

99.072

**Messaggio
relativo all'iniziativa popolare
«per costi ospedalieri più bassi»**

dell'8 settembre 1999

Onorevoli presidenti e consiglieri,

Con il presente messaggio vi invitiamo a sottoporre al voto di popolo e Cantoni l'iniziativa popolare «per costi ospedalieri più bassi» con la raccomandazione di respingerla senza controprogetto.

Il disegno del relativo decreto federale si trova in allegato.

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

8 settembre 1999

In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Ruth Dreifuss

Il cancelliere della Confederazione, François Couchepin

Compendio

L'iniziativa popolare «per costi ospedalieri più bassi» chiede di modificare l'attuale articolo 34^{bis} capoverso 2 della Costituzione federale. L'iniziativa si prefigge, come già traspare dal titolo medesimo, di diminuire i costi ospedalieri e intende raggiungere questo obiettivo adottando quanto segue:

- *limitare il regime obbligatorio dell'assicurazione malattie unicamente alla degenza ospedaliera;*
- *offrire agli assicurati la possibilità di concludere l'assicurazione per degenze ospedaliere nel quadro della legge federale sull'assicurazione malattie e, indipendentemente da detta legge, presso istituti assicurativi privati sottoposti alla LSA;*
- *obbligare i Cantoni a provvedere, se necessario in collaborazione con altri Cantoni, affinché i loro abitanti abbiano a disposizione il numero di letti occorrente nei tre reparti: comune, semiprivato, privato;*
- *sopprimere la partecipazione ai costi da parte degli assicurati;*
- *fissare un'indennità di 250 franchi per giorno di degenza e per persona, indicizzati secondo l'indice dei prezzi al consumo, che l'assicurazione malattie o l'assicuratore privato dovrà versare ai Cantoni per la degenza dell'assicurato nel reparto comune dell'ospedale. Tale somma comprende tutte le prestazioni dell'ospedale (operazioni, medicinali, radiografie, trasporto del paziente all'ospedale, ecc.);*
- *se per ragioni mediche l'assicurato deve ricorrere ai servizi di un ospedale che si trova fuori del Cantone di domicilio, questo Cantone riceve dall'assicuratore l'indennità di 250 franchi, fermo stante che abbia la facoltà di stipulare un altro accordo con l'ospedale, rispettivamente con il Cantone interessato;*
- *per la degenza in un ospedale privato, l'assicuratore è tenuto a versare le indennità fissate per i Cantoni come contributo ai costi delle degenze ospedaliere.*

In linea di massima il Consiglio federale condivide gli obiettivi dell'iniziativa popolare in esame. È però del parere che i provvedimenti proposti siano inaccettabili dal punto di vista sociale e fiscale. Respinge l'iniziativa per i seguenti motivi:

- *la limitazione del regime obbligatorio dell'assicurazione malattie al solo settore ospedaliero indurrebbe i pazienti che non stipulassero assicurazioni facoltative a copertura delle prestazioni ambulatoriali o semiospedaliere a ricorrere in maggior misura, anche per piccoli interventi praticabili in ambito ambulatoriale o semiospedaliero, alle cure ospedaliere, con la conseguenza di uno spostamento di questi casi dai settori ambulatoriale e semiospedaliero, più vantaggiosi, verso il settore ospedaliero, più oneroso;*

-
- *offrendo agli assicurati la possibilità di stipulare un'assicurazione per la degenza ospedaliera con un assicuratore assoggettato alla LAMal o con un assicuratore privato al di fuori della LAMal, l'iniziativa mette in pericolo la solidarietà tra persone sane e persone malate. Infatti nella misura in cui l'assicuratore privato fosse esonerato da ogni onere sociale, sarebbe tentato di selezionare i rischi o introdurre riserve illimitate. Di conseguenza gli assicuratori non sarebbero più competitivi né attrattivi; la loro assicurazione ospedaliera che comprende una protezione sociale sarà già a breve termine finanziariamente insopportabile per gli stessi e per gli assicurati;*
 - *la proposta di limitare il premio assicurativo alla sola degenza ospedaliera nel reparto comune non risolve il problema del risparmio in ambito sanitario. Tale provvedimento non fa altro che trasferire ai poteri pubblici, cioè ai contribuenti, i costi dell'assicurazione malattie.*

Per questa ragione il Consiglio federale propone il rigetto dell'iniziativa.

Messaggio

1 Parte generale

11 Aspetti formali

111 Tenore dell'iniziativa

Il 10 settembre 1998 il Comitato d'iniziativa della Denner SA ha depositato un'iniziativa popolare federale «per costi ospedalieri più bassi» sotto forma di progetto già elaborato del seguente tenore:

I

La Costituzione federale è modificata come segue:

Art. 34^{bis} cpv. 2

² La stipulazione di un'assicurazione malattie non è obbligatoria, tranne per degenze ospedaliere.

L'assicurazione per degenze ospedaliere può essere stipulata nel quadro della legge federale sull'assicurazione malattie e, indipendentemente da detta legge, presso istituti assicurativi privati sottoposti alla legge sulla sorveglianza degli assicuratori. Con l'entrata in vigore dell'assicurazione privata cessa l'obbligo di pagare i premi alla cassa malati.

I Cantoni sono tenuti, se necessario in collaborazione con altri Cantoni, a provvedere affinché i loro abitanti abbiano a disposizione il numero di letti occorrente nei tre reparti: comune, semiprivato e privato.

Gli assicurati non devono pagare alcuna franchigia. Per la degenza dell'assicurato nel reparto comune dell'ospedale, i Cantoni ottengono dall'assicurazione malattie o dall'assicuratore privato, per giorno di degenza e per persona, incluse tutte le prestazioni dell'ospedale come operazioni, medicamenti, radiografie, trasporto del paziente all'ospedale ecc., 250 franchi indicizzati secondo l'indice dei prezzi al consumo.

Se, per ragioni mediche, l'assicurato deve ricorrere ai servizi di un ospedale che si trova fuori del Cantone di domicilio, questo Cantone riceve dall'assicuratore l'indennità di 250 franchi, fermo stante che abbia la facoltà di stipulare un altro accordo con l'ospedale, rispettivamente con il Cantone interessato.

Nella misura in cui gli assicurati siano degenti in ospedali privati, gli assicuratori sono tenuti a versare le indennità fissate per i Cantoni come contributo ai costi delle degenze ospedaliere.

II

Le *disposizioni transitorie* della Costituzione federale sono completate come segue:

Art. 24 (nuovo)

Le disposizioni di leggi o di ordinanze in contraddizione con l'articolo 34^{bis} capoverso 2 sono abrogate.

112 Riuscita

Con decisione del 14 ottobre 1998 la Cancelleria federale ha accertato che l'iniziativa popolare federale «per costi ospedalieri più bassi», depositata il 10 settembre 1998, aveva raccolto 106 776 firme valide e che era quindi formalmente riuscita (FF 1998 3930).

113 Termine di trattazione

Secondo l'articolo 29 capoverso 1 della legge sui rapporti fra i Consigli (LRC; RS 171.11) il nostro Collegio deve sottoporre un messaggio all'Assemblea federale al più tardi entro un termine di un anno dopo il deposito dell'iniziativa. Tale scadenza è quindi fissata per il 10 settembre 1999.

Qualora l'iniziativa popolare concerna una revisione parziale della Costituzione federale (RS 101 Cost.) e rivesta la forma di progetto già elaborato, l'Assemblea federale decide, entro un termine di 30 mesi dal deposito dell'iniziativa, se l'approva o no come presentata (art. 27 cpv. 1 della legge sui rapporti fra i Consigli). Questo termine è prorogato di un anno se il nostro Consiglio sottopone all'Assemblea federale un controprogetto o un atto legislativo in stretto rapporto con l'iniziativa popolare (art. 27 cpv. 5^{bis} della legge citata).

114 Ripercussioni della nuova Costituzione federale del 18 aprile 1999

In seguito all'accettazione della nuova Costituzione federale il 18 aprile 1999, il testo dell'iniziativa popolare «per costi ospedalieri più bassi» non potrà più recare la numerazione esistente finora (34^{bis} cpv. 2) bensì dovrà essere inserito nell'articolo 117 capoverso 2 della nuova Costituzione federale. Per contro il *testo* dell'iniziativa popolare non necessita *in casu* di alcun adeguamento redazionale (possibile di massima nell'ambito di quanto imposto dalle disposizioni previste nel capitolo III della nuova Costituzione federale).

12 Validità

121 Unità formale e materiale

Secondo l'articolo 121 capoverso 4 della Costituzione federale del 29 maggio 1874 (Cost.) un'iniziativa popolare può rivestire la forma di proposta generale o di progetto già elaborato. Forme miste non sono ammesse (art. 75 cpv. 3 della legge federale sui diritti politici; RS 161.1). Nella fattispecie l'unità formale è rispettata poiché l'iniziativa riveste la forma di progetto già elaborato.

L'articolo 121 capoverso 3 Cost. definisce l'esigenza dell'unità materiale: un'iniziativa che domanda una revisione parziale della Costituzione federale può avere per oggetto una sola materia. L'unità materiale è preservata se le singole parti dell'iniziativa sono intrinsecamente connesse (art. 75 cpv. 2 della legge federale sui diritti politici). La presente iniziativa rientra in questo ambito.

122 Attuabilità

Soltanto l'inattuabilità evidente di un'iniziativa popolare costituisce un limite materiale non scritto a una revisione costituzionale; né la Costituzione federale né una legge federale ravvisano nell'inattuabilità di un'iniziativa un motivo di nullità. Tuttavia la prassi e la dottrina sono d'accordo nell'affermare che i compiti non eseguibili non rientrano nel campo di attività dello Stato e che, in questo caso, sarebbe ragionevolmente superfluo indire una votazione popolare. Tuttavia, una prassi costante vuole che soltanto le iniziative manifestamente inattuabili siano sottratte al verdetto popolare. L'impossibilità di attuare un'iniziativa dal punto di vista giuridico o temporale o in seguito a difficoltà pratiche non è sufficiente per dichiararla nulla a causa della sua inattuabilità.

La presente iniziativa popolare non presenta alcun motivo di impedimento di questo genere.

2 Parte speciale

21 L'iniziativa in rapporto con il disciplinamento attuale

211 Scopi dell'iniziativa

L'iniziativa è volta soprattutto a modificare la Costituzione federale nel senso che la possibilità data alla Confederazione di dichiarare obbligatoria per tutti o per determinate cerchie di persone l'affiliazione all'assicurazione malattie, sia limitata al solo settore ospedaliero. L'iniziativa chiede ad ogni assicurato di stipulare un'assicurazione per degenza ospedaliera presso un'assicurazione malattie ai sensi della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) o, indipendentemente da detta legge, presso istituti assicurativi privati sottoposti alla legge del 23 giugno 1978 sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA; RS 961.01). Gli autori dell'iniziativa auspicano parimenti di ancorare nella Costituzione federale l'obbligo per i Cantoni di provvedere affinché i loro abitanti abbiano a disposizione il numero di letti occorrenti nei tre reparti: comune, semiprivato o privato. L'iniziativa mira peraltro ad esonerare gli assicurati da qualsiasi partecipazione ai costi in caso di ricovero ospedaliero e a contingentare la remunerazione dell'insieme delle prestazioni fornite in caso di ricovero nel reparto comune dell'ospedale. Infatti essa prevede che i Cantoni ricevano dall'assicurazione malattie o dall'assicuratore privato, per persona e per giorno di degenza nel reparto comune dell'ospedale, una somma forfettaria giornaliera di 250 franchi indicizzati secondo l'indice dei prezzi al consumo. Se per ragioni mediche l'assicurato deve ricorrere ai servizi di un ospedale che si trova fuori del Cantone di domicilio, questo Cantone riceve dall'assicuratore l'indennità di 250 franchi, fermo stante che abbia la facoltà di stipulare un altro accordo con l'ospedale, rispettivamente con il Cantone interessato. La stessa norma verrà applicata, salvo accordo speciale, ai ricoveri ospedalieri fuori Cantone per ragioni mediche. In caso di ricovero in un ospedale privato, gli assicuratori sono tenuti a versare le indennità fissate per i Cantoni come contributo ai costi per degenze ospedaliere.

212 Confronto con il vigente diritto federale

212.1 Confronto con il vigente articolo costituzionale

Nel suo tenore attuale l'articolo 34^{bis} Cost. istituisce la competenza e il mandato della Confederazione di legiferare in materia di assicurazione malattie sociale e infortuni nel senso che il Legislatore, ai sensi del capoverso 2, deve avere la facoltà di dichiarare obbligatoria per tutta la popolazione o per determinate cerchie di persone l'affiliazione a dette due assicurazioni. In occasione della revisione totale dell'assicurazione malattie nel 1994, il Legislatore ha fatto uso di questa possibilità per l'assicurazione malattie disponendo che le persone domiciliate in Svizzera sono obbligatoriamente assicurate contro le malattie. L'assicurazione infortuni è obbligatoria per tutti i lavoratori occupati in Svizzera dall'entrata in vigore, nel 1984, della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF; RS 832.20). A prescindere dalla relazione organica con le casse malati esistenti, l'articolo 34^{bis} Cost. lascia praticamente al Legislatore ampio margine di manovra nella strutturazione dell'assicurazione malattie e infortuni. Il sistema proposto dagli autori dell'iniziativa è compatibile con le vigenti disposizioni costituzionali dato che garantirebbe, mediante un'adeguata revisione della legislazione, di attuare le finalità dell'iniziativa. Anche se il nuovo capoverso 2 proposto dagli iniziatori non riprende la possibilità conferita al Legislatore di dichiarare obbligatoria l'assicurazione contro gli infortuni, riteniamo che tutto questo non incide sul suo carattere obbligatorio. Infatti il capoverso 1 dell'articolo 34^{bis} Cost., non interessato dall'iniziativa, rappresenta una base costituzionale sufficiente nella misura in cui lascia al Legislatore la libertà di scegliere il carattere facoltativo o obbligatorio delle due assicurazioni.

L'iniziativa propone inoltre di completare le disposizioni transitorie della vigente Costituzione federale (disp. trans. Cost.) con un nuovo articolo 24 che prevede l'abrogazione delle disposizioni di leggi o regolamentari in contraddizione con l'articolo 34^{bis} capoverso 2 Cost. Precisiamo che il testo dell'iniziativa non potrà più figurare sotto la numerazione attuale (art. 24 disp. trans. Cost.) bensì sotto l'articolo 197 Cost. La spiegazione è semplice: dal momento del deposito dell'iniziativa popolo e Cantoni, in occasione di votazioni popolari, hanno da un canto già approvato il complemento delle disposizioni transitorie della Confederazione con gli articoli 24 e 25 e, dall'altro, la nuova Costituzione federale il 18 aprile 1999 la quale rimedia totalmente la numerazione della vigente Cost.

212.2 Confronto a livello di legge

L'assicurazione malattie sociale è retta dalla LAMal, entrata in vigore il 1° gennaio 1996, che ha abrogato la legge federale del 13 giugno 1911 sull'assicurazione contro le malattie (LAMI). La LAMal comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione di indennità giornaliera facoltativa. L'assicurazione malattie sociale accorda prestazioni in caso di malattia, infortunio, per quanto non a carico di alcuna assicurazione infortuni, e maternità.

L'iniziativa propone disposizioni di livello costituzionale su aspetti attualmente trattati in ambito legislativo (scelta dell'assicuratore, categoria di assicurati, remunerazione del trattamento ospedaliero, ecc.) che vanno quindi considerate in rapporto con le vigenti disposizioni della LAMal. Le disposizioni dell'iniziativa sono esaminate sotto il numero 23 qui appresso.

Art. 34^{bis} cpv. 2 primo comma

L'iniziativa mira a limitare il regime obbligatorio dell'assicurazione malattie alla sola degenza ospedaliera. In altre parole nei settori semiospedaliero ed ambulatoriale verrebbe a cadere l'obbligatorietà dell'assicurazione malattie prevista attualmente dalla LAMal. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi di determinati esami per individuare precocemente le malattie o per trattare una malattia e le relative conseguenze. Queste prestazioni comprendono: esami, terapie e cure dispensate ambulatoriamente, al domicilio del paziente, in ospedale o in una casa di cura da medici, chiropratici, da persone che effettuano prestazioni su prescrizione o indicazione medica nonché le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici o terapeutici prescritti dal medico, o dal chiropratico, un contributo alle spese di cure balneari prescritte dal medico, la degenza nel reparto comune dell'ospedale o in istituto che fornisce prestazioni semiospedaliere (art. 25 LAMal).

Con l'introduzione della LAMal i Cantoni vegliano all'osservanza dell'obbligo d'assicurazione e l'autorità designata dal Cantone affilia a un'assicurazione le persone tenute ad assicurarsi che non abbiano adempito questo obbligo tempestivamente (art. 6 LAMal). L'autorità cantonale decide delle domande di esenzione dall'obbligo di assicurazione in talune circostanze (art. 10 cpv. 2 dell'OAMal: RS 832.102 e disposizioni citate). Se l'iniziativa fosse accolta, i Cantoni dovranno controllare soltanto che sia stata conclusa un'assicurazione per la copertura ospedaliera.

Art. 34^{bis} cpv. 2 secondo comma

La disposizione stabilisce che l'assicurazione per degenze ospedaliere può essere stipulata nel quadro della LAMal o, indipendentemente da detta legge, presso istituti assicurativi privati sottoposti alla LSA. Gli autori dell'iniziativa precisano che con l'entrata in vigore dell'assicurazione privata cessa l'obbligo di pagare i premi alla cassa malati.

Attualmente le persone tenute ad assicurarsi possono scegliere soltanto gli assicuratori designati nell'articolo 11 LAMal, ossia le casse malati ai sensi dell'articolo 12 LAMal e gli istituti di assicurazione privati sottoposti alla LSA esercitanti l'assicurazione malattie e autorizzati ai sensi dell'articolo 13 LAMal (art. 11 lett. b LAMal). La vigente legge prevede già che istituti assicurativi privati sottoposti alla LSA possono esercitare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Il sistema di sorveglianza istituito dalla LSA implica poteri di indagine e di intervento estesi da parte dell'autorità di sorveglianza non soltanto all'inizio dell'attività assicurativa, ma anche in corso di esercizio. In altri termini e in deroga al principio costituzionale che garantisce la libertà di commercio e d'industria (art. 31 Cost.) l'autorità federale limita questa libertà fondamentale basandosi sull'articolo 34^{bis} capoverso 2 Cost. che gli consente di disciplinare le condizioni di accesso all'attività in materia di assicurazioni e le relative condizioni d'esercizio. Tali condizioni di accesso e d'esercizio si presentano sotto forma di esigenze giuridiche, finanziarie, contabili e tecniche che l'istituto deve soddisfare per essere autorizzato a praticare una o più branche assicurative. Se tali condizioni sono adempiute l'istituto è autorizzato ad esercitare un'attività di assicurazione e tale attività soggiace al controllo statale.

Gli assicuratori che partecipano all'applicazione della LAMal devono inoltre soddisfare un certo numero di condizioni la cui esistenza è attestata da un atto ufficiale. Per le casse malati si parla del riconoscimento. Gli altri assicuratori, ai sensi del-

l'articolo 11 lettera b LAMal già accettati in virtù della LSA, necessitano di un'autorizzazione per esercitare. Questa autorizzazione riguarda l'assicurazione malattie sociale poiché detti assicuratori sono già abilitati ad esercitare l'assicurazione complementare. In linea di massima gli istituti assicurativi devono rispettare le esigenze della legge (art. 13 cpv. 1 LAMal), inoltre devono adempiere le condizioni di cui al capoverso 2. In particolare devono esercitare l'assicurazione malattie sociale secondo il principio fondamentale della mutualità, destinare a soli scopi di assicurazione sociale i fondi provenienti da quest'ultima ed esercitare anche l'assicurazione individuale di indennità giornaliera conformemente alla LAMal.

Contrariamente agli istituti assicurativi privati di cui all'articolo 11 lettera b LAMal, quelli interessati dall'iniziativa non devono sottostare all'autorizzazione prevista nell'articolo 13 LAMal e di conseguenza non sono tenuti ad adempiere le condizioni del relativo capoverso 2. Infatti l'iniziativa prevede che il contratto di assicurazione per il ricovero ospedaliero possa essere stipulato con questi istituti indipendentemente dalla LAMal. Pertanto si applicano le disposizioni della legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto di assicurazione (RS 221.229.1) che servono anche da base per i contratti assicurativi privati sottoposti alla sorveglianza federale conformemente alla LSA. Al contrario della LAMal, questa legge è esente da ogni onere sociale.

Art. 34^{bis} cpv. 2 terzo comma

Secondo questa disposizione i Cantoni sarebbero tenuti, se necessario in collaborazione con altri Cantoni, a provvedere affinché i loro abitanti abbiano a disposizione il numero di letti occorrente nei tre reparti: comune, semiprivato e privato.

Attualmente i Cantoni procedono alla pianificazione ospedaliera ed allestiscono un elenco degli ospedali e degli stabilimenti che dispensano cure (case di cura) (art. 39 LAMal). Gli ospedali e gli istituti menzionati nell'articolo 39 LAMal devono garantire una sufficiente assistenza medica, disporre del necessario personale specializzato e disporre di appropriate installazioni mediche nonché garantire una fornitura adeguata di medicinali. Nell'ambito della loro pianificazione, i Cantoni devono prendere in considerazione gli enti privati. I reparti semiprivati e privati degli ospedali pubblici o privati devono essere parimenti presi in considerazione nella misura in cui contribuiscono alle cure di base offerte alla popolazione. I Cantoni procedono alla pianificazione ospedaliera in modo da offrire le necessarie cure ospedaliere all'insieme della popolazione – indipendentemente dal tipo di copertura assicurativa di cui beneficia ogni assicurato – come anche nelle case di cura. La pianificazione ospedaliera è uno degli obiettivi principali della LAMal volto ad eliminare la sovracapacità sia negli ospedali pubblici che privati nonché a contenere i costi in questo settore. La LAMal prevede anche la pianificazione ospedaliera a livello intercantonale (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal).

Art. 34^{bis} cpv. 2 quarto comma

Secondo il primo periodo del quarto comma, gli assicurati non dovranno più partecipare ai costi in caso di degenza ospedaliera.

La legge prevede attualmente la partecipazione degli assicurati ai costi per le prestazioni ottenute. La loro partecipazione comprende un importo fisso per anno (franchigia) e il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (art. 64 cpv. 2 LAMal). Il nostro Collegio stabilisce la franchigia e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale (art. 64 cpv. 3 LAMal). Gli assicurati pagano inoltre un contributo ai

costi di degenza ospedaliera, graduato secondo gli oneri familiari. Il Consiglio federale ne stabilisce l'ammontare (art. 64 cpv. 5 LAMal). La franchigia prevista all'articolo 64 capoverso 2 lettera a LAMal ammonta a 230 franchi per anno civile e l'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ai sensi dell'articolo 64 capoverso 2 lettera b LAMal è di 600 franchi annui per gli adulti e 300 franchi per i minori (art. 103 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie, OAMal; RS 832.102). Il contributo giornaliero ai costi di degenza ospedaliera ammonta a 10 franchi.

Nella seconda parte del quarto comma gli autori dell'iniziativa esigono tra l'altro che per la degenza di un assicurato nel reparto comune dell'ospedale, i Cantoni ricevano dall'assicurazione malattie o dall'assicuratore privato, per giorno di degenza e per persona, una somma forfettaria pari a 250 franchi, indicizzati secondo l'indice dei prezzi al consumo. Questo importo deve includere, sempre secondo l'iniziativa, tutte le prestazioni ospedaliere come operazioni, medicinali, radiografie, trasporto del paziente all'ospedale. Con questa misura gli autori dell'iniziativa intendono limitare a 250 franchi per giorno di degenza e per persona il contributo dell'assicurazione malattie ai costi ospedalieri. Implicitamente, il provvedimento chiesto dall'iniziativa introduce una tariffa forfettaria giornaliera di ricovero ospedaliero uniforme per tutta la Svizzera e per tutti i tipi di ospedale, siano essi pubblici, sussidiati dai poteri pubblici o privati.

Nel quadro della LAMal i fornitori di prestazioni stendono le loro fatture secondo tariffe o prezzi (art. 43 LAMal). La tariffa è una base di calcolo della remunerazione; in particolare essa può fondarsi sul tempo dedicato alla prestazione (tariffa temporale), attribuire punti per prestazione e fissare il valore del punto (tariffa per singola prestazione) o prevedere remunerazioni forfettarie (tariffa forfettaria). Le tariffe e i prezzi sono stabiliti da una convenzione tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni (convenzione tariffale) oppure, nei casi previsti dalla legge, dall'autorità competente. Le convenzioni tariffali devono essere stabilite secondo le regole applicabili in economia aziendale e adeguatamente strutturate. L'articolo 49 capoversi 1-4 LAMal disciplina le convenzioni tariffali con gli ospedali. Per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza ospedaliera, le parti alle convenzioni stabiliscono importi forfettari. Questi coprono, per gli abitanti del Cantone, al massimo il 50 per cento dei costi fatturabili per paziente o gruppo di assicurati nel reparto comune di ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. I costi fatturabili sono calcolati alla stipulazione della convenzione. Le parti contraenti possono convenire che prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali non siano computate nell'importo forfettario, bensì fatturate separatamente (art. 49 cpv. 2 LAMal). Per queste prestazioni esse possono al massimo computare il 50 per cento dei costi fatturabili. La vigente legge precisa peraltro che in caso di degenza ospedaliera la remunerazione è effettuata conformemente alla tariffa dell'ospedale in virtù dei capoversi 1 e 2 dell'articolo 49 finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza in casa di cura è applicabile la tariffa secondo l'articolo 50 (art. 49 cpv. 3 LAMal).

Art. 34^{bis} cpv. 2 quinto comma

Se l'assicurato deve ricorrere ai servizi di un ospedale che si trova fuori del Cantone di domicilio, questo Cantone, secondo l'iniziativa, riceve dall'assicuratore un'indennità di 250 franchi, fermo stante che abbia la facoltà di stipulare un altro accordo con l'ospedale, rispettivamente con il Cantone interessato.

Il vigente articolo 41 capoverso 1 LAMal garantisce all'assicurato la libera scelta del fornitore di prestazioni autorizzato e idoneo a curare la malattia. In campo ambulatoriale, l'assicuratore deve assumere al massimo i costi secondo la tariffa applicata nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato o nei dintorni. La LAMal prevede che se per motivi d'ordine medico l'assicurato ricorre a un altro fornitore di prestazioni, la remunerazione è calcolata secondo la tariffa applicabile a questo fornitore di prestazioni (art. 41 cpv. 2 LAMal). La legge in vigore considera «ragioni mediche» i casi urgenti e i casi in cui le prestazioni necessarie non possono essere fornite nel luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato e neppure nel Cantone di domicilio, se si tratta di una cura ospedaliera o semiospedaliera, o in un ospedale fuori di questo Cantone che figura sulla lista del Cantone di sede dell'assicurato. Inoltre, se per motivi d'ordine medico l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico situato fuori dal suo Cantone di domicilio, il Cantone di domicilio assume la differenza tra i costi fatturati e quelli corrispondenti alle tariffe applicabili agli abitanti del Cantone dove si trova il suddetto ospedale (art. 41 cpv. 3 LAMal).

Art. 34^{bis} cpv. 2 sesto comma

Nella misura in cui gli assicurati siano degenti in ospedali privati, gli assicuratori sono tenuti a versare le indennità fissate per i Cantoni come contributo ai costi delle degenze ospedaliere. Contrariamente a quanto previsto nel quarto e quinto comma dell'iniziativa, che a nostro parere interessano unicamente gli ospedali pubblici, gli ospedali privati ricevono l'indennità direttamente dall'assicuratore. Benché il testo non lo precisi, siamo del parere che la disposizione faccia riferimento a tutti gli ospedali privati situati o meno nel Cantone o fuori del Cantone di domicilio dell'assicurato. Peraltro, dato che l'iniziativa non prevede che i Cantoni fungono da intermediari nel finanziamento degli ospedali privati, si presume che questi ultimi non riceveranno alcun sussidio dall'ente pubblico.

Contrariamente all'iniziativa, la LAMal non opera una distinzione tra ospedali pubblici e ospedali privati. Per contro fa più volte riferimento agli ospedali pubblici o privati sussidiati dagli enti pubblici (art. 49 cpv. 1 e 2 e art. 41 cpv. 3 LAMal) in opposizione agli altri ospedali, ossia gli ospedali privati non sussidiati. Oggi i Cantoni possono dunque sussidiare anche gli ospedali privati. Se per motivi d'ordine medico l'assicurato ricorre ai servizi di un ospedale pubblico non sussidiato situato fuori dal suo Cantone, La LAMal non prevede alcuna regolamentazione particolare, al contrario di quanto avviene per l'ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico (art. 41 cpv. 3 LAMal).

213 Paragone con il diritto cantonale

L'introduzione della LAMal ha reso il diritto cantonale applicabile solo in materia di osservanza dell'obbligo d'assicurazione (art. 6 LAMal) e di riduzioni di premi accordata agli assicurati di condizione economica modesta (art. 65-66 LAMal).

I Cantoni hanno il compito di accordare riduzioni di premi agli assicurati di condizione economica modesta nonché di definire la cerchia dei beneficiari e le modalità di assegnazione (art. 65 LAMal); le spese sono ripartite tra la Confederazione e i Cantoni (art. 66 LAMal). L'iniziativa non accenna però al problema del sussidamento delle persone che grazie alla LAMal beneficiano di sussidi federali e canto-

nali qualora dovessero stipulare contratti con enti assicurativi privati indipendentemente dalla LAMal.

Fondandosi sull'articolo 34^{bis} capoverso 2 Cost., il Legislatore aveva attribuito nella vecchia legge federale del 13 giugno 1911 sull'assicurazione contro malattie e gli infortuni (LAMI) ai Cantoni la competenza di dichiarare obbligatoria l'assicurazione contro le malattie. Diversi Cantoni, fra i quali anche Ticino, Vaud, Neuchâtel, Ginevra e Basilea Città avevano già a quell'epoca introdotto l'assicurazione obbligatoria per tutta la popolazione. In altri Cantoni era obbligatoria per determinate categorie di persone, in particolare per le persone con reddito modesto. Il sistema in vigore all'epoca della LAMI era quindi eterogeneo, dato che l'obbligo di assicurazione era effettivo in alcuni Cantoni e lasciato alla libera scelta dei cittadini in altri. È importante precisare che il nuovo articolo costituzionale proposto dagli autori dell'iniziativa non consentirebbe un ritorno alla situazione immediatamente anteriore alla LAMal poiché revoca ai Cantoni la competenza di cui disponevano sotto il vecchio diritto, di introdurre un'assicurazione malattie obbligatoria sul loro territorio.

22 Revisioni in corso

221 Compendio

Attualmente sono in corso revisioni e iniziative; rammentiamo da un canto le due tappe della prima revisione parziale della LAMal e, dall'altro, le due iniziative popolari della Denner SA «per farmaci a prezzi più bassi» e «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» nonché l'iniziativa del Partito socialista svizzero «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)».

L'iniziativa popolare «per farmaci a prezzi più bassi» mira a ridurre i prezzi dei farmaci venduti in Svizzera. Propone tra l'altro che i farmaci autorizzati e disponibili in Germania, Italia, Francia e Austria devono poter essere commercializzati anche in Svizzera. Chiede inoltre che l'assicurazione malattie sociale rimborsi soltanto i farmaci meno costosi e quelli generici purché disponibili. Nel messaggio del 12 maggio 1999 (FF 1999 6475) sull'analisi di questa iniziativa abbiamo raccomandato di respingerla e presentato controproposte legislative indirette tuttora all'esame del Parlamento. Analizzeremo qui di seguito detta iniziativa soltanto sui punti in relazione con il contenuto dell'iniziativa oggetto del presente messaggio.

L'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero» chiede che l'assicurazione obbligatoria di base conferisca a tutti i pazienti il diritto di scegliere liberamente il fornitore di prestazioni in tutta la Svizzera e la copertura dei costi.

La prima tappa della prima revisione parziale della LAMal è volta a rafforzare la solidarietà tra assicurati e contiene gli strumenti di controllo dei costi. Il relativo messaggio concernente il decreto federale sui sussidi federali nell'assicurazione malattie e la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie, è stato adottato il 21 settembre 1998 (FF 1999 I 685) ed è tuttora all'esame del Parlamento. L'entrata in vigore delle modifiche è prevista per il 1° gennaio 2000. La seconda tappa della revisione parziale della LAMal, in fase di consultazione, getta le basi per un nuovo modello di finanziamento degli ospedali. Per contro l'iniziativa «la salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)» mira a garantire a tutti gli assicurati una copertura medica di alta qualità, adeguata ai bisogni e a prezzi vantaggiosi.

222 Revisione parziale della LAMal nell'ambito del finanziamento degli ospedali

Dall'entrata in vigore della LAMal l'interpretazione dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal concernente il contributo del Cantone di residenza dell'assicurato in caso di ricovero in un ospedale fuori del Cantone di domicilio su indicazione medica è stata oggetto di contestazioni tra Cantoni e assicuratori malattie. La controversia verte sull'esistenza di un obbligo per il Cantone di versare il suo contributo al trattamento fuori Cantone, indipendentemente dal tipo di reparto in cui è eseguita la cura.

Nelle due decisioni di principio del 16 e 19 dicembre 1997, il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha statuito, sulla base dell'articolo 41 capoverso 3 LAMal, che in caso di degenza giustificata dal punto di vista medico in reparti semiprivati o privati di un ospedale pubblico o sussidiato dai poteri pubblici fuori Cantone, il Cantone di residenza dell'assicurato deve contribuire al pagamento delle prestazioni come se si trattasse di un reparto comune (DTF 123 V 290 seg., 310 seg.). Se l'ospedale non ha un reparto comune, sono applicabili le tariffe di riferimento. Siccome l'assicurazione malattie partecipa ai costi senza chiedersi se il paziente ha effettivamente soggiornato in un reparto comune, non vi è motivo di rifiutare la prestazione equivalente del Cantone in analoghe circostanze in caso di sussidiamento dell'ospedale. Il TFA non si è per contro pronunciato a favore o meno dell'obbligo di contribuzione dei Cantoni ai costi ospedalieri in reparti privati o semiprivati di assicurati che si trovano negli ospedali pubblici o sussidiati dai poteri pubblici, all'interno del Cantone. Questa tematica è parte integrante della prima revisione parziale della LAMal, nel quadro della seconda tappa sul finanziamento degli ospedali.

Il quinto comma dell'iniziativa stabilisce che se per ragioni mediche l'assicurato deve ricorrere ai servizi di un ospedale che si trova fuori del Cantone di domicilio, questo Cantone riceverà dall'assicuratore l'indennità di 250 franchi, fermo stante che abbia la facoltà di stipulare un altro accordo con l'ospedale, rispettivamente con il Cantone interessato. Inoltre devono essere completate le disposizioni transitorie della Costituzione federale nel senso che le disposizioni di leggi o di ordinanze in contraddizione con l'articolo 34^{bis} capoverso 2 saranno abrogate. Ciò significa che se l'iniziativa «per costi ospedalieri più bassi» fosse accettata, le modifiche preliminari recate nel quadro di una seconda tappa della prima revisione parziale non potrebbero essere applicate poiché in contraddizione con l'iniziativa medesima. Verrebbe modificato anche l'articolo 41 LAMal che disciplina la scelta del fornitore di prestazioni e l'assunzione dei costi nonché l'articolo 49 LAMal che disciplina la remunerazione dei trattamenti ospedalieri.

223 Relazione con l'iniziativa popolare «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero»

L'iniziativa popolare «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero», lanciata da un comitato d'iniziativa della comunità di interessi composto di rappresentanti di cliniche private, è stata depositata il 23 giugno 1997. Con decisione del 15 dicembre 1997 la Cancelleria federale ha accertato che l'iniziativa era formalmente riuscita (FF 1997 IV 1297). L'iniziativa è stata esaminata nel messaggio del 14 giugno 1999 nel quale il nostro Collegio ne chiedeva il rigetto.

L'iniziativa chiede di sancire nella Costituzione federale il diritto dei pazienti di scegliere liberamente il fornitore di prestazioni in tutta la Svizzera e prevede l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione malattie obbligatoria o dell'assicurazione infortuni. L'iniziativa «per una libera scelta del medico e dell'istituto ospedaliero», contrariamente all'iniziativa «per costi ospedalieri più bassi», mantiene l'articolo 34^{bis} capoverso 2 della Costituzione federale e di conseguenza non contrasta con il regime obbligatorio dell'assicurazione malattie né dell'assicurazione infortuni.

224 Rapporto con l'iniziativa popolare federale «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)»

L'iniziativa popolare «La salute a prezzi accessibili (Iniziativa sulla salute)» lanciata dal Partito socialista svizzero (PSS) è stata depositata il 9 giugno 1999. Con decisione del 4 agosto 1999 la Cancelleria federale ha constatato che l'iniziativa era formalmente riuscita (FF 1999 6252).

L'iniziativa è volta a sostituire gli attuali premi individuali con contributi fissati in base al reddito degli assicurati. L'assicurazione è finanziata per metà con contributi pagati dagli assicurati in funzione del loro reddito e della sostanza reale e per metà con introiti provenienti dall'aumento dell'IVA. Inoltre l'iniziativa chiede alla Confederazione e ai Cantoni di vigilare sul contenimento dei costi, conferisce alla Confederazione il mandato di regolamentare la medicina di punta, di coordinare le pianificazioni sanitarie dei Cantoni, di fissare i prezzi massimi delle prestazioni fornite nell'assicurazione malattie obbligatoria medicinali compresi, di emanare disposizioni di autorizzazione per i fornitori di prestazioni e di adoperarsi ai fini di un controllo efficace della qualità; se la quantità delle prestazioni fornite è eccessiva, la Confederazione deve prendere misure complementari di contenimento dei costi per specialità e regioni. L'iniziativa, nelle disposizioni transitorie della Costituzione federale che intende completare, si oppone fermamente a una diminuzione delle prestazioni da parte degli enti pubblici. Secondo gli autori dell'iniziativa queste misure ridurrebbero dell'85 per cento l'onere delle persone assicurate.

L'iniziativa sulla salute e l'iniziativa «per costi ospedalieri più bassi» mirano entrambe a porre un freno all'aumento dei costi sanitari o almeno a ridurli. Tuttavia i mezzi scelti per raggiungere tali finalità sono molto diversi. L'iniziativa sulla salute, al contrario dell'iniziativa «per costi ospedalieri più bassi», non mette in discussione l'obbligatorietà dell'assicurazione malattie sia per le cure ospedaliere sia ambulatoriali. Essa non offre agli assicurati la possibilità di scegliere il partner contrattuale tra un assicuratore sottoposto alla LAMal e un assicuratore privato non assoggettato alla LAMal. Contrariamente all'iniziativa della Denner SA, l'iniziativa del PSS delega nuove competenze alla Confederazione, in particolare permettendole di coordinare la pianificazione sanitaria dei Cantoni per evitare infrastrutture sanitarie inutili e costose, qualora due Cantoni non riescano a intendersi. L'iniziativa della Denner SA stabilisce in merito che i Cantoni sono tenuti, in collaborazione con altri Cantoni, a provvedere affinché i loro abitanti abbiano a disposizione il numero di letti occorrente nei reparti comune, semiprivato e privato.

23 Valutazione dell'iniziativa

231 Libertà di stipulare un'assicurazione con un assicuratore privato al di fuori della LAMal

L'iniziativa limita il regime obbligatorio dell'assicurazione malattie alla sola degenza ospedaliera. In caso di accettazione dell'iniziativa, le persone che volessero assicurarsi nel settore ambulatoriale e semiospedaliero dovrebbero rivolgersi ad istituti assicurativi privati assoggettati alla LSA e quindi la LAMal non sarebbe più applicabile. I promotori dell'iniziativa chiedono inoltre che l'assicurazione per degenza ospedaliera possa essere conclusa nel quadro della LAMal o, indipendentemente da detta legge, presso istituti assicurativi privati sottoposti alla LSA e che l'obbligo di versare i premi a un'assicurazione malattie si estingua non appena entrerà in vigore l'assicurazione privata.

Si ha l'impressione che la proposta dei promotori dell'iniziativa favorisca la rottura dei legami di solidarietà tra assicurati, in particolare tra assicurati sani e assicurati malati. L'esistenza parallela di un'assicurazione malattie sociale e di un'assicurazione sottoposta alla LCA creerebbe ostacoli insormontabili dato che non si potrebbe vietare agli istituti assicurativi privati di gestire anche l'assicurazione «di base» per degenze ospedaliere. Fintanto che detti istituti eserciteranno un'assicurazione per degenze ospedaliere sottoposta alla LCA, quindi priva di qualsiasi obbligo sociale, e saranno dunque autorizzati a selezionare i rischi o a introdurre riserve illimitate, gli assicuratori sottoposti alla LAMal non potranno più essere competitivi né attrattivi; l'assicurazione per degenza ospedaliera ai sensi della LAMal, che comprende una tutela sociale, sarà già a breve termine finanziariamente insopportabile per gli assicuratori medesimi e per gli assicurati. Ne conseguirà, a medio o lungo termine, uno smantellamento del sistema dell'assicurazione malattie sociale.

232 Desolidarizzazione

Il rafforzamento della solidarietà è tra gli obiettivi del nuovo diritto dell'assicurazione malattie. Mediante l'assicurazione malattie obbligatoria che copre le cure ospedaliere, semiospedaliere e ambulatoriali, la LAMal instaura una reale solidarietà tra persone malate e persone sane nonché tra persone con redditi diversi. La prima solidarietà è garantita dal libero passaggio integrale mentre la seconda è garantita da un lato dal premio unico a prescindere dalla situazione finanziaria, dall'età, dal sesso e dalla stato di salute dell'assicurato e d'altro lato dai contributi dei poteri pubblici destinati a ridurre i premi degli assicurati di modeste condizioni economiche.

Il fatto di rendere facoltativa l'assicurazione malattie nei settori ambulatoriale e semiospedaliero come proposto dagli autori dell'iniziativa intacca le basi della solidarietà tra assicurati poiché si assicurerebbero soltanto le persone malate, sempre che fosse loro consentito o avessero i mezzi per farlo, e si asterrebbero invece le persone sane (cfr. n. 233).

La possibilità offerta dai promotori dell'iniziativa di stipulare un'assicurazione per le degenze ospedaliere nel quadro della LAMal o, indipendentemente da detta legge presso istituti assicurativi privati sottoposti alla LSA, favorisce la rottura dei legami di solidarietà tra gli assicurati, in particolare tra persone sane e persone malate. Infatti va considerato che i costi differiscono non soltanto a motivo del costo obiettivo delle prestazioni (regione, infrastrutture mediche) ma anche a causa dei giorni di

degenza ospedaliera. Il diritto attuale, grazie alla solidarietà, al libero passaggio e alla compensazione dei rischi, fornisce gli strumenti adeguati per evitare che il premio sia stabilito in funzione del rischio malattia dell'assicurato. Se l'iniziativa venisse accettata tale sistema scomparirebbe. Un assicuratore nel cui effettivo figurano persone che ricorrono sovente alle cure ospedaliere dovrebbe assumersi un numero di giorni di degenza superiori per assicurato rispetto agli assicuratori che hanno nel loro effettivo persone sane. Qualora gli assicuratori applicassero lo stesso premio a tutti gli assicurati si assisterebbe a un raggruppamento di assicurati sani nelle casse malati che selezionano i buoni rischi. Le persone malate o anziane rischierebbero di pagare premi molto elevati nelle altre casse malati. Molto probabilmente si arriverebbe a una differenziazione dei premi in base al rischio individuale con premi secondo l'età, il sesso e lo stato di salute. Le assicurazioni complementari attuali applicano generalmente una formula che si situa a metà strada fra le due possibilità. Questa situazione renderebbe i premi dell'assicurazione per la degenza ospedaliera troppo onerosi soprattutto per le persone anziane e per i malati. Il progetto di istituire un'assicurazione obbligatoria nel settore ospedaliero diverrebbe così irrealizzabile (cfr. n. 311 e 313).

La solidarietà tra redditi diversi è attualmente garantita dalla concessione di sussidi federali e cantonali destinati a ridurre i premi degli assicurati di condizione economica modesta (art. 65 e 66 LAMal). Il sistema della riduzione dei premi ha subito un totale cambiamento con l'introduzione della LAMal, poiché è passato da una concessione indiscriminata dei sussidi alle casse malati (sotto la LAMA) alla concessione mirata dei sussidi alle persone di condizione economica modesta. L'iniziativa non ha calcolato l'impatto del sistema che preconizza sull'ammontare dei premi nei settori ambulatoriali e semiospedalieri ma anche ospedalieri; eppure questa tematica merita ampia riflessione. Infatti, se si pensa al ruolo essenziale di correttivo sociale svolto dalla riduzione dei premi nel sistema attuale di assicurazione malattia obbligatoria che pure conosce il premio unico per assicuratore e per regione calcolato indipendentemente da sesso, età o condizioni di salute dell'assicurato, si può benissimo immaginare la necessità e l'ampiezza dei sussidi o, in mancanza di questi – dato che non sono previsti dagli autori dell'iniziativa – il ricorso ad altre fonti di finanziamento (cfr. n. 312 e 313).

Non va dimenticata la probabile ripercussione dell'iniziativa sulla copertura *infortuni* ai sensi della LAMal. Infatti, se nessuna assicurazione infortuni ne assume l'onere (art. 1 cpv. 2 lett. b LAMal), l'assicurazione malattie obbligatoria si fa carico dei costi delle stesse prestazioni solo in caso di malattia. Alcuni esperti si erano già espressi in merito alla pertinenza di una simile assicurazione infortuni a carattere sussidiario (cfr. rapporto e progetto della Commissione di esperti del 2 nov. 1990). Essi hanno sottolineato che la prassi in vigore all'epoca della LAMA, che consisteva nel non assicurare sistematicamente il rischio infortuni, rappresentava una lacuna considerevole nel sistema di tutela sociale. L'assicurazione infortuni sussidiaria consente alle categorie di persone che non godono di un'assicurazione infortuni professionali, come ad esempio i minori, le casalinghe, gli anziani o i disoccupati, di disporre automaticamente di un'adeguata copertura contro il rischio infortuni.

233 **Nessun obbligo di assicurare i trattamenti semiospedalieri e ambulatoriali**

a) Protezione d'assicurazione e prestazioni

Tra gli obiettivi principali della LAMal figura la copertura dell'assicurazione di base in caso di malattia, *accessibile a tutti e senza lacune*. La LAMal ha esteso sensibilmente il catalogo delle prestazioni di cure, in particolare nel settore extraospedaliero.

L'iniziativa della Denner SA «per costi ospedalieri più bassi» mira a limitare il regime obbligatorio dell'assicurazione malattie alla sola degenza ospedaliera. In altri termini sarà soppresso l'obbligo assicurativo nel settore extraospedaliero, ambulatoriale e semiospedaliero. Ciò non toglie che si possa concludere un'assicurazione malattia facoltativa per la copertura ambulatoriale e semiospedaliera.

Uno dei rischi principali dell'introduzione di un'assicurazione malattie non obbligatoria nei settori non legati al ricovero ospedaliero sarebbe che un numero elevato di persone non si assicurerebbe o per motivi finanziari, o per mancanza di informazione o perché rifiutato da assicuratori o accettato solo con riserve assicurative. Se l'iniziativa venisse accettata, i pazienti dovrebbero assumersi, in mancanza di copertura assicurativa, determinate cure, come le operazioni chirurgiche praticate in ambito ambulatoriale o semiospedaliero, le dialisi centrali (80 000 franchi l'anno e per paziente), la terapia all'interferone per pazienti affetti da sclerosi a placche (20 000 franchi all'anno e per paziente), la terapia all'interferone per la cura dell'epatite C cronica (5000 franchi all'anno e per paziente) o ancora le cure prodigate nelle case di cura ai pazienti sofferenti del morbo di Alzheimer (25 000 franchi all'anno e per paziente) (fonte: Federazione svizzera per compiti comunitari delle casse malati). L'iniziativa è caratterizzata da una totale mancanza di solidarietà nei confronti di chi è affetto da malattie croniche (diabete, ipertensione arteriosa, reumatismi) o necessita di cure di lunga durata. È appunto questa conseguenza che la legge attuale vuole evitare.

L'iniziativa non affronta il problema delle prestazioni in ambiti ambulatoriale e semiospedaliero e in parte in quello ospedaliero. La LAMal ha allestito un catalogo evolutivo delle prestazioni a carico dell'assicurazione malattie. Gli autori dell'iniziativa non spiegano se verrà ripreso nel sistema da loro predisposto, in particolare nell'assicurazione obbligatoria per la degenza ospedaliera (cfr. n. 234.3 a). L'accettazione dell'iniziativa rimetterebbe in questione la copertura delle prestazioni già riconosciute e definite negli articoli 25-31 della LAMal. Dette prestazioni comprendono anche i trattamenti e le cure dispensate a domicilio, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura, le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici e terapeutici prescritti dal medico.

Per quanto concerne i *medicinali*, è importante sottolineare che se l'iniziativa fosse accolta, il loro rimborso da parte dell'assicurazione obbligatoria sarebbe limitato ai casi di degenza ospedaliera. Ciò significa che il paziente a cui il medico ha prescritto un medicinale in occasione di una consultazione non avrà più il diritto al rimborso nel quadro dell'assicurazione obbligatoria. Lo stesso dicasi degli onorari fatturati dal medico per le consultazioni. Il paziente dovrà quindi assumersi la totalità dei costi attualmente a carico dell'assicurazione malattie sociale, per quanto siano stati prescritti dal medico e fatte salve deduzioni previste (franchigia e partecipazione), direttamente o mediante un'assicurazione stipulata a tal fine.

Se l'iniziativa fosse accolta, l'assicurazione malattie obbligatoria non rimborserebbe neppure le prestazioni delle *cure a domicilio* (Spitex) e quelle destinate ai pazienti lungodegenti *nelle case di cura*. Per ragioni di copertura assicurativa questa situazione comporterebbe un trasferimento del numero di pazienti lungodegenti dalle case di cura al settore ospedaliero. In realtà l'iniziativa non farebbe che gravare sull'assicurazione malattie e sulle finanze cantonali (cfr. n. 233 a e 234.1 c). Inoltre, non sarebbe più possibile fornire al paziente le necessarie cure qualora non fosse più in grado di assumersi personalmente i costi sanitari o quelli del ricovero ospedaliero.

Le cure legate alla maternità rientrano nel quadro delle prestazioni assunte dalla LAMal alle condizioni precisate nella legge (art. 29 LAMal). Con l'iniziativa e la limitazione del regime obbligatorio dell'assicurazione malattie alla solo degenza ospedaliera, i costi per la maternità, eccettuato il ricovero ospedaliero, non sarebbero più coperti. Inoltre non viene fornita alcuna precisazione circa l'assunzione dei costi per i parti a domicilio o in istituti semiospedalieri.

La LAMal prevede attualmente la copertura da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, di determinati esami destinati a individuare precocemente le malattie nonché delle misure preventive in favore di assicurati particolarmente in pericolo (art. 26 LAMal). Se l'iniziativa fosse accolta, l'insieme di questi esami, menzionati nell'articolo 12 dell'ordinanza del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Opre; RS 832.112.31), non sarebbero più rimborsati dall'assicurazione malattie obbligatoria. Tra queste misure vanno annoverate in particolare, con riserva dell'osservanza di talune condizioni che figurano nell'ordinanza citata, le visite di controllo di salute e di sviluppo dei bambini in età prescolare, gli esami ginecologici, le vaccinazioni e i richiami per bambini e adolescenti, la vaccinazione contro l'influenza o l'epatite B, i test HIV e le mammografie (diagnosi del cancro al seno). Ebbene, in un momento in cui il Legislatore esamina la possibilità di esonerare dalla partecipazione ai costi talune misure preventive per rendere più efficaci le campagne lanciate per il depistaggio precoce delle malattie, come la diagnosi del cancro al seno, è giocoforza costatare che l'iniziativa va nella direzione opposta. È errato pensare di poter realizzare risparmi escludendo le misure preventive dall'assicurazione malattie obbligatoria.

b) Tariffe e costo delle prestazioni/qualità delle prestazioni

La convenzione tariffale deve essere approvata dal governo cantonale competente oppure, se valida per tutta la Svizzera, dal nostro Collegio. L'autorità che approva verifica se la convenzione è conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità (art. 46 cpv. 4 LAMal). Questo significa che la tariffa deve essere calcolata sulla base dei costi (principio di economicità) e si dovrà vigilare affinché si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo a costi il più possibile convenienti (art. 43 cpv. 6 LAMal); inoltre la tariffa pagata dal paziente deve essere conforme alle prestazioni ricevute (principio di equità).

Se l'iniziativa fosse accolta, i principi menzionati non sarebbero più obbligatoriamente applicabili nei settori ambulatoriale e semiospedaliero e in parte nel settore ospedaliero per gli assicurati che avessero concluso un'assicurazione per degenza ospedaliera indipendentemente dalla LAMal. I fornitori di prestazioni dei settori citati potrebbero imporre tariffe più elevate di quelle attualmente in vigore senza che un'autorità di controllo potesse intervenire. I mezzi di pressione degli acquirenti sui prezzi dei fornitori di prestazioni sarebbero parimenti limitati poiché i malati, non potendo rinunciare a un trattamento, dovranno di conseguenza pagare le tariffe loro

imposte, anche se dette tariffe non saranno calcolate in base ai costi o in relazione con le prestazioni ricevute. L'efficacia, l'appropriatezza, l'economicità e la qualità (art. 32 e 58 LAMal) delle prestazioni ambulatoriali, semiospedaliere e ospedaliere garantite ora dalla LAMal ne verrebbero sminuite.

c) Limite dell'accesso alle cure nei settori ambulatoriale e semiospedaliere

Se l'iniziativa venisse accolta, buona parte della popolazione a reddito modesto non sarebbe più in grado di assumersi personalmente le cure ambulatoriali e semiospedaliere a causa della deregolamentazione a cui condurrebbe l'abbandono dei settori citati, in particolare in materia di tariffe, di prestazioni e libero passaggio. L'unico modo per colmare le lacune del sistema sollecitato dall'iniziativa e aiutare queste persone sarebbe l'intervento massiccio dello Stato (cfr. n. 313). Comunque lo Stato non potrebbe intervenire unicamente attraverso l'aiuto sociale a motivo appunto della sensibilità di molte persone restie a fare appello all'assistenza pubblica per potersi curare. Si pensi in particolare alle persone che svolgono abitualmente un'attività lucrativa, pertanto senza particolari problemi finanziari, ma che per loro sfortuna si ammalano e non sono in grado di affrontare le spese a causa soprattutto dei costi elevati in materia sanitaria. Queste persone potrebbero così rinunciare a curarsi. A questo punto i Cantoni e i Comuni dovrebbero garantire cure ambulatoriali e semiospedaliere parallele a quelle della medicina di libero mercato, a costi ridotti grazie anche a sussidi e prestazioni mediche meno onerose o promuovere l'utilizzazione di infrastrutture comuni con altri medici sul modello dei policlinici esistenti in alcune città svizzere. Si tratta di un fenomeno già osservato nell'ambito della medicina odontoiatrica, mercato già di per sé ampiamente libero. Parte della popolazione che non può assumersi spese odontoiatriche elevate si rivolge ai centri allestiti da Cantoni e Comuni dove i prezzi sono più accessibili. Gli autori dell'iniziativa non hanno certo tenuto conto di questa tematica.

Per raggiungere i loro scopi i promotori dell'iniziativa insistono su punti per nulla convincenti. Infatti limitando il regime obbligatorio dell'assicurazione malattie al solo settore ospedaliero, i pazienti che non avessero stipulato assicurazioni facoltative a copertura delle prestazioni ambulatoriali o semiospedaliere sarebbero indotti a ricorrere in maggior misura, su consiglio del proprio medico, anche per piccoli interventi praticabili in ambito ambulatoriale o semiospedaliere, alle cure ospedaliere. Nella stessa situazione si troverebbero anche pazienti lungodegenti che avrebbero potuto essere curati a domicilio o in case di cura. In realtà l'iniziativa non farebbe che trasferire questi casi dai settori ambulatoriale e semiospedaliere più vantaggiosi verso il più costoso settore ospedaliero con il rischio di nuocere all'esistenza stessa dei fornitori di prestazioni dei settori ambulatoriale e semiospedaliere. Non solo assisteremo a un processo involutivo che vanificherebbe gli sforzi degli ultimi anni volti a migliorare i trattamenti ambulatoriali e semiospedaliere grazie soprattutto ai progressi delle tecniche medico-sanitarie, ma avremmo ripercussioni negative sui costi della sanità. I settori ambulatoriale e semiospedaliere sono notoriamente meno onerosi del settore ospedaliero e non richiedono né sorveglianza né cure permanenti.

234 Obbligo di assicurazione per degenze ospedaliere

234.1 Obbligo dei Cantoni a provvedere affinché i loro abitanti abbiano a disposizione il numero di letti necessari

a) Messa a disposizione del numero di letti necessari

Rammentiamo che i due obiettivi della pianificazione ospedaliera secondo la LAMal sono l'utilizzazione ottimale delle risorse e il contenimento dei costi come già annunciato nel messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattia (FF 1992 I 65) e da noi ricordato in una decisione del 21 ottobre 1998 (RAMA 6/1998 p. 540) dove si pone l'accento sulla riduzione della sovracapacità nel settore delle malattie acute. Le spese di gestione derivanti dalla sovracapacità ai sensi dell'articolo 49 capoverso 1 LAMal non sono computate. Questo provvedimento rispecchia la volontà del Legislatore che consiste nel dispensare cure ospedaliere adeguate ai bisogni (art. 39 cpv. 1 LAMal). Benché il termine fissato dai Cantoni per definire la loro pianificazione sia scaduto il 1° gennaio 1998, le misure da essi adottate in virtù della LAMal hanno già dato buoni frutti. Il numero dei letti è diminuito ed è migliorato il coordinamento con i fornitori di prestazioni, con il risultato che i costi in questo settore si sono stabilizzati.

Il terzo comma dell'iniziativa precisa unicamente che i Cantoni sono tenuti a provvedere affinché i loro abitanti abbiano a disposizione il numero di letti necessari indipendentemente dal reparto. L'iniziativa obbliga quindi i Cantoni a vigilare affinché i loro abitanti beneficino di un numero minimo di letti in ogni reparto. Per contro, non chiede ai Cantoni di limitare l'offerta ospedaliera al minimo necessario. Se l'iniziativa venisse accolta vanificherebbe gli sforzi volti ad eliminare la sovracapacità e rilancerebbe l'evoluzione dei costi anche sotto questo aspetto.

b) Messa a disposizione del numero di letti per tipo di reparto

I promotori dell'iniziativa utilizzano nel terzo comma termini specifici quali «reparto comune, semiprivato e privato». La LAMal usa unicamente l'espressione «reparto comune» in riferimento alle prestazioni fornite. È chiaro che le prestazioni dispensate nel reparto comune sono una parte di quelle dispensate nei reparti semiprivato e privato. Bisogna anche considerare la nozione di reparto comune come un insieme di prestazioni ospedaliere la cui copertura è garantita dall'assicurazione malattie obbligatoria e non come una determinata area geografica (DTF 123 V 290 seg. 310 seg.). La LAMal obbliga i Cantoni a provvedere al fabbisogno dell'insieme della popolazione indipendentemente dall'assicurazione malattie. La pianificazione non può quindi limitarsi ai reparti comuni. Tuttavia, per evitare la sovracapacità viene fissato un numero di letti necessari all'interno del Cantone. La ripartizione tra i vari reparti è poi stabilita in base all'offerta e alla domanda. Attualmente le differenze tra i vari reparti si limitano il più delle volte al volume e alla scelta delle cure e del comfort. La pianificazione ospedaliera chiesta dalla LAMal rimane quindi l'unico mezzo che consente di fissare le necessarie cure. Se invece i Cantoni sono tenuti a vigilare affinché i loro abitanti abbiano un numero specifico di letti in ciascuno reparto, verrebbe meno la flessibilità di cui devono disporre gli ospedali per adeguare l'offerta di letti tra i diversi reparti in funzione della domanda.

c) Messa a disposizione del numero di letti esclusivamente per il settore ospedaliero

Con la vigente legge i Cantoni garantiscono la pianificazione ospedaliera, eventualmente d'intesa con altri Cantoni, per coprire il fabbisogno ospedaliero della popola-

zione (art. 39 LAMal), indipendentemente dalla copertura assicurativa. I Cantoni si occupano anche della pianificazione delle case di cura in virtù dell'articolo 39 capoverso 3 LAMal. Ebbene, l'obbligo imposto ai Cantoni dall'iniziativa si limita al solo settore ospedaliero. Ciò lascia supporre che i Cantoni non avranno più l'obbligo legale di pianificare le case di cura di cui necessitano né di allestirne un elenco. La pianificazione delle case di cura è un problema non trascurabile nel quadro della messa a disposizione della capacità per i pazienti lungodegenti. Si tratta da un canto di evitare che per carenza di coordinamento tra la pianificazione ospedaliera e l'offerta nelle case di cura, questi pazienti abbiano a rimanere negli ospedali. D'altro canto, l'offerta nelle case di cura deve essere adeguata all'evoluzione delle cure a domicilio (Spitex). La pianificazione sanitaria è oggi essenziale per la pianificazione dei costi. La disposizione proposta dagli autori dell'iniziativa che limita la pianificazione al solo settore ospedaliero rischia di far aumentare il numero di pazienti lungodegenti negli ospedali a motivo della penuria di letti nelle case di cura, dove i lungodegenti sono curati a costi inferiori grazie a infrastrutture più modeste.

d) Pianificazione limitata al numero di letti disponibili

Gli autori dell'iniziativa considerano la pianificazione unicamente sotto il profilo del numero dei letti. Nell'ambito della LAMal la pianificazione è per contro intesa a coprire il fabbisogno di cure ospedaliere della popolazione (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal) e non di numero di letti. L'esperienza insegna che il numero di letti è solo uno dei tanti fattori e va associato agli elementi generatori di costi, quali l'infrastruttura, per evitare doppioni, anche nell'ambito dell'offerta nella medicina di punta. In questo contesto prevale l'attribuzione di mandati di prestazioni specifici agli istituti ospedalieri. Il criterio del numero dei letti preso isolatamente come proposto dai promotori dell'iniziativa, non può rientrare nella logica di utilizzazione ottimale delle risorse e del contenimento dei costi né costituire una qualsiasi garanzia di copertura del fabbisogno ospedaliero in virtù dell'articolo 39 capoverso 1 lettera b LAMal.

234.2 Soppressione della partecipazione alle spese da parte degli assicurati

Durante la revisione totale della legge federale sull'assicurazione malattie è stato mantenuto il principio della partecipazione degli assicurati ai costi per il finanziamento dell'assicurazione malattie, come avviene per i premi individuali e per i sussidi destinati alla riduzione dei premi delle persone più bisognose (cfr. n. 212.2). La motivazione di tale decisione è stata chiaramente illustrata nel messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattia (FF 1992 I 65). Tale partecipazione serve da un canto a incrementare il finanziamento e, dall'altro, a rendere più attento l'assicurato quando decide di ricorrere alle prestazioni mediche. L'importanza della partecipazione degli assicurati è stata sottolineata nel messaggio concernente la prima revisione parziale della LAMal (FF 1999 687). Il Governo ha proposto in quest'occasione di vietare l'assicurazione della partecipazione a motivo dell'effetto di desolidarizzazione che comporterebbe. La partecipazione dell'assicurato è relativamente debole rispetto a quanto dovrebbe versare se venisse accettata l'iniziativa poiché pagherebbe premi molto alti per le cure ambulatoriali, semiospedaliere e ospedaliere, soprattutto se in età avanzata o se affetto da malattie, o pagherebbe di tasca propria le cure medesime qualora non avesse stipulato un'assicurazione complementare (cfr. n. 233).

234.3 Indennità giornaliera forfettaria di 250 franchi per la degenza ospedaliera

a) Prestazioni coperte dall'indennità giornaliera forfettaria di 250 franchi

L'iniziativa prevede un'indennità giornaliera forfettaria di 250 franchi comprendente l'insieme delle prestazioni fornite dall'ospedale come operazioni, medicinali, radiografie e trasporto dei pazienti all'ospedale stesso. Dato che l'obbligo di pagare i premi alla cassa malati cesserà con l'entrata in vigore dell'assicurazione privata per degenza ospedaliera e dato che l'iniziativa non indica se nel sistema da essa previsto verrà ripreso il catalogo delle prestazioni ospedaliere LAMal, la sua applicazione non sarà più obbligatoria in caso di accettazione dell'iniziativa. Gli istituti assicurativi che non operano nel quadro della LAMal saranno così liberi di assicurare tutte le prestazioni fornite dall'ospedale, tanto più che l'iniziativa non fornisce un elenco esauriente delle prestazioni comprese nell'indennità giornaliera.

Per quanto concerne l'obbligo imposto ai Cantoni di vigilare sulla messa a disposizione di un numero sufficiente di letti (terzo comma dell'iniziativa), l'iniziativa illustra in modo esauriente i tre reparti ospedalieri comune, semiprivato e privato (cfr. n. 234.1 b). Per contro è molto meno esauriente nel quarto comma riguardo alle tariffe e si è indotti a credere che l'indennità forfettaria di 250 franchi copra unicamente i pazienti ricoverati nel reparto comune. In altri termini l'indennità non verrebbe versata per i reparti semiprivato e privato. Tale ambiguità non esiste nella LAMal che menziona unicamente il reparto comune. La giurisprudenza ha già precisato che l'espressione «reparto comune» sottintende l'insieme delle prestazioni ospedaliere la cui copertura è garantita dall'assicurazione malattie obbligatoria e non una determinata area geografica.

b) Nessuna relazione tra l'importo tariffale e le prestazioni fornite

L'indennità giornaliera e per persona di 250 franchi applicabile su tutto il territorio svizzero non fa menzione né delle differenze del costo della vita tra le diverse regioni del Paese né del fatto che ad ogni tipo di ospedale corrisponde una diversa offerta. Sotto il regime voluto dall'iniziativa i partner tariffali non avranno più la possibilità di negoziare le tariffe delle cure e dei trattamenti ospedalieri. Questi negoziati si basano attualmente sulle regole dell'economia aziendale e sui principi di economicità e di equità. Deve inoltre sussistere un nesso tra i costi delle prestazioni ospedaliere e la loro remunerazione. Le parti alla convenzione e le autorità competenti vigilano affinché si conseguano cure appropriate e di alto livello qualitativo, a costi il più possibile convenienti. L'iniziativa non fa allusione a tali competenze e principi tuttora in vigore sotto il regime della LAMal (art. 49 cpv. 6 e 7 LAMal). La qualità delle cure, l'adeguatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni passerebbero sotto silenzio con gravi conseguenze sul piano dell'offerta (cfr. n. 233 b).

Durante la conclusione di convenzioni tariffali o eventualmente durante la fissazione delle tariffe da parte del governo cantonale, si tiene conto della differenza dei prezzi praticati da un istituto universitario rispetto a un ospedale regionale, e l'indennità giornaliera è calcolata in conseguenza. L'istituto universitario tratta di norma casi molto complessi che necessitano cure costose e non da ultimo i salari sono più alti nelle città che non nelle zone rurali. Con l'indennità di 250 franchi proposta dagli autori dell'iniziativa, qualora non fosse possibile alcuna compensazione, si avranno disparità di introiti tra i diversi ospedali e verrebbe meno il rapporto esistente tra le tariffe dell'assicurazione di base e i costi delle prestazioni fornite. In sintesi, nei

Cantoni con prezzi e salari elevati l'assicurazione malattie obbligatoria coprirebbe una parte più debole dei costi ospedalieri rispetto a quelli con costi e salari più bassi. Il testo dell'iniziativa ignora completamente questa tematica.

c) Tipo di tariffe applicabili

La LAMal prevede, nell'articolo 49 capoverso 2, che prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali non siano computate nell'importo forfettario, bensì fatturate separatamente. L'obiettivo perseguito dal Legislatore è di offrire la possibilità di non integrare nelle spese forfettarie prestazioni raramente concesse e particolarmente onerose come l'utilizzazione di una tecnologia di punta. I partner tariffali possono così trarre vantaggio dalle due modalità di computo e compensare gli eventuali svantaggi. Le parti alla convenzione e le autorità competenti hanno gli strumenti necessari per stabilire le tariffe in modo da attenuare il rialzo dei costi e fanno uso di questa libertà operativa in conformità dell'articolo 43 capoverso 6 LAMal (FF 1992 I 157). Quanto affermato qui innanzi sarà vanificato se l'iniziativa dovesse andare in porto. Il testo di quest'ultima precisa infatti che l'indennità di 250 franchi «comprende l'insieme delle prestazioni dell'ospedale» (quarto comma) e sembra quindi escludere di fatto la possibilità di una fatturazione separata di prestazioni diagnostiche e terapeutiche speciali. L'indennità proposta copre un numero di prestazioni superiori a quelle remunerate dagli importi forfettari attuali.

Bisogna anche aggiungere che la LAMal ammette la tariffa ospedaliera per la degenza (art. 49 cpv. 1 e 2 LAMal) finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e di assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è soddisfatta per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'articolo 50 (art. 49 cpv. 3 LAMal). Per i pazienti lungodegenti sia nelle case di cura sia negli ospedali, qualora non fossero adempiute le condizioni di cui sopra, l'assicurazione malattie non assume le spese del ricovero. In caso di accettazione dell'iniziativa gli assicuratori dovranno versare una somma forfettaria di 250 franchi anche per i pazienti lungodegenti. Tutto questo creerà nuove spese a carico dell'assicurazione malattie rispetto alla situazione attuale. Va inoltre previsto che gli ospedali svilupperanno la loro offerta per accogliere questi pazienti, che nell'ambito della LAMal possono benissimo essere curati a domicilio o in una casa di cura.

d) Applicazione della tariffa per categoria di ospedale

L'indennità giornaliera forfettaria di 250 franchi proposta sarà a carico dell'assicurazione malattie in caso di accettazione dell'iniziativa. Gli importi forfettari ospedalieri attuali includono la partecipazione degli assicurati ai costi; non coprono tuttavia le prestazioni diagnostiche o terapeutiche speciali se sono fatturate a parte. I paragoni che seguono non tengono conto di queste diverse definizioni delle tariffe.

Abbiamo già fatto notare (cfr. *b*) che l'indennità di 250 franchi sarebbe insufficiente, tanto più se i casi trattati in ospedale sono gravi e onerosi. Secondo la media ponderata di un campione di istituti le cui tariffe sono pubblicate nel volume «Tasse giornaliere degli ospedali» del Concordato della cassa malati svizzera (1999) si valuta a circa 330 franchi al giorno e per paziente la tariffa media applicata negli ospedali universitari e per cure generiche (secondo le categorie di ospedali 1-6, fonte VESKA). In questi ospedali sono tuttavia fatturati i $\frac{2}{3}$ dei giorni di degenza. In caso di accettazione dell'iniziativa questi ospedali riceveranno somme inferiori a quelle percepite finora. I primi a soffrirne sarebbero la qualità delle cure e le finanze cantonali e, sotto l'aspetto dei sussidi, le case di cura. La definizione degli ospedali e di

altri istituti ai sensi della LAMal comprende anche gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione o trattamenti psichiatrici (art. 39 cpv. 1 LAMal), che fatturano il rimanente dei giorni di degenza. Secondo la media ponderata (fonte di cui sopra), la tariffa media per il settore della psichiatria (categorie di ospedali 31, 32) sarebbe inferiore ai 200 franchi mentre per la riabilitazione (categorie 14, 16) si situa tra questa somma e la tariffa media valutata per gli ospedali universitari e di cure generiche.

e) Evoluzione dei costi ospedalieri e dei sistemi tariffali

I progressi della medicina consentono un allungamento della vita. Il rovescio della medaglia sono però una società sempre più longeva e un'offerta di prestazioni sempre più performanti e onerose. Alcuni decenni or sono gli interventi sulle persone che soffrivano di insufficienza coronarica erano abbastanza rari mentre oggi le operazioni a cuore aperto sono in netto aumento. Questa tendenza non solo non subirà un arresto, ma si amplierà in altri settori. Fissando l'indennità a 250 franchi per giorno di degenza e per paziente, indicizzati secondo l'indice dei prezzi al consumo, l'iniziativa trascura che in futuro le prestazioni ospedaliere saranno sempre più complesse e costose poiché consentiranno di migliorare la qualità della vita della popolazione.

L'indennità proposta non tiene conto neppure dei progressi della medicina, che consentono una riduzione dei giorni di degenza ospedaliera. Da un punto di vista puramente aritmetico, la riduzione dei giorni di degenza ha come conseguenza che i costi ospedalieri legati agli esami clinici di ammissione e all'intervento chirurgico sono ripartiti su un numero di giorni sempre più breve, il che aumenta logicamente il costo della giornata di degenza ospedaliera. Fissando un'indennità di 250 franchi indicizzata secondo l'indice dei prezzi al consumo, l'iniziativa ignora questo aspetto. Se l'iniziativa fosse accolta, gli ospedali sarebbero molto meno inclini a diminuire le degenze ospedaliere, nonostante i progressi della medicina. I risparmi nel settore sanitario grazie alla diminuzione delle degenze (in materia di cure, di personale sanitario e di ricovero), ma anche nel settore economico (assenza dal lavoro) non potranno essere sfruttati totalmente. L'iniziativa vanificherebbe gli sforzi intrapresi da alcuni partner tariffali per scindere il problema della remunerazione dai giorni di degenza ed evitare un prolungamento della durata del ricovero. Si pensi agli importi forfettari per ogni singolo caso o reparto.

f) Tetto tariffale e finanziamento dei costi supplementari

Se l'iniziativa venisse accolta, la copertura da parte dell'assicurazione malattie obbligatoria in virtù dell'articolo 39 capoverso 1 LAMal, ossia la cura ospedaliera di malattie acute, i provvedimenti medici di riabilitazione e la psichiatria, passerebbero dall'importo attuale di 300 franchi giornalieri a 250 franchi. La diminuzione della partecipazione dell'assicurazione malattie ai costi ospedalieri è evidente. Con il passare del tempo verrebbe a crearsi un profondo divario tra l'indennità fissa di 250 franchi indicizzati secondo l'indice dei prezzi al consumo e i costi reali per i trattamenti ospedalieri in graduale aumento a motivo anche dei progressi della medicina. Per l'assicurazione malattie questo non significherebbe necessariamente meno oneri rispetto alla situazione attuale dato che aumenterebbe il numero dei giorni di degenza (cfr. n. 233 c). I poteri pubblici, per garantire la sopravvivenza degli ospedali e per non venire meno alla propria missione di servizio pubblico, dovrebbero colmare i disavanzi con sussidi sempre più consistenti.

Gli autori dell'iniziativa non precisano peraltro in che modo gli istituti privati potranno sopperire al mancato guadagno derivante dalla differenza tra i costi effettivi per le prestazioni mediche e la somma di 250 franchi che gli assicuratori dovrebbero versare in caso di accettazione dell'iniziativa. Si può facilmente immaginare che i pazienti con un'assicurazione complementare potranno finanziare i costi non coperti dall'assicurazione malattie obbligatoria e garantirsi così l'accesso agli ospedali privati. L'iniziativa non prevede un finanziamento che consenta di mantenere un'offerta ospedaliera privata per le persone che fruiscono unicamente dell'assicurazione malattie obbligatoria. La LAMal rende invece possibile tale offerta mediante la garanzia del finanziamento per le degenze ospedaliere anche nel reparto comune di istituti non sussidiati, per i quali ammette, purché adempite le condizioni di trasparenza dei costi, che i costi fatturabili siano interamente coperti dall'assicurazione di base (cfr. lett. g).

g) Accesso alle cure nel Cantone

L'articolo 49 capoverso 1 secondo periodo LAMal limita la quota delle spese negli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico al 50 per cento dei costi fatturabili nel reparto comune. Tale norma non si applica all'ospedale privato non sussidiato dagli enti pubblici. In questo caso l'assicurazione malattie obbligatoria copre i costi fatturabili nel reparto comune dell'ospedale privato interessato, ossia la quota delle spese di gestione, di investimento e di formazione derivanti dalla sovracapacità, esclusi i costi relativi alla ricerca (RAMA 1997 KV 8 p. 234 e seg.). Il finanziamento per la degenza nel reparto comune è di norma garantito in tutti i tipi di ospedale purché adempite le condizioni di trasparenza dei costi. Se l'iniziativa fosse accolta non sarà più possibile finanziare i costi eccedenti i 250 franchi per la degenza in ospedali privati di pazienti assicurati unicamente per il reparto comune. Se un ospedale privato fosse l'unico istituto ospedaliero di una regione periferica, sarebbe automaticamente escluso dalla pianificazione volta a coprire il fabbisogno ospedaliero di base di pazienti che hanno stipulato soltanto un'assicurazione malattie obbligatoria. Si verrebbe così a creare una disparità tra gli abitanti di questa regione rispetto agli abitanti delle città che possono ricorrere anche ai servizi di un ospedale pubblico. L'iniziativa esige inoltre che i Cantoni mettano a disposizione dei loro abitanti il numero di letti necessari (terzo comma), ma non propone alcuna alternativa per quanto riguarda il numero di letti per pazienti con un'assicurazione malattie obbligatoria.

h) Accesso alle cure fuori del Cantone

Numerosi assicurati devono ricorrere, per motivi d'ordine medico, ai servizi di un ospedale universitario situato fuori del loro Cantone di domicilio o in altri ospedali molto meglio attrezzati. La complessità e i costi delle cure dispensate a questi pazienti sono più elevati rispetto alle prestazioni fornite dagli ospedali del Cantone di domicilio.

Secondo l'iniziativa il Cantone riceverà dall'assicuratore l'indennità di 250 franchi per giorno di degenza pur rimanendo libero di stipulare un altro accordo con l'ospedale fuori del Cantone in cui il paziente è ricoverato o con il Cantone nel quale è situato l'ospedale (quinto comma). Il testo non fornisce alcuna indicazione sull'accordo che il Cantone di domicilio dell'assicurato potrebbe stipulare con l'ospedale situato fuori del Cantone o con il Cantone in cui è situato l'ospedale. Il problema dell'accettazione dei pazienti nel reparto comune potrebbe sorgere se il Cantone di domicilio del paziente non trovasse un'intesa con l'ospedale o con il

Cantone in questione per finanziare i costi eccedenti i 250 franchi proposti dall'iniziativa. Il problema del ricovero fuori del Cantone è tuttora disciplinato dalla LAMal mediante una tariffa calcolata sulla base dei costi ospedalieri (art. 49 cpv. 1 LAMal) e da una chiara normativa in materia di assunzione dei costi da parte del Cantone di domicilio fatturati dall'ospedale sussidiato e non coperti dall'assicurazione malattie obbligatoria (art. 41 cpv. 3 LAMal).

L'indennità di 250 franchi proposta dall'iniziativa sarebbe versata direttamente dall'assicuratore all'ospedale in cui il paziente è stato ricoverato (sesto comma) e di conseguenza il Cantone non svolgerebbe un ruolo di intermediario. È evidente che sarebbe fortemente compromessa l'accettazione di pazienti negli ospedali privati fuori del Cantone per i quali la quota eccedente i 250 franchi non fosse coperta da un'assicurazione complementare.

Nel quadro della LAMal la remunerazione della cura ospedaliera fuori del Cantone per motivi d'ordine medico in ospedali non sussidiati, purché adempite le condizioni di trasparenza dei costi, è interamente garantita dall'assicurazione di base per i pazienti che dispongono solo di un'assicurazione malattie obbligatoria (art. 49 cpv. 1 LAMal). Se l'iniziativa fosse accolta, il Cantone di domicilio potrebbe rivolgersi agli istituti privati fuori del Cantone per sopperire al fabbisogno di cure dei propri cittadini che hanno stipulato l'assicurazione obbligatoria, assegnando a detti Cantoni unicamente dei sussidi, cosa per nulla necessaria ora. Se l'iniziativa fosse accolta, detto Cantone non sarebbe comunque costretto ad attemperarvi e si assisterebbe a una limitazione del margine di manovra dei Cantoni nella collaborazione per la messa a disposizione di letti in favore di pazienti che hanno stipulato soltanto l'assicurazione di base. Su questo punto il nostro Collegio non può che rilevare l'incoerenza del testo dell'iniziativa che nel terzo comma sollecita la collaborazione tra i Cantoni.

i) Promozione dell'offerta in cure ospedaliere poco complesse

In merito all'offerta di prestazioni a pazienti che hanno stipulato l'assicurazione obbligatoria per degenza ospedaliera, gli ospedali privati sarebbero tentati di orientare la propria attività in settori poco costosi (riabilitazione, psichiatria, cure acute di base), relativi a cure semplici e cure per pazienti lungodegenti, in modo da ottenere un finanziamento ottimale con l'indennità di 250 franchi per giorno di degenza.

j) Forme particolari di assicurazione/contenimento dei costi

Nel quadro di forme particolari di assicurazione la LAMal (art. 41 cpv. 4 e art. 62 cpv. 1) consente la selezione dell'offerta secondo criteri vantaggiosi. Nell'ambito delle case di cura, l'assicuratore può offrire una riduzione dei premi ai pazienti che accettano di limitare la scelta dei fornitori di prestazioni. A queste condizioni l'assicuratore può anche esercitare una pressione sulle tariffe degli ospedali, che per garantirsi la domanda sono costretti a farsi concorrenza offrendo una migliore efficienza e/o un miglior prezzo. Con un importo fisso di 250 franchi per giorno di degenza e per persona l'iniziativa toglie all'assicurato e all'assicuratore la possibilità di intervenire sul mercato dell'offerta ospedaliera.

In caso di accettazione dell'iniziativa i provvedimenti di contenimento dei costi previsti dalla LAMal non sarebbero più coercitivi. Eppure l'efficacia dei provvedimenti si rispecchia nell'evoluzione dei costi, attualmente controllata in ambito ospedaliero; abbiamo riscontrato un aumento dell'1,3 per cento nel 1997 e una diminuzione dell'1,4 nel 1998 (Fonte: Statistica dell'assicurazione malattie, cifre provvisorie 1998, UFAS) grazie anche all'attuazione della pianificazione ospedaliera nei Cantoni.

3 Ripercussioni dell'iniziativa
31 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale
311 Ripercussioni sull'assicurazione malattie

I progressi della medicina consentono risparmi non indifferenti poiché offrono ai fornitori di prestazioni la possibilità di trattare i pazienti in ambiente ambulatoriale e semiospedaliero. I pazienti che non stipulassero assicurazioni facoltative a copertura delle prestazioni ambulatoriali e semiospedaliere – cure a domicilio o in case di cura – sarebbero indotti a ricorrere più sovente al settore ospedaliero, con la conseguenza di uno spostamento di questi casi dai settori ambulatoriale e semiospedaliero più vantaggiosi verso il più costoso settore ospedaliero. I fornitori di prestazioni del settore non ospedaliero sarebbero i primi a subire il contraccolpo di questa situazione.

Non solo, dai dati forniti dagli assicuratori emerge che sarebbero compromessi anche gli istituti di riabilitazione e gli istituti psichiatrici, che applicano tariffe inferiori ai 250 franchi per giorno di degenza e per persona. È quindi logico che il finanziamento dei costi sarà più elevato nei settori della riabilitazione e della psichiatria. Un successo dell'iniziativa indurrebbe le cliniche private a orientare la propria offerta in settori poco costosi, ai pazienti che hanno stipulato soltanto un'assicurazione malattie obbligatoria per degenze ospedaliere, in modo da ottenere un finanziamento ottimale con l'indennità di 250 franchi, con conseguenze immaginabili sulla qualità e sulla quantità delle cure fornite (cfr. n. 234.3 i).

Per i motivi menzionati è difficile stabilire se nell'immediato l'accettazione dell'iniziativa ridurrà o aumenterà i costi dell'assicurazione malattie nel settore ospedaliero. Da un canto l'indennità di 250 franchi per giorno di degenza e per persona proposta dagli autori dell'iniziativa è inferiore alla media delle tariffe ospedaliere attuali, che abbiamo valutato a 300 franchi per ogni categoria di ospedale, per cui la diminuzione della partecipazione dell'assicurazione malattie obbligatoria è evidente (cfr. n. 234.3 f). Ne deriva tuttavia un aumento dei costi da finanziare attraverso l'imposta e le assicurazioni facoltative. L'aumento prevedibile delle degenze ospedaliere, causato dall'atteso spostamento dei pazienti verso questo settore, dovrebbe condurre a un aumento delle degenze ospedaliere a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria. Siamo del parere che l'importanza del bilancio per l'assicurazione malattie obbligatoria al livello di costi ospedalieri dovrebbe comunque essere relativizzato per due motivi: da un canto, in relazione agli effetti perversi dell'iniziativa sui costi ospedalieri calcolati globalmente, in particolare a motivo dei costi supplementari a carico del contribuente (cfr. n. 313) e, dall'altro, in relazione alle conseguenze estremamente gravi che graverebbero sul settore ambulatoriale e semiospedaliero se l'iniziativa andasse in porto. Le spese per i trattamenti ospedalieri a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria ammontavano nel 1996 a circa il 10 per cento dell'insieme dei costi del nostro sistema sanitario pari a un totale di 38 miliardi (cfr. Statistica delle assicurazioni sociali, p. 120 UFAS, 1999). Emerge, per quanto concerne in particolare le prestazioni a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, che i costi ospedalieri rappresentano attualmente il 25 per cento delle spese (cfr. Statistica dell'assicurazione malattie, cifre provvisorie 1998, UFAS). Ciò significa che, accettando l'iniziativa, il 75 per cento delle spese globali ora a carico dell'assicurazione malattie sociale non sarebbero più coperte. L'iniziativa solleva molte perplessità proprio nei settori più importanti finanziati dall'assicurazione malattie

sociale. Non si può prevedere una stabilità dei costi anche a causa della deregolamentazione in materia di controllo statale sulle convenzioni (cfr. n. 233 *b*), che potrebbe generare un aumento dei prezzi e delle tariffe. Inoltre, il fatto di rendere facoltativo il settore ambulatoriale e semiospedaliero non farebbe che trasferire i rischi sull'assicurato con le conseguenze già rilevate in fatto di costi e accesso alle cure.

Per quanto concerne gli assicuratori, l'assenza di solidarietà e in particolare la perdita della possibilità del libero passaggio (cfr. n. 232), qualora venisse accolta l'iniziativa, porterebbero verosimilmente a un raggruppamento degli assicurati con rischi di malattie analoghe in una stessa cassa malati – con premi elevati nelle casse con cattivi rischi – oppure, cosa più probabile, a premi individuali legati ai rischi. Se un assicurato dovesse concludere un'assicurazione malattie presso un istituto assicurativo privato indipendentemente dalla LAMal, gli assicuratori opererebbero in un settore di mercato analogo a quello delle assicurazioni complementari sia nel quadro delle assicurazioni facoltative sia nei settori ambulatoriale e semiospedaliero sia nel quadro dell'assicurazione malattie obbligatoria per degenze ospedaliere. In un simile mercato l'assenza di un catalogo di prestazioni indurrebbe gli assicuratori a proporre prestazioni diverse, in particolare nei settori ambulatoriale e semiospedaliero.

312 Ripercussioni sulla Confederazione

I sussidi federali, di cui la quota destinata ai Cantoni è calcolata in base alla popolazione residente, alla sua capacità finanziaria nonché al premio medio, sono innanzitutto versati ai Cantoni che a loro volta vi aggiungono il proprio contributo. L'apporto cantonale corrisponde alla metà circa dei sussidi federali.

Se l'iniziativa fosse accolta, si avrebbero ripercussioni sul sistema attuale di riduzione dei premi assicurativi grazie ai sussidi degli enti pubblici, destinati esclusivamente a ridurre le quote individuali delle persone di condizione economica modesta. In questa eventualità bisogna ancora chiedersi se il sistema non subirà incrinature o se non rischia di essere sostituito da un altro sistema, dato che la LAMal non sarà più necessariamente applicabile e che la Confederazione e i Cantoni non saranno più costretti a elargire sussidi per ridurre i premi.

L'iniziativa avrebbe conseguenze particolarmente gravi per le persone di condizione economica modesta e per le persone a rischio che dovrebbero pagare, a causa della desolidarizzazione che ne seguirà, premi molto elevati senza che Confederazione e Cantoni abbiano ad intervenire per ridurre l'ammontare dei loro premi. L'iniziativa elimina la base giuridica di questo obbligo e non suggerisce come aiutare le persone economicamente modeste, in particolare se hanno contratto assicurazioni facoltative per le prestazioni ambulatoriali e semiospedaliere. Anche se la Confederazione e i Cantoni volessero stanziare, nonostante tutto, sufficienti mezzi finanziari per i sussidi, ci si troverà di fronte ad un aumento elevato delle spese amministrative causate dall'elaborazione e applicazione di nuove regole che tengano conto delle peculiarità di un sistema dove coesistono un'assicurazione a carattere sociale e un'assicurazione a carattere privato.

L'abbandono del regime obbligatorio dell'assicurazione malattie nei settori ambulatoriale e semiospedaliero indurrebbe, tra l'altro, le persone in buona salute e/o con reddito elevato a non assicurarsi, gli assicuratori a prevedere riserve in funzione dello stato di salute, le autorità cantonali a non avere alcuna influenza sull'approvazione delle convenzioni tariffali, con il rischio che i fornitori di prestazioni ne approfitterebbero per aumentare le tariffe. Premi molto elevati nelle casse con cattivi rischi oppure premi individuali legati ai rischi costringerebbero molte persone di condizione economica modesta o affetti da malattie a rinunciare, per motivi puramente finanziari, alla copertura divenuta facoltativa dei trattamenti ambulatoriali e semiospedalieri, ma anche a misure diagnostiche o di prevenzione. Quindi non disporrebbero più di una copertura sufficiente in caso di malattie che non necessitano un ricovero ospedaliero. Per gli stessi motivi le persone in questione dovrebbero fare appello agli enti pubblici per pagare i premi dell'assicurazione obbligatoria in caso di degenza ospedaliera.

Nella situazione citata si potrebbe pensare che una persona priva di copertura assicurativa per i trattamenti ambulatoriali e semiospedalieri sia costretta a rivolgersi all'assistenza sociale nella misura in cui fossero particolarmente onerosi. Lo stesso dicasi della cura di una malattia sottoposta a riserva nel quadro di un'assicurazione facoltativa i cui costi sarebbero così elevati da non poter essere assunti dal paziente. Nella misura in cui la proporzione della popolazione con problemi di accesso alle cure fosse lungi dall'essere trascurabile in caso di accettazione dell'iniziativa, non è tuttavia pensabile che lo Stato limiti il proprio intervento all'aiuto sociale. Dovrebbe forse predisporre un'offerta sanitaria parallela a quella del libero mercato, ad esempio con servizi ambulatoriali (cfr. n. 233 c).

Un successo dell'iniziativa comporterebbe per i Cantoni un nuovo e importante impegno finanziario nei settori ambulatoriale e semiospedaliero, ma anche un aumento delle spese in quello ospedaliero. Se, come già rilevato, i medici e i pazienti dovessero privilegiare il ricovero ospedaliero a motivo della copertura assicurativa, i Cantoni dovrebbero affrontare costi supplementari in materia di investimenti e oneri d'esercizio ospedalieri. I Cantoni dovrebbero infatti assumersi l'onere di alcuni pazienti che finora erano curati in ambito ambulatoriale o semiospedaliero (cfr. n. 233 c).

Confederazione e Cantoni non sarebbero più costretti a versare sussidi per la riduzione dei premi alle persone di condizione economica modesta. Abbiamo visto che l'intervento delle collettività pubbliche, per garantire un minimo di cure alla popolazione che non dispone di mezzi sufficienti per curarsi, potrebbe assumere diverse forme (cfr. n. 233 c) e che bisognerebbe ridurre i premi mediante sussidi alle persone di condizioni economiche modeste e ai malati a rischio.

L'accettazione dell'iniziativa causerebbe quindi oneri supplementari per i Cantoni, sia a livello sociale sia finanziario in materia d'offerta di prestazioni ambulatoriali e semiospedalieri o a livello di impegno finanziario nel settore ospedaliero. I costi scoperti verrebbero pagati direttamente dal paziente e/o dal contribuente. In caso di accettazione dell'iniziativa i costi causati dalla malattia sarebbero comunque pagati dal paziente-assicurato-contribuente. L'iniziativa trasferirebbe parte notevole del rischio e dei suoi oneri sul malato stesso.

32 Rapporto con la perequazione finanziaria

La nuova perequazione finanziaria (NPF) intende chiarire i compiti, le competenze e i flussi finanziari fra la Confederazione e i Cantoni e definire le rispettive responsabilità di questi due livelli costituzionali. Chiarire la ripartizione dei compiti nel settore delle assicurazioni fa parte dei lavori avviati in questa prospettiva. Si esamina anche la base giuridica di una pianificazione e di una ripartizione dei compiti a livello nazionale nel settore della medicina di punta. Il rapporto finale dell'organizzazione del progetto NPF propone essenzialmente l'istituzione di un concordato intercantonale che abbia valore di legge. Un tale concordato rafforzerebbe in certo qual modo la pianificazione e prescriverebbe anche la gamma di prestazioni offerte dagli ospedali nella medicina di punta. Mediante decisione del 14 aprile 1999 abbiamo adottato per la procedura di consultazione un progetto di una nuova perequazione finanziaria che va in questa direzione. Il disciplinamento previsto si contrappone all'idea di fondo che sottende all'iniziativa popolare «Per costi ospedalieri più bassi», nella misura in cui questa non prevede una pianificazione ospedaliera ai sensi della LAMal (cfr. n. 234.1).

4 Rapporto con il diritto europeo

41 Il diritto della Comunità europea

L'articolo 2 del Trattato CE assegna alla Comunità la missione di promuovere un elevato livello di protezione sociale. La libera circolazione dei lavoratori implica un coordinamento delle legislazioni nazionali in materia di sicurezza sociale, peraltro previsto nell'articolo 51 del Trattato CE. Quest'ultimo non prevede né l'istituzione di un sistema autonomo di sicurezza sociale comunitaria né l'armonizzazione dei sistemi nazionali. È previsto soltanto un coordinamento delle legislazioni nazionali di sicurezza sociale. Esso è codificato dal regolamento CEE n. 1408/71 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori salariati, ai lavoratori non salariati e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità e dal suo regolamento di applicazione n. 574/72 (codificato dal regolamento CEE n. 118/97, GU n. L 28 del 30.1.1997, p. 1; ultima modifica mediante regolamento CEE n. 307/1999 del Consiglio, GU n. L 28 del 12.2.1999, p. 1). Fondamentalmente gli Stati rimangono liberi di instaurare il proprio regime di sicurezza sociale e di modificarlo secondo le necessità. Questo sistema di coordinamento parte tuttavia dal principio che tutti gli Stati offrono in materia di assicurazione malattie una copertura di base sia per le cure ospedaliere sia per le cure mediche e farmaceutiche. La Svizzera farà parte di questo sistema di coordinamento al momento dell'entrata in vigore degli accordi settoriali conclusi con la Comunità.

Nella sua raccomandazione del 27 luglio 1992 relativa alla convergenza degli obiettivi e delle politiche della protezione sociale (GU L n. 245 del 26.8.1992, p. 49), il Consiglio delle Comunità europee invita gli Stati membri, in materia di malattia, a garantire alle persone legalmente residenti nel loro territorio l'accesso alle cure sanitarie nonché alle misure di medicina preventiva.

La Carta sociale europea del 18 ottobre 1961 è corrispettiva alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo per quanto concerne i diritti economici e sociali. L'articolo 12 sancisce il diritto alla sicurezza sociale: le Parti contraenti si impegnano a istituire o a mantenere un sistema di sicurezza sociale, a mantenerlo a un livello soddisfacente, a sforzarsi di migliorarlo gradualmente e ad adottare misure per garantire la parità di trattamento fra i propri cittadini e quelli degli altri Stati contraenti. La Svizzera ha firmato la Carta il 6 maggio 1976, ma nel 1987 il Parlamento si è opposto alla sua ratifica per cui la Svizzera non è vincolata a questo trattato.

La Carta sociale europea (modificata) del 3 maggio 1996 ha aggiornato e adeguato il contenuto materiale della Carta del 1961. Il diritto alla sicurezza sociale è ancora sancito dall'articolo 12. La Carta sociale modificata non è ancora entrata in vigore poiché non è stata ratificata da un numero sufficiente di Stati.

IL Codice europeo di sicurezza sociale del 16 aprile 1964 è stato ratificato dalla Svizzera il 16 settembre 1977 (RU 1978 1491). Il nostro Paese non ha tuttavia accettato la parte II relativa alle cure mediche. Ogni Stato intenzionato a ottemperare agli obblighi previsti nella parte II del Codice è tenuto a garantire cure mediche alle persone protette in caso di maternità nonché di stato morboso a prescindere dalla causa. Può essere chiesta una partecipazione degli assicurati alle spese per le prestazioni mediche in caso di stato morboso. Può essere richiesto uno stage e la durata delle prestazioni mediche in caso di stato morboso può essere limitata a 26 settimane per ogni singolo caso. Per quanto concerne il finanziamento il Codice prevede che i costi per le prestazioni e i costi amministrativi devono essere finanziati collettivamente mediante contributi o imposte, o mediante entrambi, secondo modalità tali da evitare che le persone a debole reddito abbiano a sopportare un pesante onere e che tengano conto della situazione economica della Parte contraente e della categoria di persone protette (art. 70 par. 1). Peraltro, il totale dei contributi di assicurazione a carico dei salariati protetti non deve superare il 50 per cento del totale delle risorse adibite alla protezione dei salariati, dei loro coniugi e figli (art. 70 par. 2). Infine, secondo l'articolo 71 paragrafo 1, se l'amministrazione non è garantita da un dipartimento governativo responsabile davanti al Parlamento, rappresentanti delle persone protette devono partecipare all'amministrazione o esservi associati con potere consultivo a condizioni prescritte; la legislazione nazionale può anche prevedere la partecipazione di rappresentanti dei datori di lavoro e delle autorità pubbliche.

Il Codice europeo di sicurezza sociale (modificato) del 6 novembre 1990 estende la portata delle norme del Codice europeo di sicurezza sociale, segnatamente con l'estensione del campo di applicazione personale e il miglioramento del tipo e del livello delle prestazioni. Nel contempo introduce una più grande flessibilità rendendo meno esigenti le condizioni di ratifica e formulando le norme in modo tale da prendere meglio in considerazione i disciplinamenti nazionali. Il Codice modificato prevede disposizioni analoghe all'articolo 70 paragrafo 1 e all'articolo 71 paragrafo 1 del Codice. Visto che non è stato ratificato da alcuno Stato, il Codice modificato non è ancora entrato in vigore.

Fra gli strumenti del Consiglio d'Europa menzioniamo le seguenti raccomandazioni del Comitato dei Ministri agli Stati membri:

- Raccomandazione n. R (80) 15 del 14 novembre 1980 concernente una migliore distribuzione delle cure mediche all'interno e all'esterno degli ospedali;
- Raccomandazione n. R (86) 5 del 17 febbraio 1986 sulla generalizzazione delle cure mediche.

43 Compatibilità dell'iniziativa con il diritto europeo

La LAMal disciplina l'assicurazione sociale contro le malattie (assicurazione sociale malattie). Questa comprende l'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie ambulatoriali, semiospedaliere e ospedaliere. Garantendo alla popolazione le necessarie prestazioni sanitarie, la LAMal ha contribuito ad elevare il livello della sicurezza sociale svizzera, il che è conforme agli strumenti normativi europei.

L'iniziativa popolare propone di limitare il regime obbligatorio dell'assicurazione malattie al solo settore ospedaliero. I pazienti che non stipulassero assicurazioni facoltative a copertura delle prestazioni ambulatoriali o semiospedaliere dovranno pagare di tasca propria tutti i trattamenti di questi settori. Il sistema di assicurazione obbligatorio che vorrebbe imporre l'iniziativa non beneficerebbe quindi più delle regole di protezione sociale offerte dalla LAMal.

L'assicurazione per degenze ospedaliere, che rimane obbligatoria, potrebbe essere stipulata nel quadro della LAMal e, indipendentemente da questa legge, presso istituti assicurativi privati. Anche in questo caso non sarebbe più garantita la protezione della LAMal. «L'assicurazione malattie», come auspicata dagli autori dell'iniziativa, non possiede più le caratteristiche di un'assicurazione sociale ai sensi degli strumenti normativi internazionali, siano essi della Comunità europea (cfr. n. 41 secondo comma) o del Consiglio d'Europa (cfr. n. 42). Essa non rientra quindi nel campo di applicazione di questi strumenti e il problema della sua compatibilità con questi strumenti è privo di oggetto.

Il Trattato CE esige il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale affinché la libera circolazione delle persone, uno dei suoi obiettivi fondamentali, possa essere realizzata. Una limitazione della copertura assicurativa non consente più di garantire una protezione efficace dei lavoratori che si recano in un altro Stato anzi, va considerata come un intralcio alla libera circolazione delle persone e contraria ai principi comunitari.

5 Conclusioni

Le proposte fatte nell'iniziativa sono contrarie al ruolo sociale dello Stato sancito dalla Costituzione federale, ruolo peraltro rafforzato nella nuova Costituzione federale approvata dal popolo il 18 aprile 1999. La volontà chiaramente espressa dagli autori dell'iniziativa di abbandonare la parte dell'assicurazione malattie obbligatoria legata a tutte le prestazioni fornite al di fuori della degenza ospedaliera è in netto contrasto con la nozione essenziale della LAMal che prevede la parità di trattamento ambulatoriale e ospedaliero. L'iniziativa mette in pericolo i due obiettivi fondamentali di questa legge che sono il rafforzamento della solidarietà e il contenimento dei costi. Infatti, l'esclusione dei settori ambulatoriale e semiospedaliere dall'assicu-

razione malattie obbligatoria denota un'assenza totale di solidarietà anche verso i malati cronici o verso i pazienti lungodegenti, che sovente fanno ricorso a dette cure sanitarie. Confrontati con istituti assicurativi privati non sottoposti alla LAMal, i pazienti dalla salute precaria rischiano di sottostare a riserve o di dover pagare premi molto elevati. In poche parole, l'accesso alle cure di numerose persone non sarebbe più garantito. Nel quadro dell'assicurazione obbligatoria per degenze ospedaliere, gli anziani e i malati dovrebbero pagare premi più elevati. L'accettazione dell'iniziativa sarebbe un fallimento della politica sociale attuale volta a garantire cure appropriate e di alto livello e a coprire il fabbisogno di cure della popolazione.

Le persone che non avessero stipulato un'assicurazione ambulatoriale e semiospedaliera sarebbero peraltro tentate di ricorrere più sovente alle cure ospedaliere. L'obiettivo della diminuzione dei costi verrebbe quindi compromesso in caso di accettazione dell'iniziativa. Inoltre, gli enti pubblici dovrebbero assumere spese supplementari rispetto alla situazione attuale.

Infine, la proposta degli autori dell'iniziativa di limitare l'indennità forfettaria a 250 franchi per giorno di degenza e per persona non ridurrà di certo i costi sanitari. Infatti, l'iniziativa non fa che trasferire ai poteri pubblici, cioè ai contribuenti, i costi dell'assicurazione malati, nonché agli assicurati che hanno stipulato assicurazioni complementari. Per compensare la crescita delle spese sociali e aiutare i più demuniti, lo Stato non potrà fare altro che aumentare l'onere fiscale. Inoltre ci si chiede se l'accettazione dell'iniziativa potrà ridurre l'ammontare dei premi nel settore ospedaliero, tenuto conto dell'aumento prevedibile del numero di giorni di degenza.

Oltre al fatto che l'assicurazione obbligatoria, come auspicata dagli autori dell'iniziativa, esula dalle caratteristiche di un'assicurazione sociale, l'iniziativa pone un problema circa la sua compatibilità con il diritto europeo. A livello di coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, l'iniziativa può essere considerata come un intralcio alla libera circolazione delle persone ed è quindi contraria ai principi comunitari. L'adesione della Svizzera al sistema di coordinamento dei regimi nazionali di sicurezza sociale prevista nell'articolo 51 del Trattato CE assumerà notevole importanza al momento dell'entrata in vigore degli accordi settoriali conclusi tra la Svizzera e la CE.

Indebolire il regime istituito dalla LAMal con l'introduzione delle disposizioni proposte dall'iniziativa appare ingiustificato anche perché è tuttora in corso una revisione parziale della LAMal in due tappe. La revisione mira a rafforzare il sistema attuale e ad eliminare talune ambiguità che perturbano il suo funzionamento. La revisione soddisfa i necessari adeguamenti istituiti dalla legge sull'assicurazione malattie in vigore dal 1° gennaio 1996. Uno sconvolgimento totale dell'assicurazione malattie e la soppressione dei diritti sociali acquisiti negli ultimi anni e costantemente aggiornati sulla base delle esperienze fatte o di studi approfonditi, per giungere a talune riforme e a una revisione totale della legge sull'assicurazione malattie, non può in alcun caso avere l'appoggio del Governo. Per tutte queste ragioni proponiamo di respingere l'iniziativa senza controprogetto.