



14.417

Iniziativa parlamentare
Correttivi da apportare al finanziamento delle cure
Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità
del Consiglio degli Stati

del 21 marzo 2016

Onorevoli colleghi,

con il presente rapporto vi sottoponiamo il progetto di modifica della legge federale del 18 marzo 1994¹ sull'assicurazione malattie (LAMal), che trasmettiamo nel contempo per parere al Consiglio federale.

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

21 marzo 2016

In nome della Commissione:

Il presidente, Konrad Graber

¹ RS 832.10

Compendio

Il 13 giugno 2008 il Parlamento ha approvato la legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure. Nella legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) il finanziamento delle cure è stato disciplinato in modo tale che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) versa un contributo in franchi dipendente dal bisogno terapeutico; le spese di cura non coperte dalle assicurazioni sociali sono finanziate dagli assicurati sino a un importo corrispondente al massimo al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale. I Cantoni disciplinano il finanziamento residuo.

Il 21 marzo 2014 la consigliera agli Stati Christine Egerszegi-Obrist (PLR, AG) ha presentato l'iniziativa parlamentare «Correttivi da apportare al finanziamento delle cure». Nella sua motivazione l'autrice dell'iniziativa sostiene che dall'entrata in vigore del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, il 1° gennaio 2011, è emerso che il legislatore non ha disciplinato in modo chiaro diversi aspetti. A suo avviso, il mancato disciplinamento delle competenze in materia di finanziamento residuo delle spese di cura costituisce la lacuna maggiore del nuovo ordinamento.

Nell'ambito del finanziamento residuo le differenti normative cantonali, soprattutto per i pazienti che si sono avvalsi di cure dispensate al di fuori del proprio Cantone di domicilio, hanno condotto a discussioni riguardanti il finanziamento e la competenza. Il problema sollevato dalle degenze in case di cura extracantonali o dalle cure ambulatoriali extracantonali si riscontra in particolare quando occorre stabilire quale Cantone è competente per determinare l'importo della partecipazione alle spese spettante all'assicurato, nonché per il finanziamento residuo.

La modifica di legge proposta deve pertanto garantire che in ogni caso sia chiaro quale Cantone è competente per il finanziamento residuo delle cure fornite ambulatorialmente o in una casa di cura. L'articolo 25a capoverso 5 LAMal è perciò completato come segue: «Il Cantone nel quale l'assicurato è domiciliato è competente per la determinazione e il versamento del finanziamento residuo. La degenza in una casa di cura non fonda una nuova competenza».

Questa normativa si rifà all'articolo 21 capoverso 1 della legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC). Le esperienze raccolte con questa disposizione della LPC dalla sua entrata in vigore il 1° gennaio 2012 hanno mostrato che le controversie riguardanti questioni di competenza sono nettamente diminuite e questo ha contribuito alla chiarezza e alla certezza del diritto. Con l'adozione di questa normativa non vi è pertanto da attendersi che i Cantoni (o i Comuni) cerchino di influenzare il cambiamento di domicilio di una persona, poiché il ricovero in una casa di cura non cambia le competenze. Inoltre, il Cantone di provenienza è competente per quanto riguarda il finanziamento delle cure, l'aiuto sociale e le prestazioni complementari, ciò che è coerente con la LPC. Occorre menzionare che le competenze cantonali in materia di finanziamento residuo delle cure e di finanziamento ospedaliero (Cantone di domicilio secondo l'art. 49a LAMal) divergono se in seguito al ricovero in una casa di cura cambia il domicilio. Se il Cantone di provenienza assume il finan-

ziamento residuo anche in caso di degenza extracantonale, si può evitare che i Cantoni che dispongono di più posti nelle case di cura di quanti sarebbero necessari per i propri abitanti vengano penalizzati dal profilo finanziario. Questo favorisce una pianificazione intercantonale delle case di cura.

La nuova normativa non si applica soltanto in caso di degenza in una casa di cura extracantonale, bensì anche alle cure extracantonali dispensate ambulatorialmente. Nel caso di soggiorni di breve durata in altri Cantoni (p. es. soggiorni a casa dei propri figli) durante i quali si ricorre a cure ambulatoriali (p. es. prestazioni Spitex), non si costituisce un nuovo domicilio e quindi il Cantone di domicilio rimane competente per il finanziamento residuo delle cure.

Poiché con la nuova normativa spetta al Cantone di provenienza determinare il finanziamento residuo, non si può escludere che i contributi fissati da questo Cantone si discostino dall'importo che sarebbe necessario in un altro Cantone per coprire i costi residui delle cure. Si può pertanto supporre che gli eventuali costi residui rimanenti debbano essere assunti dall'assicurato.

L'iniziativa parlamentare e altri interventi parlamentari nonché diversi attori interessati hanno messo in discussione anche altri aspetti del finanziamento delle cure. Tuttavia, secondo la Commissione attualmente è necessario intervenire a livello legislativo federale unicamente per quanto riguarda il finanziamento residuo.

Rapporto

1 Genesi

Il 21 marzo 2014 la consigliera agli Stati Christine Egerszegi-Obrist (PLR, AG) ha presentato un'iniziativa parlamentare dal seguente tenore: «Nella legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure occorre assicurare che: 1. venga disciplinata la competenza per il finanziamento residuo delle cure prestate ai pazienti extra-cantionali in ambito stazionario e ambulatoriale; 2. sia garantito il libero passaggio tra fornitori di prestazioni riconosciuti; 3. le spese di cura siano separate in modo migliore e trasparente da quelle di assistenza». Nella sua motivazione l'autrice dell'iniziativa sostiene che dall'entrata in vigore del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, il 1° gennaio 2011, è emerso che il legislatore non ha disciplinato in modo chiaro diversi aspetti. La lacuna maggiore consiste nel mancato disciplinamento delle competenze in materia di finanziamento residuo delle spese di cura nel caso di degenze in case di cura extracantonali o di prestazioni ambulatoriali Spitex. Le molteplici varianti concernenti la partecipazione ai costi dei pazienti nell'ambito delle prestazioni di cura ambulatoriali e la distinzione non sempre abbastanza chiara tra spese di cura e spese di assistenza rappresentano ulteriori problemi.

Il 4 luglio 2014 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha dato seguito all'unanimità all'iniziativa. Il 15 ottobre 2014 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha approvato questa decisione senza voti contrari. Il 17 novembre 2014 la CSSS-S ha proposto all'Ufficio del Consiglio degli Stati di istituire una sottocommissione di cinque membri; il 24 novembre 2014 l'Ufficio ha dato il suo consenso. La Sottocommissione² si è costituita durante la sessione invernale 2014 e ha deciso di svolgere innanzitutto un'audizione presso le cerchie interessate. Il 16 gennaio 2015 ha sentito una delegazione della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), il Sorvegliante dei prezzi e rappresentanti di Curaviva, Spitex Verband Schweiz e Association Spitex privée Suisse. Il 17 febbraio e il 2 aprile 2015 la Sottocommissione ha discusso degli aspetti del finanziamento delle cure che occorre disciplinare. A tale scopo – fondandosi sull'articolo 112 capoverso 1 della legge sul Parlamento³ – ha coinvolto esperti dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), sostenuti a loro volta da esperti dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) e dell'Ufficio federale di giustizia (UFG). Il 22 maggio 2015 la Sottocommissione ha adottato il progetto preliminare e il rapporto esplicativo destinati alla CSSS-S. Il 1° settembre 2015 la Commissione ha approvato all'unanimità il progetto preliminare e il rapporto esplicativo e ha deciso di svolgere una consultazione. Il 21 marzo 2016, dopo aver preso atto dei risultati della consultazione, ha approvato, con 10 voti contro 0 e 3 astensioni, il presente rapporto e il progetto allegato.

² Egerszegi-Obrist, Bruderer Wyss, Diener Lenz, Eberle, Schwaller
³ RS 171.10

2 Situazione iniziale

2.1 Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008

Il 13 giugno 2008 il Parlamento ha approvato la legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure⁴, assieme alla quale, il 1° gennaio 2011, sono entrate in vigore in particolare le seguenti modifiche:

- modifiche della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)⁵:
 - versamento di un contributo in franchi tramite l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), dipendente dal bisogno terapeutico (art. 25a cpv. 1 LAMal);
 - le spese di cura non coperte dalle assicurazioni sociali sono finanziate dagli assicurati sino a un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale (art. 25a cpv. 5 LAMal);
 - i Cantoni disciplinano il finanziamento residuo (art. 25a cpv. 5 LAMal, ultimo periodo)⁶;
 - disposizioni transitorie: introduzione del principio della neutralità dei costi e fissazione di un termine di tre anni al massimo per l'adattamento delle tariffe agli importi stabiliti dal Consiglio federale da parte dei governi cantonali;
- modifiche della legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC)⁷:
 - per principio il soggiorno in un istituto riconosciuto non deve causare una dipendenza dall'aiuto sociale;
 - aumento degli importi della sostanza non computabili presi in considerazione per il calcolo delle prestazioni complementari;
- modifica della legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (AVS)⁸:
 - introduzione di un assegno per grandi invalidi di grado lieve per beneficiari di rendite dell'AVS con un'invalidità di grado lieve che vivono a domicilio.

In seguito il Consiglio federale ha fissato i contributi alle cure (cfr. anche il n. 2.4.1) per l'AOMS mediante un adeguamento dell'ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre)⁹, conformemente a quanto previsto nell'articolo 25a capoverso 4 LAMal; anche questa modifica è

⁴ RU **2009 3517**

⁵ RS **832.10**

⁶ Le spese di cura vengono pertanto sostenute dall'AOMS (contributo alle cure), dall'assicurato (con un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale) e dal Cantone (finanziamento residuo).

⁷ RS **831.30**

⁸ RS **831.10**

⁹ RS **832.112.31**

entrata in vigore il 1° gennaio 2011. I contributi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per i costi delle cure prestate da fornitori di prestazioni ambulatoriali (infermieri, organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio) sono stati stabiliti con tariffe orarie e rimborso effettivo in unità di tempo di 5 minuti, mentre i contributi dell'AOMS per i costi delle prestazioni delle case di cura sono stati stabiliti con tariffe giornaliere, graduati secondo i bisogni di cure (mediante una scala lineare di 20 minuti).

2.2 Monitoraggio dell'attuazione e dialogo con la CDS

Sin dalla sua entrata in vigore, la CSSS-S e la CSSS-N si sono informate regolarmente in merito all'attuazione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure. Su incarico della Commissione e in collaborazione con la CDS, l'UFSP ha svolto diverse inchieste presso i Cantoni e i fornitori di prestazioni. I risultati sono stati riassunti in quattro rapporti del 26 aprile 2011, 28 luglio 2011, 13 agosto 2012 e 3 ottobre 2013¹⁰ da cui è emerso che i Cantoni hanno fatto uso delle loro estese competenze nell'attuare il finanziamento delle cure. Di regola, le soluzioni a livello cantonale sono state adeguate alle specificità di ogni Cantone e pertanto non sono state coordinate a livello intercantonale¹¹.

Nel contempo il Sorvegliante dei prezzi aveva analizzato gli ordinamenti tariffali di 88 case di cura situate in sette Cantoni della Svizzera tedesca. Il 6 settembre 2011 ha pubblicato il rapporto «Problemi nel nuovo ordinamento del finanziamento delle cure – il Sorvegliante dei prezzi individua gli interventi urgenti necessari» (Probleme bei neuer Pflegefinanzierung – Preisüberwacher ortet dringenden Handlungsbedarf)¹², nel quale è giunto alla conclusione che, contrariamente alle intenzioni del legislatore, il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure ha in parte provocato un considerevole aumento degli oneri finanziari a carico degli ospiti delle case di cura.

Il 18 agosto 2011 la CSSS-S ha deciso di rivolgersi direttamente alla CDS, al Consiglio federale e al Sorvegliante dei prezzi. Per quanto riguarda la questione che qui interessa in modo particolare, ossia il finanziamento residuo delle spese di cura in caso di degenza in case di cura extracantonali, in una lettera del 31 agosto 2011 la Commissione ha invitato la CDS a elaborare il più rapidamente possibile un disciplinamento unitario a livello nazionale mediante un concordato.

¹⁰ Pubblicato in www.parlamento.ch > Organi e loro membri > Commissioni > Commissioni legislative > Commissioni della sicurezza sociale e della sanità > Rapporti (in ted. e franc.).

¹¹ UFSP, rapporto esplicativo del 3 ottobre 2013, Attuazione nei Cantoni della legge federale del 13 giugno 2008 concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, pag. 4 (disponibile in ted. e franc.).

¹² Pubblicato in www.sorvegliante.dei.prezzi.admin.ch > Documentazione > Pubblicazioni > Studi & analisi > 2011 (disponibile unicamente in ted.). Cfr. anche un breve riassunto del rapporto in italiano in www.sorvegliante.dei.prezzi.admin.ch > Informazioni ai media > Newsletter > 2011 > Newsletter 06/11.

Nella risposta del 29 settembre 2011 la CDS ha evocato problemi di esecuzione. Il Cantone di domicilio è indubbiamente competente per il finanziamento residuo; tuttavia, in caso di ricovero in una casa di cura extracantonale, non è sempre chiaro in quale Cantone si trovi il domicilio. Nella sua lettera, la CDS ha sostenuto l'istituzione di un disciplinamento unitario a livello nazionale. A suo avviso, tuttavia, lo strumento del concordato cantonale non è adatto poiché le persone interessate si richiamano sempre alla legislazione federale per quanto riguarda la questione della competenza (LAMal o LPC) e potrebbero far valere pretese nel rispettivo «Cantone di domicilio». Secondo la CDS, una soluzione uniforme a livello nazionale per il finanziamento delle cure può essere raggiunta in modo ragionevole unicamente mediante un disciplinamento della questione del domicilio analoga a quella prevista dalla vigente LPC.

Anche alle Camere federali sono stati presentati diversi interventi parlamentari riguardanti l'attuazione del finanziamento delle cure. A tale proposito occorre menzionare in particolare due postulati che sono stati accolti nella sessione primaverile 2013, rispettivamente dal Consiglio degli Stati e dal Consiglio nazionale: il postulato presentato dalla consigliera agli Stati Pascale Bruderer Wyss (PS, AG) «Chiarire nella LAMal la competenza della copertura dei costi residui delle degenze in case di cura extracantonali analogamente alla LPC» (12.4099), e il postulato «Finanziamento residuo delle degenze in case di cura extracantonali» (12.4051) della consigliera nazionale Bea Heim (PS, SO). Entrambi i postulati invitavano il Consiglio federale a cercare una soluzione insieme ai Cantoni. Il Consiglio federale ha ricordato che la questione è già stata affrontata nell'ambito del Dialogo sulla politica nazionale della sanità e si è detto disposto a portare avanti la discussione.

Alla luce di questi colloqui e dei lavori allora avviati riguardo al progetto ora disponibile, il 12 dicembre 2014 la CDS ha informato la CSSS-S che l'assemblea generale della CDS si è espressa a netta maggioranza a favore di un futuro disciplinamento delle competenze analogo a quello della LPC.

Il 21 ottobre 2015 il Consiglio federale ha presentato il rapporto concernente la competenza di copertura dei costi residui («Zuständigkeit für die Restfinanzierung im Rahmen der Pflegefinanzierung», disponibile in ted. e franc.)¹³, mediante il quale ha adempiuto i due postulati summenzionati 12.4099 e 12.4051. In tale rapporto ha illustrato le possibili soluzioni, giungendo alla conclusione che la regolamentazione nell'ambito delle prestazioni complementari avrebbe fatto maggiore chiarezza per quanto riguarda l'attuazione. Il Consiglio federale ha tuttavia rinunciato a presentare un disegno di legge poiché la CSSS-S aveva già posto in consultazione il corrispondente progetto preliminare.

¹³ www.parlamento.ch > Oggetto 12.4099 > Rapporto in adempimento dell'intervento parlamentare.

2.3 Finanziamento residuo

2.3.1 Problemi in caso di cure extracantonali

Nell'ambito del finanziamento residuo le differenti normative cantonali, soprattutto per i pazienti che si sono avvalsi di cure dispensate al di fuori del proprio Cantone, hanno condotto a discussioni riguardanti il finanziamento e la competenza. Il problema sollevato da degenze in case di cura extracantonali o da cure ambulatoriali extracantonali si riscontra in particolare quando occorre stabilire quale Cantone è competente per determinare l'importo della partecipazione alle spese spettante all'assicurato nonché per il finanziamento residuo.

I risultati dell'inchiesta svolta dall'UFSP presso i Cantoni, riassunti nel rapporto del 13 agosto 2012 menzionato nel numero 2.2, mostrano il seguente quadro: in 10 Cantoni la competenza viene stabilita analogamente alla normativa nell'articolo 13 capoverso 1 della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA)¹⁴ e a quella nell'articolo 23 capoverso 1 del Codice civile svizzero (CC)¹⁵: il domicilio di una persona è nel luogo dove essa dimora con l'intenzione di stabilirvisi durevolmente (...). In 14 Cantoni la competenza è invece disciplinata secondo la normativa della LPC: [...] Il soggiorno in un istituto, in un ospedale o in un altro stabilimento [...] non fondano una nuova competenza (art. 21 cpv. 1 LPC).

Secondo il rapporto dell'UFSP del 3 ottobre 2013 parimenti menzionato nel numero 2.2 e basato su due inchieste svolte presso i Cantoni e i fornitori di prestazioni, la situazione riguardante il finanziamento delle degenze in case di cura extracantonali è la seguente: in caso di degenza in case di cura extracantonali, quasi tutti i Cantoni applicano i limiti di tassa validi all'interno del Cantone (regola menzionata più spesso). Nei Cantoni di Glarona, Lucerna e Sciaffusa si applicano i limiti di tassa cantonali unicamente se nel proprio Cantone non è possibile offrire un posto adeguato. Il Cantone di Ginevra non si è espresso esplicitamente su questo tema.

Soltanto il Cantone dei Grigioni e il Canton Ticino hanno disciplinato in una convenzione intercantonale l'assunzione delle differenze dei costi tra il Cantone di domicilio del residente e il Cantone in cui ha sede la casa di cura. Nella maggior parte degli altri Cantoni i pazienti sono tenuti ad assumere le differenze dei costi della casa di cura (AG, AI, AR, BL, BS, FR, GL, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, ZG). Per i rimanenti Cantoni che si sono espressi esplicitamente a tale proposito, spetta ai fornitori di prestazioni assumere tali costi (BE, JU, NE, UR, VD, VS). Per le cure ambulatoriali extracantonali la maggior parte dei Cantoni sostiene i costi al massimo a un livello pari al finanziamento cantonale (AR, BE, BL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SZ, UR, VS). Per il rimanente troviamo in particolare la situazione in cui i Cantoni non prevedono alcuna assunzione dei costi (AI, TI, VD), salvo vi sia un contratto di prestazioni fra il fornitore di prestazioni e il Comune interessato (GL, TG, SH). Secondo i risultati dell'inchiesta presso i fornitori di prestazioni si riscontrano difficoltà per quanto riguarda il finanziamento residuo delle cure ambulatoriali extracantonali. Quale prima variante, le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio fatturano il finanziamento residuo all'assicurato, senza sapere che cosa succederà. In

¹⁴ RS 830.1

¹⁵ RS 210

questa situazione si presentano varie possibilità: gli assicurati pagano, può passare molto tempo prima che l'assicurato ottenga un rimborso dal Cantone o dal Comune, Cantone e Comune non rifondono alcun costo all'assicurato. Come seconda variante è possibile che le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio fatturino il finanziamento residuo al Cantone o al Comune di domicilio con conseguenti probabili elevati oneri amministrativi e il rifiuto di assumere i costi. I fornitori di prestazioni aspettano il rimborso, interpongono eventualmente ricorso contro il Cantone interessato oppure rinunciano al finanziamento residuo a causa dell'onere amministrativo sproporzionato. Se il Cantone o il Comune non assume interamente o in parte il finanziamento residuo, la maggior parte delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio lo fattura all'assicurato.

Secondo calcoli dell'UFSP sulla base di una tabella della statistica degli stabilimenti medico-sociali 2013 dell'Ufficio federale di statistica (UST)¹⁶, in Svizzera nel 2013 le degenze extracantonali in case di cura sono state complessivamente 5339, pari al 3,6 per cento del totale complessivo dei clienti. A livello cantonale tuttavia la situazione è molto differenziata. Soltanto l'1 per cento circa delle persone provenienti dai Cantoni di Vaud e di Berna ricevono prestazioni di una casa di cura extracantonale. Fra quelli che fanno maggiormente capo a prestazioni extracantonali vi sono i clienti provenienti dai Cantoni di Nidvaldo e di Soletta, con circa il 10 per cento, e quelli originari del Cantone di Appenzello Interno con quasi il 19 per cento. I clienti che hanno cambiato il proprio domicilio portandolo nel Cantone in cui è situata la casa di cura sono considerati clienti cantonali di questo stabilimento e nelle statistiche non figurano separatamente. Se a questi clienti fosse applicata la normativa della LPC, il finanziamento residuo dovrebbe essere assunto dal precedente Cantone di domicilio.

Il rapporto dell'UFSP del 3 ottobre 2013 (cfr. n. 2.2) riassume i risultati dell'inchiesta svolta presso i fornitori di prestazioni sul finanziamento delle cure. In quest'ambito l'Associazione svizzera dei servizi di sostegno e delle cure a domicilio (Spitex Verband Schweiz) ha stimato il numero degli assicurati che si sono avvalsi di prestazioni di cura ambulatoriali extracantonali fornite da un servizio Spitex senza scopo di lucro a circa 2000, con una tendenza all'aumento. Secondo la statistica dell'assistenza e cura a domicilio (SPITEX) dell'UST, nel 2013 le organizzazioni Spitex di utilità pubblica hanno fornito cure per circa 180 000 clienti.

2.3.2 Giurisprudenza

Il 18 dicembre 2014 il Tribunale federale ha pronunciato un'importante sentenza sulla questione della competenza per il finanziamento residuo dei costi delle cure (DTF 140 V 563). Secondo la sentenza, rimane ancora da chiarire se la competenza per il finanziamento dei costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali sia indipendente dal domicilio (come nel diritto delle prestazioni complementari e dell'aiuto sociale) o se la collocazione in una casa per anziani o in un istituto di cura

¹⁶ Tabella 12-A Flusso dei clienti fra i Cantoni: numero di clienti secondo il Cantone di provenienza del cliente e il Cantone dello stabilimento, settore case per anziani e case di cura, 2013.

medico-sociale, costitutiva di nuovo domicilio, determini la competenza in materia di finanziamento residuo del Cantone dove è localizzata la struttura di cura (consid. 5.3). In linea di principio per il momento è determinante il diritto cantonale, rispettivamente quello comunale. Il Comune in cui si trova la casa di cura interessata dalla sentenza ha emanato un regolamento secondo cui i pazienti domiciliati in un altro Cantone prima dell'inizio delle cure devono presentare all'istituto una garanzia del proprio Cantone di domicilio o del proprio Comune di domicilio riguardante l'assunzione dei contributi per il finanziamento residuo. In caso contrario la casa di cura rifiuta l'ammissione. Dal profilo del contenuto questa normativa corrisponde alla legislazione federale nel settore delle prestazioni complementari (art. 21 LPC). Essa si prefigge di impedire che il Comune in cui si trova la casa di cura sia penalizzato, poiché dovrebbe assumersi il finanziamento residuo dei costi di tutti i residenti che vi hanno trasferito il proprio domicilio. Un simile presupposto limita però la libera scelta della residenza e la libertà di domicilio (art. 24 Cost.)¹⁷. A prescindere dalla sua opportunità, la disciplina del «perpetuatio fori» non può essere fondata (unicamente) su una norma cantonale o comunale, ma necessita di un disposto normativo valido per tutta la Svizzera e presuppone l'intervento del legislatore federale. Le competenze legislative cantonali e comunali non possono tuttavia estendersi oltre i confini cantonali. Fino a nuovo avviso, per lo meno nei rapporti intercantonali, la competenza in materia di finanziamento si stabilisce secondo il principio del domicilio. Il Comune in cui ha sede la casa di cura è competente per il finanziamento residuo delle spese di cura non coperte, se la persona vi ha trasferito (art. 23 CC) il proprio domicilio (consid. 5.4.1 e 5.4.2). Questa condizione è adempiuta nel caso oggetto del ricorso (art. 23 CC), poiché la persona in questione intendeva trascorrere gli ultimi anni della sua vita nel Comune in cui era situata la casa di riposo e dove aveva stabilito il centro dei suoi interessi vitali (consid. 6).

La sentenza ha chiarito che, nella situazione giuridica attuale, per quanto riguarda i rapporti intercantonali è determinante il domicilio dell'assicurato e pertanto il finanziamento residuo dev'essere garantito dal Cantone di domicilio.

2.3.3 Soluzioni esaminate

La seguente sezione presenta le soluzioni esaminate dalla Commissione per quanto riguarda il disciplinamento delle competenze in materia di finanziamento residuo e la determinazione dell'importo del finanziamento residuo dei costi delle cure in caso di degenza in case di cura extracantonali.

A. Disciplinamento delle competenze

Occorre stabilire quale Cantone è responsabile per il finanziamento residuo delle cure, ossia quale Cantone è tenuto a rimborsare i costi delle cure non assunti dall'AOMS o dall'assicurato.

¹⁷ RS 101

a) Disciplina delle competenze previsto dalla LAMal

Nella LAMal il disciplinamento delle competenze corrisponde per principio al domicilio (art. 1 LAMal, art. 13 cpv. 1 LPG, art. 23 CC). Se si applicasse questa normativa al settore del finanziamento residuo, il Cantone nel quale è domiciliato l'assicurato sarebbe competente per tale finanziamento. Occorre anche considerare se l'assicurato, al momento del ricovero in una casa di cura extracantonale, costituisce un nuovo domicilio oppure no (nuovo centro degli interessi vitali con l'intenzione di stabilirvisi durevolmente). Secondo l'attuale giurisprudenza il soggiorno volontario in un istituto può essere costitutivo di nuovo domicilio¹⁸.

Un simile disciplinamento è fondamentalmente coerente con le normative della LAMal concernenti il finanziamento ospedaliero e la riduzione dei premi, se tale riduzione non è accordata tramite le prestazioni complementari. È data anche l'equivalenza fiscale (è competente il Cantone nel quale si trova il luogo del domicilio fiscale principale). Occorre prestare attenzione al fatto che in molti casi la durata di soggiorno nel Cantone in cui ha sede la casa di cura è molto minore rispetto alla precedente durata di soggiorno nel Cantone di provenienza. Ciò significa che in caso di cambiamento di domicilio al momento del ricovero, il Cantone in cui si trova la casa di cura è tenuto ad assumere il finanziamento residuo benché abbia riscosso introiti fiscali da parte della persona in questione per un periodo molto più breve rispetto al Cantone di provenienza. La norma si applica in funzione del caso individuale, a dipendenza se al momento del ricovero la persona cambia il proprio domicilio o no. In caso affermativo, il Cantone responsabile per il finanziamento residuo non è lo stesso che è competente per le prestazioni complementari (art. 21 cpv. 1 LPC). Nel caso di beneficiari di prestazioni complementari il coordinamento dei sistemi di finanziamento coinvolti non è quindi garantito.

Poiché con questo disciplinamento il domicilio dell'assicurato risulta fondamentale, i Cantoni (e anche i Comuni) possono essere incentivati a influenzare il cambiamento di domicilio di una persona. Il Cantone in cui ha sede la casa di cura potrebbe avere interesse a rendere difficile il cambiamento di domicilio a persone provenienti da un altro Cantone mettendo a disposizione, al momento del ricovero, un numero ridotto di posti oppure considerando unicamente i posti necessari al proprio fabbisogno. Il Cantone di provenienza potrebbe invece essere incentivato a favorire il cambiamento di domicilio in caso di degenza in una casa di cura extracantonale. Pertanto non suscita particolare interesse una visione globale volta a pianificare e preparare un'offerta di posti nelle case di cura. Viene unicamente approntata un'offerta minima per evitare oneri di finanziamento supplementari. Il Cantone in cui ha sede la casa di cura ha interesse in particolare a dissuadere dal ricovero le persone con un reddito e un patrimonio modesti provenienti da altri Cantoni, poiché non porterebbero entrate fiscali supplementari e l'ente pubblico dovrebbe assumere il finanziamento residuo dei costi per le cure, per lo meno in caso di cambiamento di domicilio.

¹⁸ Sentenza del Tribunale federale del 18 dic. 2014 (DTF 140 V 563), cfr. anche n. 2.3.2.

b) Disciplinamento delle competenze previsto dalla LPC

Nel settore delle prestazioni complementari (art. 21 cpv. 1 LPC) il soggiorno in un istituto non fonda una nuova competenza; si tratta dello stesso principio applicabile in materia di aiuto sociale (art. 5 della legge federale sulla competenza ad assistere le persone nel bisogno¹⁹). Ciò significa che è più facile determinare la competenza poiché essa spetta sempre al Cantone in cui la persona interessata era domiciliata prima del ricovero, ossia il Cantone di provenienza. Quindi, se la persona cambia domicilio al momento del ricovero, questo non influisce sulla competenza riguardante il finanziamento residuo. La situazione giuridica è dunque chiara e di regola è possibile determinare in modo semplice e rapido il domicilio di diritto civile prima del ricovero in un istituto. Le esperienze fatte nel settore della LPC mostrano che l'attuazione funziona. L'unica eccezione è rappresentata dai casi in cui il ricovero in un istituto avviene direttamente dall'estero. In effetti, poiché il domicilio è costituito direttamente nel luogo in cui ha sede l'istituto oppure (sussidiariamente) il luogo di dimora è considerato come domicilio (art. 24 cpv. 2 CC), il Cantone in cui ha sede la casa di cura è competente per le prestazioni complementari.

Se il ricovero comporta un cambiamento di domicilio, la competenza cantonale per il finanziamento residuo delle cure e quella per il finanziamento ospedaliero (Cantone di domicilio secondo l'art. 49a LAMal) però divergono; lo stesso vale per la riduzione dei premi per coloro che non beneficiano di prestazioni complementari. In tal modo all'interno della LAMal sorge un'incoerenza. Il Cantone di provenienza è invece competente in materia di finanziamento delle cure, di aiuto sociale e di prestazioni complementari, coerentemente con la LPC. Si può quindi ottenere un'armonizzazione dei sistemi di finanziamento e delle disposizioni legali all'interno dello stesso Cantone.

L'equivalenza fiscale non è data nei casi in cui al momento del ricovero il domicilio di diritto civile viene trasferito nel Cantone sede della casa di cura. Seguendo il principio del Cantone di provenienza, tuttavia, il finanziamento residuo delle cure è assunto dal Cantone che di regola ha tratto profitto più a lungo delle entrate fiscali della persona interessata.

Con questa normativa i Cantoni (o i Comuni) non cercherebbero di influenzare il cambiamento di domicilio di una persona, poiché il ricovero in una casa di cura non cambia le competenze. I Cantoni sarebbero invece incentivati a ottenere una visione globale per pianificare e mettere a disposizione l'offerta di posti nelle case di cura. Il coordinamento della pianificazione delle case di cura nelle regioni, anche a livello intercantonale, sarebbe agevolato. I Cantoni che dispongono di un'offerta di posti superiore al proprio fabbisogno o che mettono a disposizione offerte per persone di condizioni modeste non sarebbero svantaggiati dato che il finanziamento residuo delle cure è assunto dal Cantone di provenienza. I Cantoni che ospitano le case di cura avrebbero invece interesse ad attirare residenti facoltosi, poiché nel caso in cui questi ultimi vi trasferissero il loro domicilio potrebbero approfittare delle entrate fiscali senza dover provvedere al pagamento delle loro cure.

¹⁹ Legge federale sull'assistenza, LAS; RS 851.1

Riassumendo, si può osservare che l'approccio della LPC offre maggiore chiarezza per quanto riguarda l'attuazione; può invece accadere che lo stesso assicurato possa far valere il diritto a prestazioni in diversi Cantoni, a dipendenza se si tratta di cure ospedaliere o di una degenza in una casa di cura. Dopo aver ponderato vantaggi e svantaggi, la Commissione dà la preferenza al disciplinamento delle competenze previsto dalla LPC (cfr. n. 3).

B. Determinazione del finanziamento residuo

Non appena chiarito quale Cantone è competente per il finanziamento residuo delle cure, ossia quale Cantone deve garantire il finanziamento residuo, si pone la questione di quali normative siano applicabili, quelle del Cantone di provenienza o quelle del Cantone in cui ha sede la casa di cura.

Se il finanziamento avviene secondo le normative del Cantone A (Cantone di domicilio prima del ricovero o Cantone di provenienza), è possibile che i residenti nella stessa casa di cura nel Cantone B (Cantone sede della casa di cura) nonostante un identico bisogno terapeutico debbano pagare un contributo alle spese di cura differente e che il calcolo del finanziamento residuo sia diverso. Non è da escludere che i contributi fissati dal Cantone A differiscano dall'importo che sarebbe necessario nel Cantone B per coprire i costi residui delle cure. Questo può comportare lacune nella copertura dei costi delle cure.

Tuttavia, se il finanziamento avviene secondo le normative del Cantone B (Cantone sede della casa di cura) può succedere che per gli assicurati domiciliati nel Cantone A si applichino contributi, tasse massime e finanziamenti residui differenti, a dipendenza se le persone sono curate in un istituto cantonale o extracantonale. Inoltre, il Cantone A deve assumere il finanziamento residuo secondo una normativa che non può contribuire a definire.

La Commissione è pertanto favorevole al fatto che il Cantone di provenienza sia competente per la determinazione del finanziamento residuo secondo le proprie normative (cfr. n. 3).

2.4 Aspetti del finanziamento delle cure che attualmente non richiedono interventi legislativi a livello federale

L'iniziativa parlamentare e altri interventi parlamentari nonché diversi attori interessati hanno messo in discussione anche altri aspetti del finanziamento delle cure. Tuttavia, secondo la Commissione è necessario intervenire a livello legislativo unicamente per quanto riguarda il finanziamento residuo. Di seguito sono esposti gli aspetti che hanno suscitato discussioni.

2.4.1 **Il contributo dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie**

Diversi attori hanno accennato alla necessità di aumentare il contributo dell'AOMS affinché l'aumento dei costi non si ripercuota integralmente su coloro che devono provvedere al finanziamento residuo (Cantoni /Comuni)²⁰.

Il capoverso 1 delle disposizioni transitorie della modifica della legge federale del 13 giugno 2008 concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure prevede che il Consiglio federale fissi i contributi per il rimborso delle cure da parte dell'AOMS in modo che corrispondano alla somma delle retribuzioni per le cure dispensate ambulatorialmente e in casa di cura nell'anno precedente l'entrata in vigore. Se questa regola non può essere rispettata nel primo anno dopo l'entrata in vigore della presente modifica, il Consiglio federale procede agli adeguamenti necessari negli anni successivi. Il Consiglio federale ha attribuito la sua competenza al Dipartimento federale dell'interno (DFI; art. 33 lett. i dell'ordinanza sull'assicurazione malattie, OAMal)²¹. Il DFI ha calcolato separatamente i contributi validi dal 1° gennaio 2011 per il settore delle case di cura e per quello delle cure a domicilio sulla base di tutte le cure prestate in Svizzera a seconda del settore e li ha fissati nell'articolo 7a OPre. Il termine transitorio per l'introduzione dei contributi è scaduto alla fine del 2013 (cpv. 2 delle disposizioni transitorie); unicamente i dati riguardanti il 2014 saranno quindi significativi per le indennità secondo il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure. Non appena tali dati saranno disponibili, il DFI verificherà la neutralità dei costi del contributo alle cure e lo adeguerà se opportuno.

Per il cambiamento di sistema dalle tariffe ai contributi, per l'AOMS la legge prevede esplicitamente la neutralità dei costi. Tuttavia, il legislatore non ha escluso un aumento dei contributi da parte del Consiglio federale. Quest'ultimo o il DFI dispongono di un corrispondente margine di manovra per un loro eventuale aumento. Pertanto non è necessario legiferare in questo senso.

Occorre tener conto che, in seguito all'evoluzione demografica, sia il bisogno di cure sia il numero dei casi delle persone da curare tenderanno ad aumentare. Poiché il sistema di contributi secondo l'AOMS prevede – sia per le cure a domicilio all'interno di una categoria di cure sia in una casa di cura – un rimborso proporzionale al tempo dedicato alle cure e al numero dei casi (art. 7a OPre), l'AOMS contribuisce all'aumento del bisogno di cure e quindi delle prestazioni di cura. Pertanto i costi delle cure a carico dell'AOMS aumenteranno indipendentemente dall'importo dei contributi.

²⁰ La CSSS-S ha discusso questo tema anche nell'ambito dell'esame preliminare dell'Iv. Ct. TG. Completamento dell'articolo 25a LAMal concernente il finanziamento delle cure (14.317 s). Cfr. il rapporto della CSSS-S del 27 mar. 2015 (www.parlamento.ch > Ricerca Curia Vista > Numero dell'oggetto 14.317).

²¹ RS **832.102**

2.4.2 Strumenti per l'accertamento del bisogno terapeutico

Le case di cura devono fatturare le prestazioni secondo il bisogno di cure (art. 9 cpv. 2 OPre). Il Consiglio federale ha delegato la competenza di fissare contributi unitari a livello nazionale al DFI. Quest'ultimo ha stabilito i contributi dell'AOMS per 12 livelli di bisogni terapeutici. Per le case di cura i livelli sono suddivisi in minuti secondo la durata delle cure (art. 7a OPre). Conformemente all'articolo 25a capoverso 3 LAMal, spetta inoltre al Consiglio federale disciplinare la procedura di accertamento del bisogno di cure. In Svizzera già prima dell'introduzione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure e ancora oggi sono utilizzati tre strumenti per rilevare il bisogno di cure: BESA (*Bewohner/-innen- Einstufungs- und – Abrechnungssystem*), PLAISIR (*PLAnification. Informatisée des Soins Infirmiers Requis*) e RAI/RUG (*Resident Assessment Instrument / Resource Utilisation Groups*). Questi strumenti rilevano le prestazioni assunte dall'AOMS (art. 7 OPre) in modo specifico al singolo sistema e pertanto con differenze. Un minuto di bisogno di cure secondo il BESA non corrisponde necessariamente a un minuto di bisogno di cure secondo il RAI/RUG. In questa situazione può succedere che casi aventi la stessa gravità comportino un conteggio diverso dei minuti necessari per le cure e, di conseguenza, rimborsi differenti.

Per questo motivo nel settembre 2009 il gruppo di coordinamento Strutture tariffarie II – diretto da Curaviva e con rappresentanti degli assicurati, della CDS e dell'UFSP – ha avviato i lavori per calibrare gli strumenti di rilevazione del bisogno di cure BESA e RAI/RUG, lavori che si sono conclusi con le raccomandazioni pubblicate alla fine di agosto 2011²². Nel 2013 il gruppo di coordinamento Strutture tariffarie II ha avviato la seconda fase dei lavori con l'obiettivo di armonizzare i tre sistemi BESA, PLAISIR e RAI/RUG impiegati attualmente. L'UFSP ha assunto il coordinamento dei lavori della seconda fase, nel corso della quale i diversi sistemi di rilevazione del bisogno di cure avrebbero dovuto essere armonizzati in modo da ottenere fondamentalmente, al momento di determinare il bisogno di cure, lo stesso risultato in minuti per lo stesso caso. Dopo che alla fine del 2014 la CDS ha deciso di non voler più partecipare a eventuali lavori di armonizzazione dei tre sistemi attuali o a un loro finanziamento, nella seduta del 16 marzo 2015 il gruppo di coordinamento ha deciso di sciogliersi e di non portare avanti il progetto nella forma prevista.

Conformemente alla sua risposta del 13 marzo 2015 all'interpellanza 14.4191, il Consiglio federale esaminerà come procedere in questo ambito e prenderà una decisione in proposito.

²² Cfr. la comunicazione del gruppo di coordinamento nazionale Strutture tariffarie II concernente la conclusione della fase I – calibratura di BESA e RAI/RUG, 31 ago. 2011, www.curaviva.ch/files/QZRJTOJ/2011_08_31-Mitteilung-der-nationalen-Steuergruppe-Tarifstrukturen-II.pdf (disponibile soltanto in ted.).

2.4.3 Distinzione fra costi di cura e costi di assistenza

È stato sollevato anche il problema della distinzione lacunosa fra i costi per le cure e quelli per le prestazioni di assistenza. Vi è infatti il pericolo che i costi di cura non coperti siano addossati agli assicurati sotto la voce «assistenza».

Le prestazioni per le cure sono elencate in modo esaustivo nell'articolo 7 capoverso 2 OPre e hanno già il carattere di un elenco di attività. Per calcolare in modo trasparente i costi delle cure, le case di cura sono obbligate a tenere una contabilità analitica (art. 49 cpv. 7 e 50 LAMal) che deve comprendere in particolare le tipologie di costo, i centri di costo, le unità finali d'imputazione e la registrazione delle prestazioni (art. 9 cpv. 2 dell'ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie, OCPre²³) nonché una giustificazione appropriata dei costi delle prestazioni. I costi vanno imputati alle prestazioni in una forma adeguata (art. 9 cpv. 3 OCPre), per esempio mediante la registrazione del tempo di lavoro. I risultati servono ai Cantoni per determinare i costi standard e stabilire che cosa viene accettato come finanziamento residuo. Attualmente le contabilità analitiche delle case di cura non sempre forniscono dati significativi, per cui non è stato ancora possibile raggiungere la necessaria trasparenza dei costi. Occorre sottolineare che non è conforme alla legge fatturare a un assicurato prestazioni soggette all'obbligo di rimborso secondo la LAMal sotto la voce «prestazioni alberghiere» o «assistenza» oppure introdurre una nuova tassa per coprire le spese di cura. I pazienti devono partecipare al finanziamento delle cure al massimo sino all'importo della partecipazione di cui all'articolo 25a capoverso 5 LAMal.

La determinazione da parte dei Cantoni dei costi standard menzionati riveste una grande importanza, come è stato fatto notare da più parti anche nel quadro delle audizioni della Sottocommissione sul finanziamento delle cure. Il problema dei costi delle cure scoperti può essere imputato a una determinazione inesatta dei costi standard. Pertanto i presupposti per determinare questi costi in modo adeguato devono essere migliorati (in particolare standard uniformi per la contabilità analitica, necessità di imporre una presentazione dei costi trasparente ecc.). La Commissione ritiene che un intervento in questo ambito sia assolutamente necessario, tuttavia non da parte del legislatore a livello federale, ma piuttosto da parte dei fornitori di prestazioni e dei Cantoni.

Le cure soggette all'obbligo di rimborso secondo la LAMal sono elencate in modo esaustivo a livello di ordinanza. Le case di cura devono tenere una contabilità analitica che permetta di delimitare i costi per le cure soggette all'obbligo di rimborso secondo la LAMal e quelli per le prestazioni non riconosciute dalla LAMal, come i costi di assistenza. La Commissione non ritiene pertanto necessario intervenire a livello di regolamentazione. Si tratta di un obbligo che spetta ai fornitori di prestazioni e ai Cantoni. Soprattutto questi ultimi devono fare in modo che i fornitori di prestazioni tengano correttamente la loro contabilità analitica. In una lettera del 23 giugno 2015, l'UFSP ha ricordato alle associazioni dei fornitori di prestazioni e ai Cantoni che, secondo quanto prescritto dalla legge, la contabilità analitica e la

²³ RS 832.104

registrazione delle prestazioni devono essere allestite in maniera trasparente e che le disposizioni della OCPRe vanno rispettate.

2.4.4 Cure acute e transitorie

È stata inoltre criticata l'attuale normativa in materia di cure acute e transitorie (CAT), alla quale viene rimproverato di non essersi imposta e di non corrispondere ai bisogni effettivi. Inoltre, la definizione e l'entità delle prestazioni sono formulate in modo troppo aperto, la durata di due settimane è considerata troppo breve e le prestazioni alberghiere devono essere finanziate dagli interessati.

Con le cure acute e transitorie il legislatore intendeva coprire un bisogno di cure per un periodo limitato in seguito a un soggiorno in ospedale, il cui rimborso ricalca le regole del finanziamento ospedaliero. Le prestazioni sono fornite su prescrizione medica dopo un soggiorno in ospedale e hanno una durata massima di due settimane. Il Cantone di domicilio e l'assicuratore assumono proporzionalmente i costi delle prestazioni per le cure acute e transitorie; la quota del Cantone ammonta almeno al 55 per cento. Per queste cure, che dal profilo dei contenuti corrispondono a quelle dell'articolo 7 OPre, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni devono convenire degli importi forfettari (art. 25a cpv. 2 LAMal). La normativa è quindi sufficientemente chiara. Il sistema è stato introdotto al fine di attenuare per gli assicurati la transizione da un sistema che prevedeva un finanziamento integrale a un sistema di contributi con possibili dimissioni precoci in seguito all'introduzione del sistema degli importi forfettari riferiti alla diagnosi DRG. In tal modo, fintanto che sono necessarie cure ospedaliere, i costi per le prestazioni alberghiere e l'assistenza sono finanziati; le CAT intervengono soltanto al termine di un soggiorno in ospedale. Una modifica della durata durante la quale le prestazioni delle CAT sono rimborsate dall'AOMS e dal Cantone di domicilio dell'assicurato può avvenire unicamente fondandosi su basi statistiche o mediche.

La Commissione, in base a quanto chiesto dall'iniziativa parlamentare, ha escluso le questioni riguardanti le cure acute e transitorie. Gli assicuratori e i fornitori di prestazioni sono sollecitati a negoziare importi forfettari per le prestazioni delle CAT.

2.5 Procedura di consultazione

Con lettera del 9 settembre 2015, la CSSS-S ha invitato i Cantoni, i partiti politici e le cerchie interessate a esprimersi sul suo progetto preliminare nell'ambito di una consultazione. La documentazione è stata inviata a 124 destinatari che potevano prendere posizione fino al 18 dicembre 2015. In totale sono pervenuti 61 pareri scritti²⁴.

²⁴ Rapporto concernente i risultati della consultazione sulla modifica della legge federale sull'assicurazione malattie. Iniziativa parlamentare Correttivi da apportare al finanziamento delle cure, Ufficio federale della sanità pubblica, marzo 2016, pubblicato in www.parlamento.ch > Oggetto 14.417 > Procedura di consultazione.

In linea di massima numerosi Cantoni²⁵ e la CDS sono favorevoli alla modifica proposta, pur considerandola non abbastanza incisiva. Ampio consenso ha riscontrato la coerenza tra la competenza per il finanziamento residuo e il disciplinamento per quanto riguarda le prestazioni complementari. Alcuni Cantoni hanno espressamente auspicato che l'importo del finanziamento residuo debba essere stabilito dal Cantone di provenienza e che in nessuno caso la persona bisognosa di cure sia tenuta ad assumersi un'eventuale differenza. Molti Cantoni ritengono necessario introdurre una disposizione transitoria per i casi in cui all'entrata in vigore del nuovo disciplinamento una persona beneficia già di cure extracantonali. Diversi Cantoni auspicano che la normativa vada più lontano per quanto riguarda l'importo dei contributi dell'AOMS per le prestazioni di cura o le cure acute e transitorie. Tre Cantoni (UR, TI e GE) hanno respinto la modifica di legge.

In generale anche i partiti politici, le associazioni mantello dell'economia e le federazioni degli assicuratori si sono espressi favorevolmente in merito alla modifica legislativa proposta. Alcuni temono tuttavia che i pazienti possano essere gravati finanziariamente se le cure extracantonali prestate sono più onerose delle tariffe fissate dal Cantone di provenienza. Le stesse riserve sono state sollevate anche dai rappresentanti dei pazienti.

La maggior parte dei fornitori di prestazioni valuta positivamente la disponibilità di apportare miglioramenti, ma è per lo più del parere che la normativa proposta non sia sufficiente per risolvere gli innumerevoli problemi relativi al finanziamento delle cure. Sono stati per esempio menzionati la graduazione e l'importo dei contributi dell'AOMS per le cure, la partecipazione a carico dei pazienti, l'accertamento del bisogno terapeutico, nonché la durata e il finanziamento delle cure acute e transitorie.

Diverse associazioni di fornitori di prestazioni ritengono che il disciplinamento proposto non sia praticabile nel settore delle cure ambulatoriali, poiché le spese amministrative per i pazienti provenienti da altri Cantoni sarebbero molto elevate. Si presume pertanto che le organizzazioni di cure ambulatoriali fatturerebbero integralmente i costi ai pazienti extracantonali, i quali dovrebbero in seguito provvedere a farsi rimborsare dal loro Cantone di provenienza.

3 La normativa proposta

La normativa proposta deve garantire che in ogni caso sia chiaro quale Cantone è competente per il finanziamento residuo delle cure fornite ambulatorialmente o in una casa di cura. L'articolo 25a capoverso 5 LAMal dev'essere perciò completato con i due seguenti periodi: «Il Cantone nel quale l'assicurato è domiciliato è competente per la determinazione e il versamento del finanziamento residuo. La delega in una casa di cura non fonda una nuova competenza».

²⁵ ZH, LU, SZ, OW, NW, GL, ZG, FR, BS, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG, VD, NE, JU

Questa normativa si rifà all'articolo 21 capoverso 1 LPC. Le esperienze raccolte con questa disposizione della LPC dalla sua entrata in vigore il 1° gennaio 2012 hanno mostrato che le controversie riguardanti questioni di competenza sono nettamente diminuite, contribuendo in tal modo alla chiarezza e alla certezza del diritto.

Se il Cantone di provenienza assume il finanziamento residuo anche in caso di degenza extracantonale, si può evitare che i Cantoni che dispongono di più posti nelle case di cura di quanti sarebbero necessari per i propri abitanti vengano penalizzati dal profilo finanziario. Questo favorisce una pianificazione intercantonale delle case di cura.

La nuova normativa non si applica soltanto in caso di degenza in una casa di cura extracantonale, bensì anche alle cure extracantonali dispensate ambulatorialmente (art. 25a cpv. 1 LAMal). Nel caso di soggiorni di breve durata (p. es. soggiorni a casa dei propri figli) in altri Cantoni durante i quali si ricorre a cure ambulatoriali (p. es. prestazioni Spitex), non si costituisce un nuovo domicilio e quindi il Cantone di domicilio rimane competente per il finanziamento residuo delle cure.

Poiché con la nuova normativa spetta al Cantone di provenienza stabilire il finanziamento residuo, non si può escludere che i contributi fissati da questo Cantone si discostino dall'importo che sarebbe necessario in un altro Cantone per coprire i costi residui delle cure. Si può pertanto supporre che gli eventuali costi residui rimanenti debbano essere assunti dall'assicurato. Se quest'ultimo non è finanziariamente in grado di farlo, i costi residui sono assunti dal Cantone di provenienza.

4 **Commento ai singoli articoli**

Art. 25a cpv. 5

L'articolo 25a capoverso 5 è completato con un terzo e un quarto periodo. Il terzo periodo stabilisce quale Cantone è competente per la determinazione e il versamento del finanziamento residuo. Ne consegue che il Cantone competente per il finanziamento residuo fissa il corrispondente importo secondo le sue regole, tenendo conto del quadro stabilito dal diritto federale. Il quarto periodo stabilisce che la degenza in una casa di cura non fonda una nuova competenza o, in altre parole, che in caso di degenza in una casa di cura extracantonale il Cantone di provenienza dell'assicurato è competente per il finanziamento residuo delle cure.

Il termine «casa di cura» qui utilizzato riprende il termine già in uso nella LAMal. Secondo l'articolo 39 capoverso 3 LAMal, «casa di cura» comprende gli stabilimenti, gli istituti o i rispettivi reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti. L'autorizzazione delle case di cura avviene in definitiva mediante la pianificazione cantonale delle case di cura.

Il quarto periodo non disciplina il caso delle degenze ospedaliere, contrariamente all'articolo 21 capoverso 1 LPC. In caso di cure ospedaliere l'assunzione dei costi della quotaparte cantonale è già disciplinata in modo specifico dalla LAMal (art. 41 cpv. 1^{bis} e 49a cpv. 2 e 3 LAMal), poiché è attribuita al Cantone di domicilio (DTF 131 V 59, 64). Non si può escludere che la persona che risiede in una casa di

cura extracantonale prima di una degenza in ospedale fondasse il proprio domicilio in questo Cantone. Per cui il Cantone in cui si trova la casa di cura, come Cantone di domicilio, sarebbe tenuto ad assumere la quotaparte cantonale per la cura ospedaliera. Una simile degenza ospedaliera non influisce invece sull'applicazione del nuovo articolo 25a capoverso 5 LAMal: il Cantone competente per il finanziamento residuo rimane invariato se dopo la degenza in ospedale la persona interessata ritorna nella casa di cura.

5 Ripercussioni

5.1 Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

La normativa proposta non comporta ripercussioni sull'effettivo del personale. I Cantoni rimangono competenti per disciplinare il finanziamento residuo delle cure. Tuttavia potrebbero esservi trasferimenti finanziari fra i Cantoni poiché, secondo il progetto, in caso di degenze in case di cura extracantonali spetta sempre al Cantone di provenienza determinare e pagare il finanziamento residuo. Non è però possibile quantificare questi importi a causa delle diverse normative cantonali applicate attualmente.

5.2 Attuabilità

I Cantoni mantengono la competenza di disciplinare il finanziamento residuo delle cure. Per principio non sono istituiti nuovi compiti d'esecuzione. Al contrario, verranno meno le controversie legali nelle quali i Cantoni devono dimostrare oppure contestare i cambiamenti di domicilio.

La normativa proposta semplificherà la determinazione della competenza. È sempre competente il Cantone nel quale la persona interessata era domiciliata prima del ricovero nella casa di cura, ossia il Cantone di provenienza. Se l'assicurato cambia domicilio, ciò non influisce sulla competenza per il finanziamento residuo delle cure. La situazione legale è pertanto chiara, di regola è semplice e rapido determinare il domicilio civile precedente di una persona al momento del suo ricovero.

5.3 Altre ripercussioni

Non si prevedono altre ripercussioni.

6 Relazione con il diritto europeo

Per quanto riguarda la garanzia della libera circolazione delle persone, il Codice europeo della sicurezza sociale non si prefigge di armonizzare i sistemi nazionali in questo settore. Nell'ambito dei principi di coordinamento (divieto della discriminazione, computo dei periodi di assicurazione, prestazioni transfrontaliere ecc.) previsti dal regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (RS 0.831.109.268.1) e dalle relative disposizioni di esecuzione del regolamento (CE) n. 987/2009 (RS 0.831.109.268.11), gli Stati membri conservano un'ampia libertà di stabilire concretamente la struttura dei loro sistemi di sicurezza sociale. Dall'entrata in vigore, il 1° giugno 2002, dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone tra la Svizzera e la Comunità europea (RS 0.142.112.681) questi principi di coordinamento valgono anche per la Svizzera.

7 Aspetti giuridici

7.1 Costituzionalità e legalità

La presente legge si fonda sull'articolo 117 della Costituzione federale (Cost.), il quale attribuisce alla Confederazione una competenza esaustiva per l'istituzione dell'assicurazione contro le malattie. Il diritto all'assunzione, da parte dei poteri pubblici (Cantone o Comuni), dei costi di cura non coperti non deriva dal diritto cantonale autonomo bensì dal diritto federale (DTF 140 V 58 consid. 4.1; 140 V 563 consid. 5.4.1). Il legislatore federale è pertanto competente per fissare una norma di conflitto che stabilisca quale autorità è tenuta ad assumere questa prestazione e secondo quali regole.

7.2 Delega di competenze legislative

Il progetto non conferisce al Consiglio federale nuove competenze normative.

7.3 Forma dell'atto

La presente legge riveste la forma di legge federale ordinaria conformemente all'articolo 164 Cost.

