

11.494

**Iniziativa parlamentare
Partecipazione ai costi per le prestazioni di maternità
Parità di trattamento**

**Rapporto della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del
Consiglio degli Stati**

dell'11 febbraio 2013

Onorevoli colleghi,

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

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

11 febbraio 2013

In nome della Commissione:

La presidente, Christine Egerszegi-Obrist

¹ RS 832.10

Rapporto

1 Genesi del progetto

La questione dell'esonero dalla partecipazione ai costi non solo per le donne la cui gravidanza si svolge normalmente ma anche per quelle che soffrono di complicazioni durante tale periodo, è stata sottoposta per la prima volta al Consiglio nazionale il 6 ottobre 2005. Le consigliere nazionali Chantal Galladé, Brigitte Häberli-Koller e Franziska Teuscher, nonché il consigliere nazionale Felix Gutzwiller hanno depositato, lo stesso giorno, quattro mozioni di tenore identico (05.3589 n, 05.3590 n, 05.3591 n e 05.3592 n). Chiedevano al Consiglio federale di proporre una modifica della legge federale del 18 marzo 1994² sull'assicurazione malattie (LAMal) al fine di esonerare dalla partecipazione ai costi anche le cure fornite a donne con una gravidanza a rischio, per le quali è indicato un intervento (profilattico) o la cui gravidanza presenta complicazioni che richiedono una terapia. Nel suo parere del 9 dicembre 2005, il Consiglio federale ha proposto di accogliere le mozioni. La mozione Gutzwiller è stata accolta, senza voti contrari, il 24 marzo 2006 dal Consiglio nazionale e il 20 settembre 2006 dal Consiglio degli Stati. Le mozioni Galladé, Häberli-Koller e Teuscher sono state dibattute e accolte, parimenti senza voti contrari, il 19 marzo 2007 dal Consiglio nazionale e il 2 ottobre 2007 dal Consiglio degli Stati.

In vista dell'attuazione delle mozioni, nel suo rapporto dell'11 agosto 2008, indirizzato alla Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N), l'Amministrazione ha proposto una precisazione dell'articolo 64 capoverso 7 LAMal e presentato due possibili scenari. Nel primo scenario l'esonero dalla partecipazione ai costi dovrebbe interessare soltanto le prestazioni legate alla maternità. Nel secondo, invece, la partecipazione ai costi comprenderebbe tutte le prestazioni fornite durante la gravidanza, il parto e un periodo definito dopo lo stesso. La CSSS-N si è occupata di queste proposte nel quadro della deliberazione per articoli del progetto 04.062 s «Legge federale sull'assicurazione malattie. Revisione parziale. Managed Care. Parte 1». Il 26 marzo 2010 ha deciso all'unanimità di optare per la seconda variante. La Commissione ha infatti ritenuto difficile, se non impossibile, operare una distinzione tra le prestazioni legate alla maternità e quelle che non lo sono. Ha dunque proposto di esonerare dalla partecipazione ai costi le prestazioni generali fornite in caso di malattia a partire dalla 13^a settimana di gravidanza e fino a otto settimane dopo il parto. Il 16 giugno 2010 il Consiglio nazionale ha deciso, senza controproposta, di approvare la proposta della propria Commissione. Il 15 dicembre 2010, il Consiglio degli Stati ha accolto senza discussione la modifica dell'articolo 64 capoverso 7 LAMal proposta dal Consiglio nazionale. Il 30 settembre 2011 la legge è stata approvata nel voto finale con 28 voti contro 6 e 10 astensioni nel Consiglio degli Stati e con 133 voti contro 46 e 17 astensioni nel Consiglio nazionale. Il referendum presentato contro il disegno di legge in questione è tuttavia riuscito e il 17 giugno 2012 una grande maggioranza del Popolo ha respinto il progetto sul Managed Care.

² RS 832.10

La questione dell'esonero dalla partecipazione ai costi per le prestazioni di maternità costituiva tuttavia la parte del progetto «Managed Care» che non era contestata. Per questa ragione essa è stata ripresa in tre iniziative parlamentari dallo stesso obiettivo materiale: l'iniziativa 11.494 s, depositata il 21 dicembre 2011 dalla consigliera agli Stati Liliane Maury Pasquier, l'iniziativa 12.448 n, depositata il 14 giugno 2012 dalla consigliera nazionale Chantal Galladé, e l'iniziativa 12.449 s, depositata sempre il 14 giugno 2012 dal consigliere agli Stati Felix Gutzwiller. Il 23 agosto 2012 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) ha deciso all'unanimità di dare seguito all'iniziativa di Liliane Maury Pasquier. Il 2 novembre 2012 la CSSS-N si è allineata a questa decisione con 19 voti favorevoli e 4 contrari. L'Amministrazione e la Segreteria della Commissione hanno quindi elaborato un progetto che comprende il presente rapporto e il relativo progetto di legge. La CSSS-S ha approvato il rapporto e il progetto di legge l'11 febbraio 2013. Visto che l'obiettivo dell'iniziativa è incontestato, la Commissione ha deciso di rinunciare alla consultazione. Le iniziative parlamentari Galladé e Gutzwiller sono state sospese dalle rispettive commissioni competenti fino alla conclusione dell'esame dell'iniziativa Maury Pasquier.

2 Puntii essenziali del progetto

Il progetto di legge riprende lo stesso disciplinamento proposto nel quadro del progetto 04.062 s «Legge sull'assicurazione malattie. Revisione parziale. Managed Care. Parte 1».

Secondo il diritto in vigore, non può essere riscossa alcuna partecipazione ai costi per le prestazioni di maternità (art. 64 cpv. 7 LAMal). Conformemente alla definizione di cui all'articolo 5 della legge federale del 6 ottobre 2000³ sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), la maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre. Nell'articolo 29 LAMal il legislatore stabilisce le prestazioni assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in caso di maternità. Secondo il capoverso 1 «oltre ai costi delle prestazioni in caso di malattia, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume quelli delle prestazioni specifiche di maternità». Il capoverso 2 precisa, in combinato disposto con gli articoli 13–16 dell'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995⁴ sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre), quali sono le prestazioni specifiche di maternità.

Nella sua giurisprudenza⁵ il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha interpretato a più riprese l'articolo 64 capoverso 7 LAMal nel senso che gli assicurati sono esonerati dalla partecipazione ai costi unicamente per le prestazioni specifiche di maternità di cui all'articolo 29 capoverso 2 LAMal. Ne deriva così che i costi per curare le complicazioni sopraggiunte durante la gravidanza costituiscono spese imputabili a malattia e soggiacciono pertanto all'obbligo di partecipazione ai costi da parte dell'assicurata. In virtù della legge e della giurisprudenza attuale, le donne con una gravidanza a rischio, o per le quali è indicato un intervento (profilattico), o che in gravidanza soffrono di complicazioni che rendono necessaria una terapia,

³ RS 830.1

⁴ RS 832.112.31

⁵ Cfr. decisione del 5 settembre 2001, pubblicata in DTF 127 V 268, e decisione del 16 giugno 2004, pubblicata in RAMI 2004, pag. 383.

devono partecipare ai relativi costi. Secondo il TFA se si dovesse prevedere un'altra soluzione questa dovrebbe emanare dal legislatore e non dalla giurisprudenza sviluppata dai tribunali.

L'interpretazione che il TFA dà dell'articolo 64 capoverso 7 LAMal penalizza le donne che vivono una gravidanza con complicazioni rispetto a quelle la cui gravidanza si svolge normalmente. A suo tempo il legislatore aveva esonerato le prestazioni di maternità dalla partecipazione ai costi per ragioni di politica sociale e familiare. Che la gravidanza si svolga con o senza complicazioni non dovrebbe dunque determinare l'esonero o il non esonero dalla partecipazione ai costi. La precisazione proposta per l'articolo 64 capoverso 7 LAMal stabilisce esplicitamente che l'esonero dalla partecipazione ai costi si applica anche alle cure in seguito a complicazioni legate alla gravidanza.

Con la modifica di legge le prestazioni specifiche di maternità (segnatamente gli esami di controllo di cui all'art. 13 OPre) continueranno ad essere esonerate dalla partecipazione ai costi. Le prestazioni generali ne saranno esonerate per un determinato periodo.

L'esonero inizia la 13^a settimana di gravidanza: l'OPre prescrive infatti, in caso di gravidanza normale, un controllo agli ultrasuoni tra l'11^a e la 14^a settimana di gravidanza (art. 13 lett. b n. 1 OPre). Siccome le gravidanze sono spesso individuate dopo qualche settimana, questo disciplinamento impedisce che le prestazioni per le quali l'assicuratore ha già riscosso la partecipazione ai costi ne siano esonerate in un secondo tempo. È inoltre fondato sul modello medico della gravidanza in tre trimestri (dalla 1^a alla 13^a settimana, dalla 14^a alla 26^a settimana e dalla 27^a alla 39^a settimana). Con tale disciplinamento, le cure dispensate in seguito a complicazioni, come aborti spontanei o gravidanze extrauterine, sopraggiunte nelle prime dodici settimane non sono esonerate dalla partecipazione ai costi. In questo modo le donne che necessitano di cure durante le prime dodici settimane di gravidanza continueranno ad essere penalizzate rispetto alle donne la cui gravidanza si svolge senza problemi. Questo si giustifica con il fatto che l'inizio della gravidanza può essere individuata solo successivamente e che, quando viene a conoscenza della gravidanza dell'assicurata, l'assicuratore ha probabilmente già riscosso una partecipazione ai costi per talune cure. Un esonero a posteriori dalla partecipazione ai costi per le cure effettuate durante le prime dodici settimane di gravidanza comporterebbe un onere amministrativo sproporzionato.

L'esonero dalla partecipazione ai costi è stato stabilito fino a otto settimane dopo il parto. Questa scelta dipende dal fatto che il puerperio si protrae generalmente fino a sei-otto settimane dopo il parto. Queste otto settimane corrispondono inoltre al periodo minimo di versamento delle indennità giornaliere facoltative in caso di maternità (art. 74 cpv. 2 LAMal) e alla disposizione della legge federale del 13 marzo 1964⁶ sul lavoro nell'industria, nell'artigianato e nel commercio (Legge sul lavoro, LL), secondo cui le puerpere non possono essere occupate durante le otto settimane dopo il parto (art. 35a cpv. 3).

3

Commento alle singole disposizioni

Art. 64 cpv. 7 lett. a

Questa disposizione precisa che l'assicurazione non può riscuotere alcuna partecipazione ai costi per le prestazioni di cui all'articolo 29 capoverso 2 LAMal. Negli articoli 13–16 OPre il DFI ha definito le prestazioni specifiche di maternità.

Art. 64 cpv. 7 lett. b

Questa disposizione si riferisce alle prestazioni generali fornite in caso di malattia e i cui costi sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in virtù dell'articolo 25 LAMal. Per evitare ambiguità il testo menziona parimenti l'articolo 25a LAMal, relativo alle cure dispensate in caso di malattia – le quali erano oggetto dell'articolo 25 prima dell'entrata in vigore dell'articolo 25a, il 1° gennaio 2011 (RU 2009 3517 6847). Lo scopo è di impedire che le donne debbano partecipare ai costi per prestazioni fornite nel quadro di un intervento (profilattico) risultante da una gravidanza a rischio o di una terapia dovuta a complicazioni sopraggiunte durante la gravidanza. L'esonero comincia la 13^a settimana di gravidanza e termina alla fine dell'8^a settimana dopo il parto.

4

Ripercussioni

4.1

Ripercussioni finanziarie e sull'effettivo del personale

È difficile valutare le ricadute finanziarie della modifica di legge richiesta poiché mancano i dati corrispondenti. Ciò nondimeno è noto il numero delle nascite in Svizzera: nel 2011 sono state circa 80 000. Le prestazioni di maternità fornite ammontano, nello stesso anno, a circa 610 milioni di franchi, il che equivale a circa il 2,4 per cento delle prestazioni lorde dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie – il cui importo si aggira sui 25 miliardi di franchi in totale – e quindi mediamente a 7600 franchi per nascita.

La stima delle conseguenze finanziarie del presente progetto evidenzia soprattutto due difficoltà:

La prima risiede nel fatto che gli assicuratori generalmente registrano come prestazioni di maternità soltanto le «prestazioni specifiche di maternità» ai sensi dell'articolo 29 capoverso 2 LAMal. Le complicazioni sopraggiunte durante la gravidanza non sono definite in quanto tali e vengono registrate come malattie. Non si distinguono dunque le gravidanze che presentano complicazioni da quelle che non pongono problemi. Non si dispone nemmeno di indicazioni sulla proporzione tra le «gravidanze con complicazioni» e quelle «che si svolgono normalmente». Occorre inoltre tener conto del fatto che le complicazioni comportano prestazioni assai diverse e che queste possono concernere malattie indipendenti dalla gravidanza. Un soggiorno ospedaliero durante una gravidanza può, ad esempio, essere dovuto a complicazioni o a una malattia senza alcun legame con la gravidanza.

La seconda difficoltà concerne la valutazione dei costi cui attualmente le donne sono tenute a partecipare durante la gravidanza, partecipazione che non sarebbe più riscossa in caso di una modifica della legge nel senso dell'iniziativa.

Le donne incinte possono aver optato per la franchigia annuale ordinaria di 300 franchi o per una franchigia opzionale fino a 2500 franchi. Non esistono dati sulla ripartizione delle diverse franchigie annuali tra le donne incinte. Inoltre, la partecipazione ai costi è riscossa sull'arco di tutto l'anno. Ad esempio le donne ammalate all'inizio dell'anno possono aver già raggiunto l'importo della loro franchigia annuale e restare incinte alla fine dell'anno.

I costi supplementari che gli assicuratori devono assumersi sono limitati nella misura in cui per la partecipazione ai costi è fissato un importo massimo (art. 93 e 103 OAMal⁷), che ammonta a 1000 franchi per la franchigia annuale di base di 300 franchi (300 franchi di franchigia e 700 franchi l'aliquota percentuale). Tale importo è raggiunto quando l'assicurato fa capo a prestazioni per un importo di 7300 franchi o maggiore.

In relazione con l'attuazione delle mozioni 05.3589 n, 05.3590 n, 05.3591 n e 05.3592 n, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) aveva chiesto a due grandi assicuratori attivi in Svizzera di valutare le conseguenze finanziarie di un esonero dalla partecipazione ai costi di maternità. Gli assicuratori in questione hanno calcolato il numero di assicurate che avevano beneficiato di prestazioni di maternità e, a partire dalla prima concessione di prestazioni, hanno definito la probabile durata di una gravidanza. Sulla base dei calcoli dell'UFSP, a loro volta fondati sui dati forniti dagli assicuratori, nel 2011 ogni assicurata ha partecipato ai costi mediamente in ragione di 350 franchi per prestazioni fornite a partire dalla 13^a settimana di gravidanza, durante il parto e sino a otto settimane dopo il parto. Se si riporta questa somma sulle circa 80 000 nascite del 2011, la partecipazione ai costi totale si situa nell'ordine di 33,6 milioni di franchi all'anno. Questo onere supplementare per gli assicuratori equivarrebbe a un aumento delle loro prestazioni nette (21,5 mia. di fr. nel 2011) di circa lo 0,16 per cento.

Non vi è da temere che, a causa dell'esonero dalla partecipazione ai costi per le prestazioni di maternità, le donne incinte ricorrano molto più frequentemente a cure «esulanti la gravidanza», visto che i trattamenti medici dispensati durante tale periodo sono spesso accompagnati da rischi per la salute della madre e del bambino.

5 Relazione con il diritto europeo

In questo settore il diritto europeo (diritto della Comunità europea e diritto del Consiglio d'Europa) non prevede norme rilevanti per i singoli Stati, che possono pertanto disciplinarne gli aspetti secondo il loro apprezzamento.

6 Basi legali

6.1 Costituzionalità e legalità

Il progetto di legge si fonda sull'articolo 117 della Costituzione federale⁸, che conferisce alla Confederazione ampie competenze per istituire l'assicurazione malattie.

⁷ RS 832.102

⁸ RS 101

6.2 Forma dell'atto

Conformemente all'articolo 164 della Costituzione federale, l'atto deve essere emanato sotto forma di legge federale.

