

05.025

**Messaggio
concernente la legge federale sul nuovo ordinamento
del finanziamento delle cure**

del 16 febbraio 2005

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, un disegno di legge federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure.

Nel contempo vi proponiamo di togliere di ruolo i seguenti interventi parlamentari:

- | | | | |
|------|---|---------|---|
| 2003 | P | 02.3626 | Trasparenza e coerenza tra le diverse prestazioni delle assicurazioni sociali e della LAMal (N 20.6.03, Loepfe) |
| 2003 | P | 02.3645 | Rapporto relativo a un modello di finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa (N 8.12.03, Commissione della sicurezza sociale e della sanità, CN 00.079) |
| 2004 | M | 03.3597 | Riforma del finanziamento delle cure (N 8.12. 03, S 3.6. 04, Commissione della sicurezza sociale e della sanità CN 00.079) |

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

16 febbraio 2005 In nome del Consiglio federale svizzero:

Il presidente della Confederazione, Samuel Schmid
La cancelliera della Confederazione, Annemarie Huber-Hotz

Compendio

Con la legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal), entrata in vigore il 1° gennaio 1996, il settore delle cure ha conosciuto sviluppi importanti e necessari dal profilo della politica sociale: contrariamente ai contributi per le cure spesso modesti fissati nel diritto anteriore, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie rimborsa le cure ambulatoriali, a domicilio, ospedaliere, semiospedaliere o in una casa di cura. Anche la cerchia dei fornitori di prestazioni è pertanto stata ampliata: se il diritto anteriore riconosceva unicamente il personale infermieristico attivo a titolo indipendente, ora quali fornitori di prestazioni sono riconosciute anche le case di cura e le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio.

L'importo delle spese supplementari dovute a questa estensione delle prestazioni, stimato prima dell'adozione della LAMal, è stato superato per la prima volta nel 1999 e i costi tendono continuamente ad aumentare, anche se si può osservare un rallentamento e un avvicinamento all'evoluzione media dei costi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Al crescente aumento dei costi delle cure contribuisce anche l'evoluzione demografica, medica e sociale che lascia supporre un crescente fabbisogno di prestazioni di cura.

Per controllare meglio questa evoluzione finanziaria nel settore delle cure, nel 1998 sono state introdotte tariffe quadro, a livello d'ordinanza, quali misure limitate nel tempo, che non possono assolutamente rappresentare una soluzione adeguata a medio o lungo termine. L'attuale ordinamento delle tariffe quadro deve pertanto essere sostituito da un nuovo ordinamento del finanziamento delle cure che coinvolga le diverse assicurazioni sociali e gli altri responsabili del finanziamento. Sulla scorta di queste considerazioni, il 25 febbraio 2004 il Consiglio federale ha quindi deciso, nell'ambito del suo piano di riforma dell'assicurazione malattie, di sottoporre al Parlamento, entro la fine del 2004, un messaggio concernente un nuovo ordinamento del finanziamento delle cure.

Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure deve perseguire in particolare due obiettivi: innanzitutto alleviare la difficile situazione sociale di determinati gruppi di persone bisognose di cure e, quindi, evitare che l'assicurazione malattie, che nel sistema attuale copre un numero crescente di prestazioni di cure dovute all'età, sia ulteriormente penalizzata dal profilo finanziario. Se nella prassi quotidiana delle cure non è possibile distinguere quelle dovute a malattia da quelle imputabili all'età, va tuttavia riconosciuto che l'età avanzata accresce chiaramente il rischio di aver bisogno di cure. Nel sistema svizzero delle assicurazioni sociali, così come si è sviluppato nel tempo, basato sul principio della causalità e quindi strutturato in base ai rischi, questo maggior onere generato dall'età non deve essere sopportato illimitatamente dall'assicurazione malattie.

Il presente messaggio concernente una legge federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure persegue questi obiettivi di riforma e propone un modello di finanziamento delle prestazioni di cura in sintonia con le diverse assicurazioni sociali. Il modello proposto si fonda sulle nozioni di cure mediche e di cure di base

sancite dall'attuale legge sull'assicurazione malattie. Il modello prevede che l'assicurazione malattie rimborsi integralmente i costi di quei provvedimenti sanitari che perseguono uno scopo terapeutico o palliativo nella cura della malattia (cure mediche), mentre versa unicamente un contributo per i costi delle cure di base fornite allo scopo di rispondere alle necessità della persona. Il modello proposto si applica a tutti gli assicurati in caso di cure a domicilio e in istituto, ma non in caso di cure ospedaliere.

Si deve partire dal presupposto che il contributo alle cure di base verrà fissato in modo tale da lasciare più o meno invariato l'attuale onere dell'assicurazione malattie secondo le tariffe quadro. A breve scadenza, le ripercussioni sulle persone bisognose di cure rimarranno limitate. A medio e lungo termine, tuttavia, in caso di un contributo invariato alle cure di base c'è da aspettarsi un incremento dell'onere finanziario per le economie domestiche. Per compensare almeno parzialmente tale incremento sono previste due misure di accompagnamento di politica sociale.

La prima concerne l'introduzione nell'AVS di un assegno per grandi invalidi di grado lieve destinato a persone che vivono al proprio domicilio. Questo assegno, che comporta maggiori costi per 20 milioni di franchi, dovrebbe essere utilizzato, in combinazione con il contributo dell'assicurazione malattie alle cure di base, per finanziare l'aiuto di terzi nell'esecuzione degli atti ordinari della vita. La seconda misura concerne la soppressione dell'importo annuo massimo delle prestazioni complementari per le persone bisognose di cure in istituto, fissato attualmente a circa 30 000 franchi. Questa misura implica uscite supplementari per 236 milioni di franchi per l'intero settore delle prestazioni complementari (158 mio di fr. per le prestazioni complementari all'AVS, 78 mio di fr. per le prestazioni complementari all'AI).

Il progetto non propone soltanto misure di ordine finanziario, ma anche misure relative ai costi (prevenzione della necessità di cure, rafforzamento degli strumenti di controllo dei costi). Occorre comunque sottolineare che il potenziale di razionalizzazione nel settore delle cure è inferiore a quello in altri settori dell'assicurazione malattie sociale.

Indice

Compendio	1840
1 Situazione iniziale	1844
1.1 Stato attuale delle cure in Svizzera	1844
1.1.1 Vecchiaia e cure nel contesto sociale e sociopolitico	1844
1.1.2 Definizione e oggetto delle cure	1845
1.1.3 Le cure formali e il loro disciplinamento giuridico	1846
1.1.3.1 Disciplinamento generale delle cure a livello costituzionale	1846
1.1.3.2 Prestazioni di cura primarie fornite dalle assicurazioni sociali	1846
1.1.3.2.1 Cure mediche	1847
1.1.3.2.2 Mezzi ausiliari	1850
1.1.3.2.3 Assegni per grandi invalidi	1851
1.1.3.3 Prestazioni di cura sussidiarie fornite dagli altri sistemi di prestazioni sociali	1853
1.1.3.3.1 Prestazioni complementari	1854
1.1.3.3.2 Aiuto sociale	1856
1.1.3.4 Regole di coordinamento	1856
1.1.4 Cure informali	1857
1.1.5 Attuale finanziamento delle cure	1858
1.1.5.1 Finanziamento a livello generale	1858
1.1.5.2 Finanziamento a livello individuale	1860
1.1.6 Digressione: copertura del rischio di cure nei sistemi sociali esteri	1861
1.1.6.1 Panoramica delle soluzioni adottate all'estero	1861
1.1.6.2 Soluzioni adottate in alcuni Paesi	1862
1.2 Problemi e sollecitazioni nel settore delle cure	1863
1.2.1 Livello di prestazioni in caso di necessità di cure nella vecchiaia	1863
1.2.2 Evoluzione dei costi delle cure a medio e a lungo termine	1864
1.2.3 Forte onere finanziario per l'assicurazione malattie	1866
1.2.3.1 Oneri per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie	1866
1.2.3.2 Spostamento delle quote di finanziamento	1868
1.3 Procedura di consultazione	1868
1.3.1 Grandi linee del progetto messo in consultazione	1868
1.3.2 Risultati della procedura di consultazione	1870
1.3.2.1 In generale	1870
1.3.2.2 Risultati concernenti gli aspetti più importanti	1870
2 Grandi linee del progetto	1871
2.1 Idea di base del nuovo modello di finanziamento	1871
2.2 Questioni legate alla definizione	1872
2.2.1 Definizione di cure di base e cure mediche	1872
2.2.2 Definizione di grande invalidità	1873
2.3 Misure d'accompagnamento	1873

2.3.1	Misure d'accompagnamento volte a contenere i costi	1873
2.3.1.1	Osservazione preliminare sul contenimento dei costi nel settore delle cure	1873
2.3.1.2	Rafforzamento della prevenzione	1874
2.3.1.3	Rafforzamento degli strumenti volti a contenere i costi	1876
2.3.2	Misure d'accompagnamento motivate dalla politica sociale	1877
2.4	Elementi di revisione accantonati	1877
2.4.1	Assicurazione per le cure	1877
2.4.2	Finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa	1879
2.4.3	Modello dei fornitori di prestazioni dell'aprile 2004	1879
2.4.4	Modello di contribuzione	1880
2.4.5	Estensione del diritto agli accrediti per compiti assistenziali dell'AVS	1881
2.4.6	Imposta federale sulle successioni come fonte complementare di finanziamento	1882
2.5	Interventi parlamentari	1882
3	Commento ai singoli articoli	1883
3.1	Adeguamenti nell'assicurazione malattie	1883
3.1.1	Adeguamenti a livello di legge	1883
3.1.2	Prospettive: adeguamenti a livello di ordinanza	1884
3.2	Adeguamenti nell'AVS	1885
3.3	Adeguamenti in materia di prestazioni complementari	1885
4	Ripercussioni	1885
4.1	Ripercussioni finanziarie	1885
4.1.1	Osservazioni generali	1885
4.1.2	Sulle singole opere sociali	1886
4.1.3	Sull'ente pubblico	1887
4.1.4	Sulle economie domestiche e sulle persone bisognose di cure	1888
4.2	Sul personale	1888
4.3	Ripercussioni per l'economia pubblica	1888
5	Rapporto con la nuova impostazione della perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni	1889
6	Rapporto con il programma di legislatura	1891
7	Aspetti giuridici	1891
7.1	Costituzionalità	1891
7.2	Rapporto con il diritto europeo	1891
7.2.1	Diritto della Comunità europea	1891
7.2.2	Gli strumenti del Consiglio d'Europa	1891
7.3	Subordinazione al freno alle spese	1892
7.4	Delega di competenze legislative	1892
	Legge federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure (Disegno)	1901

Messaggio

1 Situazione iniziale

1.1 Stato attuale delle cure in Svizzera

1.1.1 Vecchiaia e cure nel contesto sociale e sociopolitico

Mai come oggi, nella nostra società, le persone raggiungono in media un'età così avanzata. Nel solo ventennio trascorso (dal 1982 al 2000), la speranza di vita degli uomini è aumentata da 72,6 a 76,9 anni e quella delle donne da 79,3 a 82,6. I motivi di questo sviluppo risiedono nel progresso medico, economico e sociale: standard di vita più elevato, calo della mortalità dei neonati e dei bambini, miglioramento dell'igiene, progressi nella medicina preventiva e curativa. Nel dibattito pubblico, l'accento è spesso posto sulle conseguenze negative di questo sviluppo. Con tono sprezzante si parla di «invecchiamento della società» e della cosiddetta «trappola della vecchiaia» e l'aumento del numero delle persone anziane è percepito come minaccia per il finanziamento dello stato sociale. Secondo uno stereotipo, gli anziani sono definiti conservatori, disorientati, soli, bisognosi d'aiuto, depressi. Questa percezione corrisponde all'immagine tradizionalmente negativa della vecchiaia.

Vi è però anche un'ottica del tutto diversa: la società non invecchia, ma rimane più a lungo giovane. Le persone, infatti, non soltanto vivono di più, ma conservano anche più a lungo la salute fisica e mentale. La situazione e la salute delle persone anziane sono continuamente migliorate nel corso degli ultimi decenni. La «vita da pensionato» diventa sempre più una fase prolungata dell'esistenza, che può essere impostata più liberamente e che offre nuove opportunità. La statistica conferma questa tendenza. Tra il 1981/82 e il 1997/99, nelle donne il numero di anni vissuti senza infermità è aumentato di oltre cinque anni, mentre gli anni di vita con infermità sono diminuiti di due. Per quanto riguarda gli uomini, nello stesso periodo gli anni vissuti senza infermità sono aumentati di oltre quattro, mentre gli anni di vita con infermità sono diminuiti di sei mesi.¹ Questa constatazione è determinante per l'evoluzione del fabbisogno di cure: se le persone anziane necessitano più tardi di aiuto e di cure, il fabbisogno di cure aumenta più lentamente di quanto ci si potrebbe attendere tenuto conto dell'andamento demografico.

L'avvento di questa «società della longevità» ha ripercussioni anche sul settore delle cure: la necessità di cure, intesa come perdita permanente e individuale di autonomia nel compiere gli atti ordinari della vita, ha costituito per molto tempo un rischio che doveva essere coperto mediante prestazioni d'aiuto fornite da reti informali (quali la famiglia, gli amici o i vicini). Sebbene l'importanza di questo aiuto informale continui ad essere grande, la necessità di cure è stata viepiù riconosciuta come problema strutturale e come rischio indipendente dalla responsabilità personale che deve essere risolto per principio non a livello individuale, ma a livello finanziario mediante sistemi di garanzia collettivi della previdenza sociale. Infatti, dalla nascita dei primi sistemi di sicurezza sociale, alla fine del secolo XIX, sono state introdotte gradualmente prestazioni delle assicurazioni sociali per situazioni di dipendenza da

¹ François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Berna 2003, pag. 27.

cure, spesso legate al concretizzarsi di rischi contemplati dal diritto in materia di assicurazioni sociali, quali vecchiaia, malattia o infortunio.

Questa interazione di aiuto formale e aiuto informale è attualmente influenzata in maniera determinante da due sviluppi che vanno delineandosi già da parecchio tempo: in primo luogo, lo sviluppo demografico caratterizzato da una maggiore speranza di vita e da una minore natalità, che lascia supporre – per quanto sulla portata del problema non vi sia unanimità – che parallelamente al numero delle persone anziane aumenterà anche il numero delle persone bisognose di cure nella società; inoltre, il calo delle nascite implica una riduzione del numero delle persone potenzialmente disponibili per le cure a titolo informale. In secondo luogo, anche il mutamento delle strutture sociali esercita il suo influsso: aumenta il numero di economie domestiche costituite da persone sole o piccole famiglie, ma anche il numero delle donne che esercitano un'attività lucrativa. L'aiuto informale tende così a diminuire, mentre aumenta, di conseguenza, il fabbisogno di cure istituzionali. L'evoluzione delle strutture demografiche e sociali rende necessario sottoporre a un attento esame ed eventualmente reimpostare l'equilibrio tra aiuto formale e aiuto informale alla luce di questi due sviluppi.

Sullo sfondo di questi sviluppi sociali e sociopolitici, nel 2004 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha avviato i lavori preliminari in vista di un progetto denominato «Invecchiamento e salute». Esso intende così svolgere un ruolo attivo nelle discussioni e nelle decisioni su temi relativi alla salute della popolazione più anziana. In un primo momento l'UFSP vuole elaborare e chiarire con partner esterni (autorità federali, Cantoni, cerchie del settore, associazioni professionali ecc.) i temi centrali, le priorità operative nonché la possibile suddivisione dei compiti fra i partner. L'obiettivo di questo processo dovrebbe essere fra l'altro quello di promuovere un'esistenza indipendente e autodeterminata nell'età del pensionamento mediante una prevenzione mirata della necessità di cure e mediante incentivi a favore di strutture idonee. Sarebbe così possibile, da un lato, ottenere un miglioramento della salute e della qualità di vita delle persone anziane e dei loro famigliari e, dall'altro, contribuire a frenare la crescita dei costi delle cure e ad assicurare a lungo termine il finanziamento delle cure. Con il trasferimento dell'assicurazione malattie e infortuni dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali all'Ufficio federale della sanità pubblica, effettuato all'inizio del 2004, sarà inoltre più facile affrontare gli argomenti di politica sanitaria con un approccio globale e centralizzato.

1.1.2 Definizione e oggetto delle cure

Quella delle cure è un'attività vasta, estremamente sfaccettata e pluridimensionale che praticamente si sottrae a qualsiasi definizione rigorosa. Partendo dallo scopo delle cure, nella bibliografia settoriale² si trovano comunque alcuni tentativi di definizione che descrivono le cure, in generale, come prestazione di servizio fornita da una persona a singole persone o gruppi nella relazione fra salute e malattia. Mediante le cure, questa prestazione persegue l'obiettivo di promuovere, mantenere o ripristinare la salute, lenire o prevenire sofferenze, aiutare a gestire gli stati di

² Cfr. la panoramica fornita nel rapporto «Rivalutazione delle professioni sanitarie» dell'Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia, in esecuzione del postulato 02.3211 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati.

salute mutevoli o permettere di morire dignitosamente. Lo scopo della prestazione di servizio è quello di aiutare i pazienti la cui autonomia negli atti ordinari della vita è limitata a riprendere, proseguire, riadeguare o riorganizzare la loro vita quotidiana. Indipendentemente dalle definizioni proposte, nei singoli casi³ occorre tener conto di un complesso di aspetti medici, psichici, sociali e funzionali strettamente correlati.

1.1.3 Le cure formali e il loro disciplinamento giuridico

1.1.3.1 Disciplinamento generale delle cure a livello costituzionale

La Costituzione federale vigente prevede una sola disposizione che fa esplicitamente riferimento alle cure o alla necessità di cure: secondo l'obiettivo sociale sancito nell'articolo 41 capoverso 1 lettera b Cost.⁴, la Confederazione e i Cantoni, a complemento della responsabilità e dell'iniziativa private, si adoperano affinché ognuno fruisca delle cure necessarie alla sua salute. La necessità qualificata di protezione delle persone interessate, di regola implicita nella necessità di cure, aumenta l'importanza da attribuirsi a questo obiettivo sociale che, in quanto principio d'azione del diritto costituzionale formale, vincola anche il legislatore. Questo vale anche per altre posizioni del diritto costituzionale particolarmente affini alla problematica delle cure: si pensi segnatamente al principio della dignità della persona (art. 7 Cost.), al diritto all'autodeterminazione protetto dalla libertà personale (art. 10 cpv. 2 Cost.) oppure al divieto della discriminazione (art. 8 cpv. 2 Cost.), il quale protegge fra l'altro proprio le persone anziane o disabili, e quindi spesso anche le persone bisognose di cure, da discriminazioni qualificate. Come tutti i diritti fondamentali, anche questi principi sanciti dal diritto costituzionale presentano una dimensione programmatica che restringe la libertà d'azione del legislatore fissando linee direttrici materiali vincolanti.

1.1.3.2 Prestazioni di cura primarie fornite dalle assicurazioni sociali

Per prestazioni di cura primarie devono intendersi prestazioni pecuniarie, prestazioni in natura o prestazioni di servizio fornite dalle assicurazioni sociali in caso di necessità di cure. Vi sono tre categorie principali di prestazioni:

³ Cfr. le Medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zur Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen, in: Bollettino dei medici svizzeri, 2004; pag. 1452 segg., in particolare n. 2.1.

⁴ Costituzione federale della Confederazione Svizzera del 18 aprile 1999, RS 101.

1.1.3.2.1 Cure mediche

Il diritto a cure mediche, quale è concesso in diversi rami delle assicurazioni sociali, comprende sempre prestazioni di cura che possono essere fornite in forma ospedaliera o ambulatoriale, ma che presentano nette differenze in particolare per quanto riguarda il diritto alle prestazioni e l'estensione delle prestazioni:

– *Assicurazione malattie*

Secondo l'articolo 25 LAMal⁵, l'assicurazione malattie assume le spese per prestazioni che, in generale, sono «atte a diagnosticare o a curare *una malattia e i relativi postumi*». Ne fanno parte, secondo l'articolo 25 capoverso 2 lettera a LAMal, anche le «cure dispensate ambulatorialmente, al domicilio del paziente, in ospedale, parzialmente in ospedale o in una casa di cura». Con questa definizione generale delle prestazioni, l'assicurazione malattie si riferisce – almeno teoricamente – alla necessità di cure dovute a malattia, escludendo la necessità di cure dovute esclusivamente alla vecchiaia. A livello di legge e di ordinanza, questa definizione generale delle prestazioni è precisata come segue:

– *Prestazioni in un ospedale o in una casa di cura*

Con l'entrata in vigore della LAMal, il 1° gennaio 1996, in caso di trattamento ospedaliero necessario è stata introdotta una copertura a tempo indeterminato (contrariamente al diritto anteriore che prevedeva un limite di due anni), che comprende, oltre alle cure mediche, anche le spese per il vitto e l'alloggio⁶. In caso di soggiorno in una casa di cura, riconosciuta come categoria di fornitori di prestazioni soltanto in seguito all'entrata in vigore della LAMal, l'assicuratore assume le medesime prestazioni coperte in caso di cure mediche ambulatoriali e di cure mediche a domicilio (art. 50 LAMal). Poiché vengono rimborsate solo determinate prestazioni elencate esaustivamente, in caso di soggiorno in una casa di cura viene rimborsata esclusivamente la tassa di cura – entro i limiti delle tariffe quadro definite a livello d'ordinanza –, ma non la tassa per il vitto e l'alloggio. Non sono rimborsate nemmeno le spese per l'assistenza.

– *Prestazioni ambulatoriali al di fuori di strutture ospedaliere (Spitex)*

La LAMal ha esteso anche le prestazioni nel settore delle cure medico-sanitarie extraospedaliere, che sono definite esaustivamente nell'OPre⁷: nelle prestazioni obbligatorie rientrano – oltre alle misure intese ad accertare la necessità di cure e a offrire consulenza nella loro esecuzione (art. 7 cpv. 2 lett. a OPre) – le *cure mediche* che comprendono le prestazioni d'aiuto medico finalizzate alla diagnosi o alla terapia (art. 7 cpv. 2 lett. b OPre). Per *cure di base* si intendono le prestazioni di natura non medica che non fanno più parte del trattamento medico, ma

⁵ Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie, RS **832.10**.

⁶ Gli assicurati stessi pagano un contributo di 10 franchi al giorno alle spese di vitto e alloggio del soggiorno ospedaliero (art. 64 cpv. 5 LAMal in combinato disposto con l'art. 104 dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie [OAMal, RS **832.102**]).

⁷ Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, RS **832.112.31**.

compensano le conseguenze della grande invalidità delle persone bisognose di cure. L'OPre le definisce come attività che i pazienti non possono svolgere da soli, come bendare le gambe, infilare le calze compressive, rifare il letto, coricarsi ecc. (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre). Infine, nel catalogo dell'OPre figurano anche prestazioni legate alle cure di base di turbe psichiatriche e psicogeriatriche (art. 7 cpv. 2 lett. c n. 2 OPre). I pazienti che soffrono di malattie psichiche o di demenza senile necessitano spesso, per la propria o l'altrui protezione, di sorveglianza e assistenza permanenti. Specie nel caso dei pazienti lungodegenti si pone pertanto la questione della distinzione tra necessità di degenza ospedaliera e necessità di cure. In questo contesto è determinante stabilire se a predominare sia il trattamento della malattia o l'assistenza data al paziente.

– *Provvedimenti di riabilitazione medica*

Oltre al trattamento vero e proprio della malattia e alle cure, nell'articolo 25 capoverso 2 lettera d la LAMal prevede anche provvedimenti di riabilitazione medica. Quest'ultima interviene laddove il trattamento della malattia è di per sé concluso e si tratta di ripristinare l'integrazione professionale, funzionale o sociale pregiudicata dalla malattia. Se dalla riabilitazione medica non ci si può più attendere alcun miglioramento, bisogna parlare di un caso di cura.

– *Assicurazione contro gli infortuni*

Secondo l'articolo 10 LAINF⁸, l'assicurato ha diritto alla cura *appropriata* dei postumi di un infortunio, che fra l'altro comprende:

- la cura ambulatoriale (da parte del medico, del dentista o, previa loro prescrizione, del personale paramedico o del chiropratico⁹);
- la cura, il vitto e l'alloggio nel reparto comune di un ospedale e
- le cure a domicilio prescritte dal medico, a condizione che queste siano prestate da personale o organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (Spitex) autorizzati ai sensi del diritto in materia di assicurazione malattie (art. 18 cpv. 1 OAINF¹⁰). Nel settore dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non esiste un catalogo delle prestazioni analogo a quello dell'articolo 7 OPre. Il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha tuttavia definito la nozione delle cure a domicilio e l'obbligo di fornire prestazioni¹¹. Secondo il TFA, la nozione di cure a domicilio nel settore dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni si articola su più livelli e può essere essenzialmente suddivisa nelle seguenti categorie:

⁸ Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni, RS **832.20**.

⁹ Diversamente dall'assicurazione malattie (principio del rimborso delle spese), nell'assicurazione contro gli infortuni vige il *principio delle prestazioni in natura*, il cui vantaggio consiste nel fatto che l'assicuratore può influire direttamente sulle cure mediche, in quanto partecipa alla scelta dello stabilimento di cura, del personale medico e del genere di trattamento.

¹⁰ Ordinanza del 20 dicembre 1982 sull'assicurazione contro gli infortuni, RS **832.202**.

¹¹ Cfr. DTF **116 V 41**; RAMI **1993 U 163**, pag. 55.

- *applicazioni a fini terapeutici* eseguite o ordinate da un medico;
- *cure mediche nel senso di cure medico-sanitarie* prive dell'obiettivo terapeutico (curativo), ma imprescindibili per il mantenimento dello stato di salute (come p. es. cateterismo, cura di una piaga o infusioni; cfr. art. 21 cpv. 1 lett. d LAINF);
- *cure non mediche*, sia sotto forma di prestazioni destinate ad aiutare la persona interessata a compiere gli atti ordinari della vita (p. es. vestirsi e svestirsi, igiene personale, alimentazione), sia come aiuto nel suo ambiente per occuparsi dell'economia domestica o svolgere altre attività quotidiane.

Secondo la giurisprudenza del TFA, l'obbligo di fornire prestazioni in caso di cure a domicilio è limitato al *trattamento terapeutico e alle cure mediche*. Non vi è alcun diritto all'assunzione delle spese per le cure o per gli aiuti non medici. Inoltre, il requisito della prescrizione medica non è da intendersi in senso strettamente formale; è sufficiente piuttosto che i provvedimenti medici in questione, eseguiti a domicilio, siano indicati dal punto di vista medico secondo lo stato degli atti.

Al di là di questo, gli assicuratori LAINF versano di regola un contributo adeguato alle cure non mediche o all'aiuto non medico dovuti a infortunio.

Il diritto alle cure a domicilio sussiste fintanto che è dato il diritto alle cure mediche (vale a dire fintanto che dal proseguimento della cura medica ci si può attendere un sensibile miglioramento dello stato di salute, art. 19 cpv. 1 LAINF e contrario). Una volta fissata la rendita d'invalidità, il diritto alle cure mediche sussiste soltanto secondo le condizioni restrittive dell'articolo 21 LAINF.

– *Assicurazione militare*

L'assicurazione militare risponde per tutte le affezioni fisiche, mentali o psichiche dell'assicurato e per le loro conseguenze economiche dirette (art. 4 cpv. 1 LAM¹²). Nel quadro delle cure mediche, l'assicurato ha diritto a una cura medica appropriata ed economica per migliorare il suo stato o la sua capacità al guadagno oppure per evitare un ulteriore pregiudizio (art. 16 cpv. 1 LAM). Le cure mediche comprendono la visita e la cura medica nonché le cure che possono essere praticate ambulatorialmente, a domicilio, interamente o parzialmente in ospedale. La visita e la cura devono essere effettuate con l'ausilio di mezzi e metodi la cui efficacia sia riconosciuta (art. 16 cpv. 2 LAM). L'assicurazione militare definisce inoltre le condizioni alle quali i fornitori di prestazioni sono ammessi. Sono infatti considerati stabilimenti di ricovero gli istituti pubblici o riconosciuti di utilità pubblica che offrono ricovero, cura e assistenza agli infermi e agli anziani (art. 11 cpv. 3 OAM¹³).

– *Assicurazione per l'invalidità*

Gli assicurati dell'AI hanno diritto ai provvedimenti sanitari necessari per la cura delle infermità congenite fino al compimento dei 20 anni (art. 13 LAI¹⁴), dopodiché i costi delle cure sono assunti dall'assicurazione malattie

¹² Legge federale del 19 giugno 1992 sull'assicurazione militare, RS 833.1.

¹³ Ordinanza del 10 novembre 1993 sull'assicurazione militare, RS 833.11.

¹⁴ Legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità, RS 831.20.

nel quadro della LAMal. Sono considerati provvedimenti sanitari tutti i provvedimenti ritenuti validi dalla scienza medica e intesi a conseguire nel modo più semplice e funzionale lo scopo terapeutico (art. 2 cpv. 3 OIC¹⁵). Inoltre, l'assicurazione per l'invalidità concede a tutti gli assicurati (cioè minorenni e maggiorenni) provvedimenti sanitari destinati non alla cura vera e propria dell'affezione, ma direttamente all'integrazione nella vita professionale o adeguati a migliorare in modo duraturo e sostanziale la capacità di guadagno o a evitare una diminuzione notevole di tale capacità (art. 12 LAI). La cura dell'affezione è assunta dall'assicurazione malattie (o dall'assicurazione contro gli infortuni). Soltanto i provvedimenti sanitari che concernono direttamente l'integrazione professionale sono a carico dell'assicurazione per l'invalidità.

1.1.3.2.2 Mezzi ausiliari

I mezzi ausiliari sono apparecchi il cui uso è atto a compensare il venir meno di determinate parti o funzioni del corpo umano, in vista dell'integrazione professionale o sociale o dell'assuefazione funzionale dell'avente diritto. Le condizioni di diritto e l'estensione delle prestazioni sono disciplinate in maniera differenziata nelle singole assicurazioni sociali:

- l'*assicurazione per l'invalidità* mette a disposizione dell'assicurato i mezzi ausiliari dei quali egli ha bisogno, a causa dell'invalidità, per esercitare un'attività lucrativa o adempiere le sue mansioni consuete (p. es. lavori nell'economia domestica), per conservare o migliorare la sua capacità al guadagno, per studiare, per imparare una professione o perfezionarsi oppure a scopo di assuefazione funzionale (art. 21 cpv. 1 LAI). L'assicurato che ha bisogno di apparecchi costosi per spostarsi, stabilire contatti nel proprio ambiente o attendere alla propria persona ha diritto, *indipendentemente dalla sua capacità al guadagno*, a tali mezzi ausiliari (art. 21 cpv. 2 LAI). Inoltre, anziché consegnare mezzi ausiliari, l'AI può anche concedere determinate prestazioni sostitutive (art. 21^{bis} LAI). Ne fanno parte anche i sussidi per le spese per servizi di terzi se l'assicurato ne ha bisogno al posto di un mezzo ausiliario, ad esempio per recarsi al lavoro, esercitare un'attività lucrativa oppure per acquisire particolari attitudini che permettono di mantenere i contatti con il proprio ambiente (art. 21^{bis} cpv. 2 LAI; art. 9 OMAI¹⁶);
- nell'*assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti*, a determinate condizioni i beneficiari di rendite di vecchiaia con domicilio e dimora abituale in Svizzera hanno diritto a mezzi ausiliari per spostarsi, per stabilire contatti con il proprio ambiente o per attendere autonomamente alla propria persona (art. 43^{ter} cpv. 1 LAVS¹⁷). L'AVS prevede inoltre che ai beneficiari di rendite di vecchiaia vengano consegnati mezzi ausiliari per esercitare un'attività lucrativa o per svolgere le loro mansioni abituali (art. 43^{ter} cpv. 2 LAVS). L'elenco dei mezzi ausiliari dell'AVS è più breve di quello dell'AI. Gli assi-

¹⁵ Ordinanza del 9 dicembre 1985 sulle infermità congenite, RS **831.232.21**.

¹⁶ Ordinanza del 29 novembre 1976 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per l'invalidità, RS **831.232.51**

¹⁷ Legge federale del 20 dicembre 1946 sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti, RS **831.10**

curati con garanzia dei diritti acquisiti (ossia ai quali già nell'età AI sono stati assegnati mezzi ausiliari corrispondenti) mantengono il diritto alle prestazioni, sia nel genere che nell'entità, in analogia alle disposizioni dell'AI (art. 4 OMAV¹⁸);

- i mezzi ausiliari concessi dall'*assicurazione contro gli infortuni* hanno lo scopo di compensare un pregiudizio fisico o funzionale dovuto a infortunio o a malattia professionale (art. 11 cpv. 1 LAINF). L'elenco dei mezzi ausiliari figura nell'allegato dell'ordinanza sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione contro gli infortuni¹⁹;
- nell'*assicurazione militare*, l'assicurato ha diritto ai mezzi ausiliari per migliorare il proprio stato di salute, esercitare un'attività lucrativa o svolgere la propria attività abituale, gli studi o la formazione professionale, per acquisire l'assuefazione funzionale, spostarsi, sviluppare la propria autonomia e mantenere il contatto con l'ambiente (art. 21 cpv. 1 LAM). L'assicurazione militare assegna sussidi anche quando l'assicurato ricorre a servizi di terzi al posto di un mezzo ausiliario (art. 21 cpv. 4 LAM). Diversamente dalle altre assicurazioni sociali, l'assicurazione militare non conosce un catalogo esaustivo dei mezzi ausiliari;
- i mezzi e gli apparecchi nell'*assicurazione malattie* non sono paragonabili ai mezzi ausiliari delle altre assicurazioni sociali. Mentre i mezzi ausiliari compensano il venir meno prolungato di funzioni fisiche, i mezzi e gli apparecchi perseguono fini diagnostici, terapeutici o curativi oppure servono alla riabilitazione medica. La distinzione tra le due categorie non è sempre evidente poiché determinati apparecchi, quali occhiali, apparecchi acustici o calzature ortopediche, possono servire sia alle cure mediche sia a compensare il venir meno di funzioni fisiche. Per la distinzione occorre basarsi sullo scopo oggettivo. I mezzi e gli apparecchi figurano in un elenco separato (EMAp), che costituisce l'allegato 2 dell'OPre.

1.1.3.2.3 Assegni per grandi invalidi

Diversi rami delle assicurazioni sociali concedono a una persona che «a causa di un danno alla salute, ha bisogno in modo permanente dell'aiuto di terzi o di una sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita»²⁰ una prestazione pecuniaria denominata «assegno per grandi invalidi», che viene versata – tranne che nell'assicurazione militare – in forma standard, vale a dire prescindendo dall'ammontare dei costi nel singolo caso. Mentre la nozione e lo scopo dell'assegno per grandi invalidi sono in linea di principio uniformi in tutte le assicurazioni sociali, nelle singole assicurazioni sociali vi sono differenze e particolarità soprattutto per quanto concerne la cerchia dei beneficiari, le condizioni di diritto e la definizione concreta delle prestazioni:

¹⁸ Ordinanza del 28 agosto 1978 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per la vecchiaia, RS **831.135.1**

¹⁹ Ordinanza del 18 ottobre 1984 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione contro gli infortuni, RS **832.205.12**

²⁰ Tale è la definizione legale della grande invalidità nell'articolo 9 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS **830.1**)

– *L'assegno per grandi invalidi nell'assicurazione per l'invalidità*

Nell'assicurazione per l'invalidità, l'assegno per grandi invalidi è versato a partire dalla nascita fino al raggiungimento dell'età di pensionamento dell'AVS agli assicurati invalidi residenti in Svizzera (art. 42 cpv. 1 LAI); si distinguono tre gradi di grande invalidità (lieve, medio ed elevato), determinanti per l'indennità. Con la 4ª revisione dell'AI, entrata in vigore il 1º gennaio 2004, sono stati introdotti alcuni miglioramenti materiali nel settore della cura e dell'assistenza delle persone invalide. Lo scopo della revisione era di permettere alle persone invalide che non possono prescindere dall'aiuto altrui di vivere in maniera più indipendente e autodeterminata. Nell'ambito degli assegni per grandi invalidi vanno evidenziati i seguenti punti della revisione:

- *Assegno unico per grandi invalidi*: in seguito alla 4ª revisione dell'AI, l'assegno per grandi invalidi dell'assicurazione per l'invalidità delle persone adulte, i sussidi di assistenza per i minorenni e i contributi alle spese per le cure a domicilio sono stati sostituiti con un unico assegno per grandi invalidi.
- *Estensione della nozione di grande invalidità*: con la 4ª revisione dell'AI, nel settore dell'assicurazione per l'invalidità la nozione di grande invalidità della LPGA è stata estesa. È ora considerato grande invalido anche chi a causa di un danno alla salute vive a casa e necessita in modo permanente di essere accompagnato nell'organizzazione della realtà quotidiana (cfr. art. 42 cpv. 3 LAI).
- *Aumento dell'assegno per grandi invalidi*: in seguito alla revisione della legge, gli importi degli assegni per grandi invalidi per le persone bisognose d'assistenza che non vivono in un istituto sono stati raddoppiati rispetto al passato (art. 42^{ter} cpv. 1 LAI). Nel contesto di questo aumento sono stati incrementati anche gli importi concessi dalle prestazioni complementari per il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità, di cui fanno parte anche le spese comprovate di aiuto, cure e assistenza ambulatoriali²¹. Per gli assicurati che soggiornano in un istituto, l'assegno per grandi invalidi ammonta alla metà degli importi per le persone che non vivono in istituto (art. 42^{ter} cpv. 2 LAI).
- *Introduzione di un supplemento per cure intensive*: l'assegno per minorenni grandi invalidi che necessitano di un'assistenza intensiva e non soggiornano in un istituto è aumentato di un supplemento per cure intensive (art. 42^{ter} cpv. 3 LAI).

– *L'assegno per grandi invalidi nell'AVS*

Nell'AVS, gli assegni per grandi invalidi sono versati ai beneficiari di rendite di vecchiaia o di prestazioni complementari con domicilio in Svizzera che presentano un'invalidità di grado elevato o medio. Per quanto riguarda gli importi, la 4ª revisione dell'AI non ha comportato cambiamenti, ad eccezione delle persone che prima dei 65 anni hanno già beneficiato di un assegno più elevato per grandi invalidi dell'assicurazione per l'invalidità (cosiddetti casi di garanzia dei diritti acquisiti secondo l'art. 43^{bis} cpv. 4 LAVS).

²¹ Cfr. in merito il n. 1.1.3.3.1.

– *L'assegno per grandi invalidi nell'assicurazione contro gli infortuni*

L'assegno per grandi invalidi dell'assicurazione contro gli infortuni è concesso al più presto alla nascita del diritto a una rendita AINF ed è commisurato ai tre gradi della grande invalidità. L'importo è calcolato sulla base dell'importo massimo del guadagno giornaliero assicurato ed ammonta almeno al doppio e al massimo al sestuplo dell'importo massimo del guadagno giornaliero assicurato (art. 38 cpv. 1 OAINF).

– *L'assegno per grandi invalidi nell'assicurazione militare*

Se una persona coperta dall'assicurazione militare, in particolare una persona che presta servizio militare, servizio di protezione civile o servizio civile, è stata autorizzata a effettuare una cura a domicilio o un soggiorno di cura privato e l'affezione assicurata o la grande invalidità provoca spese supplementari di alloggio, vitto, cura o assistenza, l'assicurazione militare le concede un'indennità. A livello di istruzioni è stabilito che l'indennità deve coprire le spese e che il bisogno – contrariamente ad altri rami delle assicurazioni sociali – è valutato individualmente.

Tabella 1

L'assegno per grandi invalidi nelle singole assicurazioni sociali, panoramica (stato 1.1.2005)

	Importo dell'assegno per grandi invalidi (AGI), in franchi al mese					
	in un istituto			al di fuori di un istituto		
	in caso di grande invalidità di grado lieve	in caso di grande invalidità di grado medio	in caso di grande invalidità di grado elevato	in caso di grande invalidità di grado lieve	in caso di grande invalidità di grado medio	in caso di grande invalidità di grado elevato
AI	215	538	860	430	1075	1720
+ ev. SCI				430–1290	430–1290	430–1290
AVS	0	538	860	0	538	860
AINF	586	1172	1758	586	1172	1758
AM	spese concrete	spese concrete	spese concrete	spese concrete	spese concrete	spese concrete

SCI = supplemento per cure intensive

1.1.3.3 Prestazioni di cura sussidiarie fornite dagli altri sistemi di prestazioni sociali

Le prestazioni di cura sussidiarie vengono fornite quando i mezzi propri e le prestazioni di cura primarie delle assicurazioni sociali non sono sufficienti a coprire il fabbisogno di cure.

1.1.3.3.1 Prestazioni complementari

In termini semplificati, per principio hanno diritto a prestazioni complementari, consistenti in una prestazione pecuniaria versata mensilmente e nel rimborso delle spese di malattia e d'invalidità, le persone che percepiscono determinate prestazioni dell'AVS o dell'AI (rendite, assegni per grandi invalidi, indennità giornaliera) e le cui spese riconosciute superano le entrate computabili oppure le cui eventuali spese di malattia e d'invalidità non sono coperte. Tuttavia, per le persone che usufruiscono di prestazioni di cura il calcolo dell'importo a cui hanno diritto in caso di soggiorno al proprio domicilio e in caso di soggiorno permanente in un istituto presenta alcune differenze.

– *Persone al proprio domicilio*

Oltre alla prestazione complementare annua, versata mensilmente quale prestazione pecuniaria, per le persone che vivono al proprio domicilio vi è – nel quadro del rimborso delle spese di malattia e d'invalidità – il diritto alla copertura delle spese comprovate «di aiuto, di cure e di assistenza a domicilio e in strutture diurne» (art. 3d cpv. 1 lett. b LPC²²). Nell'ordinanza d'esecuzione dipartimentale²³ si precisa che sono rimborsate le spese di aiuto, cura e assistenza rese necessarie da vecchiaia, invalidità, infortunio o malattia e prestate da servizi pubblici o di utilità pubblica. Vengono parimenti rimborsate le spese di cura e assistenza insorte in istituti diurni, ospedali giornalieri o ambulatori, pubblici o di utilità pubblica. Le spese per cure prestate da istituti privati sono rimborsate nella misura in cui corrispondono a quelle insorte in istituti pubblici o di utilità pubblica. Il rimborso è tuttavia limitato in ogni caso ai seguenti importi annui (art. 3d cpv. 2 LPC):

Tabella 2

Importi annui massimi per il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità

Persone sole, persone vedove, coniugi di persone che vivono in un istituto (art. 3d cpv. 2 LPC)	25 000 fr.
Coniugi (art. 3d cpv. 2 LPC)	50 000 fr.
Orfani di padre e di madre (art. 3d cpv. 2 LPC)	10 000 fr.
Persone sole beneficiarie di un assegno per grandi invalidi dell'AI o dell'AINF	90 000 fr.
– grande invalidità grave (art. 3d cpv. 2 ^{bis} LPC)	60 000 fr.
– grande invalidità media (art. 19b OPC-AVS/AI ²⁴)	
Coniugi beneficiari di un assegno per grandi invalidi dell'AI o dell'AINF (a dipendenza del numero di coniugi beneficiari di un'AGI e del grado della grande invalidità) (art. 19b cpv. 2 OPC-AVS/AI)	85 000– 180 000 fr.

²² Legge federale del 19 marzo 1965 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, RS 831.30.

²³ Ordinanza del 29 dicembre 1997 sul rimborso delle spese di malattia e delle spese dovute all'invalidità in materia di prestazioni complementari, RS 831.301.1.

²⁴ Ordinanza del 15 gennaio 1971 sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità, RS 831.301.

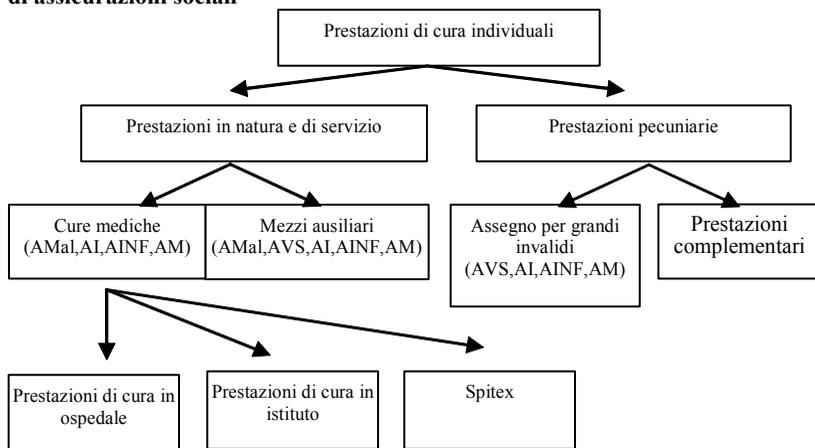
– *Persone in un istituto*

Mentre nel sistema delle PC le spese di cura delle persone che vivono a casa sono coperte in maniera preponderante mediante il rimborso di spese di malattia e d'invalidità, per le persone che vivono in un istituto la compensazione finanziaria avviene in particolare mediante la prestazione pecuniaria mensile calcolata raffrontando le spese (in particolare la tassa giornaliera dovuta all'istituto) e i redditi computabili. Per le persone che vivono in un istituto ciò significa che la totalità delle spese d'istituto, vale a dire in particolare anche le spese di cura e d'assistenza, confluiscono nel calcolo della prestazione pecuniaria, di modo che il rimborso delle spese di malattia e d'invalidità per le persone che vivono in un istituto è limitato per legge a 6000 franchi annui (art. 3d cpv. 3 LPC). Occorre tuttavia considerare che la prestazione complementare è soggetta a una duplice limitazione:

- da un lato, la maggior parte dei Cantoni²⁵ ha fatto uso della possibilità, concessa dalla legge (art. 5 cpv. 3 lett. a LPC), di limitare le spese prese in considerazione per la degenza in un istituto: il limite superiore²⁶ per le tasse dovute all'istituto oscilla tra circa 28 000 franchi (Ticino) e circa 79 000 franchi (Basilea Città), mentre la media nazionale si aggira attorno ai 59 000 franchi;
- dall'altro, la prestazione complementare annua (art. 3a cpv. 3 LPC) per le persone che vivono in un istituto non deve superare i 30 900 franchi²⁷.

Grafico 1

Panoramica delle prestazioni di cura individuali del diritto in materia di assicurazioni sociali



²⁵ Gli unici a non avere finora mai fatto uso della loro competenza sono i Cantoni di Neuchâtel, Basilea Campagna e San Gallo.

²⁶ Si tratta di un valore medio risultante dalle tasse dovute alle case per anziani, alle case per invalidi, alle case di cura e agli ospedali e/o dai diversi livelli di fabbisogno di cure.

²⁷ Senza l'importo forfettario annuo per l'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie.

1.1.3.3.2 Aiuto sociale

L'aiuto sociale, disciplinato dal diritto cantonale, ha lo scopo di ovviare in particolare alle situazioni di bisogno economico nel singolo caso, indipendentemente dalle cause, qualora non siano disponibili (o siano insufficienti) mezzi propri o prestazioni di altri sistemi di prestazioni, quali in particolare le assicurazioni sociali (primato delle assicurazioni sociali e sussidiarietà dell'aiuto sociale). Nel quadro del diritto all'aiuto in situazioni di bisogno sancito a livello costituzionale (art. 12 Cost.), vanno accordati i mezzi «indispensabili per un'esistenza dignitosa»; di conseguenza, anche le spese di cura devono essere finanziate per principio mediante l'aiuto sociale, qualora altre prestazioni delle assicurazioni sociali e le fonti private non siano sufficienti.

Nella prassi le prestazioni di aiuto sociale devono essere calcolate un funzione delle esigenze di base, che sono commisurate alle conquiste civili, sociali e culturali della società (il cosiddetto minimo esistenziale sociale, il quale garantisce, al di là del minimo esistenziale assoluto, anche la partecipazione alla vita sociale e lavorativa). Secondo le raccomandazioni della Conferenza svizzera delle istituzioni dell'azione sociale (COSAS), oltre alla copertura delle spese d'istituto o Spitex non coperte, l'aiuto sociale dovrebbe pertanto prevedere per le persone che vivono a casa anche un contributo di cui esse possono liberamente disporre e per le persone bisognose residenti in strutture di soggiorno permanente quali istituti e cliniche, in comunità abitative terapeutiche o in pensioni un importo forfettario destinato a coprire le voci di spesa non incluse nell'accordo di pensione. L'ammontare dell'importo forfettario deve essere proporzionale alla mobilità fisica e mentale e si situa, secondo le direttive COSAS vigenti, tra 255 e 510 franchi al mese.

1.1.3.4 Regole di coordinamento

Il coordinamento delle prestazioni fornite da diversi rami delle assicurazioni sociali è disciplinato nella legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), entrata in vigore il 1° gennaio 2003. Vi sono inoltre disposizioni di coordinamento nelle leggi speciali. In linea di principio, la LPGA coordina unicamente le prestazioni di *medesima natura e destinazione* (principio della congruenza). Per quanto riguarda le cure, è inoltre importante il coordinamento in caso di concorso delle diverse prestazioni pecuniarie delle varie fonti, che è stato disciplinato nella LPGA con il divieto generale di *sovraindennizzi* in caso di concorso di prestazioni di diverse assicurazioni sociali (art. 69). Secondo il principio della congruenza, nel calcolare il sovraindennizzo si deve tener conto unicamente delle prestazioni di medesima natura e destinazione. È degno di nota il fatto che la LPGA non considera alla stessa stregua il rimborso delle spese di guarigione e d'integrazione e il rimborso delle spese di cura in relazione alla grande invalidità (art. 74 cpv. 2 lett. a e d). Secondo la dottrina dominante questo significa che le prestazioni di cura di base pagate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie possono essere cumulate alle prestazioni (di tipo assistenziale) coperte dagli assegni per grandi invalidi.

1.1.4 Cure informali

La descrizione del settore delle cure sarebbe incompleta se, accanto alle cure formali disciplinate in particolare dal diritto in materia di assicurazioni sociali, non considerassimo le prestazioni di aiuto informali. E il loro notevole volume in termini di valore ne è già un motivo sufficiente: nel 2000 le cure informali, infatti, sono state valutate in 1,2 miliardi di franchi, pari a circa il 20 per cento dei costi delle cure²⁸. Pur non offrendo un quadro definitivo, gli studi a disposizione che hanno voluto quantificare le prestazioni di aiuto informali²⁹ confermano l'importanza dell'aiuto informale per il settore sanitario svizzero:

- *Ampiezza delle cerchie di persone impegnate in cure informali*: in base ai risultati dell'indagine sulla salute in Svizzera, nel 2002 circa un milione di persone ha fornito un aiuto frequente (cioè almeno una volta alla settimana) ad oltre mezzo milione di persone. Se confrontato a Spitex, l'importanza dell'aiuto informale appare evidente: nei 12 mesi precedenti all'indagine sulla salute, il 9 per cento della popolazione residente ha ricevuto un aiuto volontario, mentre solamente il 2,5 per cento ha ottenuto prestazioni Spitex.

Secondo i beneficiari, l'aiuto informale è fornito innanzitutto da persone appartenenti alla propria cerchia familiare: il 77 per cento delle prestazioni è fornito dal partner, dalla figlia, dalla madre o da altri familiari, mentre il 23 per cento da vicini e conoscenti.

Per quanto riguarda i fornitori di prestazioni volontarie emergono palesi differenze fra i sessi: sono il doppio degli uomini le donne che forniscono un aiuto frequente, cioè almeno una volta alla settimana. Le donne inoltre intensificano decisamente le loro attività a partire dai 40 anni, mentre per gli uomini l'incremento nella stessa fascia di età è molto inferiore.

- *Volume delle cure informali*: i dati concernenti la quantità di ore fornite per le cure sono lacunosi, anche se, secondo uno studio sul lavoro non pagato in Svizzera³⁰, nel 2000 l'assistenza a persone adulte appartenenti alla stessa economia domestica bisognose di cura è stata quantificata in 34,1 milioni di ore, mentre durante lo stesso anno Spitex ha fornito prestazioni di cura coperte dalle casse malati per 4,9 milioni di ore³¹.

Nonostante rilevamenti incompleti, il valore del lavoro non pagato nel settore sanitario va pertanto considerato molto importante. Grazie al lavoro fornito da familiari e vicini, sia esso complementare o parallelo all'aiuto organizzato da Spitex, molte persone bisognose di cure possono rinunciare (più lungo) a cure ospedaliere. La tematica delle prestazioni di cura informali è da mettere in relazione anche con la ratifica della Convenzione dell'ONU sull'eliminazione di ogni forma di discrimina-

²⁸ Cfr. in proposito anche il n. 1.2.2

²⁹ Ufficio federale di statistica, Schweizerische Gesundheitsbefragung, Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2002, Neuchâtel 2004; Ufficio federale per l'uguaglianza fra donna e uomo/Ufficio federale della sanità pubblica (a.c.), Geschlecht und Gesundheit nach 40, Berna/Göttingen/Toronto/Seattle 1997; Paul Camenzind, Claudia Meier, Gesundheitskosten und Geschlecht – Eine genderbezogene Datenanalyse für die Schweiz, Berna/Göttingen/Toronto/Seattle 2004.

³⁰ Ufficio federale di statistica, Conto satellite della produzione delle economie domestiche. Progetto pilota per la Svizzera (d/f), Neuchâtel 2004.

³¹ Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Statistica Spitex 2000, Berna 2002, tabella 6.3, pag. 13.

zione nei confronti della donna (CEDAW), con la quale la Svizzera si è impegnata a promuovere le pari opportunità tra i sessi: per attuare la Convenzione e in seguito alla Conferenza mondiale delle donne di Pechino, nel 1999 il Consiglio federale si è dotato di un programma d'azione nel quale la salute rappresenta un tema fondamentale. Nel settore delle cure informali si prevede di rilevare le prestazioni non pagate fornite dalle donne per la cura e la salute di altre persone e di calcolarne i costi (misura C 16). A tale proposito si vuole distinguere fra prestazioni coperte dalle casse malati e prestazioni che non lo sono. A medio termine dovrebbero quindi essere sistematicamente valutate le prestazioni di cura non pagate in Svizzera. Questo dovrebbe consentire, in un secondo tempo, di verificare se debbano essere introdotte altre misure – e, se del caso, quali – per riconoscere ed eventualmente promuovere le prestazioni di cura non pagate.

1.1.5 Attuale finanziamento delle cure

1.1.5.1 Finanziamento a livello generale

La tabella qui di seguito illustra il finanziamento del settore delle cure (in istituto e a domicilio) nel 2002, suddiviso secondo gli enti cui incombe il finanziamento:

Finanziamento delle cure nel 2002 (situazione attuale)

Ente cui incombe il finanziamento	Case di cura		Cure a domicilio		Totale	
	mio di fr.	in %	mio di fr.	in %	mio di fr.	in %
AMal (assicurazione malattie, netto)	1186,6	19,9	247,2	25,3	1433,8	20,6 a)
AVS	317,2	5,3	245,2	25,1	562,4	8,1 b)
– di cui sovvenzioni dirette	0,0	0,0	165,9	17,0	165,9	2,4 c)
– di cui assegni per grandi invalidi	317,2	5,3	79,3	8,1	396,5	5,7 d)
AI (assicurazione per l'invalidità)	0,0	0,0	15,4	1,6	15,4	0,2 e)
– di cui sovvenzioni dirette	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0 f)
– di cui assegni per grandi invalidi	0,0	0,0	15,4	1,6	15,4	0,2 g)
PC (prestazioni complementari)	956,8	16,0	0,0	0,0	956,8	13,8 h)
– di cui PC all'AVS	956,8	16,0	0,0	0,0	956,8	13,8 i)
– di cui PC all'AI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0 j)
AINF (assicurazione contro gli infortuni)	0,0	0,0	12,8	1,3	12,8	0,2 a)
AM (assicurazione militare)	1,6	0,0	0,4	0,0	2,0	0,0 a)
Assicurazione privata	0,0	0,0	25,5	2,6	25,5	0,4 a)
Altri finanziamenti privati	92,6	1,6	44,0	4,5	136,6	2,0 a)
Cantoni/Comuni (sussidi)	565,6	9,5	375,3	38,4	940,9	13,5 a)
Aiuto sociale	99,7	1,7	1,6	0,2	101,3	1,5 k)
Economie domestiche (incl. partecipazione ai costi AMal)	2751,8	46,1	9,6	1,0	2761,4	39,7 l)
Totale	5971,9	100,0	977,0	100,0	6948,9	100,0 a)
Aiuto non retribuito					1223,0	m)

Fonti e spiegazioni

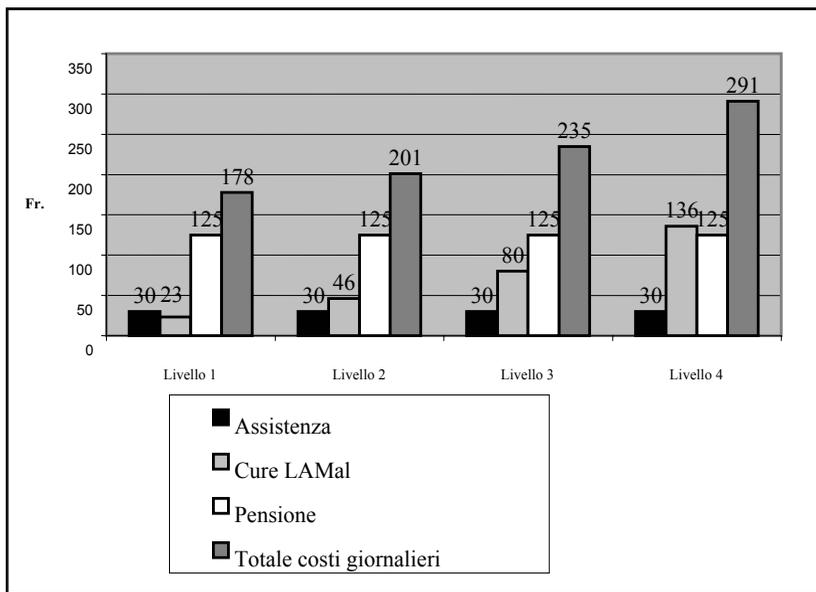
- a) UST, Costi del settore sanitario 2002 (d/f), Neuchâtel 2004; (l'UST accerta il totale delle case di cura sulla base dei costi di gestione delle case di cura secondo la statistica dell'Istituto di medicina sociale, il totale delle cure a domicilio sulla base delle entrate delle organizzazioni Spitex secondo la Statistica Spitex dell'UFAS)
- b) Somma di c) e d)
- c) UST, Costi del settore sanitario 2002 (d/f) / base: LAVS art. 101^{bis}
- d) UFAS, Statistica AVS 2003 (totale 396,5 mio); ripartizione istituti/Spitex stimata da UFSP/UFAS: 80%/20%
- e) Somma di f) e g)
- f) Ipotizzando che le case di cura e Spitex non ricevano sovvenzioni dell'AI
- g) Stima UFSP/UFAS (secondo il rapporto INFRAS): circa 40% dell'AGI AI per beneficiari «a casa» di cui 25% beneficiari Spitex; base Statistica AI 2003 (AGI = 154,2 milioni)
- h) Somma di i) e j)
- i) UFAS, Statistica PC 2001, PC per persone residenti in istituti
- j) Ipotizzando che le PC dell'AI vengano versate solo a persone che vivono in istituti per invalidi
- k) Stima dell'UFSP secondo la ripartizione presso le economie domestiche
- l) Valore residuo (totale delle spese meno tutti gli altri finanziamenti)
- m) Stima dell'UST e dell'UFAS per il 2000

1.1.5.2 Finanziamento a livello individuale

Il grafico qui di seguito³² mostra le spese medie di soggiorno per 130 istituti privati e pubblici del Cantone di Berna nel 2003 e informa in modo approssimativo sul fabbisogno finanziario di una persona che vive in un istituto. Attualmente non sono disponibili valutazioni comparabili a livello nazionale.

Grafico 2

Spese medie di soggiorno in una casa di cura per giorno-paziente (GP) nel Cantone di Berna



L'insieme delle *spese giornaliere* comprende le spese di cura vera e propria (nel settore della LAMal in particolare le cure di base e le cure mediche), d'assistenza (accompagnamento sociale della persona bisognosa di cure) e di pensione (vitto e alloggio).

³² Beat Wenger, Finanzierung der stationären Langzeitpflege, sipp focus 1/2003, pag. 1 segg.; i dati pubblicati sono stati aggiornati dall'autore su richiesta dell'UFSP.

1.1.6 Digressione: copertura del rischio di cure nei sistemi sociali esteri

1.1.6.1 Panoramica delle soluzioni adottate all'estero

Tenuto conto dell'importanza acquisita negli ultimi anni dalle cure di lunga durata nella politica sanitaria dei Paesi che fanno parte dell'OCSE, quest'ultima ha esaminato i sistemi delle cure di lunga durata in 19 Paesi³³, nell'ottica delle riforme attuate e future concernenti il finanziamento delle prestazioni, e ha pubblicato uno studio³⁴ che consente le seguenti considerazioni di carattere generale.

La maggior parte dei Paesi esaminati ha sviluppato un sistema che permette alle persone anziane che ne hanno bisogno di ricevere le cure nell'ambito in un istituto, anche se le prestazioni di cura vengono offerte in forme molto diverse (prestazioni pecuniarie, prestazioni in natura, indennizzo dell'aiuto informale ecc.). Anche i sistemi di finanziamento delle cure di lunga durata per le persone anziane sono molto diversificati (imposte, contributi, prestazioni proprie). Un obiettivo prioritario che accomuna gli sforzi di riforma in tutti i Paesi è tuttavia il coordinamento delle prestazioni e degli istituti destinati alle persone che necessitano di cure. Nella maggior parte dei Paesi, le imposte costituiscono la fonte principale del finanziamento delle cure, mentre alcuni Paesi hanno introdotto un sistema di sicurezza sociale volto a coprire i costi delle cure di lunga durata e altri costi straordinari (Austria, Germania, Giappone, Paesi Bassi e Lussemburgo). In alcuni altri Paesi (pochi) le prestazioni di cura negli ospedali sono finanziate in misura limitata mediante l'assicurazione malattie, a causa della mancanza di istituzioni appositamente previste per le cure di lunga durata (Ungheria, Corea, Messico e Polonia).

Dei 19 Paesi esaminati, sette (Austria, Germania, Giappone, Paesi Bassi, Norvegia, Lussemburgo e Svezia) conoscono un sistema di prestazioni indipendenti dal bisogno con una copertura generale che disciplina le cure di lunga durata in maniera analoga ad altri bisogni sanitari in tutto il sistema di sicurezza sociale. Gli altri 12 Paesi hanno un sistema del tutto o parzialmente dipendente dal bisogno, basato sul reddito e/o sulla sostanza. All'interno di questi due gruppi, i sistemi sono organizzati in maniera molto eterogenea.

Il rapporto giunge alla conclusione che un numero crescente di Paesi tende ad applicare i principi del finanziamento pubblico delle cure mediche acute anche alle cure di lunga durata. In questi Paesi va crescendo il grado di accettazione dell'idea di un'assicurazione obbligatoria analoga all'assicurazione delle malattie acute. Altri Paesi sono tuttora restii di fronte a un cambiamento di sistema che porti dalla copertura del rischio di cure limitata e dipendente dal bisogno a una copertura indipendente dal bisogno. Tuttavia, anche nei Paesi con sistemi di prestazioni indipendenti dal bisogno le economie domestiche private sono tenute a partecipare ai costi in misura maggiore rispetto al settore della cura delle malattie acute.

³³ Australia, Austria, Canada, Corea, Germania, Giappone, Irlanda, Lussemburgo, Messico, Nuova Zelanda, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti d'America, Svezia, Svizzera, Ungheria.

³⁴ Ad Hoc Group on the OECD Health Project, Long-term Care (di cui è prevista la pubblicazione).

1.1.6.2 Soluzioni adottate in alcuni Paesi³⁵

La molteplicità delle soluzioni nazionali nel settore delle cure consente difficilmente di ottenere un quadro preciso della copertura dei rischi nell'ambito della necessità di cure in sistemi esteri. In base all'esempio di due Stati confinanti, Germania e Francia, mostriamo quindi come viene affrontata la problematica della necessità di cure in un sistema analogo a quello svizzero fondato sul principio di un'assicurazione malattia sociale finanziata mediante contributi:

Germania

- *Definizione e prestazioni:* in base alla legge del 1995 sull'assicurazione di cure, è considerato dipendente chiunque, a causa di una malattia o di un'infermità fisica, necessita costantemente – per un periodo presunto di almeno sei mesi – e in misura notevole o sostanziale, di un aiuto per svolgere gli atti abituali e ricorrenti della vita quotidiana. L'accertamento dello stato di dipendenza comprende i settori dell'igiene corporale, dell'alimentazione, della mobilità e dei lavori domestici. Le prestazioni dell'assicurazione di cure hanno lo scopo di rendere le persone bisognose di cure e le loro famiglie il più indipendenti possibile dalle prestazioni dell'assistenza sociale. L'assicurato versa contributi e acquisisce così un diritto all'aiuto indipendentemente dal fabbisogno e dall'età. Spetta al servizio medico dell'assicurazione malattie stabilire l'esistenza e il grado di una dipendenza in materia di cure.
- *Beneficiari:* beneficiano delle prestazioni le persone che a causa di una malattia o di un'infermità fisica, mentale o psichica necessitano in modo considerevole di cure per eseguire gli atti abituali della vita quotidiana.
- *Cure a domicilio o sistemazione in istituto:* la legge menziona esplicitamente le famiglie come sostegno principale delle persone dipendenti e cerca di favorire la permanenza di queste persone al proprio domicilio. Per questioni di costi, la dipendenza è tuttavia presa a carico soltanto se supera una soglia di elevata necessità d'assistenza e per un importo massimo stabilito. Le prestazioni consistono in cure fornite a domicilio da servizi ambulatoriali organizzati dalle casse di cure (prestazioni in natura) oppure nel versamento di un'indennità ai famigliari che prestano le cure. Se si rende necessario il ricovero in un istituto, l'assicurazione assume le spese per le cure di base, l'inserimento sociale e le cure di un trattamento medico. Le spese per il vitto e l'alloggio sono a carico del paziente. I Länder assumono le spese di investimento.

Francia

- *Definizione e funzionamento:* la legge³⁶ definisce come persona dipendente ogni persona anziana residente in Francia incapace di assumere le conseguenze della mancanza o della perdita d'autonomia connesse al suo stato fisico o mentale. Essa ha diritto a un assegno personalizzato d'autonomia (APA) che le consenta una presa a carico adeguata alle proprie necessità.

³⁵ Le seguenti considerazioni si basano su: Institut de droit de la santé, Soins de longue durée, soins de dépendance, Contribution aux débats relatifs à la révision de la LAMal, Médecine & Hygiène Ginevra, 2004.

³⁶ Code de l'action sociale et des familles, livre II, titre III, chap. 2 section 1.

Questo assegno è destinato alle persone che hanno bisogno di un aiuto per eseguire gli atti essenziali della vita o il cui stato necessita di una sorveglianza regolare. L'APA copre le spese di qualsiasi genere connesse all'autonomia del beneficiario, escluse le cure mediche coperte dall'assicurazione malattia.

- *Beneficiari*: è anziana la persona che ha raggiunto l'età di 60 anni. Essa è classificata secondo una scala nazionale AGGIR (Autonomie G rontologie Groupe Iso-Ressources) in base al grado di dipendenza. Esistono due regimi a seconda del fatto che la persona viva al suo domicilio o in istituto, dato che la natura e gli importi delle spese relative alla dipendenza non sono gli stessi. L'APA   versata alle persone mediamente dipendenti a prescindere dai bisogni e su richiesta.

1.2 Problemi e sollecitazioni nel settore delle cure

L'ordinamento delle cure e del loro finanziamento illustrato nel numero 1.1 pone diversi problemi che, essendo situati a livelli diversi di prestazioni (n. 1.2.1) e di finanziamento (n. 1.2.2 e 1.2.3), richiederanno diverse strategie.

1.2.1 Livello di prestazioni in caso di necessit  di cure nella vecchiaia

Il fatto che la necessit  di cure non rappresenta un rischio autonomo disciplinato da un'assicurazione sociale specifica, ma   disciplinata da ciascuna delle assicurazioni sociali primarie in funzione della causa, fa s  che le prestazioni siano diverse a seconda che la necessit  di cure sia dovuta a vecchiaia, malattia o infortunio³⁷. Analizzando i singoli ordinamenti delle prestazioni, ci si rende conto che il livello di prestazioni   limitato, *de lege lata*, specie in caso di necessit  di cure dovuta a vecchiaia:

- l'AVS non prevede assegni per grandi invalidi in caso di grande invalidit  di grado lieve;
- il correttivo finale delle prestazioni complementari presenta parecchie limitazioni, il che, a causa del considerevole onere finanziario, implica un maggior rischio di dover ricorrere all'aiuto sociale specialmente nel caso delle persone fortemente bisognose di cure. Va in particolare menzionata la limitazione delle PC nel caso delle persone che vivono in un istituto: secondo l'articolo 3a capoverso 3 LPC, la prestazione complementare annua per le persone che vivono in maniera permanente o per un periodo prolungato in un istituto o in un ospedale non pu  superare il 175 per cento dell'importo massimo per il fabbisogno vitale delle persone che vivono sole secondo l'articolo 3b capoverso 1 lettera a LPC (30 900 fr./anno oppure 2575 fr./mese).

³⁷ Cfr. per un'esposizione dettagliata, Hardy Landolt, *Das soziale Pflegesicherungssystem*, Berna 2002, pag. 109 segg.

1.2.2 Evoluzione dei costi delle cure a medio e a lungo termine

Nel 2002 sono confluiti nel settore delle cure poco meno di 7 miliardi di franchi (case di cura e Spitex). Rispetto al 1995, in cui il settore delle cure ha causato spese per 4,9 miliardi di franchi, ciò significa un aumento di oltre il 40 per cento. In questi dati non è incluso l'aiuto non retribuito prestato a persone bisognose di cure, il cui valore per il 2000 è stimato a 1,2 miliardi di franchi³⁸ e la cui integrazione nelle spese globali provocherebbe un sensibile aumento (del 20 % circa).

Tabella 4

Evolutione dei costi nel settore delle cure (in mio fr.)

Anno	Case di cura	Cure a domicilio (Spitex)	Cure complessive	Aumento
1995	4206,9	702,3	4909,2	
1996	4429,1	772,5	5201,6	3,96 %
1997	4593,3	768,4	5361,7	3,08 %
1998	4830,1	814,5	5644,6	5,28 %
1999	4935,2	848,4	5738,6	1,67 %
2000	5194,8	889,3	6084,1	6,02 %
2001	5578,9	935,8	6514,7	7,07 %
2002	5971,9	977,0	6948,9	6,66 %

Fonte: Ufficio federale di statistica, valutazione dei dati rilevati in «Costi del settore sanitario»

Ipotizzando che la presumibile tendenza a un calo dell'aiuto non retribuito perduri e basandosi sullo scenario demografico «Trend» dell'Ufficio federale di statistica, è possibile estrapolare lo sviluppo futuro del numero di persone bisognose di cure e dei costi delle cure.

Da una stima dei costi complessivi delle cure menzionati in precedenza basata sullo scenario demografico «Trend» e su un'osservazione di fattori non dovuti ad aspetti demografici dal 1995 al 2000, risulta un aumento globale dei costi dell'83 per cento nel periodo 2000–2020 e del 208 per cento nel periodo 2000–2040 (tabella 5). Secondo questa stima, l'aumento dei costi dovuto allo sviluppo demografico sarebbe inferiore a quello indotto da fattori non demografici.

Una stima alternativa dei costi delle cure fino al 2030 evidenzia risultati analoghi (tabella 6): fino al 2030 occorre calcolare un incremento del 128 per cento. Anche secondo questa stima l'aumento dei costi dovuto allo sviluppo demografico è inferiore a quello dovuto a fattori non demografici.

³⁸ Hans Schmid, Alfonso Sousa-Poza, Rolf Widmer, Monetäre Bewertung der unbezahlten Arbeit, eine empirische Analyse für die Schweiz aufgrund der Schweizerischen Arbeitskräfteerhebung, Statistica della Svizzera, Neuchâtel 2002.

Queste stime evidenziano i limiti di attendibilità delle proiezioni. Un approccio meccanicistico non è in grado di tenere nella giusta considerazione né lo sviluppo della politica sanitaria né quello della medicina. Per esempio, secondo Höpflinger/Hugentobler è presumibile che una riduzione moderata del bisogno di cure – per esempio grazie a programmi di geriatria preventiva o a un incremento dei successi nel campo della riabilitazione – possa attenuare considerevolmente l'effetto puramente demografico. Dalla proiezione demografica per il periodo 2000–2020 risulta un aumento di al massimo un terzo del numero delle persone anziane bisognose di cure³⁹.

Tabella 5

Proiezioni per gli anni 2020 e 2040

	2000–2020	2000–2040
Costi delle cure nel 2000 (mio fr.)	6 084	6 084
Aumento dei costi dovuto all'evoluzione demografica (mio fr.)	1 902	4 651
Aumento dei costi non dovuto all'evoluzione demografica (mio fr.)	3 154	7 981
Costi complessivi delle cure (mio fr.)	11 141	18 716
Aumento in termini percentuali	83 %	208 %

Fonte: Ufficio federale delle assicurazioni sociali (2003): Finanziamento delle cure e fabbisogno di cure: stima dello sviluppo futuro.

Tabella 6

Stima dei costi (mio fr.) per il 2030

	2001	2030	Aumento
Case di cura	5 578,9	12 518,5	124 %
Spitex	935,8	2 313,1	147 %
Totale	6 514,7	14 831,6	128 %
Solo per effetto demografico	6 514,7	9 372,7	44 %

Fonte: Obsan/IRER (2004): Impact économique des nouveaux régimes de financement des soins de longue durée, Rapport à l'attention de l'OFSP.

³⁹ François Höpflinger, Valérie Hugentobler, Pflegebedürftigkeit in der Schweiz, Berna 2003, pag. 44.

1.2.3 Forte onere finanziario per l'assicurazione malattie

1.2.3.1 Oneri per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Nel messaggio del 6 novembre 1991 concernente la revisione dell'assicurazione malattie⁴⁰, il trasferimento dei costi all'assicurazione malattie causati dal settore delle case di cura erano stati stimati a 560 milioni di franchi. Prendendo come punto di riferimento i costi delle prestazioni corrispondenti dell'assicurazione malattie nel 1995, l'aumento dei costi stimato è stato superato per la prima volta nel 1999. Considerando retroattivamente i costi fatturati a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie emerge che dal 1999 in poi l'aumento delle spese è regredito, avvicinandosi all'evoluzione media delle spese nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questo fatto è verosimilmente riconducibile, almeno in parte, alle tariffe quadro entrate in vigore il 1° gennaio 1998, che inizialmente avrebbero dovuto essere applicabili fino a quando i fornitori di prestazioni del settore delle cure avessero introdotto gli strumenti di trasparenza prescritti a livello di ordinanza⁴¹. Questi strumenti servono da base per determinare i costi e le prestazioni delle cure ospedaliere, semiospedaliere, ambulatoriali e di lunga durata a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (art. 2 OCPRe). Nel frattempo, l'8 ottobre 2004 il Parlamento ha adottato una modifica della legge sull'assicurazione malattie per il 2005 e il 2006⁴², che dichiara applicabili le tariffe quadro, indipendentemente dalla trasparenza raggiunta. Secondo queste tariffe quadro, il rimborso delle prestazioni di cure in istituto avviene per giorno, suddivise in quattro livelli che vanno dalla necessità di cure leggera a quella grave⁴³ (art. 9a cpv. 2 OPre). Le prestazioni di organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio sono rimborsate secondo tariffe limite orarie⁴⁴ (art. 9a cpv. 1 OPre).

Tabella 7

Costi (prestazioni lorde, ossia prima della deduzione della partecipazione ai costi) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, in milioni di franchi

Anno	Case di cura	Cure a domicilio	Cure complessive	Aumento cure / AOCMS	Evoluzione delle spese AOCMS
1996	666	132	798		
1997	890	193	1083	35,7 %	5,5 %
1998	1092	224	1316	21,4 %	6,7 %
1999	1170	235	1405	6,8 %	4,3 %
2000	1215	253	1468	4,5 %	5,9 %

⁴⁰ FF **1992 I 188**

⁴¹ Ordinanza del 3 luglio 2002 sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPRe, RS **832.104**).
RU **2004 4375**

⁴³ Primo livello dei bisogni di cure: 10–20 franchi; secondo livello: 15–40 franchi; terzo livello: 30–65 franchi; quarto livello: 40–80 franchi.

⁴⁴ Per le situazioni semplici e stabili: 30–47 franchi; per le situazioni instabili e complesse: 45–68 franchi; per accertamenti e consulenze: 50–73 franchi.

Anno	Case di cura	Cure a domicilio	Cure complessive	Aumento cure / AOCMS	Evoluzione delle spese AOCMS
2001	1258	270	1528	4,1 %	5,9 %
2002	1392	290	1682	10,1 %	4,3 %

Fonte: Ufficio federale della sanità pubblica, banca dati dell'assicurazione malattie, stato ottobre 2003.

Una proiezione dei costi delle cure (case di cura e Spitex) assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie fino al 2030 evidenzia un aumento di circa il 200 per cento (tabella 8). Rispetto ai costi complessivi nel settore delle cure (tabella 6) la crescita è palesemente più alta, ragione per cui in questo modello la quota di finanziamento a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie aumenterà sensibilmente. Dalla proiezione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie risulta anche che l'effetto strettamente dipendente dalla demografia è d'importanza minore. Inoltre, questo effetto interagisce con le valutazioni delle future necessità di cure: come già menzionato nel numero 1.2.2 esistono pubblicazioni specializzate che ipotizzano una debole diminuzione delle necessità di cure. A titolo d'esempio per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, nell'allegato 2 sono pertanto presentati alcuni scenari che mostrano gli effetti sui costi dei trasferimenti fra i livelli di cure richieste. Ne risulta che le valutazioni dell'evoluzione dei costi delle cure nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono oggetto di riserve e dipendono fortemente dalle ipotesi elaborate.

Tabella 8

Stima dell'evoluzione dei costi delle cure (lordi) nell'AOCMS (mio fr.)⁴⁵

	2001	2030	Aumento
Case di cura	1258,0	3877,0	208 %
Case di cura solo demografia	1258,0	1848,6	47 %
Spitex	270,0	750,7	178 %
Spitex solo demografia	270,0	357,6	32 %
Totale	1528,0	4627,7	202 %
Totale solo demografia	1528,0	2206,2	44 %

Fonte: Obsan/IRER (2004): Impact économique des nouveaux régimes de financement des soins de longue durée, Rapport à l'attention de l'OFSP.

⁴⁵ Questa stima si basa su un calcolo della situazione attuale, tenuto conto dell'evoluzione demografica nonché di una crescita reale delle spese di cura imputabile a fattori demografici; nella tabella 8 l'effetto demografico può dunque figurare anche separatamente.

1.2.3.2 Spostamento delle quote di finanziamento

Le spese del settore delle cure sono coperte da diverse fonti di finanziamento dirette. Poco meno dei due terzi delle spese è assunto dalle economie domestiche private. Se i mezzi di queste ultime non sono sufficienti, il che avviene soprattutto in caso di soggiorno in una casa di cura, esse hanno diritto a prestazioni complementari all'AVS (eventualmente all'AI). Circa un quinto delle spese di cura è coperto dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie; un ottavo circa dai Cantoni e dai Comuni. Le spese rimanenti sono coperte da altre assicurazioni sociali e mediante finanziamenti privati (donazioni, legati). La quota di finanziamento del settore delle cure coperta dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è quasi raddoppiata nel periodo intercorso tra l'entrata in vigore della LAMal e il 1999, mentre in seguito è rimasta stabile. La quota dei poteri pubblici, dapprima diminuita, è quasi tornata al livello iniziale. La quota di finanziamento delle economie domestiche private è diminuita.

Tabella 9

Quote di finanziamento dei costi complessivi del settore delle cure (case di cura e Spitex) in percentuale

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Quota AOCMS (netta ⁴⁶)	10,5	10,6	17,6	19,8	20,6	20,5	20,0	20,6
Altre assicurazioni sociali	2,5	2,5	3,0	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6
Cantoni/Comuni	13,2	13,3	10,8	10,2	10,0	9,1	12,6	13,5
Economie domestiche ⁴⁷	71,8	71,6	66,7	65,4	64,9	65,8	62,7	61,3
Altri finanz. privati	2,0	2,0	1,9	1,7	1,7	1,8	2,0	2,0
Cure complessive	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Ufficio federale di statistica, valutazione dei dati rilevati in «Costi del settore sanitario».

1.3 Procedura di consultazione

1.3.1 Grandi linee del progetto messo in consultazione

Dal 23 giugno al 24 settembre 2004, il nostro Collegio ha condotto una consultazione sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure. Per estendere la discussione, abbiamo sottoposto ai Cantoni, ai partiti politici e agli ambienti interessati due modelli che perseguono lo scopo di ridefinire i confini fra le diverse assicurazioni sociali. Il modello A proponeva di procedere partendo dalla definizione della prestazione, mentre il modello B prevedeva un criterio temporale:

⁴⁶ La partecipazione ai costi (aliquota percentuale e franchigia) nell'AOCMS non è compresa in questo valore, motivo per cui figura l'indicazione «netta». In questa tabella la partecipazione ai costi AOCMS è integrata, logicamente, nella fonte di finanziamento «Economie domestiche».

⁴⁷ Qui, contrariamente alla tabella 3, la fonte di finanziamento «Economie domestiche» comprende anche le prestazioni dell'AVS, dell'AI e delle PC.

- *Modello A*: si basava sulla distinzione fra cure mediche e cure di base. L'assicurazione malattie avrebbe indennizzato le cure di base soltanto per quanto concerne le cure mediche. Il modello A prevedeva inoltre un coordinamento fra l'assicurazione malattie e l'AVS:
 - nel caso di situazioni di cure semplici (nelle quali sono necessarie unicamente cure di base), l'assicurazione malattie non avrebbe più fornito alcuna prestazione. Come correttivo è stato proposto di introdurre un assegno per grandi invalidi AVS per una invalidità di grado lieve destinato a persone che rimangono a casa propria e di ridurre da un anno a nove mesi il periodo di attesa al quale è soggetta la maturazione del diritto agli assegni per grandi invalidi;
 - nei casi di situazioni di cure complesse (nelle quali sono necessarie cure mediche e cure di base), l'assicurazione malattie avrebbe assunto integralmente i costi sia delle cure di base sia delle cure mediche. Il modello proponeva di conseguenza la soppressione dell'assegno per grandi invalidi AVS per un'invalidità di grado medio e grave destinato a persone in istituto (mantenendo tuttavia gli assegni per grandi invalidi versati a persone che rimangono a casa propria, quale incentivo a rimanervi il più a lungo possibile).

In confronto ai costi attuali determinati essenzialmente dalle tariffe quadro, il modello A avrebbe sgravato l'assicurazione malattie di 63 milioni di franchi all'anno; avrebbe parimenti permesso all'AVS di risparmiare 147 milioni di franchi all'anno.

- *Modello B*: proponeva una separazione rigorosa fra cure acute e cure di lunga durata nel settore dell'assicurazione malattie. Le cure acute sarebbero state coperte interamente dall'assicurazione malattie, mentre le cure di lunga durata sarebbero state pagate dall'assicurazione malattie soltanto fino a un certo importo. La parte eccedente sarebbe stata assunta dall'ente pubblico (mediante prestazioni complementari) e dalle economie private. Il modello B, basato fundamentalmente sulle proposte degli esperti nel quadro dei lavori preliminari per la terza revisione della LAMal⁴⁸, si limitava a introdurre correttivi nell'assicurazione malattie e rinunciava a un coordinamento con le altre assicurazioni sociali, in particolare con l'AVS.

La scelta di questo modello non avrebbe comportato di per sé conseguenze finanziarie per l'assicurazione malattie, poiché si prevedeva di stabilire il contributo della cassa malati in funzione dell'onere attuale.

Misure d'accompagnamento comuni ai due modelli prevedevano inoltre un'estensione delle prestazioni complementari e un rafforzamento della prevenzione:

- *Estensione delle prestazioni complementari*: per attenuare le conseguenze finanziarie dei modelli A e B sulle economie private, si proponeva di abolire il limite superiore della prestazione complementare per le persone in istituto. Questa misura è già prevista nel quadro della nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti fra Confederazione e Cantoni⁴⁹.

⁴⁸ Iten/Hammer, Finanzierung der Pflege, Zurigo 2003.

⁴⁹ Cfr. il n. 5.

- *Rafforzamento della prevenzione*: nel settore delle cure il potenziale di razionalizzazione è inferiore a quello degli altri settori dell'assicurazione malattie. Per contenere efficacemente i costi, occorre pertanto rafforzare la prevenzione. Il progetto proponeva così di incaricare la Fondazione «Promozione Salute Svizzera» di trattare in via prioritaria la prevenzione geriatrica.

1.3.2 Risultati della procedura di consultazione

1.3.2.1 In generale

Dai risultati della procedura di consultazione emerge chiaramente che la necessità di una riforma dell'attuale finanziamento delle cure è incontestata. Per ragioni diverse, la maggioranza dei partecipanti alla consultazione ha tuttavia giudicato insoddisfacenti le nostre proposte. Dal momento che hanno incontrato in parte una viva opposizione, i due modelli posti in consultazione non sono stati mantenuti nella forma discussa finora.

1.3.2.2 Risultati concernenti gli aspetti più importanti

I Cantoni, i partiti politici e gli ambienti consultati hanno respinto chiaramente il *modello A* nel suo complesso. Essi hanno espresso il loro scetticismo sulla praticabilità del modello, in particolare per quanto concerne la delimitazione fra le situazioni semplici e quelle complesse o fra le cure dovute a una malattia o quelle indotte dall'età. Molti hanno evidenziato che l'onere finanziario per le persone bisognose di importanti cure di base, ma di nessuna cura medica, sarebbe troppo elevato. In relazione a questo aspetto, essi hanno espresso il timore che il modello A spinga i medici, per ragioni sociali, a dichiarare determinati casi come complessi. La proposta di introdurre un assegno AVS per grandi invalidi di grado lieve è stata accolta favorevolmente dalla maggior parte dei partecipanti, mentre la soppressione dell'assegno per grandi invalidi destinato ai pensionati in istituto ha incontrato la ferma opposizione dei Cantoni.

Anche il *modello B* non ha convinto, benché le critiche al suo riguardo siano state meno dure rispetto a quelle formulate nei confronti del modello A. I Cantoni e i Comuni hanno addirittura dichiarato di poter condividere il modello B, almeno nel principio e a determinate condizioni. I partecipanti hanno essenzialmente rimproverato al modello B di aprire una breccia pericolosa nel sistema dell'assicurazione malattie svizzero: la limitazione a un determinato importo dell'assunzione dei costi delle prestazioni mediche da parte della cassa malati avrebbe infatti un carattere pregiudizievole. Molti hanno anche sottolineato il carattere inevitabilmente arbitrario di una delimitazione temporale fra cure acute e cure di lunga durata.

L'*estensione delle prestazioni complementari* è stata accolta favorevolmente dalla maggioranza. I Cantoni hanno tuttavia chiesto correttivi per quanto riguarda l'aspetto finanziario: quale compensazione per il trasferimento dei costi alle prestazioni complementari chiedono un aumento della partecipazione della Confederazione alle prestazioni complementari.

Per quanto riguarda la *rafforzamento della prevenzione*, i risultati erano contrastanti. Pur non contestando l'importanza della prevenzione, focalizzare l'attività dell'istituzione di cui all'articolo 19 LAMal sulla prevenzione della necessità di cure è tuttavia percepito dalla maggioranza come controproducente, poiché il fatto di favorire una determinata categoria della popolazione andrebbe inevitabilmente a scapito degli altri gruppi. Inoltre, da più parti è stato rilevato che la prevenzione della necessità di cure dovrebbe iniziare, per essere efficace, già nelle fasi precedenti della vita.

2 Grandi linee del progetto

2.1 Idea di base del nuovo modello di finanziamento

Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure persegue in linea di massima due obiettivi di riforma i quali, almeno in parte, sono in contrasto tra di loro: da un lato si intende migliorare la situazione sociale difficile di determinati gruppi di persone bisognose di cure; dall'altro si tratta di evitare che l'assicurazione malattie, che nel sistema in vigore prende sempre più a carico prestazioni di cura dovute alla vecchiaia, debba sostenere ulteriori oneri finanziari. Per il suo stesso scopo, l'assicurazione malattie dovrebbe rispondere unicamente per le prestazioni dovute a malattia (nel settore delle cure dovrebbe quindi coprire le prestazioni di cura dovute a malattia, ma non quelle dovute alla vecchiaia). Tuttavia, nella prassi quotidiana è praticamente impossibile distinguere tra i due casi, in quanto in età avanzata ogni caso di cura presenta verosimilmente anche una causa somatica. Non bisogna tuttavia riconoscere che l'età avanzata incrementa nettamente il rischio di cure: per uno stesso quadro diagnostico, una persona giovane si riprenderà eventualmente senza (o con poche) cure, mentre una persona anziana avrà bisogno di cure provvisorie o permanenti a causa dell'età. Nel sistema svizzero delle assicurazioni sociali, così come si è sviluppato nel tempo, basato sul principio della causalità e quindi strutturato in base ai rischi, questo maggior onere dovuto alla vecchiaia non deve essere sopportato illimitatamente dall'assicurazione malattie. È quindi necessario ridefinire la distinzione tra i diversi rami delle assicurazioni sociali. La nuova definizione si fonda sui principi seguenti:

- nel settore delle cure, *l'assicurazione malattie* dovrebbe orientare più chiaramente le proprie prestazioni in funzione del suo compito prioritario, il rimborso delle prestazioni mediche dovute a malattia. Poiché nella prassi le cure sono considerate un tutto unico e non è possibile separare le cure dovute alla vecchiaia dalle cure imputabili a malattia, nel modello proposto le cure mediche in senso stretto dovrebbero essere coperte interamente dalla cassa malati, mentre per la cura di base senza implicazioni mediche, caratterizzata da misure di cura generali atte a soddisfare le esigenze di base della persona, sarebbe versata solo una partecipazione. Questa proposta è doppiamente conforme al sistema: innanzitutto il diritto vigente si basa già sul binomio cure di base e cure mediche; in secondo luogo la soluzione della partecipazione è di per sé certamente estranea al sistema (le tariffe e i prezzi dell'assicurazione malattie coprono di regola l'intera prestazione), interessa tuttavia un settore, quello delle cure di base, che non è strettamente medico. Questa soluzione appare quindi equiparabile ad altre soluzioni analoghe del diritto vigente (come per cure termali o le spese di salvataggio e le spese di trasporto);

- rispetto al diritto vigente, la proposta di riforma dell'assicurazione malattie persegue una limitazione delle prestazioni nelle cure di base, poiché per queste ultime verrebbe versata soltanto una partecipazione alle spese. Quale compensazione di politica sociale – e come incentivo a rinunciare il più a lungo possibile a ricorrere a strutture ospedaliere – si propone quindi di introdurre nell'AVS un assegno per grandi invalidi di grado lieve da destinare a persone che vivono a casa (attualmente l'AVS versa un assegno per grandi invalidi esclusivamente in caso d'invalidità di grado elevato e medio).

Occorre infine ribadire che se per l'assicurazione malattie la pressione dovuta a problemi finanziari e di politica sociale è certamente più forte nel settore delle cure prestate alle persone anziane, gli adeguamenti proposti nell'assicurazione malattie si applicano comunque a tutti gli assicurati, indipendentemente dall'età.

2.2 Questioni legate alla definizione

2.2.1 Definizione di cure di base e cure mediche

Benché la dottrina nel settore delle cure giudichi perlopiù criticamente la doppia nozione di cure di base e di cure mediche ritenendola superata, a livello *giuridico* tale nozione si è tuttavia imposta consolidandosi anche nella letteratura come nozione giuridica⁵⁰. Lo scopo di una definizione giuridica in materia di assicurazione malattie non risiede infatti nel descrivere il più realisticamente possibile un'attività nell'ambito delle cure, ma nel determinare una base per il rimborso dei costi di cure da parte degli assicuratori malattie. Questa idea viene suffragata dal fatto che le nozioni di cure di base e di cure mediche sono state inserite con successo dal profilo giuridico nelle basi legali di diversi Paesi dell'area germanofona – in particolare in Germania⁵¹ e, a livello di principio, in Austria⁵². Le due nozioni vanno definite nel seguente modo:

- *cure di base*: benché nella letteratura le cure di base non siano definite in modo uniforme, ne emerge che il loro scopo essenziale è di permettere al paziente di continuare a svolgere gli atti ordinari della vita (AOV), che fondamentalmente sono svolti in maniera autonoma e che comprendono sei ambiti (vestirsi, svestirsi; alzarsi, sedersi, sdraiarsi; mangiare; cura del corpo; espletare i bisogni fisiologici; spostarsi). Le cure di base possono essere prestate in diversi modi, sotto forma di sostegno nell'eseguire (parzialmente o integralmente) gli atti del vivere quotidiano, di sorveglianza o di guida al fine di permettere alla persona di espletare da sola questi stessi atti;
- *cure mediche*: le cure mediche perseguono di regola un obiettivo terapeutico o palliativo per la cura di malattie o la lotta contro le loro conseguenze. Le misure che implicano cure mediche sono pertanto specifiche alla malattia, cioè vincolate a diagnosi mediche.

⁵⁰ Cfr. le considerazioni relative alle nozioni di «Behandlungspflege» e «Grundpflege» in: Pschyrembel Wörterbuch Pflege, Berlino/New York 2003, pag. 86 seg. e 282 seg.

⁵¹ Cfr. § 37 SGB V (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch: Gesetzliche Krankenversicherung), § 80a SGB XI (Sozialgesetzbuch, Elftes Buch: Soziale Pflegeversicherung).

⁵² Cfr. § 151 Abs. 3 des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes.

2.2.2 Definizione di grande invalidità

È considerato grande invalido chi a causa di un danno alla salute necessita permanentemente dell'aiuto di terzi o della sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari della vita (art. 9 LPGa). La grande invalidità è graduata secondo le definizioni dell'assicurazione per l'invalidità. Si è in presenza di grande invalidità di *grado elevato* se una persona necessita in maniera notevole dell'aiuto di terzi per compiere tutti gli atti ordinari della vita nonché di cure permanenti o di una sorveglianza personale (art. 37 cpv. 1 OAI⁵³). In caso di grande invalidità di *grado medio e lieve*, una persona necessita dell'aiuto di terzi per compiere unicamente un determinato numero (rispettivamente 4 e 2) di atti ordinari della vita (art. 37 cpv. 2 e 3 OAI).

2.3 Misure d'accompagnamento

2.3.1 Misure d'accompagnamento volte a contenere i costi

2.3.1.1 Osservazione preliminare sul contenimento dei costi nel settore delle cure

Fra il 1996 e il 2001, la LAMal è stata sottoposta a una valutazione su vasta scala al fine di stabilire se gli obiettivi legislativi fossero stati raggiunti. L'esito di quest'analisi dell'efficacia ha evidenziato che due dei tre obiettivi essenziali della LAMal possono essere considerati raggiunti – il rafforzamento della solidarietà tra gli assicurati e la concessione dell'accesso alle prestazioni mediche secondo il principio dell'uguaglianza giuridica –, mentre non si può dire altrettanto del terzo obiettivo parziale del legislatore storico, ossia il contenimento dell'evoluzione dei costi: dall'entrata in vigore della LAMal, nel 1996, sia le spese globali dell'assicurazione malattie sia le spese dell'assicurazione malattie per il settore delle cure presentano quote di aumento annuo nettamente superiori all'evoluzione media dei salari e dei prezzi. Scomponendo l'evoluzione dei costi nei suoi elementi (costi = quantità × prezzo), si constata che i prezzi, a causa delle tariffe quadro esistenti nel settore delle cure, svolgono in generale un ruolo subordinato e che pertanto l'aumento dei costi è dovuto principalmente all'evoluzione della quantità. Occorre tuttavia distinguere i motivi di questa evoluzione della quantità: gli esperti in materia di economia sanitaria individuano un notevole potenziale di razionalizzazione nel sistema globale dell'assicurazione malattie – secondo studi internazionali, fino al 30 per cento delle prestazioni fornite non ha alcuna utilità dal punto di vista medico –, poiché motivi non medici (come lo sfruttamento delle capacità esistenti, l'ottimizzazione dei redditi da parte dei fornitori di prestazioni, il comportamento dei pazienti o i trattamenti multipli a causa della mancanza di coordinamento nella catena terapeutica ecc.) influiscono sulla fornitura di prestazioni. Questi motivi però – e quindi le possibilità di razionalizzare – nel settore delle cure vanno nettamente ridimensionati quanto alla loro importanza: proprio le persone più bisognose di cure non dispongono praticamente di alcuna libertà di scelta né di un margine di manovra per formulare preferenze di consumo; le prestazioni di cura sono fornite in maniera preponderante, su prescrizione medica e dopo un accertamento del bisogno, da fornitori di prestazioni non medici e nelle case di cura non esistono praticamente sovracapacità.

⁵³ Ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità, RS **831.201**.

Le diverse ragioni che stanno alla base dell'aumento dei costi non esimono tuttavia dallo sviluppare soluzioni di contenimento anche nel settore delle cure, sia pure di qualità diversa: non è prioritario evitare le prestazioni diagnostiche o terapeutiche poco o punto indicate dal profilo medico, bensì promuovere la prevenzione.

2.3.1.2 Rafforzamento della prevenzione

Le cause per cui una persona può aver bisogno di cure sono molteplici: infermità congenite, malattie acute o infortuni, accumulo di malattie croniche, decadimento delle facoltà fisiche e mentali imputabile all'età. Se si parte dal presupposto che, in età avanzata, le malattie croniche e un comportamento inadeguato dal profilo della salute (alimentazione, movimento, alcol, tabacco, ambiente sociale ecc.) sono i principali fattori che determinano un'infermità, e quindi una necessità di cure, s'impongono due approcci fondamentali:

- promozione della salute e prevenzione nel corso di tutta la vita;
- misure di prevenzione che consentano agli interessati di condurre una vita autonoma nonostante gli handicap funzionali.

È scientificamente provato che i programmi mirati di prevenzione destinati alla popolazione più anziana possono essere appropriati ed efficaci: i risultati di ricerche ed esperienze pratiche svolte recentemente in diversi Cantoni⁵⁴ dimostrano che, grazie a procedure adeguate, adattate al contesto svizzero, è possibile favorire l'autonomia degli anziani, e quindi evitare ricoveri nelle case di cura. I risultati di un ampio studio condotto nell'ambito del Programma nazionale di ricerca «Vecchiaia» (PNR 32) hanno mostrato che le visite preventive a domicilio possono prevenire efficacemente le infermità della vecchiaia. È quanto confermano anche indagini svolte in Scandinavia, Nordamerica e Australia. I programmi di prevenzione che prevedono visite a domicilio e impostati sul lungo periodo riducono la frequenza della necessità di cure, riducendo di un terzo i ricoveri in case di cura⁵⁵.

Tuttavia, la prevenzione geriatrica, almeno per le persone non invalide, non è efficace solo dal profilo medico, ma anche da quello dei costi, per lo meno a media scadenza: le indagini svolte in diversi Cantoni e all'estero hanno rivelato che, grazie alla promozione della salute e alla prevenzione, fra le persone oltre i 75 anni non soltanto i ricoveri in case di cura si sono ridotti, bensì anche che i disturbi della salute sono stati riconosciuti precocemente e hanno potuto essere curati dal medico generico. I costi della salute aumentano quindi inizialmente di circa 800 franchi all'anno per persona mentre, a partire dal terzo anno, si osservano risparmi di 2000 franchi all'anno per persona.

Lo studio del PNR ha evidenziato che la qualità delle visite a domicilio, che presuppongono conoscenze interdisciplinari, costituisce un fattore decisivo per il successo del programma. Una prassi generalizzata richiede pertanto misure a diversi livelli della formazione e del controllo delle prestazioni e della qualità. In Svizzera non

⁵⁴ Andreas Stuck, Stephan Born, Gesundheitsförderung im Alter, Managed Care 2001.

⁵⁵ Heidi Schmocker, Willy Oggier, Andreas Stuck (a c.), Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche, SGGP-Schriftenreihe, n. 62, Muri 2000; Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. JAMA 2002; 287:1022-8.

esistono sufficienti offerte di formazione né nel settore non medico né in quello medico. L'attuale formazione del personale sanitario specializzato risponde ai requisiti solo in maniera insufficiente. Anche nell'ambito della medicina la realizzazione di un simile programma comporta notevoli sforzi: per aumentare la competenza geriatrica dei medici di famiglia e degli specialisti, occorre valutare in qual misura andrebbero istituiti speciali corsi di aggiornamento e perfezionamento. Infine si potrebbero considerare moduli di formazione comuni (p. es. per aspiranti medici e infermieri). Alla luce di queste considerazioni, appare opportuno intervenire sulla necessità di cure mediante la prevenzione esercitata a diversi livelli. Uno studio internazionale⁵⁶ pubblicato a cura dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS, Ufficio regionale per l'Europa) si conclude con quattro raccomandazioni di principio:

- sviluppo di piani strategici di prevenzione su scala nazionale e comunale;
- promozione delle offerte di aggiornamento in gerontologia e geriatria per i gruppi professionali interessati;
- sviluppo di programmi che consentano alle persone anziane di adottare un comportamento adeguato rispetto ai fattori di rischio per le infermità e le malattie croniche;
- favorire i lavori di ricerca e di sviluppo relativi al tema «infermità nella vecchiaia».

Il progetto dell'UFSP «Invecchiamento e salute» segue, tra le altre cose, il criterio di definire e realizzare le misure che si prospettano più efficaci in collaborazione con i professionisti che hanno un contatto diretto con il gruppo bersaglio, ossia medici, infermieri dei consorzi, servizi sociali, servizi Spitex. Devono tuttavia essere coinvolti anche i diretti interessati, i familiari e le autorità politiche. L'obiettivo di tali sforzi dev'essere quello di prevenire le infermità e di evitare o posticipare i ricoveri in istituti di cure stazionarie. Le misure ipotizzabili possono essere suddivise in due categorie:

- *promozione della salute e prevenzione generale*: a questo livello, lo scopo è la riduzione dei fattori di rischio per le malattie croniche, come pure dei rischi legati all'età che potrebbero determinare una necessità di cure. Una campagna informativa mirata dovrebbe consentire di sensibilizzare la popolazione anziana, i famigliari e i professionisti del settore sugli aspetti della promozione della salute e della prevenzione specifici dell'età (p. es. attività fisica, contatti sociali, alimentazione, dipendenze, prevenzione delle cadute, vaccinazioni contro l'influenza). Tali programmi verrebbero (co-)finanziati, come finora, con fondi pubblici, fondi specifici o – nell'ambito dell'assicurazione malattie – dalla fondazione «Promozione Salute Svizzera» (art. 19 LAMal). A livello federale, occorrerebbe innanzitutto esaurire le possibilità di un finanziamento nell'ambito delle risorse esistenti, fissando priorità e posteriorità corrispondenti;
- *prevenzione individuale*:
 - a livello della *prevenzione individuale primaria* esiste già una base legale: secondo l'articolo 26 LAMal, l'assicurazione obbligatoria delle

⁵⁶ Eino Heikkinen, Disability in Old Age, Burden of Disease Network Project, Finnish Center of Interdisciplinary Gerontology, University of Jyväskylä (2004).

cure medico-sanitarie assume fra l'altro i costi di «misure preventive in favore di assicurati particolarmente in pericolo» a condizione che le misure preventive siano eseguite o ordinate da un medico. Potrebbero rientrare in questa fattispecie le visite preventive a domicilio. Recentemente, la Clinica geriatrica dell'Università di Berna ha stabilito un modello di «protocollo (preventivo) in materia di salute». Mediante un questionario vengono censiti, in base a situazioni concrete, tutti i settori della salute e della qualità di vita attinenti alla salute. Il risultato è un rapporto sulla salute personale con provvedimenti attuabili autonomamente o con un'assistenza esterna. Prima di stabilire a livello di ordinanza un obbligo di prestazione degli assicuratori-malattie in questo settore, occorrerebbe sottoporre le condizioni quadro (portata delle prestazioni, formazione dei medici e del personale sanitario che fornisce le prestazioni, tariffe ecc.) a un esame approfondito delle competenti commissioni della Confederazione. In tale ambito, dev'essere dedicata particolare attenzione al rapporto costo/benefici al fine di evitare che l'assicurazione malattie debba sostenere un onere finanziario supplementare a breve termine senza poter beneficiare di un vantaggio a medio-lungo termine;

- a livello della prevenzione individuale secondaria, si tratta in particolare di evitare che le malattie croniche si concludano con un'infermità o con una necessità di cure. Appaiono particolarmente promettenti, per esempio, le offerte di «*self management*»⁵⁷ sviluppate negli Stati Uniti. Questi programmi sono pensati per disturbi funzionali specifici (malattie cardiovascolari, diabete, asma, reumatismi ecc.) e aiutano gli interessati a risolvere situazioni quotidiane, favorendo la loro autonomia. Un potenziale non indifferente è tuttora costituito dai modelli di *managed care*. Uno studio svolto in Italia⁵⁸ ha dimostrato che una gestione dei casi che preveda assistenza medica, infermieristica e sociale a persone anziane può ridurre il rischio di un ricovero in ospedale o in una casa di cura del 20–30 per cento.

2.3.1.3 Rafforzamento degli strumenti volti a contenere i costi

Sebbene il margine di manovra per contenere i costi nel settore delle cure sia più esiguo rispetto al sistema generale dell'assicurazione malattia, occorre tentare, potenziando gli strumenti già esistenti, di agire sia sul fattore prezzo sia sul fattore quantità al fine di influenzare positivamente l'evoluzione dei costi:

- a livello di prezzi: i partner tariffali devono essere tenuti per legge a convenire un'indennità forfettaria per le cure mediche. Considerato che il diritto vigente prevede remunerazioni forfettarie soltanto in una prescrizione potestativa a carattere dichiaratorio (art. 50 secondo periodo LAMal), questa disposizione consente di escludere esplicitamente la possibilità di fissare

⁵⁷ Kate R. Lorig, *Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms*, *Annals of Behavioral Medicine*, 2003, vol. 26, n. 1, 1–7.

⁵⁸ Roberto Bernabei, *Randomised trial of impact of integrated care and case management for older people living in community*, *BMJ*, 1998; vol. 316, 1348–1351.

tariffe per singole prestazioni, che in base all'esperienza tendono a farne aumentare il volume. Il nostro Collegio farà inoltre uso della possibilità conferitagli dall'articolo 43 capoverso 7 LAMal che gli consente di stabilire, a livello di ordinanza, principi affinché le tariffe siano calcolate secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate. In tale contesto, occorrerà in particolare verificare se sia opportuno stabilire tariffe per le cure mediche in base a una struttura di remunerazione uniforme, valevole per tutta la Svizzera;

- *a livello di quantità*: il diritto vigente prevede già che (a) la prescrizione medica di prestazioni di cura sia basata su una valutazione dei bisogni e una pianificazione delle cure e (b) sia limitata nel tempo e sottoposta a una procedura di controllo e di conciliazione⁵⁹. Queste misure potrebbero essere rese ancora più efficaci se, per esempio, venissero coinvolti gli specialisti in medicina geriatrica nei processi di verifica e di controllo.

2.3.2 Misure d'accompagnamento motivate dalla politica sociale

Considerato che il nuovo disciplinamento delle prestazioni dell'assicurazione malattie comporta tendenzialmente un maggior onere per le economie domestiche private, dal punto di vista della politica sociale appare opportuno provvedere a una correzione mediante prestazioni in funzione del bisogno, quali le prestazioni complementari. Per questo motivo, nel quadro della presente revisione di legge, viene ripresa la soppressione della limitazione delle prestazioni, in quanto questa misura è proposta anche nel disegno di nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC)⁶⁰. Pertanto l'ammontare della prestazione complementare non dovrebbe più essere limitato, a condizione che i Cantoni prevedano un importo massimo per le tasse d'istituto determinanti⁶¹. Per gli istituti con spese di cura entro i limiti di tassa stabiliti, le spese di cura potrebbero essere assunte integralmente, escludendo praticamente il rischio di dover ricorrere all'assistenza sociale.

2.4 Elementi di revisione accantonati

2.4.1 Assicurazione per le cure

La copertura delle conseguenze economiche della necessità di cure può essere garantita da un'assicurazione sociale autonoma. Sia per quanto riguarda la portata delle prestazioni sia in merito all'obbligo assicurativo e al finanziamento sono ipotizzabili diverse modalità, che possono essere combinate in diversi modi:

- *portata delle prestazioni*: il rischio di cure può essere organizzato, come ad esempio in Germania, come ramo delle assicurazioni sociali obbligatorio per tutta la popolazione che copra, oltre alle prestazioni di cura prescritte dal

⁵⁹ Art. 8 e 8a OPre.

⁶⁰ Cfr. n. 5.

⁶¹ Finora, solo tre Cantoni non hanno ancora introdotto un importo massimo per le case per anziani, le case per invalidi e le case di cura: Neuchâtel, San Gallo e Basilea Campagna.

medico, anche ulteriori prestazioni di cura, indipendentemente dalla loro causa. Sono tuttavia in discussione anche modelli che prevedono un'assicurazione delle cure che comprenda unicamente le prestazioni di cura indicate a livello medico secondo la LAMal;

- *obbligo assicurativo*: l'obbligo assicurativo può estendersi a tutta la popolazione o soltanto a determinati gruppi della popolazione, in particolare a determinati gruppi d'età (p. es. le persone di età superiore ai 50, 60 o 70 anni);
- *finanziamento*: per quanto concerne il finanziamento, oltre alle deduzioni salariali tipiche dei sistemi di assicurazione sociale e alle risorse fiscali generali, entrano in considerazione in particolare i premi pro capite, che possono essere impostati in maniera uniforme (solidarietà intergenerazionale) oppure in modo differenziato in funzione del rischio (solidarietà intragenerazionale).

In Svizzera l'introduzione di un'assicurazione per le cure è già stata discussa e respinta più volte. All'inizio degli anni Novanta, per esempio, vale a dire prima dell'entrata in vigore della LAMal, l'iniziativa parlamentare Tschopp del 30 novembre 1992 proponeva un'assicurazione federale indipendente dall'assicurazione malattie obbligatoria che assumesse le spese sanitarie, dell'economia domestica e dell'assistenza sociale delle persone inferme d'età superiore ai 75 anni («AVS plus»).

Nel rapporto del 13 gennaio 1999, in risposta al postulato della Commissione della politica sociale del Consiglio nazionale sulla garanzia e il finanziamento delle prestazioni di cura e dell'assistenza in caso di necessità di cure, il Consiglio federale giungeva alla conclusione che la solidarietà intergenerazionale istituita dalla LAMal per le cure mediche dovesse essere mantenuta e che dal punto di vista sociale non fosse auspicabile il trattamento separato della «quarta età» dal resto della popolazione, ma che si dovesse piuttosto trattare allo stesso modo tutte le persone interessate, indipendentemente dalla classe d'età. Sosteneva che lo sgravio delle famiglie e delle persone di modeste condizioni economiche doveva essere raggiunto mediante misure di controllo dei costi e riduzioni individuali dei premi. Per quanto concerne l'assunzione delle spese in caso di necessità di cure (cure, alloggio, assistenza sociale, sostegno), il Consiglio federale riteneva che le prestazioni complementari dovessero essere coordinate con l'assicurazione malattie, con l'assegno per grandi invalidi e con l'indennità di assistenza allora prevista dalla 4^a revisione della LAI. La posizione del Consiglio federale è stata confermata dalla consultazione relativa al nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, svoltasi nell'estate 2004, in occasione della quale la maggioranza dei partecipanti si è chiaramente espressa contro l'introduzione di un'assicurazione distinta per le cure.

2.4.2 **Finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa**

Con riferimento alla nuova impostazione del finanziamento ospedaliero, attualmente all'esame delle Camere⁶², il finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa è stato pure introdotto nella discussione politica quale possibile modello di finanziamento per prestazioni ospedaliere nel settore delle cure. Tale modello di finanziamento⁶³ prevede la remunerazione dell'insieme delle spese di cura negli istituti (quota d'investimento e prestazioni di cura e di assistenza comprese) sotto forma di importi forfettari, versati in ragione del 50 per cento dagli assicuratori malattie e del 50 per cento dallo Stato. Parallelamente, decadono gli assegni per grandi invalidi dell'AVS/AI che soggiornano in istituto. Gli importi forfettari per le prestazioni ospedaliere di cura devono essere concordati tra gli assicuratori malattie, lo Stato e gli istituti o i consorzi cantonali. Per le prestazioni di cura ambulatoriali è previsto un finanziamento integrale da parte degli assicuratori malattie.

In un rapporto di esperti⁶⁴ relativo al finanziamento delle cure, il cui mandato era stato conferito nell'estate 2002 in vista di un'ulteriore revisione della LAMal, sono illustrate le conseguenze finanziarie di un finanziamento duale delle cure con ripartizione percentuale fissa in base ai costi dell'anno 2000: rispetto allo status quo, l'assicurazione malattie sosterebbe un maggior onere annuo di 140 milioni di franchi e lo Stato (i Cantoni) di 585 milioni di franchi. Le economie domestiche private verrebbero sgravate annualmente di 495 milioni di franchi. Queste considerevoli ripercussioni finanziarie sugli enti pubblici fanno tuttavia apparire esigue le possibilità di riuscita politiche di tale modello. La redistribuzione dalle economie domestiche private allo Stato avrebbe inoltre l'effetto secondario, a livello di politica sociale, che le prestazioni sarebbero impostate maggiormente in base al principio dell'assicurazione e meno in funzione dei bisogni.

2.4.3 **Modello dei fornitori di prestazioni dell'aprile 2004**

Prima che fosse avviata la procedura di consultazione relativa al nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, diverse federazioni di fornitori di prestazioni avevano elaborato un modello comune di finanziamento⁶⁵, la cui applicazione era stata più volte raccomandata durante la consultazione. Il modello in questione definisce quattro fasi di cure, ossia le cure acute, le cure transitorie, le cure di lunga durata, primo periodo e le cure di lunga durata, secondo periodo. Le cure acute, le cure transitorie e le cure di lunga durata, primo periodo sono limitate complessivamente a 365 giorni; dopo questo periodo le cure in casa di cura e a domicilio sono definite cure di lunga durata, secondo periodo. I fornitori di prestazioni propongono che le prestazioni di cura dispensate nel corso delle prime tre fasi siano interamente a carico dell'assicurazione malattie obbligatoria, a prescindere dal fatto che vengano fornite in un ospedale, in una casa di cura o a domicilio. Nella fase delle cure di

⁶² Cfr. messaggio del Consiglio federale del 15 settembre 2004 concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (Finanziamento ospedaliero); FF 2004 4903.

⁶³ Willy Oggier, *Die Pflegefinanzierung in der Schweiz*, Zurigo, 2002.

⁶⁴ Rolf Iten/Stephan Hammer, *Finanzierung der Pflege*, Zurigo, 2003.

⁶⁵ *Finanzierung der Pflege – Gemeinsame Standpunkte der Leistungserbringer*, Berna/Zurigo, 2004.

lunga durata, secondo periodo, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie deve fornire un contributo alle spese di cura. Durante la seconda fase delle cure di lunga durata, i pazienti dovranno sostenere al massimo il 20 per cento dei costi; a tale proposito, dovranno essere previsti ammortizzatori sociali messi a disposizione da altre assicurazioni sociali. Un eventuale disavanzo sarebbe sostenuto dallo Stato. Riassumendo: per il primo anno di necessità di cure viene di fatto istituita un'assicurazione per le cure, in seguito le prestazioni dell'assicurazione malattie obbligatoria si riducono a un contributo e i costi scoperti vanno a carico degli assicurati, di altre assicurazioni sociali e dell'ente pubblico.

Il nostro Collegio non intende portare avanti tale modello. Questo in particolare perché, all'atto pratico, durante il primo anno – nonostante la nuova (sebbene vaga) definizione delle fasi e la loro delimitazione – tutte le spese di cura verrebbero assunte per principio dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e il disciplinamento proposto dai fornitori di prestazioni concernente la delimitazione delle fasi e la copertura dei costi implica semplicemente una nuova ripartizione delle risorse tra le istituzioni interessate in funzione del periodo durante il quale le persone che necessitano di cure, attribuite alle diverse fasi di cura, vengono curate negli istituti in questione. La riduzione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie a un contributo a partire dal 366° giorno del bisogno di cure appare inoltre arbitraria poiché verrebbe effettuata senza considerare lo stato di salute della persona assicurata.

Un tale disciplinamento creerebbe due categorie di persone bisognose di cure: quelle per le quali l'assicurazione copre tutti i costi e quelle che ricevono soltanto un contributo. Non è corretto partire dal presupposto che le persone bisognose di cure che si trovano in cura già da un anno possano influire sul tipo di cura ricevuta. Non è dunque logico svantaggiare proprio queste persone. Se il termine di 365 giorni è stato scelto a causa del diritto all'assegno per grandi invalidi dell'AVS che matura a partire da tale data, occorrerebbe valutare se le prestazioni delle assicurazioni sociali non possano essere coordinate in altro modo.

2.4.4 Modello di contribuzione

Al termine della procedura di consultazione, il segretariato centrale della Conferenza dei direttori cantonali della sanità ha proposto un modello ispirato a una proposta di riforma discussa, e successivamente respinta, dal Parlamento nell'ambito della seconda revisione della LAMal. Tale modello di finanziamento prevede sia per le cure mediche sia per le cure di base – ossia per una gamma di prestazioni fondamentalmente analoga a quella attuale – una soluzione basata sui contributi: l'assicurazione malattie versa unicamente un contributo definito in percentuale (è stato proposto il 60%) dei costi «computabili» e convertito in tariffe uniformi valevoli in tutta la Svizzera. I costi computabili si fondano sulla struttura dei costi medi di stabilimenti di riferimento rappresentativi (anche a livello regionale). Al fine di tener conto della diversa struttura dei costi, i costi computabili delle case di cura e di Spitex sono calcolati separatamente. Dall'applicazione del tasso percentuale (p. es. del 60%) stabilito per legge risulta la tariffa differenziata a seconda del livello di bisogno di cure e delle categorie di fornitori di prestazioni (casa di cura/cure a domicilio). Le tariffe sono stabilite a livello di ordinanza e adeguate annualmente all'evoluzione dei costi, la quale è a sua volta determinata in base alle strutture dei costi standardizzati

rilevati. L'importo residuo non assunto dall'assicurazione malattie è fatturato al beneficiario delle prestazioni e finanziato mediante mezzi propri (quali le rendite e gli assegni per grandi invalidi) e prestazioni sociali (PC, assistenza sociale) erogate in funzione dei bisogni.

La ragione principale per cui questo modello di riforma dev'essere abbandonato risiede nel fatto che la partecipazione espressa in percentuale, in un meccanismo di adeguamento annuo delle tariffe, comporta un adeguamento automatico dell'assicurazione malattie all'evoluzione dinamica dei costi nel settore delle cure, impedendo così che i costi dell'assicurazione malattie si stabilizzino a medio e lungo termine. Da stime effettuate per l'anno 2030 risulta che, rispetto alla riforma proposta nel presente messaggio, questo modello implicherebbe spese supplementari per l'assicurazione malattie pari a oltre un miliardo di franchi. Altri elementi fanno apparire giustificato l'abbandono di questo modello: l'unificazione delle tariffe a livello svizzero, che esclude qualsiasi negoziazione tariffale e, considerate le differenze esistenti a livello cantonale, lascia presumere un livellamento su un livello medio; la complessità delle procedure di determinazione e adeguamento delle tariffe, come pure criteri di definizione delicati (quali la definizione di «costi integrali», ossia il 100% dei costi corrispondenti).

2.4.5 Estensione del diritto agli accrediti per compiti assistenziali dell'AVS

Dall'entrata in vigore della decima revisione dell'AVS, nel 1997, gli assicurati che si occupano di parenti che beneficiano di un assegno dell'AVS o dell'AI per grandi invalidi, con un'invalidità almeno di grado medio e che vivono in comunione domestica con essi, hanno diritto a un accredito per compiti assistenziali⁶⁶. Questi accrediti devono essere annunciati alla Cassa di compensazione cantonale: il 1° gennaio 1998 erano state registrate 1116 domande di accrediti per compiti assistenziali, mentre il 1° gennaio 2004 ne erano state registrate 1852⁶⁷. Il numero relativamente ridotto di casi annunciati potrebbe essere riconducibile ai requisiti particolarmente rigidi per l'ottenimento degli accrediti. L'undicesima revisione dell'AVS, respinta in votazione popolare il 16 maggio 2004, prevedeva un'estensione del diritto agli accrediti per compiti assistenziali giacché sarebbero stati considerati anche gli assegni per grandi invalidi dell'assicurazione infortuni e dell'assicurazione militare. La condizione della comunione domestica sarebbe inoltre stata sostituita con il fatto di poter «raggiungere facilmente» le persone assistite (art. 29^{septies} cpv. 1 del disegno di modifica LAVS⁶⁸). Il rapporto soltanto indiretto con la tematica delle cure fa apparire più opportuno riprendere la questione di un eventuale adeguamento degli accrediti per compiti assistenziali in una revisione distinta della legislazione sull'AVS.

⁶⁶ L'accredito per compiti assistenziali è un importo annuo fittizio che viene considerato nel calcolo della rendita al momento della maturazione del diritto alla stessa.

⁶⁷ Rilevazioni dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

⁶⁸ FF 2003 5781

2.4.6 **Imposta federale sulle successioni come fonte complementare di finanziamento**

Negli ultimi anni è stata avanzata da più parti l'idea del finanziamento delle assicurazioni sociali, in particolare dell'AVS, mediante un'*imposta federale sulle successioni*. Il nostro Consiglio ha respinto queste proposte sostenendo che il finanziamento delle opere sociali mediante un'imposta federale sulle successioni indebolirebbe il sostrato fiscale dei Cantoni e sarebbe in contrasto con gli obiettivi della riforma della perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni (cfr. Mozione 96.3213 Hafner. Imposta federale sulle successioni e le donazioni quale contributo al finanziamento dell'AVS). È tuttavia indubbio che eventuali miglioramenti delle PC rappresentano una forma di protezione degli eredi in quanto la sostanza residua non deve essere utilizzata per finanziare prestazioni di cura, ma all'occorrenza può essere trasmessa agli eredi.

2.5 **Interventi parlamentari**

L'approvazione della legge federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure implica che possono essere tolti di ruolo i seguenti interventi parlamentari:

- il postulato Loepfe del 4 ottobre 2002 (02.3626; N 20.6.2003) invitava in particolare il nostro Collegio a presentare in un messaggio la suddivisione delle diverse prestazioni delle assicurazioni sociali in caso di cura. Il presente messaggio contiene una descrizione esaustiva, qualitativa e quantitativa della situazione attuale nel settore delle cure in Svizzera (n. 1.1), e soddisfa pertanto le richieste dell'autore del postulato;
- il postulato del 14 novembre 2002 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (02.3645; N 8.12.03) invita il nostro Consiglio ad esaminare, a proposito del finanziamento degli ospedali, il finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa anche nel settore delle case di cura. Considerato che tale modello di finanziamento è stato ampiamente trattato in due rapporti di esperti, il mandato può ritenersi adempiuto, anche se il finanziamento duale con ripartizione percentuale fissa nel settore delle case di cura non è stato preso in considerazione nell'ambito del presente messaggio, in particolare a causa delle ripercussioni finanziarie;
- in una mozione del 4 dicembre 2003 (03.3597; N 8.12.2003; S 3.6.2004), le Camere federali invitavano il nostro Collegio a sottoporre al Parlamento nel 2004 una proposta sulla riforma del finanziamento delle cure, prestando particolare attenzione alla tematica delle cure di lunga durata e al coordinamento dell'obbligo di fornire prestazioni di altre assicurazioni sociali (comprese le prestazioni complementari). Con il presente messaggio adempiamo, seppure con un lieve ritardo, gli impegni della mozione citata.

3

Commento ai singoli articoli

3.1

Adeguamenti nell'assicurazione malattie

L'attuazione del modello proposto presuppone adeguamenti sia a livello di legge sia a livello di ordinanza. La legislazione vigente stabilisce a livello di legge soltanto il principio delle prestazioni non mediche (le cure sono definite nell'art. 25 cpv. 2 lett. a LAMal), mentre le singole prestazioni sono definite in elenchi positivi a livello di ordinanza. Dal profilo dell'attuazione del modello, il principio di definire le prestazioni a livello di legislazione sull'assicurazione malattie significa che nella legge verranno stabiliti soltanto i principi, mentre l'ordinanza dipartimentale ridefinirà le prestazioni di cura a carico delle casse malati.

3.1.1

Adeguamenti a livello di legge

Art. 25 cpv. 2 lett. a e a^{bis} LAMal

A livello di legge, nella definizione delle prestazioni generali all'articolo 25 LAMal occorre introdurre il binomio cure di base / cure mediche e sancire il principio secondo cui per le cure di base viene versato unicamente un contributo.

Art. 50 LAMal

Mentre il contributo per le cure di base dovrà essere definito conformemente alla vigente delega di competenze disciplinata nella OPre, la remunerazione delle cure mediche avverrà secondo i criteri tariffali vigenti nella legislazione sull'assicurazione malattie, ossia sarà pattuita tra gli assicuratori e i fornitori di prestazioni. Nell'ambito delle case di cura⁶⁹, tale autonomia contrattuale di principio è limitata nel senso che i partner tariffali sono obbligati per legge a definire un importo forfettario per la remunerazione delle cure mediche. Questo accorgimento è opportuno sotto l'aspetto della regolazione delle spese, poiché l'esperienza ha dimostrato che la tariffa per singole prestazioni stimola la fornitura di prestazioni contribuendo così a un aumento del loro volume.

Art. 104a LAMal

Poiché nella fase introduttiva della LAMal era stata constatata un'insufficiente trasparenza dei costi nel settore Spitex e in quello delle case di cura, nell'autunno 1997 è stata inserita nell'OAMal (art. 59a) una norma di delega: tale norma, che si basa sull'articolo 43 capoverso 7 LAMal secondo cui il Consiglio federale «può stabilire principi affinché le tariffe siano calcolate secondo le regole dell'economia e adeguatamente strutturate; può anche fissare norme relative all'adeguamento delle tariffe», autorizza il Dipartimento, in caso di mancanza di trasparenza dei costi nei settori Spitex e delle case di cura, a fissare tariffe quadro che non possono essere superate. Avendo giudicato la questione come legata alla fase introduttiva, nel 2002 il legislatore ha completato le disposizioni transitorie con un nuovo articolo 104a LAMal, il quale stabilisce una base legale formale che attribuisce esplicitamente alla

⁶⁹ Nell'ambito di Spitex, una siffatta prescrizione cogente non dovrebbe entrare in considerazione, poiché di regola vengono stabilite tariffe orarie.

Confederazione la competenza di emanare un disciplinamento. Con l'entrata in vigore del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, questa norma di delega per l'emanazione di tariffe quadro non ha più ragion d'essere e va quindi abrogata.

3.1.2 **Prospettive: adeguamenti a livello di ordinanza**

Tutti gli altri adeguamenti giuridici nell'assicurazione malattie devono essere eseguiti a livello di ordinanza conformemente all'attuale sistematica del diritto in materia di assicurazione malattie: nell'articolo 33 LAMal il legislatore ha conferito al Consiglio federale, fra l'altro, la competenza di precisare le prestazioni definite nell'articolo 25 capoverso 2 LAMal oppure di delegare questo compito al Dipartimento o all'Ufficio federale. In base al diritto vigente, è prevedibile che il Consiglio federale delegherà questa sua competenza in modo che sia la (ri)definizione delle cure di base e delle cure mediche sia il contributo per le cure di base, nonché il rafforzamento degli strumenti atti a influenzare i costi, saranno stabiliti nell'OPre. Per l'adeguamento dell'OPre, occorre considerare in particolare i seguenti punti:

- *ridefinizione delle cure di base e delle cure mediche (art. 7 OPre)*: le attuali definizioni di cure di base e di cure mediche di cui all'articolo 7 OPre si fondano in gran parte su norme del diritto anteriore di cui si è tenuto conto nel 1995 al momento dell'emanazione dell'OPre. Appare dunque opportuno rivedere tali definizioni, eventualmente precisandole, in modo che corrispondano alla dottrina e alla prassi vigenti. In generale, nella revisione delle definizioni occorrerà accertarsi che, in situazioni particolari (quali le cure palliative o le cure in caso di malattie psichiche o demenza senile), i bisogni delle persone che necessitano di cure non vengano trascurati. Per quanto concerne la portata delle prestazioni, le cure di base devono inoltre essere adeguate alla definizione internazionalmente riconosciuta degli atti ordinari della vita (AOV)⁷⁰;
- *definizione del contributo per le cure di base*: il contributo che gli assicuratori versano per le cure di base potrebbe essere stabilito a livello di ordinanza dipartimentale, analogamente a quanto già avviene nel diritto vigente per il contributo alle spese di cure balneari (art. 25 OPre) e per il contributo alle spese di trasporto e di salvataggio (art. 26 seg. OPre). Con riferimento al tariffario attualmente vigente, è prevedibile che verrà stabilito un valore assoluto in franchi (al giorno o all'ora), eventualmente differenziato a seconda dei livelli di bisogno di cure;
- *verifica delle valutazioni dei bisogni e delle procedure di controllo*: per poter controllare lo sviluppo del volume delle prestazioni nel settore delle cure, sarà indispensabile verificare i meccanismi attualmente definiti negli articoli 8 e 8a OPre della valutazione dei bisogni e delle procedure di controllo (in particolare la limitazione nel tempo con possibilità di ripetizione) ed eventualmente completarli, ad esempio coinvolgendo i geriatri.

⁷⁰ Cfr. n. 2.2.1.

3.2 Adeguamenti nell'AVS

Art. 43^{bis} LAVS

Ai beneficiari di una rendita di vecchiaia che hanno una grande invalidità di grado lieve sarà concesso un assegno per grandi invalidi per compiere gli atti ordinari della vita (cure di base). In tal modo è possibile coprire, assieme al contributo versato dall'assicurazione malattie per le cure di base, le prestazioni Spitex. L'assegno per grandi invalidi di grado lieve viene tuttavia concesso unicamente alle persone che vivono a casa, ma non a quelle che soggiornano in un istituto. Questo dovrebbe consentire di rinviare ulteriormente il ricovero in infrastrutture di cura stazionarie.

3.3 Adeguamenti in materia di prestazioni complementari

Art. 3a cpv. 3 LPC

Per le persone che soggiornano in maniera permanente o per un periodo prolungato in un istituto o in un ospedale, secondo il diritto vigente la prestazione complementare annua non deve superare il 175 per cento dell'importo massimo del fabbisogno vitale delle persone che vivono sole ai sensi dell'articolo 3b capoverso 1 lettera a LPC, il che corrisponde attualmente a un importo annuo di 30 900 franchi o a un importo mensile di 2 575 franchi. Con il nuovo disciplinamento si intende sopprimere questa limitazione delle prestazioni, partendo dal presupposto che i Cantoni prevedano un importo limite per le tasse d'istituto giornaliere da considerarsi come spese riconosciute. Fino ad oggi, 23 Cantoni su 26 hanno fatto uso della possibilità di limitare le tasse d'istituto computabili.

Occorre sottolineare che la soppressione della limitazione delle prestazioni dev'essere coordinata nel tempo, con la realizzazione della nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (per i dettagli cfr. n. 5).

4 Ripercussioni

4.1 Ripercussioni finanziarie

4.1.1 Osservazioni generali

Nella dinamica generale dell'evoluzione dei costi e delle spese nel settore delle cure le variabili esogene svolgono un ruolo di primo piano. Il settore delle cure sarà influenzato soprattutto dall'evoluzione demografica e dal progresso medico – due variabili che si influenzano a vicenda. La crescita è difficilmente quantificabile (cfr. anche n. 1.2.2 e in particolare lo studio dell'Osservatorio svizzero della salute effettuato a questo proposito), ma in ogni previsione a lungo termine bisogna per principio partire dal presupposto che, a causa dei fattori esogeni, l'intero settore delle cure subirà un aumento dei costi che inciderà su tutti i finanziatori, e quindi graverà ulteriormente anche sullo Stato.

Riguardo alle ripercussioni finanziarie del modello proposto va constatato che già attualmente i costi delle cure non assunti dall'assicurazione malattie sono coperti mediante altre fonti di finanziamento quali, in primo luogo, le economie domestiche e i Cantoni o i Comuni per mezzo delle prestazioni complementari e dell'assistenza sociale. Di conseguenza, nella maggior parte dei casi il nuovo disciplinamento non comporta veri e propri costi supplementari, bensì modifiche dovute a un trasferimento di oneri tra le fonti di finanziamento – principalmente tra le economie domestiche e lo Stato (prestazioni complementari, assistenza sociale).

4.1.2 Sulle singole opere sociali

Le ripercussioni finanziarie del progetto di revisione per le singole opere sociali possono essere riassunte come segue⁷¹:

- *ripercussioni finanziarie per l'assicurazione malattie*: è prevedibile che il contributo attribuito alle cure di base verrà stabilito in modo che l'attuale onere dell'assicurazione malattie, conformemente all'ordinamento delle tariffe quadro (circa 1,4 miliardi di franchi), rimanga pressoché invariato. Se tuttavia si considera che al momento della loro introduzione (il 1° gennaio 1998) le tariffe quadro consentivano di coprire integralmente i costi delle prestazioni obbligatorie nel settore delle cure, mentre oggi questo non è più il caso, già nella situazione attuale sono ipotizzabili costi supplementari che possono essere stimati in circa 500 milioni di franchi⁷² (portando i costi attuali a 1,9 mia di fr.). Presupponendo che tali costi supplementari si sviluppino parallelamente agli altri costi dell'assicurazione malattie, nel 2030 essi potrebbero addirittura triplicare raggiungendo 1,5 miliardi di franchi. Il modello di finanziamento proposto esplica dunque, dal profilo dell'evoluzione dei costi e dei premi nell'assicurazione malattie, un effetto di contenimento, il quale è determinante tenuto conto dell'evoluzione demografica e del corrispondente aumento della domanda di prestazioni di cura;
- *ripercussioni finanziarie per l'AVS*: i costi supplementari dovuti all'introduzione di un assegno per i beneficiari di una rendita di vecchiaia con una grande invalidità di grado lieve sono stimati in 20 milioni di franchi;
- *ripercussioni finanziarie a livello di prestazioni complementari e di assistenza sociale*: considerando la modifica nell'ambito delle prestazioni complementari, per i Cantoni (e per la Confederazione) dovrebbe, da un lato, risultare un maggior onere (costi supplementari stimati in 236 milioni di

⁷¹ Per una stima delle ripercussioni a lungo termine cfr. allegato 1.

⁷² È difficile stimare l'entità di una copertura integrale dei costi, poiché nel sistema attuale una siffatta valutazione dipende dal limite tracciato tra prestazioni obbligatorie e non obbligatorie nelle cure di base, essendo la nozione di cure di base definita in modo abbastanza ampio nell'articolo 7 OPre. La Conferenza dei direttori cantonali della sanità stima i costi supplementari in oltre 1 miliardo di franchi nel settore delle case di cura; sembra tuttavia che si sia basata su una definizione piuttosto ampia di cure di base. Se tuttavia si parte da una definizione più ristretta, che certamente si avvicina di più allo spirito della LAMal, i costi supplementari risultano nettamente inferiori.

franchi⁷³), dall'altro, l'aumento dei sussidi per le PC dovrebbe sgravare significativamente l'assistenza sociale cantonale e comunale (stima attorno ai 100 milioni di franchi) ed eventualmente ridurre il bisogno di sovvenzionamento degli istituti di cura pubblici e di Spitex. I costi derivanti dall'estensione delle PC dovrebbero tuttavia superare i risparmi: al netto dovrebbero dunque risultare costi supplementari per l'ente pubblico.

4.1.3 Sull'ente pubblico

Secondo il nuovo ordinamento, la modifica a livello di prestazioni complementari e l'introduzione di un assegno per grandi invalidi di grado lieve nell'AVS comportano un maggior onere per la Confederazione e i Cantoni. I costi annui stimati per l'AVS e le prestazioni complementari sono ripartiti come segue tra la Confederazione e i Cantoni, conformemente alle attuali chiavi di finanziamento (ossia senza tener conto della nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni; cfr. al proposito il n. 5):

Tabella 10

Ripercussioni finanziarie su Confederazione e Cantoni (in mio fr.)

	Confederazione	Cantoni
AOCMS	0	0
AGI-AVS ⁷⁴	+ 3,3	+ 0,7
PC all'AVS	+ 35,5	+ 122,5
PC all'AI	+ 17,5	+ 60,5
Totale I	+ 56,3	+ 183,7
Sgravio assistenza sociale	0	- 100
Totale II	+ 56,3	+ 83,7

Legenda:

AGI-AVS	Assegno per grandi invalidi dell'AVS
PC	Prestazioni complementari
AOCMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

A medio e lungo termine, è prevedibile che questi costi annui supplementari aumenteranno per la Confederazione e i Cantoni in termini reali, tuttavia in modo meno netto dei costi della salute. Le proiezioni effettuate per l'anno 2030 (cfr. allegato 1) indicano però che l'aumento non evolverà allo stesso ritmo delle spese di cura. Di conseguenza, la quota di finanziamento sostenuta nel settore delle cure in ragione

⁷³ La soppressione del limite di sussidio per le persone ricoverate in istituto implica costi supplementari stimati in 236 milioni di franchi nell'ambito delle prestazioni complementari all'AVS e all'AI. I costi supplementari riferiti unicamente alle PC all'AVS sono valutati in 158 milioni di franchi.

⁷⁴ Nel diritto vigente, l'ente pubblico (Confederazione e Cantoni) partecipa complessivamente per il 20 per cento alle spese dell'AVS; nella fattispecie la partecipazione ammonta a 4 milioni di franchi su una spesa supplementare di 20 milioni di franchi.

delle prestazioni complementari e degli assegni per grandi invalidi diminuirà, riducendo proporzionalmente anche l'onere per l'ente pubblico.

4.1.4 Sulle economie domestiche e sulle persone bisognose di cure

Attualmente, i costi che non sono assunti dall'assicurazione malattie vengono già coperti in altro modo. A breve termine, dunque, il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure non dovrebbe implicare un maggior onere per le economie domestiche. Al contrario: l'estensione delle prestazioni complementari e l'introduzione di un assegno per grande invalidità di grado lieve dovrebbe comportare, in generale, un leggero sgravio per le persone bisognose di cure. Tuttavia, considerato che le prestazioni complementari vengono accordate in base alla necessità, dipenderà dalla situazione della singola economia domestica se vi sarà uno sgravio o meno (cfr. a proposito gli esempi nell'allegato 3).

Considerato il contributo proposto per le cure di base nell'assicurazione malattie è tuttavia prevedibile, a medio e lungo termine, che le economie domestiche debbano sostenere un maggior onere (cfr. a proposito le tavole concernenti gli sviluppi a lungo termine nell'allegato 1). Si presume infatti che tale contributo non evolverà parallelamente ai costi nel settore delle cure in modo che, a lungo termine, la quota finanziata dall'assicurazione malattie, in termini relativi, diminuirà. La situazione delle economie domestiche potrebbe anche peggiorare nel senso che, probabilmente, le dinamiche di adeguamento dei diversi elementi del reddito delle persone anziane (rendite AVS secondo l'indice misto, rendite LPP senza rincarato obbligatorio) saranno più ridotte rispetto all'evoluzione dei costi nel settore della salute e delle cure.

4.2 Sul personale

Non è escluso che la realizzazione del modello proposto comporti un incremento del numero di beneficiari di PC, che per i Cantoni si tradurrebbe in un lieve aumento del fabbisogno di personale.

4.3 Ripercussioni per l'economia pubblica

Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure proposto si ripercuoterà, semmai, soltanto in modo marginale sul volume dei costi determinato dalle prestazioni di cura. Cambierà invece la ripartizione dei costi sui diversi enti finanziatori. Già attualmente, le spese di cura non assunte dall'assicurazione malattie vengono coperte mediante altre fonti di finanziamento. Da un punto di vista statico, si presuppone soltanto un trasferimento di oneri tra le varie fonti di finanziamento. Qualora, a causa del contributo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie alle cure di base, i costi di tale assicurazione per le cure di lunga durata si dovessero stabilizzare o addirittura ridurre, i costi scoperti dovranno essere assunti da un'altra fonte di finanziamento; questi ultimi vengono generalmente sostenuti dalle economie domestiche, dalle prestazioni complementari dell'AVS e dall'ente pubblico. La

modifica proposta non libera tuttavia risorse che possono essere utilizzate per altri scopi.

Rispetto al prodotto interno lordo (433 miliardi di franchi nel 2003), gli oneri finanziari trasferiti tra i diversi finanziatori sono talmente esigui che non c'è da aspettarsi una ripercussione sull'economia pubblica. Poiché la proposta di revisione non modificherà né la quantità né la qualità delle prestazioni fornite, è prevedibile che non vi sarà alcun effetto sul mercato del lavoro.

5 Rapporto con la nuova impostazione della perequazione finanziaria tra Confederazione e Cantoni

Il decreto federale del 3 ottobre 2003⁷⁵ concernente la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC), accettato in votazione popolare il 28 ottobre 2004, si ripercuote sulla riorganizzazione del finanziamento delle cure proposta nel settore delle prestazioni complementari e degli assegni AVS per grandi invalidi, come pure nel settore Spitex: il settore dei compiti delle prestazioni complementari viene infatti parzialmente dissociato. Questo comporterà, conformemente al sommario delle ripercussioni della NPC sulla legislazione speciale nel messaggio del Consiglio federale⁷⁶, che in futuro la Confederazione sarà competente in maniera preponderante per la garanzia dell'esistenza ($\frac{5}{8}$ delle spese) e che i Cantoni, oltre a una partecipazione alla garanzia dell'esistenza ($\frac{3}{8}$ delle spese), assumeranno integralmente le PC dovute ai costi di malattia o invalidità. I Cantoni devono assumere integralmente l'importo delle spese d'istituto che eccede il fabbisogno vitale. Possono limitare la tassa giornaliera dovuta alla degenza in una casa di cura o in un ospedale ed influenzare così l'importo delle PC a loro carico. Poiché in questo sistema non ha senso fissare un limite massimo delle PC annue per le persone che vivono in un istituto, il limite dev'essere soppresso. Con la NPC i Cantoni potranno continuare a tener conto in maggiore o minore misura della diminuzione della sostanza.

⁷⁵ FF 2003 5745

⁷⁶ FF 2002 2200 segg.

Ripercussioni finanziarie sulla Confederazione e sui Cantoni tenuto conto della NPC (in mio fr.)⁷⁷

	Confederazione	Cantoni
AOCMS	0	0
AGI-AVS ⁷⁸	+ 4	0
PC	0	+ 236
Totale I	+ 4	+ 236
Sgravio assistenza sociale	0	- 100
Totale II	+ 4	+ 136

Legenda:
 AGI-AVS Assegno per grandi invalidi dell'AVS
 PC Prestazioni complementari
 AOCMS Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Con la NPC anche nel settore delle PC la competenza per il finanziamento delle spese d'istituto è conferita in ampia misura ai Cantoni. Gli oneri citati, dovuti alle prestazioni complementari, sono dunque completamente a carico dei Cantoni. L'onere previsto nel settore degli assegni per grandi invalidi concerne invece ormai esclusivamente la Confederazione. Nel settore Spitex, la competenza è trasferita maggiormente ai Cantoni. Tutti gli oneri e gli sgravi sono compensati nel bilancio globale delle NPC: la dissociazione dei compiti non avrà dunque ripercussioni finanziarie per la Confederazione e l'insieme dei Cantoni. Al fine di evitare problemi di politica finanziaria sul bilancio globale della NPC, è imperativo sopprimere il limite massimo delle PC contemporaneamente all'entrata in vigore della NPC. Se infatti la limitazione delle prestazioni fosse soppressa prima dell'entrata in vigore della NPC, risulterebbe più marcata l'incongruenza esistente tra le responsabilità amministrative e finanziarie della Confederazione e dei Cantoni nell'ambito delle prestazioni complementari. Questo comporterebbe maggiori oneri indesiderati per le finanze federali e cantonali prima dell'entrata in vigore della NPC con ripercussioni corrispondenti sul bilancio globale della NPC. Si tratta dunque di impedire che questo si verifichi nell'interesse dei bilanci pubblici e per garantire un passaggio senza difficoltà al regime della NPC. Il coordinamento temporale con la NPC deve dunque essere sancito espressamente nelle disposizioni finali.

⁷⁷ I maggiori/minori oneri dovuti al modello sono compensati nel bilancio globale della NPC.

⁷⁸ Cfr. nota 74; con la NPC il totale della quota dell'ente pubblico è assunto dalla Confederazione.

6 Rapporto con il programma di legislatura

Il progetto figura nel rapporto del 25 febbraio 2004 sul programma di legislatura 2003–2007 quale oggetto annunciato nelle linee direttive (FF 2004 996).

7 Aspetti giuridici

7.1 Costituzionalità

Il disegno si fonda sulle disposizioni costituzionali in materia di competenze, che attribuiscono alla Confederazione la competenza di legiferare nell'ambito delle diverse assicurazioni sociali (art. 112 Cost. per l'AVS/AI, art. 117 Cost. per l'assicurazione malattie e infortuni, disposizioni transitorie relative all'articolo 112 Cost. per le prestazioni complementari).

7.2 Rapporto con il diritto europeo

7.2.1 Diritto della Comunità europea

Nel diritto comunitario non figurano norme che disciplinano il settore trattato nel presente progetto di revisione. Le questioni relative alla struttura e alle modalità di finanziamento dei regimi di cure medico-sanitarie e di cure di lunga durata non fanno parte del patrimonio normativo comunitario. Gli Stati rimangono liberi di determinare tali aspetti a loro piacimento. Tuttavia, la raccomandazione del Consiglio del 27 luglio 1992⁷⁹ relativa alla convergenza degli obiettivi e delle politiche della protezione sociale invita gli Stati membri a prendere misure appropriate, in materia di protezione sociale, tenendo conto delle specifiche esigenze delle persone anziane che dipendono dalle cure e dai servizi altrui. Diverse comunicazioni della Commissione evidenziano inoltre gli interessi economico e sociale di una copertura obbligatoria della popolazione contro il rischio di necessità di cure⁸⁰. La necessità di cure di lunga durata è considerata un rischio sociale maggiore che dev'essere coperto dai regimi di previdenza sociale. Le persone anziane bisognose di cure devono poter disporre delle cure mediche e paramediche, come pure di un aiuto a domicilio per i propri bisogni quotidiani. Gli Stati membri sono tenuti a favorire la loro indipendenza e a spronarle a vivere al proprio domicilio il più a lungo possibile.

7.2.2 Gli strumenti del Consiglio d'Europa

Il 16 settembre 1977⁸¹ la Svizzera ha ratificato il Codice europeo di sicurezza sociale del 16 aprile 1964. Il nostro Paese non ha tuttavia ancora accettato la parte II relativa alle cure mediche. Ogni Stato che intenda accettare gli obblighi derivanti dalla parte II del Codice deve infatti garantire le prestazioni mediche alle persone assistite in ogni stato morboso, per qualunque causa. Il Codice europeo di sicurezza

⁷⁹ GU n. L 245 del 26 agosto 1992, pag. 49.

⁸⁰ Cfr. Comunicazione della Commissione del 12.03.1997 «Modernizzare e migliorare la protezione sociale nell'Unione europea» COM(97)102.

⁸¹ RU 1978 1491

sociale non prevede alcuna disposizione specifica concernente le cure di lunga durata fornite alle persone anziane.

Il progetto di revisione è in linea con le raccomandazioni del Comitato dei Ministri agli Stati membri attinenti al problema delle cure di lunga durata⁸². In particolare, la raccomandazione del Consiglio d'Europa n. R (98) 9 relativa alla dipendenza dispone che le persone dipendenti dovrebbero poter usufruire di prestazioni – in natura o in denaro, sia a domicilio sia in istituto – che corrispondano alle diverse situazioni in cui si trovano tali persone che necessitano di cure e di assistenza.

7.3 Subordinazione al freno alle spese

Conformemente all'articolo 159 capoverso 3 lettera b della Costituzione federale, l'articolo 43^{bis} LAVS e l'articolo 3a LPC richiedono il consenso della maggioranza dei membri di ciascuna Camera, poiché il decreto implica nuove spese ricorrenti di oltre 2 milioni di franchi all'anno.

7.4 Delega di competenze legislative

Le competenze necessarie all'applicazione delle diverse assicurazioni sociali toccate dalla presente revisione, segnatamente in materia di emanazione di ordinanze d'esecuzione, sono delegate al Consiglio federale dall'articolo 96 LAMal, dall'articolo 154 capoverso 2 LAVS e dall'articolo 19 capoverso 2 LPC. Il progetto si basa sul regime di delega esistente e non conferisce al Consiglio federale nuove competenze legislative.

⁸² La risoluzione (74) 31 del 22 settembre 1974 relativa all'azione sanitaria e sociale in favore delle persone anziane che vivono a domicilio, la raccomandazione n. R (80) 15 del 14 novembre 1980 concernente una miglior distribuzione delle cure mediche all'interno e all'esterno degli ospedali, la raccomandazione n. R (86) 5 del 17 febbraio 1986 sulla generalizzazione delle cure mediche, la raccomandazione n. R (98) 9 del 18 settembre 1998 relativa alla dipendenza, la raccomandazione n. Rec (2000) 18 del 21 settembre 2000 sui criteri di sviluppo delle politiche di promozione della salute.

Tabelle relative alle previsioni a lungo termine

Tabella A

Case di cura: Ripercussioni del nuovo finanziamento e stima degli sviluppi fino al 2030

Finanziatori	2001 (situazione iniziale)		2001 (nuovo finanziamento)			Previsione 2030 (nuovo finanziamento)	
	in mio fr.	in %	in mio fr.	in %		in mio fr.	in %
AMal (netto)	1 071,8	19,21	1 071,8	19,21	*	2 002,0	15,99
Economie domestiche	2 640,9	47,34	2 617,9	46,93		6 891,0	55,05
Cantoni/Comuni	1 270,3	22,77	1 266,3	22,70		2 498,6	19,96
– di cui contributi/sussidi ecc.	479,7	8,60	479,7	8,60		1 076,4	8,60
– di cui assistenza sociale	97,0	1,74	0	0,00	**	0,0	0,00
– di cui quota PC	693,6	12,43	786,6	14,10	***	1 422,2	11,36
Confederazione (quota PC)	201,4	3,61	228,4	4,09	***	413,0	3,30
AVS	308,9	5,54	308,9	5,54		521,8	4,17
– di cui AGI	308,9	5,54	308,9	5,54		521,8	4,17
– di cui sovvenzioni dirette	0,0	0,00	0,0	0,00		0,0	0,00
Altre ass. (AINF, AM, priv.)	1,8	0,03	1,8	0,03		4,0	0,03
Altri finanziamenti privati	83,8	1,50	83,8	1,50		188,0	1,50
Totale	5 578,9	100,00	5 578,9	100,00		12 518,5	100,00

Fonti: Rapporto Obsan/IRER (2004); calcoli propri.

Osservazioni:

* mantenimento dell'attuale volume finanziario.

** sgravio assistenza sociale, estensione PC.

*** estensione PC: secondo i calcoli dell'Obsan, l'estensione delle PC nel 2001 ammonta in totale a 120 mio fr. (rispetto al totale di 158 mio fr. stimato dall'UFAS per il 2003 e citato nel messaggio).

**Spitex: Ripercussioni del nuovo finanziamento e stima degli sviluppi
fino al 2030**

Finanziatori	2001 (situazione iniziale)		2001 (nuovo finanziamento)			Previsione 2030 (nuovo finanziamento)	
	in mio fr.	in %	in mio fr.	in %		in mio fr.	in %
AMal (netto)	230,3	24,61	230,3	24,61	*	387,8	16,77
Economie domestiche	41,1	4,39	21,1	2,25		309,6	13,38
Cantoni/Comuni	343,4	36,70	343,4	36,70		847,8	36,65
– di cui contributi/sussidi ecc.	341,3	36,47	341,3	36,47		842,6	36,43
– di cui assistenza sociale	2,1	0,22	2,1	0,22		5,2	0,22
– di cui quota PC	0,0	0,00	0,0	0,00		0,0	0,00
Confederazione (quota PC)	0,0	0,00	0,0	0,00		0,0	0,00
AVS	237,2	25,35	257,2	27,48		560,8	24,24
– di cui AGI	77,2	8,25	97,2	10,39	**	164,3	7,10
– di cui sovvenzioni dirette	160,0	17,10	160,0	17,10		396,5	17,14
Altre ass. (AINF, AM, priv.)	37,7	4,03	37,7	4,03		93,2	4,03
Altri finanziamenti privati	46,1	4,93	46,1	4,93		113,9	4,92
Totale	935,8	100,00	935,8	100,00		2 313,1	100,00

Fonti: Rapporto Obsan/IRER (2004); calcoli propri.

Osservazioni:

* mantenimento dell'attuale volume finanziario.

** introduzione AGI semplice: + 20 mio.

Case di cura e Spitex: Ripercussioni del nuovo finanziamento e stima degli sviluppi fino al 2030

Finanziatori	2001 (situazione iniziale)		2001 (nuovo finanziamento)		Previsione 2030 (nuovo finanziamento)	
	in mio fr.	in %	in mio fr.	in %	in mio fr.	in %
AMal (netto) ⁸³	1 302,1	19,99	1 302,1	19,99	2 389,8	16,11
Economie domestiche	2 682,0	41,17	2 639,0	40,51	7 200,6	48,55
Cantoni/Comuni	1 613,7	24,77	1 609,7	24,71	3 346,4	22,56
– di cui contributi/sussidi ecc.	821,0	12,60	821,0	12,60	1 919,0	12,94
– di cui assistenza sociale	99,1	1,52	2,1	0,03	5,2	0,04
– di cui quota PC	693,6	10,65	786,6	12,07	1 422,2	9,59
Confederazione (quota PC)	201,4	3,09	228,4	3,51	413,0	2,78
AVS	546,1	8,38	566,1	8,69	1 082,6	7,30
– di cui AGI	386,1	5,93	406,1	6,23	686,1	4,63
– di cui sovvenzioni dirette	160,0	2,46	160,0	2,46	396,5	2,67
Altre ass. (AINF, AM, priv.)	39,5	0,61	39,5	0,61	97,2	0,66
Altri finanziamenti priv.	129,9	1,99	129,9	1,99	301,9	2,04
Totale	6 514,7	100,00	6 514,7	100,00	14 831,6	100,00

Fonti: Rapporto Obsan/IRER (2004); calcoli propri.

⁸³ Rispetto alla stima nella tabella 8, i presenti risultati relativi alla AMal divergono notevolmente per due motivi: innanzitutto i calcoli suesposti non considerano la partecipazione ai costi; il nuovo modello per il finanziamento delle cure di base, inoltre, considera unicamente l'effetto demografico.

Stime, a titolo di esempio, delle spese per le cure medico-sanitarie in istituto in base all'evoluzione demografica e alla ripartizione delle spese di cura

Scenario di base:

In futuro non vi sarà nessun trasferimento delle quote di casi tra i livelli di cure

				Numero 2030
Persone in case per anziani e case di cura				119 292
di cui con cure				114 401
				95,9 %
Livelli di cure	Prezzo/giorno	Costi/anno	Quota dei casi	Costi 2030
1	20	7 300	25,0 %	208 990 415
2	40	14 600	33,5 %	559 855 138
3	60	21 900	25,2 %	632 455 054
4	70	25 550	16,2 %	473 859 530
			100,0 %	1 875 160 138

Scenario A:

Il progresso medico e la prevenzione inducono una riduzione della necessità di cure (trasferimento dei casi a carico dei livelli 1 + 2 di 5 punti percentuali ciascuno)

				Numero 2030
Persone in case per anziani e case di cura				119 292
di cui con cure				114 401
				95,9 %
Livelli di cure	Prezzo/giorno	Costi/anno	Quota dei casi	Costi 2030
1	20	7 300	30,0 %	250 746 653
2	40	14 600	38,5 %	643 367 616
3	60	21 900	20,2 %	507 186 338
4	70	25 550	11,2 %	327 712 695
			100,0 %	1 729 013 303

Scenario B:

L'evoluzione demografica induce un aumento della necessità di cure (trasferimento dei casi a carico dei livelli 3 + 4 di 5 punti percentuali ciascuno)

				Numero 2030
Persone in case per anziani e case di cura				119 292
di cui con cure				95,9 % 114 401
Livelli di cure	Prezzo/giorno	Costi/anno	Quota dei casi	Costi 2030
1	20	7 300	20,0 %	167 234 176
2	40	14 600	28,5 %	476 342 661
3	60	21 900	30,2 %	757 723 770
4	70	25 550	21,2 %	620 006 366
				100,0 % 2 021 306 973

Fonti:

- La quota dei casi per livello di cure nello scenario di base è calcolata approssimativamente in base alle spese di cura nella statistica degli istituti non ospedalieri dell'UST.
- Il prezzo giornaliero corrisponde alle tariffe quadro massime per ogni livello (stato 1.1.2004).
- Stima del numero di persone in casa di cura secondo lo scenario demografico «Trend» dell'UST.

Esempi

Nota preliminare: lo scopo dei due esempi è quello di indicare le principali ripercussioni del nuovo modello di finanziamento rispetto al diritto vigente: determinate esemplificazioni (p. es. nel calcolo delle prestazioni complementari) sono dunque inevitabili. Le ripercussioni (o la mancanza di ripercussioni) sulle prestazioni dei rami delle assicurazioni sociali che vengono adeguati conformemente al nuovo modello sono evidenziate con uno sfondo grigio.

Esempio 1: Beneficiaria di una rendita AVS, sola e in casa di cura (giorno di riferimento 1.12.2004)

Per una pensionata sola che vive in casa di cura e la cui rendita corrisponde alla media svizzera, il nuovo modello non influisce sulla prestazione che le viene rimborsata dall'*assicurazione malattie* (almeno a medio termine): secondo le tariffe limite vigenti la pensionata, grande invalida di grado medio, riceve 60 franchi al giorno per le cure mediche e le cure di base (= 21 900 fr./anno); secondo la proposta di riforma otterrebbe lo stesso importo, tuttavia ripartito in modo diverso tra cure di base (importo di 45 fr./giorno) e cure mediche (rimunerazione integrale, qui stimata in un forfait di 15 fr./giorno). A medio-lungo termine, il contributo per le cure di base di 45 franchi al giorno, se non verrà aumentato, coprirà una parte sempre più esigua delle spese comportando un onere finanziario supplementare per la pensionata. Nell'ambito delle *prestazioni complementari*, secondo il nuovo modello decade la limitazione delle prestazioni: la pensionata non dovrà dunque più usufruire dell'assistenza sociale.

	Diritto vigente	Riforma proposta
Reddito		
– rendita 1° pilastro	20 500	20 500
– rendita 2° pilastro	16 000	16 000
– prestazioni complementari	6 300	6 300
– prestazioni AMal	21 900	21 900
Reddito totale	64 700	64 700
Spese		
– tassa d'istituto	90 000	90 000
– spese personali	3 500	3 500
– premi AMal	3 000	3 000
Spese totali	96 500	96 500
Eccedenza spese	31 800	31 800
Prestazioni complementari	30 300	31 800
Assistenza sociale	1 500	0

**Esempio 2: Beneficiaria di una rendita AVS, sola al suo domicilio
(giorno di riferimento 1.12.2004)**

La pensionata, che vive delle sue rendite del primo e del secondo pilastro, è lievemente bisognosa d'aiuto e necessita giornalmente di due ore di prestazioni Spitex, di cui un'ora per le cure di base (45 fr.) e un'ora per assistenza domestica (22 fr.). Il contributo dell'*assicurazione malattie* per le cure di base rimane invariato rispetto al diritto vigente (365×45 fr. = ~ 16 400 fr.). Anche qui, tuttavia, se il contributo per le cure di base di 45 franchi al giorno rimarrà invariato, a medio-lungo termine coprirà una quota sempre più esigua delle spese e quindi comporterà un onere finanziario supplementare per la pensionata. In base alla proposta di riforma, la pensionata riceverebbe dall'*AVS* un assegno per la sua grande invalidità di grado lieve.

	Diritto vigente	Riforma proposta
Reddito		
– rendita 1° pilastro	22 500	22 500
– rendita 2° pilastro	22 500	22 500
– prestazioni complementari	0	2 500
– prestazioni AMal	16 400	16 400
Reddito totale	61 400	63 900
Spese		
– fabbisogno vitale generale	17 300	17 300
– pigione	13 200	13 200
– prestazioni Spitex		
– cure di base	16 400	16 400
– assistenza domestica	8 000	8 000
– premi AMal	3 000	3 000
Spese totali	57 900	57 900
Eccedenza reddito	3 500	6 000

