelle con un reddito e un patrimonio elevati. Per questa ragione nella LAMal è stata introdotta una modifica di grande importanza sociale: le riduzioni dei premi a titolo individuale, contrariamente al sistema della LAMI che sussidiava le casse. In concreto i sussidi federali destinati alla riduzione individuale dei premi degli assicurati di condizioni economiche modeste sono concessi con decreto federa-

le. Per beneficiarne i Cantoni devono fornire un contributo globale corrispondente al 50 per cento dei sussidi federali ricevuti. I Cantoni fissano essi stessi le condizioni che danno diritto alla riduzione dei premi. In seguito a questa modifica legale, che le Camere federali hanno deciso nella sessione primaverile 2005, vanno ridotti prioritariamente i premi dei bambini e dei giovani adulti in formazione delle famiglie con reddito medio o basso.

Sulla scorta del loro obbligo costituzionale di garantire la copertura sanitaria, i Cantoni partecipano al finanziamento dei costi di gestione degli ospedali pubblici o sussidiati dai poteri pubblici, assumendone di regola anche i disavanzi e finanziandone gli investimenti. Inoltre i Cantoni e i Comuni versano contributi alle case di cura e alle organizzazioni delle cure medico-sanitarie e di aiuto a domicilio. Nel 2002 le spese totali per le prestazioni previste dalla LAMal sono ammontate a 24 348 milioni di franchi. L'assicurazione malattie obbligatoria ha finanziato 17 095,6 milioni sotto forma di premi, i Cantoni 7 252,4 milioni (compresi i costi degli investimenti) sotto forma di imposte. Inoltre 2 892 milioni di franchi sono stati versati dalla Confederazione (due terzi) e dai Cantoni (un terzo) sotto forma di riduzione dei premi degli assicurati di condizioni economiche modeste¹.

2.1.4 Contenimento dei costi

La LAMal prevede diversi strumenti volti a promuovere negli attori del sistema sanitario un atteggiamento cosciente nei confronti dei costi. Con la loro pianificazione ospedaliera i Cantoni devono ad esempio prevenire l'apparizione di nuove eccedenze di capacità e riassorbire le eccedenze di capacità esistenti nel settore ospedaliero, che genera costi ingenti. Il divieto di determinate forme di intese cartellistiche espone i partner tariffali a una maggiore concorrenza nell'ambito delle convenzioni tariffali e dovrebbe spingerli a ridurre i prezzi. Gli assicurati dal canto loro devono essere in grado di influenzare, per mezzo della scelta della franchigia, i costi a loro carico o a carico dell'assicurazione, accrescendo in tal modo la loro responsabilità. Optando a favore di un modello assicurativo alternativo che prevede una scelta limitata dei fornitori di prestazioni (secondo il principio del gatekeeping o della messa in rete dei fornitori di prestazioni), gli assicurati permettono di gestire in modo ottimale i trattamenti, di evitare le prestazioni superflue e di influenzare di conseguenza la quantità delle prestazioni fornite.

2.2 Valutazione del grado di realizzazione degli obiettivi della LAMal

Al fine di valutare il grado di realizzazione degli obiettivi della LAMal avevamo incaricato l'Amministrazione, già prima dell'entrata in vigore della legge, di procedere a un'ampia valutazione di quest'ultima, per evidenziare in particolare la qualità e l'economicità delle cure di base, nonché la politica sociale e la concorrenza. In seguito, tra il 1996 e il 2000, sono stati effettuati 25 studi scientifici relativi ad alcuni aspetti specifici della LAMal, le cui conclusioni sono state riprese in un rapporto di

¹ Ufficio federale della sanità pubblica, Statistica dell'assicurazione malattie obbligatoria 2002 e Ufficio federale di statistica, Statistica delle finanze pubbliche 2002.

sintesi pubblicato alla fine del 2001². Le conclusioni del rapporto in merito alla conformità della LAMal agli obiettivi fissati sono le seguenti:

- obiettivo della copertura sanitaria: l'analisi degli effetti mostra che la LAMal ha colmato le principali lacune, rendendo le prestazioni accessibili a tutti. La copertura sanitaria di base regge bene il confronto internazionale nonostante singole lacune (per es. nel settore della prevenzione e delle cure medicodentarie);
- obiettivo della solidarietà: l'auspicata solidarietà tra gli assicurati è stata rafforzata. L'obbligatorietà dell'assicurazione, il premio unico, il libero passaggio integrale e la compensazione dei rischi, ma anche la riduzione individuale dei premi (più per le categorie a reddito basso che per quelle con reddito medio) hanno contribuito a contrastare efficacemente la desolidarizzazione progressiva;
- obiettivo del contenimento dei costi: l'analisi degli effetti rivela che il terzo obiettivo della LAMal – il contenimento dei costi – non ha invece potuto essere raggiunto in modo soddisfacente. Anche se questo risultato, all'interno del sistema sanitario, è ascrivibile almeno in parte a fattori che non hanno un rapporto diretto con la LAMal (quali i progressi della tecnica medica o determinati effetti del benessere), dopo cinque anni si è dovuto constatare che la concorrenza tra gli assicuratori non è ancora sufficiente, che le organizzazioni di managed care stentano a prendere piede e che la pianificazione ospedaliera non ha ancora condotto agli auspicati risparmi sui costi.

2.3 La strategia di riforma del Consiglio federale e del Parlamento

2.3.1 La strategia di riforma in generale

Segnatamente nella seduta di riflessione del 22 maggio 2002 abbiamo ampiamente aderito alle conclusioni dell'analisi degli effetti della LAMal constatando che la vigente legge sull'assicurazione malattie aveva raggiunto gli obiettivi fissati dal legislatore per quanto concerne le prestazioni (catalogo completo) e il sistema (assicurazione obbligatoria con pluralità di assicuratori e premio unico), ma che i suoi strumenti di contenimento dei costi presentavano ancora lacune manifeste.

Questa constatazione ci ha spinti a definire una doppia strategia, di *consolidamento* per le prestazioni e per il sistema della LAMal, che si sono dimostrati validi, e di *ottimizzazione* per il settore (tuttora insoddisfacente) del contenimento dei costi, al fine di rafforzarne gli stimoli economici e di eliminare gli effetti perversi. Il problema dei costi nell'assicurazione malattie – tuttora irrisolto – è dovuto innanzitutto, a parer nostro, al fatto che il controllo della quantità delle prestazioni è insufficiente. Nelle soluzioni da noi proposte abbiamo messo l'accento sulle correzioni volte ad agire sul loro volume.

² Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Aspetti della sicurezza sociale, Analisi degli effetti della LAMal: rapporto di sintesi, Berna 2001.

2.3.2 Modalità di attuazione

In seguito alla bocciatura della 2ª revisione della LAMal nel dicembre 2003 abbiamo deciso che le tappe della riforma dovevano essere integrate in una strategia globale, ma separatamente, non nell'ambito di un progetto unico. Abbiamo pertanto proceduto a raggrupparle in pacchetti legislativi e abbiamo sottoposto al Parlamento sette messaggi le cui proposte erano volte a consolidare puntualmente il sistema vigente e a ottimizzare le misure volte a contenere i costi per mezzo di un rafforzamento degli incentivi economici. In riferimento ai singoli settori del sistema assicurativo, i diversi messaggi abordano le misure seguenti:

2.3.2.1 Elementi centrali dell'assicurazione

L'analisi degli effetti della LAMal mostra che il carattere obbligatorio dell'assicurazione, il premio unico, il libero passaggio integrale e la compensazione dei rischi, hanno chiaramente consentito di raggiungere gli obiettivi della copertura sanitaria e della solidarietà, per cui attualmente non è necessaria una riforma di fondo degli elementi centrali dell'assicurazione.

Siccome la compensazione dei rischi non è di massima più contestata, nella sessione autunnale 2004 le Camere federali hanno deciso di prorogarne per cinque anni – senza operare modifiche – il termine inizialmente limitato a dieci anni. Un postulato depositato durante la sessione invernale 2002 (02.3643 Po CSSS-CN/Compensazione dei rischi. Pool dei costi elevati) chiede al Consiglio federale di ristrutturare la compensazione dei rischi prendendo in considerazione modelli alternativi quali un pool dei costi elevati per le spese di cura a partire da un determinato importo annuo o per determinate categorie di pazienti, o una riassicurazione all'interno di una rete di medici. Si tratta di ottimizzare il sistema. Il nostro Collegio si è dichiarato disposto ad accogliere il postulato.

2.3.2.2 Prestazioni

Nonostante il «catalogo delle prestazioni» venga ripetutamente presentato nel dibattito politico quale fattore dell'aumento dei costi, l'elemento determinante per l'evoluzione dei costi non è il rimborso obbligatorio di una prestazione medica in sé, bensì piuttosto l'accumulo di applicazioni inadeguate nei singoli casi. Occorre citare segnatamente la struttura squilibrata dell'offerta, con un numero elevato di fornitori di prestazioni medici e non medici in alcune zone urbane mentre vi è una penuria di generalisti nelle zone rurali, le aspettative smisurate, alimentate talvolta appositamente, nei confronti della medicina, o semplicemente la prescrizione di prestazioni inadeguate (l'analisi delle cifre delle vendite e le inchieste condotte presso i medici nell'ambito di corsi di perfezionamento mostrano che le indicazioni raccomandate non sono sempre rispettate per determinati medicinali). La conclusione è dunque che è necessario intensificare gli sforzi attuali volti a ridurre il volume delle prestazioni non indicate dal punto di vista medico e quindi superflue (cfr. le diverse misure presentate al n. 2.3.2.4).

2.3.2.3 Finanziamento

Il sistema di finanziamento dell'assicurazione malattie per mezzo di premi individuali causa un onere notevole alle economie domestiche composte da più persone. Si trattava pertanto di ottimizzare il sistema di riduzione individuale dei premi prevedendo sgravi mirati per le famiglie. In tal modo il legislatore ha rinunciato al modello di obiettivo sociale differenziato³ da noi proposto nel messaggio del 26 maggio 2004 sulla riduzione dei premi (FF 2004 3869) e, durante la sessione primaverale 2005, ha deciso che in futuro⁴, per i redditi bassi e medi, i Cantoni dovranno ridurre di almeno il 50 per cento i premi per i bambini e i giovani adulti in formazione.

2.3.2.4 Contenimento dei costi

Nei pacchetti legislativi adottati nel 2004 abbiamo proposto diverse misure volte a influenzare il volume delle prestazioni fornite e della domanda corrispondente:

- *Incentivi volti ad aumentare l'efficienza nell'ambito del finanziamento ospedaliero*: nel messaggio del 15 settembre 2004 concernente la modifica della LAMal nell'ambito del finanziamento ospedaliero (FF 2004 4903), oltre al passaggio al finanziamento delle prestazioni proponiamo segnatamente, come misure volte ad aumentare l'efficienza, l'obbligo per i Cantoni di *definire una pianificazione comune nell'ambito della medicina altamente specializzata*.
- *Introduzione della libertà di contrarre*: al fine di frenare la crescita del volume delle prestazioni dovuto all'aumento del numero dei fornitori di prestazioni, nel messaggio del 26 maggio 2004 (FF 2004 3803) proponiamo, poggiandoci sui dibattimenti parlamentari relativi alla revisione fallita nel 2003, *l'introduzione della libertà di contrarre*. Vogliamo in tal modo rafforzare la concorrenza tra i fornitori di prestazioni della medesima professione nel settore ambulatoriale e salvaguardare il mercato dell'assicurazione obbligatoria dalle «pecore nere», ossia dai fornitori che offrono prestazioni non economiche o non di qualità. Con questo modello vogliamo inoltre diminuire l'eccesso di copertura ambulatoriale nei Cantoni, quando questa esiste. A tal fine intendiamo responsabilizzare i Cantoni costringendoli a definire un numero minimo di fornitori di prestazioni necessario per garantire la copertura dei bisogni di cure sanitarie della popolazione. Questa misura presenta il vantaggio di limitare il numero dei fornitori di prestazioni, incitando nel contempo quelli attivi sul mercato dell'assicurazione a fornire prestazioni di qualità ed economiche per avere una possibilità di accedere a questo mercato o di restarvi. Si tratterà inoltre di inasprire le sanzioni contro i fornitori di prestazioni indisciplinati, al fine di correggere o prevenire gli

³ Il modello proposto era caratterizzato dall'introduzione di un obiettivo sociale che prevedeva riduzioni scaglionate dei premi per famiglie e altri beneficiari di prestazioni. Ogni Cantone avrebbe dovuto definire almeno quattro categorie di redditi e concedere aiuti in modo tale che la partecipazione scaglionata delle famiglie fosse compresa al massimo tra il 2 e il 10% del loro reddito e quella degli altri assicurati al massimo tra il 4 e il 12% del loro reddito. I Cantoni avrebbero dovuto inoltre fissare redditi massimi per il diritto a una riduzione del premio.

⁴ La modifica della LAMal entrerà in vigore il 1° gennaio 2006. I Cantoni disporranno tuttavia di un periodo transitorio di un anno dopo la sua entrata in vigore per introdurre il nuovo sistema di riduzione dei premi.

abusi. Infine, dal profilo della copertura sanitaria, la pianificazione cantonale permetterà di influenzare la densità dell'offerta di prestazioni e di riequilibrare l'offerta eccessiva o al contrario insufficiente in determinate regioni o specialità.

- *Aumento della franchigia per gli adulti*: abbiamo inoltre proposto un aumento generale della franchigia per gli assicurati adulti dal 10 al 20 per cento (messaggio del 26 maggio 2004 concernente la revisione parziale della LAMal [partecipazione ai costi], FF 2004 3901). L'importo massimo della franchigia sarà inserito nella legge in cifre assolute. L'aumento della franchigia al 20 per cento deve essere accompagnato da un'estensione della competenza del nostro Collegio di ridurre o sopprimere, a livello di ordinanza, la partecipazione ai costi di determinate prestazioni, aprendo in tal modo la via ai modelli di partecipazione differenziata ai costi. Il Consiglio degli Stati in quanto prima Camera ha approvato questa proposta.
- *Promovimento del managed care*: nel messaggio del 15 settembre 2004 concernente la modifica della LAMal nel settore del managed care (FF 2004 4951) proponiamo anche di modificare le condizioni quadro destinate a promuovere i modelli di managed care e di definire nella legge la nozione di «rete di copertura sanitaria integrata». In queste reti di medici i fornitori di prestazioni assumono la responsabilità budgetaria convenuta con gli assicuratori. La proporzione nella quale il fornitore di prestazioni partecipa al rischio finanziario lo induce a lavorare nel modo più efficace possibile e in particolare a evitare le misure inutili o al contempo inutili e costose. Promuovendo forme particolari di assicurazione è possibile contenere i costi e accrescere l'efficacia mantenendo la qualità delle prestazioni.

3 Scopo e tenore dell'iniziativa

Come indica il titolo, l'obiettivo principale dell'iniziativa popolare «si al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» è quello di ridurre i premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

A tal fine l'iniziativa chiede l'adozione di un nuovo articolo costituzionale 117a e di una corrispondente disposizione transitoria (art. 197 n. 2 Cost.). Le proposte di modifica del sistema svizzero dell'assicurazione contro le malattie sono le seguenti:

- l'assicurazione contro le malattie comprende l'assicurazione di base e l'assicurazione complementare; la prima è soggetta al diritto delle assicurazioni sociali, la seconda al diritto delle assicurazioni private (art. 117a cpv. 1);
- l'assicurazione di base assume i costi delle prestazioni medico-sanitarie destinate al lenimento del dolore, alla cura e alla reintegrazione che sono appropriate ed economiche e la cui efficacia è riconosciuta dalla scienza (art. 117a cpv. 1 lett. a);
- gli assicuratori di base e i fornitori di prestazioni stipulano contratti di prestazione conformi alle esigenze degli assicurati (art. 117a cpv. 2);
- gli assicuratori di base non possono detenere partecipazioni negli enti fornitori di prestazioni e viceversa (art. 117a cpv. 3);

- l'assicurazione di base è finanziata dai contributi della Confederazione e dei Cantoni e dai contributi degli assicurati. I contributi statali non superano il cinquanta per cento dei costi. I contributi vengono versati direttamente agli assicuratori (art. 117a cpv. 4 e 5);
- fino all'entrata in vigore del nuovo articolo 117a, tre anni dopo la sua accettazione da parte del Popolo e dei Cantoni, gli assicurati possono assicurare presso il loro assicuratore di base, nell'ambito dell'assicurazione complementare e senza riserve, la differenza rispetto al precedente volume di prestazioni (art. 197 cpv. 2).

4 Valutazione dell'iniziativa

Le diverse misure che l'iniziativa popolare «si al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» ritiene adeguate per ridurre i premi dell'assicurazione obbligatoria possono essere esaminate sotto il profilo dei quattro settori propri del sistema dell'assicurazione:

4.1 Elementi centrali dell'assicurazione

Per ridurre i premi dell'assicurazione di base l'iniziativa propone di ridurre il campo d'applicazione. Essa prevede infatti di trasferire una parte dell'assicurazione sociale obbligatoria nel settore delle assicurazioni private facoltative.

Uno smantellamento delle prestazioni a carico dell'assicurazione malattie metterebbe in pericolo il suo carattere sociale. L'obbligatorietà dell'assicurazione è infatti il corollario della solidarietà su cui poggia l'assicurazione malattie. In un'assicurazione facoltativa le casse malati possono imporre riserve assicurative o prevedere premi diversi in funzione del sesso o a seconda dell'età, effettiva o d'entrata, degli assicurati; in un'assicurazione obbligatoria, invece, tutte le persone assicurate presso lo stesso assicuratore pagano gli stessi premi. Attualmente la distinzione tra assicurazione di base secondo la LAMal e assicurazione complementare secondo il diritto privato è ammissibile nella misura in cui l'assicurazione obbligatoria offre una gamma completa di prestazioni necessarie, mentre le assicurazioni facoltative rispondono a bisogni particolari di comfort per i quali dal profilo sociale non è necessaria una solidarietà. Se però, come chiede l'iniziativa, si limitasse l'obbligo di assicurarsi per quanto concerne le prestazioni necessarie, si ricadrebbe nelle lacune del vecchio diritto e si determinerebbe un'erosione della solidarietà tra malati e sani, tra giovani e anziani, tra donne e uomini.

4.2 Prestazioni

Nell'ambito delle prestazioni l'iniziativa propone tre misure volte a ridurre i premi dell'assicurazione di base:

4.2.1 Riduzione del catalogo delle prestazioni in generale

L'iniziativa non propone esplicitamente di ridurre le prestazioni coperte conformemente alla LAMal. Dal testo della disposizione transitoria risulta tuttavia implicitamente che prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sarebbero sostanzialmente ridotte o soppresse e che la loro copertura dovrebbe essere trasferita, almeno in parte, nel settore delle assicurazioni private. Logicamente il testo dell'iniziativa non specifica nemmeno le prestazioni o i settori di prestazioni che dovrebbero essere concretamente esclusi dall'assicurazione di base.

Per quanto concerne il catalogo delle prestazioni, riteniamo che determinante per l'evoluzione dei costi non sia il rimborso obbligatorio di una prestazione medica in sé bensì piuttosto l'accumulo di applicazioni inadeguate nei singoli casi (cfr. n. 2.3.2.4). Rifiutiamo pertanto qualsiasi smantellamento delle prestazioni coperte dall'assicurazione di base. Ammettiamo tuttavia che occorrerà rivedere le liste delle prestazioni esistenti e cancellare se necessario le prestazioni non più giustificate dal profilo dell'efficacia, dell'adeguatezza e dell'economicità. I corrispondenti lavori preparatori sono attualmente in corso in seno all'Amministrazione.

4.2.2 Esclusione delle misure di prevenzione e delle prestazioni in caso di maternità

Nella misura in cui limita la copertura nell'ambito dell'assicurazione di base ai costi delle «prestazioni medico-sanitarie destinate al lenimento del dolore, alla cura e alla reintegrazione», l'iniziativa sembra escludere tra l'altro le prestazioni in caso di maternità e le misure di prevenzione:

Se le prestazioni in caso di maternità venissero escluse, i controlli usuali della gravidanza e il parto costerebbero ai genitori tra 5000 e 10 000 franchi, e molto di più in caso di gravidanze a rischio (per es. gravidanza multipla) o di complicazioni durante il parto. Limitando le prestazioni dell'assicurazione malattie alle gravidanze o ai parti a rischio vi sarebbe il pericolo che vengano dichiarate a rischio anche le gravidanze di per sé normali, allo scopo di beneficiare delle prestazioni dell'assicurazione, il che porterebbe alla medicalizzazione della maternità.

Escludendo dalla copertura assicurativa le misure di prevenzione gli autori dell'iniziativa dimenticano che il 50 per cento dei costi dell'assicurazione malattie sono causati dall'8 per cento soltanto degli assicurati. Si tratta perlopiù di pazienti che soffrono di malattie croniche. È possibile in parte diagnosticare per tempo queste malattie e quindi trattarle con costi minori, prevenirle o ritardarne l'apparizione con misure medicamentose e non medicamentose adeguate. Un finanziamento insufficiente metterebbe invece in pericolo le misure preventive. È incontestabile che l'assicurazione malattie non può finanziare tutte le misure preventive immaginabili, bensì unicamente le misure mediche di prevenzione efficaci, adeguate ed economiche e che gli altri attori (quali la Confederazione, gli assicuratori malattie o l'istituzione di cui all'art. 19 segg. LAMal) mantengono un ruolo importante nell'ambito della prevenzione. È pertanto indispensabile che anche in futuro i modelli individuali di prevenzione che rientrano nel contesto medico sia perché necessitano di un'indicazione esatta, sia a causa delle loro eventuali conseguenze (per es. vaccinazioni, trattamenti medicamentosi dell'ipertensione arteriosa o di valori troppo alti di colesterolo, diagnosi precoce del cancro), possano essere finanziati dalla LAMal.

Escludere le prestazioni per la prevenzione medica dal campo delle prestazioni dell'assicurazione malattie significherebbe perdere una possibilità di ridurre l'onere di morbilità a lunga scadenza (e quindi i suoi costi per l'assicurazione malattie e per la società). La vaccinazione contro l'influenza ne è un esempio molto eloquente: analisi economico-sanitarie dimostrano che la vaccinazione delle persone di età superiore ai 65 anni permette di evitare complicazioni con in parte limitazioni funzionali durature e fa risparmiare importi ben più elevati rispetto ai costi delle vaccinazioni stesse.

4.2.3 Modifica dei criteri di assunzione dei costi

L'iniziativa propone di modificare le condizioni di assunzione dei costi nel modo seguente: la disposizione attuale «L'efficacia deve essere comprovata con metodi scientifici» verrebbe sostituita da «l'efficacia è riconosciuta dalla scienza». La differenza, che può apparire minima di primo acchito, può avere conseguenze importanti. Mentre la «dimostrazione dell'efficacia con metodi scientifici» esige un esame e una valutazione critica di tutti gli studi scientifici disponibili, metodo divenuto norma internazionale nell'ambito della rete di valutazione delle tecnologie sanitarie (*Health Technology Assessment*), il criterio «riconosciuto dalla scienza» significa soltanto che si interroga su un metodo il miglior esperto del ramo in Svizzera (e la sua valutazione potrebbe non superare un esame globale delle evidenze). Inoltre la dimostrazione dell'efficacia con metodi scientifici comprende, oltre all'efficacia potenziale (in inglese: *efficacy*), l'efficacia reale (*effectiveness*), che è il parametro determinante per l'assunzione dei costi, mentre il riconoscimento scientifico dell'efficacia rischia di limitarsi all'efficacia potenziale. La formulazione prevista dagli autori dell'iniziativa priverebbe della sua sostanza il concetto di efficacia.

4.3 Finanziamento

Senza tuttavia essere chiara su questo punto, l'iniziativa «si al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base» sembra continuare a fondarsi sui premi degli assicurati come fonte principale di finanziamento. Propone per contro due modifiche importanti nel finanziamento dell'assicurazione di base obbligatoria:

4.3.1 Meccanismi generali di finanziamento proposti dall'iniziativa

In modo simile al diritto vigente, l'iniziativa sembra fondarsi sui «contributi degli assicurati» come fonte principale di finanziamento dell'assicurazione di base. Non precisa però il modo in cui i premi dovrebbero essere calcolati. Non dice ad esempio se sarebbe mantenuto il sistema del premio individuale e unico. La mancanza di chiarezza dell'iniziativa in merito alle prestazioni, rispettivamente ai settori di prestazioni rientranti nell'assicurazione di base, crea incertezze anche per quanto concerne il finanziamento: siccome giusta il tenore dell'iniziativa è praticamente impossibile determinare il volume finanziario dell'assicurazione di base, non si possono valutare con precisione nemmeno le conseguenze finanziarie per i poteri pubblici, il cui contributo non potrebbe superare il 50 per cento dei costi dell'assicurazione di

base. Chiaro è soltanto che si dovrebbe in ogni caso ipotizzare una massiccia ridistribuzione finanziaria. Partendo dall'attuale volume dell'assicurazione di base (circa 17 miliardi di franchi all'anno) e dai contributi dei poteri pubblici attualmente disponibili per la riduzione individuale dei premi (circa 3,5 miliardi di franchi all'anno), si constata che l'iniziativa comporterebbe un aumento massiccio del contributo dei poteri pubblici o un importante trasferimento finanziario dell'assicurazione di base verso il settore delle assicurazioni complementari.

4.3.2 Sussidi dei poteri pubblici

L'iniziativa propone di rinunciare alla riduzione individuale dei premi degli assicurati di condizione economica modesta per tornare al sovvenzionamento delle casse malati previsto dal vecchio diritto.

All'epoca gli assicuratori ricevevano in effetti contributi dalla Confederazione a seconda della struttura dei rischi del loro effettivo. Siccome l'assicurazione malattie era facoltativa, i sussidi versati dai poteri pubblici alle casse contribuivano a garantire la solidarietà tra gli assicurati sani e gli assicurati malati o a rischio. Questo sistema garantiva premi bassi per tutti gli assicurati, indipendentemente dalla loro capacità finanziaria. A livello federale non era invece previsto un sovvenzionamento differenziato a seconda delle condizioni economiche degli assicurati.

L'introduzione della LAMal ha reso inutile il versamento di sussidi agli assicuratori. Infatti in un'assicurazione obbligatoria non è necessario garantire la solidarietà tra malati e sani per mezzo di contributi dei poteri pubblici. Il legislatore ha pertanto scelto di destinare i fondi pubblici a un sistema di sovvenzionamento mirato, conforme ai bisogni degli assicurati. Ha optato per la riduzione individuale dei premi, con la quale intendeva rispondere globalmente alla necessità sociale di garantire la solidarietà tra persone di condizione economica diversa, poiché il premio unico per assicuratore non tiene conto della capacità finanziaria degli assicurati.

Riteniamo la riduzione individuale dei premi uno strumento centrale della politica sociale svizzera. Essa ha convinto anche le Camere federali: nella sessione primaverile 2005 esse hanno infatti approvato importanti miglioramenti in favore della economie domestiche con bambini (cfr. n. 2.3.2.3). La sua efficacia sotto il profilo del rafforzamento della solidarietà è stata chiaramente dimostrata; rinunciarvi – e in più in favore di una soluzione che non tiene conto delle condizioni economiche degli assicurati – sarebbe del tutto contrario a uno degli obiettivi principali della LAMal.

4.3.3 Sistema di finanziamento monistico

Si può supporre che l'iniziativa aspiri a un sistema di finanziamento monistico nel quale i fornitori di prestazioni hanno un unico interlocutore in relazione all'assunzione dei costi. La discussione relativa a siffatto sistema di finanziamento è già stata avviata in Parlamento, indipendentemente dalla presente iniziativa. Nel messaggio del 15 settembre 2004 concernente la modifica della LAMal nell'ambito del finanziamento ospedaliero (FF 2004 4903) avevamo proposto di passare in un primo tempo al finanziamento duale delle prestazioni ospedaliere e di prevedere soltanto in seguito il passaggio a un sistema monistico. Tuttavia il Parlamento tratterà in maniera globale il finanziamento futuro delle prestazioni conformemente alla LAMal. In

L'iniziativa smantella l'assicurazione malattie sociale senza far progredire la questione dei costi. La strategia differenziata del nostro Collegio con la sua gamma di misure volte a ridurre le terapie non indicate medicalmente – e quindi a provocare effetti di contenimento dei costi senza ostacolare l'accesso a una medicina di qualità – è non soltanto più appropriata dal profilo della politica sociale, bensì anche molto più promettente per quanto concerne la riduzione dei premi rispetto all'iniziativa popolare «si al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base».

Proponiamo di respingere l'iniziativa popolare senza controprogetto. Un controprogetto diretto è superfluo vista la formulazione aperta della norma di competenza costituzionale in vigore (art. 117 Cost.). Non è necessario nemmeno un controprogetto indiretto poiché nel dibattito politico le revisioni della LAMal, in parte già concluse e in parte ancora in corso, possono essere considerate un controprogetto indiretto all'iniziativa, di cui perseguono lo stesso obiettivo, ma proponendo una soluzione molto più adeguata ed equilibrata.

Tavola sinottica: confronto tra la LAMal (diritto vigente e disegni di revisione in corso) e l'iniziativa popolare «si al ribasso dei premi delle casse malati nell'assicurazione di base»

	<i>LAMal (comprese le revisioni in corso)</i>	<i>Iniziativa</i>
<i>Elementi dell'assicurazione</i>	Accesso garantito alle prestazioni sanitarie grazie al regime obbligatorio.	Smantellamento del regime obbligatorio; trasferimento di alcune prestazioni nel settore delle assicurazioni complementari (di conseguenza premi proporzionali ai rischi e riserve assicurative per le malattie esistenti).
<i>Prestazioni</i>	Offerta completa di prestazioni	Smantellamento delle prestazioni (prevenzione, prestazioni in caso di maternità) o trasferimento nel settore delle assicurazioni complementari.
<i>Finanziamento</i>	Correzione sociale dei premi individuali attraverso il sistema di riduzione dei premi, che verrà strutturato in favore delle famiglie (decisione del Parlamento del marzo 2005).	Definizione imprecisa del contributo degli assicurati (premi) e di quello dei poteri pubblici; abbandono della riduzione individuale dei premi, ritorno al sovvenzionamento degli assicuratori malattie.
<i>Contenimento dei costi</i>	Rafforzamento degli strumenti destinati alla riduzione dei costi, per mezzo dell'adozione di misure specifiche nei seguenti settori sottoposti a revisione: <ul style="list-style-type: none"> – finanziamento ospedaliero – libertà di contrarre – partecipazione ai costi – reti di copertura sanitaria integrate. 	Assenza di nuovi approcci: le proposte dell'iniziativa sono già in discussione (libertà di contrarre) o irrealizzabili (divieto di detenere partecipazioni).