



Berna, 26 novembre 2025

---

## **Modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) (Misure di contenimento dei costi, pacchetto 2 – Prestazioni assicurazione malattie)**

### **Rapporto esplicativo per l'avvio della procedura di consultazione**

---

## Compendio

**Il 21 marzo 2025 le Camere federali hanno adottato la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10; Misure di contenimento dei costi – pacchetto 2), il cui scopo è contribuire a contenere l'aumento dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) a un livello giustificato da motivi medici.**

### **Situazione iniziale**

*Il 21 marzo 2025 le Camere federali hanno adottato il secondo pacchetto di misure di contenimento dei costi e deliberato i corrispondenti adeguamenti della LAMal. Questi ultimi si basano sul rapporto di esperti del 24 agosto 2017 concernente le misure di contenimento dei costi per sgravare l'AOMS e hanno lo scopo di contribuire a contenere l'aumento dei costi dell'AOMS a un livello giustificato da motivi medici.*

### **Contenuto del progetto**

*Il presente pacchetto contiene le modifiche di ordinanza necessarie all'attuazione di una parte degli adeguamenti della LAMal deliberati e comprende le seguenti misure: «Prestazioni fornite dai farmacisti», «Ampliamento delle prestazioni delle levatrici», «Tariffe di riferimento eque per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera» e «Precisazione della partecipazione ai costi in caso di maternità» (pacchetto Prestazioni assicurazione malattie).*

## Contenuto

<b>Compendio.....</b>	<b>2</b>
<b>1 Situazione iniziale .....</b>	<b>4</b>
<b>2 Consultazione .....</b>	<b>4</b>
<b>3 Diritto comparato, in particolare rapporto con il diritto europeo .....</b>	<b>4</b>
<b>4 Punti essenziali del progetto – La normativa proposta nella LAMal .....</b>	<b>5</b>
4.1 Prestazioni fornite dai farmacisti.....	5
4.2 Ampliamento delle prestazioni delle levatrici.....	5
4.3 Tariffe di riferimento eque per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera.....	6
4.4 Partecipazione ai costi in caso di maternità .....	7
<b>5 Commento ai singoli articoli – Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) .....</b>	<b>7</b>
5.1 Prestazioni fornite dai farmacisti.....	7
5.2 Ampliamento delle prestazioni delle levatrici.....	9
5.3 Tariffe di riferimento eque per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera.....	9
5.4 Partecipazione ai costi in caso di maternità .....	12
<b>6 Ripercussioni .....</b>	<b>12</b>
6.1 Ripercussioni per la Confederazione.....	12
6.2 Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni, per le Città, gli agglomerati e le regioni di montagna.....	14
6.3 Ripercussioni sull'economia .....	14
6.4 Ripercussioni sulla società .....	14
<b>7 Aspetti giuridici.....</b>	<b>14</b>
7.1 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera .....	14
7.2 Forma dell'atto.....	15
7.3 Subdelega di competenze legislative .....	15
7.4 Protezione dei dati.....	16
<b>8 Entrata in vigore.....</b>	<b>16</b>

## 1 Situazione iniziale

Il 21 marzo 2025 le Camere federali hanno adottato la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10; Misure di contenimento dei costi – pacchetto 2, [FF 2025 1108]; di seguito «pacchetto 2»). Questo pacchetto legislativo si basa sul rapporto di esperti del 24 agosto 2017<sup>1</sup> concernente le misure di contenimento dei costi per sgravare l'AOMS e ha lo scopo di contribuire a contenere l'aumento dei costi dell'AOMS a un livello giustificato da motivi medici. Altre misure aventi lo stesso obiettivo, contenute nei pacchetti 1a e 1b, sono già entrate in vigore rispettivamente il 1° gennaio 2022, 2023 e 2024.

Il secondo pacchetto comprende 16 misure. Le corrispondenti disposizioni esecutive si articolano in tre diversi pacchetti di ordinanze:

- il presente pacchetto relativo alla modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) comprende le misure «Prestazioni fornite dai farmacisti», «Ampliamento delle prestazioni delle levatrici», «Tasse di riferimento eque per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera» e «Precisazione della partecipazione ai costi in caso di maternità» (pacchetto Prestazioni assicurazione malattie);
- un pacchetto contenente modifiche nel settore del diritto in materia di medicamenti comprende, fra i diversi adeguamenti, le misure «Riesame differenziato dei criteri EAE», «Processo di designazione e rimunerazione delle vaccinazioni», «Modelli di prezzo e restituzioni», «Deroga all'accesso ai documenti ufficiali concernenti l'importo, il calcolo e le modalità delle restituzioni», «Rimunerazione temporanea dei medicamenti» e «Modelli di ripercussioni sui costi» (pacchetto Diritto in materia di medicamenti);
- la misura «Utilizzo dei dati degli assicurati da parte degli assicuatori» sarà attuata nel quadro di una revisione dell'ordinanza del 18 novembre 2015 sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (OVAMal; RS 832.121).

Le altre misure non necessitano di disposizioni attuative, o perlomeno non nell'immediato, salvo l'elaborazione da parte dei partner tariffali di uno standard uniforme a livello nazionale per la trasmissione elettronica delle fatture.

## 2 Consultazione

La modifica proposta è soggetta a consultazione ai sensi dell'articolo 3 capoverso 1 lettera d della legge del 18 marzo 2005 sulla consultazione (LCo; RS 172.061).

## 3 Diritto comparato, in particolare rapporto con il diritto europeo

Nell'ambito del messaggio è stato analizzato il rapporto con il diritto estero, in particolare di Germania, Francia e Austria. Il confronto non è stato ripetuto in occasione della presente modifica dell'OAMal.

---

<sup>1</sup> <https://www.bag.admin.ch> > Pagina iniziale > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Contenimento dei costi > Misure di contenimento dei costi Rapporto del gruppo di esperti del 24.08.2017 (disponibile in tedesco e francese).

## 4 Punti essenziali del progetto – La normativa proposta nella LAMal

### 4.1 Prestazioni fornite dai farmacisti

Nel quadro dell'adozione del secondo pacchetto è stato deliberato l'adeguamento delle prestazioni fornite dai farmacisti (di seguito «prestazioni dei farmacisti») nella LAMal (art. 25 cpv. 2 lett. h e art. 26 nLAMal). Attualmente le prestazioni dei farmacisti si limitano alla dispensazione di medicamenti e all'esecuzione di analisi, nell'ambito delle cure di base, prescritte da un altro fornitore di prestazioni. La dispensazione di medicamenti rimane invariata. D'ora in poi i farmacisti potranno fornire ulteriori prestazioni a carico dell'AOMS. Fra queste rientrano prestazioni farmaceutiche volte a ottimizzare la terapia farmacologica prescritta dal medico e l'adesione alla terapia nonché la conseguente esecuzione od ordinazione di analisi e consegna di mezzi e apparecchi diagnostici e terapeutici, purché siano fornite nell'ambito di una consultazione interprofessionale con il medico curante (art. 25 cpv. 2 lett. h n. 2 nLAMal). Le prestazioni di medicina preventiva potranno inoltre essere effettuate anche da un farmacista, senza prescrizione medica, nel quadro di programmi organizzati su scala nazionale o cantonale (art. 26 cpv. 2 nLAMal). Le nuove prestazioni dei farmacisti devono essere verificate in termini di efficacia, appropriatezza ed economicità (EAE) e indicate dal Dipartimento federale dell'interno (DFI) nell'ordinanza del 29 settembre 1995 sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31).

La modifica introdotta negli articoli 25 capoverso 2 lettera h e 26 nLAMal richiede adeguamenti dell'OAMal. L'articolo 54 capoverso 1 OAMal riguardante le condizioni per l'autorizzazione di laboratori deve essere modificato. Le officine di farmacisti sono ammesse come laboratori medici. Tale ammissione è ora estesa alle analisi effettuate nell'ambito delle cure di base per il proprio bisogno. Inoltre l'articolo 62 OAMal (designazione separata di determinate analisi) deve essere completato con l'aggiunta delle nuove analisi che possono essere prescritte dai farmacisti. Il tipo di prestazione, il gruppo target, la fase nel processo terapeutico e altri requisiti specifici relativi ai fornitori di prestazioni devono invece essere specificati nell'OPre. Infine vi è un adeguamento redazionale minore degli articoli 54 e 62 OAMal.

### 4.2 Ampliamento delle prestazioni delle levatrici

In seguito a un'impulso parlamentare e nel quadro delle deliberazioni tenutesi in sede di esame del secondo pacchetto, è stata adeguata la disposizione dell'articolo 29 LAMal. È stata apportata una modifica strutturale che consente alle levatrici di fatturare maggiori prestazioni a carico dell'AOMS.

Il capoverso 2 comprende le prestazioni in caso di maternità erogate da tutti i fornitori di prestazioni interessati (principalmente medici e levatrici) alla madre e al figlio sano durante la gravidanza con decorso normale e senza complicazioni, la nascita e il post-parto.

Il nuovo capoverso 3 elenca le prestazioni fornite dalle levatrici in caso di malattia della madre e del figlio durante la gravidanza, la nascita e il post-parto. Le prestazioni degli altri fornitori in questo campo continuano a essere disciplinate, come avviene oggi, dagli articoli 25 e 25a LAMal.

È quindi necessario apportare degli adeguamenti anche a livello di ordinanza. Le disposizioni interessate sono gli articoli 33 lettera d e 62 capoverso 1 lettera c OAMal.

Il DFI designa le prestazioni fornite in caso di maternità. In tale contesto definisce le prestazioni delle levatrici in un elenco positivo esaustivo. L'enumerazione all'articolo 33 lettera d OAMal è quindi completata nella disposizione con la menzione del nuovo capoverso 3 dell'articolo 29 nLAMal. L'adeguamento si rende necessario in considerazione della modifica dell'articolo 29 capoversi 2 e 3 LAMal.

Per quanto riguarda l'articolo 62 capoverso 2 lettera bOAMal e la designazione da parte del DFI delle analisi prescritte dalle levatrici, l'enumerazione è completata con la menzione del nuovo capoverso 3 dell'articolo 29 LAMal, che sancisce nella legislazione le analisi prescritte dalle levatrici in caso di malattia tanto per la madre quanto per il figlio. Tale delega di competenze è necessaria in virtù dell'adeguamento dell'articolo 29 capoversi 2 e 3 LAMal.

#### **4.3 Tariffe di riferimento eque per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera**

Con la modifica della LAMal del 21 marzo 2025 si è deciso di disciplinare più dettagliatamente la fissazione da parte dei Cantoni delle tariffe di riferimento per le cure ospedaliere dispensate in un ospedale a scelta ubicato in un altro Cantone (art. 41 cpv. 1<sup>bis</sup> nLAMal).

Finora la tariffa di riferimento, vale a dire la tariffa determinante per le cure ospedaliere prestate in strutture extra cantonali, era definita fondamentalmente in base alla discrezionalità dei Cantoni. La fissazione di tariffe di riferimento in parte molto basse può però compromettere la libera scelta dell'ospedale da parte degli assicurati e l'auspicata concorrenza inter cantonale tra gli ospedali. In questi casi sono gli assicurati a dover pagare di tasca propria i costi supplementari delle cure ospedaliere dovuti alla differenza tra la tariffa dell'ospedale prescelto e la tariffa di riferimento più bassa. Questo spinge l'assicurato a farsi curare soltanto in ospedali figuranti nell'elenco del Cantone di domicilio, anche quando una struttura extra cantonale potrebbe essere più conveniente o qualitativamente migliore. La modifica di legge intende apportare chiarezza in materia di definizione delle tariffe di riferimento e promuovere ulteriormente la concorrenza tra gli ospedali.

La pianificazione ospedaliera dei Cantoni, oltre a indirizzare l'offerta, ha lo scopo di identificare e includere nei rispettivi elenchi cantonali gli ospedali necessarie a garantire le cure. Se gli altri requisiti, come la qualità delle prestazioni, sono soddisfatti, si devono essenzialmente selezionare gli ospedali in grado di fornire le prestazioni al prezzo più vantaggioso possibile. Se il Cantone inserisce un ospedale nell'elenco, la tariffa di questo ospedale all'interno del Cantone secondo l'articolo 49 LAMal dovrà essere rimunerata anche in un ospedale extra cantonale, posto che il trattamento sia analogo e non si superi la tariffa dell'ospedale curante extra cantonale.

L'articolo 41 capoverso 1<sup>bis</sup> nLAMal stabilisce pertanto che i governi cantonali debbano fissare tariffe di riferimento per le cure ospedaliere dispensate in altri Cantoni basandosi sulla tariffa applicata per una cura analoga in un ospedale figurante nell'elenco del Cantone di domicilio. La mozione 18.3388 «Tariffe di riferimento eque per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera», a cui si rifà la modifica di legge, chiede che per un ospedale di «tipologia» identica sia versata la «tariffa massima» prevista nel Cantone di domicilio, ma al massimo la tariffa dell'ospedale scelto. Sebbene si punti a rafforzare il più possibile la concorrenza e quindi l'efficienza, tale concorrenza dovrebbe riguardare prestazioni e fornitori di prestazioni analoghi. Per questo motivo la legge incarica il Consiglio federale di disciplinare i dettagli, in particolare le modalità di definizione della tariffa di riferimento e delle prestazioni analoghe. Inoltre, grazie a questa

regolamentazione i Cantoni hanno un ulteriore incentivo ad accettare, per cure analoghe, soltanto tariffe secondo l'articolo 49 LAMal rientranti in una fascia di prezzo ristretta anche all'interno dei confini cantonali anziché concedere a singoli ospedali tariffe superiori al necessario, dato che altrimenti dovrebbero riconoscere queste tariffe superiori anche a tutti gli ospedali al di fuori del Cantone.

La modifica introdotta all'articolo 41 capoverso 1<sup>bis</sup> nLAMal richiede adeguamenti dell'OAMal. Nei nuovi articoli 35b e 35c si stabiliscono, come richiesto dalla legge, le modalità di definizione delle tariffe di riferimento e delle prestazioni analoghe. I nuovi articoli dell'AP-OAMal s'inseriscono sotto al titolo 3 «Prestazioni», capitolo 2 «Entità della rimunerazione».

#### **4.4 Partecipazione ai costi in caso di maternità**

Con l'adozione del secondo pacchetto, la disposizione dell'articolo 64 capoverso 7 nLAMal è stata modificata includendo l'esenzione dalla partecipazione ai costi per le prestazioni di cui agli articoli 25, 25a e 29 LAMal dal primo giorno della gravidanza. Il campo di applicazione copre anche le prestazioni per infermità congenite (art. 27), infortuni (art. 28) e interruzione non punibile della gravidanza (art. 30).

Nel quadro delle deliberazioni parlamentari successive, sono state apportate due precisazioni alla disposizione.

La prima riguarda il metodo di accertamento dell'inizio della gravidanza. La versione iniziale prevedeva l'ecografia. Nella pratica, tuttavia, si utilizzano diversi metodi, per cui è sufficiente un'indicazione generale in questo contesto. La menzione del metodo di accertamento è stata quindi stralciata, lasciando soltanto l'indicazione «a partire dall'inizio della gravidanza», affinché anche le levatrici, che non effettuano ecografie a carico dell'AOMS, possano accettare l'inizio della gravidanza.

Inoltre, in un secondo momento la disposizione è stata adeguata anche in merito ai fornitori di prestazioni idonei ad accettare l'inizio della gravidanza: oltre ai medici, sono state aggiunte anche le levatrici.

Di conseguenza, nel quadro di questa revisione occorre adattare l'articolo 105 capoverso 1 OAMal, indicando anche a livello di ordinanza la levatrice come fornitrice di prestazioni che può accettare l'inizio della gravidanza. La menzione dell'inizio della gravidanza deve essere riportata nella fattura dell'assicurata, consentendole l'esenzione dalla partecipazione ai costi alle condizioni indicate dall'articolo 64 capoverso 7 LAMal, vale a dire dal primo giorno della gravidanza.

### **5 Commento ai singoli articoli – Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)**

#### **5.1 Prestazioni fornite dai farmacisti**

Gli articoli 25 capoverso 2 lettera h numero 2 e 26 nLAMal creano la base legale necessaria per consentire ai farmacisti di erogare ulteriori prestazioni a carico dell'AOMS. Questi ultimi possono eseguire o prescrivere analisi connesse a prestazioni farmaceutiche volte a ottimizzare la terapia farmacologica prescritta dal medico e l'adesione alla terapia, purché ciò avvenga nell'ambito di una consultazione interprofessionale con il medico curante (art. 25 cpv. 2 lett. h n. 2 nLAMal). Inoltre, possono effettuare esami o

misure di medicina preventiva senza prescrizione medica nel quadro di programmi organizzati su scala nazionale o cantonale secondo l'articolo 64 capoverso 6 lettera d LAMal (art. 26 nLAMal).

#### *Art. 54 cpv. 1, 2 e 3, frase introduttiva*

L'articolo 54 OAMal è rielaborato sul piano redazionale come segue.

Il denominatore comune dei laboratori elencati all'articolo 54 capoverso 1 OAMal è il fatto che riguardano l'ambito delle cure di base. Questo elemento viene ora esplicitato nella frase introduttiva. Occorre anche uniformare il rinvio all'articolo 62 OAMal («analisi attinenti all'ambito delle cure di base secondo l'articolo 62 capoverso 1»). Inoltre nei capoversi 1, 2 e 3, la formulazione tedesca «sind zugelassen» è sostituita con «werden zugelassen», per rispecchiare in maniera più chiara la necessità di una procedura di autorizzazione formale.

#### *Art. 54 cpv. 1 lett. d OAMal (nuova)*

L'articolo 54 capoverso 1 OAMal è integrato con una lettera d affinché l'officina del farmacista sia autorizzata a eseguire le analisi che ora anche i farmacisti possono effettuare ai sensi delle disposizioni modificate della LAMal (art. 25 cpv. 2 lett. h n. 2 e art. 26 nLAMal). Rimane invariata la condizione vigente secondo cui l'officina è autorizzata come laboratorio per le analisi attinenti all'ambito delle cure di base secondo l'articolo 62 capoverso 1 lettera a OAMal eseguite su prescrizione di un altro fornitore di prestazioni. Ora, a determinate condizioni, le officine possono eseguire analisi attinenti all'ambito delle cure di base anche per il proprio bisogno, fermo restando che è sempre necessario che il DFI, in virtù dell'articolo 62 capoverso 1 lettere c o d OAMal, abbia stabilito che tali analisi possono essere prescritte da un farmacista.

#### *Art. 62 cpv. 1 OAMal*

L'aggiunta di elementi nel nuovo capoverso 2 dell'articolo 62 OAMal (v. sotto) offre l'occasione di suddividere l'articolo in due capoversi. Il capoverso 1 riformulato contiene ora soltanto la disposizione finora contemplata dal capoverso 1 lettera a secondo cui il DFI designa le analisi attinenti all'ambito delle cure di base. Le norme finora contenute nel capoverso 1 che indicano chi può prescrivere quali analisi (art. 62 cpv. 1 lett. b e c OAMal) sono ora spostate nel nuovo capoverso 2 (art. 62 cpv. 2 lett. a e b OAMal).

#### *Art. 62 cpv. 2 lett. c e d OAMal (nuove)*

Nelle nuove lettere c e d dell'articolo 62 capoverso 2 OAMal si sancisce che le analisi che possono essere prescritte dai farmacisti in virtù dell'articolo 25 capoverso 2 lettera h numero 2 nLAMal (lett. c) e dell'articolo 26 capoverso 2 nLAMal (lett. d) devono essere designate dal DFI. Possono soddisfare questi requisiti soltanto le analisi connesse a prestazioni stabilite nell'OPre.

Secondo il diritto vigente, il DFI dispone già della competenza di emanare un elenco delle analisi con tariffa (art. 52 cpv. 1 lett. a n. 1 LAMal) ed è autorizzato a stabilire requisiti supplementari riguardo a installazioni, qualifica e perfezionamento della direzione e del personale di laboratorio per l'esecuzione di determinate analisi (art. 54 cpv. 4 OAMal) e prevedere limitazioni per talune analisi (art. 73 OAMal). Pertanto la competenza di stabilire le analisi in questione spetta al DFI e la designazione avviene all'interno dell'OPre.

## 5.2 Ampliamento delle prestazioni delle levatrici

### *Art. 33 lett. d OAMal*

L'ampliamento delle prestazioni delle levatrici si basa sull'articolo 33 capoverso 2 nLAMal. L'enumerazione è completataa con la menzione del nuovo capoverso 3 dell'articolo 29 nLAMal, integrando così l'indicazione della presa a carico delle prestazioni in caso di malattia effettuate dalle levatrici. Come per le altre prestazioni non mediche, anche quelle fornite dalle levatrici devono essere specificate nel contesto di elenchi positivi esaustivi. Con l'adeguamento dell'articolo 29 capoversi 2 e 3 nLAMal è possibile creare tale contesto, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale.

### *Art. 62 cpv. 2 lett. b OAMal*

L'enumerazione è completata con la menzione del nuovo capoverso 3 dell'articolo 29 nLAMal, sancendo così nella legislazione le analisi prescritte dalle levatrici in caso di malattia della madre e del figlio. Come per le altre prestazioni non mediche, anche quelle fornite dalle levatrici devono essere specificate nel contesto di elenchi positivi esaustivi. Con l'adeguamento dell'articolo 29 capoversi 2 e 3 nLAMal è possibile creare tale contesto, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale.

## 5.3 Tariffe di riferimento eque per la libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera

### *Art. 35b OAMal (nuovo)*

L'articolo 35b AP-OAMal descrive la definizione delle tariffe di riferimento per le cure ospedaliere analoghe dispensate in un ospedale a scelta fuori dal proprio Cantone.

Il capoverso 1 stabilisce che ciascun Cantone deve definire annualmente tariffe di riferimento ai sensi dell'articolo 41 capoverso 1<sup>bis</sup> della legge per le cure ospedaliere dispensate in un ospedale a scelta che non figura nel proprio elenco degli ospedali ma figura in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale e specifica che le tariffe di riferimento devono essere distinte almeno per i tre settori di medicina somatica acuta, di psichiatria e di riabilitazione. Questa differenziazione è necessaria perché nei tre settori vigono sistemi di tariffazione<sup>2</sup> diversi. Si tratta, sia dal punto di vista medico sia in termini di tariffazione, di prestazioni non analoghe ai sensi dell'articolo 41 capoverso 1<sup>bis</sup> nLAMal (quarto periodo), che richiedono pertanto tariffe di riferimento separate. Tale differenziazione è prevista già oggi nelle raccomandazioni della Conferenza delle direttive e dei direttori cantonali della sanità (CDS)<sup>3</sup>.

Il capoverso 2 lascia ai Cantoni la possibilità di differenziare ulteriormente le tariffe di riferimento. Questo ha il pregio di consentire una delimitazione ancora più precisa delle cure analoghe. Già oggi diversi Cantoni indicano le loro tariffe di riferimento distinguendole ulteriormente in base a vari criteri. La differenziazione di cui al capoverso 2 deve

<sup>2</sup> Strutture tariffali SwissDRG, TARPSY e ST Reha.

<sup>3</sup> Conferenza delle direttive e dei direttori cantonali della sanità CDS. Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei statio-nären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG (raccomandazione 3.2 a pag. 6). Disponibile (in tedesco e francese) al link [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > Gesundheitsversorgung > Spitäler > Finanzierung > Ausserkantonale Hospitalisation.

essere effettuata obbligatoriamente in base ai gruppi di prestazioni definiti dai Cantoni nell'ambito della loro pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 58f capoverso 3.

Ai fini della definizione delle tariffe di riferimento, questi gruppi di prestazioni, talvolta molto eterogenei, possono essere riuniti dal Cantone in combinazioni di gruppi di prestazioni.

Il capoverso 3 stabilisce che per questi raggruppamenti devono essere determinanti i criteri medici; in altre parole, l'unione di gruppi in una combinazione deve seguire una logica medica e riguardare per esempio specialità mediche affini o correlate.

Il capoverso 4 contempla la situazione speciale in cui per un settore, un gruppo di prestazioni o una combinazione di gruppi di prestazioni non figuri alcun ospedale nell'elenco di un Cantone. In questo caso decade l'obbligo previsto dai capoversi 1 e 2 di definire una tariffa di riferimento per tale settore. Se nessuno degli ospedali figuranti nell'elenco di un determinato Cantone offre le prestazioni necessarie, il Cantone deve comunque autorizzare l'applicazione della tariffa del fornitore di prestazioni scelto (art. 41 cpv. 1<sup>bis</sup> lett. b n. 2 nLAMal).

Il capoverso 5 stabilisce che le tariffe di riferimento definite annualmente dal Cantone devono essere pubblicate e che la pubblicazione deve avvenire entro il 1° gennaio di ogni anno. Queste disposizioni corrispondono alle raccomandazioni della CDS sulla definizione delle tariffe di riferimento<sup>4</sup>.

#### *Art. 35c OAMal (nuovo)*

L'articolo 35c AP-OAMal descrive l'ammontare della tariffa di riferimento per le cure ospedaliere in strutture a scelta ubicate in altri Cantoni.

Il capoverso 1 lettera a sancisce il principio secondo cui le tariffe di riferimento per una cura dispensata in una struttura a scelta situata in un altro Cantone devono sempre corrispondere alla tariffa più alta applicata negli ospedali che dispongono di un mandato di prestazioni del Cantone nel settore stabilito dal Cantone secondo l'articolo 35b AP-OAMal ovvero per il gruppo di prestazioni o per la combinazione di gruppi di prestazioni. Questo rispecchia l'intenzione del legislatore di accrescere la libertà di scelta delle persone assicurate e di rafforzare la concorrenza inter ospedaliera. Rappresenta inoltre un ulteriore incentivo per il Cantone a selezionare per il proprio elenco di ospedali quei fornitori di prestazioni in grado di offrire una determinata cura al prezzo più vantaggioso possibile. Se il Cantone è disposto a includere nel suo elenco un determinato ospedale che richiede una tariffa più elevata, non vi è alcun motivo per non pagare la stessa tariffa anche in un ospedale al di fuori del Cantone, a condizione che la cura sia analoga e che non venga superata la tariffa dell'ospedale curante extra cantonale. Più i gruppi di prestazioni di cui all'articolo 35b nOAMal sono differenziati, più basse saranno le tariffe di riferimento, poiché diminuisce il numero di ospedali per gruppo di prestazioni e di conseguenza tendenzialmente anche la tariffa massima fra di loro.

Il capoverso 1 lettera b consente ai Cantoni di derogare al principio di cui al capoverso 1 lettera a. Il motivo è l'intento di avere una concorrenza tra prestazioni e fornitori

---

<sup>4</sup> Conferenza delle diretrici e dei direttori cantonali della sanità CDS. Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei statio-nären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG (raccomandazione 3.3 a pag. 6). Disponibile (in tedesco e francese) al link [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > Gesundheitsversorgung > Spitäler > Finanzierung > Ausserkantonale Hospitalisation.

di prestazioni comparabili. I gruppi di prestazioni nel quadro della pianificazione ospedaliera includono spesso anche ospedali di livello superiore che operano in moltissimi settori di prestazioni diversi e spesso hanno tariffe più alte di altre strutture. Questo perché finora non è stato del tutto possibile riprodurre in modo adeguato nella struttura tariffale i costi specifici di detti ospedali.

Laddove il Cantone decida di derogare al principio di cui al capoverso 1 lettera a, in virtù del capoverso 1 lettera b deve procedere come segue.

- Ai sensi del numero 1, il Cantone deve dapprima escludere dal calcolo delle tariffe di riferimento le tariffe per gli ospedali qualificati in medicina altamente specializzata che a volte risultano particolarmente elevate. Secondo il capoverso 2 è considerato ospedale qualificato in medicina altamente specializzata un ospedale che dispone di almeno otto mandati di prestazioni in virtù dell'articolo 39 capoverso 1 lettera e LAMal. Esistono anche ospedali che dispongono unicamente di singoli mandati di prestazioni di medicina altamente specializzata. Questi non devono rientrare nell'auspicata definizione dinamica – non intesa a mantenere le strutture esistenti – di ospedale di livello superiore. Deve pertanto essere presente un numero considerevole di mandati di prestazioni. Fa fede l'elenco di ospedali di tutta la Svizzera vigente di volta in volta (art. 39 cpv. 2<sup>bis</sup> LAMal). Nel caso eccezionale in cui per un gruppo di prestazioni vi siano soltanto ospedali qualificati in medicina altamente specializzata che dispongono di un mandato di prestazioni del Cantone, si applica il principio previsto al capoverso 3, secondo cui si tiene conto della tariffa più alta fra loro.
- Il numero 2 considera la situazione che può verificarsi quando per esempio in un Cantone vi sono un ospedale molto grande, qualificato e operante in una vasta gamma di prestazioni di medicina altamente specializzata con un numero molto elevato di casi, e singoli piccoli ospedali con un numero relativamente esiguo di casi e tariffe potenzialmente molto più basse. La determinazione delle tariffe di riferimento esclusivamente ai sensi della lettera a (escludendo quindi la tariffa dell'ospedale qualificato in medicina altamente specializzata) comporterebbe tariffe di riferimento potenzialmente non rappresentative dell'insieme di prestazioni erogate in questo Cantone, ovvero notevolmente troppo basse. Se vuole derogare al principio di cui al capoverso 1 lettera a e avvalersi della possibilità di determinazione alternativa secondo il capoverso 1 lettera b, il Cantone deve calcolare anche una media ponderata in base al numero di casi delle tariffe degli ospedali operanti nei gruppi di prestazioni stabiliti dal Cantone. Secondo il capoverso 4, per la ponderazione è determinante il numero di casi registrati nei singoli ospedali per settore, per gruppo di prestazioni oppure per combinazione di gruppi di prestazioni per la popolazione residente permanente del Cantone. Già oggi la CDS raccomanda<sup>5</sup> di applicare una tariffa ponderata in base ai flussi di pazienti fondata sulle tariffe rilevanti degli ospedali che figurano nell'elenco del Cantone di domicilio delle persone curate.
- La tariffa di riferimento corrisponde alla tariffa più alta risultante dalla procedura ai sensi del capoverso 1 lettera b numero 1 o 2 se il Cantone vuole avvalersi della possibilità di deroga al principio di cui alla lettera a del capoverso 1.

<sup>5</sup> Conferenza delle diretrici e dei direttori cantonali della sanità CDS. Empfehlungen zum Verfahren betreffend die Beiträge der Kantone bei statio-nären Behandlungen ausserhalb der kantonalen Spitalliste nach Artikel 41 Absatz 3 KVG (raccomandazione 3.1 a pag. 6). Disponibile (in tedesco e francese) al link [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > Gesundheitsversorgung > Spitäler > Finanzierung > Ausserkantonale Hospitalisation.

Il Cantone non deve stabilire le tariffe di riferimento per tutti i settori, gruppi di prestazioni o combinazioni di gruppi di prestazioni in modo uniforme secondo la lettera a o la lettera b del capoverso 1. Può pertanto definire la tariffa di riferimento per taluni gruppi di prestazioni o loro combinazioni secondo il principio sancito alla lettera a del capoverso 1 e per altri gruppi di prestazioni o loro combinazioni secondo la lettera b.

Per un determinato ospedale possono esistere diverse tariffe in ragione delle diverse comunità di acquisti degli assicuratori. La procedura in questo caso non è disciplinata in modo esplicito nell'ordinanza. Il Cantone avrebbe la possibilità di differenziare le tariffe di riferimento in base a diverse comunità di acquisti o singoli assicuratori applicando le disposizioni dell'articolo 35c OAMal. Per motivi di praticità e chiarezza, un Cantone può però anche decidere di stabilire soltanto una tariffa di riferimento per tutte le comunità di acquisti e tutti gli assicuratori, sempre nel rispetto dei requisiti di cui all'articolo 35c OAMal. In questo caso è determinante quindi la tariffa più alta di un ospedale concordata con una comunità di acquisti o un assicuratore.

Neppure la fattispecie delle tariffe provvisorie è disciplinata esplicitamente, vale a dire il caso in cui al momento della fissazione della tariffa di riferimento non vi è ancora alcuna tariffa approvata per il periodo in questione oppure sono pendenti procedure di ricorso contro la fissazione delle tariffe. In questo caso è possibile che in un ospedale si applichi a posteriori una tariffa definitiva diversa da quella provvisoria o da quella del periodo precedente assunta come base per fissare le tariffe di riferimento. Tali modifiche potrebbero comportare, se influiscono anche sulla fissazione della tariffa di riferimento, variazioni nell'entità dell'assunzione dei costi anche per gli ospedali extra cantonali, ossia ospedali che non sono per nulla interessati dalle incertezze citate (tariffe provvisorie). Per motivi di praticità si può supporre che una tariffa di riferimento fissata dal Cantone in buona fede e applicando le informazioni disponibili in quel momento (tariffe provvisorie, tariffe del periodo precedente) per un determinato periodo mantenga la sua validità anche se in seguito si constata che, applicando le tariffe definitive, l'importo sarebbe stato diverso. In tal caso il Cantone dovrebbe adeguare la tariffa di riferimento nel primo periodo successivo possibile dopo essere venuto a conoscenza delle nuove informazioni.

## **5.4 Partecipazione ai costi in caso di maternità**

*Art. 105 OAMal*

L'indicazione «il medico o la levatrice» si rende necessaria in considerazione dell'adeguamento dell'articolo 64 capoverso 7 lettera b LAMal. L'aggiunta delle levatrici ai fornitori di prestazioni autorizzati ad accettare l'inizio della gravidanza deriva dall'adeguamento confermato in sede di dibattiti parlamentari.

# **6 Ripercussioni**

## **6.1 Ripercussioni per la Confederazione**

### **Ripercussioni finanziarie**

Le misure del secondo pacchetto hanno lo scopo di contribuire a contenere l'aumento dei costi nell'AOMS a un livello giustificato da motivi medici e, di conseguenza, attenuare la crescita dei premi. I maggiori risparmi sui costi per l'AOMS sono previsti in

relazione ai modelli di prezzo, al riesame differenziato dei criteri EAE e ai modelli di ripercussioni sui costi, ma nessuna di queste misure è attuata con il presente progetto.

Per quanto riguarda le tariffe di riferimento eque, le ripercussioni finanziarie sull'AOMS sono difficili da quantificare. A medio termine sono possibili risparmi se i Cantoni reagissero a una maggiore mobilità dei pazienti adeguando le loro prassi di approvazione tariffaria e pianificazione ospedaliera.

Si prevedono invece lievi costi supplementari a carico dell'AOMS per le prestazioni dei farmacisti in termini di vaccinazioni e consulenze. In questo caso si ha uno spostamento dei costi dai Cantoni e dai pazienti che sostengono direttamente in proprio le spese all'AOMS. Per le nuove prestazioni dei farmacisti sono tuttavia attesi anche risparmi dovuti a un aumento dell'efficienza nell'assistenza ai pazienti, il cui importo non è tuttavia stimabile.

Anche le prestazioni delle levatrici e la partecipazione ai costi in caso di maternità dovrebbero determinare un leggero onere supplementare per l'AOMS. Non è tuttavia possibile effettuarne una stima precisa.

Le cifre del 2018 mostrano che per tutte le prestazioni interessate dalla soppressione della partecipazione ai costi e per le quali è prevista la revisione, gli assicuratori dovrebbero farsi carico di circa 28 milioni di franchi in più all'anno.

Per quanto riguarda le prestazioni effettuate dalle levatrici nel quadro della revisione dell'articolo 29 LAMal, le ripercussioni finanziarie di questo ampliamento non sono quantificabili, ma è probabile che vi sarà un lieve effetto di incremento dei costi.

Nel complesso il progetto potrebbe determinare un leggero onere supplementare per la Confederazione, dal momento che l'estensione prevista dell'assunzione dei costi da parte dell'AOMS comporta un aumento delle spese lorde dell'AOMS. In questo modo aumenterebbe automaticamente anche il contributo federale alla riduzione dei premi da parte dei Cantoni di cui all'articolo 65 LAMal, poiché tale contributo ammonta, ai sensi dell'articolo 66 capoverso 2 LAMal, al 7,5 per cento delle spese lorde dell'AOMS. Tuttavia, grazie al rafforzamento della concorrenza nel settore ospedaliero e alle competenze aggiuntive per le farmacie, sono attesi a medio termine alcuni guadagni in termini di efficienza.

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

Il Consiglio federale ha già stanziato delle risorse nel quadro del programma di contenimento dei costi adottato il 28 marzo 2018. L'attuazione delle misure del presente progetto non introduce compiti supplementari per l'Amministrazione federale, fatta eccezione per l'elaborazione del diritto esecutivo.

## **6.2 Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni, per le Città, gli agglomerati e le regioni di montagna**

Le misure dovrebbero avere ripercussioni dirette minime per i Cantoni e i Comuni, come pure per le Città, gli agglomerati e le regioni di montagna. Per tutte le misure, il contenimento dei costi farà sì che, in linea di principio, gli assicurati pagheranno meno premi e i Cantoni dovranno concedere meno riduzioni dei premi.

Per quanto riguarda le prestazioni fornite dai farmacisti nell'ambito dei programmi di prevenzione, gli oneri per i Cantoni potrebbero essere ridotti per quei Cantoni che finora si sono fatti carico delle prestazioni nel quadro degli esami delle feci come parte dei programmi cantonali di prevenzione del tumore del colon/retto.

L'impostazione delle tariffe di riferimento per le cure ospedaliere dispensate al di fuori del Cantone può comportare lievi variazioni nei flussi finanziari dovute all'aumento dei trattamenti ospedalieri stazionari fuori dal proprio Cantone.

## **6.3 Ripercussioni sull'economia**

Le ripercussioni di questo progetto sull'economia possono essere considerate ridotte, tanto più che alcune misure dovrebbero comportare lievi costi supplementari per l'AOMS e altre generare lievi risparmi.

Considerando gli oltre 80 miliardi di franchi spesi annualmente per il settore sanitario, questo progetto non riveste una particolare importanza economica.

## **6.4 Ripercussioni sulla società**

La Svizzera vanta un sistema sanitario efficiente e i pazienti sono molto soddisfatti della sua qualità e utilità. Nel raffronto internazionale, lo stato di salute della popolazione è buono e l'accesso al sistema sanitario è garantito. Ciò va mantenuto.

Le novità proposte possono comportare occasionalmente sgravi o miglioramenti per le persone assicurate.

# **7 Aspetti giuridici**

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

Le disposizioni esecutive per l'attuazione del secondo pacchetto persegono principalmente un obiettivo interno della Svizzera: il controllo dell'evoluzione dei costi nell'AOMS. Sono interessati soprattutto i soggetti pertinenti in Svizzera, ovvero Cantoni, fornitori di prestazioni, assicuratori e assicurati.

Queste disposizioni sono compatibili con gli obblighi internazionali della Svizzera derivanti dall'Accordo del 21 giugno 1999<sup>6</sup> tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e

---

<sup>6</sup> RS 0.142.112.681

la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALC) e dall'allegato K della Convenzione del 4 gennaio 1960<sup>7</sup> istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (AEELS). Sulla base dell'ALC e della Convenzione AEELS rivista, la Svizzera emana disposizioni equivalenti a quelle dell'UE in materia di coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, in particolare i regolamenti (CE) n. 883/2004<sup>8</sup> e (CE) n. 987/2009<sup>9</sup>.

Questo diritto non mira ad armonizzare i sistemi nazionali di sicurezza sociale. Gli Stati sono liberi di determinare in ampia misura la struttura concreta, il campo d'applicazione personale, le modalità di finanziamento e l'organizzazione dei loro sistemi di sicurezza sociale. Tuttavia, devono osservare i principi di coordinamento come la parità di trattamento tra i propri cittadini e quelli delle altre parti contraenti, la determinazione della legislazione applicabile, la totalizzazione dei periodi di assicurazione e la garanzia dei diritti acquisiti. Il presente progetto non tange questi principi.

Il progetto è compatibile anche con gli altri impegni internazionali della Svizzera.

## 7.2 Forma dell'atto

È mantenuta la forma dell'atto vigente.

## 7.3 Subdelega di competenze legislative

L'articolo 96 LAMal conferisce al Consiglio federale la competenza generale di emanare disposizioni di esecuzione nel settore dell'assicurazione sociale malattie. Nel presente pacchetto vengono create o estese due nuove subdeleghe. Ai sensi dell'articolo 33 lettera d OAMal, il DFI, sentita la commissione competente, designa le misure di medicina preventiva, le prestazioni di maternità e le cure dentarie. Il DFI potrà inoltre designare le analisi che possono essere prescritte dalle levatrici in virtù dell'articolo 29 capoversi 2 e 3 LAMal e dai farmacisti conformemente all'articolo 25 capoverso 2 lettera h numero 2 e all'articolo 26 capoverso 2 LAMal.

---

<sup>7</sup> RS **0.632.31**

<sup>8</sup> Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nella versione vincolante per la Svizzera in virtù dell'allegato II dell'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (RS **0.142.112.681**) (una versione consolidata, non vincolante, di questo regolamento è disponibile nella RS **0.831.109.268.1**) e nella versione vincolante per la Svizzera in virtù dell'appendice 2 dell'allegato K della Convenzione del 4 gennaio 1960 istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (AEELS) (RS **0.632.31**).

<sup>9</sup> Regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009, che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nella versione vincolante per la Svizzera in virtù dell'allegato II dell'ALCP (una versione consolidata, non vincolante, di questo regolamento è disponibile nella RS **0.831.109.268.11**) e nella versione vincolante per la Svizzera in virtù dell'appendice 2 dell'allegato K della Convenzione AEELS.

## 7.4 Protezione dei dati

Ai fini della protezione dei dati non occorre alcun disciplinamento supplementare in quanto, secondo le disposizioni della legge federale del 25 settembre 2020 sulla protezione dei dati (LPD; RS 235.1) e dell'articolo 84b LAMal, gli assicuratori e i fornitori di prestazioni sono tenuti a prendere i necessari provvedimenti tecnici e organizzativi. Essi elaborano un regolamento per il trattamento dei dati. In tale regolamento possono essere inserite anche disposizioni sulla trasmissione elettronica delle fatture. Poiché i dati sanitari sono considerati degni di particolare protezione ai sensi della LPD, il loro trattamento implica l'adozione di misure speciali (trasmissione criptata, procedura di autenticazione a più fattori) che devono essere prese in considerazione dai partner tariffali nel quadro dell'elaborazione di uno standard uniforme per tutta la Svizzera che garantisca la sicurezza dei dati. In sede di elaborazione di questo standard uniforme, i partner tariffali devono tenere conto anche degli obblighi sanciti nella legge sulla protezione dei dati totalmente rivista, in virtù della quale per un progetto di questo tipo occorre effettuare previamente una valutazione d'impatto sulla protezione dei dati<sup>10</sup> (cfr. art. 22 nLPD e FF 2022 2427 – Modifica della LAMal [Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 2]).

## 8 Entrata in vigore

Le modifiche dovrebbero entrare in vigore il 1° gennaio 2027.

---

<sup>10</sup> [bj.admin.ch](http://bj.admin.ch) > Pagina iniziale > [Stato & Cittadino](#) > [Protezione dei dati](#) > [Informazioni destinate agli organi federali](#)