



17.480

**Iniziativa parlamentare  
Tassa per i casi di lieve entità nei reparti di pronto soccorso  
degli ospedali**

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

del 15 agosto 2024

---

---

## Compendio

*Il presente progetto preliminare conferisce ai Cantoni la competenza di aumentare di 50 franchi l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale a seguito di ogni consultazione nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. Saranno esentati le donne incinte, i bambini e le persone munite dell'indicazione di un medico, di un centro di telemedicina o di un farmacista. L'elemento d'incentivazione finanziaria ha l'obiettivo di dissuadere gli assicurati dal recarsi nei reparti di pronto soccorso degli ospedali per casi di lieve entità. La Commissione ritiene che il rafforzamento della consapevolezza dei costi e della responsabilità individuale possa ridurre il sovraccarico nei reparti di pronto soccorso degli ospedali.*

### *Situazione iniziale*

*Il tasso di ricorso ai servizi di pronto soccorso degli ospedali è in costante aumento, determinando un sovraccarico di lavoro per il personale medico e infermieristico e un allungamento dei tempi d'attesa. Sulla base di queste osservazioni, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ritiene che sia necessario agire per ridurre il sovraccarico nei reparti di pronto soccorso degli ospedali, garantendo così il buon funzionamento di questo elemento essenziale del sistema sanitario svizzero. L'iniziativa parlamentare (Weibel) Bäumle 17.480 Tassa per i casi di lieve entità nei reparti di pronto soccorso degli ospedali chiede che venga introdotta una «tassa» per i casi di lieve entità, che permetterebbe di creare un effetto dissuasivo e di dirottare tali casi dai reparti di pronto soccorso verso una presa a carico più adeguata ed economica. La Commissione ha analizzato la compatibilità di tale soluzione con le disposizioni costituzionali ed esaminato varie opzioni di attuazione. Dopo lunghe deliberazioni, ha individuato nell'aumento mirato della partecipazione ai costi a carico degli assicurati una soluzione pragmatica ed efficace.*

### *Contenuto del progetto preliminare*

*Il presente progetto preliminare prevede che l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale a carico dell'assicurato sia aumentato di 50 franchi ogni volta che si reca al pronto soccorso di un ospedale senza indicazione scritta di un medico, di un centro di telemedicina o di un farmacista. Saranno esentati le donne incinte e i bambini. Inoltre, saranno interessate unicamente le persone assoggettate all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). La scelta di introdurre un tale aumento dell'aliquota percentuale sarà delegata ai Cantoni.*

*Per l'attuazione di tale norma dovrà essere introdotto nella legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)<sup>1</sup> un nuovo articolo 64 capoverso 3<sup>bis</sup>.*

1 RS 832.10

# Rapporto

## 1 Genesi del progetto

Il 27 settembre 2017 il consigliere nazionale Thomas Weibel (PVL, ZH) ha depositato l'iniziativa parlamentare 17.480, che chiede di modificare le norme legali affinché tutti i pazienti che si recano al pronto soccorso di un ospedale siano assoggettati sul posto a una tassa pari, per esempio, a 50 franchi. Tale importo non sarebbe computabile sulla franchigia né sulla partecipazione ai costi. Sarebbero esentati i bambini e i giovani fino ai 16 anni, i pazienti inviati al pronto soccorso su indicazione medica e quelli che vengono successivamente ricoverati.

La motivazione dell'iniziativa rileva che, in questi ultimi anni, il numero di consultazioni nei reparti di pronto soccorso degli ospedali è aumentata, causando un sovraccarico organizzativo. I motivi sono di varia natura, tuttavia l'autore dell'iniziativa sottolinea che spesso i casi si rivelano di lieve entità. Il sovraccarico dei reparti di pronto soccorso comporta un maggiore stress per il personale medico e infermieristico nonché un allungamento dei tempi di attesa, con il rischio di compromettere la presa a carico delle vere urgenze e talvolta con conseguenze potenzialmente pericolose. L'introduzione di una tassa avrebbe un effetto dissuasivo che permetterebbe di dirottare i casi di lieve entità dai reparti di pronto soccorso verso i medici di famiglia, una forma di presa a carico che si è dimostrata del tutto valida e che si rivela più economica. Tale misura contribuirebbe a sgravare i reparti di pronto soccorso degli ospedali e quindi anche a contenere l'evoluzione dei costi nel sistema sanitario svizzero.

Dopo l'uscita di Thomas Weibel dal Consiglio nazionale, l'iniziativa parlamentare è stata ripresa dal consigliere nazionale Martin Bäumlé (PVL, ZH).

Il 6 luglio 2018 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha dato seguito all'iniziativa parlamentare con 17 voti contro 7. Nella sua seduta del 15 aprile 2019 la sua omologa del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha deciso con 7 voti contro 5 di non aderire a questa decisione.

L'iniziativa è stata dunque riesaminata dalla CSSS-N, che il 15 novembre 2019 ha proposto al suo Consiglio di darle seguito con 16 voti contro 6. Il 3 dicembre 2019 il Consiglio nazionale si è occupato della questione e ha deciso con 108 voti contro 85 e 1 astensione di aderire alla proposta della sua commissione e di dare seguito all'iniziativa parlamentare.

Dopo il via libera del Consiglio nazionale, l'oggetto è stato sottoposto a un nuovo esame della CSSS-S. Il 14 aprile 2021 la CSSS-S, con 6 voti contro 0 e 5 astensioni, ha proposto alla sua Camera di non allinearsi alla decisione del Consiglio nazionale. Il 16 giugno 2021 il Consiglio degli Stati ha deciso di sostenere una proposta individuale presentata dal consigliere agli Stati Jakob Stark e, con 17 voti contro 15 e 2 astensioni, si è allineato alla decisione del Consiglio nazionale di dare seguito all'iniziativa parlamentare.

Nella sua seduta del 19 maggio 2022 finalizzata a determinare i passi successivi da compiere, la CASS-N, incaricata di elaborare un progetto di legge volto ad attuare l'iniziativa parlamentare, ha sentito alcuni rappresentanti degli ospedali, dei medici, degli assicuratori-malattie, dei pazienti e dei consumatori. La maggioranza della Commissione è successivamente giunta alla conclusione che l'introduzione della tassa proposta sarebbe meno utile di quanto atteso, causerebbe elevati oneri amministrativi e costituirebbe una fonte d'incertezza. Ha quindi proposto, con 12 voti contro 11 e 1 astensione, che l'iniziativa parlamentare sia tolta dal ruolo. Il 30 settembre 2022 l'iniziativa è stata quindi nuovamente sottoposta all'esame del Consiglio nazionale che, con 114 voti contro 71 e 6 astensioni, ha rifiutato la proposta di stralcio presentata dalla sua Commissione.

Il 3 febbraio 2023 la Commissione ha ripreso i lavori con l'obiettivo di definire le linee guida del progetto di attuazione dell'iniziativa parlamentare. Basandosi sull'articolo 112 capoverso 1 della legge sul Parlamento (LParl)<sup>2</sup>, la Commissione si è avvalsa della collaborazione degli esperti dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Ha quindi incaricato l'Amministrazione di elaborare due varianti: la prima che prevedeva l'introduzione di una tassa nazionale di 50 franchi, la seconda che considerava un supplemento all'aliquota percentuale di 50 franchi per ogni consultazione nei reparti di pronto soccorso (v. al riguardo anche n.2.3). Il 31 agosto 2023 la Commissione ha preso atto dei lavori dell'Amministrazione e ha esaminato le due bozze del progetto preliminare. Date le numerose difficoltà di ordine costituzionale e di attuazione, la prima variante è stata abbandonata. La Commissione ha voluto proseguire l'esame della seconda variante, chiedendo all'Amministrazione di valutarne il potenziale di risparmio e di fornirle ulteriori informazioni statistiche sul ricorso ai servizi di pronto soccorso degli ospedali. Il 17 novembre 2023 gli esperti dell'UFSP hanno presentato alla Commissione le conclusioni delle loro analisi. L'11 aprile 2024 due versioni del progetto preliminare sono state sottoposte all'esame della Commissione. Una prima variante prevedeva di aumentare l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale di 50 franchi per ogni ricorso non giustificato ai servizi di pronto soccorso degli ospedali. Nella seconda variante, più incisiva, la partecipazione ai costi era concepita nella forma di un supplemento all'aliquota percentuale di 50 franchi, che interverrebbe dunque prima che l'assicurato abbia raggiunto l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale. Con 13 voti contro 12, la Commissione ha deciso di sostenere la prima variante e, nella votazione sul complesso, ha approvato il proprio progetto preliminare con 13 voti contro 11 e 1 astensione. Nella sua seduta del 15 agosto 2024 la Commissione ha ultimato il presente rapporto esplicativo in vista della procedura di consultazione.

<sup>2</sup> RS 171.10

## 2 Situazione iniziale

### 2.1 Sovraccarico dei reparti di pronto soccorso degli ospedali

I reparti di pronto soccorso degli ospedali sono una componente essenziale del sistema sanitario svizzero. Offrono un accesso rapido e diretto a prestazioni all'avanguardia e garantiscono una presa a carico celere ed efficace delle urgenze mediche. Costituiscono anche un importante punto di raccordo tra cure ambulatoriali e stazionarie. Mentre alcuni casi possono essere trattati rapidamente in regime ambulatoriale, i pazienti che necessitano di un'assistenza stazionaria possono essere immediatamente trasferiti nei reparti di competenza all'interno dello stesso complesso ospedaliero. Questo punto d'accesso trasversale al sistema sanitario deve essere preservato e garantito, in particolare evitando sovraccarichi e congestioni. Il ricorso ai reparti di pronto soccorso deve articolarsi in un più ampio ventaglio d'accesso al sistema sanitario, consentendo una presa a carico mirata e razionale delle differenti situazioni mediche. Il sistema deve essere in grado di orientare i casi di lieve entità o meno gravi verso altre modalità di presa a carico, per esempio i medici di famiglia, preservando le risorse e la capacità d'accoglienza dei reparti di pronto soccorso degli ospedali per far fronte alle vere urgenze mediche.

Negli ultimi anni, gli attori sul campo hanno ripetutamente segnalato una situazione sempre più tesa nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. Questa osservazione è confermata dai dati statistici a disposizione della Commissione. Il sovraccarico di lavoro mette a dura prova il personale medico e aumenta i tempi d'attesa.

Secondo i dati presentati nel bollettino 64 dell'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) in merito al ricorso ai servizi di pronto soccorso in Svizzera<sup>3</sup>, nel 2016, il 14 per cento della popolazione residente ha fatto ricorso almeno una volta al pronto soccorso di un ospedale svizzero, per un totale di 1,7 milioni di accessi, ovvero circa 4500 accessi al giorno. È stato osservato che il numero di consultazioni per 1000 abitanti variava fortemente tra un Cantone e l'altro, con un minimo di 53 consultazioni per 1000 abitanti (AI) e un massimo di 296 consultazioni per 1000 abitanti (TI). A livello nazionale, nel 2016 il numero di consultazioni per 1000 abitanti corrispondeva a 197. I dati più recenti a disposizione della Commissione risalgono al 2022 e permettono di osservare un leggero aumento del tasso in questione: nel 2022 corrispondeva a 248 consultazioni per 1000 abitanti, con un picco di 357 consultazioni per 1000 abitanti nel Cantone del Giura<sup>4</sup>.

I bambini sotto i sei anni presentano il tasso di ricorso più elevato (418 consultazioni per 1000 abitanti nel 2016, 412 nel 2021<sup>5</sup>). Seguono i giovani tra i 19 e i 25 anni

<sup>3</sup> Merçay, C. *Le recours aux services d'urgence en Suisse. Description des différences cantonales* (Obsan Dossier 64) (Bollettino 64 Obsan), Neuchâtel: Osservatorio svizzero della salute, 2018 (disponibile in tedesco e francese).

<sup>4</sup> Dati dell'Osservatorio svizzero della salute (disponibile in tedesco e francese): <https://ind.obsan.admin.ch/fr> > Système de santé > Secteur ambulatoire > Taux de recours aux services d'urgence.

<sup>5</sup> Dati del 2021: Analisi Obsan su mandato dell'UFSP del 28 febbraio 2023.

(263 consultazioni per 1000 abitanti nel 2016, 266 nel 2021). Il tasso di ricorso si riduce progressivamente con l'avanzare dell'età, fino a raggiungere il livello più basso tra i 46 e gli 85 anni (circa 140 consultazioni per 1000 abitanti nel 2016 e 150 nel 2021).

Per quanto riguarda le spese associate alle consultazioni nei reparti di pronto soccorso degli ospedali, nel 2016 le fatture ammontavano a un totale di 624 milioni di franchi, ovvero al 2,2 per cento delle spese ospedaliere. Nel 2016, in Svizzera l'importo fatturato per una consulenza ammontava mediamente a 382 franchi. Nel 2021 l'importo medio corrispondeva a 371 franchi. Quasi il 79 per cento delle prestazioni fornite nei reparti di pronto soccorso degli ospedali è assunto dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS)<sup>6</sup>.

#### *Considerazioni sui «casi di lieve entità»*

Tra tutte le consultazioni nei reparti di pronto soccorso degli ospedali, è difficile quantificare quelle che potrebbero rientrare tra i «casi di lieve entità». Trattandosi di un termine comune che non è definito né nella legge né nella pratica medica, non è possibile raccogliere i dati corrispondenti. Allo stato attuale, pertanto, non esiste una statistica relativa ai «casi di lieve entità» nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. Alcuni elementi consentono comunque di affermare che, specialmente in alcuni Cantoni, questi reparti trattano un numero considerevole di casi di lieve entità.

L'Obsan ha osservato una correlazione tra il tasso di ricorso e il costo medio della consultazione<sup>7</sup>. Si può constatare, infatti, come l'importo medio fatturato per ogni consultazione diminuisca proporzionalmente all'aumento del tasso di ricorso. Nei Cantoni in cui il tasso di ricorso è più elevato, il costo medio della consultazione tende a essere più basso. Questo andamento è in parte spiegato da un maggior numero di casi di lieve entità, o semplici, che sono meno costosi.

Nella sua analisi, l'Obsan ha anche osservato che un alto tasso di ricorso è più spesso dovuto alla presenza di utenti frequenti<sup>8</sup>. Nel 2016 è stato registrato un totale di 1,7 milioni di consultazioni nei reparti di pronto soccorso da parte di 1,2 milioni di pazienti, equivalenti a una media di 1,3 visite al pronto soccorso per paziente. Quattro pazienti su cinque (78 %) ricorrono ai servizi di pronto soccorso una sola volta all'anno. Tuttavia, essi rappresentano poco più della metà di tutte le consultazioni (59 %). Se si fissa una soglia di quattro consultazioni per paziente per classificare gli utenti frequenti, risulta che essi rappresentano una minima parte del totale dei pazienti (2 %), ma che quasi una consultazione su dieci (9 %) può essere attribuita a loro.

<sup>6</sup> Dati dei pazienti del settore ambulatoriale ospedaliero (PSA 2019), analisi dell'UFSP.

<sup>7</sup> Merçay, C., *Ibidem*, n. 5.4 *Relation entre le coût de la consultation et le recours aux urgences* (disponibile in tedesco e francese).

<sup>8</sup> Merçay, C., *Ibidem*, n. 4.3 *Relation entre la part d'utilisateurs multiples et le recours aux urgences* (disponibile in tedesco e francese).

## 2.2 Necessità di agire e obiettivi

Sulla base delle osservazioni riportate nel capitolo precedente, la Commissione ritiene che sia necessario agire per ridurre il sovraccarico nei reparti di pronto soccorso degli ospedali, garantendo così il buon funzionamento di questo elemento essenziale del sistema sanitario svizzero.

L'accesso al sistema sanitario deve essere organizzato in maniera razionale e mirata. Per i casi di lieve entità o non gravi, il ricorso ai servizi di pronto soccorso degli ospedali dovrebbe essere un'opzione da considerare in *ultima ratio*, quando non è disponibile altra possibilità di presa a carico. In via prioritaria si dovrebbe consultare il medico di famiglia o fare ricorso a un centro di telemedicina gestito da un medico. Per i casi meno gravi, anche rivolgersi a un farmacista potrebbe essere sufficiente. Tale constatazione è confermata dagli stessi pazienti: in un sondaggio realizzato dall'Obsan, più di un terzo dei pazienti che hanno fatto ricorso a un servizio di pronto soccorso ha dichiarato che il proprio caso avrebbe potuto essere trattato dal medico di famiglia, se quest'ultimo fosse stato disponibile<sup>9</sup>.

La Commissione ritiene che bisognerebbe orientare meglio i pazienti verso i fornitori di prestazioni di cura più appropriati. La funzione principale dei reparti di pronto soccorso degli ospedali è di consentire una presa a carico rapida ed efficace delle situazioni più gravi e di garantire un accesso alle cure quando tutte le altre opzioni sono impraticabili o insufficienti. L'approccio scelto dalla presente iniziativa parlamentare ha il merito di creare un effetto dissuasivo, dirottando i casi di lieve entità dai reparti di pronto soccorso verso una presa a carico più adeguata e, al contempo, più economica. Le persone interessate dalla presente iniziativa sono in primo luogo gli utenti frequenti, che si recano al pronto soccorso più volte all'anno.

L'obiettivo è ridurre il carico di lavoro nei reparti di pronto soccorso, quindi la soluzione non deve risultare in procedure amministrative onerose o compiti aggiuntivi per il personale medico e infermieristico.

## 2.3 Alternative esaminate e opzione scelta

### *Costituzione e campo d'applicazione della LAMal*

L'iniziativa parlamentare chiede l'introduzione di una «tassa» per le persone che si recano al pronto soccorso di un ospedale. Il supplemento sarà addebitato in aggiunta alle spese associate alla consultazione e non sarà computabile sui costi. In questo caso non si tratta di una tassa amministrativa che, nel senso comune del termine, serve a coprire una spesa dello Stato: poiché l'obiettivo è orientare il comportamento della popolazione e fare in modo che i casi di lieve entità siano indirizzati in primo

<sup>9</sup> Dorn, M., *Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2023 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF)* su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), Neuchâtel: Osservatorio svizzero della salute, Rapporto Obsan 10/2023 (disponibile in tedesco e francese).

luogo verso altri fornitori di prestazioni di cura, il supplemento in questione va interpretato come una tassa d'incentivazione.

Occorre inoltre considerare che la «tassa» auspicata dall'iniziativa parlamentare non rientra nel campo d'applicazione della LAMal. Il supplemento non riguarda una prestazione, l'assunzione dei costi, la partecipazione ai costi o l'obbligo di ridurre il danno.

Inoltre, ai sensi dell'articolo 117 capoverso 1 della Costituzione federale (Cost.)<sup>10</sup>, non è consentita l'introduzione nella LAMal di disciplinamenti che vadano oltre il campo d'applicazione dell'assicurazione malattie. L'iniziativa chiede di introdurre una tassa per ogni consultazione nel pronto soccorso di un ospedale. Tuttavia, non tutte le persone che si recano al pronto soccorso sono assicurate secondo la LAMal (p. es. i turisti, i pazienti assicurati secondo la legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni [LAINF]<sup>11</sup> nonché gli assicurati ai sensi della legge federale sull'assicurazione militare [LAM]<sup>12</sup>).

Sulla base di queste considerazioni di ordine giuridico e costituzionale, la Commissione ha approfondito due possibili approcci per l'attuazione dell'iniziativa parlamentare.

Un primo approccio, più aderente al testo dell'iniziativa, mirava a introdurre una tassa d'incentivazione di 50 franchi per tutti gli assicurati che si recano nei reparti di pronto soccorso degli ospedali per problemi di lieve entità. Questo avrebbe comportato un'estensione dell'attuale campo d'applicazione della LAMal per mezzo di una modifica della Costituzione federale.

Un secondo approccio si basava, invece, sull'idea di sostituire la tassa d'incentivazione descritta nel testo dell'iniziativa con un aumento di 50 franchi dell'aliquota percentuale a carico degli assicurati che si recano al pronto soccorso. L'introduzione di un supplemento sotto forma di un aumento della partecipazione ai costi a carico del paziente sarebbe conforme sia al campo d'applicazione della LAMal che alle disposizioni costituzionali. Tale supplemento sarebbe tuttavia applicabile unicamente alle persone assoggettate all'AOMS.

#### *Nozione di urgenza e di caso di lieve entità*

Una seconda difficoltà riguarda le nozioni di «urgenza» e di «caso di lieve entità». L'obiettivo dell'iniziativa è creare un effetto dissuasivo che permetta di dirottare i «casi di lieve entità» verso altre forme di presa a carico, preservando le capacità d'accoglienza dei reparti di pronto soccorso degli ospedali per le vere «urgenze». Peraltro, la nozione di «casi di lieve entità» non è definita né nella legge né nella pratica medica.

<sup>10</sup> RS 101

<sup>11</sup> RS 832.20

<sup>12</sup> RS 833.1



La nozione di urgenza<sup>13</sup> è stata definita nel quadro di una revisione della LAMal volta ad attuare l'iniziativa del Cantone di Turgovia 16.312 Complemento all'articolo 64a della legge federale sull'assicurazione malattie concernente l'esecuzione dell'obbligo di pagare i premi da parte degli assicurati. Il nuovo articolo 64a capoverso 7 LAMal, entrato in vigore il 1° gennaio 2024, definisce un'urgenza come segue:

*Vi è urgenza medica quando un trattamento non può essere differito. Tale è il caso quando l'assicurato, in assenza di un trattamento immediato, deve temere danni alla salute o la morte, oppure può mettere in pericolo la salute di altre persone.*

Se l'obiettivo ricercato è dirottare i «casi di lieve entità» dai reparti di pronto soccorso degli ospedali, un possibile approccio è utilizzare una definizione negativa e, quindi, prevedere il pagamento del supplemento per qualsiasi caso che *non sia un'urgenza* ai sensi dell'articolo 64a capoverso 7 LAMal. Questa variante avrebbe il merito di operare una distinzione tra persone che si recano nei reparti di pronto soccorso degli ospedali per vere urgenze e quelle che vi fanno ricorso per casi di lieve entità, prevedendo il pagamento di un emolumento di 50 franchi unicamente nel secondo scenario. Al contempo, una simile valutazione peserebbe soprattutto sulle spalle dei professionisti della salute, che sarebbero chiamati a giudicare se una persona si è recata al pronto soccorso per una vera urgenza o per un caso di lieve entità. Tale valutazione comporterebbe ulteriori incombenze e formalità amministrative per il personale che opera sul campo, che potrebbero risultare controproducenti nonché fonte di incertezza del diritto per le persone interessate.

La Commissione ha quindi esaminato la possibilità di eliminare la distinzione tra «urgenza» e «caso di lieve entità» e di prevedere l'introduzione sistematica di un supplemento per ogni consultazione nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. In tal caso si renderebbe necessario definire in modo esaustivo le esenzioni al supplemento. Evitare una valutazione soggettiva della nozione di urgenza garantirebbe la certezza giuridica di questa misura e non darebbe luogo a ulteriori procedure amministrative per il personale del pronto soccorso.

#### *Opzione scelta*

Dopo aver esaminato due diversi approcci per l'attuazione dell'iniziativa, sulla base di quanto esposto, la Commissione ha deciso di optare per una soluzione che possa essere compatibile con le attuali disposizioni costituzionali e con l'attuale campo d'applicazione della LAMal. Propone quindi di concretizzare la tassa d'incentivazione auspicata dall'iniziativa parlamentare attraverso un aumento mirato dell'aliquota percentuale a carico dell'assicurato per ogni consultazione nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. Secondo la Commissione, si tratterebbe di una soluzione pragmatica che garantirebbe un quadro di applicazione chiaro e uniforme. La Commissione ha esaminato due opzioni: una prima variante prevede di aumentare l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale di 50 franchi per ogni ricorso

<sup>13</sup> I termini «urgenza» e «caso d'urgenza» figuravano già nella LAMal (p. es. art. 41 cpv. 3 e 3<sup>bis</sup> LAMal).

non giustificato ai servizi di pronto soccorso degli ospedali. Nella seconda variante, più incisiva, la partecipazione ai costi è concepita nella forma di un supplemento all'aliquota percentuale di 50 franchi, che interverrebbe dunque prima che l'assicurato abbia raggiunto l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale. Con 13 voti contro 12, la Commissione ha deciso di optare per la prima variante.

La Commissione ha inoltre preferito eliminare la distinzione tra vere «urgenze» e «casi di lieve entità». Un simile approccio avrebbe prodotto incertezza giuridica e aumentato il carico di lavoro del personale medico e infermieristico. Il meccanismo di base del provvedimento dovrebbe quindi consistere in un aumento sistematico dell'aliquota percentuale per ogni consultazione nel pronto soccorso di un ospedale, indipendentemente dalla natura urgente o di lieve entità del caso trattato. Una volta stabilito questo principio di base, la Commissione ha determinato le esenzioni al supplemento, che sono state definite in modo esaustivo. Saranno esentate le persone che si recano al pronto soccorso di un ospedale dopo aver consultato un medico, un centro di telemedicina o un farmacista. In tutti questi casi, i pazienti avranno prima contattato un altro fornitore di prestazioni di cura, coerentemente con l'obiettivo dell'iniziativa, ovvero dirottare i casi di lieve entità verso altre forme di assistenza medica. Inoltre, i bambini e i giovani fino ai 18 anni e le donne incinte saranno esentati da questa partecipazione supplementare ai costi. La Commissione non vorrebbe introdurre questo sistema in tutta la Svizzera, bensì prevedere questa possibilità nel quadro legale federale e quindi delegare la scelta ai differenti Cantoni. Tale soluzione è compatibile con la concezione del sistema sanitario svizzero, che conferisce ai Cantoni ampie competenze in materia di pianificazione e di organizzazione dell'assistenza sanitaria e consente di tenere conto delle principali differenze cantonali in termini di ricorso ai reparti di pronto soccorso.

### 3 Punti essenziali del progetto preliminare

#### 3.1 Competenza dei Cantoni di aumentare l'importo massimo dell'aliquota percentuale in caso di consultazione nel pronto soccorso di un ospedale

Secondo il diritto vigente, la partecipazione ai costi degli assicurati comprende un importo fisso per anno (franchigia) e il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale)<sup>14</sup> e presenta un tetto massimo, cioè non può eccedere la somma della franchigia<sup>15</sup> e dell'aliquota percentuale<sup>16</sup>. Il Consiglio federale stabilisce

<sup>14</sup> Art. 64 cpv. 2 lett. a e b LAMal

<sup>15</sup> La franchigia dell'assicurazione ordinaria per gli adulti e i giovani adulti ammonta a 300 franchi (cfr. art. 103 cpv. 1 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie [OAMal; RS 832.102]). Le franchigie opzionali ammontano a 500, 1000, 1500, 2000 e 2500 franchi (cfr. art. 93 cpv. 1 OAMal).

<sup>16</sup> *Basler Kommentar zum KVG/KVAG*, 2020, art. 64 n. 6. La partecipazione ai costi comprende inoltre un contributo ai costi di degenza ospedaliera di 15 franchi al giorno (cfr. art. 64 cpv. 5 LAMal).

l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale<sup>17</sup>. Quest'ultimo ammonta a 700 franchi per gli adulti e i giovani adulti<sup>18</sup>. Di conseguenza, secondo il diritto vigente, la partecipazione dell'assicurato ai costi sostenuti dall'AOMS può ammontare al massimo all'importo della franchigia scelta sommato all'aliquota percentuale di 700 franchi.

Il progetto preliminare crea la base giuridica per aumentare di 50 franchi l'importo massimo dell'aliquota percentuale a carico dell'assicurato, che ammonta attualmente a 700 franchi, per ogni ricorso al pronto soccorso di un ospedale senza indicazione scritta di un medico, di un centro di telemedicina o di un farmacista. L'aumento dell'aliquota percentuale ha lo scopo di rafforzare la consapevolezza dei costi e la responsabilità individuale degli assicurati. La Commissione ritiene che la prospettiva di dover contribuire con un'aliquota percentuale maggiorata in base al ricorso alle prestazioni sanitarie durante l'anno dissuaderà gli assicurati dal recarsi nei reparti di pronto soccorso degli ospedali per casi di lieve entità senza un'indicazione scritta. Nel 2021 circa il 10 per cento degli assicurati ha raggiunto la franchigia (300, 500, 1000, 1500, 2000 o 2500 franchi) e l'aliquota percentuale massima di 700 franchi<sup>19</sup>. Per queste persone, un aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale avrebbe avuto un impatto finanziario diretto. La Commissione ritiene che, rinunciando a una consultazione o rivolgendosi a un altro fornitore di prestazioni, i reparti di pronto soccorso degli ospedali possano essere sgravati e le prestazioni sanitarie per i casi meno gravi possano essere fornite in modo più efficiente ed economico.

La scelta di introdurre l'aumento dell'aliquota percentuale sarà delegata ai Cantoni. Tale soluzione è compatibile con la concezione del sistema sanitario svizzero, che conferisce ai Cantoni ampie competenze in materia di pianificazione e di organiz-

<sup>17</sup> Art. 64 cpv. 3 LAMal

<sup>18</sup> Art. 103 cpv. 2 LAMal. Per determinate prestazioni, il Consiglio federale può prevedere una partecipazione ai costi più alta (art. 64 cpv. 6 LAMal). Il diritto vigente prevede un'aliquota percentuale più alta, pari al 40 per cento dei costi eccedenti la franchigia, solo per i preparati originali se è disponibile anche un generico o un medicamento biosimilare (art. 104a cpv 1bis OAMal in combinato disposto con l'art. 38a cpv 1 dell'ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; [OPre; RS 832.112.31]). Se l'aliquota percentuale è aumentata, l'ammontare che supera il tasso stabilito nella legge conta solo per metà nel calcolo dell'importo massimo di 700 franchi (art. 104a cpv. 2 OAMal). Pertanto, la partecipazione ai costi massima a fronte di una franchigia di 300 franchi per anno civile corrisponde a 1000 franchi. A fronte di una franchigia di 2500 franchi, la partecipazione ai costi massima per anno civile corrisponde a 3200 franchi.

<sup>19</sup> Calcolo basato su una statistica dei dati individuali 2021 – EFIND2021, costi secondo la data di trattamento (disponibile in tedesco e francese): [www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/individualdaten-zur-krankenpflegeversicherung/statistik.html](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/individualdaten-zur-krankenpflegeversicherung/statistik.html).

zazione dell'assistenza sanitaria<sup>20</sup> e consente di tenere conto delle principali differenze cantonali nel ricorso ai servizi di pronto soccorso degli ospedali. I Cantoni devono garantire, mediante campagne d'informazione sul tema, che gli assicurati comprendano appieno la nuova normativa e le eventuali differenze su base cantonale.

La nuova normativa si applicherà al ricorso a tutti i reparti di pronto soccorso degli ospedali autorizzati in Svizzera conformemente all'articolo 39 capoverso 1 LAMal.

Per un'illustrazione degli effetti, si vedano gli esempi di calcolo basati su scenari concreti nel capitolo 4 della nota breve dell'UFSP del 26 marzo 2024 sul confronto delle proposte di attuazione (variante 1)<sup>21</sup>.

## **3.2 Campo d'applicazione ed esenzioni dall'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale in caso di consultazione nel pronto soccorso di un ospedale**

La normativa proposta si applicherà unicamente alle persone assoggettate all'AOMS. I pazienti che si recano nei reparti di pronto soccorso degli ospedali sulla base di un'assicurazione ai sensi della LAINF o della LAM non saranno interessati dalla normativa.

Le donne incinte (durante la gravidanza e fino a otto settimane dopo il parto), i bambini e i giovani fino ai 18 anni e le persone inviate al pronto soccorso di un ospedale su indicazione scritta di un medico, di un centro di telemedicina o di un farmacista saranno esentati dall'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale.

### **3.2.1 Donne incinte**

Le donne incinte saranno esentate dall'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale. Le prestazioni in caso di maternità di cui all'articolo 29 capoverso 2 LAMal sono esentate dalla partecipazione ai costi dall'inizio della gravidanza, conformemente all'articolo 64 capoverso 7 lettera a LAMal. Secondo il diritto vigente non può essere riscossa alcuna partecipazione ai costi per le prestazioni atte a diagnosticare o a curare una malattia fornite a partire dalla tredicesima settimana di

<sup>20</sup> Per esempio, in caso di mancato pagamento dei premi, non tutti i Cantoni utilizzano gli elenchi previsti dall'articolo 64a LAMal. Conformemente all'articolo 64a capoverso 7 LAMal, i Cantoni hanno la possibilità di registrare in un elenco gli assicurati che non pagano i premi nonostante l'esecuzione. L'assicuratore-malattie sospende l'assunzione dei costi delle prestazioni fornite a questi assicurati, salvo nei casi d'urgenza medica.

<sup>21</sup> Disponibile (in tedesco e francese) su [www.parlamento.ch](http://www.parlamento.ch) > Curia Vista > 17.480 > Documenti delle commissioni pubblici/Altri rapporti > [Comparaison des propositions de mises en oeuvre - Note de l'OFSP du 26 mars 2024](#).

gravidanza, durante il parto e fino a otto settimane dopo il parto (art. 64 cpv. 7 lett. b LAMal). Nel quadro della modifica della LAMal<sup>22</sup> relativa alle misure di contenimento dei costi – Pacchetto 2, l'esenzione dalla partecipazione ai costi non inizierà più dalla tredicesima settimana di gravidanza, ma già dall'inizio della gravidanza stabilito da un medico o da una levatrice. Per motivi di certezza del diritto, in caso di ricorso al pronto soccorso di un ospedale da parte di una donna incinta, è ragionevole applicare anche nel presente progetto la stessa definizione di inizio della gravidanza all'esenzione dall'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale.

### **3.2.2 Minorenni**

I minorenni saranno esentati dall'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale.

Per loro vale la metà dell'aliquota percentuale prevista per gli adulti<sup>23</sup>. La graduazione dei premi secondo i gruppi d'età è effettuata in base all'anno di nascita<sup>24</sup>.

### **3.2.3 Persone munite di indicazione scritta**

Il progetto preliminare prevede lo strumento dell'indicazione scritta. La forma scritta non fa riferimento alle norme del Codice delle obbligazioni (CO)<sup>25</sup>.

Il termine «indicazione» è introdotto per la prima volta nella LAMal con questo significato specifico. In questo contesto, l'invio al pronto soccorso di un ospedale non costituisce una «prescrizione» medica ai sensi della legge, ma l'affidamento del paziente da parte di uno specialista (medico, farmacista) a un altro dopo che il primo ha già effettuato un esame preliminare o eventuali diagnosi e trattamenti nel proprio settore di competenza.

#### **3.2.3.1 Indicazione emessa dal medico**

La legge sulle professioni mediche (LPMed)<sup>26</sup> autorizza il medico a formulare diagnosi e a proporre un trattamento appropriato delle turbe della salute<sup>27</sup>. Conformemente all'articolo 25 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi di tali prestazioni, a condizione che siano fornite da un medico o da un istituto che dispensa cure ambulatoriali effettuate da medici autoriz-

<sup>22</sup> FF 2022 2428, Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 2); [www.parlamento.ch](http://www.parlamento.ch) > Curia Vista > 22.062.

<sup>23</sup> Art. 64 cpv. 4 LAMal

<sup>24</sup> Art. 91 cpv. 3 OAMal

<sup>25</sup> RS 220

<sup>26</sup> RS 811.11

<sup>27</sup> Art. 8 lett. b LPMed

zati a esercitare a carico dell'AOMS, ai sensi dell'articolo 35 capoverso 2 lettere a ed n LAMal. Le condizioni per l'autorizzazione sono elencate all'articolo 38 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)<sup>28</sup> per i medici e all'articolo 39 OAMal per gli istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici.

L'autorizzazione riguarda anche la valutazione medica e l'invio di una persona al pronto soccorso di un ospedale. Queste prestazioni sono remunerate secondo le disposizioni legali e le normative tariffali applicabili (TARMED).

### **3.2.3.2 Indicazione emessa dal medico di un centro di telemedicina**

Per centri di telemedicina si intendono generalmente istituti gestiti da medici nei quali operano anche altri professionisti, in particolare infermieri. Conformemente alle disposizioni legali, tuttavia, la competenza di formulare diagnosi e di inviare i pazienti nei reparti di pronto soccorso degli ospedali spetta ai medici. Per quanto riguarda l'autorizzazione nell'ambito dell'AOMS, si applicano le stesse condizioni indicate al numero 3.2.3.1.

### **3.2.3.3 Indicazione emessa dal farmacista**

La LPMed stabilisce che il farmacista contribuisce alla promozione e alla salvaguardia della salute come pure alla prevenzione delle malattie. Dispone di conoscenze di base adeguate concernenti la diagnosi e la cura delle turbe della salute e delle malattie frequenti<sup>29</sup>. Attualmente, la LAMal non prevede che i farmacisti forniscano prestazioni di diagnosi e cura come, per esempio, inviare un paziente al pronto soccorso di un ospedale. Le prestazioni fornite dai farmacisti non possono quindi essere coperte dall'AOMS.

### **3.2.3.4 Responsabilità**

Un medico è soggetto sia alla responsabilità contrattuale, quando non adempie correttamente ai propri doveri, che alla responsabilità penale, quando lede un diritto assoluto del paziente in ambito terapeutico<sup>30</sup>.

Per far valere la responsabilità civile devono essere soddisfatte tre condizioni:

1. il professionista della salute ha violato il suo obbligo di diligenza;
2. il paziente ha subito un danno;

<sup>28</sup> RS 832.102

<sup>29</sup> Art. 9 lett. j LPMed

<sup>30</sup> Yves Bonnard, Sophie Ciola-Dutoit, Deborah Schorno. *Partage du travail et responsabilités en clinique privée*, AJP/PJA 11/2010, pag. 1401 segg.

3. esiste un nesso causale tra la violazione dell'obbligo di diligenza e il danno subito.

L'eventuale violazione dell'obbligo di diligenza è trattata in una procedura civile<sup>31</sup>. Occorre determinare se, nelle circostanze indagate, l'azione o l'omissione da parte del professionista della salute possa essere considerata una negligenza. La situazione è simile a quella in cui un medico di base o un farmacista indirizzano un paziente da uno specialista. In questo caso, si applicano gli stessi principi di diligenza e responsabilità.

La LPMed richiede espressamente ai medici di concludere un'assicurazione di responsabilità civile professionale in base al genere e all'entità dei rischi connessi alla propria attività. Inoltre, la Federazione dei medici svizzeri (FMH) esige che i medici dispongano di un'assicurazione che copra le potenziali richieste di risarcimento derivanti dalla responsabilità professionale. Un medico che esercita senza assicurazione di responsabilità civile professionale viola quindi direttamente i suoi obblighi professionali.

Al pari del medico, anche il farmacista è tenuto a rispettare l'obbligo di diligenza. Inoltre, anch'egli è assoggettato all'articolo 40 lettera h LPMed, che richiede di concludere un'assicurazione di responsabilità civile professionale commisurata al genere e all'entità dei rischi connessi alla propria attività, a meno che l'esercizio dell'attività non sia disciplinato dal diritto in materia di responsabilità dello Stato.

### 3.3 Attuazione

Conformemente all'articolo 96 LAMal, il Consiglio federale emana le disposizioni necessarie all'esecuzione della legge. Queste devono specificare quale normativa si applica quando un assicurato, nel corso dell'anno, diventa soggetto all'obbligo assicurativo in un altro Cantone nel quale si applicano norme diverse in materia di aumento dell'aliquota percentuale in caso di ricorso al pronto soccorso di un ospedale.

Le disposizioni d'esecuzione devono inoltre disciplinare le modalità di notifica scritta del professionista inviante al pronto soccorso. La forma scritta non fa riferimento alle norme del CO e deve essere definita a livello di ordinanza.

Occorre garantire che tutti i professionisti autorizzati a inviare i pazienti al pronto soccorso siano a conoscenza delle relative implicazioni. Lo stesso vale anche per i professionisti autorizzati a tale invio che esercitano in Cantoni che non applicano l'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale. Questo nel caso in cui una persona domiciliata in un Cantone che applica l'aumento dell'aliquota percentuale desideri essere inviata al pronto soccorso ospedaliero da un professionista che esercita in un Cantone che non prevede tale maggiorazione. Tutti gli ospedali devono essere in grado di inoltrare l'indicazione all'assicuratore-malattie, all'occorrenza

<sup>31</sup> DTF 133 III 121

anche direttamente con la fattura. Lo stesso vale per gli ospedali dei Cantoni che non prevedono un aumento dell'aliquota percentuale.

### **3.4 Proposte di minoranza**

#### **3.4.1 Non entrata in materia**

Una minoranza (Crottaz, Brenzikofer, Gysi Barbara, Hess Lorenz, Marti Samira, Meyer Mattea, Piller Carrard, Roduit, Weichelt, Wyss) propone di non entrare in materia sul progetto preliminare. Ritiene che sarebbe inefficace giacché, per timore delle conseguenze giuridiche, i fornitori di prestazione abilitati raramente respingevano la richiesta di un paziente di essere trasferito al pronto soccorso. Peraltro, se anche un fornitore di prestazione si rifiutasse di dare seguito alla richiesta, il paziente si rivolgerà ad altri fornitori fino a ottenere il trasferimento desiderato. Inoltre anche le conseguenze giuridiche sui diritti dei pazienti e sugli aspetti legati alla responsabilità dei farmacisti non sarebbero chiare. A ciò si aggiunge che vi sarebbe un aumento dell'aliquota percentuale anche nei casi in cui il soggiorno ambulatoriale è dovuto ad esempio a un'emergenza che si verifica di notte e per la quale il paziente non ha potuto ottenere una consulenza preliminare da parte di un centro di telemedicina, di un farmacista o di un medico, nonostante sia evidente che non si tratta di un caso di poca entità. La minoranza teme che il progetto causerebbe elevati oneri amministrativi senza che ne derivi un potenziale di risparmio e comporterebbe rischi finanziari. In particolare non sarebbero chiare le conseguenze finanziarie dovute all'istituzione di servizi medici di picchetto disponibili 24 ore su 24 e della possibilità per i farmacisti di contabilizzare nuove prestazioni.

La minoranza ritiene che l'aumento della partecipazione ai costi dei pazienti non sia una soluzione efficace per ridurre il carico nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. A suo parere occorre invece informare la popolazione sulle possibilità di trattamento alternative e rafforzare le cure mediche di base nelle regioni di periferia, segnatamente intensificando gli sforzi per rimediare alla carenza di personale specializzato.

#### **3.4.2 Nessuna delega ai Cantoni**

Una minoranza (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt) propone di rinunciare alla delega ai Cantoni e di introdurre così l'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale in tutta la Svizzera. La definizione dell'aliquota percentuale sarebbe una competenza della Confederazione, tradotta da quest'ultima nella LAMal. L'introduzione di una nuova competenza per i Cantoni porterebbe ad applicazioni diverse della LAMal.



### 3.4.3 Supplemento all'aliquota percentuale

Una minoranza I (Glarner, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Gutjahr, Sauter, Silberschmidt, Thalmann-Bieri, Vietze, Wyssmann) propone una variante alternativa. Per ogni ricorso ai reparti di pronto soccorso degli ospedali sarà addebitato un supplemento all'aliquota percentuale di 50 franchi. Saranno applicate le stesse esenzioni previste dalla variante di maggioranza (donne incinte e minorenni, persone munite di indicazione scritta). Come per la variante di maggioranza, inoltre, la competenza per l'introduzione del supplemento all'aliquota percentuale sarà delegata ai Cantoni. Un supplemento di questo tipo avrebbe un impatto più immediato rispetto all'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale, poiché sarebbe effettivo prima del raggiungimento del limite abituale dell'aliquota percentuale, che ammonta attualmente a 700 franchi. Se la persona interessata dovesse esaurire la franchigia, dovrebbe pagare il supplemento nel quadro della partecipazione ai costi, indipendentemente dall'importo dell'aliquota percentuale già pagata. Rispetto alla variante di maggioranza, la presente variante alternativa andrebbe a interessare un maggior numero di assicurati<sup>32</sup>. Attualmente, circa il 54 per cento di tutti gli assicurati esaurisce la propria franchigia nell'arco dell'anno e potrebbe essere direttamente interessato da un tale supplemento.

### 3.4.4 Supplemento all'aliquota percentuale, ma senza delega ai Cantoni

Una minoranza II (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt) sostiene il supplemento all'aliquota percentuale secondo la variante alternativa. Propone, tuttavia, di rinunciare alla delega ai Cantoni. L'introduzione del supplemento all'aliquota percentuale in tutta la Svizzera corrisponderebbe all'attuale sistematica della LAMal e garantirebbe l'applicazione uniforme della LAMal per tutti gli assicurati.

## 4 Commento ai singoli articoli

### 4.1 Variante di maggioranza: articolo 64 capoverso 3<sup>bis</sup> P-LAMal

La partecipazione ai costi degli assicurati è disciplinata nel capitolo 5 sezione 3 LAMal. Essa comprende un importo fisso per anno (franchigia) e il 10 per cento dei costi eccedenti la franchigia (aliquota percentuale). L'aliquota percentuale ha lo scopo di garantire che gli assicurati siano sempre consapevoli dei costi, anche quan-

<sup>32</sup> Per un'illustrazione degli effetti, si vedano gli esempi di calcolo basati su scenari concreti nel capitolo 4 della nota breve dell'UFSP del 26 marzo 2024 sul confronto delle proposte di attuazione (variante 2), disponibile (in tedesco e francese) su [www.parlamento.ch](http://www.parlamento.ch) > Curia Vista > 17.480 > Documenti delle commissioni pubblici/Altri rapporti > Comparaison des propositions de mises en oeuvre - Note de l'OFSP du 26 mars 2024.

do stanno già ricorrendo a prestazioni mediche. La partecipazione ai costi è soggetta a tetto massimo, ossia non può eccedere la somma della franchigia e dell'aliquota percentuale. Conformemente all'articolo 64 capoverso 3 LAMal, il Consiglio federale stabilisce la franchigia e l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale nelle disposizioni d'esecuzione. L'importo massimo dell'aliquota percentuale ammonta attualmente a 700 franchi (art. 103 cpv. 2 OAMal). Il Consiglio federale può prevedere una partecipazione ai costi più alta per determinate prestazioni (art. 64 cpv. 6 lett. a LAMal). L'assicurato continuerà a partecipare ai costi finché le spese computabili sull'aliquota percentuale non avranno raggiunto l'importo massimo della stessa, pari a 700 franchi all'anno. Quando l'insieme delle spese computabili raggiunge l'importo massimo dell'aliquota percentuale non può più essere riscosso alcun contributo.

Il nuovo articolo 64 capoverso 3<sup>bis</sup> P-LAMal ha l'obiettivo di consentire ulteriori aumenti dell'importo massimo dell'aliquota percentuale, a prescindere da quanto stabilito dal Consiglio federale nell'articolo 103 capoverso 2 OAMal. Secondo il presente progetto preliminare, i Cantoni devono poter prevedere un aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale di 50 franchi in determinati casi di ricorso ai servizi di pronto soccorso degli ospedali. In questo modo, potrebbero prevedere un aumento dell'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale di 50 franchi a carico dell'assicurato ogniquale volta quest'ultimo si rivolge al pronto soccorso di un ospedale. L'articolo 64 capoverso 4 LAMal non deve essere modificato. Si riferisce, infatti, all'importo massimo dell'aliquota percentuale stabilito dal Consiglio federale come definito nell'articolo 103 capoverso 2 OAMal, non all'aumento individuale dello stesso come previsto dal nuovo capoverso 3<sup>bis</sup>.

L'aumento dell'aliquota percentuale in caso di visita nei reparti di pronto soccorso degli ospedali non può essere previsto per minorenni, donne incinte e persone munite dell'indicazione scritta di un medico, di un centro di telemedicina o di un farmacista.

Il Cantone nel quale una persona è assicurata determina se aumentare l'importo massimo dell'aliquota percentuale in caso di ricorso al pronto soccorso di un ospedale. L'aumento si applica anche se l'assicurato si reca al pronto soccorso di un ospedale di un Cantone che non lo prevede.

I professionisti autorizzati a inviare i pazienti al pronto soccorso (medici e/o medici che esercitano nei centri di telemedicina e farmacisti) confermano mediante indicazione scritta che, in base alla loro valutazione dello stato di salute e della situazione dell'assicurato, ritengono appropriato che venga assistito dal pronto soccorso di un ospedale. Il documento relativo all'indicazione scritta viene inviato dall'ospedale agli assicuratori, che di conseguenza non aumentano l'aliquota percentuale.

Le conseguenze giuridiche del mancato trasferimento di un paziente da parte di un medico, un farmacista o un centro di telemedicina dovranno essere esaminate in modo approfondito e disciplinate in occasione dell'elaborazione delle disposizioni di esecuzione, che dovranno in particolare stabilire le possibilità di cui dispone un assicurato che non ottiene il trasferimento.

*Articolo 64 capoverso 3<sup>bis</sup> P-LAMal*

*Minoranza (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt)*

Una minoranza vorrebbe rinunciare alla delega ai Cantoni e introdurre così l'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale in tutta la Svizzera.

## **4.2 Varianti alternative secondo le minoranze I e II**

*Articolo 64 capoverso 2 lettera c e 2<sup>bis</sup> P-LAMal*

*Minoranza I (Glarner, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Gutjahr, Thalmann-Bieri, Sauter, Silberschmidt, Vietze, Wyssmann)*

La minoranza I vorrebbe integrare nella partecipazione ai costi un supplemento all'aliquota percentuale per ogni consultazione nei reparti di pronto soccorso degli ospedali da corrispondere dal momento in cui l'assicurato abbia esaurito la franchigia. In questo caso, l'assicurato dovrebbe pagare il supplemento nel quadro della partecipazione ai costi, indipendentemente dall'importo dell'aliquota percentuale già pagata. Secondo questa minoranza, la competenza per l'introduzione del provvedimento dovrebbe essere delegata ai Cantoni. Questo tipo di partecipazione ai costi consiste in un supplemento all'aliquota percentuale di al massimo 50 franchi per ogni consultazione nei reparti di pronto soccorso degli ospedali, a condizione che il Cantone di domicilio lo preveda. Il termine «massimo» è necessario poiché l'aliquota percentuale e il relativo supplemento non possono eccedere i costi. Un tale supplemento non può essere previsto per donne incinte, minorenni e persone con indicazione scritta di un medico, di un centro di telemedicina o di un farmacista.

*Art. 64 capoversi 2 lettera c e 2<sup>bis</sup> P-LAMal*

*Minoranza II (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt)*

Così come la minoranza I, la minoranza II vorrebbe introdurre un supplemento all'aliquota percentuale, da riscuotere però in tutta la Svizzera. Di conseguenza, contrariamente alla minoranza I, non prevede alcuna delega di competenze ai Cantoni.

## **5 Ripercussioni**

### **5.1 Ripercussioni per la Confederazione**

#### **5.1.1 Ripercussioni finanziarie**

Il progetto non ha ripercussioni finanziarie per la Confederazione.

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

Il progetto non comporta oneri supplementari per il personale federale. Non sono necessari posti di lavoro aggiuntivi.

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

Il progetto ha ripercussioni finanziarie contenute per i Cantoni, i Comuni, le città, gli agglomerati e le regioni di montagna. Tuttavia, se i Cantoni decidono di introdurre l'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale in caso di ricorso ai servizi di pronto soccorso degli ospedali, le disposizioni legali cantonali andranno adeguate.

L'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale in caso di ricorso al pronto soccorso di un ospedale causerà maggiori oneri amministrativi e, di conseguenza, costi più elevati per i Cantoni, che dovrebbero attuare e monitorare le norme, diverse a seconda del Cantone, e renderle note alla popolazione.

I Cantoni sono altresì responsabili della vigilanza sui fornitori di prestazioni. Pertanto, sono tenuti a verificare che questi ultimi rispettino le norme per tutti i pazienti, senza distinzioni.

### **5.3 Ripercussioni sull'economia**

Le modifiche proposte riguardano i reparti di pronto soccorso degli ospedali svizzeri. L'aumento di 50 franchi dell'importo massimo dell'aliquota percentuale a seguito di ogni consultazione nei reparti di pronto soccorso degli ospedali rappresenterà un incentivo al contenimento dei costi. Pertanto, si prevede che i reparti di pronto soccorso degli ospedali possano essere sgravati e che le prestazioni sanitarie per i casi meno gravi possano essere fornite in modo più efficiente ed economico da altri fornitori di prestazioni. D'altro canto, l'onere amministrativo per gli ospedali aumenterebbe.

Nel 2021, circa il 10 per cento degli assicurati ha raggiunto la franchigia (fr. 300, 500, 1000, 1500, 2000 o 2500) e l'aliquota percentuale massima di 700 franchi<sup>33</sup>. Un aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale di 50 franchi per ogni consultazione nei reparti di pronto soccorso degli ospedali senza un'indicazione scritta avrebbe un impatto finanziario diretto su queste persone. Dovendo produrre un'indicazione scritta per inviare i pazienti nei reparti di pronto soccorso degli

<sup>33</sup> Calcolo basato su una statistica dei dati individuali 2021 – EFIND2021, costi secondo la data di trattamento (disponibile in tedesco e francese): [www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/individualdaten-zur-krankenpflegeversicherung/statistik.html](http://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-zur-krankenversicherung/individualdaten-zur-krankenpflegeversicherung/statistik.html)

ospedali, i medici, i centri di telemedicina e i farmacisti dovranno presumibilmente far fronte a maggiori oneri amministrativi.

## **5.4 Ripercussioni sulla società**

Con l'aumento dell'aliquota percentuale è prevedibile che, in alcuni casi, l'assicurato rinunci a recarsi al pronto soccorso. Ciò potrebbe determinare uno spostamento delle consultazioni dai reparti di pronto soccorso degli ospedali verso altri fornitori di prestazioni, con conseguente riduzione del sovraccarico nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. I reparti di pronto soccorso degli ospedali avrebbero così maggiore capacità per i casi urgenti e il personale medico e di cura sarebbe impiegato in modo più efficiente.

La modifica di questi articoli comporterebbe l'assenza di un tetto massimo dei costi a carico degli assicurati, il che potrebbe generare incertezza sul comportamento da adottare in caso di ricorso ai servizi di pronto soccorso. Per i pazienti potrebbe essere più difficile stimare il costo reale della visita in ospedale. La LAMal prevede un finanziamento mediante i premi e una partecipazione ai costi. Il presente progetto aumenterebbe l'aliquota percentuale e, quindi, la partecipazione ai costi. Ne deriverebbe un aumento dell'onere a carico degli assicurati.

## **6 Aspetti giuridici**

### **6.1 Costituzionalità**

La competenza della Confederazione per l'emanazione di prescrizioni sull'assicurazione malattie si basa sull'articolo 117 capoverso 1 della Costituzione federale<sup>34</sup>.

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

Le modifiche di legge proposte sono compatibili con gli impegni internazionali. Gli impegni derivanti dall'accordo del 21 giugno 1999<sup>35</sup> tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea e i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALC) e dalla convenzione del 4 gennaio 1960<sup>36</sup> istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), così come dalla convenzione del 9 settembre 2021<sup>37</sup> sul coordinamento della sicurezza sociale tra il Regno Unito

<sup>34</sup> RS 101

<sup>35</sup> RS 0.142.112.681

<sup>36</sup> RS 0.632.31

<sup>37</sup> RS 0.831.109.367.2

di Gran Bretagna e Irlanda del Nord e la Confederazione Svizzera (entrata in vigore il 1° ottobre 2023) non vengono toccati. Gli assicurati AOMS in Svizzera che vivono in UE/AELS/UK (pensionati e frontalieri) non sono interessati dall'aumento di 50 franchi dell'importo massimo dell'aliquota percentuale per ogni ricorso ai servizi di pronto soccorso degli ospedali senza indicazione scritta. La normativa si basa sul luogo di domicilio e le persone in questione sono domiciliate all'estero. Una disparità di trattamento si configurerebbe se la normativa si basasse sul luogo di lavoro di queste persone (frontalieri).

### **6.3 Forma dell'atto**

Il progetto preliminare contiene disposizioni importanti che contengono norme di diritto ai sensi dell'articolo 164 capoverso 1 Cost., in quanto concerne i diritti e i doveri delle persone. Deve quindi essere emanato sotto forma di legge federale da sottoporre a referendum facoltativo.

### **6.4 Subordinazione al freno alle spese**

Il progetto preliminare non prevede sovvenzioni, crediti d'impegno o dotazioni finanziarie che comportino nuove spese uniche di oltre 20 milioni di franchi o nuove spese ricorrenti di oltre 2 milioni di franchi. Non sottostà pertanto al freno alle spese.

### **6.5 Rispetto del principio di sussidiarietà e del principio dell'equivalenza fiscale**

Nell'assegnazione e nell'adempimento dei compiti statali va osservato il principio della sussidiarietà (art. 5a Cost.). Conformemente all'articolo 43a capoverso 1 Cost., la Confederazione assume unicamente i compiti che superano la capacità dei Cantoni o che esigono un disciplinamento uniforme da parte sua. Allo stesso tempo, la Confederazione deve fare un uso attento delle proprie competenze e lasciare ai Cantoni un margine sufficiente per adempiere ai loro compiti.

L'articolo 117 Cost. conferisce alla Confederazione un'ampia competenza normativa nell'ambito dell'assicurazione contro le malattie. In linea di principio, tuttavia, l'assistenza sanitaria alla popolazione è sotto la responsabilità dei Cantoni. Nell'ambito delle loro competenze, la Confederazione e i Cantoni svolgono i compiti relativi all'aumento dell'aliquota percentuale per il ricorso ai servizi di pronto soccorso degli ospedali. La Confederazione disciplina tale aumento, ma lascia ai Cantoni la scelta sull'introduzione di tale normativa. In questo modo i principi di sussidiarietà e di equivalenza fiscale sono rispettati.

## **6.6 Delega di competenze legislative**

L'articolo 96 LAMal conferisce al Consiglio federale la competenza di emanare le disposizioni d'esecuzione nell'ambito dell'assicurazione sociale contro le malattie.

Il presente progetto preliminare autorizza il Consiglio federale a stabilire la franchigia e l'aliquota percentuale.