



17.480

Iniziativa parlamentare

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

Risultati della consultazione

Berna, aprile 2025



.....

Indice

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Situazione iniziale | 3 |
| 2 | Procedura di consultazione e principi di valutazione | 3 |
| 2.1 | Pareri ricevuti..... | 3 |
| 2.2 | Principi di valutazione..... | 4 |
| 3 | Sintesi dei pareri | 4 |
| 4 | Pareri | 5 |
| 4.1 | Contrari, quindi sostegno della minoranza non entrata in materia..... | 5 |
| 4.1.1 | Cantoni e CDS..... | 5 |
| 4.1.2 | Partiti politici..... | 10 |
| 4.1.3 | Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna | 11 |
| 4.1.4 | Associazioni mantello nazionali dell'economia..... | 11 |
| 4.1.5 | Conferenze cantonali..... | 12 |
| 4.1.6 | Associazioni dei consumatori..... | 12 |
| 4.1.7 | Fornitori di prestazioni e federazioni di fornitori di prestazioni..... | 12 |
| 4.1.8 | Assicuratori e federazioni di assicuratori..... | 16 |
| 4.1.9 | Pazienti, utenti..... | 17 |
| 4.1.10 | Varia | 17 |
| 4.1.11 | Pareri spontanei..... | 17 |
| 4.2 | Favorevoli..... | 19 |
| 4.2.1 | Cantoni | 19 |
| 4.2.2 | Partiti politici..... | 20 |
| 4.2.3 | Assicuratori e federazioni di assicuratori..... | 21 |
| 4.2.4 | Fornitori di prestazioni..... | 21 |
| 5 | Elenco dei destinatari della consultazione | 23 |
| 5.1 | Cantoni..... | 23 |
| 5.2 | Partiti rappresentati nell'Assemblea federale..... | 24 |
| 5.3 | Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna..... | 25 |
| 5.4 | Associazioni mantello nazionali dell'economia..... | 25 |
| 5.5 | Cerchie interessate..... | 26 |
| 5.5.1 | Conferenze cantonali..... | 26 |
| 5.5.2 | Associazioni dei consumatori..... | 26 |
| 5.5.3 | Organizzazioni della sanità pubblica..... | 27 |
| 5.6 | Pareri spontanei..... | 32 |

1 Situazione iniziale

Il tasso di ricorso ai servizi di pronto soccorso degli ospedali è in costante aumento, determinando un sovraccarico di lavoro per il personale medico e infermieristico e un allungamento dei tempi d'attesa. Sulla base di queste osservazioni, la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ritiene che sia necessario agire per ridurre il sovraccarico nei reparti di pronto soccorso degli ospedali, garantendo così il buon funzionamento di questo elemento essenziale del sistema sanitario svizzero.

L'iniziativa parlamentare 17.480 (Weibel) Bäumle «Tassa per i casi di lieve entità nei reparti di pronto soccorso degli ospedali» (iv. pa. (Weibel) Bäumle) chiede che venga introdotta una «tassa» per i casi di lieve entità, che permetterebbe di creare un effetto dissuasivo e di dirottare tali casi dai reparti di pronto soccorso verso una presa a carico più adeguata ed economica. La Commissione ha analizzato la compatibilità di tale soluzione con le disposizioni costituzionali ed esaminato varie opzioni di attuazione. Dopo lunghe deliberazioni, ha individuato nell'aumento mirato della partecipazione ai costi a carico degli assicurati una soluzione pragmatica.

Il presente progetto conferirebbe ai Cantoni la competenza di aumentare di 50 franchi l'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale a seguito di ogni consultazione nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. Sarebbero esentati le donne incinte, i minorenni e le persone munite dell'indicazione scritta di un medico, di un centro di telemedicina o di un farmacista. L'elemento d'incentivazione finanziaria ha l'obiettivo di dissuadere gli assicurati dal recarsi nei reparti di pronto soccorso degli ospedali per casi di lieve entità. Per l'attuazione di tale norma dovrà essere introdotto nella legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)¹ un nuovo articolo 64 capoverso 3^{bis}.

Una minoranza (Crottaz, Brenzikofer, Gysi Barbara, Hess Lorenz, Marti Samira, Meyer Mattea, Piller Carrard, Roduit, Weichelt, Wyss) propone di non entrare in materia sul progetto. Per motivi di leggibilità, questa minoranza viene indicata nel presente rapporto come **minoranza non entrata in materia**.

Un'altra minoranza (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt) chiede di rinunciare alla delega ai Cantoni e di introdurre così l'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale in tutta la Svizzera. Questa minoranza è indicata nel presente rapporto come **minoranza per il progetto**.

La minoranza I (Glarner, Aellen, Aeschi Thomas, Amaudruz, Bircher, de Courten, Gutjahr, Sauter, Silberschmidt, Thalmann-Bieri, Vietze, Wyssmann) propone che per ogni ricorso ai reparti di pronto soccorso degli ospedali sia addebitato un supplemento all'aliquota percentuale di 50 franchi. Sarebbero esentati le donne incinte, i minorenni e le persone munite dell'indicazione scritta di un medico, di un centro di telemedicina o di un farmacista. La competenza per l'introduzione del supplemento dovrebbe essere delegata ai Cantoni. Questa minoranza è indicata nel presente rapporto come **minoranza I**.

La minoranza II (Nantermod, Dobler, Sauter, Silberschmidt) sostiene il supplemento all'aliquota percentuale secondo la minoranza I. Propone, tuttavia, di rinunciare alla delega ai Cantoni e di introdurre così l'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale in tutta la Svizzera. Questa minoranza è indicata nel presente rapporto come **minoranza II**.

2 Procedura di consultazione e principi di valutazione

Il 27 settembre 2024 la Commissione ha avviato la procedura di consultazione sul progetto di attuazione dell'iv. pa. (Weibel) Bäumle. La consultazione è terminata il 10 gennaio 2025.

2.1 Pareri ricevuti

In totale sono pervenuti 75 pareri: 55 provenivano da destinatari della consultazione invitati a parteciparvi e 20 da parti interessate che hanno espresso spontaneamente un parere. Dei partiti rappresentati nell'Assemblea federale consultati, 5 non hanno espresso un parere. Delle conferenze cantonali consultate, si è espressa solo la Conferenza delle direttrici e

¹ RS 832.10.

.....

dei direttori cantonali della sanità (CDS). Delle associazioni dei consumatori contattate, solo ACSI ha espresso un parere.

| Categoria ² | Contrari / minoranza non entrata in materia ³ | Favorevoli | | | | |
|---|--|-------------------|----------|---------------------------|-------------|----------------|
| | | Totale favorevoli | Progetto | Minoranza per il progetto | Minoranza I | Minoranza II |
| Cantoni | 21 | 5 | 3 | 2 ⁴ | | 2 ⁵ |
| Partiti politici | 3 | 3 | 1 | | 1 | 1 |
| Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna | 2 | | | | | |
| Associazioni mantello nazionali dell'economia | 4 | | | | | |
| Conferenze cantonali | 1 | | | | | |
| Associazioni dei consumatori | 1 | | | | | |
| Fornitori di prestazioni | 27 | 1 | 1 | | | |
| Assicuratori e federazioni di assicuratori | 3 | 1 | 1 | | | |
| Pazienti, utenti | 1 | | | | | |
| Varia | 2 | | | | | |
| Totale | 65 | 10 | | | | |

Tabella 1: panoramica dei pareri pervenuti

2.2 Principi di valutazione

Il presente rapporto propone una sintesi dei risultati della consultazione. Per fornire un quadro generale il più possibile esaustivo, i diversi ed esaurienti pareri sono qui riassunti. Per i dettagli si rimanda ai pareri originali.

La tabella qui sopra include i partecipanti alla consultazione invitati e quelli che hanno espresso spontaneamente un parere.

3 Sintesi dei pareri

Un'ampia maggioranza dei partecipanti alla consultazione respinge il progetto. In linea di principio, vengono caldegiate misure che mirino a un'organizzazione più efficiente dell'assistenza sanitaria e che, di conseguenza, possano avere un effetto contenitivo sui costi. Gli obiettivi del progetto, ovvero aumentare la consapevolezza dei costi nelle persone assicurate e sgravare i reparti di pronto soccorso, sono condivisi dalla stragrande maggioranza dei partecipanti alla

² Per ulteriori informazioni sulle categorie, consultare il punto 1.

³ Se un partecipante alla consultazione è contrario al progetto, ciò implica la non entrata in materia.

⁴ I Cantoni TI e BE si esprimono a favore sia della minoranza per il progetto sia per la minoranza II.

⁵ Cf. nota nr. 4.

.....

consultazione. Tuttavia, con il progetto questi obiettivi non potrebbero essere raggiunti con un adeguato rapporto costi-benefici. Andrebbero esaminate alternative migliori.

Il progetto è respinto dalla maggior parte dei Cantoni e da CDS. AR, BE, GL, TI e ZH sono a favore della progetto, della minoranza per il progetto o della minoranza II.

I partiti PSS, AL e VERDI respingono il progetto. PVL, PLR e UDC sostengono il progetto. Gli altri partiti politici non si sono espressi in materia.

I pareri pervenuti su invito dalle associazioni mantello dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna e dell'economia si oppongono al progetto. Anche i pareri pervenuti dalle associazioni dei consumatori, dalle organizzazioni dei pazienti e dalle federazioni di fornitori di prestazioni consultate sono contrari al progetto.

Tutti i fornitori di prestazioni invitati a partecipare alla consultazione respingono il progetto. Un fornitore di prestazioni espressosi spontaneamente è invece a favore al progetto.

Tra gli assicuratori e le federazioni di assicuratori, Groupe Mutuel e Curafutura si oppongono al progetto, santésuisse approva la minoranza II.

4 Pareri

4.1 Contrari, quindi sostegno della minoranza non entrata in materia

4.1.1 Cantoni e CDS

CDS e AG, AI, BL, BS, FR, GE, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, VD, VS e ZG mettono in discussione l'effetto mirato dal progetto.

CDS dichiara di essere generalmente favorevole a misure volte a organizzare l'assistenza sanitaria in modo più efficiente e quindi con un potenziale effetto contenitivo sui costi. Condivide inoltre gli obiettivi della Commissione di rafforzare la consapevolezza dei costi nelle persone assicurate e di sgravare i reparti di pronto soccorso. Ciò nonostante, respinge il progetto. Ritiene che il progetto aumenterebbe ulteriormente le barriere di accesso alle cure già elevate per una parte della popolazione. Le persone a basso reddito potrebbero eventualmente attendere troppo a lungo prima di cercare assistenza medica. Ciò potrebbe avere conseguenze sulla salute e sui costi e, in ultima analisi, sollevare anche questioni di responsabilità civile. In ogni caso, la tassa disorienterebbe molti pazienti. In caso di emergenza, si potrebbero perdere minuti preziosi perché si dovrebbe contattare prima il medico di famiglia, la farmacia o il centro di telemedicina. Per essere esentati dalla tassa sui casi di lieve entità, i pazienti dovrebbero obbligatoriamente consultare un medico, un centro di telemedicina o una farmacia e ottenere un'indicazione scritta. Questa «prima consulenza» comporterebbe in ogni caso costi aggiuntivi per l'AOMS, che solo nei casi di lieve entità sarebbero compensati dalla mancata esecuzione del più costoso trattamento d'urgenza. Secondo CDS, anche il rapporto costi-benefici e il contributo al raggiungimento degli obiettivi sarebbero discutibili. A fronte di un effetto dissuasivo presumibilmente modesto, l'onere che i Cantoni e tutte le altre parti interessate dovrebbero sostenere per introdurre e attuare la tassa sui casi di lieve entità sarebbe sproporzionatamente elevato. Indipendentemente dalla variante, i costi supererebbero di gran lunga i benefici attesi. CDS critica anche il fatto che il campo di applicazione sia limitato: i turisti e le persone assicurate ai sensi dell'assicurazione contro gli infortuni (LAINF)⁶ o dell'assicurazione militare (LAM)⁷ non sarebbero interessati dalla norma. Sarebbe inoltre problematica la disparità di trattamento per quanto riguarda la tassa sui casi di lieve entità tra le vittime di infortuni, a seconda che siano assicurate contro gli infortuni ai sensi della LAINF o della LAMal. CDS attira l'attenzione anche sul fatto che, secondo i termini del progetto, i servizi di pronto intervento non sarebbero autorizzati a inviare pazienti al pronto soccorso, pur portando ogni anno migliaia di urgenze «reali» nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. CDS ritiene che le questioni di responsabilità civile aumenterebbero e il progetto comporterebbe un notevole onere amministrativo

⁶ Legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF; RS 832.20).

⁷ Legge federale del 19 giugno 1992 sull'assicurazione militare (LAM; RS 833.1).

.....

aggiuntivo per tutte le parti coinvolte. Infine, la delega di competenze ai Cantoni comporterebbe oneri esecutivi importanti. Ci sarebbero molte incertezze e difficoltà dovute alle differenze tra Cantoni, in particolare nel caso di emergenze mediche fuori Cantone con ricorso ai servizi di pronto soccorso. CDS sottolinea che i Cantoni, e in particolare i fornitori di prestazioni, stanno già attuando e continueranno ad attuare misure strutturali per ridurre il numero di consultazioni inutili nei reparti di pronto soccorso degli ospedali, come per esempio l'istituzione di centrali telefoniche di consulenza e triage oppure di ambulatori di medicina di famiglia per le urgenze interni agli ospedali con funzione di gatekeeper.

FR, SZ e ZG appoggiano pienamente il parere di CDS. **AI, BL, BS, GE, GR, NE, OW, SG, SO, UR e VD** condividono la posizione di CDS e hanno inoltrato anche ulteriori osservazioni. **AG, JU, LU, NW, SH, TG e VS** non fanno riferimento a CDS ed esprimono un parere indipendente.

AG non vede il progetto come una soluzione al problema del tasso di ricorso ai servizi di pronto soccorso degli ospedali. Segnala che in pratica può accadere che per motivi di tempo non sia possibile ottenere un'indicazione scritta, per esempio di notte. Inoltre, il requisito formale dell'indicazione nel progetto non è abbastanza chiaro. Il progetto mira ad aumentare la consapevolezza dei costi della popolazione. Tuttavia, non è chiaro per cosa vengano addebitati i 50 franchi, dato che non sono direttamente collegati all'esame in pronto soccorso. Il progetto non illustra nemmeno la durata dell'aumento dell'aliquota percentuale. Inoltre, non va sottovalutato l'onere amministrativo per il personale ospedaliero. Se del caso, i punti sopra citati dovrebbero essere chiariti e il progetto ampiamente rivisto.

AI segnala che vi è un certo rischio che la monetizzazione del ricorso al servizio di pronto soccorso degli ospedali possa essere fraintesa dai pazienti come una tassa che legittima il ricorso diretto a tali servizi. Ciò potrebbe, in ultima analisi, persino portare a un ulteriore sovraccarico dei reparti di pronto soccorso.

BL sarebbe favorevole a ulteriori dibattimenti parlamentari nelle Camere federali sull'introduzione di una «tassa sulle urgenze» solo a condizione che fosse possibile evitare la disparità di trattamento menzionata da CDS nonché l'onere amministrativo aggiuntivo per le istituzioni coinvolte e i Cantoni. Inoltre, in particolare i servizi di pronto intervento dovrebbero essere autorizzati a inviare direttamente pazienti ai reparti di pronto soccorso.

Secondo **BS** è inconcepibile che una rete decentralizzata e non coordinata di studi di medicina di famiglia, farmacie, centri di telemedicina e servizi sanitari comunali sia in grado di garantire il triage delle urgenze in modo più efficiente e con meno intoppi rispetto a un servizio di pronto soccorso ospedaliero. Si teme che l'attuazione del progetto porti a un deterioramento dell'assistenza sanitaria e a un aumento dei costi complessivi, invece che a un miglioramento del sistema sanitario e a un contenimento dei costi. Inoltre, il progetto avrebbe anche un impatto negativo sull'assistenza sociale. Si può presumere che le persone beneficiarie dell'aiuto sociale difficilmente sarebbero in grado di pagare da sé i costi aggiuntivi. Questo porterebbe di fatto a un trasferimento di costi sanitari alle spese di aiuto sociale oppure le fatture rimarrebbero non pagate a causa di procedure di esecuzione infruttuose. Entrambi gli scenari comporterebbero un ulteriore onere amministrativo. Le diverse normative cantonali comporterebbero poi molte incertezze e difficoltà di attuazione, soprattutto nel caso di emergenze mediche fuori Cantone con ricorso ai servizi di pronto soccorso. Inoltre, ai Cantoni verrebbe data la competenza di partecipare alla determinazione della portata e dell'entità delle prestazioni dell'assicurazione malattia. Si tratterebbe di una novità assoluta. Finora, tali disposizioni sono state decise unicamente a livello nazionale. Resta aperta la questione se questo trasferimento di competenze sia compatibile con il sistema della LAMal.

GE segnala che il contesto attuale non è favorevole all'introduzione di una misura di questo tipo. Oggigiorno, almeno in parte, alla popolazione non resta altra scelta che recarsi al pronto soccorso dell'ospedale. Esisterebbero tuttavia alternative migliori del progetto. Per esempio, **GE** prevede di creare una hotline di triage e rinvio dei pazienti. Inoltre, andrebbero offerte piattaforme online per le persone che cercano una consulenza urgente. Occorre anche migliorare

.....

il coordinamento degli attori esistenti e lo sviluppo di soluzioni innovative. Infine, è necessario rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione.

GR segnala che la popolazione rurale del Cantone, data la carenza di medici di famiglia, spesso non ha alternative al recarsi al pronto soccorso. Gli ospedali contribuiscono in modo importante all'assistenza sanitaria decentralizzata partecipando, assieme ai medici di famiglia, all'organizzazione comune dei servizi di pronto soccorso. A seconda del livello di presenza di medici di famiglia nella regione, nelle situazioni di emergenza la popolazione potrebbe non avere la possibilità di ottenere preventivamente un'indicazione scritta da un medico o di consultare una farmacia. Il triage con la telemedicina sarebbe l'unica possibilità di evitare la tassa. Ciò presuppone che sia disponibile in tutto il Cantone, a monte dei reparti di pronto soccorso. GR ritiene che il progetto porterà a una disparità di trattamento della popolazione a dipendenza della disponibilità di medici di famiglia e a notevoli costi aggiuntivi negli ospedali a causa dell'onere amministrativo supplementare. Inoltre, GR segnala che aliquote percentuali più alte non sono adatte a controllare i flussi di pazienti, in quanto gli assicurati vengono a conoscenza dell'aumento solo quando ricevono la richiesta di rimborso e quindi solo dopo la consultazione. Si chiede se la consultazione preliminare di studi medici, farmacie o centri di telemedicina, con il relativo doppio trattamento, non comporti costi aggiuntivi. E anche se l'indicazione scritta non verrebbe concessa in ogni caso per timore di possibili conseguenze legate alla responsabilità civile. Infine, sarebbe difficile comunicare a chi paga i premi le previste differenze normative tra Cantoni.

JU critica il fatto che il progetto non tiene conto di quei pazienti che si recano al pronto soccorso dell'ospedale con un problema medico urgente. Queste persone non avrebbero un'indicazione scritta da parte di un medico, di un centro di telemedicina o di un farmacista. Si tratta di casi frequenti che, a causa della loro urgenza, non possono passare attraverso un centro intermedio per ottenere un'indicazione scritta. Inoltre, il progetto esclude i minorenni. Tuttavia, non è raro che genitori portino i figli al pronto soccorso per un problema di salute banale. Anche questi casi contribuiscono al sovraccarico dei reparti di pronto soccorso degli ospedali. JU segnala inoltre l'ulteriore onere amministrativo per i fornitori di prestazioni coinvolti. In definitiva, sarebbe meglio indirizzare i pazienti alle strutture alternative esistenti. In conclusione, JU ritiene che esistano numerosi altri approcci più adeguati per alleviare il carico dei reparti di pronto soccorso degli ospedali.

LU segnala che un aumento dell'importo annuo massimo dell'aliquota percentuale o un supplemento all'aliquota percentuale per ogni consultazione nei reparti di pronto soccorso aumenterebbe ulteriormente le barriere di accesso alle cure già elevate per una parte della popolazione. Le persone a basso reddito potrebbero eventualmente attendere troppo a lungo prima di cercare assistenza medica. Ciò potrebbe avere conseguenze sulla salute e sui costi e, in ultima analisi, sollevare anche questioni di responsabilità civile. Inoltre, anche l'effetto di contenimento dei costi sarebbe discutibile. La prima consulenza comporterebbe in ogni caso costi aggiuntivi per l'AOMS, che sarebbero compensati solo in pochi casi eccezionali (i casi di lieve entità, appunto) dalla mancata esecuzione del più costoso trattamento d'urgenza. Inoltre, una tassa sui casi di lieve entità comporterebbe un notevole onere amministrativo supplementare per tutte le parti coinvolte. LU segnala inoltre che le persone assicurate ai sensi della LAINF e della LAM o i turisti non sarebbero toccati dalla norma. Sarebbe inoltre problematica la disparità di trattamento per quanto riguarda la tassa sui casi di lieve entità tra le vittime di infortuni, a seconda che siano assicurate contro gli infortuni ai sensi della LAINF o della LAMal. Inoltre, secondo i termini della norma prevista, i servizi di pronto intervento non sarebbero autorizzati a inviare pazienti al pronto soccorso, pur portano ogni anno migliaia di urgenze «reali» nei reparti di pronto soccorso degli ospedali, a volte senza la possibilità di chiedere preventivamente il consenso al paziente interessato. Inoltre, LU sottolinea che la delega delle competenze ai Cantoni comporterebbe oneri esecutivi importanti. Infine, indica alternative migliori: i Cantoni, e in particolare i fornitori di prestazioni, stanno già attuando e continueranno ad attuare misure strutturali per ridurre il numero di consultazioni inutili nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. L'istituzione di una centrale telefonica di consulenza e triage o di un ambulatorio di medicina di famiglia per le urgenze interno con funzione di gatekeeper, prevista anche nel Cantone, non alleggerirebbe solo il carico dei medici di famiglia, ma anche quello dei reparti di pronto soccorso interdisciplinari degli ospedali, consentendo a questi ultimi di concentrarsi

.....

sulle urgenze più gravi. Inoltre, il rafforzamento dell'alfabetizzazione sanitaria contribuirebbe a garantire che la popolazione abbia maggiore familiarità con il sistema, sia in grado di valutare meglio i problemi di salute e si rechi meno spesso al pronto soccorso per problemi di lieve entità.

NE segnala approcci già esistenti o da sviluppare che, in un'ottica di salute pubblica, sarebbero più adatti per raggiungere l'obiettivo di sgravare i reparti di pronto soccorso degli ospedali. Sottolinea che l'organizzazione dei servizi di pronto soccorso è di competenza dei Cantoni e che risponde a esigenze diverse. Sia i Cantoni che i fornitori di prestazioni possono attuare misure strutturali per ridurre il numero di consultazioni inutili nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. Molti di loro già lo fanno. Garantire alla popolazione un accesso semplice e senza ostacoli alle strutture mediche ridurrebbe il numero di casi nei reparti di pronto soccorso. Infine, sarebbe necessario rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione.

NW ritiene che con il previsto aumento dell'aliquota percentuale i flussi di pazienti non potranno essere controllati come desiderato e che l'effetto dissuasivo sperato probabilmente non si concretizzerà. Ritiene anche che tasse speciali per singoli trattamenti medici siano eticamente problematiche. È probabile che colpiscano in particolare le persone socialmente ed economicamente svantaggiate e quelle con malattie croniche, impedendo loro per motivi finanziari di ricevere le cure necessarie. Inoltre, il progetto comporterebbe maggiori oneri amministrativi e costi supplementari.

OW ritiene che il progetto genererebbe alti costi di attuazione a fronte di benefici discutibili. Molte persone assicurate con franchigie opzionali pagano di tasca propria i costi delle cure. In queste situazioni, la tassa sui casi di lieve entità non avrebbe alcun effetto. Anche per le persone con una franchigia ordinaria, l'effetto dissuasivo sarebbe probabilmente minimo.

SG sottolinea che rafforzare la responsabilità individuale degli assicurati ed evitare consultazioni inutili nei reparti di pronto soccorso degli ospedali è anche nell'interesse del Cantone. Misure strutturali, come gli ambulatori per le urgenze integrati gestiti in diverse sedi dalle associazioni ospedaliere di San Gallo, possono sgravare in modo efficace i reparti di pronto soccorso. Inoltre, l'aumento del ricorso ai servizi di pronto soccorso ospedalieri è anche il riflesso della carenza di medici di famiglia. In ogni caso, il progetto non sarebbe adatto a raggiungere gli obiettivi prefissati ed è respinto a causa del cattivo rapporto costi-benefici. Il progetto comporterebbe un notevole aumento dell'onere amministrativo per tutte le parti coinvolte. Nel caso di «vere urgenze», la necessaria indicazione scritta per evitare la tassa genererebbe costi aggiuntivi. Inoltre, secondo il progetto i servizi di pronto intervento e le centrali telefoniche di consulenza con funzione di gatekeeper istituite dagli assicuratori malattia non sarebbero autorizzati a rilasciare indicazioni scritte. Esiste inoltre il rischio di costi di trattamento successivamente più elevati nei casi in cui la persona non si rechi o si rechi tardi al pronto soccorso. Ciò potrebbe sollevare anche questioni di responsabilità civile. SG ritiene poi improbabile che la misura abbia un ampio impatto. Infatti, il progetto avrebbe un effetto solo su circa il 10 % delle persone assicurate AOMS. Infine, SG ritiene che si debbano evitare delle differenze cantonali in merito alle normative relative all'aumento dell'aliquota percentuale o all'introduzione di una partecipazione ai costi e si oppone a tale proposta. Ciò comporterebbero solo un onere esecutivo ancora maggiore per tutti i fornitori di prestazioni coinvolti, gli assicuratori e i Cantoni.

SH segnala che l'introduzione di una tassa sui casi di lieve entità per le consultazioni d'urgenza porterebbe presumibilmente a restrizioni e incertezze nell'accesso alle cure d'urgenza. Questo, a sua volta, potrebbe portare a un aumento delle questioni di responsabilità civile. Anche il ruolo dei farmacisti nell'invio di pazienti richiederebbe un chiarimento legale. Un altro punto critico sarebbe il campo di applicazione limitato: il fatto che siano interessate solo le persone assicurate secondo la LAMal comporterebbe una disparità di trattamento rispetto ad altri gruppi di persone (turisti e persone assicurate secondo la LAINF o la LAM). Allo stesso tempo, anche i pazienti che a seguito della visita in pronto soccorso vengono ospedalizzati e le persone residenti in case di cura e strutture per disabili dovrebbero essere esentati dall'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale. Per SH l'introduzione di una tassa sui casi di lieve entità comporterebbe, non da ultimo, un aumento dell'onere amministrativo ed elevati costi aggiuntivi. In particolare, sarebbe difficile stimare i costi necessari per adattare la legislazione

.....
cantonale e garantirne il rispetto. Tutto ciò fa sì che gli obiettivi del progetto difficilmente potrebbero essere realizzati con un adeguato rapporto costi-benefici.

SO segnala che il progetto potrebbe portare a decisive perdite di tempo in caso di urgenza. Le persone a basso reddito potrebbero eventualmente attendere troppo a lungo prima di cercare assistenza medica. Ciò potrebbe comportare conseguenze sulla salute e sui costi e, in ultima analisi, sollevare anche questioni di responsabilità civile. La tassa potrebbe disorientare i pazienti, il che potrebbe avere conseguenze tragiche, soprattutto per le persone senza conoscenze in ambito medico. Inoltre, l'effetto di contenimento dei costi sarebbe discutibile. L'aumento dell'aliquota percentuale secondo il progetto avrebbe effetto solo quando la franchigia e l'aliquota percentuale massima vengono raggiunte. Ciò avviene tuttavia solo nel 10 % delle persone assicurate. Questa percentuale include principalmente persone gravemente malate e con elevati costi sanitari legati alla malattia, sebbene il progetto non sia affatto indirizzato a queste persone. Il gruppo target è costituito infatti dalle persone che si recano al pronto soccorso dell'ospedale per problemi banali.

TG sottolinea che il progetto creerebbe disparità di trattamento. Non si capisce perché le persone domiciliate in uno Stato membro dell'UE o dell'AELS dovrebbero essere esentate dalla norma. Non si capisce nemmeno perché i casi di lieve entità e le urgenze secondo la LAINF la LAM non dovrebbero essere interessati da questa norma. Inoltre, il progetto alimenterebbe ulteriormente la crescente iper-burocrazia nel settore sanitario. L'estensione della competenza a rilasciare indicazioni scritte ai farmacisti non sarebbe poi sufficientemente legittimata dalla legge e la fatturazione tramite la AOMS non sarebbe definita. Inoltre, dal curriculum di farmacia non si evince la competenza nel triage delle urgenze. La responsabilità in caso di negligenza porterebbe a una prassi piuttosto generosa nel rilascio di indicazioni scritte da parte sia della telemedicina sia dei farmacisti. L'effetto di contenimento dei costi sarebbe quindi relativo. TG ritiene che la disponibilità di fornitori di prestazioni autorizzati a rilasciare indicazioni scritte sia limitata nelle ore notturne e nei fine settimana. Aumentare l'offerta comporterebbe costi considerevoli e ridurrebbe ulteriormente l'attrattiva della professione di medico di famiglia. Inoltre, la necessità di avere un'indicazione scritta potrebbe, da un lato, portare a un ritardo nell'esecuzione di un trattamento potenzialmente salvavita, e dall'altro potrebbe invece portare a una rinuncia o a una banalizzazione di vere urgenze, in particolare da parte delle persone a basso reddito. Infine, TG segnala che l'aumento dell'aliquota percentuale comporterebbe presumibilmente anche un aumento degli arretrati AOMS ai sensi dell'articolo 64a capoverso 4 LAMal, con conseguente aumento degli attestati di carenza di beni e quindi delle ripercussioni finanziarie per il Cantone.

UR concorda con la posizione di CDS e aggiunge che il progetto potrebbe portare a un aumento delle cause di responsabilità civile qualora i pazienti subissero complicazioni perché, sulla base della valutazione dell'ente di rinvio, non si fossero recati al pronto soccorso.

VD afferma che i reparti di pronto soccorso degli ospedali ricoprono un ruolo centrale nel sistema sanitario, svolgendo i loro compiti primari: triage, valutazione e trattamento. La diagnosi e l'anamnesi dovrebbero essere effettuate da medici d'urgenza che determinano la gravità del problema medico. Anche patologie apparentemente benigne possono rivelarsi gravi, per questo una sanzione pecuniaria non dovrebbe essere un deterrente alla consultazione. L'introduzione di una tassa genererebbe ulteriore onere amministrativo e richiederebbe maggiori risorse negli ospedali. Inoltre, l'obbligo di richiedere una conferma scritta dell'indicazione comporterebbe un ulteriore onere amministrativo per gli ospedali. Per una parte della popolazione, il progetto renderebbe inoltre ancora più difficile l'accesso all'assistenza sanitaria. Il progetto non terrebbe nemmeno conto della difficoltà di trovare un medico di famiglia. Infine, non viene considerato il fatto che il Cantone si sta già impegnando in modo coerente a indirizzare, in caso di urgenza, i pazienti verso le strutture appropriate.

VS indica che l'introduzione di una tassa per i casi di lieve entità non risponde alle esigenze dei pazienti né ai requisiti di qualità del nostro sistema sanitario. I reparti di pronto soccorso degli ospedali sono un pilastro portante del nostro sistema sanitario, garantendo un accesso non discriminatorio alle cure. L'introduzione di restrizioni all'accesso prevista dal progetto comporterebbe una disparità di accesso all'assistenza sanitaria. Inoltre, ciò comporterebbe un notevole onere amministrativo per gli operatori sanitari senza presentare alcun potenziale di

risparmio. L'approccio previsto avrebbe un effetto deterrente e i pazienti verrebbero indirizzati ad altre strutture sanitarie, come studi medici, centri di telemedicina e farmacie. Tuttavia, molte di queste strutture sono già sovraccariche. Da un anno a questa parte, il Cantone conduce campagne informative per promuovere l'uso di soluzioni alternative in caso di urgenze non potenzialmente letali, come la regolazione medica per telefono o l'uso di app per la salute. Sebbene queste misure di sensibilizzazione non abbiano ancora sfruttato appieno il loro potenziale, contribuiscono a ridurre la pressione sui reparti di pronto soccorso, garantendo nel contempo ai pazienti, quando necessario, l'accesso immediato alle cure mediche.

4.1.2 Partiti politici

PSS respinge il progetto ritenendo che non abbia alcun effetto e comporti costi aggiuntivi invece di permettere risparmi. Inoltre, creerebbe disuguaglianze tra persone assicurate ai sensi della LAMal o ai sensi della LAINF. PSS segnala che è noto che solo circa il 10 % degli assicurati raggiunge la franchigia e l'aliquota percentuale massima di 700 franchi. Il progetto avrebbe un effetto percepibile solo su queste persone, e solo se esse non avessero ottenuto in precedenza un'indicazione scritta. PSS ritiene che sarebbe probabilmente facile ottenerne una: difficilmente un fornitore di prestazioni, per timore di conseguenze giuridiche, si rifiuterebbe di rilasciare un'indicazione scritta. Inoltre, la persona assicurata potrebbe comunque cercare di ottenerne una da un altro fornitore di prestazioni. È probabile anche che i risparmi previsti sarebbero minimi a fronte dei costi amministrativi aggiuntivi, che ricadrebbero sui fornitori di prestazioni che rilascerebbero le indicazioni scritte e sugli ospedali. Che l'aumento dei costi sanitari sia dovuto principalmente al comportamento dei pazienti è secondo PSS una convinzione errata. Uno studio di Helsana⁸ mostra che negli ultimi dieci anni i casi di lieve entità nei reparti di pronto soccorso degli ospedali sono diminuiti, passando dal 10 % (2014) al 7 % (2023). Inoltre, l'elevato tasso di ricorso sarebbe dovuto nella maggior parte dei casi a persone che si presentano ripetutamente in pronto soccorso. PSS ritiene che il problema del ricorso «indebito» al pronto soccorso sia da ricondurre alla carente informazione della popolazione. Segnala inoltre che una persona con lo stesso infortunio verrebbe trattata in modo diverso a seconda che fosse assicurata ai sensi della LAMal o della LAINF. Secondo il progetto, solo gli assicurati ai sensi della LAMal dovrebbero pagare la tassa. Inoltre, il progetto nella sua forma attuale non avrebbe più molto a che fare con il titolo originale dell'iniziativa, visto che la Commissione si è astenuta dal definire i casi di lieve entità. PSS si chiede dunque se sia giustificato che la tassa venga applicata anche ai pazienti con condizioni di salute in rapido peggioramento. Nel caso di una «vera» urgenza, è improbabile che la persona interessata abbia il tempo sufficiente per recarsi prima da un altro fornitore di prestazioni. Anche di notte e nei fine settimana non è chiaro dove le persone con condizioni di salute in rapido peggioramento potrebbero ottenere un'indicazione. Per ridurre i costi sono necessarie misure efficaci, come informare la popolazione sui vari servizi ai quali è possibile ricorrere per un problema medico. Per sgravare efficacemente i reparti di pronto soccorso degli ospedali sono per esempio necessari ambulatori di medicina di famiglia integrati che possano trattare direttamente i casi più semplici.

I **VERDI** respingono il progetto, criticando la penalizzazione finanziaria dei pazienti. Il progetto lascerebbe invariate le cattive condizioni di lavoro e il sovraccarico del personale medico attivo nei reparti di pronto soccorso. La partecipazione finanziaria della popolazione aumenterebbe ulteriormente. Rispetto al contesto europeo, la partecipazione ai costi sanitari della popolazione elvetica è già molto elevata. I VERDI ritengono che si debbano adottare misure concrete per combattere il sovraccarico e le condizioni di lavoro inadeguate nel settore medico e nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. Importante in questo senso sarebbe una più ampia educazione della popolazione su quando rivolgersi al pronto soccorso di un ospedale. Infine, i VERDI fanno notare che il progetto comporterebbe un inutile aumento dell'onere amministrativo e presenterebbe rischi finanziari e di responsabilità civile non ancora chiariti.

⁸ <https://standpunkt.helsana.ch/de/bagatellfaelle-in-der-notfallstation>.

4.1.3 Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

UCS ritiene che il progetto non sia efficace e lo respinge. Indica come motivo della bocciatura la mancata differenziazione tra casi di lieve entità e urgenze. La tassa d'incentivazione sarebbe riscossa indipendentemente dalla gravità della malattia. Le indicazioni scritte sarebbero particolarmente problematiche di notte, di domenica e nei giorni festivi. Per questo motivo, l'aumento dell'aliquota percentuale si applicherebbe anche alle vere urgenze. Inoltre, si andrebbe a esacerbare disuguaglianze, con le persone che non hanno un medico di famiglia (a causa della carenza di generalisti) che nel bisogno avrebbero difficoltà a ottenere rapidamente una consultazione. Di conseguenza queste persone, tra le quali vi è una percentuale sopra la media di persone già svantaggiate, sarebbero penalizzate in modo ingiustificato. La tassa colpirebbe quindi più duramente le persone vulnerabili e quelle a basso reddito. Inoltre, l'aumento dell'aliquota percentuale potrebbe causare incertezze su quando sia giustificato recarsi al pronto soccorso. In questo modo si corre il rischio che trattamenti necessari vengano evitati per paura di costi elevati. L'obbligo di avere un'indicazione scritta aumenterebbe inoltre l'onere amministrativo sia per i fornitori di prestazioni ambulatoriali che per ogni consultazione al pronto soccorso. UCS fa notare anche che l'effetto desiderato non si concretizzerebbe per le persone beneficiarie dell'aiuto sociale e di prestazioni complementari, in quanto i costi andrebbero a carico dell'ente pubblico. Una tassa di questo tipo potrebbe inoltre avere un effetto opposto a quello desiderato. Le persone si recherebbero al pronto soccorso in quanto, appunto perché pagano, dedurrebbero di averne diritto. Modelli come gli ambulatori di medicina di famiglia integrati negli ospedali e un triage rapido ed economico in loco sarebbero più efficaci del progetto. In quest'ottica, i servizi di picchetto e di copertura delle urgenze degli studi medici dovrebbero essere adeguatamente indennizzati, in modo da poter mantenere un servizio complementare e più economico rispetto ai reparti di pronto soccorso degli ospedali.

SAB è contrario al progetto e chiede che sia rielaborato. Nelle regioni di montagna e rurali, una tassa per i casi di lieve entità rappresenterebbe un ulteriore e inutile ostacolo all'assistenza sanitaria di base. Per gli ospedali, la riscossione della tassa genererebbe un onere amministrativo che potrebbe eccedere i 50 franchi. La tassa dovrebbe essere riscossa solo se è dimostrato che la consultazione d'urgenza non era necessaria.

4.1.4 Associazioni mantello nazionali dell'economia

Economiesuisse respinge il progetto. Lo ritiene un esempio lampante di cattiva regolamentazione, nonché inefficace. Economiesuisse fa riferimento a un'analisi di Helsana⁹ sul sovraccarico dei reparti di pronto soccorso, che ha analizzato la situazione sulla base dei dati di fatturazione. L'analisi mostra che negli ultimi anni i casi di lieve entità sono diminuiti. Resta comunque difficile mantenere i servizi di pronto soccorso liberi per i casi medici realmente urgenti, tenendo nel contempo d'occhio i costi sanitari. Economiesuisse critica il fatto che la tassa interesserebbe potenzialmente solo il 10 % circa degli assicurati. Secondo economiesuisse si tratterebbe principalmente di persone con malattie croniche, nelle quali i casi di lieve entità sono meno probabili. I veri casi di lieve entità per i quali la tassa è pensata sono fundamentalmente quelli di persone sane che si recano spontaneamente al pronto soccorso per problemi di salute banali. Poiché queste persone di solito non raggiungono il tetto massimo dell'aliquota percentuale, non sarebbero interessate dalla tassa proposta. La tassa non andrebbe dunque a colpire il gruppo target. Inoltre, l'introduzione della tassa proposta sarebbe molto onerosa dal punto di vista amministrativo e troppo complicata. Invece di introdurre un'ulteriore norma che creerebbe molta burocrazia senza alcun effetto significativo, si dovrebbero rafforzare i modelli assicurativi alternativi.

USI si astiene dal formulare un parere proprio e rimanda al parere di economiesuisse.

USS respinge il progetto e ritiene che qualsiasi ulteriore aumento della partecipazione ai costi sia inaccettabile per motivi di politica sociale ed economica. Il progetto indebolirebbe la promozione della salute pubblica. USS ritiene inoltre che una tassa di questo tipo si basi su una

⁹ <https://standpunkt.helsana.ch/de/bagatellfaelle-in-der-notfallstation>.

.....

visione distorta della realtà. A nessuno piace infatti recarsi inutilmente al pronto soccorso, e chi lo fa comunque spesso non avrebbe alternative, soprattutto a causa della carenza di medici di famiglia. Inoltre, la tassa prevista creerebbe nuove ingiustizie che non sono sostenibili né giustificabili da un punto di vista assicurativo. In caso di infortunio la tassa verrebbe applicata in modo del tutto arbitrario: una persona che lavora e che è assicurata contro gli infortuni ai sensi della LAINF non dovrebbe pagare la tassa, mentre tutte le persone assicurate ai sensi della LAMal dovrebbero invece pagarla. Per USS si tratta di una disparità di trattamento che non può essere giustificata.

USAM respinge il progetto e richiama l'attenzione sull'onere amministrativo aggiuntivo.

4.1.5 Conferenze cantonali

Il parere di CDS è riportato al punto 4.1.1 assieme a quelli dei Cantoni.

4.1.6 Associazioni dei consumatori

ACSI respinge il progetto, ritenendo che non raggiunga l'obiettivo di ridurre il sovraffollamento dei reparti di pronto soccorso e colpisca principalmente le persone già socio-economicamente svantaggiate.

4.1.7 Fornitori di prestazioni e federazioni di fornitori di prestazioni

FMH respinge in generale il progetto, ma accoglie con favore l'approccio scelto al posto dell'idea originale di una tassa punitiva. FMH critica l'onere amministrativo aggiuntivo. Invece di alleggerire la pressione sui servizi di pronto soccorso degli ospedali, la tassa creerebbe ulteriore burocrazia senza affrontare le vere cause del sovraccarico dei servizi di pronto soccorso, ovvero la carenza di medici di famiglia e di personale qualificato, il numero insufficiente di medici formati in Svizzera e la scarsa alfabetizzazione sanitaria della popolazione. Inoltre, il progetto potrebbe penalizzare i gruppi vulnerabili, come le persone provenienti da contesti socio-economici svantaggiati, e causare sul lungo termine costi più elevati per la collettività. FMH mette in dubbio la proporzionalità e l'effetto del progetto. Inoltre, l'effetto dissuasivo sarebbe minimo sia in termini quantitativi che qualitativi nonché sproporzionato rispetto all'onere richiesto. FMH ipotizza che gli oneri aggiuntivi supererebbero i risparmi ottenibili. L'effetto «desiderato», ovvero che le persone malate non si rechino nei reparti di pronto soccorso degli ospedali, si trasformerebbe nel suo opposto. Il «risparmio» ottenuto a spese di una persona socialmente più vulnerabile potrebbe rivelarsi controproducente, poiché potrebbe comportare costi di cura più elevati in un secondo momento. Inoltre, FMH fa notare che in linea di principio i farmacisti non sono abilitati a formulare diagnosi complete sulla cui base inviare o meno i pazienti al pronto soccorso di un ospedale. Vi sarebbe quindi il rischio che i farmacisti, nell'ambito del trattamento a bassa soglia, possano indirizzare prematuramente e inutilmente i pazienti al pronto soccorso, il che sarebbe in contraddizione con lo scopo della nuova norma. Vi sarebbe tuttavia anche il rischio opposto, ossia che la situazione urgente venga sottovalutata e non venga rilasciata un'indicazione scritta invece opportuna. FMH sottolinea che il triage delle situazioni di emergenza richiede in ogni caso esperienza medica; quando questa manca o il triage è delegato ad altre professioni sanitarie per motivi di efficienza e di costi, ne risulta un problema di qualità e la sicurezza dei pazienti è a rischio. In questo contesto, FMH rimanda alle esperienze negative fatte nei Paesi anglosassoni con la figura del physician associate. Qualora la Commissione decidesse comunque di introdurre un aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale oppure un supplemento all'aliquota percentuale, FMH chiede che sia definito e introdotto a livello nazionale per evitare malintesi altrimenti inevitabili. Inoltre, con una regolamentazione a macchia di leopardo i pazienti potrebbero evitare la tassa recandosi al pronto soccorso in un altro Cantone che non avesse introdotto la normativa. Le assicurazioni malattia, i reparti di pronto soccorso degli ospedali e le persone abilitate a rilasciare indicazioni scritte dovrebbero verificare anche in quale Cantone sia domiciliato il paziente e se quindi la norma sia applicabile o meno. In alternativa al progetto, FMH propone la promozione di ambulatori di medicina di famiglia per le urgenze per consentire un triage dei pazienti più efficiente ed economico, nonché misure di accompagnamento come una migliore comunicazione e la promozione dell'alfabetizzazione sanitaria. Infine, FMH raccomanda di effettuare uno studio pilota localizzato e limitato nel tempo.

.....

FSP chiede che le emergenze psichiatriche siano escluse dall'introduzione di qualsiasi tassa sulle urgenze. Segnala che una tassa renderebbe più difficile l'accesso a un aiuto psicoterapeutico urgentemente necessario, soprattutto per le persone a basso reddito e in situazione di acuto pericolo. FSP sottolinea che già oggi l'aiuto psicoterapeutico viene spesso richiesto troppo tardi e solo quando i disturbi sono già in uno stadio avanzato. In caso di emergenza, ciò potrebbe avere conseguenze fatali.

Mfe respinge il progetto e fa riferimento a iniziative simili fallite, come il progetto Managed Care e la mozione 09.3623 sulla maggiore responsabilità individuale. Considera il progetto poco efficace, poiché la percentuale di casi di lieve entità in pronto soccorso è già diminuita e manca una definizione chiara di questi casi. La misura proposta dal progetto interesserebbe solo un piccolo gruppo di persone assicurate, a fronte di uno sproporzionato aumento dell'onere per i fornitori di prestazioni. La speranza che i casi di lieve entità vengano presi a carico dai medici di famiglia è problematica, poiché la carenza di medici è in continuo aumento. Inoltre, recenti decisioni del Tribunale federale aggravano ulteriormente la situazione. In altri Paesi come Germania e Austria, misure simili sono state abolite perché risultate infruttuose. Invece di puntare su un deterrente finanziario, Mfe chiede di promuovere l'alfabetizzazione sanitaria dei pazienti. In questo contesto, i Cantoni dovrebbero sviluppare programmi per migliorare l'informazione e la prevenzione.

H+ respinge il progetto. Si chiede se la doppia fatturazione dovuta alla consultazione di un professionista per ottenere l'indicazione scritta non genererebbe costi aggiuntivi. Anche se nel caso concreto rivolgersi al pronto soccorso sarebbe comunque la scelta corretta, si avrebbe prima una consultazione extra che dovrebbe essere remunerata. H+ teme che le persone socialmente ed economicamente svantaggiate o quelle che non hanno un medico di base potrebbero rinunciare a recarsi al pronto soccorso, anche se sarebbe indicato farlo. La misura comporterebbe inoltre un ulteriore onere amministrativo per gli ospedali, che dovrebbero verificare per ogni trattamento d'urgenza se esiste un'indicazione scritta, nel qual caso dovrebbero inoltrarla all'assicuratore malattia. Il progetto della Commissione non prevede un indennizzo per questo onere aggiuntivo. H+ richiama l'attenzione anche sulla responsabilità dei farmacisti, che non è chiara. Secondo H+, il progetto non tiene conto del fatto che anche in caso di emergenze «vere» ottenere un'indicazione scritta non sarebbe sempre possibile. Le emergenze possono per esempio verificarsi di notte, di modo che il paziente non può dapprima richiedere una consulenza di telemedicina o recarsi in farmacia o dal medico. Se, malgrado tutto, si decidesse di entrare in materia, H+ chiede che si dia seguito alla proposta della maggioranza della Commissione prevedendo però anche che siano esentati l'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale pure i pazienti che a seguito della visita in pronto soccorso vengono ospedalizzati e le persone residenti in case di cura e strutture per disabili. Infine, il ruolo dei farmacisti nell'invio di pazienti richiederebbe un chiarimento legale. Invece di portare avanti il progetto, H+ chiede al Parlamento di esaminare misure veramente efficaci, come la promozione del triage delle urgenze nell'ambito della telemedicina, nonché un'offensiva nella formazione di medici di famiglia per contrastare la carenza in questo settore. Inoltre, H+ suggerisce di istituire un gruppo di lavoro con tutte le parti interessate per sviluppare una proposta di soluzione praticabile.

PharmaSuisse respinge il progetto, pur non essendo fundamentalmente contraria all'introduzione di una tassa per i casi di lieve entità. Se il progetto dovesse essere portato avanti, PharmaSuisse chiede che sia chiarita la regolamentazione per le farmacie. Indica che i farmacisti possiedono conoscenze nell'ambito della diagnosi e del trattamento dei disturbi di salute e delle malattie più comuni e hanno quindi le competenze per fare triage e rilasciare indicazioni scritte per i reparti di pronto soccorso degli ospedali. Tuttavia, a differenza dei medici e degli operatori di telemedicina, la loro prestazione non verrebbe remunerata. Le disposizioni della LAMal e delle relative ordinanze dovrebbero quindi essere adeguate. Le farmacie potrebbero così svolgere appieno il loro ruolo di primo punto di contatto competente e facilmente accessibile, effettuare un triage e, se indicato, indirizzare il paziente con un'indicazione scritta al pronto soccorso. Inoltre, se il progetto dovesse essere portato avanti, si dovrebbe prevedere un'ulteriore eccezione per le situazioni in cui è evidente che non si tratta di un caso di lieve entità. PharmaSuisse segnala che l'obbligo di sottoporsi a un triage prima di recarsi in pronto soccorso

.....

comporta notevoli rischi: in particolare in caso di situazioni potenzialmente letali c'è il pericolo di perdere tempo prezioso. Un pre-triage comporterebbe inoltre un ulteriore e inutile onere per i medici di base e allungherebbe i tempi d'attesa, ritardando eventualmente di parecchio l'accesso a cure mediche necessarie. Un approccio di questo tipo non solo comprometterebbe l'efficienza del sistema sanitario, ma metterebbe anche a rischio la sicurezza dei pazienti. Inoltre, la responsabilità civile dovrebbe essere chiarita in modo approfondito. Per finire, Pharma-Suisse indica che andrebbe preferita una soluzione unica a livello nazionale. In caso contrario, i pazienti dei Cantoni senza tassa sarebbero avvantaggiati rispetto alle persone residenti in Cantoni con la tassa. Ciò sarebbe contrario al principio di giustizia sociale. Inoltre, l'introduzione a livello cantonale potrebbe portare a strutture parallele inefficienti e a costi più elevati, compromettendo l'effettivo scopo della tassa. Un approccio più efficace sarebbe quello di puntare su informazione, prevenzione e percorsi di presa a carico alternativi.

SBK respinge il progetto. Ritiene che la tassa proposta genererebbe soprattutto oneri amministrativi, aumenterebbe la pressione sulle persone povere e vulnerabili e non influenzerebbe in modo significativo i flussi di pazienti. Inoltre, una tassa potrebbe comportare pericolosi ritardi per la necessità di organizzare un'indicazione scritta prima di recarsi in pronto soccorso. I motivi più comuni per cui si ricorre inutilmente al pronto soccorso sono i problemi di accesso all'assistenza sanitaria di base e la carente informazione della popolazione. La carenza di medici di famiglia è in crescita. Alcuni centri di telemedicina consiglierebbero ai pazienti in attesa di recarsi al pronto soccorso se i tempi di attesa dovessero diventare troppo lunghi. SBK ritiene che sia responsabilità dei Cantoni creare le opportune offerte a bassa soglia, come policlinici o centri medici in luoghi strategici, e informare adeguatamente la popolazione in merito. Secondo SBK, al posto del progetto dovrebbero essere valutate le seguenti alternative: un'attenta analisi dei motivi per cui i pazienti si recano al pronto soccorso frequentemente o per casi di lieve entità e su questa base lo sviluppo di misure per alleggerire il carico dei reparti di pronto soccorso; modelli di best practice; e il rafforzamento dell'assistenza sanitaria di base.

SDV respinge il progetto. La LAMal non prevede che i farmacisti forniscano prestazioni di diagnosi e cura come, per esempio, inviare un paziente al pronto soccorso di un ospedale. Di conseguenza, tali prestazioni non possono essere coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Ciò significa che i costi andrebbero direttamente a carico della persona assicurata. Inoltre, non sono state chiarite le questioni relative alla responsabilità. SDV rimarca infine che le drogherie svolgono già oggi una funzione di triage, essendo in grado di giudicare se e quando una persona abbia bisogno di cure mediche.

SVFP respinge il progetto. È dell'opinione che il sovraccarico dei servizi di pronto soccorso non possa essere risolto con l'introduzione di una tassa. Segnala che spesso i pazienti si recano al pronto soccorso perché non hanno un accesso rapido a una consulenza medica. Una riforma efficace consisterebbe nel sostenere la medicina di base, migliorare la prevenzione e valorizzare e utilizzare appieno le competenze di professionisti sanitari come i fisioterapisti per alleviare la pressione sui reparti di pronto soccorso.

Unimedsuisse respinge il progetto, pur essendo in linea di principio favorevole all'intento di sgravare i reparti di pronto soccorso degli ospedali. Unimedsuisse saluta positivamente il fatto che la Commissione abbia elaborato una variante di attuazione che fa sì che il personale del pronto soccorso non debba decidere se si tratti di un «vero» caso urgente o meno. Ritiene che l'onere amministrativo per gli ospedali relativo all'inoltro delle indicazioni scritte sarebbe probabilmente contenuto. Tuttavia, l'effetto di indirizzamento proposto dal progetto verrebbe ridimensionato dal fatto che, per paura di conseguenze legali, difficilmente chi può rilasciare indicazioni scritte si rifiuterebbe di farlo. Inoltre, unimedsuisse teme che le persone socialmente ed economicamente svantaggiate o quelle che non hanno un medico di base o un fornitore di cure d'emergenza possano rinunciare a recarsi al pronto soccorso, anche se sarebbe indicato farlo. Unimedsuisse ritiene che la maggior parte dei pazienti che si rivolgono ai reparti di pronto soccorso svizzeri abbiano un problema serio che deve essere trattato nell'immediato. Secondo unimedsuisse, il requisito della forma scritta per l'indicazione porrebbe problemi di attuazione soprattutto per i farmacisti. Non potendo fatturare secondo la LAMal le prestazioni di diagnosi e cura, non potrebbero nemmeno rilasciare indicazioni scritte per i reparti di pronto soccorso degli ospedali. Potrebbero soltanto raccomandare a voce di recarsi al pronto soccorso. Anche la questione della responsabilità dei farmacisti non è chiara. Lo stesso problema si

.....

porrebbe pure se la raccomandazione di recarsi al pronto soccorso provenisse da un centro di (tele)consulenza medica. Inoltre, l'iv. pa. (Weibel) Bäumle cita giustamente come criterio ammissibile per non riscuotere la tassa, oltre all'esistenza di una prescrizione medica, il ricovero in ospedale a seguito della consultazione in pronto soccorso. Il criterio del successivo ricovero dovrebbe quindi assolutamente essere incluso nel progetto. Ciò nonostante, unimedsuisse fa notare che la stragrande maggioranza dei casi viene oggi trattata ambulatorialmente, senza che ciò sia indicativo della gravità della malattia. Unimedsuisse critica il fatto che il progetto non consideri che anche in caso di emergenze «vere» ottenere un'indicazione scritta non sarebbe sempre possibile. Le emergenze possono per esempio verificarsi di notte, di modo che il paziente non può dapprima richiedere una consulenza di telemedicina o recarsi in farmacia o dal medico. Inoltre, unimedsuisse segnala che i Cantoni sono responsabili della pianificazione e dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria. Dando ai Cantoni la possibilità di introdurre la misura, senza però obbligarli a farlo, la Confederazione tiene conto delle grandi differenze cantonali nel ricorso ai reparti di pronto soccorso degli ospedali. Ciò non altera la competenza di fondo della Confederazione in materia di determinazione dell'aliquota percentuale. In conclusione, unimedsuisse indica che un supplemento all'aliquota percentuale per ogni consultazione al pronto soccorso senza indicazione scritta sarebbe più incisivo rispetto all'aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale, in quanto avrebbe un impatto più immediato. Se il progetto dovesse essere portato avanti, oltre ai minorenni e alle donne in gravidanza andrebbero esentate dalla misura anche le persone residenti in case di cura e strutture per disabili.

FMCH respinge il progetto. Ritiene non sia la strada giusta per ridurre il sovraccarico dei reparti di pronto soccorso degli ospedali e critica il fatto che generi ulteriore onere burocratico e amministrativo. Secondo FMCH l'effetto di indirizzamento del progetto sarebbe discutibile. Sono piuttosto necessarie soluzioni più complesse e sostenibili. Un approccio olistico dovrebbe prendere in considerazione sia le esigenze individuali dei pazienti che le criticità strutturali del sistema sanitario. Sarebbe necessario rafforzare le cure primarie, migliorare il coordinamento tra i vari attori del settore sanitario e promuovere in modo specifico le misure preventive. FMCH chiede una strategia a lungo termine che preveda lo sviluppo di percorsi di cura congiunti, la promozione dell'offerta di telemedicina e il rafforzamento della collaborazione intersettoriale.

VSAO respinge il progetto, ritenendo che non contribuisca a sgravare i reparti di pronto soccorso degli ospedali ma aumenti invece l'onere amministrativo per il personale sanitario e penalizzi persone che in realtà agiscono correttamente. Teme inoltre che l'attuale proposta di attuazione penalizzi gruppi particolarmente vulnerabili, con possibili conseguenze negative per la loro salute, e quindi causi per finire maggiori costi per la collettività. VSAO mette inoltre in dubbio il previsto effetto dissuasivo e teme un aumento dell'onere amministrativo per chi rilascia indicazioni scritte. Segnala inoltre che all'estero sono state fatte esperienze simili con esito negativo: la prevista tassa sulle urgenze sarebbe sotto molti aspetti simile alla tassa sulle visite mediche applicata in Germania dal 2004 al 2012. In quel periodo, le persone assicurate dovevano pagare 10 euro a trimestre quando si recavano dal medico. Nel 2012 la tassa è stata abolita, poiché l'obiettivo di ridurre il numero di visite mediche non era stato raggiunto. La tassa aveva tuttavia causato burocrazia inutile. Per affrontare la reale sfida del sovraccarico dei reparti di pronto soccorso degli ospedali sarebbe necessario investire nell'alfabetizzazione sanitaria della popolazione e nell'ampliamento delle capacità degli studi medici di base e pediatrici, per esempio con ambulatori per le urgenze operativi 24 ore su 24 o personale infermieristico specializzato che effettui un triage qualificato al momento di accogliere i pazienti in pronto soccorso. VSAO chiede a Confederazione e Cantoni che vengano formati più medici, rafforzata l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione e migliorare le condizioni quadro e di lavoro dei medici.

SGNOR respinge il progetto, ritenendolo non giustificabile dal punto di vista medico ed etico e insensato dal punto di vista organizzativo. Non avrebbe alcun effetto educativo: la persona assicurata verrebbe a conoscenza dell'aumento dell'aliquota percentuale solo al momento della richiesta di rimborso da parte della cassa malati e non sarebbe così possibile guidarne il comportamento. Inoltre, le persone svantaggiate sarebbero messe a rischio perché potrebbero rinunciare a trattamenti urgenti indicati. SGNOR critica anche il fatto che il campo di applicazione sia limitato all'AOMS, con l'esclusione dei trattamenti d'urgenza nell'ambito della LAM

.....

e soprattutto della LAINF. A seconda della regione, sarebbero proprio questi ultimi a rappresenterebbe una parte significativa dei trattamenti d'urgenza. Anche l'esclusione di donne incinte e bambini riduce ulteriormente l'effetto della norma proposta. SGNOR segnala inoltre che molti ospedali dispongono di centralini di triage propri, che non sarebbero però considerati tra le possibili eccezioni alla riscossione della tassa. SGNOR fa notare che i farmacisti non possono fatturare tramite l'AOMS le loro prestazioni di diagnosi e cura. Di conseguenza, non emetterebbero indicazioni scritte. Potrebbero soltanto raccomandare a voce di recarsi al pronto soccorso. Anche la questione della responsabilità dei farmacisti non è stata chiarita. A causa del mancato effetto dissuasivo potrebbero risultare costi aggiuntivi. Per finire, SGNOR fa notare che un'attuazione federalista limiterebbe il possibile effetto della norma. In alternativa al progetto, per rendere più efficiente l'assistenza sanitaria SGNOR chiede in particolare il rafforzamento della medicina di famiglia, un finanziamento adeguato per gli ambulatori per le urgenze e misure educative di prevenzione.

4.1.8 Assicuratori e federazioni di assicuratori¹⁰

Curafutura respinge il progetto. Non approva il fatto che la tassa si applichi anche alle consultazioni dovute a una reale urgenza e nemmeno che siano esclusi dalla norma i bambini, la fascia di popolazione che si reca più spesso al pronto soccorso. Ritiene inoltre che la soglia a partire dalla quale la tassa diventerebbe incisiva sia troppo elevata. In questo modo, solo poche persone verrebbero dissuase dal recarsi al pronto soccorso. La tassa genererebbe poi un maggiore onere amministrativo. Problematiche sarebbero le questioni legate alla classificazione dei casi, il cui onere sarebbe maggiore rispetto ai benefici della misura. Per evitare che i casi di lieve entità finiscano al pronto soccorso, si dovrebbero invece organizzare in modo più efficiente le strutture di assistenza regionali. Tra le possibili misure vi sono i sistemi di triage e i servizi di telemedicina come primo punto di contatto, il coinvolgimento dei fornitori di prestazioni sanitarie di base come gli studi di medicina di famiglia e le farmacie, nonché informazioni mirate per i pazienti che si recano ripetutamente al pronto soccorso dell'ospedale.

Groupe Mutuel respinge il progetto, pur approvando in linea di massima misure volte a migliorare l'utilizzo dei servizi di pronto soccorso degli ospedali. Spetterebbe ai Cantoni ottimizzare la pianificazione ospedaliera, per esempio con sistemi di triage. Una tassa non sarebbe una misura di contenimento dei costi, bensì un deterrente. Tuttavia, una tassa punitiva sarebbe contraria alla LAMal. Secondo Groupe Mutuel, la tassa avrebbe solo inizialmente un effetto deterrente. Con il tempo, l'importanza della tassa verrebbe relativizzata ed essa entrerebbe a far parte delle abitudini di consumo degli utenti. L'importo inizialmente fissato sarebbe meno incisivo per effetto dell'inflazione. La tassa aggraverebbe l'onere amministrativo per tutti gli attori. Esiste quindi il rischio di un aumento dei costi che potrebbe annullare i risparmi previsti. In caso si decidesse comunque di portare avanti il progetto, Groupe Mutuel opterebbe per un'introduzione della tassa a livello nazionale, quindi per la minoranza per il progetto o per la minoranza II. Ritiene tuttavia che invece di portare avanti il progetto si dovrebbero condurre regolari campagne di sensibilizzazione della popolazione per informarla sulle alternative al ricorso ai servizi di pronto soccorso.

MTK respinge il progetto. Ritiene che solo un medico possa giudicare se si tratti di un caso di lieve entità. L'onere amministrativo per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori aumenterebbe. Inoltre, in caso di cambiamento dell'attribuzione del caso tra AOMS, AINF, AM o AI, sarebbe necessaria una retrocessione della pratica. A causa dell'aliquota percentuale e delle franchigie previste dall'AOMS, la tassa per le urgenze riguarderebbe principalmente le persone con una patologia di base significativa. Per le persone che annualmente ricorrono poco a prestazioni dell'AOMS, l'onere finanziario non cambierebbe. Per sgravare i reparti di pronto soccorso degli ospedali si dovrebbero valutare modelli di assistenza alternativi, come la promozione di modelli di assistenza integrata, sistemi di triage e servizi di telemedicina. I fornitori di prestazioni sanitarie di base come gli studi di medicina di famiglia e le farmacie dovrebbero essere meglio integrati. I pazienti che si recano ripetutamente al pronto soccorso dell'ospedale andrebbero informati in modo mirato sulle alternative.

¹⁰ Nel 2025 le due associazioni di categoria Santésuisse e Curafutura si sono unite nell'associazione prio.swiss. Nell'ambito della presente consultazione, Santésuisse e Curafutura avevano ancora fatto pervenire due pareri separati.

4.1.9 Pazienti, utenti

Pro-salute respinge il progetto. Una penalizzazione finanziaria metterebbe a rischio la salute della popolazione, in particolare delle persone con scarsa alfabetizzazione sanitaria. Una tassa disorienterebbe ancora di più molti pazienti confrontati a un'urgenza. Con una tassa sui casi di lieve entità, in caso di urgenza si perderebbero minuti preziosi perché si dovrebbe prima contattare e consultare lo studio del medico di famiglia, una farmacia o un centro di telemedicina. Si dovrebbe piuttosto contrastare la reale causa del sovraccarico dei reparti di pronto soccorso degli ospedali, ovvero l'insufficiente capacità degli studi medici. Infatti, minore è la capacità, maggiore è la pressione sui reparti di pronto soccorso. Non devono essere i pazienti a pagare per la carenza di medici di base.

4.1.10 Varia

Plattform Interprofessionalität respinge il progetto, in particolare a causa dell'onere aggiuntivo che comporta per i fornitori di prestazioni. Non considera il progetto una via promettente per il futuro, anche alla luce delle esperienze negative fatte in Germania e Austria dove delle tasse sono state introdotte e poi nuovamente abolite perché infruttuose. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base si andrebbe già verso un potenziale alleggerimento della situazione nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. Grazie a nuovi ruoli per nuove ed esistenti categorie professionali in contesti interprofessionali, sarebbe possibile da un lato assorbire un maggior numero di consultazioni e dall'altro indirizzare meglio i pazienti al giusto fornitore di prestazioni. Plattform Interprofessionalität sostiene l'integrazione di un modello che vada oltre l'assistenza medica tradizionale, includendo professionisti della salute con competenze ampliate, e che garantisca in qualsiasi momento la qualità del triage. Nell'ambito del triage delle urgenze si potrebbero ottenere miglioramenti significativi anche grazie all'integrazione di specifici sistemi di intelligenza artificiale (come p. es. in Finlandia).

VASOS respinge il progetto. Segnala che la carenza di studi di medicina di famiglia disponibili e gli obblighi professionali, in particolare per i lavoratori precari, costringono molti pazienti a recarsi al pronto soccorso dell'ospedale. La tassa prevista dal progetto colpirebbe in modo particolare le persone socialmente più vulnerabili, senza ridurre in modo significativo i costi sanitari. Inoltre, manca una chiara definizione di «casi di lieve entità», il che rende la misura iniqua e inefficace, soprattutto per i pazienti con disturbi d'ansia. VASOS critica il fatto che la politica abbia trascurato per anni di rafforzare la medicina di famiglia.

4.1.11 Pareri spontanei

AGBA respinge il progetto e appoggia, a nome della Bezirksärztegesellschaft des Knonaueramtes, il parere espresso da AGZ.

AGZ respinge il progetto in quanto comporterebbe un elevato onere amministrativo, avrebbe uno scarso effetto di indirizzamento e potrebbe penalizzare soprattutto gruppi socialmente svantaggiati. Ritiene più opportuni un rafforzamento dell'assistenza sanitaria d'urgenza da parte dei medici di famiglia e misure mirate di informazione e prevenzione. Uno studio pilota e una regolamentazione a livello federale permetterebbero di valutarne meglio gli effetti e la fattibilità pratica.

AL respinge il progetto, ritenendolo antisociale, ingiusto e privo di senso da un punto di vista economico. Sottolinea che i pazienti non hanno colpa del fatto che la politica abbia per anni mancato di formare un numero sufficiente di medici di famiglia e abbia trascurato di migliorare le loro condizioni tariffarie.

BEKAG respinge il progetto nella sua forma attuale. Ritiene in particolare che i farmacisti non siano fornitori di prestazioni autorizzati a rilasciare indicazioni scritte. Nel complesso ci sarebbero soluzioni migliori per sgravare i reparti di pronto soccorso degli ospedali che permetterebbero, con un onere minore, di ottenere maggiori risparmi (p. es. gli ambulatori walk-in).

Bündner Ärzteverein respinge il progetto. Richiama l'attenzione sulla disparità di trattamento tra persone assicurate AOMS e assicurate LAINF. Escluse le eccezioni definite, la tassa sarebbe dovuta per tutte le urgenze, indipendentemente dal grado di gravità. Anche nel caso

di emergenze molto urgenti dove in alcuni casi viene effettuato un invio diretto al pronto soccorso, per esempio tramite un'ambulanza, la tassa sarebbe dovuta se il trasporto in ambulanza non fosse accompagnato da un medico. Numerosi ospedali in Svizzera gestiscono durante il giorno anche un ambulatorio per le urgenze per il trattamento efficiente ed efficace delle urgenze meno gravi. In un momento in cui c'è carenza di medici di famiglia, questi ambulatori per le urgenze contribuiscono in modo importante a garantire l'assistenza sanitaria alla popolazione. Sarebbe ingiusto e inopportuno che i pazienti che vengono curati in questi ambulatori per le urgenze degli ospedali fossero soggetti alla tassa, mentre quelli che vengono curati nello studio di un medico di famiglia no. In molte parti del Cantone dei Grigioni, a causa della crescente carenza di medici di famiglia, il servizio medico d'urgenza fornito dai medici di famiglia è organizzato insieme agli ospedali della regione. Inoltre, la revisione parziale della legge sulla cura degli ammalati del Cantone dei Grigioni, recentemente posta in consultazione, prevede la possibilità di convertire gli ospedali in centri sanitari ambulatoriali. Gli ospedali hanno dato e continueranno a dare un importante contributo all'assistenza sanitaria decentralizzata per la popolazione grigionese, in particolare nelle situazioni di emergenza. Per questi motivi, i reparti di pronto soccorso degli ospedali sono un importante pilastro dell'assistenza sanitaria di emergenza 24/7 per la popolazione grigionese. Non è ammissibile che i pazienti vengano penalizzati da un aumento dell'aliquota percentuale.

Forel Klinik respinge il progetto, ritenendo che non sia attuabile e che manchi l'obiettivo. Propone la creazione di un gruppo di lavoro per elaborare una nuova proposta.

GAZ respinge il progetto in quanto comporterebbe un elevato onere amministrativo, avrebbe uno scarso effetto di indirizzamento e potrebbe penalizzare soprattutto gruppi socialmente più svantaggiati. Ritiene più opportuni un rafforzamento dell'assistenza sanitaria d'urgenza da parte dei medici di famiglia e misure mirate di informazione e prevenzione. Uno studio pilota e una regolamentazione a livello federale permetterebbero di valutarne meglio gli effetti e la fattibilità pratica.

Vkzj appoggia il parere espresso da FMH. Aggiunge che i pazienti pediatrici rappresentano quasi il 40 % di tutte le consultazioni d'urgenza. Non tutti i genitori che cercano aiuto possono essere consigliati solo telefonicamente, in molti casi è necessaria una consultazione in presenza. In alternativa al progetto, vkzj propone la creazione di un centro di consulenza e triage telefonico nazionale di alta qualità e la garanzia di un compenso adeguato per la partecipazione dei medici ai servizi di guardia medica, così da promuovere i servizi di urgenza pediatrici e di medicina generale negli studi medici.

MFÄF respinge il progetto, ritenendo che metta a rischio soprattutto le persone vulnerabili. In alternativa al progetto, dovrebbero essere promossi gli ambulatori di medicina di famiglia per le urgenze. La causa alla base del problema è la mancanza di capacità presso i medici di famiglia attualmente in attività.

MNZ respinge il progetto. Se venisse accettato, MNZ dovrebbe redigere oltre 8000 indicazioni scritte all'anno, il che rallenterebbe inutilmente il processo di triage e ne aumenterebbe i costi. Poiché solo il personale medico sarebbe autorizzato a rilasciare queste indicazioni, MNZ dovrebbe aumentare il proprio personale del 10 %, il che comporterebbe un aumento dei costi e un uso inefficiente delle risorse, senza fornire alcun beneficio medico. Fa notare che in molti ospedali ambulatori di medicina di famiglia per le urgenze stanno già alleggerendo il carico dei reparti di pronto soccorso. In sintesi, considera il progetto inutile e inefficiente. Aumenterebbe l'onere amministrativo, senza tener conto delle soluzioni efficaci esistenti, come gli ambulatori di medicina di famiglia per le urgenze.

Notfallpflege Schweiz respinge il progetto e appoggia la posizione di SBK. Ritiene che il progetto vada a colpire soprattutto le persone vulnerabili. Andrebbe invece sostenuto il personale infermieristico, quale ottima risorsa per garantire una buona assistenza di base. Ritardare le cure mediche a causa di considerazioni finanziarie può essere pericoloso. Invece di portare avanti il progetto, andrebbero valutate alternative concrete.

.....

SGPP respinge il progetto e avverte che una tassa sulle urgenze potrebbe impedire a gruppi particolarmente vulnerabili, come le persone con malattie psichiche o socialmente svantaggiate, di accedere a trattamenti d'urgenza necessari. Ciò potrebbe mettere a rischio la loro salute e causare maggiori costi per la società. SGPP sottolinea che, in caso di suicidalità acuta e crisi psichiche, un accesso senza barriere è fondamentale. Raccomanda che l'accesso ai trattamenti d'emergenza non sia reso più difficile da costi più elevati.

SAGES respinge il progetto ed è essenzialmente del parere che, dal punto di vista dell'assistenza sociale, il progetto debba essere respinto in quanto peserebbe in particolare sui gruppi a basso reddito e socialmente svantaggiati. Il progetto aumenterebbe le disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

SGAIM respinge il progetto. Secondo i dati di Helsana, la percentuale di casi di lieve entità è addirittura diminuita costantemente tra il 2014 e il 2023. Inoltre, non è stato possibile trovare una definizione chiara di caso di lieve entità. SGAIM si pone la questione del rapporto costi-benefici del presente progetto. Dal punto di vista dei medici di base, l'indicazione scritta comporterebbe per loro nuovi oneri amministrativi. La speranza che, grazie alla nuova disposizione, i casi di lieve entità vengano trattati dal medico di famiglia presuppone che vi siano abbastanza medici di famiglia per garantire l'assistenza. Non è tuttavia così. SGAIM si oppone a che l'onere vada a carico dei fornitori di prestazioni, i costi aggiuntivi siano sostenuti dagli assicurati e i «ricavi» di questo processo vadano agli assicuratori. Inoltre, tasse di questo tipo introdotte in Germania e in Austria sono già state abolite perché infruttuose. SGAIM afferma anche che la responsabilità individuale non può essere promossa attraverso deterrenti finanziari. È più probabile che tali deterrenti facciano sì che in caso d'urgenza i pazienti non si presentino in ospedale, mettendosi in pericolo. Occorrerebbe invece lavorare sull'alfabetizzazione sanitaria.

VZI appoggia la risposta di AGZ e respinge quindi il progetto.

ZGPP respinge il progetto, ritenendo che vi sia il rischio che in particolare i gruppi vulnerabili, come le persone provenienti da contesti socioeconomici svantaggiati o con un'alfabetizzazione sanitaria limitata, possano essere intimiditi o svantaggiati. Pone l'accento anche sull'onere amministrativo. I benefici del progetto sarebbero inferiori al previsto. Non verrebbero affrontate le cause alla base del problema, vale a dire per esempio l'insufficiente capacità degli studi medici di famiglia e pediatrici, la carenza di medici formati in Svizzera e il basso livello di alfabetizzazione sanitaria della popolazione.

4.2 Favorevoli

4.2.1 Cantoni

AR sostiene il progetto. Anche se il rapporto costi-benefici può essere valutato in modo critico e l'effetto di riduzione dei costi messo in discussione, AR è convinto che il progetto possa portare sul lungo termine a uno sgravio dei reparti di pronto soccorso degli ospedali e sia un'opzione per contenere i costi più sostenibile di altre. Il progetto non comporterebbe oneri aggiuntivi per il personale dei reparti di pronto soccorso. Inoltre, il progetto consentirebbe di sensibilizzare l'opinione pubblica.

BE approva sia la minoranza per il progetto che la minoranza II. Ritiene importante la semplicità amministrativa dell'applicazione. Inoltre, BE sarebbe favorevole a ulteriori eccezioni, come per esempio per le persone portate in pronto soccorso dalle organizzazioni di pronto intervento. Si dovrebbe inoltre rinunciare alla riscossione della tassa anche per le urgenze mediche gravi. Nel caso di persone con malattie croniche e disabilità, BE fa notare che ritardare le cure mediche potrebbe causare danni permanenti. BE ritiene che si debba evitare di delegare ai Cantoni l'introduzione della tassa.

GL sostiene la minoranza II. GL ritiene che l'effetto deterrente del progetto sia minimo, in quanto solo pochi assicurati raggiungono il tetto massimo dell'aliquota percentuale. La minoranza II invece, con un supplemento diretto all'aliquota percentuale, colpirebbe tutti gli assicurati che abbiano raggiunto l'importo massimo della franchigia. Se il supplemento fosse introdotto in tutta la Svizzera, l'effetto deterrente sarebbe maggiore. GL ritiene inoltre che sia competenza della Confederazione determinare l'aliquota percentuale. L'introduzione di una

.....

nuova competenza per i Cantoni genererebbe per loro un grande onere normativo e attuativo. Le diverse applicazioni della LAMal comporterebbero inoltre incertezze e difficoltà di esecuzione, in particolare nel caso di emergenze mediche fuori Cantone con ricorso ai servizi di pronto soccorso.

TI sostiene la minoranza per il progetto o la minoranza II. Ritiene che il progetto potrebbe aumentare la consapevolezza dei costi e la responsabilità individuale degli assicurati. Questa sensibilizzazione si ripercuoterebbe sul singolo assicurato in termini piuttosto teorici che non effettivi dal profilo economico, dato che le modalità di implementazione sono relativamente lontane dall'imposizione di una tassa supplementare di 50 franchi per ogni caso «bagatella». Oltre al disincentivo finanziario, gli ospedali potrebbero già attuare e dovrebbero rafforzare misure organizzative e logistiche per indirizzare i pazienti non urgenti verso prese a carico più adeguate che i servizi di pronto soccorso. Per TI è inoltre importante migliorare l'accesso ai medici di famiglia. TI critica il fatto che il progetto potrebbe far aumentare le difficoltà riscontrate da talune fasce della popolazione per accedere alle cure. Le persone con redditi modesti potrebbero in effetti aspettare troppo a lungo prima di recarsi in pronto soccorso. Inoltre, il progetto potrebbe generare incertezza tra i pazienti. Nei casi di emergenza laddove ogni minuto conta, la tassa sui casi di lieve entità potrebbe fare perdere preziosi minuti qualora il paziente o i suoi parenti dovessero prendere contatto dapprima con un medico, una farmacia o un centro di telemedicina. TI segnala inoltre che la consultazione preliminare dovrebbe venir indennizzata e genererebbe quindi per forza di cose un costo a carico dell'AOMS. Ritiene che per gli assicurati che non hanno scelto un modello assicurativo alternativo, il progetto potrebbe costituire un incentivo a valutarne uno, con risvolti positivi anche dal profilo finanziario sui premi di cassa malati. Infine, TI richiama l'attenzione sulle questioni di responsabilità civile irrisolte.

ZH sostiene il progetto. Suggestisce inoltre di stabilire che l'aliquota percentuale non venga aumentata nemmeno in caso di invio tramite un numero di emergenza cantonale. Anche i pazienti portati al pronto soccorso da un'ambulanza o un servizio di pronto intervento andrebbero esonerati dalla tassa. Un aumento dell'importo massimo dell'aliquota percentuale in caso di ricorso ingiustificato al pronto soccorso dovrebbe aumentare la consapevolezza dei costi e la responsabilità individuale delle persone assicurate, sgravando così i reparti di pronto soccorso degli ospedali dai casi di lieve entità. In termini di attuazione, l'onere per gli ospedali dovrebbe essere minimo, in quanto sarebbe necessario solo documentare in fase di registrazione se la persona è stata inviata al pronto soccorso o meno. ZH si aspetta un certo onere per controllare l'attuazione e informare la popolazione. I medici, i centri di telemedicina e i farmacisti dovrebbero aspettarsi un carico di lavoro leggermente superiore a causa dell'emissione delle indicazioni scritte. Nel complesso, ZH accoglie con favore il fatto che i Cantoni possano decidere autonomamente se aumentare l'aliquota percentuale.

4.2.2 Partiti politici

PLR sostiene la minoranza II. L'introduzione di una tassa per le urgenze potrebbe contribuire a ridurre il sovraccarico dei reparti di pronto soccorso degli ospedali e a garantirne il funzionamento regolare. Inoltre, una tassa di questo tipo rafforzerebbe la consapevolezza dei costi e la responsabilità individuale delle persone assicurate. I pazienti con problemi di lieve entità potrebbero essere dissuasi dal recarsi al pronto soccorso dell'ospedale dall'incentivo finanziario e ricevere invece un trattamento più appropriato ed economico. In questo modo si eviterebbero costi inutili a carico dei pagatori dei premi.

PVL sostiene il progetto. Chiede che ai Cantoni sia concesso un maggiore margine di manovra per sgravare i reparti di pronto soccorso. Il pronto soccorso dell'ospedale dovrebbe rimanere il servizio per le emergenze urgenti, così da utilizzare le capacità di assistenza in modo mirato. I minorenni, le donne in gravidanza e le persone con un'indicazione scritta da parte di medici, centri di telemedicina o farmacie devono assolutamente essere esentati dalla partecipazione ai costi.

UDC sostiene la minoranza I. In linea di principio, UDC chiede che la formulazione dell'iniziativa parlamentare sia ripresa nel modo più fedele possibile. Avendo tuttavia la Commissione optato per un progetto annacquato, la variante di maggioranza non avrebbe alcun effetto deterrente. Per UDC la variante della minoranza I sarebbe una soluzione più efficace, poiché l'aumento

.....

della partecipazione ai costi sotto forma di un supplemento di 50 franchi sarebbe dovuto già prima del raggiungimento dell'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale. UDC chiede inoltre che siano incluse anche altre misure di inasprimento efficaci, per esempio la riscossione anticipata per i casi di lieve entità e il raddoppio della tassa per le persone la cui assicurazione malattia fosse interamente a carico dei contribuenti.

4.2.3 Assicuratori e federazioni di assicuratori

Santésuisse approva la minoranza II. Tuttavia, ritiene il progetto fondamentalmente molto lontano dall'idea originale di una tassa d'incentivazione efficace. Per aumentare la consapevolezza dei costi, una tassa «out of pocket» sarebbe stata una scelta migliore. Santésuisse ritiene che l'onere amministrativo aggiuntivo per gli assicuratori e i fornitori di prestazioni sia accettabile. Segnala però anche che un aumento dell'aliquota percentuale, come previsto dalla variante di maggioranza, inciderebbe solo su un numero esiguo di persone assicurate. Aliquote percentuali differenziate e dinamiche sarebbero tecnicamente molto complesse e molto difficili da implementare. L'effetto dissuasivo sarebbe maggiore con una tassa sui casi di lieve entità conformemente alla minoranza I o II. In questo caso, la tassa avrebbe effetto prima rispetto all'aumento dell'aliquota percentuale, in quanto indipendente dall'importo massimo dell'aliquota percentuale. La misura sarebbe efficace non appena viene raggiunta la franchigia massima. Santésuisse è a favore di una soluzione unica a livello nazionale. Infatti, se i Cantoni potessero decidere se aumentare l'aliquota percentuale o meno, l'effetto di indirizzamento sarebbe ancora minore. Le probabili differenze di attuazione tra Cantoni comporterebbero un ulteriore onere amministrativo per gli assicuratori. Santésuisse ritiene anche che si dovrebbe garantire che alle persone a basso reddito non venga impedito di recarsi al pronto soccorso. Inoltre, una tassa sui casi di lieve entità non dovrebbe causare oneri amministrativi eccessivi per gli assicuratori malattia. Per distinguere i pazienti che si recano al pronto soccorso dell'ospedale per una vera urgenza e quelli che lo fanno per un caso di lieve entità, si potrebbe ricorrere alla definizione di urgenza medica di cui all'articolo 64a capoverso 7 LAMal. I casi di lieve entità andrebbero definiti come una formulazione negativa del capoverso: la tassa sarebbe dovuta per ogni caso che non sia un'urgenza medica ai sensi dell'articolo 64a capoverso 7 LAMal. Se questa soluzione fosse troppo complessa, o in suo complemento, si potrebbe implementare un sistema di triage che distingue casi urgenti e casi di lieve entità simile a quello adottato, per esempio, nel Cantone di Zurigo dove Cantone e Comuni hanno incaricato, tramite un accordo di prestazioni cantonali, AGZ della gestione di un centro di triage delle urgenze per l'intero Cantone e dell'organizzare del servizio medico d'urgenza. Per il servizio medico d'urgenza pediatrico occorre tenere conto delle circostanze particolari nell'esecuzione del triage. Spetterebbe al fornitore di prestazioni d'urgenza decidere e dichiarare in via definitiva, una volta effettuato il trattamento, se si tratta o meno di un caso di lieve entità. Una attuazione semplice richiederebbe una soluzione uniforme a livello svizzero e l'applicazione per l'intero settore ambulatoriale ospedaliero. Santésuisse ritiene che per i bambini non dovrebbe essere prevista un'esenzione generale dalla riscossione della tassa. Un recente rapporto dell'Obsan mostrerebbe infatti che il tasso maggiore di ricorso ai reparti di pronto soccorso si riscontra proprio tra i bambini piccoli. L'effetto deterrente sarebbe particolarmente auspicabile in questo contesto, soprattutto perché i reparti di pronto soccorso pediatrici lamentano la difficoltà di adempiere al loro mandato di assistenza dei pazienti con vere urgenze, a causa del gran numero di casi di lieve entità. Infine, Santésuisse fa notare che, nel caso di un'eventuale introduzione, si dovrebbero esaminare misure di accompagnamento adeguate.

4.2.4 Fornitori di prestazioni

Medswissnet accoglie positivamente il progetto e raccomanda l'attuazione della minoranza II. Un'applicazione diversa da Cantone a Cantone dovrebbe essere evitata, perché sarebbe complicata e difficile da comunicare alla popolazione. Una disparità di trattamento tra le persone assicurate sarebbe in contrasto con il principio di solidarietà della LAMal. Med-

.....

swissnet propone che i proventi della tassa d'incentivazione siano destinati agli obiettivi di assistenza previsti, vale a dire la messa a disposizione di strutture adeguate per tener lontani dai reparti di pronto soccorso degli ospedali i casi di lieve entità.

5 Elenco dei destinatari della consultazione

5.1 Cantoni

| Abbreviazione | Denominazione | Parere | Favorevole al progetto |
|---------------|--|--------|------------------------|
| AG | Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia | Sì | NO |
| AI | Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno | Sì | NO |
| AR | Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno | Sì | Sì |
| BE | Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna | Sì | Sì |
| BL | Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna | Sì | NO |
| BS | Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città | Sì | NO |
| FR | Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo | Sì | NO |
| GE | Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra | Sì | NO |
| GL | Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona | Sì | Sì |
| GR | Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni | Sì | NO |
| JU | Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura | Sì | NO |
| LU | Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna | Sì | NO |
| NE | Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel | Sì | NO |
| NW | Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo | Sì | NO |

| | | | |
|----|--|----|----|
| OW | Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo | Sì | NO |
| SG | Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo | Sì | NO |
| SH | Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa | Sì | NO |
| SO | Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta | Sì | NO |
| SZ | Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwytz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto | Sì | NO |
| TG | Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia | Sì | NO |
| TI | Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino | Sì | Sì |
| UR | Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri | Sì | NO |
| VD | Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud | Sì | NO |
| VS | Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese | Sì | NO |
| ZG | Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo | Sì | NO |
| ZH | Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo | Sì | Sì |

5.2 Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

| Abbreviazione | Denominazione | Parere | Favorevole al progetto |
|---------------|---|--------|------------------------|
| Il Centro | Die Mitte Le Centre Il Centro | NO | - |
| UDF | Eidgenössisch-Demokratische Union Union démocratique Fédérale Unione democratica Federale | NO | - |
| PEV | Evangelische Volkspartei der Schweiz Parti évangélique Suisse Partito evangelico svizzero | NO | - |
| PLR | FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali | Sì | Sì |

| Abbreviazione | Denominazione | Parere | Favorevole al progetto |
|---------------|--|--------|------------------------|
| PVL | Grünliberale Partei Parti vert'libéral Partito verde-liberale | Sì | Sì |
| VERDI | GRÜNE Schweiz Les VERT-E-S suisses I VERDI Svizzera | Sì | NO |
| Lega | Lega dei Ticinesi | NO | - |
| MCG | Mouvement Citoyens Genevois | NO | - |
| PSS | Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero | Sì | NO |
| UDC | Schweizerische Volkspartei Union démocratique du centre Unione democratica di Centro | Sì | Sì |

5.3 Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

| Abbreviazione | Denominazione | Parere | Favorevole al progetto |
|---------------|--|--------|------------------------|
| SAB | Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete Groupement suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna | Sì | NO |
| ACS | Schweizerischer Gemeindeverband Association des communes suisses Associazione dei Comuni Svizzeri | NO | - |
| UCS | Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses Unione delle città svizzere | Sì | NO |

5.4 Associazioni mantello nazionali dell'economia

| Abbreviazione | Denominazione | Parere | Favorevole al progetto |
|----------------|--|--------|------------------------|
| economiesuisse | Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere | Sì | NO |
| SIC Svizzera | Kaufmännischer Verband Schweiz Société suisse des employés de commerce Società svizzera degli impiegati di commercio | NO | - |
| USI | Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse Unione svizzera degli imprenditori | Sì | NO |
| ASB | Schweizerische Bankiervereinigung Association suisse des banquiers Associazione svizzera dei banchieri | NO | - |
| USC | Schweizerischer Bauernverband Union suisse des paysans | NO | - |

| | | | |
|------|---|----|----|
| | Unione svizzera dei contadini | | |
| USS | Schweizerischer Gewerkschaftsbund Union syndicale suisse Unione sindacale svizzera | Sì | NO |
| USAM | Schweizerischer Gewerbeverband Union suisse des arts et métiers Unione svizzera delle arti e dei mestieri | Sì | NO |
| | Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere | NO | - |

5.5 Cerchie interessate

5.5.1 Conferenze cantonali

| Abbreviazione | Denominazione | Parere | Favorevole al progetto |
|---------------|--|--------|------------------------|
| FDK | Konferenz der kantonalen Finanzdirektorinnen und Finanzdirektoren Conférence des directrices et directeurs cantonaux des finances Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle finanze | NO | - |
| CDS | Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità | Sì | NO |
| SODK | Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali delle opere sociali | NO | - |
| VKS | Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz Association des médecins cantonaux de Suisse Associazione dei medici cantonali della Svizzera | NO | - |
| VKZS | Vereinigung der Kantonszahnärztinnen und Kantonszahnärzte der Schweiz Association des médecins-dentistes cantonaux de Suisse Associazione dei medici dentisti cantonali della Svizzera | NO | - |
| KAV | Kantonsapothekervereinigung Association des pharmaciens cantonaux Associazione dei farmacisti cantonali | NO | - |

5.5.2 Associazioni dei consumatori

| Abbreviazione | Denominazione | Parere | Favorevole al progetto |
|---------------|---|--------|------------------------|
| ACSI | Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana | Sì | NO |

| | | | |
|-----|--|----|---|
| FRC | Fédération romande des Consommateurs | NO | - |
| kf | Konsumentenforum Forum des consommateurs Forum dei consumatori | NO | - |
| SKS | Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori | NO | - |

5.5.3 Organizzazioni della sanità pubblica

a. Fornitori di prestazioni

| Abbreviazione | Denominazione | Parere | Favorevole al progetto |
|---------------|---|--------|------------------------|
| ARISSET | ARTISET | NO | - |
| APA | Ärzte mit Patientenapotheke | NO | - |
| ASP | Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Association suisse des psychothérapeutes Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti | NO | - |
| ASPS | Association Spitem privé Suisse | NO | - |
| CURAVIVA | Verband Heime und Institutionen Schweiz Association des homes et institutions sociales suisses Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri | NO | - |
| EVS | ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz Association Suisse des Ergothérapeutes Associazione Svizzera degli Ergoterapisti | NO | - |
| FAMH | Die medizinischen Laboratorien der Schweiz Les laboratoires médicaux de Suisse I laboratori medici della Svizzera | NO | - |
| FMH | Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri | SI | NO |
| FSP | Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi | SI | NO |
| mfe | Haus- und Kinderärzte Schweiz Médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera | SI | NO |
| | Heilbäder und Kurhäuser Schweiz Espaces Thermaux et Maison de Cure Suisses | NO | - |
| H+ | H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri | SI | NO |
| | IG Schweizer Pharma KMU | NO | - |
| KMH | Kollegium für Hausarztmedizin Collège de médecine de premier recours Collegio di medicina di base | NO | - |
| K3 | Konferenz der kantonalen Krankenhausverbände | NO | - |
| | Konferenz der Schweizerischen Berufsverbände der Logopädinnen und Logopäden | NO | - |
| OPTIKSCHWEIZ | Verband für Optometrie und Optik Association d'optométrie et d'optique | NO | - |

| | | | |
|---------------|---|----|----------|
| Ospita | Die Schweizer Gesundheitsunternehmen Les entreprises suisses de santé Le aziende sanitarie svizzere | NO | - |
| Pharmalog | Verband der Pharma-Vollgrossisten Association des grossistes pharmaceutiques à assortiment complet Unione dei grossisti svizzeri di medicinali | NO | - |
| pharmaSuisse | Schweizerischer Apothekerverband Société Suisse des Pharmaciens Società Svizzera dei Farmacisti | SI | NO |
| Physioswiss | Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia | NO | - |
| PULSUS | PULSUS | NO | - |
| SBV | Schweizerische Belegärzte-Vereinigung Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private | NO | - |
| ChiroSuisse | Schweizerischen Chiropraktoren-Gesellschaft Association suisse des chiropraticiens Associazione svizzera dei chiropratici | NO | - |
| | Gerontologie CH | NO | - |
| SVS | Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorinnen und Spitaldirektoren Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux | NO | - |
| SVPC | Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte Association suisse des médecins-chefes et médecins-chefs en psychiatrie | NO | - |
| SULM | Schweizerische Union für Labormedizin Union suisse de médecine de laboratoire Unione svizzera di medicina di laboratorio | NO | - |
| SSO | Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri | NO | - |
| SBK | Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri | SI | NO |
| SDV | Schweizerischer Drogistenverband Association suisse des droguistes Associazione svizzera dei droghieri | SI | NO |
| | Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici | NO | - |
| SVBG | Schweizerischer Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé Federazione Svizzera delle Associazioni professionali sanitarie | SI | Rinuncia |
| Intergenerika | Schweizerischer Verband der Generika- und Biosimilar-Hersteller Organisation faitière des fabricants de génériques et de biosimilaires | NO | - |

| | | | |
|---------------|---|----|----|
| SVDE | Schweizerischer Verband der Ernährungsberater/innen Association suisse des diététicien-ne-s Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i | NO | - |
| SVFP | Schweizerischer Verband Freiberuflicher Physiotherapeuten Association suisse des physiothérapeutes indépendants Associazione Svizzera Fisioterapisti Indipendenti | SI | NO |
| SVKH | Schweizerischer Verband für komplementärmedizinische Heilmittel Association suisse pour les médicaments de la médecine complémentaire Associazione Svizzera per i medicinali della medicina complementare | NO | - |
| GSASA | Schweizerischer Verein der Amts- und Spitalapotheker Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali | NO | - |
| SVPL | Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleiterinnen und Pflegedienstleiter Association Suisse des Directrices et Directeurs des Services Infirmiers Associazione Svizzera dei Capi Servizio Cure Infermieristiche | NO | - |
| | scienceindustries | NO | - |
| Senesuisse | Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées | NO | - |
| SMSR | Société Médicale de la Suisse Romande | NO | - |
| Spitex | Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio | NO | - |
| SVMTT | Schweizerischer Verband der medizinisch-technischen und medizinisch-therapeutischen Gesundheitsberufe Association suisse des professions médico-techniques et médico-thérapeutiques de la santé Associazione svizzera delle professioni sanitarie medico-tecniche e medico-terapeutiche | NO | - |
| Swiss Medtech | Schweizer Medizintechnikverband Association Suisse de la Technologie Médicale Associazione Svizzers delle Tecnologie Mediche | NO | - |
| SW!SS REHA | Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Schweiz Association des cliniques de réadaptation suisses Associazione delle cliniche di riabilitazione svizzere | NO | - |
| unimedsuisse | Universitäre Medizin Schweiz Médecine universitaire suisse Medicina universitaria svizzera | SI | NO |
| FMCH | Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften Association Suisse des médecins avec activité chirurgicale et invasive Associazione Svizzera dei medici con attività chirurgica e invasiva | SI | NO |

| | | | |
|-------------|---|----|----|
| Interpharma | Verband der forschenden pharmazeutischen Firmen der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques suisses pratiquant la recherche | NO | - |
| vpz | Verband der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Zentralschweiz | NO | - |
| VEDAG | Verband deutschschweizerischer Ärztesellschaften | NO | - |
| VSAO | Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica | Sì | NO |
| VLSS | Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri | NO | - |
| VIPS | Vereinigung der Pharmafirmen in der Schweiz Association des entreprises pharmaceutiques en Suisse Associazione delle imprese farmaceutiche in Svizzera | NO | - |
| SGNOR | Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin Société suisse de médecine d'urgence et de sauvetage Società svizzera di medicina d'urgenza e di salvataggio | Sì | NO |

b. Assicuratori

| Abbreziavione | Denominazione | Parere | Favorevole al progetto |
|---------------|---|--------|------------------------|
| Curfutura | Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi | Sì | NO |
| GEKVG | Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal | NO | - |
| MTK | Medizinertarifkommission UVG Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF | NO | NO |
| RVK | Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia | NO | - |
| Santésuisse | Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri | Sì | Sì |
| SVV | Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni | NO | - |
| SVK | Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia | NO | - |
| SVV | Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances | NO | - |

| | | | |
|--|---------------------------------------|--|--|
| | Associazione svizzera d'assicurazioni | | |
|--|---------------------------------------|--|--|

c. Pazienti, utenti

| Abbreviazione | Denominazione | Parere | Favorevole al progetto |
|---------------|---|--------|------------------------|
| ASSUAS | Schweizerischer Verband der Versicherten Association Suisse des Assurés Associazione Svizzera degli Assicurati | NO | - |
| DVSP | Dachverband schweizerischer Patientenstellen Fédération suisse des patients | NO | - |
| | Ombudsstelle Krankenversicherung Office de médiation de l'assurance-maladie Ufficio di mediazione dell'assicurazione malattie | NO | - |
| | Patientenstelle Zürich | NO | - |
| Pro-Salute.ch | Pro-salute.ch | Sì | NO |
| SSR | Schweizerischer Seniorenrat Conseil suisse des aînés Consiglio svizzero degli anziani | NO | - |
| SPO | SPO Patientenschutz Organisation suisse des patients Organizzazione svizzera dei pazienti | NO | - |

d. Varia

| Abbreviazione | Denominazione | Parere | Favorevole al progetto |
|---------------------------------|--|--------|------------------------|
| | Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen | NO | - |
| | Centre patronal | NO | - |
| | Gesundheitsförderung Schweiz Promotion Santé Suisse Promozione Salute Svizzera | NO | - |
| Plattform Interprofessionalität | Plattform Interprofessionalität in der primären Gesundheitsversorgung Plateforme interprofessionnalité dans les soins de santé primaires | Sì | NO |
| IGMG | Interessengemeinschaft der medizinischen Grundversorgung | NO | - |
| | Patientensicherheit schweiz Sécurité des patients suisse Sicurezza dei pazienti svizzera | NO | - |
| | Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera | NO | - |
| SAMW | Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Académie suisse des sciences médicales Accademia svizzera delle scienze mediche | NO | - |
| SAV | Schweizerische Aktuarvereinigung Association Suisse des Actuaires ASA Associazione Svizzera degli Attuari | NO | - |
| SGV | Schweizerische Gesellschaft der Vertrauens- und Versicherungsärzte | NO | - |

| | | | |
|--------|---|----|----|
| | Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances | | |
| SGGP | Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik Société suisse pour la politique de la santé Società svizzera per la politica della salute | NO | - |
| GELIKO | Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz Conférence nationale suisse des ligues de la santé Conferenza nazionale svizzera delle leghe per la salute | NO | - |
| | Allianz 'Gesunde Schweiz' | NO | - |
| | Swiss Insurance Brokers Association | NO | - |
| VASOS | Vereinigung aktiver Senioren- und Selbsthilfe-Organisationen der Schweiz Fédération des associations des retraités et de l'entraide en Suisse Federazione associazioni dei pensionati e d'autoaiuto in Svizzera | Sì | NO |

5.6 Pareri spontanei

| Abbreviazione | Denominazione | Parere | Favorevole al progetto |
|-----------------------|---|--------|------------------------|
| AGBA | Ärztegesellschaft des Bezirks Affoltern | Sì | NO |
| AGZ | Aerztegesellschaft des Kantons Zürich | Sì | NO |
| AL | Alternative Liste Zürich | Sì | NO |
| | Bezirksärztegesellschaft des Knonaueramtes | Sì | NO |
| BEKAG | Aerztegesellschaft des Kantons Bern | Sì | NO |
| | Bündner Ärzteverein | Sì | NO |
| Forel Klinik | Klinik für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit | Sì | NO |
| GAZ | Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte am Zürichsee | Sì | NO |
| vkjz | Vereinigung Kinder- und Jugendärztinnen Zürich | Sì | NO |
| Medswissnet | Schweizer Dachverband der Ärztenetze Association suisse des réseaux de médecins Associazione svizzera delle reti di medici | Sì | Sì |
| MFÄF | Médecins Fribourg | Sì | NO |
| MNZ | Stiftung Medizinische Notrufzentrale | Sì | NO |
| Notfallpflege Schweiz | Notfallpflege Schweiz Soins d'urgence Suisse | Sì | NO |
| SGPP | Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie Société suisse de psychiatrie et psychothérapie Società svizzera di psichiatria e psicoterapia | Sì | NO |

.....

| | | | |
|-------|---|----|----|
| SAGES | Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit Association suisse pour le travail social en lien avec la santé | SI | NO |
| SGAIM | Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin Société suisse de médecine interne générale Società Svizzera di Medicina Interna Generale | SI | NO |
| VZI | Vereinigung Allgemeiner und Spezialisierter Internistinnen und Internisten Zürich | SI | NO |
| ZGPP | Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie | SI | NO |