



25.xxx

Messaggio concernente la legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche e la modifica della legge federale sulle professioni sanitarie

del ...

Onorevoli presidenti e consiglieri,

con il presente messaggio vi sottoponiamo, per approvazione, il disegno di legge sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche e il disegno di modifica della legge sulle professioni sanitarie.

Nel contempo vi proponiamo di togliere dal ruolo i seguenti interventi parlamentari.

2018 P 18.3602 Come garantire la qualità delle cure?
(N 28.9.2018, Marchand-Balet)

2023 M 22.3163 Rafforzare le competenze digitali dei professionisti della salute
(N 27.9.2022, Silberschmidt; S 6.6.2023)

2023 P 23.3292 Infermieri interinali. Qual è l'impatto sugli ospedali e sui posti
di lavoro?
(N 29.9.2023, Amoos)

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

...

In nome del Consiglio federale svizzero:

La presidente della Confederazione, Karin Keller-Sutter

Il cancelliere della Confederazione, Viktor Rossi

Compendio

L'iniziativa popolare sulle cure infermieristiche è stata accettata dal Popolo e dai Cantoni nella votazione popolare del 28 novembre 2021. Il Consiglio federale ha deciso nel gennaio 2022 di attuare l'iniziativa in due tappe. La prima tappa è entrata in vigore il 1° luglio 2024. La seconda tappa avrà l'obiettivo di migliorare le condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche e le possibilità di ulteriore sviluppo professionale.

Situazione iniziale

Il personale infermieristico svolge un ruolo fondamentale nell'assistenza sanitaria, tanto negli ospedali quanto nelle case di cura o nell'assistenza a domicilio. Con la prima tappa dell'attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche, entrata in vigore il 1° luglio 2024, si intende incrementare il numero dei diplomati in questo settore. Con la seconda tappa invece si intende affrontare la problematica dell'abbandono precoce della professione, che costituisce una delle cause principali dell'attuale carenza di personale nel settore delle cure infermieristiche. Grazie a un miglioramento delle condizioni di lavoro e delle possibilità di ulteriore sviluppo professionale, si intende rendere più interessanti le professioni infermieristiche e fare in modo che le persone formate non abbandonino la professione.

Diversi studi hanno esaminato le ragioni dell'abbandono della professione. Sebbene i risultati non siano uniformi, è possibile individuare i seguenti motivi principali:

- conciliabilità tra lavoro e vita privata;
- carico di lavoro fisico e psicologico;
- salario;
- contenuti del lavoro;
- ambiente lavorativo.

Gli studi evidenziano che circa la metà delle persone che hanno abbandonato la professione infermieristica considera la propria uscita solo temporanea. Questo significa che, attraverso misure concrete volte a migliorare le condizioni di lavoro, si potrebbe ridurre il numero di abbandoni precoci della professione e aumentare il numero di rientri. È intorno a questo aspetto che si sviluppa la nuova legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche (LCInf).

L'incremento delle malattie croniche a causa del cambiamento demografico porta a una crescente domanda di cure mediche di base. Con l'aumento dei pazienti in età avanzata affetti da multimorbidità, le situazioni nel settore delle cure infermieristiche diventano più complesse, in particolare nell'ambito delle cure di lunga durata. Per queste mansioni le istituzioni dipendono da personale altamente qualificato in grado di agire sotto la propria responsabilità professionale in situazioni del genere. Pertanto la carenza di personale colpisce non solo il settore delle cure infermieristiche, ma anche altre categorie professionali cruciali per le cure mediche di base, come i medici di famiglia o i medici specialisti in psichiatria e psicoterapia. Per affrontare questa situazione e rendere possibili modelli di assistenza innovativi nelle cure mediche di base, il Consiglio federale propone una modifica della legge federale sulle

professioni sanitarie (LPSan) allo scopo di creare la figura professionale dell'infermiere di pratica avanzata.

Contenuto del progetto

Il Consiglio federale propone la nuova LCInf e una modifica della LPSan.

Attraverso la LCInf il Consiglio federale propone disposizioni relative a dieci ambiti con cui si intende migliorare sensibilmente le condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche. Inoltre le parti sociali saranno tenute a negoziare contratti collettivi di lavoro (CCL). Tramite i CCL sarà possibile derogare alle disposizioni della LCInf anche a sfavore dei lavoratori. Tuttavia, è possibile continuare a derogare alle disposizioni imperative della legge federale del 13 marzo 1964 sul lavoro (LL), del Codice delle obbligazioni (CO) e delle leggi cantonali sul personale nonché ad altre disposizioni di diritto speciale soltanto a favore dei lavoratori.

Le modifiche della LPSan proposte sono volte a definire la professione di infermiere di pratica avanzata e i requisiti per l'esercizio di questa professione e, di conseguenza, a disciplinare il corso di studi master in pratica infermieristica avanzata. In linea con gli sviluppi internazionali, l'esercizio della professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale sarà ammesso unicamente in seguito all'ottenimento di un master in pratica infermieristica avanzata. Inoltre viene adempiuta la mozione Silberschmidt 22.3163 «Rafforzare le competenze digitali dei professionisti della salute» accolta dal Parlamento.

Indice

Compendio	2
1 Situazione iniziale	7
1.1 Necessità di agire e obiettivi	7
1.1.1 Attuazione dell'art. 117b della Costituzione federale (iniziativa sulle cure infermieristiche)	7
1.1.2 Valutazione della situazione attuale nel settore delle cure infermieristiche	8
1.1.3 Stima del fabbisogno futuro	9
1.1.4 Motivi dell'abbandono della professione e margine di manovra degli attori nel miglioramento delle condizioni di lavoro	10
1.1.5 Panorama formativo	13
1.1.6 Fabbisogno di nuovi modelli assistenziali e profili professionali	15
1.2 Alternative esaminate e opzione scelta	16
1.2.1 Alternative nel settore della LCInf	16
1.2.2 Alternative alla revisione della LPSan	17
1.2.3 Prescrizioni in materia di organico adeguato alle esigenze (skill-grade mix o nurse-to-patient-ratio)	18
1.2.4 Prescrizioni per superare carenze di personale eccezionali e sull'obbligo di partecipazione a pool di personale	19
1.3 Rapporto con il programma di legislatura e il piano finanziario, nonché con le strategie del Consiglio federale	19
1.4 Interventi parlamentari	19
1.4.1 Postulato Marchand-Balet 18.3602 «Come garantire la qualità delle cure?»	20
1.4.2 Mozione Silberschmidt 22.3163 «Rafforzare le competenze digitali dei professionisti della salute»	20
1.4.3 Postulato Amos 23.3292 «Infermieri interinali. Qual è l'impatto sugli ospedali e sui posti di lavoro?»	21
2 Procedura preliminare, in particolare procedura di consultazione	22
2.1 Testo sottoposto a consultazione	22
2.2 Riassunto dei risultati della procedura di consultazione	23
2.3 Valutazione dei risultati della procedura di consultazione	26
2.3.1 LCInf	26
2.3.2 Modifiche della LPSan	28
2.3.3 Organico di personale adeguato alle esigenze	29
3 Diritto comparato, in particolare rapporto con il diritto europeo	30
3.1 Miglioramento delle condizioni di lavoro	30
3.1.1 Germania	30
3.1.2 Austria	31

3.1.3	Francia	31
3.1.4	Italia	32
3.1.5	Inghilterra	32
3.2	Disciplinamento del livello master in pratica infermieristica avanzata e del ruolo degli infermieri di pratica avanzata nell'assistenza sanitaria	33
3.2.1	Germania	33
3.2.2	Francia	34
3.2.3	Italia	35
3.2.4	Canada	36
4	Punti essenziali del progetto	37
4.1	La normativa proposta	37
4.1.1	Contenuti del D-LCInf	37
4.1.2	Contenuti della modifica della LPSan	38
4.2	Compatibilità tra compiti e finanze	38
4.2.1	Il miglioramento delle condizioni di lavoro può comportare maggiori costi	38
4.2.2	Finanziamento del sistema sanitario e opzioni di finanziamento per il miglioramento delle condizioni di lavoro	39
4.3	Attuazione	43
4.3.1	Attuazione della LCInf	43
4.3.2	Attuazione delle modifiche della LPSan	44
5	Commento ai singoli articoli	45
5.1	Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche	45
5.2	Modifica della legge sulle professioni sanitarie (LPSan)	62
6	Ripercussioni	68
6.1	Ripercussioni per la Confederazione	68
6.1.1	Ripercussioni della LCInf	68
6.1.2	Ripercussioni delle modifiche della LPSan	68
6.2	Ripercussioni per i Cantoni e i Comuni, per le città, gli agglomerati e le regioni di montagna	69
6.2.1	Ripercussioni della LCInf	69
6.2.2	Ripercussioni delle modifiche della LPSan	70
6.3	Ripercussioni sull'economia e sulla società	70
6.3.1	Ripercussioni della LCInf	70
6.3.2	Ripercussioni delle modifiche della LPSan	74
6.4	Altre ripercussioni	75
7	Aspetti giuridici	76
7.1	Costituzionalità	76

7.1.1	Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche	76
7.1.2	Modifica della LPSan	78
7.2	Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera	79
7.2.1	Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche	79
7.2.2	Modifica della LPSan	79
7.3	Forma dell'atto	80
7.3.1	Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche	80
7.3.2	Modifica della LPSan	80
7.4	Subordinazione al freno alle spese	81
7.5	Rispetto del principio di sussidiarietà e del principio dell'equivalenza fiscale	81
7.5.1	Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche	81
7.5.2	Modifica della LPSan	81
7.6	Conformità alla legge sui sussidi	81
7.7	Delega di competenze legislative	82
7.7.1	Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche	82
7.7.2	Modifica della LPSan	83
7.8	Protezione dei dati	83

Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche (*disegno*) FF 2025 ...

Modifica della legge federale sulle professioni sanitarie (*disegno*) FF 2025

...

Messaggio

1 Situazione iniziale

1.1 Necessità di agire e obiettivi

1.1.1 Attuazione dell'art. 117b della Costituzione federale (iniziativa sulle cure infermieristiche)

Il 28 novembre 2021, il Popolo (61 % di voti a favore) e i Cantoni (22,5 Cantoni a favore) hanno accettato l'iniziativa popolare federale «Per cure infermieristiche forti (Iniziativa sulle cure infermieristiche)», che chiama la Confederazione e i Cantoni a riconoscere e promuovere le cure infermieristiche come componente importante dell'assistenza sanitaria e a provvedere affinché tutti abbiano accesso a cure infermieristiche sufficienti e di qualità. Inoltre, la Confederazione e i Cantoni devono assicurare che sia disponibile un numero di infermieri diplomati sufficiente per coprire il crescente fabbisogno e che gli operatori del settore delle cure infermieristiche siano impiegati conformemente alla loro formazione e alle loro competenze (art. 117b della Costituzione federale¹; Cost.). Le disposizioni transitorie di cui all'articolo 197 numero 13 Cost. impongono inoltre all'Assemblea federale, nell'ambito delle competenze della Confederazione, di emanare entro quattro anni dall'accettazione dell'iniziativa disposizioni d'esecuzione concernenti la fatturazione diretta di prestazioni di cura a carico delle assicurazioni sociali, l'adeguata remunerazione delle cure infermieristiche, le condizioni di lavoro adeguate alle esigenze e le possibilità di sviluppo professionale. Il 12 gennaio 2022, il Consiglio federale ha deciso di attuare le nuove disposizioni costituzionali in due tappe.

La *prima tappa* ha ripreso il controprogetto indiretto all'iniziativa elaborato dal Parlamento, e comprende la legge federale del 16 dicembre 2022² sulla promozione della formazione in cure infermieristiche e tre decreti federali. Oltre a promuovere l'ottenimento di diplomi nel settore delle cure infermieristiche, ha soddisfatto la richiesta di dare agli infermieri la possibilità di fatturare direttamente determinate prestazioni alle assicurazioni sociali. La legge federale e le relative disposizioni d'esecuzione sono entrate in vigore il 1° luglio 2024.

Il 25 gennaio 2023, il Consiglio federale ha definito i punti essenziali per l'attuazione della *seconda tappa*, finalizzata a soddisfare le restanti richieste dell'iniziativa sulle cure infermieristiche: garantire condizioni di lavoro adeguate alle esigenze e una remunerazione adeguata delle cure infermieristiche, assicurare cure infermieristiche sufficienti, di buona qualità e accessibili a tutti nonché la possibilità di sviluppo professionale nel settore infermieristico. A tal fine, il Consiglio federale prevedeva in particolare l'elaborazione di una nuova legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche (LCInf) e la modifica della legge federale del 30 settembre 2016³ sulle professioni sanitarie (LPSan). Con il presente messaggio, il

¹ RS 101

² RS 811.22

³ RS 811.21

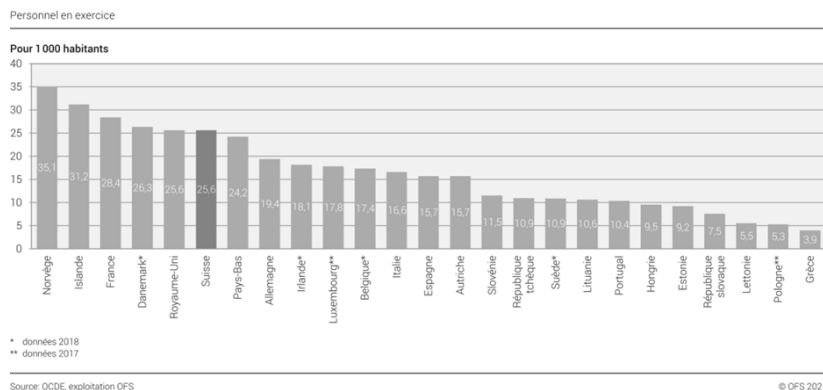
Consiglio federale trasmette al Parlamento il disegno della nuova legge federale (D-LCInf) e il disegno di modifica della LPSan.

1.1.2 Valutazione della situazione attuale nel settore delle cure infermieristiche

Secondo il Monitoring nazionale del personale infermieristico⁴, nel 2022 in Svizzera, considerando tutti i livelli di formazione, lavoravano nel settore delle cure infermieristiche e dell'assistenza 206 762 persone, corrispondenti a 23,5 infermieri ogni 1000 abitanti. Di questi, 98 542 erano diplomati di livello terziario (11,1 infermieri ogni 1000 abitanti). Come mostra la figura seguente, con 25,6 infermieri ogni 1000 abitanti (considerando tutti i livelli di formazione) la densità dell'offerta di cure infermieristiche in Svizzera è relativamente elevata nel confronto europeo. Un quadro simile si delinea anche considerando solo gli infermieri diplomati (in Svizzera: 11,6 ogni 1000 abitanti).

Figura 1

Infermieri diplomati + personale infermieristico di livello intermedio + collaboratori sanitari, 2019



Personale infermieristico ogni 1000 abitanti nel confronto internazionale.

(Fonte: Personnel soignant: la Suisse en comparaison internationale. UST, 2021⁵)

Nota: La figura 1 è disponibile solamente in tedesco e in francese.

Sebbene nel confronto internazionale una simile disponibilità di personale infermieristico sia relativamente buona, in Svizzera non è possibile occupare tutte le posizioni vacanti nel settore e la dipendenza dall'estero è considerevole. Attualmente circa un terzo del personale infermieristico diplomato negli ospedali e nelle case di cura sviz-

⁴ Il Monitoring nazionale del personale infermieristico è consultabile all'indirizzo <https://ind.obsan.admin.ch/it/pflemo> (stato al 21.03.2025).

⁵ Il grafico è consultabile all'indirizzo www.bfs.admin.ch > Actualité > Recherche: Personnel soignant (stato al 21.03.2025).

zeri ha un diploma estero. Nelle regioni di confine la percentuale raggiunge addirittura il 69 per cento (Cantone di Ginevra, stato al 2022).

Dalla pandemia di COVID-19 la carenza di personale infermieristico si è ulteriormente aggravata: se prima della pandemia risultavano vacanti poco più di 11 000 posti di lavoro nel settore delle cure infermieristiche (4° trimestre 2019), secondo il Jobradar nel 4° trimestre 2024 la cifra era salita a oltre 15 900⁶. Le segnalazioni di riduzioni di posti letto o addirittura di chiusure di interi reparti sono in aumento, così come le notizie di servizi di cure e d'aiuto a domicilio obbligati a ridurre le proprie prestazioni a causa della carenza di personale.

1.1.3 Stima del fabbisogno futuro

A causa del previsto aumento della popolazione e dei cambiamenti demografici (in particolare l'invecchiamento), nel rapporto nazionale sul personale sanitario 2021 si prevede un aumento del fabbisogno di personale infermieristico pari a 36 500 unità per il periodo dal 2019 al 2029 (ovvero da 185 600 nel 2019 a 222 100 nel 2029). A questa cifra va aggiunto il fabbisogno di personale sostitutivo a seguito di pensionamenti e abbandoni della professione, evoluzione che porta il fabbisogno stimato di giovani leve tra gli infermieri diplomati (livello terziario) tra il 2019 e il 2029 a 43 400 unità e quello del personale infermieristico e di assistenza di livello secondario II a 27 100 unità.

Rispetto al rapporto del 2016⁷, grazie agli intensi sforzi degli ultimi anni il divario tra l'offerta prevista e il fabbisogno effettivo si è notevolmente ridotto. Tra il 2012 e il 2019 gli effettivi di personale infermieristico e di assistenza sono aumentati del 19 per cento (pari a circa 29 100 persone impiegate in più). La crescita osservata dal 2012 riguarda principalmente gli operatori sociosanitari (+13 800) e, in misura leggermente minore, gli infermieri diplomati (+10 700). Tra il 2012 e il 2022 è stato possibile aumentare notevolmente il conseguimento di titoli di studio a tutti i livelli di qualifica: al livello secondario II da 4000 a 6450, al livello terziario da 1800 a 3160⁸. Nonostante la tendenza positiva dei titoli di studio conseguiti (cfr. anche n. 1.1.5), secondo i modelli di previsione il fabbisogno futuro di personale infermieristico potrà essere coperto solo in parte: al 67 per cento per gli infermieri diplomati di livello terziario e all'80 per cento per il personale infermieristico e di assistenza di livello secondario II⁹. Di questa constatazione tiene conto la prima tappa di attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche, che prevede un aumento dei titoli conseguiti attraverso la promozione della formazione.

⁶ Il Jobradar è consultabile all'indirizzo www.x28.ch/jobradar.

⁷ Il rapporto nazionale sul fabbisogno di personale nelle professioni sanitarie 2016 è consultabile all'indirizzo www.gdk-cds.ch > Documents > Recherche (stato al 21.03.2025).

⁸ Il Monitoring nazionale del personale infermieristico, da cui sono ricavate queste cifre, è consultabile all'indirizzo www.ind.obsan.admin.ch/it/pflemo (stato al 21.03.2025).

⁹ Clémence Mercay / Annette Grünig / Peter Dolder, *Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève* (rapporto Obsan 03/2021), Neuchâtel 2021, pag. 72–75.

Tale promozione, tuttavia, non sarà sufficiente a coprire il fabbisogno di personale. Infatti, oltre alla formazione di un numero sufficiente di persone, a svolgere un ruolo importante sono anche gli abbandoni precoci della professione nel settore delle cure infermieristiche. Secondo i dati del questionario SCOHPICA (Coorte svizzera di professionisti della salute e familiari curanti), nel 2022 il 24 per cento del personale infermieristico di livello intermedio ha dichiarato l'intenzione di abbandonare la professione, mentre il 29 per cento ha affermato che dipendeva dalle circostanze. Tra gli infermieri diplomati, il 18 per cento intendeva abbandonare la professione, mentre per il 24 per cento la decisione dipendeva dalle circostanze¹⁰. Anche se le cifre SCOHPICA non si basano su un sondaggio rappresentativo, confermano i risultati di altri studi e rilevazioni (p. es. Lobsiger & Liechti¹¹). L'abbandono precoce della professione è una delle cause principali della carenza di personale infermieristico. A questa conclusione giunge anche il rapporto nazionale sul personale sanitario del 2021, secondo il quale «il divario tra offerta e fabbisogno [...] è sostanzialmente dovuto agli abbandoni precoci della professione e alle perdite nel passaggio dalla formazione all'ingresso nel mercato del lavoro (*trad.*)»¹². Oltre all'aumento del numero di titoli conseguiti occorre quindi aumentare anche la durata della permanenza nella professione per poter coprire a lungo termine il fabbisogno di personale infermieristico.

1.1.4 **Motivi dell'abbandono della professione e margine di manovra degli attori nel miglioramento delle condizioni di lavoro**

Diversi studi in Svizzera si sono interrogati sui fattori che influenzano la soddisfazione sul lavoro e quindi la decisione di restare o meno nel settore delle cure infermieristiche. I motivi per restare nella professione o abbandonarla sono molteplici e individuali, a seconda del luogo di lavoro e della situazione di vita e professionale della singola persona. Sebbene le ricerche non abbiano fornito risultati sempre identici (cfr. tra l'altro gli studi dell'Istituto superiore di scienze applicate di Zurigo (ZHAW)¹³, dello Swiss Nursing Homes Resources Project (SHURP)¹⁴, di Work-related Stress

¹⁰ Valérie Rezzonico / Sara Esther Geiser / Léonard Roth / Jonathan Jubin / Emilie Antille / Vladimir Jolidon / Annie Oulevey Bachmann / Ingrid Gilles / Isabelle Peytremann-Bridevaux. *Gesundheitsfachkräfte in der Schweiz: Absicht, im Beruf zu bleiben*. SCOHPICA – Coorte svizzera di professionisti/e della salute e familiari curanti (Obsan Bulletin 09/2024). Neuchâtel 2024: Observatoire suisse de la santé.

¹¹ Michael Lobsiger / David Liechti. *Berufsaustritte und Bestand von Gesundheitspersonal in der Schweiz. Eine Analyse auf Basis der Strukturerhebungen 2016-2018* (Rapporto Obsan 1/2021, pag. 7), Neuchâtel 2021.

¹² Clémence Mercay / Annette Grünig / Peter Dolder. *Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève* (rapporto Obsan 03/2021), Neuchâtel 2021, pag. 8.

¹³ René Schaffert / Ines Trede / Miriam Grønning / Miriam Hänni / Andreas Bänziger et al. (2021). *Berufskarrieren Pflege. Resultate einer Längsschnittstudie zum Berufseinstieg von diplomierten Pflegenden und Erkenntnisse aus einem kombinierten Datensatz zu diplomierten Pflegenden und Fachfrauen/Fachmännern Gesundheit*: www.zhaw.ch > Gesundheit > Forschung > Public Health > Projekte.

¹⁴ Franziska Züniga / Lauriane Favez / Sonja Baumann et al. *SHURP 2018 – Schlussbericht. Personal und Pflegequalität in Pflegeinstitutionen in der Deutschschweiz und Romandie*. Basilea 2021, Università di Basilea: www.shurp.unibas.ch.

Among Health Professionals in Switzerland (STRAIN)¹⁵ o di SCOHPICA¹⁶), è possibile identificare alcuni temi principali che sembrano avere un'influenza particolarmente marcata. Nel rapporto nazionale sul personale sanitario del 2021¹⁷, così come nell'analisi d'impatto della regolamentazione (AIR) della LCInf¹⁸, vengono menzionati i seguenti motivi principali:

- **conciliabilità tra lavoro e vita privata** (modelli di lavoro, pianificabilità, lavoro nel fine settimana e notturno, modifiche al piano di servizio);
- **carico di lavoro** (turni di servizio a breve termine, carenza di personale / carico di lavoro, requisiti fisici ed emotivi e relativa gestione da parte del datore di lavoro, sollecitazione eccessiva, lavoro a turni nonché «moral distress», ovvero la percezione di un disagio cronico di natura psicologica dovuto all'impossibilità di soddisfare i propri standard etici professionali per mancanza di tempo);
- **salario** (struttura salariale, remunerazione delle ore supplementari, del lavoro del fine settimana e notturno nonché del tempo per cambiarsi e degli spostamenti);
- **contenuti del lavoro** (lavoro amministrativo, settori di attività basati sulle competenze, margine decisionale);
- **ambiente lavorativo** (apprezzamento, partecipazione alla pianificazione del lavoro e delle vacanze, possibilità di sviluppo, condotta e cultura del team, cultura aziendale nel rapporto con i clienti).

Le cifre del questionario SCOHPICA mostrano che nel 2022 il 24 per cento degli infermieri di livello intermedio e il 18 per cento degli infermieri diplomati sicuramente o tendenzialmente intendeva abbandonare la professione, dichiarando così i più bassi livelli di intenzione di rimanere nella professione tra tutte le categorie di operatori sanitari¹⁹. Secondo lo studio della ZHAW (2021), circa la metà delle persone che hanno abbandonato la professione infermieristica e che al momento della ricerca non esercitavano un'attività lucrativa considera la propria uscita solo temporanea. Attraverso una strategia e misure chiare che influiscono sulle aree d'intervento identificate si potrebbe ridurre il numero di abbandoni precoci della professione e aumentare il numero di rientri nel settore delle cure infermieristiche. Sono queste le conclusioni a

¹⁵ Karin A. Peter / Fabienne Renggli / Xenia Schmidt et al. (2021). *Arbeitsbedingter Stress bei Gesundheitsfachpersonen in der Schweiz – Abschlussbericht STRAIN*. Berner Fachhochschule, Departement für Gesundheit: www.bfh.ch > Forschung + Dienstleistungen > Projekte > STRAIN («Workrelated Stress Among Health Professionals in Switzerland»).

¹⁶ I risultati del progetto SCOHPICA sono consultabili all'indirizzo www.schohpica.ch

¹⁷ Clémence Mercay / Annette Grünig / Peter Dolder. *Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève* (rapporto Obsan 03/2021). Neuchâtel 2021, pag. 92.

¹⁸ Frey, Miriam / Suri, Mirjam / Voll, Dominic. *Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Regulierungsfolgenabschätzung. Schlussbericht*. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea, consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti.

¹⁹ Valérie Rezzonico / Sara Esther Geiser / Léonard Roth / Jonathan Jubin / Emilie Antille / Vladimir Jolidon / Annie Oulevey Bachmann / Ingrid Gilles / Isabelle Peytremann-Bridevaux. *Gesundheitsfachkräfte in der Schweiz: Absicht, im Beruf zu bleiben. SCOHPICA – Schweizer Kohorte der Gesundheitsfachkräfte und pflegenden Angehörigen* (Bollettino Obsan 09/2024). Neuchâtel 2024, Osservatorio svizzero della salute.

cui giungono anche gli studi sopraccitati, che forniscono raccomandazioni operative a livello aziendale e di settore, ma anche legislativo.

Misure a livello aziendale: esempi pratici

Due esempi attuali dal Cantone di Zurigo mostrano come anche le misure adottate a livello aziendale possano avere un influsso positivo sulla situazione del personale: nella primavera del 2022 la città di Zurigo ha lanciato il programma «Stärkung Pflege»²⁰, grazie al quale sono migliorate le condizioni d'impiego e di lavoro del personale infermieristico e di assistenza nonché delle professioni sanitarie non mediche presso lo Stadtsptial di Zurigo. L'attuazione è avvenuta in stretta collaborazione con il personale interessato, il che ha portato a un elevato grado di accettazione del programma. Per prima cosa sono stati verificati e adeguati gli inquadramenti nelle funzioni per le categorie professionali menzionate, con un conseguente aumento del salario fino al 10 per cento per circa il 73 per cento dei collaboratori. Inoltre, i team di infermieri hanno ora una grande influenza sulla pianificazione dei turni di servizio, possono introdurre fasce orarie flessibili all'inizio e alla fine dei turni e lavorare con gradi di occupazione minimi inferiori al 40 per cento. Per alleggerire il carico di lavoro del personale è stato creato un pool interno di personale infermieristico e ottimizzato lo skill-grade mix. Inoltre, sono state adottate misure nel quadro dell'aggiornamento per il personale infermieristico ed è stato sviluppato un modello di carriera per rafforzare le competenze dirigenziali degli infermieri (SSS/SUP). Dopo un anno i primi risultati positivi di queste misure sono già visibili: sebbene gli aumenti salariali abbiano generato costi aggiuntivi annuali per 20 milioni di franchi, in compenso nell'arco di un anno è stato possibile ridurre la fluttuazione del personale dal 16 per cento a meno del 10 per cento e i posti vacanti in entrambe le sedi dello Stadtsptial di Zurigo sono diminuiti da 60 a 15. Inoltre, dall'introduzione delle misure è stato necessario ricorrere molto meno a personale temporaneo.

Un ulteriore esempio dell'influenza positiva delle misure aziendali sulla situazione del personale è fornito dal modello di orario di lavoro nel settore delle cure infermieristiche dell'ospedale di Bülach. Da aprile 2023, tutti i collaboratori del settore possono scegliere se essere assegnati ai livelli Fix, Flex Day, Flex o Superflex, che si differenziano per la flessibilità con cui i collaboratori possono o desiderano essere impiegati sul lavoro e sono disposti ad accettare un cambio turno a breve termine: al livello Fix si lavora solo in orari fissi e non sono previsti turni notturni né cambi turno a breve termine. Ai livelli Flex Day e Flex, è richiesto di coprire o scambiare turni almeno 12 volte all'anno; al livello Flex, devono essere prestati anche turni notturni. Al livello Superflex, i collaboratori accettano una pianificazione flessibile dei turni, turni notturni e l'obbligo di coprire o scambiare turni almeno 18 volte all'anno. A seconda del livello scelto, è accordato un supplemento salariale fino a 350 franchi al

²⁰ Stadt Zürich. *Programm Stärkung Pflege. Bericht zur Beantwortung von drei Vorstössen bezüglich Fachkräftemangel in Pflegeberufen im Gesundheits- und Umweltdepartement der Stadt Zürich. Beilage zu STRB Nr. 3223/2023*. Zürich 2023. Il rapporto è consultabile all'indirizzo www.stadt-zuerich.ch > Politik & Recht > Stadtrat > Geschäfte des Stadtrats > Stadtratsbeschlüsse > STRB Nr. 3223/2023.

mese²¹. Dall'introduzione di questo modello il tasso di fluttuazione è diminuito del 69 per cento e la quota di assenze si è ridotta del 34 per cento. Inoltre, il fabbisogno di personale temporaneo è drasticamente diminuito: da 856 turni nel 2022 ad appena 30 nel 2024. Nonostante i costi aggiuntivi annuali di 900 000 franchi dovuti ai supplementi, il bilancio è positivo: solo grazie alla riduzione del personale temporaneo, i costi sono diminuiti di 1,235 milioni di franchi (nel confronto tra l'anno solare 2024 e l'anno solare 2023). Inoltre, l'ospedale registra un effetto positivo sulla soddisfazione dei dipendenti (soddisfazione del 90 %) e sul reclutamento del personale.

Competenze di Confederazione e Cantoni

Il nuovo articolo 117b Cost., introdotto con l'accettazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche, non modifica in alcun modo l'attuale ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni in questo settore. Di conseguenza, a livello federale, con il D-LCInf è possibile affrontare solo una parte delle sfide in questo ambito. È evidente che oltre alla legge sono necessari ulteriori sforzi delle parti sociali, dei Cantoni e dei Comuni per migliorare ulteriormente le condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche. In particolare, fattori *soft* quali la cultura aziendale o l'apprezzamento da parte dei responsabili non possono essere disciplinati in una legge federale. I miglioramenti in questo ambito rientrano nella sfera di responsabilità delle singole strutture, che sono invitate ad adottare misure. In una dichiarazione congiunta, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), le associazioni di datori di lavoro e professionali nonché i sindacati hanno definito le necessità d'intervento e illustrato le misure necessarie²². Gli esempi del Cantone di Zurigo mostrano le possibilità di intervento già nel quadro della legislazione vigente. Tuttavia, con l'introduzione del D-LCInf si andrà a migliorare la situazione di tutti i lavoratori nel settore delle cure infermieristiche, lasciando alle parti sociali la facoltà di concordare disciplinamenti più favorevoli.

1.1.5 Panorama formativo

Il sistema di formazione svizzero prevede offerte formative equilibrate sia a livello secondario II sia a livello terziario. Dal punto di vista costituzionale, il percorso formativo generale e quello professionale godono di pari riconoscimento. Grazie all'elevata qualità dei titoli conseguiti nella formazione professionale svizzera, il Paese si trova in una posizione unica a livello internazionale. Nel settore delle cure infermieristiche, oltre alla formazione professionale di base, esistono svariate offerte formative professionali superiori, come ad esempio cicli di studio post-diploma in cure intense, anestesia e cure d'urgenza nonché esami federali in settori specialistici specifici come cure infermieristiche psichiatriche, cure palliative, geriatria ecc. Le scuole universitarie offrono già oggi in tutte le regioni linguistiche cicli di studio che conferiscono un

²¹ Le informazioni sui modelli di orario di lavoro nel settore delle cure infermieristiche presso l'ospedale di Bülach sono consultabili all'indirizzo www.spitalbuelach.ch/Arbeitszeitmodell-Pflege.

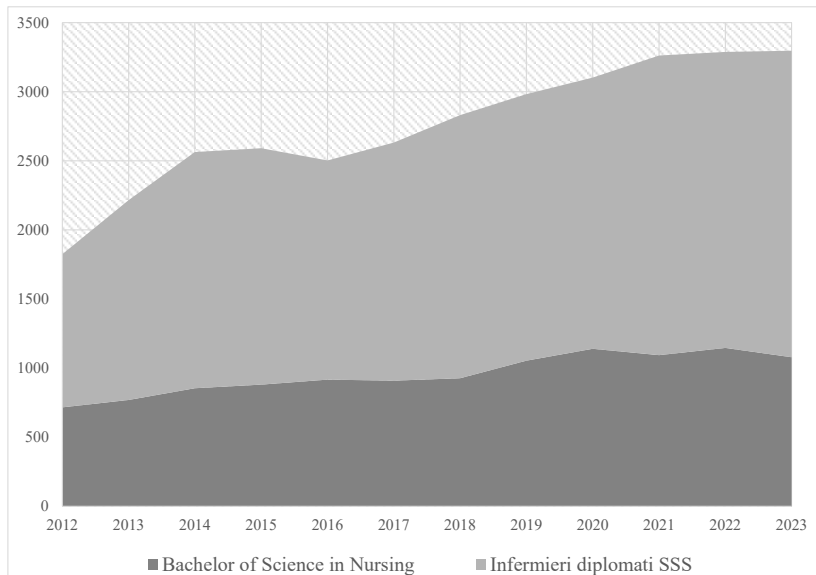
²² La dichiarazione congiunta è consultabile all'indirizzo www.gdk-cds.ch > Professions de la santé > Professions de la santé non universitaires > Article constitutionnel « Soins infirmiers » (visualizzato il 21.03.2025).

Master of Science in cure infermieristiche oltre a un'ampia offerta di corsi di perfezionamento in settori specialistici specifici.

Questa situazione, pur avendo diversi vantaggi, ha anche portato a notevoli differenze nelle tradizioni formative tra le diverse regioni linguistiche. Nel settore delle cure infermieristiche, la ripartizione tra le regioni linguistiche mostra ad esempio che gli infermieri della Svizzera romanda possiedono sostanzialmente titoli accademici, mentre nella Svizzera tedesca hanno per lo più titoli della formazione professionale superiore.

Negli ultimi dieci anni il conseguimento di diplomi nel settore delle cure infermieristiche ha avuto un andamento positivo: da 716 a 1146 per i bachelor (Bachelor of Science, BSc) e da 1108 a 2142 per gli infermieri SSS. A livello terziario, dalle scuole specializzate superiori (SSS) escono quasi due terzi degli infermieri diplomati mentre circa un terzo dei titoli conseguiti sono BSc in scienze infermieristiche.

Figura 2



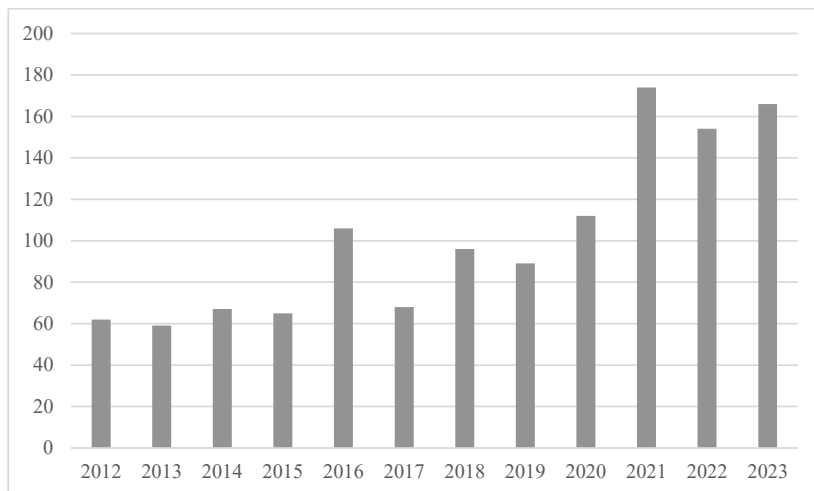
Statistica dei titoli di formazione per infermieri diplomati SSS e Bachelor of Science in cure infermieristiche conseguiti tra il 2012 e il 2023

(fonte: Monitoring nazionale del personale infermieristico²³)

²³ Il Monitoring nazionale del personale infermieristico è consultabile all'indirizzo <https://ind.obsan.admin.ch/it/pflemo> (stato al 21.03.2025).

Il numero di titoli di Master of Science (MSc) conseguiti è nettamente inferiore, ma è più che raddoppiato nel corso degli ultimi dieci anni. Offerti da diverse SUP e dalle università di Basilea e Losanna, i corsi di livello master possono essere orientati alla pratica clinica oppure alla ricerca.

Figura 3



Statistica dei titoli di Master of Science in scienze infermieristiche conseguiti tra il 2012 e il 2023 (fonte: UST)

1.1.6 Fabbisogno di nuovi modelli assistenziali e profili professionali

L'incremento delle malattie croniche a causa dell'invecchiamento della popolazione porta a una crescente domanda di cure mediche di base. Con l'aumento dei pazienti in età avanzata e affetti da multimorbilità le situazioni nel settore delle cure infermieristiche diventano più complesse, in particolare nell'ambito delle cure di lunga durata. Le istituzioni sanitarie dipendono sempre più da personale infermieristico altamente qualificato in grado di agire sotto la propria responsabilità professionale in situazioni del genere. Allo stesso tempo, nei prossimi anni lo sviluppo dell'assistenza sanitaria (nel settore della medicina di famiglia) in Svizzera sarà caratterizzato da una carenza di personale qualificato, riconducibile tra l'altro a pensionamenti, abbandoni precoci dalla professione ma anche a un aumento del lavoro a tempo parziale (cfr. n. da 1.1.2 a 1.1.4).

Le categorie professionali cruciali per le cure mediche di base sono particolarmente colpite dalla carenza di personale. Oltre agli infermieri, sono interessati in particolare

i medici specialisti in psichiatria e psicoterapia nonché i medici di famiglia²⁴. Secondo le indicazioni della FMH (Foederatio Medicorum Helveticorum), un quarto dei medici attivi ha 60 anni o più²⁵. Alla luce di questi sviluppi, le cure mediche di base richiedono modelli di assistenza innovativi.

In tale ottica svolgono un ruolo importante il *task shifting* e il *task sharing*, con i quali l'esecuzione di attività cliniche viene trasferita in tutto o in parte da una professione sanitaria (principalmente medica) a un'altra (principalmente non medica). I compiti devono essere svolti dagli specialisti meglio qualificati per eseguirli. In questo modo si alleggerisce il carico di lavoro dei medici, che possono così concentrarsi sul trattamento di situazioni cliniche complesse che esigono altre competenze. Il *task shifting* e il *task sharing* richiedono tuttavia lo sviluppo di profili professionali infermieristici avanzati che siano sufficientemente formati per fornire prestazioni della stessa qualità rispetto ai medici e per assumersene la piena responsabilità. Tra questi figurano gli infermieri di pratica avanzata.

1.2 Alternative esaminate e opzione scelta

1.2.1 Alternative nel settore della LCInf

Nell'attuazione della seconda tappa dell'iniziativa sulle cure infermieristiche, il Consiglio federale ritiene importante non intaccare la ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni, nonché rafforzare il partenariato sociale. Per questo motivo, ha vagliato attentamente i settori in cui sarebbe stato possibile introdurre a livello federale prescrizioni atte a migliorare le condizioni di lavoro. Sulla base di questi risultati, ha elaborato la nuova legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche (LCInf), contenente dieci prescrizioni relative alle condizioni di lavoro e l'obbligo di negoziazione di un contratto collettivo di lavoro (CCL). Di seguito sono illustrati gli ambiti tematici in cui sono state esaminate soluzioni alternative.

Integrazione nella legge sul lavoro e nel codice delle obbligazioni dei disciplinamenti concernenti le condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche

Sarebbe in linea di principio possibile emanare le prescrizioni proposte per il miglioramento delle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche in una forma diversa rispetto a una nuova legge federale. In una fase iniziale del progetto sono state esaminate diverse varianti, tra cui l'emanazione di un contratto normale di lavoro (CNL) per le cure infermieristiche a livello nazionale, l'estensione del campo di applicazione della legge del 13 marzo 1964²⁶ sul lavoro (LL) o la modifica del Codice delle obbligazioni²⁷ (CO). Nel corso della consultazione, sia l'Associazione degli uf-

²⁴ Laïla Burla / Marcel Widmer / Cinzia Zeltner. *Projections des besoins et des effectifs de médecins spécialistes en Suisse* (rapporto Obsan 04/2022), Neuchâtel 2022, pag. 5.

²⁵ L'articolo «*Statistique médicale de la FMH 2023: 40% de médecins étrangers*» tratto dal Bollettino dei medici svizzeri (n. 11, 2024) è consultabile all'indirizzo www.fmh.ch > Thèmes > Statistique médicale > Statistique médicale de la FMH.

²⁶ RS 822.11

²⁷ RS 220

fici svizzeri del lavoro (AUSL) sia la maggioranza dei Cantoni hanno chiesto che la modifica della legge sul lavoro e delle relative ordinanze fosse preferita all'adozione di una nuova legge.

Tuttavia, questo approccio presenterebbe svantaggi significativi: né la LL né il CO prevedono disposizioni specifiche per singole categorie professionali. Sarebbe quindi incompatibile con il sistema definire regole specifiche per il personale infermieristico all'interno della LL o delle ordinanze. Lo svantaggio più grande di questa soluzione sarebbe che le nuove disposizioni non si applicherebbero ai lavoratori che non rientrano nel campo di applicazione della LL. Per tutte queste persone, i miglioramenti delle condizioni di lavoro non avrebbero effetto. Di conseguenza, il Consiglio federale propone di disciplinare le condizioni specifiche del settore delle cure infermieristiche attraverso una legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche (LCInf), basandosi sull'articolo 110 capoverso 1 Cost. e in adempimento dell'articolo 197 numero 13 lettera c Cost.

Introduzione dell'obbligo di negoziare un contratto collettivo di lavoro (CCL)

Le condizioni di lavoro del personale infermieristico dipendono dal contesto operativo. Per rafforzare la collaborazione tra le parti sociali, la LCInf non include solo disciplinamenti in dieci settori importanti per la soddisfazione lavorativa del personale infermieristico, ma prevede anche l'obbligo di negoziare un contratto collettivo di lavoro (CCL). Il Consiglio federale ha scelto consapevolmente di limitarsi all'introduzione di un obbligo di negoziazione, poiché un obbligo di stipulazione di un CCL è considerato incompatibile con la libertà sindacale²⁸. Se non si giunge alla stipulazione di un CCL, valgono le disposizioni previste dalla LCInf. Questo permette un rapido miglioramento della situazione del personale infermieristico nei suoi aspetti centrali. Allo stesso tempo, il fatto che le prescrizioni della LCInf possano essere modificate anche a sfavore del personale infermieristico tramite un CCL (nel rispetto delle disposizioni legali imperative) aumenta, in particolare per i datori di lavoro, l'incentivo a stipulare un CCL (cfr. spiegazioni al n. 5.1).

1.2.2 Alternative alla revisione della LPSan

La revisione della LPSan consente di definire a livello nazionale degli standard in materia di pratica infermieristica avanzata, in particolare per quanto riguarda la formazione di infermiere di pratica avanzata e lo svolgimento della relativa professione.

Una possibile alternativa sarebbe stata la rinuncia a un simile disciplinamento rinviando all'autonomia delle scuole universitarie. Tuttavia, una decisione del genere rischierebbe di acuire le divisioni tra le regioni linguistiche, le cui pratiche in materia di formazione differiscono notevolmente tra loro.

Un disciplinamento a livello nazionale permette anche di consolidare la legittimità della professione e di facilitare la comprensione della funzione degli infermieri di pra-

²⁸ Cfr. Parere legale di Kurt Pärli sull'obbligo di negoziare un contratto collettivo di lavoro, su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica, 2 novembre 2022, n. marg. 124. Il parere legale è consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti.

tica avanzata da parte degli attori del sistema sanitario e della popolazione. Inoltre, consente di garantire un'offerta di cure infermieristiche sicura e di qualità in Svizzera. Questo ampliamento delle prospettive lavorative dovrebbe tra l'altro contribuire a favorire la permanenza nelle professioni del settore infermieristico.

1.2.3 Prescrizioni in materia di organico adeguato alle esigenze (skill-grade mix o nurse-to-patient-ratio)

In passato, in particolare le rappresentanze dei lavoratori avevano chiesto l'introduzione di prescrizioni concernenti un organico adeguato alle esigenze. Tale richiesta è stata ripetutamente avanzata anche nel quadro dell'iniziativa sulle cure infermieristiche. Nel suo mandato del 23 gennaio 2023, il Consiglio federale ha pertanto previsto che le associazioni dei fornitori di prestazioni (associazioni di ospedali, case di cura e Spitex) fossero tenute a elaborare raccomandazioni per lo skill-grade mix in diversi ambiti di assistenza e a dichiararle vincolanti. Tali raccomandazioni dovevano precisare la composizione ideale dei team di infermieri come gruppi di persone con competenze, esperienza (skills) e titoli di studio (grade) differenti.

Le raccomandazioni sono state inizialmente considerate come un'opzione per consentire di stabilire un organico di personale adeguato senza introdurre una cosiddetta «nurse-to-patient-ratio», ovvero la definizione di un numero minimo di infermieri per ciascun paziente – misura ritenuta troppo rigida e che comprometterebbe eccessivamente la flessibilità delle aziende in termini di skill-grade mix in un contesto interprofessionale. Nel quadro delle attività preliminari, gli esperti del settore infermieristico hanno espresso il timore che l'introduzione di una «nurse-to-patient-ratio» possa acuire ulteriormente i problemi di reclutamento già esistenti nelle aziende. Le stesse argomentazioni contrarie valgono anche per le prescrizioni vincolanti relative allo «skill-grade mix». Poiché al momento non si dispone di conoscenze certe su come calcolare un organico ottimale adeguato alle esigenze, lo sviluppo di raccomandazioni concrete rappresenterebbe una sfida. Ciò è dimostrato per esempio anche dal fatto che le prescrizioni in merito all'organico di alcuni Cantoni si basano in primo luogo su valori medi ed empirici e differiscono fortemente tra loro. Per quanto riguarda la formulazione di prescrizioni o raccomandazioni, sussiste inoltre il rischio che queste siano definite in modo troppo generico e quindi non sufficientemente esaustivo, o viceversa che siano troppo dettagliate e quindi molto complesse e difficili da attuare.

Per questi motivi il Consiglio federale ha rinunciato a obbligare per legge le associazioni a elaborare raccomandazioni per un organico adeguato alle esigenze. Ritiene inoltre che imporre ai privati un obbligo di elaborare simili raccomandazioni e successivamente dichiararle vincolanti sia problematico dal punto di vista del diritto costituzionale. Spetta quindi alle strutture sanitarie garantire un organico adeguato alle esigenze, in modo da poter garantire una buona qualità delle cure infermieristiche. Inoltre, nel quadro della pianificazione di ospedali e case di cura secondo l'articolo 39 della legge federale del 18 marzo 1994²⁹ sull'assicurazione malattie (LAMal), i

²⁹ RS 832.10

Cantoni devono verificare se gli ospedali e le case di cura dispongono del necessario personale qualificato.

1.2.4 Prescrizioni per superare carenze di personale eccezionali e sull'obbligo di partecipazione a pool di personale

Sulla base dei risultati dell'AIR³⁰, il Consiglio federale rinuncia a obbligare le strutture sanitarie a partecipare a pool di personale. In tale analisi si giunge alla conclusione che un obbligo in tal senso rappresenti un'ingerenza troppo incisiva nella libertà di organizzazione delle strutture sanitarie, che nella pratica prevarrebbe su qualsiasi soluzione alternativa. Tuttavia, l'AIR mostra anche che una promozione di soluzioni di pool a livello cantonale o regionale (p. es. da parte dei Cantoni) rappresenta una misura utile per ridurre i turni di servizio a breve termine.

1.3 Rapporto con il programma di legislatura e il piano finanziario, nonché con le strategie del Consiglio federale

Il progetto è annunciato nel messaggio del 24 gennaio 2024³¹ sul programma di legislatura 2023–2027 e nel decreto federale del 6 giugno 2024³² sul programma di legislatura 2023–2027.

Non sono previsti nuovi compiti per la Confederazione; di conseguenza, il presente progetto di legge non comporterà alcun aumento diretto degli oneri a carico del bilancio della Confederazione.

1.4 Interventi parlamentari

Le richieste dei seguenti interventi parlamentari sono adempiute mediante i presenti disegni di legge. Il Consiglio federale chiede pertanto al Parlamento di toglierli dal ruolo.

³⁰ Frey, Miriam / Suri, Mirjam / Voll, Dominic. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Regulierungsfolgenabschätzung. Schlussbericht. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2024, pag. 43–45. Consultabile all'indirizzo www.bag.ad-min.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco con riassunto in francese.

³¹ FF 2024 525

³² FF 2024 1440 articolo 14 provvedimento 74

1.4.1 **Postulato Marchand-Balet 18.3602 «Come garantire la qualità delle cure?»**

Il postulato, accolto dal Consiglio nazionale il 28 settembre 2018, chiede al Consiglio federale di spiegare in un rapporto quali rischi corrono i pazienti quando vi è scarsità di personale curante e in particolare di personale infermieristico, nonché quali misure o disposizioni legali sono state adottate in altri Paesi per garantire in modo duraturo la qualità delle cure e quali di esse sono risultate efficaci. Per rispondere alle domande del postulato è stato commissionato un rapporto di ricerca³³ all'Istituto di scienze infermieristiche dell'Università di Basilea. I risultati mostrano che l'organico di personale infermieristico costituisce un'importante dimensione della qualità delle cure, sebbene quest'ultima sia complessa e influenzata da diversi fattori. Il rapporto di ricerca fornisce inoltre una panoramica delle misure e delle disposizioni legali di altri Paesi.

Un organico insufficiente è associato, tra l'altro, a un maggiore rischio di mortalità, a una maggiore incidenza di eventi indesiderati come infezioni, cadute o errori nella terapia farmacologica e a tassi di nuovo ricovero più elevati; nella psichiatria (e in parte nelle case di riposo e di cura) anche a un incremento dei casi di aggressione e all'impiego di misure che limitano la libertà e il movimento. Un organico insufficiente può anche compromettere la soddisfazione sul lavoro del personale infermieristico, aumentare il rischio di burnout e, in ultima analisi, favorire l'abbandono della professione.

Un impiego sufficiente e adeguato di personale infermieristico è un fattore importante per garantire la qualità delle cure e la soddisfazione sul lavoro del personale stesso. Il Consiglio federale tiene conto di questa richiesta attuando l'iniziativa. Per diversi motivi (cfr. n. 1.2.3) si deve tuttavia rinunciare ad assoggettare le associazioni a un obbligo di legge di elaborare raccomandazioni per un organico di personale adeguato alle esigenze. Con il presente messaggio, la richiesta del postulato è adempiuta.

1.4.2 **Mozione Silberschmidt 22.3163 «Rafforzare le competenze digitali dei professionisti della salute»**

La mozione, trasmessa al Consiglio federale il 6 giugno 2023 dopo essere stata accolta dal Consiglio degli Stati, incarica il Consiglio federale di sottoporre al Parlamento una revisione delle basi legali affinché nella formazione, nel perfezionamento e nell'aggiornamento dei professionisti della salute vengano trasmesse le competenze nel quadro della trasformazione digitale necessarie per la pratica professionale.

Con le proposte di modifica della LPSan, della legge del 23 giugno 2006³⁴ sulle professioni mediche (LPMed) e della legge del 18 marzo 2011³⁵ sulle professioni psicologiche (LPPsi), il Consiglio federale adempie questo mandato.

³³ Simon, Michael et al. Comment garantir la qualité des soins? Rapport de recherche sur mandat de l'OFSP. Basilea 2020. Consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti.

³⁴ RS 811.11

³⁵ RS 935.81

1.4.3 Postulato Amos 23.3292 «Infermieri interinali. Qual è l'impatto sugli ospedali e sui posti di lavoro?»

Il 29 settembre 2023, il Consiglio nazionale ha accolto il postulato Amos 23.3292 che chiede al Consiglio federale di studiare l'impatto dell'impiego di personale infermieristico interinale nel settore ospedaliero dalla prospettiva sia della qualità del lavoro e delle cure infermieristiche fornite, sia dei costi. Le ricerche richieste sono state condotte nel quadro dell'AIR in relazione alla LCInf, pertanto il Consiglio federale ritiene adempiuta la richiesta del postulato.

2 Procedura preliminare, in particolare procedura di consultazione

2.1 Testo sottoposto a consultazione

La consultazione sulla seconda tappa dell'attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche³⁶ ha avuto luogo dall'8 maggio al 29 agosto 2024.

Come il presente messaggio, anche il testo sottoposto a consultazione comprendeva due progetti legislativi: l'avamprogetto della legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche (LCInf) e l'avamprogetto di modifica della LP-San.

Avamprogetto della LCInf

Con la nuova LCInf il Consiglio federale intende contribuire a migliorare le condizioni di lavoro e a prolungare la permanenza nella professione. Inoltre, si intende rendere la professione infermieristica più interessante per i neoassunti, in modo da evitare le carenze di personale prevedibili in futuro.

A tal fine, oltre all'obbligo per le parti sociali di negoziare CCL, il Consiglio federale ha proposto con l'AP-LCInf anche dieci prescrizioni volte a migliorare le condizioni di lavoro. Per quanto concerne la possibilità di derogare ai nuovi disciplinamenti federali mediante un CCL, ai partecipanti alla consultazione sono state presentate due varianti.

- Secondo la **variante 1** dovrebbe essere possibile derogare mediante CCL alle disposizioni della LCInf anche a sfavore dei lavoratori. Ciò tuttavia sempre nel rispetto delle disposizioni imperative della LL, del CO, delle leggi cantonali sul personale e di altri disciplinamenti di diritto speciale.
- La **variante 2** prevedeva invece che attraverso i contratti collettivi di lavoro (CCL) fossero consentite deroghe alla LCInf soltanto a favore dei lavoratori.

Per monitorare gli effetti dell'AP-LCInf, il Consiglio federale ha previsto di autorizzare i Cantoni a istituire commissioni cantonali nel settore delle cure infermieristiche, che controllino in particolare l'evoluzione del numero e i contenuti dei contratti collettivi di lavoro settoriali, nonché gli effetti del cambiamento del numero di lavoratori e delle loro condizioni di lavoro sulla qualità dell'assistenza sanitaria e sull'evoluzione delle spese sanitarie. Esse dovrebbero anche poter esercitare una certa pressione sui datori di lavoro che violano le disposizioni della LCInf o le condizioni di lavoro praticate nel settore delle cure infermieristiche.

³⁶ La documentazione della procedura di consultazione è disponibile all'indirizzo www.fedlex.admin.ch > Procedure di consultazione > Procedure di consultazione concluse > 2024 > DFI.

Sul sito Internet dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) sono consultabili l'AIR relativa alla LCInf³⁷ e gli accertamenti approfonditi, effettuati dopo la consultazione, di questioni specifiche relative all'attuazione della LCInf³⁸.

Modifica della LPSan

Con la modifica della LPSan, il Consiglio federale intende migliorare in particolare le possibilità di sviluppo professionale nel settore delle cure infermieristiche. A tal fine, ha proposto le seguenti modifiche della LPSan:

- disciplinamento del master in pratica infermieristica avanzata;
- definizione della professione di infermiere di pratica avanzata;
- disciplinamento dell'accesso all'esercizio della professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale.

A queste modifiche si è aggiunta il disciplinamento delle competenze digitali per tutte le professioni sanitarie. Conformemente alla mozione Silberschmidt 22.3163, tali competenze dovrebbero essere inserite contemporaneamente nella LPSan, nella LP-Med e nella LPPsi.

Tenuto conto delle peculiarità del sistema di formazione svizzero, il Consiglio federale aveva posto in consultazione due varianti concernenti il disciplinamento dell'accesso all'esercizio della professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale.

- Secondo la **variante 1**, oltre all'ottenimento di un MSc in pratica infermieristica avanzata presso un'università o una scuola universitaria professionale, anche altri titoli di formazione avrebbero dovuto permettere l'accesso alla professione di infermiere di pratica avanzata.
- Con la **variante 2** il Consiglio federale aveva proposto che soltanto l'acquisizione di un diploma di maturità professionale in pratica infermieristica avanzata permettesse l'accesso alla professione di infermiere di pratica avanzata.

2.2 Riassunto dei risultati della procedura di consultazione

Alla procedura di consultazione sono stati invitati i governi dei 26 Cantoni, la Conferenza dei governi cantonali, la CDS nonché la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della pubblica educazione (CDPE), dieci partiti politici, tre associazioni

³⁷ Frey, Miriam / Suri, Mirjam / Voll, Dominic. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Regulierungsfolgenabschätzung. Schlussbericht. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2024: consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco con riassunto in francese.

³⁸ Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

mantello svizzere dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, otto associazioni mantello svizzere dell'economia e altre 69 organizzazioni.

Degli interpellati, hanno fornito un parere tutti i 26 Cantoni, la CDS, la CDPE, sette partiti politici (Il Centro, PEV, PLD, PVL, I Verdi, PSS e UDC), quattro associazioni di punta dell'economia (Unione svizzera degli imprenditori, Unione svizzera delle arti e mestieri, USS e Travail.Suisse) e 35 organizzazioni (tra cui istituzioni di formazione, associazioni professionali, associazioni dei fornitori di prestazioni). Inoltre, hanno partecipato alla procedura di consultazione altre 102 organizzazioni e istituzioni non espressamente consultate, in particolare associazioni professionali cantonali, istituzioni di formazione e fornitori di prestazioni.

Prese di posizione sulla LCInf

La CDS, e con essa un'ampia maggioranza dei Cantoni, ha proposto una revisione fondamentale della LCInf. I Cantoni hanno espresso grandi riserve sulla creazione di una legge speciale e hanno proposto di migliorare le condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche mediante una modifica della legge sul lavoro e delle relative disposizioni d'esecuzione. Temevano inoltre che le misure proposte avessero diverse conseguenze negative: il fabbisogno di personale avrebbe rischiato di aumentare e di conseguenza di aggravare la carenza di personale. Inoltre, si sarebbe intensificata la pressione sui datori di lavoro del settore sanitario e sociale affinché migliorassero di conseguenza le condizioni di lavoro anche per le altre professioni nelle loro istituzioni, il che avrebbe probabilmente comportato costi aggiuntivi.

Una delle principali critiche mosse dalla maggior parte dei Cantoni è stata che il rapporto esplicativo presentava in modo molto vago l'ammontare e il finanziamento dei costi aggiuntivi attesi. Mancava inoltre trasparenza per quanto concerne i costi aggiuntivi per i Cantoni, i Comuni e i pagatori dei premi. I Cantoni chiedevano inoltre che la Confederazione aumentasse i contributi secondo l'ordinanza del 29 settembre 1995³⁹ sulle prestazioni (OPre) per il finanziamento delle cure nella stessa proporzione in cui sarebbero aumentati i costi residui per i Cantoni e i Comuni.

La CDS e tutti i Cantoni, ad eccezione di Berna, Ginevra, Glarona e Vallese, si sono espressi a favore della variante 1. Il CCL dovrebbe pertanto consentire anche deroghe a sfavore dei lavoratori.

Tuttavia, hanno criticato il fatto che il Consiglio federale avesse rinunciato a definire prescrizioni concernenti l'organico di personale adeguato alle esigenze.

Le posizioni dei partiti rappresentati nell'Assemblea federale sono state fortemente divergenti. Mentre PLR e UDC ritenevano la proposta eccessiva, PEV, PVL, i Verdi e PSS ritenevano che occorresse integrarla. La maggioranza dei partiti (Il Centro, PVL, I Verdi e PSS) si è espressa esplicitamente a favore della variante 2 (deroghe possibili unicamente a favore dei lavoratori), mentre il PLR e l'UDC si sono espressi a favore della variante 1. Tutti i partiti hanno criticato il fatto che la legge non si esprimesse sul finanziamento e che non disciplinasse l'organico di personale adeguato alle esigenze.

³⁹ RS 832.112.31

La situazione è stata analoga per gli altri partecipanti. Gli obiettivi del progetto, vale a dire il miglioramento delle condizioni di lavoro, sono stati ampiamente condivisi. Tuttavia, mentre i rappresentanti dei lavoratori hanno ritenuto che le proposte del Consiglio federale non fossero sufficientemente incisive, le associazioni dei datori di lavoro e dei fornitori di prestazioni hanno respinto gli interventi sulle condizioni di lavoro ritenendoli eccessivi. Anche questi attori hanno criticato l'assenza di disciplinamenti in materia di finanziamento e hanno ritenuto che questo costituisse un rischio per il successo del progetto. Soprattutto da parte dei lavoratori è stata criticata la rinuncia a disciplinare l'organico di personale adeguato alle esigenze. Anche la scelta della variante è dipesa dal ruolo dei partecipanti: i datori di lavoro hanno preferito la variante 1, i lavoratori la variante 2.

Prese di posizione sulle modifiche della LPSan

Le proposte di modifica della LPSan hanno incontrato il favore di gran parte dei partecipanti.

Per quanto concerne la scelta delle varianti, la maggioranza dei partecipanti (74,5 % delle organizzazioni invitate e 65 % dei partecipanti in totale) ha optato per la variante 2 (soltanto il MSc dà diritto all'ottenimento dell'autorizzazione a esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata). La variante 1 (equiparazione dei titoli di formazione professionale superiore al master in pratica infermieristica avanzata per il rilascio dell'autorizzazione a esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata) è stata sostenuta dalla CDPE, dai Cantoni di Neuchâtel, Sciaffusa, Uri e Zurigo, dal Centro, dal PVL e dall'UDC. La CDS e con essa la maggioranza dei Cantoni, PLR, I Verdi e PSS nonché i rappresentanti dei lavoratori e dei fornitori di prestazioni hanno sostenuto la variante 2.

Nel contempo la maggioranza dei Cantoni, dei rappresentanti dei lavoratori e dei fornitori di prestazioni ha chiesto anche che venisse semplificata la procedura per il rilascio di un titolo BSc in cure infermieristiche agli infermieri che hanno conseguito un diploma SSS.

Alcuni Cantoni e la parte dei lavoratori hanno auspicato inoltre che le autorizzazioni rilasciate prima della revisione e relative all'utilizzo del titolo di infermiere di pratica avanzata APN-CH conducessero direttamente all'autorizzazione per l'esercizio della professione, senza che fosse necessaria una nuova decisione cantonale.

La CDS, la CDPE e con loro la maggioranza dei Cantoni (69 %) hanno sostenuto il disciplinamento del ciclo di studio master con orientamento clinico e hanno espresso un parere favorevole a che la formazione promuovesse la realizzazione di un campo pratico ampliato, piuttosto che creare specializzazioni isolate. Alcuni Cantoni hanno chiesto inoltre chiarezza sulle disposizioni transitorie contenute nel testo di legge e hanno espresso dubbi sul fatto che un periodo transitorio di cinque anni fosse sufficiente. Diversi attori hanno ritenuto imprecisa la denominazione proposta per il master e hanno proposto modifiche.

L'UDC ha respinto le riflessioni sulla fatturazione autonoma delle prestazioni che si accompagnano alla creazione di una nuova professione sanitaria, mentre il PSS, i rappresentanti dei lavoratori e anche i fornitori di prestazioni hanno sostenuto questa proposta. Per il Centro era fondamentale che l'istituzione della professione di infermiere

di pratica avanzata e il conseguente task shifting e task sharing non comportassero un aumento della quantità delle prestazioni a carico dei pagatori dei premi.

Diversi attori hanno commentato la formulazione dell'articolo 3 capoverso 2 lettera j sulle competenze digitali dei professionisti della salute. È stato criticato, tra l'altro, il fatto che il personale sanitario debba trasmettere le conoscenze relative all'utilizzo degli strumenti digitali. Alcuni partecipanti alla consultazione hanno chiesto inoltre di retribuire tale consulenza sull'utilizzo e l'applicazione di strumenti digitali.

Il rapporto dettagliato sui risultati della procedura di consultazione è disponibile sul sito www.fedlex.admin.ch > *Procedure di consultazione* > *Procedure di consultazione concluse* > 2024 > DFI.

2.3 Valutazione dei risultati della procedura di consultazione

2.3.1 LCInf

In sede di consultazione, un'ampia maggioranza dei partecipanti (oltre l'80 %) ha risposto alla relativa domanda respingendo l'avamprogetto della LCInf e auspicando una revisione sostanziale. Le ragioni tuttavia divergono: mentre per alcuni l'avamprogetto ha una portata troppo limitata, per altri è eccessivo. Il Consiglio federale non può pertanto modificare il disegno in modo da soddisfare entrambe le parti contemporaneamente. Visto il chiaro mandato conferito dal popolo (61 % di voti a favore e 22,5 Cantoni a favore) e l'innegabile necessità di agire nell'ambito delle cure infermieristiche, nemmeno la rinuncia al progetto è un'opzione praticabile.

Per questi motivi il Consiglio federale ha deciso di attenersi in linea di massima al progetto posto in consultazione. Propone dunque la creazione di una nuova legge, ma tiene conto con alcune migliorie delle critiche mosse in sede di consultazione. Il Consiglio federale ha pertanto deciso di proseguire con la variante 1, vale a dire di consentire, mediante un CCL, di derogare alle disposizioni della LCInf e alle relative disposizioni d'esecuzione anche a sfavore dei lavoratori, e ha apportato le seguenti modifiche al disegno della LCInf:

- *durata normale della settimana lavorativa*: l'intervallo entro il quale il Consiglio federale può fissare il valore massimo della durata normale della settimana lavorativa è stato adeguato da 38–42 ore a 40–42 ore nell'articolo 6. In tal modo si attua una richiesta avanzata da molti Cantoni;
- *compensazione del lavoro domenicale e festivo*: il nuovo disciplinamento dell'articolo 9 prevede che, oltre al riposo compensativo, i lavoratori ricevano un supplemento salariale di almeno il 50 per cento per il lavoro domenicale e festivo;
- *tempo impiegato per cambiarsi*: nell'articolo 10 si stabilisce ora che, se è necessario cambiarsi sul posto di lavoro per motivi aziendali, il tempo necessario è considerato come tempo di lavoro retribuito. In tal modo viene a cadere la disposizione originaria del secondo capoverso, secondo cui il tempo impiegato per cambiarsi deve essere adeguatamente retribuito;

- *durata minima e retribuzione delle pause*: nell’articolo 11 capoverso 2 si precisa che le pause sono considerate tempo di lavoro retribuito se i lavoratori non possono lasciare il posto di lavoro;
- *comunicazione di piani di servizio*: l’articolo 13 capoverso 2 stabilisce ora che è dovuta una compensazione di tempo o finanziaria a favore dei lavoratori se la modifica ai piani di servizio è comunicata meno di due settimane prima dell’inizio del servizio;
- *concorrenza tra diverse prescrizioni sulla compensazione finanziaria*: il disegno contiene ora, con l’articolo 14, una disposizione che chiarisce l’ordine di priorità nel caso in cui fossero applicabili contemporaneamente più disposizioni in materia di compensazione finanziaria;
- *precedenza dei CCL*: è stato introdotto l’articolo 16 capoverso 4 che stabilisce che i CCL che soddisfano le condizioni di cui all’articolo 16 capoverso 2 hanno la precedenza su altri CCL applicabili.
- *informazione del pubblico sullo stato delle negoziazioni relative al contratto collettivo di lavoro*: l’articolo 17 capoverso 2 è stato adeguato in modo tale che i datori di lavoro, le loro associazioni e le associazioni dei lavoratori debbano informare congiuntamente sullo stato delle negoziazioni relative al CCL;

Scelta della variante

Con la scelta della variante 1, l’adeguamento dell’intervallo della durata normale della settimana lavorativa, la modifica del disciplinamento sulle pause e la limitazione dell’obbligo di compensazione in relazione ai piani di servizio a due settimane o meno prima del servizio, il Consiglio federale soddisfa le richieste dei Cantoni e dei datori di lavoro garantendo la necessaria flessibilità e l’adattamento a esigenze specifiche a seconda dell’istituzione e dell’attività. Anche il nuovo articolo 14, che chiarisce il rapporto tra le diverse disposizioni in materia di compensazione finanziaria, viene incontro ai datori di lavoro. Questo articolo stabilisce che le diverse indennità per un determinato periodo di tempo non sono cumulabili, bensì si versa solo la compensazione più favorevole per il lavoratore.

Rinuncia al finanziamento da parte della Confederazione

L’accettazione dell’iniziativa sulle cure infermieristiche non ha modificato le competenze nel sistema sanitario. Di conseguenza, la Confederazione dispone di un margine di manovra limitato per il finanziamento dei costi aggiuntivi attesi. La responsabilità di garantire l’assistenza sanitaria rimane dei Cantoni e in essa rientra anche il cofinanziamento delle prestazioni di ospedali, cliniche e istituti di lunga degenza. Inoltre, vista la situazione delle finanze pubbliche, non è opportuno trasferire ulteriori spese al bilancio federale. Contrariamente a quanto richiesto da più parti nella procedura di consultazione, il Consiglio federale rinuncia pertanto a un disciplinamento e/o a un sussidio della Confederazione per i costi aggiuntivi. Per il momento il Consiglio federale intende inoltre rinunciare ad aumentare i contributi dell’assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) al finanziamento delle cure infermieristiche. I costi aggiuntivi devono essere coperti dai sistemi di finanziamento esistenti e,

di conseguenza, dai pagatori dei premi (assicurazione malattie, assicurazione infortuni, assicurazione militare e assicurazioni complementari), dai Cantoni e dai Comuni.

2.3.2 Modifiche della LPSan

Sulla base dei risultati della consultazione, il Consiglio federale ha deciso di portare avanti la variante 2: soltanto un master in pratica infermieristica avanzata darà diritto a esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale. Inoltre, la formulazione dell'articolo 3 capoverso 2 lettera j LP-San (e delle corrispondenti disposizioni della LPMed e della LPPsi) relativa alle competenze nel settore della trasformazione digitale è stata adeguata e precisata.

Scelta della variante 2

Gli infermieri di pratica avanzata sono figure oggi ben radicate nella pratica clinica e ampiamente riconosciute soprattutto in molti ospedali⁴⁰. Le loro competenze consentono loro di svolgere anche compiti finora riservati ai medici, rendendo le loro figure professionali un elemento cruciale nel garantire in modo sostenibile l'assistenza sanitaria di base. Oltre ad attenuare gli effetti della carenza di medici, gli infermieri di pratica avanzata possono anche offrire supporto ai medici stessi, facendosi carico di determinati compiti medici e garantendo gli stessi standard di qualità e sicurezza⁴¹. Grazie alla loro formazione a livello di master, gli infermieri di pratica avanzata acquisiscono competenze che li rendono in grado di seguire e supervisionare pazienti complessi in modo autonomo e durante tutto il processo di cura, oltre che di favorire il coordinamento tra medici, équipe di cura e familiari dei pazienti. Essi dispongono inoltre della competenza per realizzare protocolli basati sulle migliori pratiche e per fornire consulenza in situazioni complesse o eticamente critiche, garantendo così la sicurezza e la qualità delle cure.

Il Consiglio federale è del parere che soltanto il conseguimento di un master in pratica infermieristica avanzata consenta di acquisire le competenze necessarie per esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale. Tale posizione è anche in linea con la situazione nel contesto internazionale, in cui gli infermieri di pratica avanzata generalmente hanno un titolo master⁴². Il Consiglio federale ritiene che realisticamente i titoli della formazione professionale superiore non trasmettano le competenze necessarie all'esercizio della professione di infermiere di pratica avanzata. Per questo motivo, rinuncia alla variante 1.

⁴⁰ Beat Sottas / Stefan Kissmann (2022). Aktuelle Situation der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in der Schweiz und Implikationen einer Regulierung. Consultabile all'indirizzo www.aramis.admin.ch > Recherche de projets > 0142004769.

⁴¹ Unimedsuisse (2023). Document d'orientation unimedsuisse sur le développement d'un profil professionnel d'«infirmier praticien/infirmière praticienne». Consultabile all'indirizzo www.unimedsuisse.ch > Projets > Nurse Practitioner > Vers le document d'orientation.

⁴² International Council of Nurses (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing. Consultabile all'indirizzo www.icn.ch > Toutes les publications > Filtrer: Catégorie: Ligne directrice; Thématiques: Pratique infirmière avancée; Année: 2020.

Possibilità di prolungare la durata degli studi di master in pratica infermieristica avanzata

Gli infermieri di pratica avanzata svolgono compiti altamente complessi, come emerso anche negli scambi con gli attori sul campo. In risposta, è quindi necessario che essi acquisiscano il livello di competenza necessario per garantire la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti. Secondo la LPSan, le competenze professionali specifiche saranno disciplinate nell'ordinanza del 13 dicembre 2019⁴³ sulle competenze professionali sanitarie (OCPSan). In base alla definizione di tali competenze, è necessario che il Consiglio federale abbia la possibilità, se necessario, di prolungare la durata del master in pratica infermieristica avanzata per garantire che tutte le competenze richieste, sia teoriche che pratiche, possano essere acquisite nel corso della formazione. Questa possibilità dovrà essere prevista nell'articolo 5 capoverso 1^{bis}.

Abbreviazione della passerella SSS/SUP

A complemento della variante 2, nella procedura di consultazione è stato ampiamente richiesto di abbreviare la passerella già esistente per chi possiede un titolo di studio in cure infermieristiche conseguito presso una scuola specializzata superiore al fine dell'ottenimento di un BSc in scienze infermieristiche. Questa misura permetterebbe alle persone con titolo di studio di infermiere SSS di ottenere, al termine di studi più brevi, un bachelor in cure infermieristiche. Il fatto che siano considerati solo 90 crediti ECTS può avere un effetto deterrente e di freno allo sviluppo professionale mediante la formazione universitaria. Una riduzione del numero di crediti ECTS da ottenere nel quadro di questa passerella ne ridurrebbe la durata, consentendo una maggiore permeabilità del sistema di formazione per gli infermieri SSS e semplificando l'accesso al ciclo di master in pratica infermieristica avanzata.

Attualmente le modalità per usufruire della passerella non sono disciplinate dalla legge, bensì dalle Best Practices pubblicate da swissuniversities nel novembre 2021, che rappresentano uno strumento adeguato per le scuole universitarie. Un ulteriore sviluppo di queste Best Practices dovrebbe essere preso in considerazione e non richiederebbe alcuna modifica delle basi legali vigenti.

2.3.3 Organico di personale adeguato alle esigenze

Nell'ambito della consultazione, la CDS e numerosi Cantoni, il PVL, i Verdi, il PSS e diverse associazioni infermieristiche hanno criticato la rinuncia a introdurre un disciplinamento relativo a un organico di personale adeguato alle esigenze.

Al numero 1.2.3 si spiega che il Consiglio federale, nel suo mandato del 23 gennaio 2023, prevedeva di obbligare le associazioni dei fornitori di prestazioni (associazioni di ospedali, case di cura e Spitex) a elaborare raccomandazioni relative allo skill-grade mix in diversi ambiti di assistenza, che in seguito avrebbero dovuto essere dichiarate vincolanti. Nel disegno di legge il Consiglio federale ha rinunciato a disciplinare un organico di personale adeguato alle esigenze, in particolare perché non si dispone di conoscenze certe su come calcolarne uno ottimale. Le prescrizioni cantonali vigenti

sono strutturate in modo diverso e si basano su valori medi ed empirici. Un sistema che non si basi su conoscenze certe per il calcolo di un organico di personale adeguato alle esigenze rischierebbe di essere troppo generico e quindi poco significativo. Oppure, risulterebbe viceversa troppo dettagliato e quindi complesso e difficile da attuare. Inoltre, potrebbe inasprire gli attuali problemi di reclutamento delle aziende. Il Consiglio federale ha inoltre ritenuto problematico dal punto di vista del diritto costituzionale obbligare soggetti privati a elaborare raccomandazioni da dichiarare vincolanti in un successivo momento.

La situazione è rimasta invariata. Per questo motivo il Consiglio federale conferma la sua posizione di rinunciare al disciplinamento di un organico di personale adeguato alle esigenze.

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

3.1 **Miglioramento delle condizioni di lavoro**

Non solo in Svizzera, bensì anche nella maggior parte degli altri Paesi occidentali la politica è chiamata a trovare risposte alla carenza di personale specializzato nel settore delle cure infermieristiche.

3.1.1 **Germania**

Negli ultimi anni in Germania sono state emanate diverse leggi e progetti volti a migliorare la situazione del personale infermieristico. Con la legge *Pflegepersonal-Stärkungsgesetz* (PpSG, legge sul rafforzamento del personale infermieristico)⁴⁴, varata il 18 dicembre 2018, si mira tra l'altro a migliorare le condizioni di lavoro e l'organico nel settore delle cure infermieristiche. Il relativo programma immediato (*Sofortprogramm*)⁴⁵ promuove in particolare la creazione di ulteriori posti di formazione. Con l'azione concertata nel settore delle cure infermieristiche (*Konzertierte Aktion Pflege*)⁴⁶, lanciata anch'essa nel 2018, diversi ministeri federali intendono migliorare la quotidianità lavorativa del personale infermieristico. Dal 1° settembre 2022 è in vigore la legge federale sullo sviluppo dell'assistenza sanitaria (*Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, VWG*). Per migliorare le condizioni di lavoro, solo gli istituti di cura che retribuiscono i loro collaboratori secondo la tariffa possono fatturare all'assicurazione per le cure di lunga durata. Inoltre, gli infermieri ottengono maggiori responsabilità, poteri e libertà di scelta, ad esempio attraverso la possibilità

⁴⁴ *Bundesgesetzblatt* anno 2018 parte prima, n. 45, pubblicato a Bonn il 14 dicembre 2018. Pagg. 2394–2422, consultabile all'indirizzo www.bgbl.de > Bundesgesetzblatt > Bundesgesetzblatt Teil I > 2018 > Nr. 45 vom 14.12.2018 (visualizzato il 21.03.2025).

⁴⁵ Il programma è consultabile all'indirizzo www.bundesgesundheitsministerium.de > Suche > Sofortprogramm Pflege (visualizzato il 21.03.2025).

⁴⁶ L'iniziativa *Konzertierte Aktion Pflege* è consultabile all'indirizzo www.bundesgesundheitsministerium.de > Service > Begriffe von A-Z > K > Konzertierte Aktion Pflege (visualizzato il 21.03.2025).

di prescrivere sotto la propria responsabilità l'assistenza infermieristica a domicilio⁴⁷. Anche la legge concernente il sostegno e lo sgravio nel settore delle cure infermieristiche (*Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz, PUEG*)⁴⁸, varata il 26 maggio 2023 dal Bundestag tedesco, è volta a migliorare le condizioni di lavoro per gli infermieri professionisti, tra l'altro ricorrendo in misura maggiore a soluzioni digitali. Dal 2021, il progetto concernente le buone condizioni di lavoro per conciliare le cure, la famiglia e il lavoro (*Gute Arbeitsbedingungen in der Pflege zur Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf*) offre sostegno alle istituzioni che prestano cure di lunga durata nel migliorare le condizioni di lavoro. Con la PUEG il progetto è stato prorogato fino al 2030. Il 19 ottobre 2023 il Bundestag ha anche varato una nuova legge per il rafforzamento della formazione universitaria nel settore delle cure infermieristiche e per le agevolazioni nel riconoscimento dei titoli di studio esteri in questo campo (*Pflegestudiumstärkungsgesetz*⁴⁹), che uniforma e semplifica le procedure di riconoscimento per il personale infermieristico estero. In più, gli studenti del settore riceveranno in futuro un compenso adeguato per l'intera durata dei loro studi.

3.1.2 Austria

In Austria è stata attuata un'ampia riforma del settore delle cure infermieristiche attraverso tre pacchetti di riforma, entrati in vigore negli anni 2022, 2023 e 2024 e comprendenti nel complesso oltre 40 misure, che apportano miglioramenti alle condizioni di lavoro nel settore, alla formazione infermieristica e alla situazione delle persone interessate e dei loro familiari assistenti⁵⁰. Vi rientrano misure come aumenti salariali e contributi per la formazione nel settore delle cure infermieristiche, una settimana di vacanza aggiuntiva per i collaboratori a partire dai 43 anni, agevolazioni per l'immigrazione di personale specializzato formato, il riconoscimento dei titoli di formazione esteri di queste persone o il disciplinamento delle indennità per turni notturni del personale impiegato nelle cure stazionarie di lunga durata.

3.1.3 Francia

Il 3 maggio 2023 il Ministero francese della salute e della prevenzione (*Ministère de la Santé et de la Prévention*) ha annunciato che nei successivi 18 mesi avrebbe avviato un esteso progetto volto a rivedere la professione infermieristica e la formazione necessaria per diventare infermieri. Questa riforma della professione riguarda tre aree principali: competenze, formazione e carriera infermieristica. Gli obiettivi sono rin-

⁴⁷ La *GVWG* è consultabile all'indirizzo www.pflege.de > Ratgeber > Pflegegesetz & Pflegerecht > Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (visualizzato il 21.03.2025).

⁴⁸ La *PUEG* è consultabile all'indirizzo www.bundesgesundheitsministerium.de > Ministerium > Alle Gesetze und Verordnungen > PUEG (visualizzato il 21.03.2025).

⁴⁹ La *PfllStudStG* è consultabile all'indirizzo www.bundesgesundheitsministerium.de > Ministerium > Alle Gesetze und Verordnungen > Pflegestudiumstärkungsgesetz (Pfll-StudStG) (visualizzato il 21.03.2025).

⁵⁰ Le misure sono consultabili all'indirizzo www.sozialministerium.at > Themen > Pflege > Pflegereform (visualizzato il 21.03.2025).

novare le pratiche adottando un approccio più agile nello svolgimento della funzione, ripensare i corsi di formazione e analizzare nuove possibilità di progressione e sviluppo nella carriera di infermiere⁵¹.

3.1.4 Italia

In Italia, il decreto-legge n. 34⁵², entrato in vigore nel marzo 2023, è la prima tappa di un'ampia riforma strutturale volta a rafforzare il personale, sia dal punto di vista economico che professionale. Le misure comprendono un'indennità per chi lavora nei servizi di emergenza-urgenza e un aumento della remunerazione delle ore straordinarie. Il governo italiano prevede anche di introdurre altre misure per migliorare le condizioni di lavoro, aumentare la sicurezza sul posto di lavoro, offrire salari più alti e maggiori opportunità di sviluppo professionale. Inoltre il Ministero della Salute italiano sta pianificando incentivi per incoraggiare il personale infermieristico recentemente formato a tornare a lavorare in Italia. Infine, sta valutando la possibilità di stipulare accordi con Paesi extraeuropei per l'assunzione di personale sanitario formato.

3.1.5 Inghilterra

Il 30 giugno 2023 il governo britannico ha presentato il «*Long Term Workforce Plan 2023*»⁵³ del servizio sanitario nazionale (*National Health Service*) NHS England che, su un arco temporale previsto di 15 anni, affronterà le sfide attuali e future concernenti la forza lavoro. Per i prossimi cinque anni il governo metterà a disposizione 2,4 miliardi di sterline, a cui si aggiungono 6,1 miliardi di sterline investiti nella formazione e nell'istruzione nel 2024 e nel 2025.

I punti chiave del *NHS Long Term Workforce Plan 2023* sono, in primo luogo, la promozione della formazione. Grazie all'ampliamento della formazione e del perfezionamento nazionali e del reclutamento, nei prossimi 15 anni il numero di operatori sanitari nell'NHS aumenterà di 300 000 persone. Entro il 2037 il numero di infermieri dovrà essere aumentato di 170 000 rispetto ad oggi. Inoltre si promuove la formazione di apprendisti, in particolare nei settori in cui è più difficile reperire personale. Allo stesso tempo si mira a rafforzare la fidelizzazione del personale per fare sì che nei prossimi 15 anni fino a 130 000 operatori in meno abbandonino l'NHS. Le misure comprendono la modernizzazione e la flessibilizzazione del sistema pensionistico, un migliore supporto per il perfezionamento professionale, offerte supplementari per la custodia dei figli, modelli di lavoro flessibili e sostegno per la salute e il benessere del personale. Il piano prevede inoltre misure per la modernizzazione dei metodi di lavoro

⁵¹ Le informazioni sono consultabili all'indirizzo www.sante.gouv.fr > Grands dossiers > Refondation du métier infirmier (visualizzato il 21.03.2025).

⁵² Il decreto legge è consultabile all'indirizzo www.trovanorme.salute.gov.it > Norme > 23G00042 (visualizzato il 21.03.2025).

⁵³ Il NHS Long Term Workforce Plan è consultabile all'indirizzo www.england.nhs.uk/ltwp (visualizzato il 21.03.2025).

e di formazione, tra cui la creazione e l'ampliamento di nuove professioni, il rafforzamento del perfezionamento professionale e l'impiego di nuove tecnologie.

3.2 **Disciplinamento del livello master in pratica infermieristica avanzata e del ruolo degli infermieri di pratica avanzata nell'assistenza sanitaria**

Le discussioni attualmente in corso in Svizzera sul disciplinamento del master in pratica infermieristica avanzata e del ruolo degli infermieri di pratica avanzata hanno avuto luogo anche in molti altri Paesi occidentali. Nell'Unione europea (UE) la responsabilità di promuovere e organizzare la formazione compete agli Stati membri. Pertanto, nei Paesi limitrofi alla Svizzera sono stati introdotti nel corso degli ultimi anni diversi programmi e misure. Nel 2005 l'UE ha adottato la direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali. Essa stabilisce che gli Stati membri riconoscono per principio come equivalenti i diplomi professionali corrispondenti e assicurano ai professionisti il libero accesso al mercato del lavoro⁵⁴. Questa direttiva, conformemente all'allegato III dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone, si applica anche alla Svizzera⁵⁵. Al numero 7.2.2 del presente messaggio vengono forniti maggiori chiarimenti concernenti il diritto dell'UE.

Sebbene i ruoli professionali di infermiere di pratica avanzata creati differiscano leggermente da un Paese all'altro, tutti concordano sul principio che un infermiere di pratica avanzata deve disporre di un master in scienze infermieristiche per poter dispensare prestazioni di pratica infermieristica avanzata.

3.2.1 **Germania**

Disciplinamento dell'esercizio della professione

In Germania, l'esercizio della professione di Pflegeexperte APN (infermiere di pratica avanzata APN) – a differenza di quella di Pflegefachmann/Pflegefachfrau (infermiere) – non è incluso nell'elenco delle professioni disciplinate e pertanto non è soggetto ad alcun obbligo di autorizzazione.

Disciplinamento dei percorsi di formazione

Alcuni Bundesländer dispongono di consigli di cure infermieristiche che da tempo contribuiscono allo sviluppo della pratica infermieristica avanzata. Nel corso degli anni si è assistito a una proliferazione di progetti; l'aumento del numero di corsi di formazione a livello di master ha portato naturalmente allo sviluppo degli infermieri

⁵⁴ La direttiva 2005/36/CE è consultabile all'indirizzo <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/HTML/?uri=CELEX:32005L0036> Direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio (visualizzato il 21.03.2025).

⁵⁵ <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2002/243/it> -> RU 2002 1529; FF 1999 5092 Accordo tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (visualizzato il 21.03.2025).

di pratica avanzata APN⁵⁶. Questa evoluzione ha gradualmente attirato l'interesse del mondo politico, che ha adottato la legge sulle professioni infermieristiche (*Pflegeberufegesetz*)⁵⁷ entrata in vigore nel 2020.

Le scuole universitarie sono fondamentalmente libere di definire la propria offerta. Tuttavia, la loro attività è disciplinata da una legge quadro. Nel settore delle cure infermieristiche, la legge sulle professioni infermieristiche disciplina dal 2020 le competenze degli infermieri di livello terziario. L'ordinanza sulla formazione e gli esami per le professioni infermieristiche (*Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung*) disciplina ad esempio i dettagli relativi alla struttura formativa, ai contenuti della formazione, agli esami e al riconoscimento dei diplomi professionali esteri⁵⁸.

Il paragrafo 14 della legge sulle professioni infermieristiche permette inoltre di creare programmi che forniscono l'accesso a competenze avanzate. I contenuti di formazione vengono stabiliti in specifici curriculum interni delle scuole infermieristiche e in piani di formazione degli attori della formazione pratica. A oggi le competenze professionali specifiche dell'infermiere di pratica avanzata APN non sono state disciplinate a livello statale. In aggiunta, il paragrafo 63 comma 3c del quinto libro del codice della sicurezza sociale (*Sozialgesetzbuch*) definisce un catalogo esaustivo di attività mediche che, nel quadro di progetti pilota, possono essere trasferite a professionisti della salute in vista dell'esercizio indipendente della professione medica⁵⁹.

3.2.2 Francia

Disciplinamento dell'esercizio della professione

Malgrado la comparsa relativamente recente della figura dell'infermiere di pratica avanzata APN, l'esercizio di questa professione è già disciplinato a livello statale in Francia. Può esercitare la professione chi dispone di un diploma universitario, di tre anni di esperienza professionale e di un'iscrizione nel registro. Dal 2016, un quadro legislativo ha costituito una prima pietra miliare nell'introduzione dell'infermiere di pratica avanzata APN nel sistema sanitario francese⁶⁰. Nel 2018, ulteriori misure ne

⁵⁶ International Council of Nurses (2020). Guidelines on Advanced Practice Nursing. > www.icn.ch > Toutes les publications > Filtrer: Catégorie: Ligne directrice ; Thématiques: Pratique infirmière avancée; Année: 2020.

⁵⁷ Le informazioni sulla *Pflegeberufegesetz* sono consultabili all'indirizzo www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz (visualizzato il 21.03.2025).

⁵⁸ Le informazioni sulla *Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung* sono consultabili all'indirizzo <https://www.bundesgesundheitsministerium.de> > Ministerium > Alle Gesetze und Verordnungen > Pflegeberufe-Ausbildungs- und -Prüfungsverordnung (PflA-PrV; visualizzato il 21.03.2025).

⁵⁹ Il *Sozialgesetzbuch 5. Buch* è consultabile all'indirizzo www.gesetze-im-internet.de > Ricerca: SGB V (visualizzato il 21.03.2025).

⁶⁰ La *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé* è consultabile all'indirizzo: www.legifrance.gouv.fr > Droit national en vigueur > Textes consolidés > Ricerca: 2016-41 (visualizzato il 21.03.2025).

hanno ulteriormente sancito il ruolo nella pratica⁶¹. Tali disciplinamenti richiedono ora che gli infermieri di pratica avanzata APN siano già in possesso di un master e, a determinate condizioni, consentono loro di prescrivere medicinali. Oltre a queste competenze, possono fornire prestazioni di educazione terapeutica, prevenzione, screening, valutazione e monitoraggio. Possono anche prescrivere esami complementari e rinnovare o adattare le prescrizioni mediche.

Disciplinamento dei percorsi di formazione

Il *Code de la santé publique* disciplina l'esercizio della professione dell'infermiere di pratica avanzata APN, ma le competenze da acquisire per il conseguimento di un diploma universitario in questa disciplina non sono definite a livello statale.

3.2.3 Italia

Disciplinamento dell'esercizio della professione

La pratica infermieristica avanzata in Italia si è sviluppata solo in modo tardivo con la creazione del ruolo di infermiere di famiglia e di comunità. Il ruolo, concepito essenzialmente per intensificare la promozione della salute e la prevenzione, si rivolge specificamente alle persone affette da malattie croniche, in linea con la volontà del Paese di sviluppare «Case della Salute» al fine di creare reti di assistenza⁶². Nel 2020, il governo ha approvato delle leggi che permettono di aumentare temporaneamente il numero di professionisti assunti dalle aziende sanitarie locali⁶³. Nel 2021, queste leggi sono state riviste per rendere gli infermieri di famiglia e di comunità un elemento permanente del sistema sanitario italiano⁶⁴. Questo sviluppo è sostenuto dal Piano nazionale di ripresa e resilienza dell'assistenza sanitaria in Italia, finanziato dall'UE.

⁶¹ Il *Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée* è consultabile all'indirizzo www.legifrance.gouv.fr > Droit national en vigueur > Textes consolidés > Ricerca: 2018-269 (visualizzato il 21.03.2025).

Il *Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée* è consultabile all'indirizzo www.legifrance.gouv.fr > Droit national en vigueur > Textes consolidés > Ricerca: 2018-633 (visualizzato il 21.03.2025).

OCSE (2024). Advanced practice nursing in primary care in OECD countries: Recent developments and persisting implementation challenges. > www.oecd.org > Publications > Reports > Filters: Publication types: Working Papers; Publication Date: 2024; Policy areas: Health.

⁶² Scott W. Keith / Dexter Waters / Matthew Alcusky / Sarah Hegarty / Niusha Jafari / Marco Lombardi / Monica Pini / Vittorio Maio (2022). *The Medical Home Initiative in Italy: an Analysis of Changes in Healthcare Utilization*. *J Gen Intern Med*, 37(6), 1380-1387.

⁶³ Presidente della Repubblica. Decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34. Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. *Gazzetta Ufficiale* – Serie Generale n. 128 del 19-05-2020 - Suppl. ordinario n. 21. Consultabile all'indirizzo www.normattiva.it > Ricerca avanzata > Periodo di pubblicazione: 19.05.2020.

⁶⁴ Ministero della Salute. Decreto 23 maggio 2022 n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale* – Serie Generale 2022 n. 144 del 22 giugno 2022. Consultabile all'indirizzo www.normattiva.it > Ricerca avanzata > Periodo di pubblicazione: 23.05.2022.

L'Italia si sta muovendo con decisione verso la realizzazione di un'offerta sanitaria di comunità intensificando le iniziative per facilitare l'accesso all'assistenza sanitaria. Di recente ha rafforzato la rete di assistenza domiciliare, sviluppato servizi di telemedicina e finanziato la costruzione di diversi ospedali regionali⁶⁵. Nel 2022 il governo ha inoltre approvato l'introduzione di oltre 900 «Case della Comunità» da realizzare entro il 2026⁶⁶. Questa politica favorisce naturalmente l'aumento del numero di infermieri di famiglia e di comunità in Italia. L'esercizio della professione di infermiere di pratica avanzata APN non è tuttavia disciplinato.

Disciplinamento dei percorsi di formazione

I primi programmi di formazione avanzata nel settore delle cure infermieristiche sono apparsi già nel 2004 con una prima formazione di livello master. Oggi esistono numerosi percorsi di formazione di livello master nel settore delle cure infermieristiche. I contenuti formativi non sono tuttavia disciplinati a livello statale.

3.2.4 Canada

Disciplinamento dell'esercizio della professione

Il Canada è un paese all'avanguardia nella pratica infermieristica avanzata.

Il ruolo di infermiere di pratica avanzata APN è stato disciplinato per la prima volta nel 1997 nelle province della British Columbia e dell'Ontario. Nel corso degli anni, tutte le province e i territori hanno introdotto un corrispondente disciplinamento legale⁶⁷.

Disciplinamento dei percorsi di formazione

L'attività di infermiere di pratica avanzata APN richiede un master in scienze infermieristiche. Per queste scienze, si tratta dell'unico titolo protetto e disciplinato legalmente in Canada⁶⁸.

⁶⁵ Angelo Tanese, 2023. *A new challenge for Italy's National Healthcare System. Hospital Administration and Medical Practices*, 2, L'articolo è consultabile all'indirizzo www.hampjournal.com > Archives > Vol. 2 (2023) (visualizzato il 21.03.2025).

⁶⁶ Silvio Roberto Vinceti (2023). *Reorganizing Italy's Territorial Healthcare: The Ministerial Decree No. 77/2022 and its Comparative Significance*. Ann Ig, 35(3), 367-371. L'articolo è consultabile all'indirizzo <https://annali-igiene.it/articoli/2023/3/Vinceti.pdf> (visualizzato il 21.03.2025).

⁶⁷ *Association des infirmières et infirmiers du Canada*, 2021. Il rapporto è consultabile all'indirizzo www.cna-aiic.ca > Soins infirmiers > Les soins infirmiers réglementés au Canada (visualizzato il 21.03.2025).

⁶⁸ *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, 2021. Le linee guida sono consultabili all'indirizzo www.oiiq.org > Recherche: L'infirmière praticienne spécialisée et sa pratique: lignes directrices (visualizzato il 21.03.2025).

4 Punti essenziali del progetto

4.1 La normativa proposta

4.1.1 Contenuti del D-LCInf

Sulla base dei risultati della consultazione, il Consiglio federale ha deciso di attenersi in linea di massima al disegno e alla logica della LCInf. Gli adeguamenti al D-LCInf apportati in seguito alla consultazione sono illustrati al numero 2.3.1 del presente messaggio. Oltre all'obbligo per le parti sociali di condurre negoziazioni sui CCL, il disegno della LCInf contiene le seguenti prescrizioni per migliorare le condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche:

- durata massima della settimana lavorativa e compensazione del lavoro straordinario;
- durata normale della settimana lavorativa;
- compensazione delle ore supplementari;
- compensazione del lavoro notturno;
- compensazione del lavoro domenicale e festivo;
- computo del tempo impiegato per cambiarsi come tempo di lavoro retribuito;
- durata minima e retribuzione delle pause;
- computo e compensazione di servizi di reperibilità e di picchetto;
- comunicazione di piani di servizio e servizi di reperibilità e di picchetto;
- compensazione per turni non pianificati.

In virtù di norme di delega il Consiglio federale, dopo aver consultato le parti sociali e sulla base dei disciplinamenti dei CCL esistenti, potrà concretizzare in dettaglio le modalità di applicazione a livello di ordinanza in otto di questi settori (esclusi il tempo impiegato per cambiarsi, la durata minima e la retribuzione delle pause).

Il Consiglio federale ha deciso di portare avanti la variante 1 tra le due proposte nella consultazione (cfr. considerazioni al n. 2.1). Per i CCL si deve quindi prevedere la possibilità di derogare alle disposizioni contenute nella LCInf anche a sfavore dei lavoratori, purché siano soddisfatte determinate condizioni (cfr. art. 16 D-LCInf). Ciò tuttavia sempre nel rispetto delle disposizioni imperative della LL, del CO, delle leggi cantonali sul personale e di altri disciplinamenti di diritto speciale. Con questo disciplinamento si intende rafforzare il partenariato sociale e ottenere un aumento del numero di CCL stipulati nel settore delle cure infermieristiche.

Per monitorare gli effetti del D-LCInf, il Consiglio federale prevede ancora la creazione di commissioni cantonali nel settore delle cure infermieristiche. Nel quadro dei loro compiti legali, queste potranno anche adoperarsi affinché i datori di lavoro siano consapevoli dei loro obblighi ai sensi della presente legge e li applichino di conseguenza.

Con il D-LCInf si intende migliorare le condizioni di lavoro e prolungare la permanenza nella professione nel settore delle cure infermieristiche. Inoltre, si intende ren-

dere la professione infermieristica più interessante per i neoassunti, in modo da evitare le carenze di personale prevedibili in futuro. Le prescrizioni summenzionate mirano ad affrontare i problemi più urgenti che possono portare all'abbandono prematuro della professione. La scelta è stata effettuata sulla base degli studi di cui al numero 1.1.4 e dopo l'analisi dei CCL esistenti nel settore delle cure infermieristiche. Che le prescrizioni della LCInf siano idonee allo scopo è confermato, tra l'altro, anche dall'AIR e da diverse prese di posizione espresse in sede di consultazione, tra l'altro dall'Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI).

4.1.2 Contenuti della modifica della LPSan

Anche per quanto riguarda la modifica della LPSan il Consiglio federale conferma le proposte poste in consultazione. La modifica della LPSan continua quindi a prevedere i seguenti contenuti:

- disciplinamento del livello master in pratica infermieristica avanzata;
- definizione della professione di infermiere di pratica avanzata;
- disciplinamento dell'accesso all'esercizio della professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale, prevedendo che solo l'ottenimento di un master autorizzi all'esercizio della professione (variante 2).

Inoltre, attraverso una modifica della LPSan, della LPMed e della LPPsi, devono essere disciplinate le competenze digitali in tutte le professioni sanitarie. In tal modo si adempie il mandato della mozione Silberschmidt (22.3163; «Rafforzare le competenze digitali dei professionisti della salute»).

Visti gli elevati requisiti posti alla professione di infermiere di pratica avanzata e i riscontri scaturiti dalla consultazione, il Consiglio federale prevede che soltanto il master in pratica infermieristica avanzata dia diritto all'ottenimento dell'autorizzazione a esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale (variante 2). L'argomentazione dettagliata in merito è riportata al numero 2.3.2 del presente messaggio.

4.2 Compatibilità tra compiti e finanze

4.2.1 Il miglioramento delle condizioni di lavoro può comportare maggiori costi

I progetti legislativi proposti nel presente messaggio intendono prolungare la permanenza nella professione del personale infermieristico migliorando le condizioni di lavoro e le possibilità di sviluppo professionale. In tal modo saranno garantiti anche gli sforzi dell'offensiva in materia di formazione lanciata il 1° luglio 2024 nel quadro della prima tappa di attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche e gli investimenti congiunti di Confederazione e Cantoni per un importo di quasi un miliardo di franchi.

Come indicato nel capitolo 6, le misure comporteranno probabilmente costi aggiuntivi su base annua e un aumento dei premi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ed eventualmente di altre assicurazioni sociali come l'assicurazione infortuni o l'assicurazione militare. Tale aumento dei costi è tuttavia da accettare, vista l'importanza sempre maggiore in futuro di una buona disponibilità di cure infermieristiche di qualità per la popolazione.

4.2.2 Finanziamento del sistema sanitario e opzioni di finanziamento per il miglioramento delle condizioni di lavoro

La maggior parte degli infermieri impiegati lavora per ospedali, case di cura oppure organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, che forniscono prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Per le prestazioni AOMS stazionarie fornite dagli ospedali si applica il finanziamento ospedaliero, mentre per le prestazioni AOMS fornite da case di cura e organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio si applica il finanziamento delle cure. Nei paragrafi seguenti sarà spiegato brevemente come i costi nei diversi contesti delle cure infermieristiche si ripartiscono tra gli assicurati, gli assicuratori-malattie nonché la Confederazione e i Cantoni.

Finanziamento delle prestazioni AOMS negli ospedali

Gli ospedali vengono indennizzati per le loro prestazioni AOMS stazionarie in base a tariffe assunte dall'assicurazione malattie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato secondo la loro quotaparte rispettiva (art. 49a cpv. 1 LAMal). La quotaparte di remunerazione a carico del Cantone di domicilio ammonta almeno al 55 per cento, la quotaparte dell'assicuratore malattie al massimo al 45 per cento (art. 49a cpv. 2^{ter} LAMal). Le tariffe sono fissate in convenzioni tra gli ospedali e gli assicuratori malattie e richiedono l'approvazione dell'autorità competente (art. 46 LAMal). Di regola, si tratta del governo cantonale competente, a meno che la convenzione non sia valida in tutta la Svizzera. In tal caso è competente il Consiglio federale. In assenza di una convenzione tariffale, il governo cantonale competente stabilisce la tariffa (art. 47 LAMal).

Le tariffe per le prestazioni stazionarie degli ospedali sono stabilite sulla base dei costi e delle prestazioni effettivi di tutti gli ospedali (art. 59c cpv. 1 lett. a dell'ordinanza del 27 giugno 1995⁶⁹ sull'assicurazione malattie; OAMal). Le tariffe sono fissate nelle tre strutture tariffali SwissDRG per le prestazioni ambulatoriali, TARPSY per le prestazioni psichiatriche e ST Reha per le prestazioni di riabilitazione. Le strutture tariffali suddividono i casi in gruppi possibilmente omogenei sotto il profilo dei costi e definiti sulla base di considerazioni mediche, e determinano ponderazioni dei costi per i diversi gruppi di casi in funzione della gravità. Le ponderazioni sono identiche per tutti gli ospedali e di regola sono calcolate annualmente dalla SwissDRG SA sulla base dei dati effettivi relativi ai costi e alle prestazioni per ogni trattamento forniti dagli ospedali. Le prestazioni del personale infermieristico sono parte integrante di

⁶⁹ RS 832.102

questi dati e sono prese in considerazione nel calcolo delle ponderazioni dei costi. La struttura tariffale prevede inoltre remunerazioni supplementari per prestazioni non frequenti o costose che non possono essere forfettizzate in modo adeguato, tra l'altro per cure infermieristiche complesse.

Moltiplicando le ponderazioni dei costi risultanti dalla struttura tariffale per i prezzi di base degli ospedali si ottengono gli importi forfettari per caso che un ospedale può fatturare per un trattamento. I prezzi di base sono generalmente negoziati ogni anno individualmente per ogni ospedale. Sulla base dei dati effettivi e documentati relativi ai costi e alle prestazioni degli ospedali si calcolano i costi standard per caso (costi di produzione per caso standard con ponderazione dei costi pari a 1,0) di tutti i singoli ospedali. In una comparazione (art. 49 cpv. 8 LAMal) si verifica attraverso il benchmarking l'efficienza dei costi standard per caso (art. 59c cpv. 1 lett. b OAMal). Il valore di riferimento che ne risulta costituisce la base per le negoziazioni tariffali dei singoli ospedali, nelle quali è possibile operare differenziazioni tariffali per i singoli ospedali mediante riduzioni o maggiorazioni.

I costi per il personale infermieristico rientrano nei costi di produzione degli ospedali per le prestazioni AOMS, sono dichiarati dagli ospedali e quindi presi in considerazione nel calcolo dei loro costi standard per caso. Se i costi delle cure infermieristiche aumentano per tutti gli ospedali a causa delle prescrizioni normative, fatti salvi altri influssi sui costi di produzione, ne deriverà un aumento di tutti i costi standard per caso nella comparazione tra le aziende e di conseguenza un aumento del valore di riferimento e dei prezzi di base degli ospedali.

Con il finanziamento unitario delle prestazioni nell'ambito dell'AOMS, a partire dal 2028, a seguito della modifica del 22 dicembre 2023⁷⁰ della LAMal, la quotaparte del Cantone di domicilio nella remunerazione delle prestazioni ospedaliere stazionarie diminuirà ad almeno il 26,9 per cento e la quotaparte degli assicuratori-malattie aumenterà al massimo al 73,1 per cento. Le restanti disposizioni concernenti le tariffe ospedaliere stazionarie e la metodologia di calcolo delle tariffe descritta in precedenza rimangono sostanzialmente invariate.

Finanziamento delle prestazioni AOMS di case di cura o di organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio

Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure in vigore dal 2010 prevede tra l'altro che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) presti un contributo alle cure dispensate ambulatorialmente. Questo vale anche per le cure dispensate presso strutture diurne o notturne e presso le case di cura (art. 25a cpv. 1 LAMal).

Il Consiglio federale fissa i contributi dell'AOMS in funzione del bisogno di cure. Oltre all'AOMS, una parte delle cure è finanziata dagli assicurati fino a un massimo del 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale. Il finanziamento residuo è coperto dai Cantoni (art. 25a cpv. 5 LAMal). Al riguardo valgono le regole del finanziamento residuo del Cantone di domicilio del fornitore di

⁷⁰ RU 2025 107

prestazioni, indipendentemente dal luogo di domicilio del paziente. Il diritto dell'assicurato di soggiornare in una casa di cura è garantito per una durata illimitata.

Per quanto riguarda le cure, si distinguono le prestazioni di valutazione, consigli e coordinamento (art. 7 cpv. 2 lett. a OPre), le cure di base (art. 7 cpv. 2 lett. c OPre) e gli esami e le cure (art. 7 cpv. 2 lett. b OPre). Dal 1° luglio 2024, le prestazioni di valutazione, consigli e coordinamento nonché le cure di base possono essere fornite a carico dell'AOMS senza prescrizione o mandato medico, il che garantisce una maggiore autonomia al personale infermieristico. Gli esami e le cure devono invece ancora essere dispensati previa prescrizione o mandato medico, essendo strettamente connessi alla cura medica. In ogni caso, rimane necessaria una valutazione preventiva del bisogno di cure che deve essere trasmessa per informazione al medico curante.

L'articolo 7a OPre specifica i contributi – variabili a seconda del fornitore di prestazioni – che gli assicuratori assumono per le cure. Per gli infermieri nonché per le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, le tariffe sono orarie e stabilite in funzione del tipo di prestazione (art. 7a cpv. 1 OPre), per le case di cura sono definite al giorno e in funzione del bisogno di cure (minuti necessari) (art. 7a cpv. 3 OPre). I contributi che l'AOMS assume, come pure la partecipazione degli assicurati e il finanziamento residuo da parte dei Cantoni, sono definiti nell'allegato.

Il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha calcolato separatamente i contributi in vigore dal 1° gennaio 2011 per il settore delle case di cura e per le cure a domicilio e li ha fissati nell'articolo 7a OPre. I contributi dell'AOMS sono stati stabiliti in base al principio della neutralità dei costi. Ciò significa che i contributi per la remunerazione delle cure da parte dell'AOMS dovevano essere stabiliti in modo da corrispondere alla somma delle remunerazioni delle cure fornite ambulatorialmente e presso case di cura nell'anno precedente l'entrata in vigore della modifica di legge (ossia il 2010). Le disposizioni transitorie della modifica del 13 giugno 2008 della LAMal prevedevano infatti che il Consiglio federale avrebbe effettuato negli anni successivi gli adeguamenti necessari se non fosse stato possibile rispettare la neutralità dei costi.

Per questo motivo i contributi sono stati adeguati il 1° gennaio 2020: sono stati leggermente aumentati per le case di cura e leggermente diminuiti per le cure a domicilio. Il metodo di calcolo dei contributi alle cure e il calcolo preciso del fattore di correzione sono spiegati nei commenti alle modifiche dell'OPre relative alla neutralità dei costi e alla valutazione del bisogno di cure. Eventuali adeguamenti futuri rientrano nelle competenze del DFI. Nel sistema del finanziamento delle cure, qualsiasi adeguamento dei contributi comporta di regola un adeguamento del finanziamento residuo da parte dei Cantoni⁷¹.

Con la modifica del 22 dicembre 2023 della LAMal relativa al finanziamento uniforme delle prestazioni nell'AOMS, il regime del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure è sostituito da un sistema tariffale che prescrive la chiave di ripartizione del finanziamento. Una volta integrate le cure, a partire dal 2032 queste saranno

⁷¹ Il commento alla modifica del 2 luglio 2019 dell'OPre concernente la neutralità dei costi e la valutazione dei bisogni è consultabile all'indirizzo www.ufsp.admin.ch > Leggi & autorizzazioni > Legislazione > Legislazione sulle assicurazioni > Basi legali Assicurazione malattie > Progetti di legislazione conclusi > Finanziamento delle cure (dal 24.06.2025: www.bag.admin.ch/it/assicurazione-malattie-progetti-di-legislazione-conclusi).

rimunerate sulla base di tariffe concordate tra i partner tariffali. Come per le altre prestazioni, gli assicuratori assumeranno al massimo il 73,1 per cento della remunerazione e il Cantone di domicilio almeno il 26,9 per cento. Le tariffe delle cure devono sostanzialmente essere determinate secondo gli stessi principi delle altre tariffe e basarsi su dati di costi e prestazioni effettivi, coerenti e trasparenti e riferirsi ai costi necessari per una fornitura efficiente delle prestazioni.

Finanziamento dei costi aggiuntivi previsti

Per quanto riguarda gli ospedali, i costi aggiuntivi per le cure infermieristiche attesi dal miglioramento delle condizioni di lavoro provocheranno verosimilmente un aumento dei costi di produzione per caso. Gli ospedali devono indicare in modo trasparente questi costi per la determinazione delle tariffe. Dato che i costi aggiuntivi dovrebbero riguardare tutti gli ospedali in egual misura, si deve presumere che – fatti salvi altri influssi sui costi degli ospedali – ciò conduca a un aumento generale dei costi standard per caso nella comparazione tra le aziende, che di conseguenza farà salire il valore di benchmark. Un aumento di questo valore come situazione di partenza per le negoziazioni individuali dei singoli ospedali (o eventualmente per la procedura di fissazione delle tariffe) dovrebbe comportare un incremento generalizzato dei prezzi di base degli ospedali. Ne risulta una remunerazione più elevata delle prestazioni che va a coprire i costi aggiuntivi degli ospedali, a condizione che le risorse così create siano state impiegate in modo efficiente. L'aumento della remunerazione comporta maggiori costi a carico dell'AOMS. Si prevede pertanto un effetto negativo sui premi dell'assicurazione malattie, ossia la necessità di fondi supplementari per i premi.

Può costituire una sfida la discrepanza temporale tra l'anno di rilevazione dei dati e l'anno tariffale. I dati relativi a costi e prestazioni rilevati in un determinato anno costituiscono infatti la base per le tariffe valide due anni dopo. Tra questi due anni si colloca l'anno in cui si svolgono le trattative tariffali. I probabili costi aggiuntivi provocherebbero quindi tariffe più elevate due anni più tardi. Tuttavia, secondo la giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale⁷², i costi sostenuti nell'anno tariffale (t) ma non ancora inclusi nei costi dichiarati nell'anno di rilevazione dei dati (t-2) (costi prospettici) in determinate circostanze possono eccezionalmente essere compensati. Il Tribunale amministrativo federale menziona al riguardo costi aggiuntivi o minori risultanti da una modifica di legge, purché si concretizzino nell'anno tariffale e siano chiaramente definibili prima dell'entrata in vigore.

Anche nel caso delle case di cura o delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio occorre partire dal presupposto che i probabili costi aggiuntivi faranno salire i costi di produzione delle prestazioni. Con l'attuale finanziamento delle cure, l'accento è posto in particolare sul finanziamento residuo. Se i costi aumenteranno per tutti i fornitori di prestazioni a causa delle nuove prescrizioni, il fabbisogno di finanziamento residuo aumenterà in maniera generalizzata. I Cantoni e i Comuni sarebbero tenuti a garantire tale finanziamento residuo, a condizione che i costi siano stati dichiarati in modo trasparente e che le prestazioni di cura siano state fornite in modo efficiente. A partire

⁷² [DTAF 2014/3](#) del 7 aprile 2014, DTAF [2014/36](#) dell'11 settembre 2014 o [TAF C-3867/2013](#) del 25 agosto 2015.

dal 2032, con l'entrata in vigore della modifica del 22 dicembre 2023 della LAMal relativa al finanziamento uniforme delle prestazioni nell'AOMS, l'attuale modello di finanziamento sarà sostituito da un nuovo sistema tariffale. È probabile che i costi aggiuntivi attesi dal miglioramento delle condizioni di lavoro confluiranno nei dati sui costi e sulle prestazioni che serviranno da base per la determinazione delle tariffe.

4.3 Attuazione

4.3.1 Attuazione della LCInf

Precisazione nelle ordinanze

Con la LCInf si delega al Consiglio federale la competenza di definire in dettaglio diverse prescrizioni sulle condizioni di lavoro. Le prescrizioni saranno emanate previa audizione delle parti sociali (art. 15 D-LCInf), come avviene già oggi nei settori della legge sul lavoro. Il Consiglio federale si orienterà inoltre ai disciplinamenti già esistenti all'interno di CCL.

Esecuzione della LCInf

In linea di principio, le strutture sanitarie saranno responsabili dell'attuazione delle nuove disposizioni della LCInf. L'esecuzione della LCInf deve essere garantita tramite le stesse strutture previste per l'esecuzione della LL. Ciò significa che le autorità cantonali (ispettorati del lavoro) saranno competenti per il controllo del rispetto delle prescrizioni della LCInf. A livello federale, la Segreteria di Stato dell'economia (SECO) sarà competente per l'alta vigilanza sull'esecuzione.

Nella procedura di consultazione, la creazione di una legge federale separata che prevede un diritto speciale per il settore delle cure infermieristiche è stata criticata in particolare dall'Associazione degli uffici svizzeri del lavoro (AUSL). La CDS e la maggioranza dei Cantoni si sono associati a questa critica. In alternativa si propone di estendere il campo d'applicazione della legge sul lavoro a tutti i lavoratori del settore delle cure infermieristiche, analogamente a quanto previsto per i medici in formazione dall'articolo 4a dell'ordinanza 1 del 10 maggio 2000⁷³ concernente la legge sul lavoro (OLL 1). Tutte le altre condizioni dovrebbero essere stabilite in apposite ordinanze. L'AUSL sostiene in particolare che il sistema proposto renda troppo complesso il compito di verifica degli ispettorati cantonali del lavoro, condannando l'attuazione pratica al fallimento.

Con riferimento alle considerazioni esposte al numero 1.2.1, il Consiglio federale mantiene il D-LCInf e quindi una legge separata per le condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche. Per quanto concerne l'esecuzione, anche con l'entrata in vigore del D-LCInf la situazione è chiara: le aziende che non hanno stipulato un contratto collettivo di lavoro ai sensi degli articoli 16 e 17 D-LCInf sono soggette alle disposizioni della D-LCInf e delle relative ordinanze. Tuttavia, se esiste un contratto collettivo di lavoro che soddisfa i requisiti di cui all'articolo 16 D-LCInf, si applicano i disciplinamenti ivi contenuti.

⁷³ RS 822.111

4.3.2 Attuazione delle modifiche della LPSan

Precisazione nelle ordinanze

La revisione del diritto d'esecuzione implica la revisione di diverse ordinanze. L'OCPSan dovrà definire le competenze professionali specifiche per la professione di infermiere di pratica avanzata. L'ordinanza del 13 dicembre 2019⁷⁴ sul riconoscimento delle professioni sanitarie (ORPSan) dovrà stabilire l'equivalenza dei diplomi svizzeri rilasciati secondo il diritto anteriore con i diplomi rilasciati secondo il diritto vigente per il rilascio di un'autorizzazione a esercitare la professione. Infine, nell'ordinanza del DFI del 13 dicembre 2019⁷⁵ concernente l'accreditamento dei cicli di studio secondo la LPSan saranno da prevedere gli standard di accreditamento applicabili al master in pratica infermieristica avanzata.

Esecuzione della LPSan

La modifica della LPSan si basa essenzialmente sul disciplinamento dei master in pratica infermieristica avanzata e dell'esercizio della professione di infermiere di pratica avanzata. Tuttavia, occorre considerare anche le competenze nell'ambito della trasformazione digitale.

Per quanto riguarda il ciclo di studio master e le competenze digitali, gli istituti di formazione dovranno adattare i loro cicli di formazione in modo da permettere l'acquisizione delle competenze stabilite nel diritto d'esecuzione, da verificare in sede di accreditamento o di futuro rinnovo dell'accREDITAMENTO. La procedura di accREDITAMENTO è disciplinata dalla legge federale del 30 settembre 2011 sulla promozione e sul coordinamento del settore universitario svizzero (LPSU)⁷⁶ ed è svolta dall'Agenzia svizzera di accREDITAMENTO e garanzia della qualità (Agenzia svizzera di accREDITAMENTO) o da un'altra agenzia riconosciuta dal Consiglio svizzero di accREDITAMENTO.

Il disciplinamento delle competenze digitali si applica anche a tutte le altre professioni disciplinate nella LPSan, nella LPMed e nella LPPsi. Pertanto, tutti i cicli di studio esistenti che attualmente permettono di acquisire le competenze necessarie per l'esercizio di dette professioni dovranno permettere di acquisire le competenze digitali in occasione di futuri rinnovi dell'accREDITAMENTO.

Le autorità cantonali saranno responsabili del rilascio delle autorizzazioni a esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata, alle condizioni stabilite nel diritto federale. Esse saranno inoltre responsabili del rispetto delle disposizioni transitorie in merito.

La Croce Rossa Svizzera, già competente per il riconoscimento delle altre professioni sanitarie ai sensi della LPSan, dovrà essere incaricata anche del riconoscimento dei diplomi di infermiere di pratica avanzata esteri.

⁷⁴ RS 811.214

⁷⁵ RS 811.212.1

⁷⁶ RS 414.20

5 **Commento ai singoli articoli**

5.1 **Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche**

Sezione 1: Disposizioni generali

Art. 1 Scopo

Lo scopo del disegno deriva dall'obbligo della Confederazione di emanare, nell'ambito delle sue competenze, disposizioni d'esecuzione concernenti condizioni di lavoro adeguate alle esigenze nel settore delle cure infermieristiche (cfr. disposizione transitoria di cui all'art. 117*b* Cost. [Cure infermieristiche], art. 197 n. 13 Cost.). Il disegno si prefigge a tale scopo di aumentare la protezione dei lavoratori, migliorare le condizioni di lavoro e promuovere la collaborazione con le parti sociali. L'obiettivo è anche di contribuire a favorire la permanenza nella professione dei lavoratori occupati nel settore delle cure infermieristiche.

Art. 2 Campo d'applicazione

Secondo il capoverso 1 lettera a, il disegno si applica ai datori di lavoro di diritto privato o pubblico che impiegano lavoratori occupati nel settore delle cure infermieristiche. Il disegno si applica dunque anche al personale che sottostà al diritto cantonale o comunale sul personale, e comprende inoltre i datori di lavoro che, in qualità di prestatori secondo la legge del 6 ottobre 1989⁷⁷ sul collocamento (LC), cedono lavoratori a terzi per l'impiego nel settore delle cure infermieristiche.

Il disegno si applica anche ai lavoratori occupati nel settore delle cure infermieristiche (cpv. 1 lett. b).

Secondo il capoverso 2 lettera a, sono considerati lavoratori occupati nel settore delle cure infermieristiche le persone che dispensano prestazioni di cura. Rientrano tra queste le prestazioni infermieristiche nei settori malattia, infortunio o invalidità così come nei settori delle cure agli anziani e di lunga durata nonché nell'ostetricia. Il modo in cui queste prestazioni sono fatturate (LAMal, legge federale del 20 marzo 1981⁷⁸ sull'assicurazione contro gli infortuni [LAINF], legge federale del 19 giugno 1959⁷⁹ sull'assicurazione per l'invalidità [LAI], di tasca propria) non è quindi determinante. Non sono invece incluse le persone che hanno ricevuto una formazione nel settore delle cure infermieristiche ma che non lavorano effettivamente nel settore. Ciò riguarda in particolare gli infermieri del servizio medico scolastico o gli infermieri responsabili della salute sul posto di lavoro. Il disegno è anche applicabile ai lavoratori che seguono una formazione per esercitare una professione che li abilita a dispensare prestazioni di cura (cpv. 2 lett. b). In questo contesto occorre tenere conto delle disposizioni speciali sul contratto di tirocinio, segnatamente degli articoli 344–346a CO e delle disposizioni speciali previste nella legge del 13 dicembre 2002⁸⁰ sulla forma-

⁷⁷ RS **823.11**

⁷⁸ RS **832.20**

⁷⁹ RS **831.20**

⁸⁰ RS **412.10**

zione professionale (LFPr), in particolare dell'articolo 14. Il campo d'applicazione del disegno comprende sia il livello secondario II (addetto alle cure sociosanitarie CFP, operatore sociosanitario AFC, operatore socioassistenziale AFC) sia il livello terziario (persone che hanno conseguito un diploma SSS o SUP, un titolo postdiploma o universitario o che hanno superato un esame professionale federale o un esame professionale federale superiore). Il campo d'applicazione del disegno comprende inoltre gli ausiliari (persone che hanno seguito una formazione di ausiliari sanitari della Croce Rossa Svizzera o che sono titolari di una formazione diversa oppure che non ne possiedono alcuna) che coadiuvano le persone di cui all'articolo 2 capoverso 2 lettera a nella dispensazione di prestazioni di cura (cpv. 2 lett. c). Non rientrano invece nel campo d'applicazione le guardie notturne degli istituti per disabili, poiché non assistono le persone nell'esecuzione di prestazioni infermieristiche.

Il Consiglio federale designa le prestazioni di cura mediante ordinanza (cpv. 3). A tal fine, potrà basarsi sull'elenco delle prestazioni secondo l'articolo 7 OPre.

Art. 3 Eccezioni al campo d'applicazione

Per evitare che il disegno si applichi a un numero molto ristretto di persone all'interno di un'istituzione, sono escluse dal campo d'applicazione le istituzioni che beneficiano di un mandato di prestazioni cantonale nel settore sociale in cui le cure infermieristiche rappresentano soltanto una parte esigua della loro attività (cpv. 1 lett. a). Cosa si intenda per «parte esigua della loro attività» potrà essere concretizzato nell'ordinanza. Questa eccezione potrà essere applicata per esempio ad alcune istituzioni medico-sociali che si occupano di persone con disabilità nonché agli istituti di detenzione o alle strutture di accoglienza per rifugiati. Tuttavia i Cantoni, che generalmente finanziano queste istituzioni attraverso contratti di prestazioni cantonali, sono liberi di decidere se assoggettarle al campo d'applicazione del disegno (cpv. 2).

Il presente disegno di legge non si applica alle economie domestiche private che, in qualità di datore di lavoro, occupano una persona di cui all'articolo 2 capoverso 2 (cpv. 1 lett. b). Le economie domestiche private sono escluse anche dal campo d'applicazione della LL (art. 2 cpv. 1 lett. g LL); per questa legge è necessario un disciplinamento analogo, non da ultimo perché la LCInf deve essere eseguita dagli stessi organi della LL e la creazione di un'organizzazione di esecuzione separata per le economie domestiche genererebbe un onere sproporzionato. L'esclusione vale ad esempio nel caso in cui un'economia domestica privata assuma direttamente un lavoratore nel quadro dell'assistenza domestica «Live-In». A tal riguardo occorre tenere presente che, in caso di assunzione diretta degli infermieri, le economie domestiche private non possono agire in un contesto privo di leggi, ma sottostanno alle disposizioni di cui al CO e ai contratti normali di lavoro. Inoltre la LCInf si applica ovviamente alle organizzazioni Spitex i cui lavoratori forniscono prestazioni di cura presso le economie domestiche private.

Il capoverso 1 lettera c esclude dal campo d'applicazione della legge i lavoratori che esercitano un ufficio direttivo elevato di cui all'articolo 3 lettera d LL. L'ufficio direttivo elevato è definito all'articolo 9 OLL 1. Nel quadro del presente disegno è determinante che queste persone, oltre alla loro funzione direttiva, non forniscano prestazioni di cura. Tale eccezione riguarda ad esempio i lavoratori delle case di cura che

si dedicano esclusivamente a compiti dirigenziali, ma non i responsabili di team che forniscono prestazioni infermieristiche e svolgono turni di lavoro. I datori di lavoro sono inoltre liberi di estendere le disposizioni di questa legge ad altre persone (medici, altri professionisti della salute, personale del servizio alimentare, personale tecnico e amministrativo, ecc.) nell'ambito delle trattative del CCL o a propria discrezione.

Art. 4 Rapporto con altri atti normativi

Le disposizioni sulla protezione della salute e sulla durata del lavoro e del riposo di cui agli articoli 5–14 del presente disegno hanno la precedenza sugli atti normativi della Confederazione menzionati al capoverso 1 lettera a. Questi atti normativi (LL, CO e LC) disciplinano in parte aspetti disciplinati anche nella LCInf, per cui occorre una norma sulla concorrenza tra atti normativi. Non è possibile escludere che forse non oggi, ma in futuro, altri atti normativi a livello federale disciplinino aspetti già disciplinati nella LCInf. Se così fosse, per l'interpretazione della legge volta a chiarire la questione di quale disposizione debba avere la precedenza occorrerebbe tenere conto in ogni caso degli obiettivi dell'iniziativa sulle cure infermieristiche e della loro attuazione nella LCInf, e quindi anche del disciplinamento dei rapporti con gli atti normativi menzionati alla lettera a.

Secondo la lettera b, la precedenza della LCInf vale anche in rapporto allo statuto sulla funzione pubblica cantonale e comunale. Questo chiarimento è necessario poiché una parte dei lavoratori occupati nel settore delle cure infermieristiche sottostà a questo statuto. Inoltre il capoverso 2 sancisce che è possibile derogare alle prescrizioni della LCInf a tutti i livelli (atti normativi di Confederazione, Cantoni e Comuni) se ciò avviene a favore della protezione dei lavoratori (cfr. al riguardo anche la possibilità di deroga mediante accordo di cui all'art. 16 cpv. 1).

Sezione 2: Condizioni di lavoro

Da un lato, gli articoli 5–16 contengono prescrizioni di base da applicare nel quadro dei rapporti di lavoro nel settore delle cure infermieristiche e, dall'altro lato, stabiliscono gli ambiti in cui il Consiglio federale, dopo aver sentito le parti sociali, avrà la competenza di concretizzare a livello di ordinanza singole condizioni di lavoro per il personale infermieristico (cfr. art. 15). Il Consiglio federale si ispirerà inoltre alle disposizioni concordate nei CCL del settore delle cure infermieristiche.

Art. 5 Durata massima della settimana lavorativa e compensazione del lavoro straordinario

La durata massima della settimana lavorativa prescritta per legge e stabilita nella LL riveste grande importanza nella pratica, specialmente quale misura importante per la protezione della salute dei lavoratori. È per questa ragione che la durata massima di 45 ore fissata ora per il settore delle cure infermieristiche viene sancita sia nella LCInf (art. 5) sia nella LL (cfr. l'art. 27 LCInf che prevede una modifica dell'art. 9 cpv. 1 lett. a LL). Questa disposizione è inoltre giustificata dal fatto che le autorità cantonali competenti per l'esecuzione della LL sono incaricate anche dell'esecuzione della LCInf, e una chiara prescrizione nella LL è utile per la prassi esecutiva. La definizione

nella LCInf è necessaria in quanto in materia di orari di lavoro e tempi di riposo del personale infermieristico il suo campo d'applicazione è più ampio di quello della LL.

Attualmente la durata massima della settimana lavorativa per il personale occupato nel settore delle cure infermieristiche è di 50 ore ai sensi dell'articolo 9 capoverso 1 lettera b LL. Il capoverso 1 ha come conseguenza che il personale interessato dal disegno vada ad aggiungersi alla categoria specifica di lavoratori la cui durata massima della settimana lavorativa è di 45 ore (art. 9 cpv. 1 lett. a LL). Le disposizioni dell'OLL 1 relative all'articolo 9 LL si applicano anche a tutti i lavoratori interessati dalla LCInf. Lo scopo principale è di proteggere la salute del personale occupato nel settore delle cure infermieristiche, di migliorare le condizioni della vita familiare e di garantire la partecipazione alla vita sociale. Si tenga presente che questa modifica della durata massima della settimana lavorativa va distinta dalla durata normale della settimana lavorativa, generalmente definita nel contratto o nel CCL applicabile a seconda del caso (cfr. art. 6).

La compensazione del lavoro straordinario svolto è determinata secondo l'articolo 13 LL (cpv. 2), che prevede la compensazione mediante tempo libero della stessa durata entro un periodo adeguato e soltanto con il consenso del singolo lavoratore, oppure con un supplemento salariale del 25 per cento almeno. Sono applicabili anche le disposizioni dell'OLL 1 concernenti l'articolo 13 LL. Dopo aver sentito le parti sociali (cfr. art. 15), il Consiglio federale può stabilire una compensazione minima superiore se ciò è necessario per aumentare la protezione dei lavoratori e migliorare le loro condizioni di lavoro (cpv. 3).

Art. 6 Durata normale della settimana lavorativa

La durata normale della settimana lavorativa (cpv. 1) compresa tra le 40 e le 42 ore corrisponde alla prassi attuale secondo quanto emerge dai CCL in vigore. Secondo l'AIR, quasi tutte le istituzioni intervistate applicano una durata normale della settimana lavorativa compresa tra 40 e 42,5 ore. La media e la mediana sono di 42 ore⁸¹, valore che corrisponde al tempo di lavoro abitualmente prestato e di norma previsto dal contratto individuale di lavoro o dal CCL eventualmente applicabile. Il diritto svizzero infatti non prevede una durata legale del lavoro. È sempre consentito lavorare più a lungo, ma al di là di tale durata fissa si applicherà il regime del lavoro straordinario secondo l'articolo 321c CO.

Questa modifica ha l'obiettivo di ridurre la pressione sul personale infermieristico e creare i presupposti affinché i lavoratori possano condurre una vita familiare soddisfacente e partecipare alla vita sociale. Le parti possono concordare una durata normale del lavoro inferiore. La durata normale della settimana lavorativa va distinta dalla sua durata massima (cfr. al riguardo il commento all'art. 5).

Dopo aver sentito le parti sociali (cfr. art. 15), il Consiglio federale può stabilire un valore massimo inferiore alle 42 ore previste nel capoverso 1, se ciò è necessario per

⁸¹ Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

aumentare la protezione dei lavoratori e migliorare le loro condizioni di lavoro (cpv. 2). La precisazione di un limite inferiore pari a 40 ore all'articolo 6 capoverso 1 è necessaria per motivi di delega legislativa e rappresenta il valore limite inferiore per un'eventuale disposizione del Consiglio federale; questo valore limite può essere tuttavia ulteriormente ridotto, in particolare attraverso i contratti di lavoro individuali o collettivi (cfr. art. 16).

L'articolo 6 D-LCInf disciplina il limite massimo della durata normale della settimana lavorativa, ma non si pronuncia sulla questione se, in caso di riduzione della durata normale della settimana lavorativa, il salario rimanga invariato o sia ridotto proporzionalmente.

Art. 7 Compensazione delle ore supplementari

L'impatto negativo generato sulla vita sociale del personale da un elevato numero di ore supplementari svolte giustifica l'adozione di misure specifiche. La compensazione in denaro o in tempo consente di tenere conto almeno in parte di questi vincoli, contribuendo a una maggiore soddisfazione sul lavoro. Secondo l'AIR, in circa la metà delle istituzioni interpellate i lavoratori a tempo pieno svolgono in media meno di un'ora supplementare a settimana. Nell'altra metà si registrano in media da una a cinque ore supplementari a settimana⁸².

Da un punto di vista terminologico, le ore supplementari si riferiscono alla durata prevista dal contratto di lavoro, mentre il lavoro straordinario è disciplinato dalla LL e si riferisce alla durata massima della settimana lavorativa in essa stabilita. Di conseguenza, le ore di lavoro prestate in eccesso rispetto all'orario di lavoro concordato contrattualmente sono considerate ore supplementari e sono disciplinate dall'articolo 321c CO. Le ore supplementari comprendono quindi le ore svolte tra l'orario normale (tra le 40 e le 42 ore) e la durata massima del lavoro (45 ore, v. art. 5 e 26) e vanno dalle 3 alle 5 ore di lavoro a settimana. Qualsiasi ora aggiuntiva costituisce lavoro straordinario.

È necessario disciplinare questo aspetto nella LCInf poiché, contrariamente a quanto previsto dall'articolo 321c capoverso 3 CO, il disegno non consente di derogare a tali principi a svantaggio dei lavoratori mediante accordo scritto o contratto normale di lavoro. Sono possibili deroghe a sfavore dei lavoratori soltanto nel quadro di CCL che soddisfano i requisiti specifici di cui all'articolo 16 capoverso 2 LCInf. Ai sensi di questo articolo, tali deroghe sono consentite solo se un contratto collettivo di lavoro contiene un disciplinamento relativo a tutte le condizioni di lavoro menzionate negli articoli 5–14 LCInf e se è sottoscritto dalla maggioranza delle organizzazioni rappresentative dei lavoratori del settore, della regione o dell'azienda.

Le ore supplementari devono essere compensate mediante tempo libero almeno della stessa durata (cpv. 1). Se per motivi di servizio non possono essere compensate mediante tempo libero, il datore di lavoro versa il salario normale più un supplemento

⁸² Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

del 25 per cento almeno (cpv. 2). L'ammontare della compensazione minima prevista corrisponde alla disposizione di cui all'articolo 321c CO (cfr. anche la compensazione del lavoro straordinario secondo l'art. 13 LL).

Dopo aver sentito le parti sociali (cfr. art. 15), il Consiglio federale stabilisce il numero di ore supplementari consentito e il periodo di tempo entro il quale esse possono essere svolte (cpv. 3). Può stabilire una compensazione minima superiore a quella secondo i capoversi 1 e 2 se ciò è necessario per aumentare la protezione dei lavoratori e migliorare le loro condizioni di lavoro (cpv. 4).

Art. 8 Compensazione del lavoro notturno

Il lavoro notturno è per principio vietato (art. 16 LL). Questo divieto e le prescrizioni in materia di limitazione del lavoro notturno (art. 17a e 17b LL) rientrano nell'ambito della protezione della salute del lavoratore, che ha bisogno di tempo per riposarsi. Il riposo notturno ha una funzione rigeneratrice indispensabile all'organismo. Nel settore sanitario, il lavoro notturno resta necessario per garantire la continuità delle cure e soddisfare le esigenze dei pazienti. A certe condizioni sono previste deroghe e limitazioni. La LL prevede soltanto un obbligo di indennizzo supplementare del lavoro notturno temporaneo (25 % per il lavoro notturno, art. 17b cpv. 1 LL). Il lavoratore che svolge regolarmente o periodicamente un lavoro notturno ha diritto a una compensazione di tempo equivalente al 10 per cento della durata del lavoro notturno (art. 17b cpv. 2 LL). L'AIR indica che le compensazioni per il lavoro notturno sono una prassi comune in quasi tutte le istituzioni⁸³.

Il disegno, che ha un campo d'applicazione più ampio di quello della LL, prevede che la compensazione del lavoro notturno sia determinata secondo l'articolo 17b LL (cpv. 1). Sono applicabili anche le disposizioni dell'OLL 1 concernenti l'articolo 17b LL. Dopo aver sentito le parti sociali (cfr. art. 15), il Consiglio federale può stabilire una compensazione minima superiore se ciò è necessario per aumentare la protezione dei lavoratori e migliorare le loro condizioni di lavoro (cpv. 2). Esso si orienterà ai CCL del settore delle cure infermieristiche che prevedono, in diverse forme, un'indennità per il lavoro notturno.

Art. 9 Compensazione del lavoro domenicale e festivo

Il lavoro domenicale è per principio vietato (art. 18 LL). Questo divieto e le prescrizioni in materia di limitazione del lavoro domenicale (art. 19 e 20 LL) rientrano nell'ambito della protezione della salute del lavoratore, che ha bisogno di tempo per riposarsi. Il riposo domenicale si basa anche su principi sociali, culturali e religiosi. Nel settore sanitario, il lavoro domenicale e festivo resta necessario per garantire la continuità delle cure e soddisfare le esigenze dei pazienti. Sono previste deroghe e limitazioni (p. es. autorizzazione dell'autorità competente) applicabili a certe condizioni. La LL prevede un obbligo di indennizzo supplementare per il lavoro domenicale

⁸³ Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

temporaneo (50 % per il lavoro domenicale, art. 19 cpv. 3 LL) nonché disposizioni specifiche per la compensazione mediante tempo libero (art. 20 LL). L’AIR indica che le compensazioni per il lavoro domenicale sono una prassi comune in quasi tutte le istituzioni⁸⁴.

Il disegno, che ha un campo d’applicazione più ampio di quello della LL, prevede che il riposo sostitutivo per il lavoro domenicale e festivo sia determinato secondo l’articolo 20 LL (cpv. 1). Sono applicabili anche le disposizioni dell’OLL 1 concernenti l’articolo 20 LL. Oltre al riposo sostitutivo, i lavoratori hanno diritto a un supplemento salariale di almeno il 50 per cento per il lavoro domenicale e festivo (cpv. 2; cfr. in proposito l’art. 19 cpv. 3 LL per la compensazione del lavoro domenicale temporaneo). Dopo aver sentito le parti sociali (cfr. art. 15), il Consiglio federale può stabilire una compensazione minima superiore se ciò è necessario per aumentare la protezione dei lavoratori e migliorare le loro condizioni di lavoro (cpv. 3); ciò concerne sia la compensazione in tempo, sia la compensazione finanziaria. Il Consiglio federale si orienterà ai CCL del settore delle cure infermieristiche che prevedono, in diverse forme, indennità per il lavoro domenicale e festivo.

Art. 10 Tempo impiegato per cambiarsi

La legge sul lavoro e il suo diritto d’esecuzione non contengono alcuna disposizione esplicita che sancisca se il tempo impiegato per cambiarsi conta come lavoro. A tal riguardo, la SECO stabilisce che tutto quello che rientra obbligatoriamente nel processo di lavoro conta come lavoro (cfr. il commento della SECO all’art. 13 OLL 1)⁸⁵. Tuttavia è necessario disciplinare questi aspetti nella LCInf, poiché in relazione alla durata del lavoro e del riposo la LL non si applica a tutte le istituzioni che impiegano personale attivo nel settore delle cure infermieristiche. Inoltre la LL non disciplina la retribuzione del tempo impiegato per cambiarsi, trattandosi di una questione di competenza del CO, che non la disciplina in modo specifico. Di conseguenza, nel settore delle cure infermieristiche esistono ampie disparità nella retribuzione del tempo impiegato per cambiarsi: alcuni datori di lavoro corrispondono una retribuzione forfettaria senza computare il tempo impiegato per cambiarsi come tempo di lavoro retribuito. Secondo l’AIR, il tempo impiegato per cambiarsi spesso non è retribuito. Nel settore delle organizzazioni Spitex i lavoratori generalmente si cambiano già a casa⁸⁶.

Il disegno sancisce il principio secondo cui il tempo impiegato per cambiarsi è considerato tempo di lavoro e deve essere retribuito in maniera adeguata se per ragioni

⁸⁴ Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all’indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

⁸⁵ Indicazioni disponibili all’indirizzo www.seco.admin.ch > Lavoro > Condizioni di lavoro > Legge sul lavoro e ordinanze > Indicazioni concernenti la legge sul lavoro e le sue ordinanze > Indicazioni relative all’OLL 1: articolo per articolo > Capitolo 2: durata del lavoro e del riposo > Sezione 1: Disposizioni generali > OLL 1 Articolo 13: definizione di durata del lavoro.

⁸⁶ Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all’indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

legate al processo di lavoro è necessario cambiarsi sul posto di lavoro. Nell'ordinanza il tempo per cambiarsi può essere concretizzato come durata fissa e non individuale.

Art. 11 Durata minima e retribuzione delle pause

Le pause consentono di dare al lavoratore il tempo necessario per riposarsi, rilassarsi e mangiare, e di evitare sovraccarichi e rischi di infortuni (cfr. art. 15 cpv. 1 LL). Senza pause adeguate, l'efficienza dei lavoratori diminuisce e la qualità del loro lavoro è compromessa. La LL non disciplina la retribuzione delle pause e le soluzioni previste nella pratica sono eterogenee. Un disciplinamento si rende necessario in quanto la retribuzione delle pause spinge i lavoratori a usufruirne realmente, il che è fondamentale non soltanto per preservare la loro salute, ma anche per mantenere la loro produttività e la qualità del loro lavoro. L'approfondimento dell'AIR mostra che la stragrande maggioranza dei datori di lavoro nel settore delle cure infermieristiche concede pause retribuite⁸⁷.

Il disegno prevede che l'interruzione del lavoro con pause sia retta dall'articolo 15 capoverso 1 LL (cpv. 1). Sono applicabili anche le disposizioni dell'OLL 1 relative all'articolo 15 capoverso 1 LL. Il disegno prevede che le pause siano retribuite quando ai lavoratori non è consentito di lasciare il posto di lavoro (cpv. 2).

Art. 12 Computo e compensazione di servizi di reperibilità e di picchetto

L'obiettivo di questa disposizione è tenere conto dei disagi subiti dal personale che non può liberamente disporre del proprio tempo quando si tiene a disposizione per un eventuale intervento. Secondo l'AIR, poco più della metà delle istituzioni riporta che gli infermieri svolgono servizi di reperibilità e di picchetto⁸⁸.

La LL e le sue ordinanze disciplinano come calcolare l'orario di lavoro del servizio di picchetto (art. 14–16 OLL 1). Un criterio importante per distinguere il servizio di picchetto da altri servizi di reperibilità consiste nel fatto che, oltre al normale lavoro, nel servizio di picchetto il lavoratore si tiene pronto per eventuali interventi «per eliminare perturbazioni, soccorrere in situazioni d'emergenza, effettuare turni di controllo o far fronte ad analoghi eventi particolari» (art. 14 cpv. 1 OLL 1).

Nella LCInf è necessario un disciplinamento in quanto le disposizioni della LL in materia di orari di lavoro e tempi di riposo non si applicano a tutti i lavoratori occupati nel settore delle cure infermieristiche. Inoltre, la LL non disciplina tutte le forme di servizio di reperibilità.

Secondo il disegno, il Consiglio federale stabilisce in che misura i servizi di reperibilità e di picchetto contano come tempo di lavoro retribuito e in che modo questi servizi

⁸⁷ Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

⁸⁸ Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

devono essere compensati. Lo scopo è di emanare disposizioni relative al servizio di picchetto e di reperibilità che si applicano in maniera uniforme e che danno la possibilità al personale di far valere un diritto nel quadro della nuova legge. L'obiettivo è di disciplinare il tempo di attesa senza alcun intervento o attività effettiva, poiché questi ultimi sono chiaramente considerati come tempo di lavoro da retribuire a tariffa piena. Un ulteriore obiettivo è chiarire i concetti e coprire tutti i casi, in quanto alcune situazioni denominate «picchetto» non costituiscono servizi di picchetto in senso giuridico.

Per quanto riguarda la compensazione del servizio di reperibilità e di picchetto, i lavoratori avranno diritto a una retribuzione minima per ogni ora lavorata. Questo aspetto non è disciplinato dalla LL, bensì dal CO. Le disposizioni del CO concernenti il contratto di lavoro (art. 319 segg.) non contengono disposizioni speciali sulla retribuzione del servizio di picchetto o di reperibilità. Tuttavia la giurisprudenza ha dedotto regole su questi aspetti sulla base delle disposizioni generali del CO⁸⁹. Il Consiglio federale potrà quindi trarre ispirazione dalla giurisprudenza in materia e anche dal CCL del settore delle cure infermieristiche, che prevedono indennità per il servizio di picchetto e di reperibilità. È importante operare una netta distinzione tra questo aspetto e ciò che è considerato tempo di lavoro ai sensi della LL. Affinché il servizio di picchetto o di reperibilità possano essere retribuiti, devono prima essere considerati tempo di lavoro. La giurisprudenza relativa al CO è più generosa rispetto alle disposizioni della LL sul servizio di picchetto, in particolare per quanto concerne il picchetto o la reperibilità al di fuori del luogo di lavoro. Se, secondo l'articolo 15 capoverso 2 OLL 1, il servizio di picchetto svolto al di fuori del luogo di lavoro non vale come tempo di lavoro (fatta eccezione per l'attività vera e propria e il tempo di viaggio), la giurisprudenza relativa al CO considera questo tempo di attesa al di fuori dei locali dell'azienda come tempo di lavoro che può tuttavia essere retribuito a una tariffa inferiore rispetto al salario⁹⁰. È questa la giurisprudenza determinante per stabilire cosa considerare tempo di lavoro in relazione alla retribuzione.

Art. 13 Comunicazione di piani di servizio e servizi di reperibilità e di picchetto

I turni di servizio non pianificati si differenziano dal servizio di picchetto e di reperibilità. Si tratta di modifiche dell'orario di lavoro o, a seconda del caso, della durata del lavoro, che rientrano nelle disposizioni generali del CO. Il CO non contiene disposizioni speciali in materia, dato che le modifiche dell'orario di lavoro possono rientrare nella facoltà del datore di lavoro di dare istruzioni al lavoratore (art. 321d CO) nel rispetto delle disposizioni contrattuali (contratto, CCL) e del diritto imperativo, in particolare la protezione della personalità del lavoratore (art. 328 CO).

⁸⁹ Cfr. parere legale redatto da Kurt Pärli «Übersicht über in der Schweiz vorhandene Regelungen (GAV, kantonales Recht, OR, ArG) zu ausgewählten Aspekten in Arbeitsverhältnissen von in der Pflege tätigen Personen», 15 ottobre 2023, su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica, n° 100, consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Tra l'altro, TF 4A_334/2017 consid. 2.3; 4A_523/2010 del 22.11.2010 consid. 5.1.

⁹⁰ DTF 124 III 249 consid. 3a e b. Si veda anche il rapporto del Consiglio federale del 17 novembre 2021 « Réglementer le travail sur appel », n. 3.4, disponibile in tedesco o francese su www.parlamento.ch > Ricerca: 19.3748 Postulato Cramer.

Il termine di preavviso «generale» di almeno due settimane prima di un turno di servizio previsto dalla LL (art. 47 cpv. 1 lett. a LL, art. 69 cpv. 1 OLL 1) non è sufficientemente ampio e vincolante per il settore delle cure infermieristiche. È necessario adeguarlo, poiché i turni di lavoro a breve termine e le modifiche dell'ultimo minuto alla pianificazione sono tra le principali ragioni dell'elevato numero di abbandoni della professione, svolta da un gran numero di donne con compiti di accudimento familiare. I turni a breve termine rendono particolarmente difficile conciliare vita professionale e vita privata, soprattutto se le modifiche sono frequenti. Inoltre gli orari di lavoro irregolari possono nuocere alla salute dei lavoratori. Secondo l'AIR, un termine di preavviso di quattro settimane è già la prassi corrente. Oggi l'83 per cento delle istituzioni intervistate prevede almeno quattro settimane⁹¹. Tuttavia l'obiettivo di questa misura non è di limitare la libertà organizzativa delle istituzioni che già oggi consentono una pianificazione partecipata con più di quattro settimane di anticipo, bensì semplicemente di fissare un termine minimo per la comunicazione dei piani di servizio.

Il capoverso 1 stabilisce che i datori di lavoro devono comunicare i piani di servizio, compresi i servizi di picchetto e di reperibilità, con un termine di preavviso non inferiore a quattro settimane. I turni di servizio non pianificati possono avere un impatto negativo sulla vita sociale e sulla soddisfazione lavorativa del personale ed è quindi auspicabile che non siano troppo frequenti. Allo stesso tempo, è talvolta inevitabile, nell'interesse delle cure ai pazienti, che il personale debba intervenire con breve preavviso.

Per motivi pratici, il diritto alla compensazione è limitato ai cambiamenti intervenuti meno di due settimane prima di un turno di lavoro (per garantire la qualità della pianificazione dei turni ed evitare un'eccessiva rigidità del sistema). La compensazione supplementare in tempo o finanziaria corrisponde al 25–50 per cento del lavoro svolto. La compensazione deve avvenire, per quanto lo consentano le esigenze di servizio, sotto forma di una compensazione di tempo (cpv. 2). Possono essere comminate sanzioni ai datori di lavoro che ripetutamente non rispettano il termine di preavviso di quattro settimane previsto per i diversi piani di servizio (cfr. art. 21).

Dopo aver sentito le parti sociali (cfr. art. 15), il Consiglio federale può prevedere un termine minimo di preavviso dei piani di servizio più lungo (cpv. 3), se ciò è necessario per aumentare la protezione dei lavoratori e migliorare le loro condizioni di lavoro, e fissa lo scaglionamento della compensazione in tempo o in denaro, a seconda del periodo di preavviso (cpv. 4). Il periodo inizia a decorrere dalla data in cui il datore di lavoro annuncia lo scostamento dal piano di servizio. Questo disciplinamento non ha alcun impatto sullo scambio volontario di turni tra lavoratori.

Il capoverso 5 lettera a prevede che le disposizioni relative alla comunicazione dei piani di servizio, compresi i servizi di picchetto e di reperibilità (cpv. 1), e alla compensazione per i turni non pianificati (cpv. 2) non si applichino alle persone che si rendono disponibili volontariamente e in maniera generale per turni di servizio non pianificati (p. es. pool di personale), a condizione che nel relativo contratto di lavoro

⁹¹ Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

siano previste indennità forfetarie per questa forma d'impiego. Si rinuncia a fissare un importo minimo delle indennità forfetarie per non limitare inutilmente il margine di manovra dei datori di lavoro. Queste forme di lavoro flessibili, che possono comprendere ad esempio il lavoro su chiamata, sono per definizione concepite per impieghi a breve termine e sono accettate come tali dal personale, che ne vede anche i vantaggi. Tuttavia, devono essere previste unicamente per il personale di sostegno. Non è consentito che un'istituzione elabori modelli di lavoro di questo tipo per tutto il personale, perché ciò equivarrebbe a eludere le disposizioni definite dalla LCInf. Il capoverso 5 lettera b prevede una deroga simile per i lavoratori impiegati tramite prestatori secondo l'articolo 12 capoverso 1 LC.

Art. 14 Concorrenza di diverse prescrizioni in materia di compensazione finanziaria

Secondo questo disciplinamento, il datore di lavoro è tenuto ad accordare ai lavoratori la compensazione finanziaria prevista dalla disposizione della presente legge più vantaggiosa per loro. Ciò vale ad esempio quando un lavoratore presta ore supplementari di domenica.

Art. 15 Audizione delle parti sociali

Dopo aver sentito le parti sociali, il Consiglio federale emana prescrizioni che rientrano nel suo ambito di competenza conformemente agli articoli 5–9, 12 e 13. Il Consiglio federale si ispirerà anche alle norme convenute nei CCL esistenti.

Art. 16 Deroghe mediante accordo

La possibilità di derogare agli articoli 5–14 a favore o a sfavore dei lavoratori è finalizzata a rafforzare la responsabilità delle parti sociali nell'elaborare norme adeguate alle specificità del settore interessato. Eventuali deroghe a favore dei lavoratori sono possibili mediante qualsiasi forma di accordo. Per contro, una deroga a sfavore dei lavoratori è soggetta a severe condizioni. Sulla base del capoverso 2, sono consentite unicamente mediante CCL e non mediante contratti individuali di lavoro o altri accordi. Inoltre, i CCL devono soddisfare determinati requisiti: solo se tutte le condizioni di lavoro rette dagli articoli 5–14 sono contenute in un CCL (cpv. 2 lett. a) sottoscritto dalla maggioranza delle organizzazioni rappresentative dei lavoratori del settore, della regione o dell'azienda (cpv. 2 lett. b), il CCL può prevedere deroghe alle disposizioni degli articoli 5–14 a sfavore dei lavoratori. Il requisito del disciplinamento di tutte le condizioni menzionate in questi articoli intende impedire che la nuova legge si applichi in maniera parziale e facilitarne l'esecuzione.

Per stipulare un CCL di cui all'articolo 16 del disegno, le parti devono disporre della competenza (capacità) di stipulare un CCL secondo i presupposti di cui all'articolo 356 CO. Pertanto le associazioni dei lavoratori devono essere organizzate sotto forma di persone giuridiche, indipendenti dal datore di lavoro o da terzi e l'adesione a esse e la disdetta dell'adesione devono essere libere. L'obiettivo tuttavia è anche di assicurare che le deroghe alle condizioni previste sulla base degli articoli 5–14 non siano concluse con organizzazioni di lavoratori molto minoritarie o marginali oppure costituite appositamente. A tal fine, l'articolo 16 riprende le condizioni poste dall'articolo

73a capoverso 4 OLL 1 riguardanti la rinuncia alla registrazione della durata del lavoro. La condizione della rappresentatività è stata sviluppata dalla giurisprudenza in relazione al diritto di negoziare un CCL o di aderirvi⁹² e si applica qui allo stesso modo. La rappresentatività è determinata quindi in base alle circostanze concrete nel singolo caso. I sindacati minoritari non sono esclusi in prima battuta e possono essere rappresentativi a seconda dei casi. L'organizzazione che è parte contrattuale del CCL deve avere naturalmente anche la competenza relativa al luogo e alla materia (un sindacato deve annoverare il personale infermieristico tra i suoi membri e difenderne gli interessi, oltre ad essere geograficamente attivo nel luogo coperto dal CCL). Essa deve anche soddisfare la condizione della lealtà. I criteri della rappresentatività e della lealtà sono riconosciuti anche dalla giurisprudenza⁹³. In presenza di diverse organizzazioni rappresentative, a stipulare un CCL deve essere una maggioranza di esse. Il criterio è innanzitutto quantitativo, ma può anche integrare aspetti legati all'importanza socio-politica e alla dimensione delle rispettive organizzazioni in casi particolari, in presenza ad esempio di due organizzazioni rappresentative, situazione che non permette di raggiungere la maggioranza quantitativa.

Nell'ambito di queste negoziazioni non deve essere tuttavia possibile derogare alle disposizioni della LL, alle disposizioni imperative del CO o ad altre disposizioni generali imperative del diritto del lavoro a livello federale e cantonale. Pertanto il capoverso 2 prevede che siano fatte salve le disposizioni imperative di altri atti normativi della Confederazione e dei Cantoni.

I CCL che soddisfano le condizioni di cui all'articolo 16 capoverso 2 (disciplinamento nel CCL di tutte le condizioni di lavoro disciplinate dagli articoli 5–14 della LCInf, sottoscrizione da parte della maggioranza delle organizzazioni rappresentative) hanno la precedenza su altri CCL applicabili, anche se questi sono stati dichiarati di applicazione generale (cpv. 4). Questa disposizione si discosta pertanto dall'articolo 4 capoverso 2 della legge federale del 28 settembre 1956 concernente il conferimento del carattere obbligatorio generale al contratto collettivo di lavoro⁹⁴, secondo cui i CCL dichiarati di carattere obbligatorio generale hanno la precedenza. Il CCL Personale a prestito non ha pertanto la precedenza sui CCL stipulati ai sensi dell'articolo 16, a meno che non soddisfi le condizioni di cui all'articolo 16 capoverso 2 LCInf. Se una persona è soggetta a più di un CCL che soddisfa le condizioni di cui al capoverso 2, si applicano le norme di conflitto di regola previste nel CCL (p. es. la clausola di sussidiarietà). In mancanza di tali norme, si applicano le norme di conflitto generali (precedenza di un CCL di carattere obbligatorio generale, precedenza di un CCL settoriale su un CCL professionale, in caso di concorrenza tra due CCL settoriali il principio della specialità e successivamente il CCL con il maggior numero di rapporti di lavoro registrati)⁹⁵.

⁹² In particolare DTF 113 II 37 consid. 4, 140 I 257 consid. 5.2

⁹³ DTF 140 I 257 consid. 5.2.1

⁹⁴ RS **221.215.311**

⁹⁵ Geiser, Thomas / Müller, Roland / Pärli, Kurt 2024, *Arbeitsrecht in der Schweiz*, N 851 segg.

Sezione 3: Obbligo di negoziare contratti collettivi di lavoro

Art. 17

I datori di lavoro e le loro associazioni devono negoziare con le associazioni del personale occupato nel settore delle cure infermieristiche la stipulazione di un CCL (cpv. 1). Questo obbligo di negoziazione deve essere introdotto in quanto, con l'attuazione della seconda tappa dell'iniziativa sulle cure infermieristiche, il Consiglio federale ritiene importante rafforzare il partenariato sociale e non alterare la ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni. La scelta degli aspetti di diritto del lavoro disciplinati nel CCL può naturalmente andare oltre quanto menzionato negli articoli 5–14 ed è lasciata alle parti sociali, che potranno ad esempio disciplinare questioni relative alla retribuzione, al numero di giorni di vacanza o al congedo parentale. Secondo uno studio dell'UST del 2021, in Svizzera quasi due milioni di lavoratori, ovvero circa il 50 per cento degli occupati in tutti i settori, sottostanno a un CCL⁹⁶. Nel settore sanitario e sociale, si stima che il 16 per cento dei lavoratori sottostia a un CCL. Sebbene tale percentuale sia aumentata negli ultimi anni, rimane ben al di sotto del grado di copertura in altri settori. Per quanto riguarda il grado di copertura dei CCL nel settore delle cure infermieristiche, esistono notevoli differenze tra i Cantoni e i settori dell'assistenza sanitaria. Il settore delle organizzazioni Spitex presenta il grado di copertura più basso⁹⁷.

Il diritto collettivo del lavoro non disciplina espressamente l'obbligo di negoziare un CCL. Tuttavia, tale obbligo può essere dedotto dal diritto vigente ed è giustificato da diverse ragioni. Il Tribunale federale⁹⁸ ha riconosciuto il diritto di aderire a un CCL, così come il diritto di negoziare e stipulare CCL, come parte della libertà sindacale sancita dall'art. 28 Cost., a condizione che siano adempiute le condizioni di rappresentatività e lealtà⁹⁹. Anche la dottrina prevalente riconosce un obbligo di negoziare un CCL¹⁰⁰ per i datori di lavoro, argomentando che un datore di lavoro che si oppone a qualsiasi disciplinamento tramite CCL viola la libertà di associazione della controparte e che il diritto di sciopero garantito dall'articolo 28 capoverso 3 Cost. presuppone che siano svolte trattative preliminari¹⁰¹. L'obbligo di negoziare non coincide con l'obbligo di stipulare effettivamente un CCL, ma obbliga le parti sociali ad avviare un processo il cui risultato è aperto cercando di raggiungere un accordo, in conformità con il principio di buona fede (art. 2 cpv. 1 CC)¹⁰². In Svizzera, tale obbligo è previsto

⁹⁶ Ufficio federale di statistica (2024). Contratti collettivi di lavoro (CCL) e dipendenti assoggettati – Svizzera, stato al 1° marzo 2021: consultabile all'indirizzo [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index.html) > Statistiche > Lavoro e reddito > Contratti collettivi e partenariato sociale > Contratti collettivi di lavoro.

⁹⁷ Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

⁹⁸ DTF 118 II 431 consid. 5.2.14; 113 II 37, consid. 4f.

⁹⁹ DTF 140 I 257 consid. 5.1 e 5.2

¹⁰⁰ Cfr. parere legale di Kurt Pärli sull'obbligo di negoziare un CCL, su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica, 2 novembre 2022, n° 116 e riferimenti. Consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti.

¹⁰¹ Ibidem, n. marg. 117.

¹⁰² Ibidem, n. marg. 118.

in particolare dalla legge del 17 dicembre 2010¹⁰³ sulle poste (art. 4 cpv. 3 lett. c), dalla legge del 30 aprile 1997¹⁰⁴ sull'azienda delle telecomunicazioni (art. 16 cpv. 2) e dalla legge del 24 marzo 2000¹⁰⁵ sul personale federale (art. 38 cpv. 1).

Le precedenti spiegazioni relative alla stipulazione di CCL riguardano innanzitutto contratti di lavoro di diritto privato. L'obbligo di cui al capoverso 1 vige però anche per i Cantoni qualora impieghino personale infermieristico, anche se quest'ultimo non viene assunto secondo il CO ma secondo lo statuto della funzione pubblica. In caso di obbligo di negoziazione di un CCL per i Cantoni occorre tenere conto di altri aspetti, ad esempio considerare che la stipulazione di un CCL nell'ambito del diritto pubblico implica la delega di competenze legislative a privati, visto che le disposizioni del CCL prendono il posto delle disposizioni dello statuto della funzione pubblica¹⁰⁶. Pur tenendo conto di questi ulteriori aspetti, si presume però che anche nei rapporti di lavoro di diritto pubblico sia ammessa la stipulazione di CCL. Per un istituto di cura appartenente all'amministrazione cantonale centrale è rilevante innanzitutto che lo statuto della funzione pubblica in materia preveda CCL o per lo meno non li escluda espressamente¹⁰⁷. Considerata l'ampia competenza federale nel settore della protezione dei lavoratori (cfr. n. 7.1.1), il legislatore federale può obbligare anche i Cantoni a negoziare CCL in questo ambito, a prescindere dal fatto che lo statuto della funzione pubblica cantonale preveda CCL o per lo meno non li escluda espressamente. Il diritto cantonale stabilisce chi conduce le trattative per il datore di lavoro e chi sottoscrive il CCL. Va tuttavia osservato che, secondo l'articolo 16 capoverso 3 del disegno, un CCL non può derogare al diritto imperativo cantonale o comunale. Pertanto, se il diritto cantonale o comunale riprende gli articoli 5–14 LCInf, tali norme non potranno essere oggetto di deroghe in un CCL per il settore pubblico.

I datori di lavoro e le loro associazioni e le organizzazioni dei lavoratori devono informare annualmente il pubblico sullo stato delle negoziazioni, ad esempio in un rapporto d'attività (cpv. 2). L'obiettivo è fare in modo che le parti sociali si accordino sulle informazioni da comunicare prima della pubblicazione. Le commissioni cantonali potranno osservare l'evoluzione del numero e dei contenuti dei CCL stipulati nel settore delle cure infermieristiche (art. 24 cpv. 1).

Sezione 4: Esecuzione

Per l'esecuzione della LCInf si deve ricorrere alle strutture esistenti in materia di diritto del lavoro. Le disposizioni d'esecuzione del disegno corrispondono in larga misura a prescrizioni vigenti, motivo per cui in questa sede si può rimandare anche alle indicazioni pertinenti contenute nei messaggi relativi a questi atti normativi (LL, legge dell'8 ottobre 1999¹⁰⁸ sui lavoratori distaccati [LDist], legge del 17 giugno 2005¹⁰⁹

¹⁰³ RS 783.0

¹⁰⁴ RS 784.11

¹⁰⁵ RS 172.220.1

¹⁰⁶ Grebski, Lukas (2021): Der öffentlich-rechtliche Gesamtarbeitsvertrag, Berna 2021, n. marg. 144 segg.

¹⁰⁷ Cfr. parere legale redatto da Kurt Pärli sull'obbligo di negoziare un CCL, su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica, 2 novembre 2022, n. marg. 119 segg., in particolare 121; consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti.

¹⁰⁸ RS 823.20

¹⁰⁹ RS 822.41

contro il lavoro nero [LLN], legge federale del 24 marzo 1995¹¹⁰ sulla parità dei sessi [LPar]).

Art. 18 Compiti dei Cantoni

Conformemente all'articolo 41 LL, i Cantoni sono responsabili dell'esecuzione della legge. L'esecuzione deve essere affidata alle autorità di esecuzione competenti di cui all'articolo 41 LL (ispettorati cantonali del lavoro). Poiché gli ispettorati cantonali del lavoro si occupano già oggi dell'esecuzione della LL, l'esecuzione nel quadro della LCInf appare come una ovvia estensione del loro settore di competenza. Dal rimando alle autorità esecutive di cui all'articolo 41 LL risulta anche l'applicabilità a queste ultime delle disposizioni procedurali secondo la LL, inclusa la facoltà di adire le vie legali presso le autorità cantonali di ricorso di cui all'articolo 41 capoverso 1 LL.

In vista dell'attuazione di CCL, oltre alle suddette spiegazioni relative all'esecuzione cantonale, vale quanto segue; se un CCL si applica a personale occupato nel settore delle cure infermieristiche, esso definisce gli organi (p. es. commissione paritaria) incaricati della sua esecuzione. Va da sé che, in queste situazioni, i costi legati al controllo del rispetto delle disposizioni del CCL sono a carico delle parti sociali.

Art. 19 Compiti della Confederazione

La Confederazione esercita l'alta vigilanza sull'esecuzione della presente legge da parte dei Cantoni. Essa può dare istruzioni alle autorità cantonali di esecuzione (cpv. 1).

I compiti della Confederazione sono esercitati dalla SECO (cpv. 2). I capoversi 1 e 2 si basano sull'articolo 42 capoversi 2 e 3 LL.

Art. 20 Diritto d'azione delle associazioni dei lavoratori

Questa disposizione si basa sull'articolo 7 LPar, sull'articolo 11 LDist e sull'articolo 15 LLN.

La situazione eterogenea nel settore delle cure infermieristiche e i rischi in relazione al mantenimento del posto di lavoro in caso di azione individuale giustificano il fatto che alcune organizzazioni possano intentare un'azione giudiziaria a proprio nome. Questo diritto consente al lavoratore di prendere le distanze e di non esporsi in prima persona. Inoltre, le organizzazioni possono difendere un interesse collettivo, ad esempio se un intero gruppo di lavoratori si trova ad affrontare un problema legato alla protezione del personale.

Per poter agire, l'organizzazione deve sottostare a due condizioni: esistere da almeno due anni e tutelare per statuto gli interessi sociali ed economici dei lavoratori. Questa restrizione permette di garantire che le organizzazioni abbiano la necessaria continuità e conoscenze sufficienti. In deroga alla disposizione pertinente contenuta nella LDist (art. 11), la legittimazione ad agire deve spettare solo alle organizzazioni dei lavoratori, ma non a quelle dei datori di lavoro. Nel caso in esame, una legittimazione ad

agire da parte delle organizzazioni dei datori di lavoro ostacolerebbe lo scopo di protezione previsto dalla legge.

Art. 21 Sanzioni amministrative

L'obiettivo delle sanzioni amministrative (cfr. art. 9 LDist) è di garantire il rispetto delle disposizioni relative alla durata del lavoro e del riposo di cui agli articoli 5–14 del disegno. Il capoverso 1 sancisce che l'autorità cantonale di esecuzione competente può pronunciare una sanzione amministrativa sino a 30 000 franchi (cpv. 1) contro i datori di lavoro che impiegano lavoratori nel settore delle cure infermieristiche. Tali sanzioni possono essere rivolte sia a imprese di diritto privato che di diritto pubblico. Può addossare totalmente o parzialmente ai datori di lavoro inadempienti le spese di controllo (cpv. 2).

Il termine di prescrizione di cinque anni tiene conto dell'importanza del bene giuridico leso e della fattibilità della procedura delle sanzioni amministrative (cpv. 3). Il termine decorre dal giorno in cui l'infrazione è cessata, per poterlo determinare in modo chiaro. Dopo aver pronunciato una sanzione amministrativa, l'autorità competente invia una copia della propria decisione alla SECO (cpv. 4), che registra in un elenco accessibile al pubblico i datori di lavoro a cui sono state inflitte sanzioni mediante decisioni esecutorie (cpv. 5). La cancellazione dall'elenco avviene dopo un periodo di tempo adeguato, in linea con il principio di proporzionalità.

Art. 22 Disposizioni applicabili della legge sul lavoro

Le disposizioni della LL concernenti l'obbligo del segreto, la comunicazione di dati e i sistemi d'informazione e documentazione (art. 44–44b LL), oltre che alcuni obblighi dei datori di lavoro, nonché diritti e obblighi dei lavoratori (art. 45–48 LL) devono essere applicabili per consentire la corretta esecuzione da parte delle autorità competenti (lett. a e b). Per lo stesso motivo si applicano anche le prescrizioni della LL (art. 50–52, 54 e 56) concernenti le decisioni e i provvedimenti amministrativi (lett. c) e il ricorso contro le decisioni cantonali (lett. d).

Sezione 5: Commissioni cantonali nel settore delle cure infermieristiche

Art. 23 Costituzione

I Cantoni sono tenuti a istituire una commissione nel settore delle cure infermieristiche. Più Cantoni possono associarsi per istituire una commissione comune che rappresenti i diversi Cantoni interessati (cpv. 1). Le commissioni sono composte, per un terzo ciascuno, da rappresentanti delle associazioni dei datori di lavoro, delle associazioni dei lavoratori e del Cantone (cpv. 2). Le associazioni professionali possono proporre candidature per queste funzioni (cpv. 3). Secondo l'AIR, diversi Cantoni sono già dotati di commissioni, gruppi di lavoro o programmi che si occupano in modo

specifico della situazione nel settore delle cure infermieristiche sotto diversi aspetti (p. es. qualità, disponibilità di personale qualificato)¹¹¹.

Art. 24 Compiti

Grazie alle loro conoscenze specialistiche nel settore sanitario, le commissioni osservano l'evoluzione del numero e dei contenuti dei CCL stipulati nel settore delle cure infermieristiche (cpv. 1 lett. a), nonché gli effetti delle variazioni del numero di lavoratori e delle loro condizioni di lavoro sulla qualità dell'assistenza sanitaria e sull'evoluzione dei costi sanitari (lett. b). Nel quadro dei loro compiti legali, esse possono anche adoperarsi affinché i datori di lavoro siano consapevoli degli obblighi derivanti da questa legge e li attuino di conseguenza. Secondo il capoverso 2, le commissioni presentano un rapporto annuale all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

Sezione 6: Valutazione

Art. 25

L'attuazione attraverso la LCInf della disposizione transitoria dell'articolo 197 capoverso 13 numero 1 lettera c Cost. costituisce una novità sotto diversi aspetti. L'UFSP, in collaborazione con la SECO, provvede a riesaminare periodicamente l'appropriatezza e l'efficacia della presente legge (cpv. 1). Questo riesame comprende in particolare il controllo del successo delle disposizioni di cui agli articoli 5–14, 16 e 17 del disegno, in particolare per quanto riguarda gli effetti sulla stipulazione e sui contenuti dei CCL, la soddisfazione sul posto di lavoro, la permanenza dei lavoratori nella professione e l'evoluzione dei costi (lett. a). Inoltre, si effettua un'analisi sistematica della necessità di disciplinamenti per le condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche (lett. b). Saranno inoltre valutate le esperienze acquisite in Svizzera e all'estero in materia di disciplinamento delle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche (lett. c).

A tal fine, è possibile basarsi sui rapporti delle commissioni cantonali di cui all'articolo 24 capoverso 2 (cpv. 2).

Il DFI riferisce al Consiglio federale sui risultati della valutazione (cpv. 3).

Sezione 7: Disposizione penale

Art. 26

Il disegno si limita a punire le infrazioni commesse dai datori di lavoro alle prescrizioni in materia di durata del lavoro e del riposo fissate agli articoli 5–14 del disegno. In base all'articolo 59 capoverso 1 lettera a e all'articolo 61 capoverso 1 LL, vale

¹¹¹ Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

quanto segue: il datore di lavoro che viola intenzionalmente queste prescrizioni è punito con una pena pecuniaria sino a 180 aliquote giornaliere (cpv. 1).

Secondo il capoverso 2, è applicabile l'articolo 6 della legge federale del 22 marzo 1974¹¹² sul diritto penale amministrativo (DPA) concernente la responsabilità penale del padrone d'azienda. Questa disposizione prevede in particolare che se l'infrazione è commessa nella gestione degli affari di una persona giuridica, di una società in nome collettivo o in accomandita, di una ditta individuale o di una comunità di persone senza personalità giuridica, o altrimenti nell'esercizio di incombenze d'affari o di servizio per terze persone, le disposizioni penali si applicano alle persone fisiche (padrone d'azienda, datore di lavoro, mandante o persona rappresentata) che l'hanno commessa.

Sezione 8: Disposizioni finali

Art. 27 Modifica di un altro atto normativo

Per quanto concerne la modifica dell'articolo 9 capoverso 1 lettera a LL contenuta in questo articolo, si rimanda ai commenti all'articolo 5 capoverso 1 del disegno.

Art. 28 Referendum ed entrata in vigore

Secondo il capoverso 1, la legge sottostà a referendum facoltativo.

Il capoverso 2 prevede che il Consiglio federale ne determini l'entrata in vigore. Quest'ultima dipenderà dalla durata necessaria per l'elaborazione delle disposizioni d'esecuzione.

5.2 Modifica della legge sulle professioni sanitarie (LPSan)

Art. 2 cpv. 1 lett. h, 2 lett. a n. 9

Secondo il *capoverso 1 lettera h* l'infermiere di pratica avanzata è ora considerato una professione sanitaria ai sensi della LPSan. La denominazione della nuova professione sanitaria è stata scelta in modo tale da garantire una chiara distinzione rispetto alle professioni sanitarie già esistenti di infermiere diplomato nonché di esperto in cure con cicli di studio post-diploma delle scuole specializzate superiori (SPD SSS, p. es. in anestesia, cure intense e cure urgenti) o di esperto con esame professionale superiore (EPS, p. es. in cure oncologiche, cure in psichiatria ecc.).

Capoverso 2 lettera a numero 9: le competenze generiche, sociali e personali di cui agli articoli 3 e 4 LPSan in futuro varranno anche per gli infermieri di pratica avanzata. Con l'aggiunta del numero 9 il Consiglio federale ottiene la competenza di disciplinare a livello di ordinanza le competenze necessarie per completare il ciclo master in pratica infermieristica avanzata (cfr. art. 5 LPSan). Il disciplinamento del master

¹¹² RS 313.0

SUP/SU in pratica infermieristica avanzata definisce le competenze che permettono ai diplomati di esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata. Inoltre, queste competenze avanzate in cure infermieristiche dovranno consentire di rispondere alle esigenze della professione e permettere agli infermieri di pratica avanzata di intervenire in situazioni complesse. Dovrebbero essere in grado di acquisire nuove competenze e approfondire quelle acquisite durante il bachelor nei settori della pratica clinica, del case management e dell'approccio terapeutico, della promozione della qualità delle cure e della sicurezza dei pazienti, della collaborazione interprofessionale e della leadership. Dovrebbero inoltre essere in grado di sviluppare pratiche cliniche basate sulle evidenze (Evidence-based nursing). In un contesto di cure complesse, il loro intervento dovrebbe contribuire a un'offerta di cure infermieristiche sicure, eque, efficaci, efficienti e centrate sul paziente.

Le competenze professionali specifiche dei titolari un master in pratica infermieristica avanzata saranno disciplinate dal Consiglio federale nella OCPSan, in collaborazione con le scuole universitarie interessate, le altre istituzioni del settore delle scuole universitarie coinvolte nonché delle organizzazioni del mondo del lavoro pertinenti. Il Consiglio federale consulterà preventivamente il Consiglio delle scuole universitarie conformemente all'articolo 12 LPSU.

Il nuovo titolo di master in pratica infermieristica avanzata comprenderà tutte le competenze necessarie per esercitare la professione prevalentemente nel settore clinico. In parallelo, le università e le scuole universitarie professionali potranno ancora offrire master orientati alla ricerca. I titoli conseguiti in questi cicli di studio master non autorizzano tuttavia a esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale.

Art. 3 cpv. 2 lett. j

Il termine trasformazione digitale descrive la transizione verso un contesto sempre più permeato dalle tecnologie digitali. Questa transizione si manifesta, ad esempio, in un crescente utilizzo degli strumenti di misurazione digitali e delle tecnologie dell'informazione. I professionisti devono comprendere il potenziale e i limiti delle nuove opportunità che emergono nel contesto della trasformazione digitale e devono acquisire le competenze necessarie a tale scopo. Gli strumenti di lavoro digitali promuovono il trattamento delle informazioni medico-sanitarie e la derivazione da esse di misure fondate su basi scientifiche. Introdotti per supportare le attuali procedure di trattamento (tra cui la diagnostica), consentono di accedere rapidamente ai dati delle persone in cura, di evitare esami doppi e di garantire un'assistenza ottimale. Se utilizzati in modo adeguato, questi strumenti avranno un effetto positivo sulla sicurezza dei pazienti, sulla qualità delle cure e sul controllo dei costi. Per questo motivo è importante che gli specialisti conoscano queste applicazioni, le loro funzioni e i loro campi d'applicazione. Il *capoverso 2 lettera j* deve pertanto essere modificato in modo tale che nel quadro del ciclo di studio vengano trasmesse conoscenze sull'uso degli strumenti di lavoro digitali che ne garantiscano un utilizzo competente e corretto e consentano di agire in modo responsabile e adottando una visione d'insieme. Un utilizzo competente e corretto nell'ambito dell'attività professionale implica anche un approccio interprofessionale, con cui si intende in questo contesto lo scambio di esperienze al di là dei confini professionali tenendo conto di molteplici prospettive. Tra gli strumenti digitali

rientrano le soluzioni di eHealth per lo scambio di informazioni rilevanti ai fini del trattamento, come ad esempio la cartella informatizzata del paziente o le applicazioni per il monitoraggio a distanza (telemonitoraggio, p. es. nel quadro dell'ECG di lunga durata o delle misurazioni della glicemia) e le soluzioni mHealth (applicazioni e dispositivi mobili).

Al contempo gli specialisti devono anche poter utilizzare in modo responsabile le tecnologie basate sui dati. Oltre alle soluzioni software, per tecnologie basate sui dati si possono intendere anche moduli di machine learning e di intelligenza artificiale. L'ampio potenziale della raccolta di dati digitali su larga scala presenta anche dei limiti (e alcuni rischi) che possono riguardare la sicurezza tecnica e aspetti relativi alla protezione dei dati, ad esempio questioni relative all'accessibilità e alla sicurezza dei dossier digitali. Possono esistere anche limiti etici, in quanto non tutte le possibilità di raccolta e di analisi dei dati possono essere attuate senza un'attenta riflessione (etica dei dati). Già in fase di rilevazione dei dati si possono commettere errori che per esempio potrebbero compromettere un record. In questo caso l'acquisizione acritica di record di dati potrebbe risultare estremamente problematica. Di conseguenza, occorre esaminare la qualità dei dati disponibili. L'enfasi posta sull'uso responsabile delle tecnologie basate sui dati tiene conto del rischio che comporterebbe l'assenza di una riflessione etica. La maggiore attenzione rivolta alle questioni etiche riflette anche un cambiamento nel rapporto medico-paziente. Infatti, le basi etiche su cui questo poggia sono profondamente mutate nel corso degli ultimi decenni (cfr. l'approccio adottato dalla Care Ethics). L'obiettivo generale rimane in questo quadro l'acquisizione di un atteggiamento responsabile e professionale nei confronti degli sviluppi nel contesto della trasformazione digitale, delle persone in cura e delle loro mutate aspettative. I riferimenti e i termini menzionati in questa sezione provengono dai documenti di lavoro pertinenti delle *Accademie svizzere delle scienze* a¹¹³, della *FMH*¹¹⁴ e della *Fondazione Careum*¹¹⁵. Queste pubblicazioni sono state considerate anche nell'ambito della piattaforma «Futuro della formazione medica».

Art. 5, cpv. 1 ultimo periodo e I^{bis}

Capoverso 1: con questo adeguamento legislativo si precisa il riferimento al Consiglio delle scuole universitarie, analogamente alla nuova disposizione.

Capoverso I^{bis}: nell'OCPSan devono essere definite le competenze richieste per concludere il ciclo di studio di master. A seconda del livello di competenza richiesto e al fine di garantire la qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente, l'ottenimento del master in pratica infermieristica avanzata potrebbe essere subordinato a una pratica clinica preliminare. Il Consiglio federale deve pertanto avere la possibilità di prolungare la durata di questo master fino a un massimo di 150 crediti secondo il sistema

¹¹³ Charte suisse de littératie des données, 2024. www.akademien-schweiz.ch/fr > Thèmes > Culture scientifique > Charte suisse de littératie des données.

¹¹⁴ Christian Lovis / Manuela Eicher / Serge Bignens (2024). Digital competences in health Expectations and requirements to face the present and build the future, consultabile all'indirizzo www.fmh.ch > Temi > Trend e nuove tecnologie > Digital Skills.

¹¹⁵ Sebastian Kuhn 2019. *Wie revolutioniert die digitale Transformation die Bildung der Berufe im Gesundheitswesen?*, consultabile all'indirizzo www.careum.ch > Ricerca (news): Gesundheitsberufe: Bildung im digitalen Zeitalter (visualizzato il 21.03.2025).

europeo di trasferimento e accumulo dei crediti (ECTS). Il Consiglio federale potrebbe quindi prevedere per il ciclo di studio master in pratica infermieristica avanzata una durata degli studi differente da quella che il Consiglio delle scuole universitarie ha fissato per questo livello conformemente all'articolo 12 LPSU (90 o al massimo 120 ECTS, cfr. art. 4 cpv. 1 lett. b dell'ordinanza del Consiglio delle scuole universitarie del 29 novembre 2019¹¹⁶ sul coordinamento dell'insegnamento nelle scuole universitarie svizzere). Il Consiglio delle scuole universitarie deve essere consultato preventivamente anche in merito a un eventuale prolungamento della durata degli studi, come già previsto dall'articolo 5 capoverso 1 della LPSan vigente per le competenze professionali specifiche.

Art. 12 cpv. 2 lett. a e h

Capoverso 2 lettera a: questo adeguamento di tecnica legislativa intende introdurre, ai fini di una migliore comprensibilità, le abbreviazioni dei livelli di formazione corrispondenti ai rispettivi titoli di studio.

Capoverso 2 lettera h: per ottenere l'autorizzazione a esercitare la professione sotto la propria responsabilità professionale (autorizzazione all'esercizio della professione), gli infermieri di pratica avanzata, oltre a possedere il necessario titolo di formazione, devono soddisfare anche gli altri requisiti per l'autorizzazione di cui all'articolo 12 capoverso 1 LPSan. Per questi requisiti si rimanda al messaggio relativo alla LPSan del 18 novembre 2015¹¹⁷.

Nella pratica, le persone che in un ospedale rivestono il ruolo di infermieri di pratica avanzata dispongono attualmente di un titolo di master di una scuola universitaria o di una scuola universitaria professionale. Pertanto, com'è consuetudine a livello internazionale, soltanto un master in pratica infermieristica avanzata (cfr. art. 2 cpv. 2 lett. a n. 9) conseguito presso una scuola universitaria o una scuola universitaria professionale autorizza all'ottenimento di un'autorizzazione a esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale (cfr. anche n. 2.3.2). Per aumentare la permeabilità del sistema educativo per gli infermieri SSS, è tuttavia opportuno esaminare la possibilità di abbreviare la durata della passerella che consente ai titolari di un diploma rilasciato da una scuola specializzata superiore in cure infermieristiche di conseguire un bachelor in cure infermieristiche. I 90 crediti ECTS attualmente necessari per conseguire un bachelor in cure infermieristiche nel quadro della passerella tra il livello SSS e il livello SUP possono fungere da deterrente e ostacolare lo sviluppo professionale verso l'istruzione superiore. Una riduzione dei crediti ECTS necessari per questa passerella o altre opportunità aumenterebbero la permeabilità del sistema educativo per gli infermieri SSS e faciliterebbero l'accesso ai cicli di master in pratica infermieristica avanzata.

Attualmente le modalità per usufruire della passerella non sono disciplinate dalla legge, bensì dalle Best Practices pubblicate da swissuniversities nel novembre 2021, che rappresentano uno strumento adeguato per le scuole universitarie. Un ulteriore

¹¹⁶ RS **414.205.1**

¹¹⁷ FF **2015** 7125, pag. 7157 segg.

sviluppo di queste Best Practices dovrebbe essere preso in considerazione e non richiederebbe alcuna modifica delle basi legali vigenti.

Art. 34a Disposizione transitoria della modifica del ...

Le disposizioni transitorie poggiano sulla ponderazione tra la tutela dei diritti acquisiti e gli obiettivi della legge, che prevedono di collegare l'esercizio della professione a titoli di formazione specifici e definiti.

Chiunque, al momento dell'entrata in vigore della modifica di legge e conformemente al diritto cantonale, disponga già di un'autorizzazione a esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale, deve poter continuare a esercitare la professione nel Cantone che ha rilasciato l'autorizzazione, anche se al momento dell'entrata in vigore delle nuove disposizioni la formazione richiesta ai sensi di questa legge non è disponibile. Se una persona, dopo l'entrata in vigore delle nuove disposizioni nella LPSan, richiede una nuova autorizzazione a esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale, ad esempio perché cambia Cantone, deve dimostrare di soddisfare i requisiti previsti dalla LPSan (*cpv. I*).

Per le persone che prima dell'entrata in vigore delle nuove disposizioni della LPSan non necessitavano, secondo il diritto cantonale, di un'autorizzazione all'esercizio della professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale e ora sottostanno all'obbligo di autorizzazione di cui all'articolo 11 LPSan, il *capoverso 2* prevede un periodo transitorio di cinque anni per concedere loro tempo sufficiente per acquisire eventuali qualifiche professionali mancanti e richiedere la relativa autorizzazione.

Il *capoverso 3* disciplina quali titoli di formazione secondo il diritto anteriore danno diritto a un'autorizzazione a esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata. I particolari saranno disciplinati nell'ORPSan. Il Consiglio federale deve avere la possibilità, laddove necessario, di subordinare la parificazione all'acquisizione di determinate competenze supplementari. Inoltre sono equiparati anche i titoli di studio esteri riconosciuti come equivalenti a un corrispondente titolo secondo il diritto anteriore, che pertanto autorizzano a loro volta a esercitare la professione di infermiere di pratica avanzata.

Il *capoverso 4* disciplina la data entro la quale devono essere accreditati i cicli di studio già svolti al momento dell'entrata in vigore delle nuove disposizioni della LPSan.

Allegato (n. II): modifica di altri atti normativi

Analogamente alle altre professioni sanitarie secondo la LPSan, anche gli infermieri di pratica avanzata devono sottostare al segreto professionale di cui all'articolo 321 numero 1 del Codice penale svizzero¹¹⁸. Nell'ambito dell'attuazione della prima tappa dell'iniziativa sulle cure infermieristiche, a partire dal 1° luglio 2024 agli infermieri nonché alle persone che esercitano un'altra delle professioni disciplinate nella LPSan viene espressamente accordata all'articolo 171 capoverso 1 del Codice di procedura

penale¹¹⁹ nonché all'articolo 75 lettera b della Procedura penale militare del 23 marzo 1979¹²⁰ la stessa ampia facoltà, per esempio dei medici, di non deporre. Pertanto queste disposizioni saranno ora completate con la facoltà di non deporre degli infermieri di pratica avanzata.

Per quanto concerne il disciplinamento identico delle competenze digitali nella LP-Med e nella LPPsi, si rimanda al commento all'articolo 3 capoverso 2 lettera j LPSan.

¹¹⁹ RS **312.0**

¹²⁰ RS **322.1**

6 Ripercussioni

6.1 Ripercussioni per la Confederazione

6.1.1 Ripercussioni della LCInf

Costi diretti

Non sono attese ripercussioni dirette a livello finanziario e di personale per la Confederazione in ragione della LCInf.

Costi indiretti

Le misure pianificate possono generare costi indiretti per la Confederazione. Si presume che le misure volte al miglioramento delle condizioni di lavoro comportino costi aggiuntivi all'interno del sistema sanitario (cfr. anche n. 6.3). Come illustrato al numero 4.2.2, a medio e lungo termine gli eventuali aumenti dei costi per la fornitura di prestazioni comporteranno anche aumenti dei costi per le assicurazioni sociali (assicurazione malattie, infortuni e militare) e i Cantoni.

Tuttavia, non tutti gli aumenti dei costi legati al miglioramento delle condizioni di lavoro del personale infermieristico devono necessariamente portare a premi più alti. È del tutto ipotizzabile che i fornitori di prestazioni ridistribuiscono internamente i fondi a loro disposizione, compensando così i costi aggiuntivi. In caso contrario, si prevede un aumento dei premi per l'AOMS, ma anche per le assicurazioni complementari. Secondo l'articolo 66 capoverso 2 LAMal, il sussidio della Confederazione alla riduzione dei premi corrisponde al 7,5 per cento delle spese lorde dell'AOMS. La Confederazione aumenta quindi automaticamente il suo sussidio in funzione dell'aumento dei costi dell'AOMS. Attualmente non è possibile stimare i costi aggiuntivi che la Confederazione dovrà sostenere in ragione dei sussidi alla riduzione dei premi, poiché questi ultimi dipenderanno da diversi fattori. Da un lato, l'articolo 14 D-LCInf prevede che sia versata sempre una sola compensazione finanziaria per un determinato tempo di lavoro. D'altro canto, deve anche essere possibile derogare alle disposizioni del D-LCInf per mezzo di un CCL e, per esempio, evitare il versamento delle compensazioni finanziarie (cfr. le considerazioni al n. 6.3).

6.1.2 Ripercussioni delle modifiche della LPSan

Con la *modifica della LPSan* non sono attese ripercussioni a livello finanziario e di personale per la Confederazione.

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

6.2.1 **Ripercussioni della LCInf**

I Cantoni saranno interessati dai costi aggiuntivi attesi a causa delle misure proposte. Le nuove disposizioni costituzionali non hanno modificato il sistema di finanziamento nel settore delle cure infermieristiche, come illustrato al numero 4.2.2 del presente messaggio. Se le prescrizioni della LCInf comporteranno costi aggiuntivi per le strutture sanitarie, questi ultimi avranno anche ripercussioni sui contributi che i Cantoni e i Comuni dovranno versare secondo la LAMal (finanziamento ospedaliero e, in particolare, finanziamento residuo). Nell'approfondimento dell'AIR¹²¹ si è cercato di valutare l'impatto in termini di costi delle singole misure proposte. È tuttavia emerso che al momento attuale non è ancora possibile stimare cifre attendibili sui costi aggiuntivi, dato che questi dipendono sia dalla formulazione delle ordinanze, sia dai CCL eventualmente stipulati tra le parti sociali. I dettagli sono riportati al numero 6.3 del presente messaggio.

In caso di aumento delle spese per l'AOMS, i Cantoni dovranno versare più sussidi per le riduzioni dei premi. Al momento anche per questi sussidi non è tuttavia possibile stimare un importo preciso.

Inoltre, i Cantoni saranno direttamente interessati dal compito di assicurare l'esecuzione della *LCInf*. L'onere aggiuntivo a loro carico sarà tuttavia relativamente esiguo, poiché per l'esecuzione potranno fare affidamento su strutture esistenti. Il numero in sé delle aziende da controllare, ovvero delle strutture sanitarie, non cambia: cambia solo il contenuto ed eventualmente l'entità dei controlli. Ipotizzando che la LCInf abbia un impatto su circa 3000 strutture sanitarie e che nei primi cinque anni dall'entrata in vigore della legge sarà controllato il 20 per cento di queste aziende, si tratterebbe di circa 120 controlli all'anno. Stimando che circa un quarto di questi controlli sarebbe comunque effettuato come controllo di routine (senza tuttavia considerare gli aspetti specifici della LCInf), ne risulterebbero quindi circa 90 controlli supplementari che devono essere eseguiti dagli organi di controllo cantonali. Calcolando una giornata di lavoro per ogni controllo (8 ore, preparazione e revisione comprese) e una tariffa oraria di 150 franchi, ne risultano costi aggiuntivi pari a circa 110 000 franchi all'anno considerando tutti i Cantoni.

È previsto che dall'entrata in vigore della LCInf il settore delle cure infermieristiche sarà posto al centro dell'esecuzione della LL, al fine di incrementare in modo determinante il numero delle aziende controllate nel settore interessato e di estendere i controlli in queste aziende agli aspetti della LCInf, il che a sua volta fa presagire un incremento dei costi per le istanze di controllo. Un eventuale aumento sul lungo periodo dei costi a carico dei Cantoni dipende dalla decisione se mantenere o meno il livello di controllo elevato.

¹²¹ Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

6.2.2 Ripercussioni delle modifiche della LPSan

In seguito alla *modifica della LPSan*, i Cantoni saranno interessati dalle attività che loro competono di rilascio dell'autorizzazione a esercitare la professione e vigilanza sui nuovi infermieri di pratica avanzata. Attualmente non è possibile stimare il dispendio previsto. Non sono tuttavia previste ripercussioni dirette sui Comuni.

6.3 Ripercussioni sull'economia e sulla società

6.3.1 Ripercussioni della LCInf

Nel quadro dell'elaborazione del disegno della LCInf sono stati verificati i requisiti di cui all'articolo 4 della legge federale del 29 settembre 2023¹²² sullo sgravio delle imprese dai costi della regolamentazione (LsgrI). Il disegno si limita a disciplinare alcuni aspetti mirati, riducendo così la portata dell'intervento sui rapporti di lavoro e di conseguenza l'onere amministrativo per le imprese. Inoltre, la possibilità di stipulare un CCL offre una flessibilità supplementare: se il CCL viene stipulato e soddisfa le condizioni della LCInf, in particolare in relazione a contenuti e rappresentatività, le disposizioni della LCInf non sono applicabili. La possibilità di stipulare CCL permette inoltre adeguamenti specifici a ciascun settore in luogo di prescrizioni uniformi.

Sulla base dei risultati emersi dall'AIR, l'avamprogetto di legge è stato adeguato in diversi punti, ad esempio rinunciando a introdurre l'obbligo di partecipazione a pool di personale. Benché il termine di preavviso per i piani di servizio sia stato mantenuto a quattro settimane, il diritto alla compensazione sorge solo in caso di modifiche dei piani di servizio comunicate meno di due settimane prima dell'inizio del turno. In tal modo si vuole evitare di complicare ulteriormente per le imprese la già impegnativa pianificazione dei turni.

Una stima delle ripercussioni e dei costi delle misure proposte nella LCInf per il miglioramento delle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche risulta estremamente difficile poiché esse dipenderanno da diversi fattori: da un lato, dalla formulazione dell'ordinanza relativa alla LCInf, dall'altro, secondo la proposta del Consiglio federale, dal fatto che i CCL possono derogare alle disposizioni della legge e dell'ordinanza sia a favore che a sfavore dei lavoratori. Ciò comporta una notevole incertezza nella stima dei costi previsti, come si è visto nell'approfondimento dell'AIR¹²³. Al momento è pertanto possibile fornire soltanto indicazioni molto approssimative sui costi aggiuntivi attesi. Inoltre, quando si considerano i costi, non si deve dimenticare che gli investimenti nel personale possono comportare anche sgravi finanziari. L'esempio dell'ospedale di Bülach mostra in modo eclatante come i costi aggiuntivi per aumentare la soddisfazione sul posto di lavoro possano essere compensati, almeno in parte, da una fluttuazione più bassa e da una massiccia riduzione del

¹²² RS 930.31

¹²³ Frey, Miriam / Suri, Mirjam. Bundesgesetz über Arbeitsbedingungen in der Pflege – Vertiefung zur Regulierungsfolgenabschätzung. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG, Basilea 2025: consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti. Rapporto finale in tedesco.

ricorso a personale temporaneo. Questo effetto non è stato preso in considerazione nelle seguenti stime dei costi.

Le prescrizioni proposte nella LCInf relative alle condizioni di lavoro e al disciplinamento della professione dell'infermiere di pratica avanzata come pacchetto globale dovrebbero avere un influsso positivo sugli obiettivi della seconda tappa di attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche, ossia l'aumento della soddisfazione sul lavoro e la riduzione degli abbandoni della professione. Ciò potrebbe contribuire a sua volta a garantire un'assistenza sanitaria di buona qualità e accessibile a tutti, a vantaggio dell'intera società.

Nella definizione delle misure occorre tuttavia fare attenzione a non raggiungere risultati indesiderati e in contrasto con l'obiettivo della legge. Se, ad esempio, l'orario di lavoro settimanale definito per contratto venisse notevolmente ridotto, la problematica della carenza di personale specializzato si aggraverebbe ulteriormente, almeno a breve termine. Se anche a lungo termine non fosse possibile occupare i posti aggiuntivi necessari, questa misura farebbe aumentare ulteriormente la pressione sul personale infermieristico: l'orario di lavoro settimanale diminuirebbe ad esempio di quattro ore, ma l'entità dei compiti da svolgere in questo tempo non diminuirebbe allo stesso modo. Di fatto, quindi, lo stesso lavoro dovrebbe essere svolto in meno tempo.

Ripercussioni sulle imprese

Tutte le istituzioni che impiegano lavoratori nel settore delle cure infermieristiche sarebbero interessate dalle disposizioni della LCInf. Tra queste rientrano in particolare gli ospedali, le case per anziani e di cura, nonché le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio. Nel quadro dell'approfondimento dell'AIR relativo alla LCInf sono state effettuate stime approssimative dei costi rispetto alle prescrizioni proposte, che tuttavia presentano notevoli incertezze. Se, per esempio, fissando a quattro settimane il termine di preavviso per i piani di servizio i costi aggiuntivi previsti sarebbero modesti, una riduzione dell'orario di lavoro settimanale da 42 a 40 ore a parità di salario comporterebbe costi aggiuntivi fino a 600 milioni di franchi. L'approfondimento dell'AIR ha evidenziato le seguenti stime dei costi massimi previsti:

Misura	Quota di istituzioni e di lavoratori interessati	Stima dei costi annuali
Durata normale della settimana lavorativa (da 40 a 42 ore)	42 ore: ridotta 40 ore: elevata (interessa oltre la metà delle istituzioni)	42 ore: costi trascurabili 40 ore: max. 600 milioni di franchi a parità di salario

Numero massimo di ore supplementari	Ridotta	Costi aggiuntivi esigui
Compensazione di ore supplementari, lavoro notturno e domenicale	Ore supplementari: impossibile fornire una stima Lavoro notturno: da ridotta a elevata a seconda dell'attuazione Domeniche e festivi: elevata	Ore supplementari: impossibile fornire una stima Lavoro notturno: max. 300 milioni di franchi Domeniche e festivi: max. 700 milioni di franchi
Retribuzione del tempo impiegato per cambiarsi	Media (parzialmente attuata, rilevante solo per ospedali e case per anziani e di cura)	Max. 100 milioni di franchi
Pause retribuite	Ridotta (disciplinamento già presente quasi in tutte le istituzioni)	Costi aggiuntivi esigui
Servizio di reperibilità e di picchetto	Da ridotta a elevata (dipende dalla formulazione)	Impossibile fornire una stima
Piani di servizio: termine di preavviso di almeno quattro settimane	Ridotta (disciplinamento già in vigore nell'80 % delle istituzioni)	Costi aggiuntivi esigui
Compensazione per turni di servizio non pianificati	Elevata (tali compensazioni sono in vigore in circa 1/3 delle istituzioni)	Max. 300 milioni di franchi

Le stime riportano gli importi massimi. Inoltre, non possono essere semplicemente sommate per stimare il costo totale delle misure proposte. Secondo l'articolo 14 D-LCInf, se per lo stesso periodo sono applicabili diverse prescrizioni in materia di compensazione finanziaria, si applica solo la compensazione più vantaggiosa per il lavoratore. Se, ad esempio, una persona viene impiegata con breve preavviso per un turno domenicale, ha diritto soltanto alla più elevata delle due compensazioni previste, e non a entrambe. I costi aggiuntivi vanno però considerati anche in relazione ai costi complessivi negli ospedali, nelle case di cura e nelle organizzazioni Spitex: secondo i dati dell'Ufficio federale di statistica, nel 2022 i costi ammontavano a 32,6 miliardi di franchi negli ospedali, 11,2 miliardi di franchi nelle case di cura (incl. il finanziamento residuo e i contributi dei residenti) e 2,9 miliardi di franchi per le organizzazioni Spitex¹²⁴.

Un altro aspetto emerso dall'analisi approfondita dell'AIR è che esiste un nesso tra i costi attesi e l'effetto atteso di una misura: se una misura comporta costi esigui, ciò è dovuto in genere al fatto che il disciplinamento si avvicina alla prassi attuale. Tale prescrizione dovrebbe quindi avere un effetto limitato sulla soddisfazione del personale infermieristico. Le misure che comportano costi maggiori hanno spesso anche maggiori possibilità di migliorare sensibilmente le condizioni di lavoro del personale infermieristico.

A causa dei meccanismi illustrati al numero 4.2.2, i costi aggiuntivi attesi si ripercuoteranno a medio termine sulle casse malati e su Cantoni e Comuni in qualità di responsabili del finanziamento residuo. Tuttavia, come già indicato al numero 6.1, i costi aggiuntivi non devono necessariamente portare a un aumento dei premi delle casse malati. In particolare le grandi istituzioni come gli ospedali hanno la possibilità di impiegare diversamente al loro interno i fondi messi a disposizione dalle tariffe, compensando in tal modo l'aumento dei costi. La ripartizione dei costi aggiuntivi tra i diversi attori (assicurati, assicuratori-malattie, Cantoni e Confederazione) è descritta al numero 4.2.2.

Per contro, i costi potrebbero aumentare ulteriormente se singole strutture sanitarie decidessero di estendere le migliori condizioni di lavoro anche ad altre categorie professionali. Questa scelta sarebbe giustificata dall'argomentazione secondo cui nessuna categoria professionale deve essere privilegiata. È ipotizzabile, ad esempio, che i miglioramenti vengano estesi agli impiegati del servizio alimentare, dell'economato, dell'amministrazione, dei servizi alberghieri e tecnici, dell'assistenza, dell'attivazione o anche ai medici. In questo caso si dovrebbero prevedere ripercussioni sia sul fronte dei costi, sia sulla situazione del personale specializzato. Poiché questa decisione verrebbe presa singolarmente da ogni singola struttura sanitaria, non è possibile quantificarne le eventuali ripercussioni. Inoltre, investire nella soddisfazione del personale anche in professioni diverse da quelle infermieristiche può avere effetti positivi sulla permanenza in azienda e ridurre così i costi di reclutamento.

¹²⁴ Le cifre sono consultabili all'indirizzo www.pxweb.bfs.admin.ch > Tema «Salute» > Fonte «Costi e finanziamento del sistema sanitario» > Costi del sistema sanitario secondo il fornitore di prestazioni, la prestazione, l'ambito di fornitura della prestazione e il regime di finanziamento.

Ripercussioni sull'assistenza sanitaria

I costi aggiuntivi previsti per il miglioramento delle condizioni di lavoro del personale infermieristico devono tuttavia essere considerati in relazione agli effetti delle misure proposte sull'intero sistema sanitario, ossia all'influsso positivo sulla disponibilità e sulla qualità dell'assistenza sanitaria, in particolare di quella infermieristica. Per le malattie acute, le cure infermieristiche di buona qualità possono portare a una guarigione più rapida e ridurre il rischio di cronicizzazione. Per quelle croniche, le cure infermieristiche di buona qualità migliorano la qualità della vita, promuovono l'autonomia nella quotidianità e riducono il rischio di invalidità per le persone in età lavorativa.

Ripercussioni sull'assicurazione malattie

Come illustrato al numero 4.2.2, si deve presumere che i previsti costi aggiuntivi per gli ospedali si ripercuotano sulla tariffazione delle prestazioni ospedaliere e determinino un aumento dei premi dell'AOMS. Per il momento non è ancora possibile pronunciarsi in merito alle ripercussioni sui premi, in quanto non si conosce ancora, tra l'altro, l'entità dei costi aggiuntivi generati dalle singole misure, la parte di essi che sarà compensata da incrementi di efficienza e la quota dei costi aggiuntivi che potrà essere effettivamente considerata per il calcolo delle tariffe. Dato che i sussidi alle cure dell'AOMS non saranno modificati, i costi aggiuntivi per le prestazioni infermieristiche fornite presso case di cura e da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio non dovrebbero ripercuotersi sui premi dell'AOMS.

Ripercussioni sulla parità di donna e uomo

Le misure proposte per il miglioramento delle condizioni di lavoro del personale infermieristico avranno un impatto positivo anche sulla promozione della parità di genere in ambito sanitario. Le persone che esercitano nel settore infermieristico sono in maggioranza donne e il settore sanitario è dominato da un divario di genere in cui l'ambito delle cure (*care*) è piuttosto associato alle donne, mentre quello della guarigione (*cure*) è più attribuito agli uomini. Pertanto le misure proposte aventi l'obiettivo di migliorare le condizioni di lavoro e di valorizzare le professioni nel settore delle cure infermieristiche sono vantaggiose soprattutto per le donne, e contribuiscono a promuovere la parità di genere.

6.3.2 Ripercussioni delle modifiche della LPSan

Le modifiche della LPSan dovrebbero consentire in particolare di migliorare l'assistenza sanitaria alla popolazione. Soprattutto nelle zone rurali, gli infermieri di pratica avanzata potrebbero assumere determinati compiti dei medici, il che migliorerebbe la disponibilità delle cure di base. Inoltre, il miglioramento della formazione dovrebbe avere effetti positivi sulla qualità delle cure.

6.4 Altre ripercussioni

Gli infermieri di pratica avanzata dovranno sostenere nuovi costi in relazione ai requisiti da soddisfare in materia di apprendimento permanente. L'ammontare dei costi è legato all'attuazione dell'obbligo professionale da parte dei Cantoni o delle associazioni. Inoltre, dovranno pagare gli emolumenti legati all'autorizzazione a esercitare.

7 Aspetti giuridici

7.1 Costituzionalità

7.1.1 Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche

La competenza costituzionale della Confederazione di emanare prescrizioni in materia di diritto del lavoro deriva principalmente dalla competenza di diritto civile della Confederazione (art. 122 cpv. 1 Cost.) e dalla competenza della Confederazione per la protezione dei lavoratori (art. 110 cpv. 1 lett. a Cost.). Il legislatore federale ha emanato nel CO prescrizioni per i rapporti di lavoro di diritto privato sulla base della sua competenza in materia di diritto civile, mentre la LL si basa tra l'altro sull'articolo 110 Cost.

Le disposizioni del disegno si basano sull'articolo 110 capoverso 1 lettera a Cost., avendo come obiettivo la protezione dei lavoratori e delle lavoratrici, in particolare la protezione della loro salute. Questa disposizione conferisce alla Confederazione una competenza globale e generale per l'emanazione di disposizioni di protezione a favore dei lavoratori. Il potere legislativo della Confederazione si riferisce a tutte le misure necessarie al raggiungimento degli obiettivi, senza alcuna limitazione a determinati rapporti di lavoro o categorie di lavoratori¹²⁵; essa riguarda i rapporti di lavoro sia di diritto pubblico sia di diritto privato. Anche l'obbligo previsto di negoziare CCL può basarsi sull'articolo 110 capoverso 1 lettera a Cost., in quanto una funzione essenziale dei CCL consiste nel proteggere i lavoratori. Nell'ambito del diritto privato si tratta di proteggere i lavoratori economicamente svantaggiati da condizioni di lavoro precarie, spostando le negoziazioni riguardanti le condizioni di lavoro dal piano individuale a quello collettivo¹²⁶. Per quanto riguarda i rapporti di lavoro di diritto pubblico, si tratta invece di tutelare i lavoratori dal fatto che lo Stato preveda, in particolare a livello di ordinanza e quindi non a livello individuale bensì a livello generale e astratto, disposizioni che non garantiscono loro la necessaria protezione¹²⁷. Per il resto, l'obbligo di legge di negoziare un CCL sussiste anche in altri ambiti giuridici¹²⁸.

Funge da base costituzionale del disegno in parte anche l'articolo 122 capoverso 1 Cost., almeno per i rapporti di lavoro di diritto privato.

L'articolo 117b Cost. (Cure infermieristiche) e la relativa disposizione transitoria (art. 197 n. 13 Cost.) non possono invece essere invocati per giustificare il disciplinamento a livello di diritto federale delle prescrizioni in materia di diritto del lavoro, tanto più che l'articolo 197 numero 13 capoverso 1 lettera c Cost. stabilisce espressamente che la Confederazione emana «nell'ambito delle sue competenze» le disposizioni d'esecuzione relative alle condizioni di lavoro adeguate alle esigenze per il personale oc-

¹²⁵ Parere legale dell'Ufficio federale di giustizia dell'8 maggio 2003, in: *Verwaltungspraxis der Bundesbehörden*, VPB 68.81.

¹²⁶ Lukasz Grebski. *Der öffentlich-rechtliche Gesamtarbeitsvertrag*, Berna 2021 n. marg. 213.

¹²⁷ Lukasz Grebski. *Der öffentlich-rechtliche Gesamtarbeitsvertrag*, Berna 2021, n. marg. 221.

¹²⁸ Cfr. art. 4 cpv. 3 lett. c della legge del 17 dicembre 2010 sulle poste (RS 783.0); art. 16 cpv. 2 della legge del 30 aprile 1997 sull'azienda delle telecomunicazioni (RS 784.11); art. 38 cpv. 1 della legge del 24 marzo 2000 sul personale federale (RS 172.220.1).

cupato nel settore delle cure infermieristiche. L'iniziativa sulle cure infermieristiche non ha dunque modificato in alcun modo l'ordine costituzionale di attribuzione delle competenze per l'emanazione di prescrizioni in materia di diritto del lavoro. Le disposizioni introdotte nella Costituzione federale con l'accettazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche (art. 117b e 197 n. 13 cpv. 1 lett. c Cost.) conferiscono alla Confederazione unicamente l'incarico di emanare, nel quadro delle competenze federali esistenti, disposizioni di protezione specifiche per il personale infermieristico.

Il mandato ad agire contenuto nell'articolo 117b Cost. dimostra però il forte interesse pubblico verso un miglioramento delle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche, necessario per limitare la libertà contrattuale e l'autonomia privata (cfr. art. 27 Cost.) mediante le misure previste nel disegno (art. 36 cpv. 2 Cost.). In tale contesto, occorre tenere presente che, se da un lato la libertà economica tutela ogni attività privata, dall'altro lato se l'attività in questione riguarda l'adempimento di una funzione di diritto pubblico statale o comunale non sussiste alcuna attività privata, per cui ad esempio gli ospedali – nel quadro del loro incarico derivante dalla pianificazione ospedaliera cantonale – non possono appellarsi alla libertà economica, se non in misura limitata¹²⁹. Inoltre, la libertà sindacale ai sensi dell'art. 28 Cost. non è interessata dal presente obbligo di negoziazione del CCL; al contrario, la libertà sindacale implica tra l'altro anche l'obbligo delle parti sociali di non rifiutare le trattative per l'elaborazione del CCL¹³⁰.

Come disposto dall'articolo 36 capoverso 1 Cost., nel presente caso le restrizioni gravi dei diritti fondamentali (art. 27 e 28 Cost.) sono previste a livello di legge; ciò riguarda in particolare la definizione della durata massima e della durata normale della settimana lavorativa e le prescrizioni relative ai piani di servizio (per la delega di competenze legislative al Consiglio federale cfr. n. 7.7.1).

Oltre alle prescrizioni relative alla base legale e all'interesse pubblico, una restrizione dei diritti fondamentali deve rispettare anche il principio della proporzionalità (art. 36 cpv. 3 Cost.). A tale proposito occorre innanzitutto precisare che le misure previste dalla LCInf sono strumenti già dimostratisi efficaci nel campo d'applicazione della LL e che vengono ora precisati per il settore delle cure infermieristiche. Di conseguenza, occorre partire dal presupposto che le misure previste dalla LCInf siano idonee a raggiungere l'obiettivo del disegno, vale a dire aumentare la protezione dei lavoratori e, di conseguenza, migliorare le loro condizioni di lavoro. L'adeguatezza è dimostrata anche dal fatto che le misure previste coincidono con quelle ritenute particolarmente importanti già nel dibattito parlamentare e prima della votazione popolare e che sono state poste in primo piano dalle parti sociali interessate anche nel quadro dell'elaborazione del disegno.

Per quanto riguarda la necessità delle misure, si deve constatare una indiscussa pressione ad agire a favore di un miglioramento delle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche. Sussiste una carenza di personale specializzato infermieristico

¹²⁹ Cfr. parere legale redatto da Kurt Pärli *GAV-Verhandlungspflicht gestützt auf Artikel 197 Ziffer 13 lit. c Bundesverfassung* del 2 novembre 2022, su mandato dell'UFSP, n. marg. 125 segg.; consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti.

¹³⁰ Cfr. parere legale redatto da Kurt Pärli *GAV-Verhandlungspflicht gestützt auf Artikel 197 Ziffer 13 lit. c Bundesverfassung* del 2 novembre 2022, su mandato dell'UFSP, n. marg. 117 e 125 segg.; consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti.

che in futuro si accentuerà ulteriormente a causa dell'andamento demografico e che mette a repentaglio la sicurezza dell'assistenza sanitaria (cfr. il commento al numero 1.1.2–1.1.4). Il miglioramento delle condizioni di lavoro, favorito dalle misure del presente disegno, è un elemento essenziale per prolungare la permanenza nella professione infermieristica e contrastare così la carenza di personale specializzato. In tale ottica occorre tenere presente che il settore sanitario non è un libero mercato: la concorrenza e la definizione dei prezzi sono limitate da regolamentazioni, motivo per cui finora una soluzione autonoma da parte del mercato del lavoro (ovvero un miglioramento delle condizioni di lavoro senza intervento statale) si è verificata solo sporadicamente. Infine, anche dall'accettazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche emerge la necessità di formulare in modo specifico per questo settore le prescrizioni consolidate vigenti nel contesto della LL.

Tuttavia, il disegno si limita a disciplinare pochi punti selezionati; nel complesso l'intensità con cui si interviene sul rapporto di lavoro deve essere considerata piuttosto bassa, cosa che garantisce anche la proporzionalità in senso stretto (proporzionalità dello scopo e dell'effetto della misura / accettabilità), tanto più che mediante un contratto collettivo di lavoro è possibile derogare alle prescrizioni legali. La libertà di negoziazione e di stipulazione di CCL rimane garantita.

Per quanto riguarda gli aspetti dei rapporti di lavoro non disciplinati nel disegno della LCInf, è significativo che le parti sociali siano tenute a negoziare contratti collettivi di lavoro con l'obiettivo di regolamentare questi ulteriori aspetti a livello di CCL. Limitando il disegno al disciplinamento di determinati aspetti non solo si riduce l'intensità di intervento delle presenti misure sui rapporti di lavoro, ma viene anche soddisfatta un'ulteriore richiesta formulata prima della votazione popolare, ossia la promozione della stipulazione di CCL. In tale contesto, occorre tenere presente che, ai fini della scelta del mezzo più blando, viene prescritto solo un obbligo di condurre trattative e non un obbligo di stipulare CCL. Pertanto, anche nel caso del presente obbligo di negoziare CCL – nella misura in cui esso incida sulla libertà economica ovvero sulla libertà sindacale (cfr. quanto esposto sopra in merito all'attività economica privata) – sia l'idoneità sia la necessità di tale misura sono date. Anche una ponderazione degli interessi o la verifica della proporzionalità in senso stretto portano alla conclusione che l'obbligo di negoziare CCL è ammesso¹³¹.

7.1.2 Modifica della LPSan

La modifica della LPSan, così come la LPSan in vigore, si basa sull'articolo 117a capoverso 2 lettera a Cost., che sancisce l'ampia competenza della Confederazione di disciplinare la formazione e il perfezionamento, nonché l'esercizio di professioni nel settore delle cure mediche di base. Sia il disciplinamento del livello di studio master SUP/SU in pratica infermieristica avanzata sia la modifica riguardante le competenze digitali rientrano in questo contesto. Le nuove prescrizioni per la formazione di infer-

¹³¹ Cfr. gli obblighi di negoziare CCL già esistenti in altri settori (cfr. commento all'art. 5) nonché il parere legale di Kurt Pärli *GAV-Verhandlungspflicht gestützt auf Artikel 197 Ziffer 13 lit. c Bundesverfassung* del 2 novembre 2022, su mandato dell'UFSP, n. marg. 125 segg.; consultabile all'indirizzo www.bag.admin.ch/lcinf > Documenti.

miere di pratica avanzata e per l'esercizio della professione sotto la propria responsabilità professionale sono giustificate allo scopo di garantire la qualità delle cure mediche e la sicurezza dei pazienti.

7.2 Compatibilità con gli impegni internazionali della Svizzera

7.2.1 Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche

Nell'emanare disposizioni in materia di diritto del lavoro, la Svizzera è vincolata ai trattati internazionali che ha ratificato, in particolare al Patto internazionale del 16 dicembre 1966¹³² relativo ai diritti economici, sociali e culturali (Patto ONU I), alla Convenzione del 4 novembre 1950¹³³ per la salvaguardia dei diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali (Convenzione europea dei diritti dell'uomo, CEDU) e a diverse convenzioni dell'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL¹³⁴). Nessuna di queste convenzioni contiene norme specifiche per le persone occupate nel settore delle cure infermieristiche né norme che sarebbero in contrasto con le prescrizioni dettagliate in proposito contenute nel disegno.

Sono rilevanti anche le prescrizioni del diritto internazionale relative alla libertà sindacale, in particolare il diritto alle trattative collettive e/o alla stipulazione di contratti collettivi. Si sottolineano la Convenzione n. 98 del 1° luglio 1949¹³⁵ concernente l'applicazione dei principi del diritto sindacale e di negoziazione collettiva e la Convenzione n. 87 del 9 luglio 1948¹³⁶ concernente la libertà sindacale e la protezione del diritto sindacale. L'articolo 4 della prima obbliga infatti gli Stati a prendere «Misure appropriate alle condizioni nazionali [...], se necessario, al fine di incoraggiare e promuovere il maggiore sviluppo e la maggiore utilizzazione possibili di procedure di negoziazione volontaria di contratti collettivi tra i datori di lavoro e le associazioni di datori di lavoro da una parte, e le associazioni di lavoratori dall'altra, al fine di disciplinare le condizioni d'impiego». Il disciplinamento previsto nel disegno, in base al quale esiste soltanto un obbligo di negoziare ma non di stipulare un CCL, corrisponde per forma e definizione degli obiettivi a tali impegni internazionali della Svizzera.

7.2.2 Modifica della LPSan

La modifica della LPSan prevede un obbligo di autorizzazione all'esercizio della professione di infermiere di pratica avanzata sotto la propria responsabilità professionale. A tal fine, per l'esercizio della professione si richiedono un determinato titolo di studio e le conoscenze di una lingua ufficiale del Cantone. Inoltre il richiedente deve dimostrare che è degno di fiducia e offre la garanzia, sotto il profilo psicofisico, di un eser-

¹³² RS **0.103.1**

¹³³ RS **0.101**

¹³⁴ Cfr. elenco in RS **0.822**

¹³⁵ RS **0.822.719.9**

¹³⁶ RS **0.822.719.7**

cizio ineccepibile della professione. Queste disposizioni sono conformi alle disposizioni dell'Accordo del 21 giugno 1999¹³⁷ tra la Confederazione Svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone (ALC), a quelle della Convenzione del 4 gennaio 1960¹³⁸ istitutiva dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), nonché a quelle della direttiva 2005/36/CE¹³⁹ del Parlamento europeo e del Consiglio relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, che la Svizzera ha adottato nel quadro dell'ALC e della Convenzione AELS. Questa direttiva si applica a tutte le professioni regolamentate.

Per determinate professioni, come infermieri e ostetriche con bachelor o SSS, la direttiva prevede un riconoscimento automatico in quanto i requisiti minimi di formazione sono coordinati. Per le altre professioni disciplinate nella LPSan che non sono riconosciute automaticamente, come in futuro anche per gli infermieri di pratica avanzata, vige il disciplinamento generale per il riconoscimento della direttiva 2005/36/CE. Se la durata o i contenuti della formazione divergono in maniera sostanziale, gli Stati hanno la possibilità di richiedere provvedimenti di compensazione sotto forma di un tirocinio di adattamento o di una prova attitudinale. L'articolo 10 LPSan contiene già oggi il disciplinamento per il riconoscimento dell'equivalenza dei corrispondenti titoli di studio esteri, in particolare in conformità con le disposizioni della suddetta direttiva. Il previsto disciplinamento degli infermieri di pratica avanzata è quindi compatibile con gli impegni assunti dalla Svizzera nell'ambito dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone e dalla Convenzione AELS.

7.3 Forma dell'atto

7.3.1 Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche

Conformemente all'articolo 164 capoverso 1 Cost., tutte le disposizioni importanti che contengono norme di diritto devono essere emanate sotto forma di legge federale. Tra queste rientrano le disposizioni fondamentali in materia di restrizioni dei diritti costituzionali e di diritti e doveri delle persone. La definizione di requisiti minimi per le condizioni di lavoro prevista nel disegno è da considerarsi un'ingerenza essenziale nei diritti fondamentali, in particolare nella libertà economica. Le relative prescrizioni devono pertanto essere emanate sotto forma di legge federale.

La competenza dell'Assemblea federale si evince dall'articolo 163 capoverso 1 Cost. Il disegno è soggetto a referendum facoltativo (art. 141 cpv. 1 lett. a Cost.).

7.3.2 Modifica della LPSan

L'obbligo di accreditamento del ciclo di studio master SUP/SU in pratica infermieristica avanzata rappresenta un'ingerenza sostanziale nell'autonomia delle scuole uni-

¹³⁷ RS 0.142.112.681

¹³⁸ RS 0.632.31

¹³⁹ GU L 255 del 30.9.2005, pag. 22.

versitarie. Analogamente, il requisito di un'autorizzazione a esercitare la professione sotto la propria responsabilità professionale costituisce un'ingerenza nella libertà economica per l'esercizio della professione nel settore privato. Le relative prescrizioni devono pertanto essere emanate sotto forma di legge federale.

7.4 Subordinazione al freno alle spese

I disegni non contengono né nuove disposizioni in materia di sussidi né nuovi crediti d'impegno o limiti di spesa. I disegni non sottostanno pertanto al freno alle spese (art. 159 cpv. 3 lett. b Cost.).

7.5 Rispetto del principio di sussidiarietà e del principio dell'equivalenza fiscale

7.5.1 Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche

Con le disposizioni proposte si preserva la sovranità cantonale vigente in ambito sanitario e, in gran parte, anche quella riguardante il disciplinamento dei propri rapporti di lavoro. Poiché le prescrizioni contenute nel disegno devono valere per tutte le persone occupate nel settore delle cure infermieristiche, indipendentemente dal fatto che abbiano un rapporto d'impiego di diritto privato o pubblico, il disciplinamento proposto appare come lo strumento più idoneo per attuare la richiesta dell'iniziativa sulle cure infermieristiche di cui all'articolo 197 numero 13 capoverso 1 lettera b Cost., ovvero migliorare a livello nazionale le condizioni di lavoro delle persone occupate nel settore delle cure infermieristiche. In questo modo si tiene conto del principio di sussidiarietà.

7.5.2 Modifica della LPSan

La prevista subordinazione della professione di infermiere di pratica avanzata alla LPSan avviene nel rispetto del principio di sussidiarietà. Come per le altre professioni sanitarie ai sensi della LPSan, a livello federale è disciplinato solo quanto richiesto per una regolamentazione unitaria a livello nazionale, necessaria nell'interesse della salute pubblica.

7.6 Conformità alla legge sui sussidi

I disegni non contengono né disposizioni di legge in materia di sussidi, né crediti d'impegno o limiti di spesa. I principi della legge del 5 ottobre 1990¹⁴⁰ sui sussidi non trovano pertanto applicazione in questo caso.

7.7 Delega di competenze legislative

7.7.1 Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche

Il Consiglio federale deve stabilire prescrizioni concrete a livello di ordinanza relative alle condizioni di lavoro disciplinate negli articoli 5–9, 12 e 13. Queste deleghe sono opportune perché, analogamente alle prescrizioni della LL, riguardano disciplinamenti il cui grado di concretizzazione andrebbe oltre il livello di legge (cfr. le concretizzazioni relative alla LL nell'OLL 1 e nell'ordinanza 2 del 10 maggio 2000¹⁴¹ concernente la legge sul lavoro [OLL 2], p. es. per quanto riguarda il lavoro domenicale o il servizio di picchetto e le relative compensazioni). Oltre all'ambito prescritto dal disegno, il Consiglio federale tiene conto anche della posizione delle parti sociali, che devono essere sentite dal Consiglio federale per l'emanazione delle prescrizioni (art. 15).

Nel dettaglio, il Consiglio federale sarà autorizzato ad attuare misure di concretizzazione nei seguenti ambiti:

- compensazione del lavoro straordinario (art. 5 cpv. 3): aumento della compensazione minima per cui valgono i requisiti minimi di cui all'articolo 13 LL;
- durata normale della settimana lavorativa (art. 6 cpv. 2): definizione di un valore massimo di meno di 42 ore (nel rispetto del valore minimo di 40 ore);
- compensazione delle ore supplementari (art. 7 cpv. 3 e 4): definizione del numero di ore supplementari consentito e del periodo di tempo entro il quale possono essere svolte, nonché aumento della compensazione minima;
- compensazione del lavoro notturno (art. 8 cpv. 2): aumento della compensazione minima per cui valgono i requisiti minimi di cui all'articolo 17b LL;
- compensazione del lavoro domenicale e festivo (art. 9 cpv. 3): aumento della compensazione minima per cui per il riposo compensativo valgono i requisiti minimi di cui all'articolo 20 LL;
- servizi di reperibilità e di picchetto (art. 12): disposizioni sul computo come tempo di lavoro e sulla compensazione;
- comunicazione di piani di servizio e servizi di reperibilità e di picchetto (art. 13 cpv. 3): definizione del termine di preavviso per cui l'articolo 13 capoverso 1 stabilisce un termine minimo di 4 settimane;
- compensazione dei turni di servizio che differiscono dai piani di servizio comunicati (art. 13 cpv. 4): definizione nell'ambito delle disposizioni di cui all'articolo 13 capoverso 2; il Consiglio federale deve tenere conto nelle sue disposizioni del termine entro il quale tali differenze sono state comunicate.

¹⁴¹ RS 822.112

7.7.2 Modifica della LPSan

L'articolo 5 capoverso 1^{bis} prevede che il Consiglio federale possa estendere il master fino a un massimo di 150 ECTS, qualora ciò sia necessario per garantire la qualità sia della formazione sia dell'esercizio della professione. Se ciò accadrà dipenderà in particolare dalle competenze professionali specifiche che il Consiglio federale definirà sempre a livello di ordinanza. La disposizione transitoria dell'articolo 34a capoverso 3 prevede che, ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della professione, i titoli di studio svizzeri conformi al diritto anteriore e i titoli di studio esteri riconosciuti come equivalenti siano equiparati ai titoli di studio di cui all'articolo 12 capoverso 2 lettera h. La competenza di stabilire di quali titoli di studio si tratti spetta al Consiglio federale. Entrambi i disciplinamenti menzionati richiedono un grado di concretizzazione non adatto al livello di legge. La delega al Consiglio federale consente invece di reagire rapidamente alle esigenze del settore della formazione e dell'assistenza sanitaria.

7.8 Protezione dei dati

Dal punto di vista della protezione dei dati, i disegni non contengono aspetti che non siano già coperti dalle prescrizioni della LL e della LPSan.

Allegati (disegni di atti legislativi)

- Legge federale sulle condizioni di lavoro nel settore delle cure infermieristiche (disegno)
- Modifica della legge federale sulle professioni sanitarie (disegno)

