



Maggio 2024

---

# **Diritto di esecuzione relativo alla legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche ed entrata in vigore integrale della legge sulle professioni sanitarie (attuazione della prima tappa dell'iniziativa sulle cure infermieristiche)**

## Rapporto sui risultati della consultazione

---



## Indice

<b>1</b>	<b>Situazione iniziale</b> .....	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Procedura di consultazione e criteri di analisi</b> .....	<b>3</b>
2.1	Procedura di consultazione .....	3
2.2	Criteri di analisi.....	4
<b>3</b>	<b>Osservazioni generali</b> .....	<b>4</b>
3.1	Osservazioni generali sull'ordinanza sulla promozione della formazione in cure infermieristiche .....	5
3.2	Osservazioni generali sulla modifica dell'ordinanza sulla formazione professionale (OFPr) .....	7
3.3	Osservazioni generali sulla modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) e dell'ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza sulle prestazioni, OPre) .....	7
3.4	Osservazioni generali sull'ordinanza sugli aiuti finanziari destinati a promuovere l'efficienza nell'ambito delle cure mediche di base (OACMB).....	10
3.5	Osservazioni generali sull'ordinanza concernente l'entrata in vigore integrale della legge sulle professioni sanitarie .....	12
<b>4</b>	<b>Pareri in merito alle singole disposizioni</b> .....	<b>12</b>
4.1	Ordinanza sulla promozione della formazione in cure infermieristiche .....	12
4.2	Ordinanza sulla formazione professionale (OFPr) .....	33
4.3	Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) .....	33
4.4	Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre).....	37
4.5	Ordinanza sugli aiuti finanziari destinati a promuovere l'efficienza nell'ambito delle cure mediche di base (OACMB).....	57
4.6	Ordinanza concernente l'entrata in vigore integrale della legge sulle professioni sanitarie .....	61
<b>5</b>	<b>Consultazione</b> .....	<b>61</b>
<b>6</b>	<b>Allegati</b> .....	<b>62</b>
6.1	Elenco dei partecipanti alla consultazione .....	62

## 1 Situazione iniziale

Il 28 novembre 2021 l'iniziativa «Per cure infermieristiche forti (Iniziativa sulle cure infermieristiche)»<sup>1</sup> è stata accettata dal Popolo e dai Cantoni. Di conseguenza, sono stati iscritti nella Costituzione federale il nuovo articolo 117*b* e le relative disposizioni transitorie.

Per attuare il più rapidamente possibile l'articolo 117*b* Cost., il 12 gennaio 2022 il Consiglio federale ha deciso di riprendere il controprogetto indiretto adottato dall'Assemblea federale il 19 marzo 2021 (lv. Pa. 19.401)<sup>2</sup>. Il disegno di legge comprende un'offensiva sul fronte della formazione (ossia la promozione della formazione in cure infermieristiche mediante contributi dei Cantoni e della Confederazione), la possibilità per gli infermieri di fatturare determinate prestazioni direttamente a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), nonché diverse modifiche del Codice di procedura penale<sup>3</sup>, della Procedura penale militare<sup>4</sup> e della legge sulla formazione professionale<sup>5</sup>. Complessivamente, la Confederazione può finanziare le spese dei Cantoni per la formazione in cure infermieristiche con un massimo di 469 milioni di franchi per 8 anni. Per l'aumento del numero di diplomi nelle scuole universitarie professionali cantonali è stato approvato il decreto federale sugli aiuti finanziari destinati ad aumentare il numero di diplomi in cure infermieristiche nelle scuole universitarie professionali cantonali<sup>6</sup>. Inoltre, la Confederazione sosterrà finanziariamente progetti destinati a promuovere l'efficienza nell'ambito delle cure mediche di base, in particolare l'interprofessionalità (ordinanza sugli aiuti finanziari destinati a promuovere l'efficienza nell'ambito delle cure mediche di base, OACMB). Il Parlamento ha adottato il disegno di legge e i relativi decreti federali il 16 dicembre 2022<sup>7</sup>.

Il presente avamprogetto contiene le disposizioni d'esecuzione per l'offensiva sul fronte della formazione, la modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie<sup>8</sup> (OAMal), dell'ordinanza sulle prestazioni<sup>9</sup> (OPre) e dell'ordinanza sulla formazione professionale<sup>10</sup> (OFPr) nonché l'OACMB. Inoltre, saranno rispettivamente poste in vigore le basi legali rilevanti per lo stanziamento di questi aiuti finanziari nella legge sulle professioni sanitarie<sup>11</sup> (LPSAn) e nella legge sulle professioni mediche<sup>12</sup> (LPMed). L'entrata in vigore dell'intero avamprogetto è prevista per il 1° luglio 2024.

## 2 Procedura di consultazione e criteri di analisi

Il 23 agosto 2023 il Consiglio federale ha avviato la procedura di consultazione sul diritto di esecuzione relativo alla legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche e sull'entrata in vigore integrale della legge sulle professioni sanitarie (attuazione della prima tappa dell'iniziativa sulle cure infermieristiche). La consultazione si è conclusa il 23 novembre 2023.

### 2.1 Procedura di consultazione

Sono stati invitati a partecipare alla procedura di consultazione i Governi dei 26 Cantoni, la Conferenza dei Governi cantonali (CdC), 11 partiti politici, 3 associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna, 8 associazioni mantello nazionali dell'economia e 67 altre organizzazioni.

Degli invitati a partecipare alla consultazione hanno presentato un parere di merito tutti i 26 Cantoni, CDS, CDPE, 6 partiti politici (UDC, PSS, PLR, I VERDI, Alleanza del Centro e

<sup>1</sup> FF 2022 894

<sup>2</sup> Consultabile all'indirizzo: [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch) > Attività parlamentare > Ricerca Curia Vista > 19.401.

<sup>3</sup> RS 312.0

<sup>4</sup> RS 322.1

<sup>5</sup> RS 412.10

<sup>6</sup> FF 2022 1501

<sup>7</sup> Consultabile all'indirizzo: [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch) > Attività parlamentare > Ricerca Curia Vista > 22.040 > Altri documenti > Testo per la votazione finale.

<sup>8</sup> RS 832.102

<sup>9</sup> RS 832.112.31

<sup>10</sup> RS 412.101

<sup>11</sup> RS 811.21

<sup>12</sup> RS 811.11

PEV), 3 associazioni mantello dell'economia (USS, USI e Travail.Suisse) e 22 altre organizzazioni (tra cui istituzioni di formazione, associazioni professionali, associazioni dei fornitori di prestazioni).

Sul merito sono intervenute anche 37 altre organizzazioni e istituzioni, in particolare associazioni professionali e istituzioni di formazione cantonali.

Complessivamente sono pervenuti 96 pareri.

Categoria	Totale interpellati	Risposte interpellati	Risposte non interpellati	Totale risposte pervenute
Cantoni/ CdC/CDS/CDPE	29	28	-	28
Partiti politici rappresentati nell'Assemblea federale	11	6	-	6
Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna	3	-	-	-
Associazioni mantello nazionali dell'economia	8	3	-	3
Altre organizzazioni interpellate	67	22	-	22
Organizzazioni e privati non interpellati	-	-	37	37
Totale	118	59	37	96

Tabella 1: Panoramica delle risposte pervenute

## 2.2 Criteri di analisi

Il presente rapporto è una sintesi dei risultati della consultazione. Per ottenere un quadro d'insieme il più completo possibile, i pareri pervenutici in gran numero e diversi nel contenuto sono stati riassunti e riportati nel capitolo 4 suddivisi per ordinanza e per disposizione. Per i dettagli, si rimanda ai pareri originali (cfr. cap. 5). Questo rapporto considera solo i riscontri specifici, ossia i pareri critici o contrari e le proposte di integrazione e/o modifica di singole disposizioni delle ordinanze. Sono quindi esclusi i pareri che approvano esplicitamente un'ordinanza o un determinato articolo.

In merito al rapporto esplicativo, i partecipanti alla consultazione hanno formulato diverse richieste di adeguamento, integrazione e precisazione non riportate nel presente rapporto. Anche in questo caso si rimanda quindi ai pareri originali (cfr. cap. 5).

## 3 Osservazioni generali

In generale, gli obiettivi della prima tappa di attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche sono stati approvati dalla grande maggioranza dei partecipanti alla consultazione, inclusi i Cantoni cui compete questo compito e i partiti politici. Le singole proposte concrete sono state naturalmente oggetto di diverse riserve e richieste di modifica espresse in questo rapporto.

CDS e con essa CDPE nonché AG, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SZ, TG, UR, VD, ZG e ZH segnalano che i Cantoni stanno lavorando a pieno regime per dotarsi delle basi legali necessarie all'attuazione della legge federale del 16 dicembre 2022 sulla promozione della formazione in cure infermieristiche e, al proposito, richiamano l'attenzione sulle sfide che devono affrontare a causa della mancanza delle disposizioni esecutive federali (ordinanza sulla promozione della formazione in cure infermieristiche) e della parziale evoluzione delle condizioni quadro (riguardanti p. es. il sostegno ai posti di formazione pratica,

la progressiva riduzione dei contributi federali o il momento a partire dal quale le misure cantonali sono sostenute). Per la celerità dell'attuazione della legge sono decisivi un'adozione rapida delle disposizioni a livello di ordinanza e un chiarimento altrettanto rapido della situazione legale iniziale. I Cantoni chiedono anche processi il più snelli possibile per contenere l'onere amministrativo.

*CDS* e con essa *CDPE* nonché *AG, AI, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, SG, SZ, TG, TI, UR, VD* e *ZG* osservano che il successo e l'efficacia dell'offensiva sul fronte della formazione presuppongono tra l'altro un'elaborazione il più possibile semplice e pragmatica delle domande da parte della Confederazione. Per questo motivo, auspicano che nella definizione delle relative procedure quest'ultima tenga conto sin dall'inizio delle esigenze dei Cantoni e metta a loro disposizione per tempo i moduli di domanda e le eventuali guide.

### **3.1 Osservazioni generali sull'ordinanza sulla promozione della formazione in cure infermieristiche**

I partecipanti alla consultazione accolgono in larga maggioranza con favore l'offensiva sul fronte della formazione e i loro pareri riguardano questioni come la definizione concreta del processo di ottenimento e suddivisione dei fondi federali.

Secondo *CDS* e con essa *CDPE* nonché *AG, AI, BE, BL, FR, GL, GR, NE, OW, SG, SZ, UR, VD, VS, ZG* e *ZH*, i Cantoni sono consapevoli di svolgere un ruolo fondamentale nell'attuazione dell'offensiva citata e che solo con uno sforzo finanziario congiunto loro e della Confederazione si potranno raggiungere gli obiettivi della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche. Per questo motivo, escludono categoricamente di ridurre i contributi finanziari che già erogano per la formazione in cure infermieristiche. Sono quindi stupiti della richiesta rivolta loro dal Consiglio federale di esporre nel quadro della consultazione come intendono impiegare i contributi federali per sostenere l'offensiva sul fronte della formazione. Ritengono che questo modo di procedere sia inusuale per una consultazione. Secondo *CDS, CDPE* nonché *AG, AI, AR, BE, BL, FR, GL, GR, NE, OW, SG, SZ, UR, VD, VS, ZG* e *ZH*, è inoltre sconcertante che la Confederazione accusi i Cantoni di non prendere sul serio tale offensiva e minacci di valutare «ulteriori norme per rafforzare l'effetto promotore», qualora con i contributi federali i Cantoni non dovessero adottare ulteriori misure.

*CDS* e con essa *CDPE* nonché *AG, AI, BE, BL, FR, GL, GR, NE, OW, SG, SZ, UR, VD, VS, ZG* e *ZH* puntualizzano che, per iscrivere a bilancio i loro mezzi finanziari, i Cantoni dipendono dalla massima prevedibilità possibile dei contributi federali. A questo proposito, accolgono molto positivamente il calcolo dell'importo massimo spettante a ciascun Cantone per l'intero periodo di sussidio previsto dall'articolo 10 dell'ordinanza sulla promozione della formazione in cure infermieristiche per aumentare il numero di diplomati nelle scuole specializzate superiori (SSS). Ritengono tuttavia incomprensibile il diverso trattamento per quanto riguarda il calcolo dei contributi e la procedura di domanda che la stessa legge riserva agli ambiti di promozione formazione pratica e contributi di formazione da un lato e contributi per aumentare il numero di diplomati SSS dall'altro. I Cantoni auspicano che la Confederazione uniformi le procedure e calcoli l'importo massimo spettante a ciascun Cantone nel quadro della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche e glielo comunichi in tempo utile.

Diversi Cantoni sottolineano l'importanza di un certo coordinamento intercantonale per evitare di farsi eccessiva concorrenza e di sottrarsi l'un l'altro persone in formazione.

*AR* fa notare che, per i Cantoni piccoli, la presentazione di domande di contributi federali è legata a risorse umane proporzionalmente elevate e di conseguenza comporta oneri aggiuntivi a loro carico non adeguatamente indennizzati dalla Confederazione.

*GE* deplora che la Confederazione non tenga conto degli sforzi compiuti finora dal Cantone per aumentare il numero di infermieri. A suo parere, sarebbe stato auspicabile che le misure cantonali attuate già prima dell'entrata in vigore della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche beneficiassero almeno in parte del sostegno federale.

Inoltre, chiede che il capitolo 3 (contributi federali ai Cantoni per aumentare il numero di diplomati in cure infermieristiche nelle scuole specializzate superiori) dell'ordinanza sulla promozione della formazione in cure infermieristiche non si applichi solo alla formazione nelle SSS ma anche a quella nelle SUP.

*JU* segnala che sta già sostenendo con importi considerevoli le istituzioni di formazione e che continuerà a farlo. Ciò nonostante, fa affidamento sul sostegno mediante contributi federali. In particolare, chiede che l'ordine di priorità venga comunicato il prima possibile e che i criteri utilizzati per un'equa ripartizione delle risorse tra le regioni garantiscano ai Cantoni un contributo federale pari alla metà dei contributi da essi accordati.

*SG* propone di introdurre un controlling dell'efficacia di tutte le misure di promozione e segnala che la documentazione per la consultazione non contiene spiegazioni concrete al riguardo.

*VD* sottolinea che per poter formare professionisti della salute e infermieri a livello di scuola universitaria professionale (SUP) occorre formare nuove leve accademiche a livello di master e dottorato. Per questo motivo, deplora che nella prima tappa dell'attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche non siano contemplate misure in tal senso e confida che il rafforzamento della formazione accademica in cure infermieristiche rientri nella seconda tappa.

*ZG* chiede che i contributi federali siano accordati sulla base di una chiave di ripartizione secondo il numero di abitanti e il fabbisogno di persone con una formazione terziaria secondo le pianificazioni cantonali del fabbisogno.

*PEV, PLR, PSS e UDC* approvano in gran parte l'avamprogetto.

*PEV* plaude esplicitamente all'obiettivo di migliorare la qualità della formazione pratica. Ritiene infatti che, oltre ad aumentare le capacità, si debba anche ridurre il tasso di abbandono della formazione e a questo proposito la qualità della formazione pratica svolge un ruolo fondamentale. In linea di principio, occorre strutturare la procedura per l'ottenimento dei contributi di formazione nel modo più semplice possibile. *PEV* ritiene inoltre opportuno sostenere le istituzioni che già oggi offrono buoni posti di formazione. Per quelle che già oggi formano il maggior numero di infermieri si potrebbero creare ulteriori incentivi affinché aumentino ulteriormente le loro capacità.

*I VERDI* approvano solo in parte l'avamprogetto dell'ordinanza per la promozione delle cure infermieristiche. Per esempio, chiedono che i contributi di formazione di cui all'articolo 7 capoverso 1 della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche siano accordati per l'intera durata della formazione e che l'attuazione dell'offensiva sul fronte della formazione nei Cantoni non sia legata a limiti di età arbitrari.

*PSS* concorda con l'ASI per quanto riguarda le osservazioni sui dettagli dell'avamprogetto.

*UDC* sottolinea che i contributi federali vanno utilizzati principalmente per porre rimedio alla carenza di personale qualificato nelle cure infermieristiche rispettando l'autonomia dei Cantoni. Ritiene indispensabile rendere più attrattivo il perfezionamento professionale per il personale infermieristico e rendere più efficiente la cooperazione tra le diverse professioni sanitarie.

Secondo molti partecipanti alla consultazione, il processo per ricevere i fondi per la formazione pratica nelle istituzioni, i contributi di formazione per gli studenti e i fondi per le SUP è troppo complicato per i Cantoni. Auspicano quindi processi semplici, dato che diversamente gli incentivi per i Cantoni e le istituzioni a richiedere effettivamente questi fondi potrebbero essere troppo modesti. Preoccupazioni di questo tenore sono state espresse da *ARTISET, ASPS, BFH, Brotegg Praxis, BSH, BüAeV, Curacasa, FMH, H+, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, ASI, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, ASI-NEJU, senesuisse, SHV, SIGA, SNL, SNS, Spitex Schweiz, Spitex Zürich, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA, VFP, VSAO e ZHAW*.

*ARTISET, H+, OdASanté, UNIA e USS* chiedono che si prevedano incentivi anche per le istituzioni che già oggi formano infermieri, affinché aumentino ulteriormente le loro capacità o riducano il tasso di abbandono durante la formazione.

### **3.2 Osservazioni generali sulla modifica dell'ordinanza sulla formazione professionale (OFPr)**

La modifica dell'OFPr ha riscosso ampi consensi tra i partecipanti alla consultazione, solo *AI* e *IMAD* hanno respinto la proposta di modifica. In particolare, è stata accolta favorevolmente la delega alla Croce Rossa Svizzera delle procedure per il riconoscimento di diplomi cantonali e intercantonali retti dal diritto anteriore in materia di formazione professionale nelle professioni sanitarie.

### **3.3 Osservazioni generali sulla modifica dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) e dell'ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza sulle prestazioni, OPre)**

Le modifiche dell'OAMal e dell'OPre proposte sono state perlopiù criticate dai partecipanti alla consultazione, inclusi i Cantoni e i partiti che si sono espressi al riguardo.

*CDS* (e con essa *AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SZ, VS, ZG e ZH*) approva in linea di principio gli adeguamenti proposti, ma chiede diverse precisazioni e integrazioni. Da un lato, occorre chiarire che, in futuro, l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) potrà essere rilasciata agli infermieri e alle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio solo in virtù dell'articolo 35 capoverso 2 lettera d<sup>bis</sup> LAMal (e non più come sinora in virtù dell'art. 35 cpv. 2 lett. e LAMal). Dall'altro, è assolutamente necessario inserire nell'OAMal una disposizione transitoria che chiarisca i diritti acquisiti dagli infermieri e dalle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio in possesso di un'autorizzazione rilasciata in virtù dell'articolo 35 capoverso 2 lettera e LAMal e ne definisca chiaramente la portata.

Per *GE*, le restrizioni previste dall'ordinanza contrarie alla delega di atti vanno eliminate. Le disposizioni proposte secondo cui solo gli infermieri possono fornire prestazioni senza prescrizione o mandato medico contrasta con il principio della delega sviluppato dal Cantone. *GE* ritiene inoltre che si debbano stralciare le disposizioni relative al diritto degli infermieri di prescrivere, sfavorevoli alle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio. Il legame tra un'autorizzazione a esercitare rilasciata a un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio (durante la fase transitoria e dopo l'entrata in vigore della legge) e gli obblighi di formazione è poco chiaro e va precisato. In particolare, si deve chiarire il futuro margine di manovra cantonale in materia di rilascio di autorizzazioni a esercitare a organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio che non desiderano fare formazione. *GE* chiede se i Cantoni avranno il diritto di rifiutare l'autorizzazione a esercitare, e quindi di non conferire un mandato di prestazioni, a un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio che intende formare studenti.

*TG* auspica una sostanziale rielaborazione delle disposizioni dell'OAMal e dell'OPre e richiama l'attenzione sul rischio di un aumento dei costi dato che, perlomeno fino all'emissione della prescrizione medica, le prestazioni di cura dovranno essere fornite da infermieri più qualificati di quanto previsto dai contratti amministrativi stipulati con gli assicuratori-malattie. Occorre assolutamente evitare la frustrazione che ciò creerà tra gli infermieri interessati.

*TI* riconosce la necessità di chiarire qualche aspetto riguardo agli adeguamenti dell'OAMal. In particolare, chiede una disposizione transitoria che chiarisca i diritti acquisiti e definisca la loro estensione per gli infermieri e le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio autorizzati attualmente a esercitare a carico della LAMal e quindi ammessi non come fornitori di prestazioni autonomi, ma come persone o organizzazioni dispensanti cure previa prescrizione medica. Auspica inoltre che, in relazione all'articolo 51 capoverso 1 lettera a<sup>bis</sup> LAMal, vengano precisati i requisiti del mandato di prestazioni cantonale secondo l'articolo 36a capoverso 3 LAMal.

I Cantoni hanno già oggi la possibilità di limitare il numero massimo di medici in virtù dell'articolo 55a LAMal, ma l'attuazione di questa norma è complessa e impegnativa. Ora

l'articolo 55b LAMal conferisce loro, a determinate condizioni, un'analoga possibilità di sospendere il rilascio di nuove autorizzazioni a fatturare direttamente a carico dell'AOMS per gli infermieri e le organizzazioni che impiegano infermieri. Secondo TI, è indispensabile che anche per questo nuovo strumento vengano disciplinati i dettagli nelle disposizioni esecutive.

VD sostiene le disposizioni a favore di una maggiore autonomia del personale infermieristico attraverso la possibilità di fatturare determinate prestazioni direttamente a carico dell'AOMS. Fa notare che i controlli che i Cantoni dovranno effettuare per evitare un aumento ingiustificato dei costi richiederanno risorse finanziarie e di personale supplementari soprattutto nei primi anni. La modifica dell'OAMal proposta costituisce quindi un cambiamento importante per VD, che potrebbe essere costretto a introdurre una forma di pianificazione degli istituti di cura (organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, Association vaudoise d'aide et de soins à domicile AVASAD, infermieri indipendenti). VD è inoltre del parere che, per essere ammesse, le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio debbano disporre di un mandato di prestazioni. A tal fine, la modifica dell'OAMal deve prevedere uno standard minimo per le prestazioni di formazione richieste. D'altronde, questo aspetto è stato esplicitamente inserito dal legislatore nei nuovi articoli della LAMal.

PLR riconosce i potenziali vantaggi dell'ampliamento delle competenze attraverso la fatturazione diretta a carico dell'AOMS senza la prescrizione di un medico, tra cui la maggiore attrattiva e la valorizzazione della professione, ma teme i maggiori costi e l'aumento dei premi di cassa malati che potrebbero derivarne. Pertanto, chiede che durante l'attuazione si implementino meccanismi di controllo efficienti e un attento monitoraggio dei costi.

In linea di principio, anche UDC approva l'avamprogetto, ma chiede che la nuova possibilità data agli infermieri di fatturare a carico dell'AOMS prestazioni fornite senza prescrizione medica sia seguita con occhio critico. Il potenziale di abuso, infatti, è notevole e deve essere arginato sin dall'inizio. È imperativo che il meccanismo di controllo previsto per evitare un aumento ingiustificato dei costi della sanità sia implementato e che il Consiglio federale conduca la valutazione prevista.

BüAeV e BEKAG accolgono con favore le misure che consentono agli infermieri di effettuare la valutazione dei bisogni per cure di base generali senza dover collaborare con il medico curante. Gli infermieri devono poter fornire determinate cure senza prescrizione o mandato medico e, in ultima analisi, sotto la propria responsabilità, soprattutto nelle cure di base. BüAeV e BEKAG rifiutano tuttavia l'ampliamento delle loro competenze nel campo delle cure di base psichiche adducendo che, poiché tali cure includono prestazioni diagnostiche e terapeutiche, per la relativa valutazione dei bisogni è assolutamente necessario che il personale infermieristico collabori con il medico curante. Deve quindi essere possibile precisare nella prescrizione o nel mandato medico se si prescrivono o delegano cure di base generali o psichiche. Per migliorare la sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure, lo scambio di informazioni tra i fornitori di prestazioni che curano lo stesso paziente è fondamentale. A questo proposito, l'intera équipe di cura, vale a dire sia i medici sia il personale infermieristico, deve essere aggiornata sulle prestazioni terapeutiche e infermieristiche fornite. Ciò implica una chiara regolamentazione, attribuzione e delimitazione delle competenze di medici e personale infermieristico. Ogni prestazione di coordinamento deve essere opportunamente e adeguatamente remunerata per tutte le parti interessate.

Groupe Mutuel accoglie con favore le condizioni che gli infermieri devono adempiere per poter fatturare direttamente a carico dell'AOMS. Tuttavia, ritiene che, in generale, le misure di contenimento dei costi siano deboli e chiede alcune integrazioni, per esempio, l'introduzione di un metodo uniforme a livello nazionale per calcolare il fabbisogno di personale infermieristico. In questo modo, i Cantoni potrebbero adeguare al fabbisogno comprovato il numero di autorizzazioni a esercitare a carico dell'AOMS che devono rilasciare, si ottimizzerebbe la distribuzione dei fornitori di prestazioni, si ridurrebbe il rischio di una distribuzione geografica non uniforme e si eviterebbe una possibile sovraofferta che farebbe aumentare i costi dell'AOMS. Per attuare il meccanismo di controllo dei costi da parte delle federazioni interessate, sulla fattura deve essere indicato se il personale infermieristico ha fornito una prestazione sulla base di una prescrizione, di un mandato medico o di propria iniziativa. A tale



scopo occorre creare una posizione ad hoc. In caso di doppia fornitura di prestazioni infermieristiche, una volta con e una volta senza prescrizione medica, Groupe Mutuel ritiene che l'ordinanza debba prevedere un ordine di priorità: le prestazioni fornite sulla base di una prescrizione medica devono avere la precedenza rispetto alle altre. Inoltre, prevede che la scelta del personale infermieristico o dell'organizzazione che impiega infermieri potrà essere limitata da nuove soluzioni assicurative. Per gli studi medici che impiegano personale infermieristico, propone che le prestazioni molto semplici (p. es. medicazione di una ferita da taglio) possano essere fornite da quest'ultimo ed essere fatturate a una tariffa inferiore rispetto a quella applicata se ad occuparsene fosse stato il medico.

L'articolo 36 capoverso 3 LAMal sancisce che le organizzazioni che impiegano infermieri devono disporre di un mandato di prestazioni cantonale. Tuttavia, l'articolo 13 capoverso 3 della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche limita la durata di questo obbligo a 8 anni. *Groupe Mutuel* chiede perché il sistema dei mandati di prestazioni cantonali sia limitato nel tempo in questo modo e quale sarà il disciplinamento applicabile a partire dal nono anno.

*mfe* e *PIP* accolgono con favore l'avamprogetto e la possibilità data agli infermieri di fatturare direttamente all'AOMS alcune prestazioni di cura che possono fornire sotto la propria responsabilità. Conformemente all'approccio interprofessionale, i professionisti della salute devono potere lavorare in modo indipendente, ossia senza prescrizione medica e sotto la propria responsabilità nel loro settore di competenza. Le competenze e i limiti devono essere definiti in modo chiaro.

Questa nuova competenza conferita ai professionisti delle cure infermieristiche contribuisce a una ripartizione più efficiente delle risorse e permette anche di sgravare i medici di famiglia e i pediatri da alcuni compiti di cura e coordinamento, consentendo loro di concentrarsi sulle loro competenze specifiche. In questo contesto, per *mfe* è incomprensibile che la valutazione dei bisogni effettuata da un infermiere sotto la propria responsabilità possa essere ripetuta una sola volta trascorsi 9 mesi dalla prima. Ciò significa che, al massimo dopo 18 mesi, si dovrà consultare il medico curante e un eventuale proseguimento della terapia richiederà una prescrizione o un mandato medico anche per le prestazioni di valutazione, consigli, coordinamento e cure di base. Questa disposizione è in contrasto con l'approccio interprofessionale secondo cui ogni professionista deve poter lavorare in modo autonomo nel suo settore di competenza. Con questo articolo, infatti, il medico mantiene la sovranità sul settore delle cure infermieristiche, che in questo senso risulta autonomo solo superficialmente.

*mfe* e *PIP* sono molto critici nei confronti del prospettato conferimento ai Cantoni della facoltà di limitare le autorizzazioni rilasciate agli infermieri e alle organizzazioni Spitex. Un disciplinamento analogo, che non ha mancato di sollevare enormi difficoltà, è stato recentemente introdotto per i medici. In effetti, i metodi utilizzati per calcolare il tasso di copertura producono risultati che non corrispondono alla realtà del territorio, come mostra per esempio la difficoltà a trovare un medico curante che, per chi abita in alcune regioni, può essere estrema. Non da ultimo, la limitazione del diritto a esercitare a carico dell'AOMS riduce l'interesse e la motivazione degli studenti e dei giovani professionisti della salute a proseguire gli studi o a esercitare, con il rischio di aggravare la carenza di personale infermieristico e la nostra dipendenza dall'estero per fornire le cure di base alla popolazione.

*pharmaSuisse* chiede che il DFI definisca le prestazioni, in particolare quelle di coordinamento. Il coordinamento, infatti, è un elemento essenziale del lavoro interprofessionale e pertanto le relative prestazioni dovrebbero essere definite anche per gli altri professionisti della salute (infermieri, farmacisti, medici ecc.), soprattutto in vista dello sviluppo della collaborazione interprofessionale indispensabile per migliorare l'efficienza dell'assistenza sanitaria. Oltre al coordinamento del medico curante con il personale infermieristico, il Consiglio federale dovrebbe disciplinare anche il coordinamento con gli altri professionisti della salute coinvolti nell'assistenza ai pazienti, incluso il farmacista. In questo contesto, va considerata anche la remunerazione di tutti i medici e i professionisti della salute coinvolti.

Secondo *santésuisse*, il fabbisogno di personale infermieristico e di organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio deve essere determinato con un metodo uniforme a livello nazionale, analogo a quello utilizzato per stabilire il numero massimo di medici nel settore ambulatoriale. In questo modo, i Cantoni potrebbero adeguare al fabbisogno comprovato il numero di autorizzazioni a esercitare a carico dell'AOMS che devono rilasciare, si ottimizzerebbe la distribuzione dei fornitori di prestazioni, si ridurrebbe il rischio di una distribuzione geografica non uniforme e si eviterebbe una possibile sovraofferta che farebbe aumentare i costi dell'AOMS.

*ASI* (e con essa *SBK-BE*, *SBK-GR*, *ASI-NEJU*, *Brotegg Praxis*, *Curacasa*, *IG SwissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PH CH*, *SHV*, *SIGA*, *SSHP+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *UNIA* e *ZHAW*), *ASPS*, *PBL*, *Spitex Schweiz* e *Spitex Zürich* chiedono un adeguamento del titolo 4 capitolo 1 sezione 6 OAMal dato che la rubrica attuale («Persone che dispensano cure previa prescrizione medica e organizzazioni che le occupano») non rispecchia l'autonomia del settore delle cure infermieristiche garantita dalla Costituzione. Gli infermieri, infatti, sono professionisti che forniscono prestazioni non solo previa prescrizione medica o, in altre parole, le cui prestazioni sono fornite solo in parte previa prescrizione medica.

*SBK-BSBL* fa notare che la rubrica del capitolo 2 OPre («Prestazioni effettuate da persone che dispensano cure previa prescrizione o mandato medico») deve essere adeguata perché non più pertinente viste le modifiche.

*USS* respinge la proposta di attuazione del «settore sotto la propria responsabilità», e cioè la fatturazione diretta delle prestazioni valutazione, consigli, coordinamento e cure di base da parte degli infermieri. A suo parere, alcune delle condizioni previste dall'avamprogetto per attuarlo sono proibitive al punto dall'impedirne la realizzazione. *USS* chiede quindi di correggerle e di adeguare di conseguenza le modifiche dell'OPre interessate.

### **3.4 Osservazioni generali sull'ordinanza sugli aiuti finanziari destinati a promuovere l'efficienza nell'ambito delle cure mediche di base (OACMB)**

La grande maggioranza dei partecipanti alla consultazione accoglie con favore l'OACMB e sottolinea soprattutto l'importanza della promozione dell'interprofessionalità.

*CDS* e con essa *AG*, *BE*, *FR*, *NE*, *OW*, *SZ*, *TG*, *TI*, *UR*, *ZG* e *ZH* plaudono alla decisione del Consiglio federale di attuare la seconda fase del programma di promozione «Interprofessionalità nel settore sanitario» e di sostenere progetti concreti con aiuti finanziari della Confederazione. Appoggiano esplicitamente i relativi obiettivi di miglioramento dell'efficienza e della collaborazione interprofessionale, perché possono contribuire a mitigare la carenza di personale qualificato nel settore sanitario. Sostengono le disposizioni dell'ordinanza sulle condizioni e sulla procedura per la concessione di aiuti finanziari da parte della Confederazione. Ritengono particolarmente utili le condizioni definite nell'articolo 2 OACMB, secondo cui un progetto deve essere trasferibile ad altri contesti o regioni, ma chiedono che le disposizioni siano attuate con buon senso riducendo al minimo l'onere amministrativo per la presentazione della domanda e dei rapporti periodici.

*VD* accoglie con favore l'OACMB. Sottolinea l'importanza della collaborazione interprofessionale e dei progetti volti a promuovere la figura professionale dell'infermiere di pratica avanzata (APN) nell'assistenza sanitaria. Progetti di questo tipo potranno essere presentati dalle scuole universitarie in collaborazione con le direzioni cantonali della sanità.

*VD*, *BFH*, *FKG* e *VFP* vedono in questo strumento di promozione anche una possibilità per sviluppare ed esaminare modelli di assistenza innovativi che prevedono nuovi ruoli nel settore infermieristico (p. es. APN). Ritengono che la procedura proposta sia adeguata e praticabile, ma si chiedono se 8 milioni di franchi ripartiti su 5 anni e un aiuto finanziario massimo di 400 000 franchi per progetto sia sufficiente. Dato che i progetti regionali e interprofessionali a carattere di modello necessitano di mezzi finanziari notevoli e hanno un orizzonte temporale di lungo termine, il periodo di promozione di 8 anni potrebbe essere troppo breve. *VD* e *SNL* fanno notare che i prospettati nuovi modelli di assistenza possono includere prestazioni non coperte nell'attuale contesto attuariale per cui i relativi costi saranno ingenti.

Per *UDC* non vi è alcun dubbio che il fabbisogno di infermieri in Svizzera continuerà ad aumentare sotto la spinta dello sviluppo demografico. Per rimediare alla carenza di personale qualificato, oltre a formare più infermieri sarà fondamentale puntare sul miglioramento dell'efficienza e sulla promozione della collaborazione tra le diverse professioni sanitarie. L'obiettivo della Confederazione e dei Cantoni deve essere quello di fornire prestazioni sanitarie nel modo più efficiente possibile e quindi quanto meno di frenare l'aumento dei premi delle casse malati. Occorre evitare di gonfiare ingiustificatamente il settore sanitario.

Secondo *ARTISET*, nel settore delle case per anziani e di cura mancano spesso i mezzi finanziari anche solo per avviare progetti. La Confederazione dovrebbe pertanto stanziare fondi per la diffusione di progetti a carattere di modello adatti anche a questo settore. *ARTISET* e *Innovationssoziale* auspicano inoltre che si possano promuovere anche progetti volti a ridurre l'onere amministrativo degli infermieri.

*BEKAG* e *FMH* accolgono con favore la promozione concreta di progetti attraverso gli aiuti finanziari della Confederazione incentrati, tra l'altro, sul miglioramento dell'efficienza e della collaborazione interprofessionale. Ritengono importante che l'onere per la presentazione delle domande, per i rapporti periodici e per la valutazione rimanga proporzionato alla portata e alle risorse del rispettivo progetto. *BEKAG* e *FMH* plaudono all'inserimento nella *LPMed* e nella *LPSan* di disposizioni per sostenere progetti che contribuiscono a promuovere l'efficienza nell'ambito delle cure mediche di base e in particolare ai nuovi approcci innovativi per migliorare la collaborazione interprofessionale tra le diverse professioni sanitarie. A loro parere, è molto importante che i criteri di selezione dei progetti siano resi pubblici e trasparenti mediante l'*OACMB*. Dal loro punto di vista, per fornire cure infermieristiche sufficienti, sicure e di qualità bisogna stabilire una *nurse to patient ratio* per ciascun settore di cura. Ritengono che una remunerazione consona delle prestazioni di cura sia essenziale per garantire un salario adeguato e influisca direttamente sulla sicurezza dei pazienti e la qualità delle cure. Auspicano pertanto che le prestazioni fornite nella qualità necessaria, in modo efficiente ed economico siano debitamente remunerate.

*BFH*, *FKG* e *VFP* auspicano un maggiore coinvolgimento degli infermieri nella valutazione dei progetti e, poiché ritengono che i costi di una valutazione approfondita debbano essere sostenuti dalla Confederazione, vogliono che questo aspetto sia menzionato esplicitamente.

*BSH*, *mfe*, *PIP*, *Spitex Schweiz* e *Spitex Zürich* chiedono che l'attuazione degli aiuti finanziari non sia complicata quanto quella dell'articolo sulla sperimentazione. Le esperienze fatte sinora con quest'ultimo mostrano che gli ostacoli sono troppo alti e questo errore va assolutamente evitato.

*IMAD* sostiene senza riserve l'avamprogetto, ma auspica che la sua attuazione sia semplice e che, a differenza dell'attuazione dell'articolo sulla sperimentazione, le parti interessate siano supportate durante la procedura di domanda.

*Innovationssoziale* è del parere che, in linea di principio, la collaborazione interdisciplinare debba andare oltre le professioni sanitarie ed essere estesa alle professioni del lavoro sociale. In pratica, già oggi esse collaborano strettamente e solo una collaborazione inter- e transdisciplinare riconosciuta e rafforzata tra professioni sanitarie e del lavoro sociale consentirà di realizzare con successo sistemi di assistenza efficienti e orientati al futuro. Secondo *Innovationssoziale*, i progetti che ricevono aiuti finanziari nell'ambito dell'*OACMB* dovrebbero condividere le loro idee. A tale scopo, l'*UFSP* dovrebbe creare una piattaforma delle migliori pratiche sulla quale si possano condividere idee e risultati.

*mfe* e *PIP* accolgono con favore il fatto che l'interprofessionalità sia riconosciuta come un elemento che contribuisce all'efficienza dell'assistenza medica di base. Tuttavia, dubitano che il credito di 8 milioni di franchi ripartiti su 4 anni sia sufficiente per promuovere durevolmente l'efficienza e l'interprofessionalità in questo settore. Per raggiungere questo obiettivo, occorrerebbe un finanziamento permanente che vada oltre le strutture attuali.

Per quanto riguarda l'ordine di priorità, oltre alle cure di lungodegenza, bisognerebbe prevedere altre priorità come, per esempio, i settori dell'assistenza con una carenza di personale qualificato come la medicina di famiglia, la medicina pediatrica e dell'adolescenza, e

la psichiatria, nonché la cura di persone affette da malattie croniche. Inoltre, tutti i progetti dovrebbero mirare a rafforzare l'autogestione del paziente.

*pharmaSuisse* accoglie con favore gli aiuti finanziari destinati a promuovere l'assistenza medica di base e soprattutto a migliorare la collaborazione interprofessionale tra le diverse professioni sanitarie. Tuttavia, ritiene che non vada posto l'accento solo sulle cure (di lungodegenza). La carenza di addetti e di personale qualificato è sempre più evidente non solo nelle cure infermieristiche, ma anche tra i farmacisti e gli assistenti di farmacia o gli specialisti di farmacia e anche questo è un aspetto di cui bisogna tenere conto. Già oggi varie prestazioni fornite dai farmacisti migliorano la qualità delle cure, per esempio con il progetto myCare Start volto a promuovere l'aderenza terapeutica dei pazienti malati cronici, i circoli di qualità di medici, farmacisti nonché tra medici, infermieri e farmacisti (p.es. come nel modello friburghese di assistenza farmaceutica nelle case di cura).

*Santésuisse* deplora che la Confederazione stessa non abbia avviato alcun progetto sull'efficienza nelle cure infermieristiche e ritiene importante sostenere i progetti che perseguono questo obiettivo. A tal fine, mancano una direttiva e una leadership a livello nazionale.

*Spitex Schweiz* e *Spitex Zürich* respingono come inadeguato il limite massimo della copertura tramite gli aiuti finanziari alla metà dei costi computabili dei progetti. A loro parere, impedisce un'attuazione ragionevole e presuppone che i fornitori di prestazioni si procurino fondi dai finanziatori o da terzi, dato che tali progetti non possono essere finanziati con le entrate ordinarie.

### **3.5 Osservazioni generali sull'ordinanza concernente l'entrata in vigore integrale della legge sulle professioni sanitarie**

In merito all'ordinanza concernente l'entrata in vigore integrale della legge sulle professioni sanitarie non sono pervenute osservazioni generali.

## **4 Pareri in merito alle singole disposizioni**

### **4.1 Ordinanza sulla promozione della formazione in cure infermieristiche**

#### **4.1.1 Articolo 1**

##### **4.1.1.1 Articolo 1 capoverso 1**

VD ricorda l'importanza di sostenere la formazione universitaria per il conseguimento del master of science in cure infermieristiche, visto il suo ruolo fondamentale per il sistema sanitario.

##### **4.1.1.2 Articolo 1 capoverso 2**

VD propone di riformulare questo capoverso come segue:

- «I contributi federali sono limitati dai mezzi finanziari disponibili» oppure
- «Non sussiste alcun diritto ai contributi federali, che possono essere limitati dai mezzi finanziari disponibili.»

La formulazione proposta nell'avamprogetto suggerisce che la Confederazione può rifiutare la concessione di contributi senza basarsi su un criterio specifico e, potenzialmente, anche se i mezzi finanziari non sono esauriti. È importante che nessun contributo possa essere rifiutato finché il limite finanziario non è stato raggiunto.

##### **4.1.2 Articolo 2 Condizioni**

CDS e con essa CDPE nonché AG, AI, BE, FR, GL, GR, LU, NE, OW, SZ, UR, VD, VS, ZG e ZH accolgono con favore la volontà della Confederazione di concedere contributi ai Cantoni per tutte le spese da essi sostenute per la promozione e la garanzia di posti di formazione pratica, ossia di non fare distinzioni tra i posti di praticantato esistenti e quelli supplementari/di nuova creazione. In questo modo, la Confederazione riconosce che anche l'attuale offerta di posti di praticantato genera costi ricorrenti annuali senza penalizzare i Cantoni che hanno già

ampiamente sfruttato il potenziale formativo delle strutture. *CDS* fa notare che, per i Cantoni che dopo l'approvazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche hanno già adottato ulteriori misure per promuovere la formazione in questo settore, è fondamentale che dal 1° luglio 2024 la Confederazione sostenga anche queste misure se rientrano in uno dei tre ambiti di promozione previsti dalla legge federale.

*BL* chiede una definizione più precisa delle espressioni come settimane di praticantato, posti di praticantato o posti di formazione.

*FR* fa notare che i Cantoni responsabili della scuola universitaria professionale della Svizzera occidentale HES-SO alimentano un fondo che versa contributi alle strutture che offrono posti di formazione agli studenti della HES-SO. I contributi cantonali sono quindi indiretti e bisogna chiarire se i contributi federali possono essere concessi anche con questo sistema.

#### **4.1.2.1 Articolo 2 capoverso 1**

*GE* e *HES-SO* fanno notare che l'articolo 2 capoverso 1 lettere a e b non fornisce precisazioni riguardo ai mezzi di esecuzione dell'articolo 5 della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche.

#### **4.1.2.2 Articolo 2 capoverso 1 lettera a**

In merito all'articolo 2 capoverso 1 lettera a non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.2.3 Articolo 2 capoverso 1 lettera b**

*BL*, *SO* e *VD* accolgono con favore l'intenzione della Confederazione di accordare contributi federali anche per le spese sostenute dai Cantoni per promuovere l'innovazione e migliorare la qualità della formazione pratica, ma auspicano ulteriori spiegazioni riguardo alle modalità di versamento di tali contributi.

*ARTISET* chiede un rafforzamento dei formatori professionali attraverso una migliore retribuzione e più tempo per assistere gli studenti nonché la possibilità di seguire regolarmente corsi di perfezionamento o di ricevere coaching in situazioni di formazione difficili.

Secondo *ASPS* e *Spitex Schweiz*, questo articolo deve includere anche la remunerazione delle prestazioni fornite dai formatori professionali.

Anche *IMAD* fa notare che non solo la formazione in senso stretto, ma anche diversi aspetti legati al lavoro dei formatori devono essere remunerati (p. es. formazione dei formatori stessi o compensazione del tempo che questi ultimi hanno dedicato alla propria formazione).

*BFH* e *VFP* approvano esplicitamente l'obiettivo di migliorare o rafforzare sia la qualità della formazione pratica sia la formazione e il ruolo dei formatori professionali. Ritengono tuttavia che le misure di promozione della formazione pratica debbano valere allo stesso modo a livello di SSS e di SUP (e, secondo *VFP*, anche di università) affinché non si creino squilibri tra le diverse formazioni.

*OST* sottolinea l'importanza di ridurre il tasso di abbandono durante la formazione e il ruolo centrale che in quest'ottica svolge la qualità della formazione pratica. Per raggiungere questo obiettivo, bisogna coinvolgere le SUP, prevedere una remunerazione adeguata a tale scopo o, in alternativa, stabilire i gradi di occupazione in percentuale necessari.

*PBL* chiede che il livello di qualifica dei responsabili della formazione professionale sia garantito sull'intero territorio nazionale, che si finanzino le funzioni cliniche pertinenti e che si riduca sensibilmente l'onere di documentazione nell'ambito degli accompagnamenti della formazione pratica. Nella pratica, rileva un netto aumento dell'impegno richiesto ai formatori professionali per gestire le crisi psichiche degli studenti, che si ripercuotono sulla loro capacità lavorativa e sulla loro resistenza e inducono molti di loro ad abbandonare la formazione.

Secondo *senesuisse*, è importante che vengano stanziati fondi per garantire un numero sufficiente di formatori e creare condizioni quadro favorevoli in modo da ridurre il tasso di abbandono durante la formazione.

Per *SBK-BSBL* non è chiaro cosa si intenda per miglioramento della qualità, se l'obiettivo sia aumentare il numero di persone in formazione o migliorare la qualità delle formazioni stesse.

#### 4.1.2.4 Articolo 2 capoverso 2

Per *CDS* e con essa *CDPE* nonché *AG, AI, BE, BL, FR, GL, GR, NE, OW, SG, SZ, UR, VS, ZG* e *ZH*, la norma in base alla quale le settimane di praticantato in ospedale già remunerate secondo l'articolo 49a LAMal non possono esserlo nuovamente non rientra in questa ordinanza perché la stessa non disciplina la fissazione di tariffe nel settore stazionario.

*GE* chiede di chiarire il legame tra gli articoli 49a e 49 capoverso 3 LAMal e l'avamprogetto e di precisare quali costi di formazione copre e quali non copre la LAMal, e per cosa i Cantoni possono o non possono chiedere contributi federali in questo contesto.

*JU* chiede di precisare che cosa si intende per «Gli ospedali devono detrarre i contributi federali prima del calcolo della tariffa...» visto che, a suo parere, questa formulazione non è chiara e crea confusione. In effetti, non gli risulta che gli ospedali ricevano contributi federali. I contributi che ricevono per la promozione della formazione provengono dai Cantoni, che possono a loro volta beneficiare di contributi della Confederazione per gli importi versati. È necessario chiarire come va inteso il meccanismo previsto dal legislatore, soprattutto laddove risulta che le tariffe ospedaliere ai sensi degli articoli 49 e 49a LAMal non coprono i costi degli ospedali.

Anche *VD* chiede di verificare la terminologia del testo francese («traitement stationnaire») per garantire la coerenza con l'articolo 49 LAMal («traitement hospitalier») e di chiarire i collegamenti tra gli articoli 49 capoverso 3 e 49a LAMal e l'ordinanza, in particolare per cosa i Cantoni possono o non possono chiedere un contributo. *HES-SO* avanza questa stessa richiesta.

*VS* chiede che il primo periodo sia integrato come segue: «[...] nella misura in cui sono state prese in considerazione nel calcolo della tariffa».

Secondo *ASI* e con essa *BFH, Brotegg Praxis, Curacasa, IG swissAPN, ISMI, NOPS, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, ASI-NEJU, SHV, SIGA, SNL, SNS, SP, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Syna, UNIA, VFP, VSAO* e *ZHAW*, occorre creare incentivi per gli ospedali (che già oggi formano il maggior numero di infermieri) affinché aumentino ulteriormente le loro capacità formative laddove possibile o riducano il tasso di abbandono durante la formazione. Ritengono infatti che essi abbiano molte meno possibilità di beneficiare dei contributi supplementari compiendo ulteriori sforzi di formazione e quindi siano anche meno incentivati a farlo. Inoltre, va indicato in che modo gli ospedali possono beneficiare della promozione della formazione senza incorrere in doppi finanziamenti. Propongono pertanto che i costi standard netti (che risalgono al 2011) siano adeguati alle circostanze attuali e aumentati (rincaro, aumento del costo del lavoro e dei prezzi dell'energia). Inoltre, un nuovo articolo dovrebbe stabilire che, in aggiunta al finanziamento di progetti, le istituzioni possono chiedere un forfait per la differenza tra i costi standard netti calcolati ex novo e quelli attuali. Anche *PBL* e *senesuisse* avanzano questa proposta.

Secondo *SNL* e *VFP*, bisogna altresì garantire che le istituzioni con un contratto di formazione in vigore, che possono provare di aver fornito prestazioni di formazione remunerate conformemente alla LAMal, non siano penalizzate rispetto a quelle sprovviste di un contratto analogo.

Anche *H+* ritiene problematico che i costi standard raccomandati dalla *CDS* siano invariati dal 2015. I dati utilizzati per calcolarli risalgono al 2012 e ad anni precedenti, per cui non costituiscono una base recente e affidabile. Visto il rincaro generale, si deve partire dal presupposto che i costi attuali siano nettamente superiori ai costi standard netti e che, di conseguenza, nel caso degli ospedali, non siano coperti dai contributi standard. *H+* chiede quindi che, nel quadro dell'attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche, il finanziamento delle prestazioni di formazione pratica fornite dagli ospedali compensi l'attuale insufficiente copertura dei costi standard netti attraverso i contributi standard e garantisca le risorse supplementari necessa-

rie. Si tratta di una richiesta lecita visto che le prestazioni di formazione non sono prestazioni mediche, infermieristiche o terapeutiche in senso stretto. Poiché devono essere fornite ai sensi dell'articolo 2 capoverso 1 e dare diritto all'ottenimento di contributi, H+ chiede di adeguare l'articolo 2 capoverso 2 come segue: «Agli ospedali sono computabili come spese cantonali solo le spese che non vengono già remunerate secondo l'articolo 49a della legge del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal). Gli ospedali devono detrarre i contributi federali prima del calcolo della tariffa per la remunerazione della cura ospedaliera di cui all'articolo 49 LAMal. I Cantoni stabiliscono insieme ai rispettivi fornitori di prestazioni le risorse finanziarie supplementari necessarie per raggiungere gli obiettivi dell'iniziativa sulle cure infermieristiche conformemente all'articolo 2 capoverso 1 lettere a e b. Questi costi possono essere sovvenzionati fino al 50 per cento dalla Confederazione conformemente all'articolo 1.» KOGS propone questo stesso adeguamento.

Anche OdASanté rileva una disparità di trattamento nei confronti degli ospedali. Poiché questi ultimi offrono gran parte dei posti di formazione, anch'essi vanno incentivati ad aumentare la loro capacità in tal senso. Pertanto, gli ospedali che forniscono prestazioni supplementari in termini quantitativi ai sensi della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche devono anche poterle fatturare conformemente a tale legge. Gli ospedali interessati possono essere individuati sulla base degli obblighi di formazione.

#### **4.1.3 Articolo 3 Calcolo**

TI chiede l'aggiunta di un capoverso 1<sup>bis</sup> del tenore seguente: «I contributi federali sono riconosciuti in particolare in relazione a tutti i contributi accordati dai Cantoni a partire dal 1° gennaio 2021».

##### **4.1.3.1 Articolo 3 capoverso 1**

VD chiede un chiarimento: secondo l'articolo 8 capoverso 2 della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche, i contributi federali ammontano al massimo alla metà dei contributi che i Cantoni hanno accordato, ma il presente capoverso non riprende l'espressione «al massimo». A beneficiarne sono i Cantoni, ma ciò non deve creare confusione dato che, osserva VD, vale quanto sancito dalla legge, ossia al massimo la metà e, di conseguenza, il contributo federale potrebbe essere inferiore al 50 per cento dell'importo versato dal Cantone.

OST chiede che la Confederazione versi un contributo minimo indipendentemente dalla decisione dei Cantoni.

##### **4.1.3.2 Articolo 3 capoverso 2**

CDS e con essa CDPE nonché AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG e ZH sono fermamente contrari a una riduzione graduale del 5 per cento dei contributi federali a partire dal 1° gennaio 2030 e non comprendono la motivazione addotta. Per questa ragione, chiedono lo stralcio dell'articolo 3 capoverso 2. I Cantoni sostengono la formazione del personale sanitario (che non comprende solo i diplomi di infermiere) già da prima dell'entrata in vigore della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche, tra l'altro attuando gli obblighi di formazione, cofinanziando i relativi costi attraverso le tariffe o il finanziamento residuo e sostenendo finanziariamente altre attività/offerte. Ovviamente continueranno a impegnarsi anche dopo la scadenza della legge, ma la maggior parte di essi non potrà permettersi di portare avanti a tempo indeterminato le misure previste dalla legge in questione oltre la sua durata di validità e rendere permanenti i mezzi finanziari necessari a tale scopo senza contributi federali. Tutt'al più potrebbero farlo per misure specifiche che non riguardano solo il personale infermieristico diplomato ma anche altre professioni sanitarie. La riduzione progressiva dei contributi federali verso la fine del periodo di promozione non cambierà lo stato delle cose per i Cantoni anzi, comprometterà la sicurezza della loro pianificazione finanziaria limitando così l'impatto dell'offensiva sul fronte della formazione negli ultimi anni di validità della legge. Oltretutto, il disciplinamento proposto è incoerente, in quanto la riduzione progressiva interessa solo due dei tre ambiti di promozione previsti dalla legge federale. I Cantoni fanno infine notare che il

nuovo articolo costituzionale obbliga loro e la Confederazione ad assicurare che sia disponibile un numero sufficiente di infermieri diplomati. La limitazione a 8 anni della durata di validità della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche è incomprensibile anche da questo punto di vista.

Nel chiedere lo stralcio dell'articolo 3 capoverso 2, *BE* segnala che, dando seguito all'obbligo di formazione sancito dalla legge, già dal 1° gennaio 2012 remunera i fornitori di prestazioni di tutti i settori sanitari per le prestazioni di formazione pratica da essi fornite nell'ambito delle formazioni SSS e SUP in cure infermieristiche. Questa remunerazione, così come i contributi di formazione già oggi versati agli studenti per assicurare il loro sostentamento, saranno mantenuti anche una volta terminato il cofinanziamento. *BE* considera la prevista riduzione progressiva un segno di mancata considerazione degli ingenti mezzi finanziari che investe già da prima dell'approvazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche.

Anche *SH* respinge la riduzione progressiva dei contributi federali. A suo parere, non solo non incentiva a proseguire l'offensiva sul fronte della formazione, ma rende anche più difficile attuarla negli anni 2030–2032.

Secondo *ARTISET*, *BGS*, *Brotegg Praxis*, *Curacasa*, *PEV*, *I VERDI*, *H+*, *IDS*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PBL*, *PH CH*, *ASI*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-GR*, *ASI-NEJU*, *SBG*, *senesuisse*, *SHV*, *SIGA*, *SNS*, *PSS*, *SSPH+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *UNIA*, *VSAO* e *ZHAW*, la riduzione progressiva dei contributi federali è inutile dal momento che hanno comunque una durata limitata.

Anche *ASPS*, *KOGS*, *OdASanté* e *Spitex Schweiz* sono contrari alla riduzione progressiva dei contributi federali e chiedono di stralciare l'articolo.

*MFÄF* preferirebbe a una riduzione dei contributi del 5 per cento a partire dal 2030, che di fatto costituirebbe un trasferimento di oneri ai Cantoni, una loro durata limitata fino al 2030 e un proseguimento delle misure di sostegno federali dopo un'analisi della situazione del mercato del lavoro.

#### **4.1.3.3 Articolo 3 capoverso 3**

Per *AR* è importante che nell'elaborare l'ordine di priorità si tenga conto della distribuzione regionale e quindi anche dei Cantoni più piccoli. Per questi ultimi, infatti, la presentazione di una domanda comporta un onere importante in termini di personale e ignorare questo aspetto significa correre il rischio di ritardi che potrebbero essere penalizzanti nell'attribuzione dei fondi federali.

*GL* chiede l'aggiunta di un capoverso 4 senza proporre alcuna formulazione. L'introduzione o l'applicazione di un ordine di priorità secondo l'articolo 8 capoverso 5 della legge federale per la promozione della formazione in cure infermieristiche deve essere per quanto possibile evitata o perlomeno annunciata con diversi anni di anticipo, per consentire ai Cantoni di apportare eventuali modifiche legislative. Inoltre, un certo finanziamento di base (ripartito proporzionalmente alla popolazione o al fabbisogno) dovrebbe essere comunicato in modo attendibile per tutta la durata di validità.

*JU* ritiene che l'ordine di priorità debba essere reso pubblico e comunicato ai Cantoni sin dall'inizio dell'attuazione della legge. È inaccettabile aspettare di trovarsi in una situazione in cui la domanda supera l'offerta per definire le priorità. I Cantoni devono poter conoscere questi elementi per definire i loro piani d'azione e assegnare i budget alle varie misure previste dalla legge. In effetti, non spetta a loro assumersi il rischio di fissare le priorità tra gli aiuti alla formazione pratica, gli aiuti agli studenti in cure infermieristiche e/o gli aiuti alle SSS. L'ordine di priorità deve essere reso pubblico al più tardi alla pubblicazione delle ordinanze definitive.

*SH* osserva che la distribuzione del budget deve poter essere pianificata e critica la mancanza di parametri orientativi riguardo ai fondi disponibili. Ritiene importante fare chiarezza sull'ammontare dei mezzi finanziari disponibili per i costi di formazione non coperti e considera troppo breve il periodo dalla primavera del 2024 al 1° luglio 2024 per elaborare piani dettagliati con tutte le parti coinvolte.



VD chiede maggiore trasparenza sui criteri utilizzati per stilare l'ordine di priorità che, tra l'altro, deve rispettare l'equilibrio tra la formazione pratica SSS e SUP affinché quest'ultima non sia svantaggiata.

ARTISET, ASPS, BFH, Brotegg Praxis, Curacasa, H+, IG swissAPN, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, PH CH, ASI, SBK-BE, ASI-NEJU, senesuisse, SHV, SIGA, SNS, PSS, Spitex Schweiz, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Syna, Travail.Suisse, UNIA, VFP, VSAO e ZHAW chiedono che, qualora fosse necessario un ordine di priorità per distribuire i fondi, i criteri utilizzati per stilarlo siano resi noti ai Cantoni e al pubblico.

A tal fine, ASPS, Brotegg Praxis, Curacasa, IG swissAPN, ISMI, NOPS, PH CH, ASI, SBK-BE, ASI-NEJU, senesuisse, SHV, SIGA, SNS, PSS, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, VSAO e ZHAW chiedono di inserire un capoverso in questo senso.

H+, KOGS, OdASanté, Travail.Suisse e Syna chiedono di integrare di conseguenza il capoverso.

IDS chiede che l'ordinanza sia integrata con i criteri che il DFI e il DEFR devono rispettare per stilare l'ordine di priorità.

Per OST non è chiaro di che ordine di priorità si tratti visto che il testo di legge non lo specifica.

SBK-BSBL chiede che tale ordine di priorità debba essere stilato con debito anticipo e segnala che mancano indicazioni riguardo ai tempi e al contenuto. A suo parere, questo capoverso complica la pianificazione dei Cantoni.

SNL e VFP chiedono anche che le risorse siano equamente distribuite non solo tra le regioni, ma anche tra la formazione pratica SSS e SUP, affinché quest'ultima non sia svantaggiata. Un trattamento preferenziale delle SSS costituirebbe una chiara discriminazione nei confronti della Svizzera romanda e del Ticino, dove la maggior parte degli infermieri è formata dalle SUP.

#### **4.1.4 Articolo 4 Condizioni**

##### **4.1.4.1 Articolo 4 capoverso 1**

GE, JU, VD e VS nonché HES-SO, Travail.Suisse e Syna segnalano un errore nel testo francese dell'ordinanza e propongono la correzione seguente: «Des contributions cantonales fédérales aux aides cantonales à la formation selon l'art. 7 [...]».

SG chiede che ai Cantoni sia consentito chiedere la restituzione dei contributi già versati in caso di abbandono della formazione.

SH chiede che si concretizzi il termine «contributi». Inoltre, si interroga sulla loro efficacia in quanto, se sono versati come supplementi salariali, il loro trattamento fiscale e contributivo può comportare un rapporto lordo/netto diverso da quello dei pagamenti diretti da parte di un ufficio cantonale.

VD accoglie con favore il meccanismo previsto per l'erogazione di contributi federali ai contributi di formazione cantonali. Per quanto riguarda i potenziali destinatari dei contributi di formazione cantonali, ritiene che spetti ai Cantoni definire il gruppo degli studenti che effettivamente necessitano di un sostegno per provvedere al proprio sostentamento, tenendo presente che lo scopo è consentire agli studenti di concludere la formazione in cure infermieristiche.

PEV e I VERDI sono contrari alla prescrizione di limiti di età e chiedono che siano eliminati.

I VERDI chiedono anche di adeguare l'articolo in modo che i contributi di formazione destinati ad assicurare il sostentamento siano accordati per l'intera durata della formazione.

OST vorrebbe che, per rendere più attrattiva la formazione in cure infermieristiche, si aiuti il maggior numero possibile di studenti ad assicurarsi il sostentamento. In quest'ottica, è opportuno che siano prese in considerazione anche le persone provenienti da altre professioni,

con formazioni precedenti in questo ambito o con obblighi familiari. Secondo OST, l'intento di alcuni Cantoni di vincolare l'attuazione a un limite di età arbitrario è insensato e inutile. L'articolo 4 capoverso 1 lettera b andrebbe quindi rivisto ed eventualmente adeguato o addirittura stralciato.

#### 4.1.4.2 Articolo 4 capoverso 1 lettera a

CDS e con essa CDPE nonché AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG e ZH chiedono di stralciare il secondo semiperiodo: «a. i Cantoni illustrano l'efficacia dei contributi di formazione e in particolare dimostrano che grazie ai contributi viene promosso l'accesso al ciclo di formazione SSS e al ciclo di studio SUP in cure infermieristiche». CDS e i Cantoni citati sostengono l'obiettivo di favorire l'accesso alla formazione SSS e SUP in cure infermieristiche e ritengono sia una misura (potenzialmente) efficace per reclutare più studenti. Dal loro punto di vista, essa andrebbe intesa nel modo più ampio possibile, nel senso che si potrebbe aumentare il numero di studenti SSS e SUP in cure infermieristiche anche migliorando le condizioni quadro finanziarie generali durante la formazione. Se da una parte è comprensibile che la Confederazione faccia dipendere il pagamento dei suoi contributi dall'efficacia di queste misure, dall'altra parte però il rapporto esplicativo non specifica come i Cantoni debbano dimostrare l'efficacia del sostegno alla formazione. Oltretutto, non è possibile stabilire un rapporto diretto di causa-effetto, in quanto sono diversi i fattori che concorrono ad avviare, continuare o interrompere una formazione. La percentuale di persone che non prendono in considerazione una formazione in cure infermieristiche esclusivamente per motivi finanziari è esigua. La Confederazione dovrebbe quindi ritenere sufficiente come prova il fatto che il numero di studenti rimanga almeno al livello attuale o (come auspicato) aumenti.

SO aderisce a questa argomentazione, ma non chiede di stralciare il secondo semiperiodo.

SG osserva che gli effetti delle misure di formazione adottate si manifestano con un certo ritardo, per cui un loro adeguamento entro gli 8 anni finanziati è praticamente impossibile.

TG cita il programma di promozione HF 25 plus introdotto già nel 2012 che, grazie ai contributi versati, consente a circa un quarto degli studenti SSS in cure infermieristiche del Cantone di concludere la loro formazione, il che ne dimostra l'efficacia. A suo parere, per aumentare ulteriormente la quota di persone che optano per questa formazione occorrono diverse misure supplementari volte a rendere attrattive e sostenibili nel tempo la formazione, le condizioni di impiego e le professioni sanitarie. Verificare l'impatto dei contributi di formazione versati agli attori come uno dei fattori in questo senso sarà impossibile, soprattutto perché nel Cantone di Turgovia la sola promessa di misure con la legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche sta già avendo effetti positivi.

SH chiede di stralciare del tutto la dimostrazione dell'efficacia, in quanto deve sempre tenere conto di molti criteri decisionali e può essere fornita solo con un enorme sforzo scientifico. Un accesso efficace ai gruppi di persone che, nonostante i contributi, hanno deciso di non seguire una formazione in cure infermieristiche appare poco probabile. Al riguardo, potrebbe rivelarsi assai difficile stabilire un nesso causale tra la decisione di seguire una formazione del livello terziario e l'incentivo finanziario.

VS nonché ARTISET e ASPS chiedono di stralciare l'articolo 4 capoverso 1 lettera a.

VD fa notare che, anziché «viene promosso l'accesso al ciclo di formazione SSS e al ciclo di studio SUP», bisognerebbe scrivere «viene promosso l'accesso al ciclo di formazione SSS e al ciclo di studio SUP» per non escludere i Cantoni che offrono solo uno dei due cicli. Anche BFH, H+ e VFP avanzano questa richiesta.

IDS constata che la disposizione non precisa in che modo i Cantoni devono dimostrare l'efficacia dei contributi federali accordati, per cui chiede l'aggiunta di una disposizione in tal senso.

Per KOGS e OdASanté, i criteri per la dimostrazione dell'efficacia non sono chiaramente definiti. Per stabilire quando si può parlare di successo dell'iniziativa, si dovrebbero utilizzare

criteri semplici che fanno riferimento a dati già rilevati annualmente come il numero di diplomati, il tasso di abbandono durante la formazione e così via.

SAV chiede di riflettere sul fatto che la promozione della formazione prevista contiene elementi estranei al sistema che potrebbero indurre altri settori ad avanzare pretese. Chiede quindi che le misure proposte siano accompagnate ai sensi di un monitoraggio anche dalla Conferenza tripartita della formazione professionale (CTFP) e che determinati interrogativi siano approfonditi eventualmente con l'aiuto di uno studio esterno. Oltre che all'impatto a breve termine del numero di persone che accedono ai cicli di formazione, SAV è interessato anche al numero di persone che ottengono il diploma e al tasso di permanenza nel settore, nonché a un possibile «crowding out» dei contributi dei datori di lavoro e dei lavoratori.

Secondo ASI e con essa *Brotegg Praxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, ASI-NEJU, SHV, SIGA, SNS, PSS, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF e VSAO*, i Cantoni possono illustrare solo l'efficacia prevista dei contributi di formazione. La verifica avverrà solo in un secondo tempo, nell'ambito della presentazione dei rapporti annuali all'UFSP.

*Spitex Schweiz e Senesuisse* chiedono di apportare l'integrazione seguente: «a. i Cantoni illustrano l'efficacia prevista dei contributi di formazione e in particolare dimostrano che grazie ai contributi viene promosso l'accesso al ciclo di formazione SSS e al ciclo di studio SUP in cure infermieristiche; e [...]».

*Travail.Suisse e Syna* osservano che il termine «accesso» nella lettera a è troppo poco concreto e chiede che cosa intenda il DFI per «accesso» al ciclo di formazione/di studio. Il rapporto esplicativo in francese parla di «d'accroître le recrutement» in questi cicli. Che cosa intende il DFI per «recrutement»? Si tratta di campagne? Di mezzi pubblicitari? Di mezzi di marketing? In tal caso, sarebbe inaccettabile che si utilizzino fondi pubblici a tale scopo. Spetta alle associazioni mantello/professionali mettere a disposizione le risorse necessarie.

Per *ZHAW e SSPH+* quanto prescritto dalla lettera a è una richiesta/condizione irrealistica. L'efficacia può essere dimostrata solo a distanza di anni e spesso negli interventi complessi e impegnativi è pressoché impossibile stabilire un nesso di causalità. Secondo loro, in questa disposizione si può parlare solo di efficacia prevista o possibile. La relativa verifica avverrebbe in un secondo momento, nell'ambito della presentazione dei rapporti annuali all'UFSP da parte dei Cantoni, e potrebbe fornire indicazioni per la valutazione di altre domande/progetti, pur rimanendo lungi dall'essere un'evidenza scientifica affidabile.

#### **4.1.4.3 Articolo 4 capoverso 1 lettera b**

*CDS* e con essa *CDPE* nonché *AG, AI, AR, BE, BL, GL, GR, LU, NE, NW, OW, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG* e *ZH* chiedono lo stralcio dell'articolo 4 capoverso 1 lettera b. Secondo l'articolo 7 capoverso 2 della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche, i Cantoni stabiliscono le condizioni e l'entità dei contributi di formazione, nonché la procedura per la loro attribuzione. La disposizione dell'articolo 4 capoverso 1 lettera b dell'ordinanza, invece, limita fortemente la progettazione di modelli. Al riguardo, la Confederazione lascia completamente aperto come definire il criterio «assicurarsi il sostentamento» e come distinguere la misura dei contributi di formazione dal sistema delle borse di studio esistente volto anch'esso ad assicurare il sostentamento.

*BS* e *SO* concordano sul fatto che i contributi di formazione devono essere versati in modo mirato e non «a pioggia» a tutti gli studenti, ma chiedono chiarimenti riguardo al sistema delle borse di studio cantonali.

*SO* osserva inoltre che manca una definizione dell'espressione «a pioggia» e del termine «sostentamento». È essenziale che nella concessione di contributi di formazione si permetta un certo schematismo o determinate generalizzazioni. A volte, per ragioni di attenzione ai bisogni dei cittadini e di economia amministrativa, è assolutamente inopportuno effettuare un esame approfondito di ogni singola domanda come viene fatto, ad esempio, nel caso delle borse di studio. Ciò, infatti, potrebbe finire con il dissuadere le persone interessate a una formazione come infermiere SSS o SUP a intraprendere questo percorso a causa degli

importanti ostacoli amministrativi per la concessione di contributi. In linea di principio, dovrebbe quindi essere sufficiente fissare un limite di età ed eventualmente prevedere altri criteri (alternativi) come, per esempio, l'obbligo di mantenimento da parte dei genitori.

*FR* ritiene che le borse di studio ordinarie debbano rimanere la principale forma di aiuto e che si debba fare ricorso ai contributi di formazione solo a titolo sussidiario, soprattutto per evitare il temuto versamento a pioggia. Auspica quindi che il rapporto esplicativo sia integrato in questo senso. Anche se i Cantoni sono autonomi nel fissare le condizioni, andrebbero definiti alcuni criteri. Su questo punto, la coerenza intercantonale è in effetti indispensabile.

*GE* chiede che il grado di dettaglio da fornire a titolo di prova sia considerato a livello globale. La Confederazione dovrà validare la domanda di finanziamento globale del Cantone (il principio) per evitare di giustificare/ricontrollare le domande nominative, procedura che appesantirebbe il processo di controllo.

*VS* chiede di integrare l'articolo 4 capoverso 1 lettera b come segue: «... secondo principi e condizioni minime definite congiuntamente dai Cantoni nell'ambito del coordinamento intercantonale» e che il principio del coordinamento intercantonale sia formalmente integrato nel testo dell'ordinanza. Diversamente, auspica che la Confederazione stessa fissi nell'ordinanza le condizioni minime come l'età, la situazione professionale ecc., e garantisca e controlli che il versamento a pioggia sia evitato.

*PLR* chiede lo stralcio o una formulazione più aperta dell'articolo 4 capoverso 1 lettera b, in quanto quella proposta limita eccessivamente le possibilità di attuazione dei Cantoni. A suo parere, con i contributi federali vanno sostenuti diversi modelli purché contribuiscano ad aumentare il numero di studenti. In questo senso, vanno promossi sia i modelli che promuovono l'accesso per un gruppo di destinatari limitato e chiaramente definito, sia i modelli che con il versamento di contributi forfettari raggiungono una percentuale maggiore di studenti e, in generale, accrescono l'attrattiva della formazione in cure infermieristiche.

Visto che molti Cantoni prevedono limiti di età per i contributi di formazione, *PSS* chiede di adeguare l'articolo 4 capoverso 1 lettera b senza tuttavia avanzare una proposta concreta di formulazione.

*BFH* e *VFP* chiedono di esaminare in che modo adeguare o addirittura stralciare l'articolo 4 capoverso 1 lettera b, adducendo che la disposizione in questione è formulata in modo troppo vago per i Cantoni. Auspicano un disciplinamento unitario a livello nazionale per il sostegno finanziario alle persone che aspirano a una formazione (SSS o SUP) in cure infermieristiche, nonché meccanismi per implementarlo affinché il bisogno di sostegno finanziario non diventi un ostacolo (assicurando in particolare il sostentamento alle persone con obblighi familiari, provenienti da altre professioni, o non più giovani). Fissare un limite di età è un criterio che di per sé non ha senso.

*BGS* e *H+* chiedono di verificare ed eventualmente adeguare o stralciare l'articolo 4 capoverso 1 lettera b. A loro parere, vanno ammessi e finanziati con contributi forfettari anche i modelli con parametri collettivi come l'età, lo stato civile ecc. *H+* si oppone di principio a una dimostrazione rigorosamente individuale.

*KOGS* e *OdASanté* chiedono di stralciare l'articolo 4 capoverso 1 lettera b. Ritengono infatti che le soluzioni legate all'età possano indurre le persone interessate a rimandare una formazione terziaria. Spesso, i metodi di verifica individuale comportano grandi sforzi per tutte le parti coinvolte. Ciò potrebbe tradursi in tempi di trattamento lunghi o scoraggiare gli studenti, mettendo così a rischio il passaggio al livello terziario. Occorre pertanto puntare su soluzioni semplici e praticabili, lasciando i Cantoni liberi di decidere in base a quali criteri individuali e/o collettivi concedere i contributi di formazione.

*ASI* e con essa *ARTISET*, *Brotegg Praxis*, *Curacasa*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PH CH*, *SBK-BE*, *ASI-NEJU*, *SHV*, *SIGA*, *SNS*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF* e *VSAO* vorrebbero che, per rendere più attrattiva la formazione in cure infermieristiche, si aiuti il maggior numero possibile di studenti ad assicurarsi il sostentamento. In quest'ottica, è opportuno che

siano prese in considerazione anche le persone provenienti da altre professioni, con formazioni precedenti in questo ambito o con obblighi familiari. A loro parere, l'intento di alcuni Cantoni di vincolare l'attuazione a un limite di età arbitrario è insensato e inutile. L'articolo 4 capoverso 1 lettera b andrebbe quindi rivisto ed eventualmente adeguato o addirittura stralciato.

*ZHAW* e *SSPH+* si associano al parere dell'*ASI*, secondo cui i contributi di formazione versati agli studenti *SUP* devono essere più consistenti rispetto a quelli versati agli studenti *SSS* i cui salari sono nettamente più alti.

*SBK-GR* chiede di stralciare l'articolo 4 capoverso 1 lettera b perché contrario all'obiettivo di consentire al maggior numero possibile di persone di accedere a una formazione in cure infermieristiche.

*Senesuisse* chiede che si stralci completamente l'articolo 4 capoverso 1 lettera b oppure che lo si adegui in modo che i versamenti forfettari a tutti gli studenti siano la norma. L'obiettivo di rendere più attrattiva la formazione in cure infermieristiche non sarà raggiunto se i Cantoni dovranno effettuare ampi accertamenti del costo della vita in ogni singolo caso. Piuttosto, bisognerebbe fare in modo di aiutare, nel limite del possibile, tutte le persone che vogliono seguire questa formazione ad assicurarsi il sostentamento. Secondo *senesuisse*, ciò va attuato prevedendo adeguati versamenti forfettari. In questo senso, è opportuno che per calcolare il loro ammontare siano prese in considerazione anche le persone provenienti da altre professioni, con formazioni precedenti in questo ambito o con obblighi familiari. Un limite di età arbitrario (come quello che intendono introdurre alcuni Cantoni), invece, fungerebbe irragionevolmente da freno.

*USS* chiede che l'età non costituisca un criterio esclusivo per ricevere contributi di formazione dal Cantone, solo il bisogno effettivo deve essere determinante. Per la prova del bisogno, la Confederazione non deve applicare il criterio dell'età oppure applicarlo nel modo più ampio possibile e nel senso dell'apprendimento lungo tutto l'arco della vita.

Anche secondo *SNL* le disposizioni sono molto vaghe e mancano linee guida per i Cantoni. Per esempio, la definizione di un limite di età non è un criterio di per sé sensato. In particolare, bisognerebbe tenere conto anche delle persone provenienti da altre professioni con obblighi familiari. Vi è il rischio che l'attuazione vari notevolmente da un Cantone all'altro e che le persone che hanno diritto ai crediti secondo l'articolo 4 capoverso 1 lettera b siano trattate in modo estremamente diverso a dipendenza del Cantone in cui risiedono. In alternativa, *SNL* propone che le istituzioni (più grandi) possano presentare al Cantone un piano che consenta loro di assegnare i contributi individualmente.

*UNIA* chiede che i contributi di formazione vadano a beneficio del maggior numero possibile di studenti. Occorre evitare che siano considerati esclusivamente come una forma di aiuto sociale o di «aiuto ai più poveri» e che i beneficiari siano stigmatizzati. Oltre che per assicurare il sostentamento, soprattutto in caso di obblighi familiari, che devono avere la priorità, questi contributi devono essere visti anche come impegno della società a favore di cure infermieristiche forti e come incentivo a iniziare un ciclo di formazione/studio in questo settore.

#### **4.1.4.4 Articolo 4 capoverso 2**

*CDS* e con essa *CDPE* nonché *AG*, *AI*, *BL*, *BS*, *GL*, *GR*, *LU*, *NE*, *OW*, *SO*, *SZ*, *TI*, *UR*, *VD*, *ZG* e *ZH* chiedono di precisare il termine «domicilio» perché non è definito né nella legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche né nel progetto di ordinanza o nel relativo commento. Si presume quindi che si riferisca al domicilio ai sensi dell'articolo 23 segg. del Codice civile svizzero (CC; RS 210). Sarebbe auspicabile un chiarimento in tal senso, dato che un'applicazione uniforme di questo termine in tutti i Cantoni è essenziale per l'attuazione della legge in questione.

*SH* si associa alla richiesta e sottolinea l'importanza di questa definizione per consentire ai Cantoni di chiarire tra loro le possibili doppie domande presentate da studenti provenienti da altri Cantoni e le pretese di regresso reciproche che ne conseguono. Queste questioni

sono rilevanti soprattutto quando le strutture con sede fuori Cantone devono versare contributi a studenti domiciliati in quest'ultimo, in quanto in questo tipo di costellazione il Cantone che li concede non ha alcun potere di esecuzione.

*BE* chiede che, per versare i contributi di formazione agli studenti e prevenire un turismo di questi ultimi, nell'ordinanza si applichi il domicilio determinante ai fini delle borse di studio. Il domicilio di diritto civile, infatti, incentiverebbe il trasferimento formale del domicilio nei Cantoni che pagano i contributi di formazione più alti, mentre quello determinante ai fini delle borse di studio – rivelatosi estremamente valido per regolare il traffico studentesco intercantonale e applicato in tutti i principali accordi scolastici – renderebbe impossibile questa forma di turismo degli studenti. Anche per *GL* l'applicazione di questo domicilio sarebbe la soluzione più ovvia per evitare il «turismo dei contributi». *JU* e *VS* chiedono che venga adottato per evitare incentivi controproducenti e garantire la parità di trattamento.

*FR* richiama l'attenzione sul rischio di doppi contributi se la competenza per le borse di studio ordinarie e quella per i contributi di formazione non spettano allo stesso Cantone. È quindi indispensabile che il Cantone competente sia lo stesso per entrambi i tipi di aiuto. A suo parere, si dovrebbe prediligere il domicilio determinante utilizzato nel Concordato visto che i Cantoni sono abituati ad applicarlo. In questo modo si eviterebbe il «turismo» menzionato, in quanto non basterebbe trasferirsi nel Cantone più generoso per ottenere il contributo di formazione più alto.

*GE* chiede di integrare l'articolo 4 capoverso 2 con la categoria «studenti frontalieri». Secondo l'articolo 7 capoverso 1 lettera b della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche, i Cantoni possono accordare contributi di formazione alle persone con lo statuto di lavoratori frontalieri. Nel caso di Ginevra un frontaliere è per definizione una persona che lavora in questo Cantone e rientra quotidianamente in Francia. Se questa persona studia, probabilmente non ha (più) un lavoro sul territorio cantonale e in tal caso non può più essere considerata frontaliere.

*VS* e *HES-SO* fanno notare che, secondo l'articolo 7 capoverso 1 lettera b della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche, i Cantoni possono accordare contributi di formazione alle persone con lo statuto di lavoratori frontalieri. Introducendo l'ammissibilità degli studenti con lo statuto di frontalieri ai contributi di formazione mirati, cosa che non è possibile nei dispositivi cantonali per l'assegnazione di borse di studio ordinarie, pare importante valutare il potenziale rischio di concorrenza sleale con le istituzioni di formazione estere.

Anche *SBK-BSBL* chiede di definire il termine «domicilio» e di chiarire se si intende il domicilio di diritto civile o quello determinante ai fini delle borse di studio.

*SBK-GR* vuole invece che anche i pendolari che concludono la loro formazione in Svizzera possano beneficiare dei contributi in questione.

*VAS AG* chiede la concessione di contributi agli infermieri stranieri per il conseguimento dell'equivalenza dei diplomi.

#### 4.1.5 **Articolo 5 Calcolo e limite massimo del contributo federale**

*I VERDI* chiedono che, se alcuni Cantoni non utilizzano interamente l'importo a loro destinato, a partire da una certa data, esso possa essere reso disponibile per gli altri Cantoni.

*HES-SO* ritiene che i Cantoni debbano disporre di un margine di manovra sufficiente, ma che ciò rischia di generare una concorrenza intercantonale sull'attrattività delle formazioni. A suo parere, è inoltre necessario creare le condizioni per garantire una coerenza intra- e intercantonale relativamente ai contributi di formazione per gli studenti SUP e SSS.

##### 4.1.5.1 **Articolo 5 capoverso 1**

*VD* mette in guardia sul fatto che la possibilità di un contributo federale di 20 000 franchi per complessivi 40 000 franchi l'anno è un importo che rischia di creare distorsioni con altre

formazioni professionali soprattutto del settore delle cure, anch'esse in una situazione di carenza di personale qualificato.

*GE* e *VD* chiedono quindi che la Confederazione introduca un sistema di sostegno armonizzato tra i Cantoni per garantire agli studenti un approccio coerente ed evitare una forma di concorrenza.

*TI* chiede l'aggiunta di un capoverso 1<sup>bis</sup> del tenore seguente: «I contributi federali sono riconosciuti in particolare in relazione a tutti i contributi accordati dai Cantoni a partire dal 1° gennaio 2021.»

*VS* auspica che l'ordinanza stabilisca criteri precisi e mirati come l'età, la situazione professionale, la riqualificazione ecc. per determinare il diritto a contributi di formazione. In alternativa, questi criteri potrebbero essere fissati anche nel quadro del coordinamento intercantonale sotto la guida della CDPE. A suo parere, i Cantoni devono disporre di un margine di manovra sufficiente, ma ciò rischia di creare una concorrenza intercantonale sull'attrattività delle formazioni.

Secondo *I VERDI*, i contributi di formazione devono essere molto più alti e orientarsi per esempio ai salari dei poliziotti in formazione. Il limite massimo va quindi portato ad almeno 30 000 franchi per persona e per anno.

Per *PSS* è importante definire oltre al limite massimo anche un limite minimo dei contributi federali, da un lato per evitare che si creino grandi differenze cantonali e dall'altro affinché gli studenti possano contare almeno su un importo stabilito. Propone pertanto di aggiungere all'articolo 5 un capoverso in tal senso.

L'articolo 5 prevede la possibilità di un contributo federale ai contributi di formazione cantonali fino a 20 000 franchi per persona e per anno. Per *HES-SO*, questo tipo di aiuto materiale agli studenti in funzione dell'entità e delle modalità di concessione stabilite può risultare problematico per diverse ragioni. *HES-SO* dubita che questo contributo sia un incentivo opportuno per motivare i potenziali studenti a iniziare e concludere una formazione in cure infermieristiche. Dato che 20 000 franchi annui sono un importo consistente, a suo avviso rischia di introdurre una distorsione nel sistema della formazione terziaria. Inoltre, ammesso che riesca a rendere più attrattivi gli studi in questione, è possibile che l'effetto sia solo temporaneo e quindi di portata limitata. Secondo *HES-SO*, l'elemento centrale deve rimanere la motivazione a proseguire gli studi. In questo senso, anche se tale misura sarà introdotta, per poter realizzare il progetto di studio sarà essenziale una procedura semplificata di accesso ai contributi per ogni anno di formazione. Visti tutti questi elementi, *HES-SO* è relativamente scettica sulla durabilità delle misure previste per sostenere finanziariamente la formazione in cure infermieristiche.

*IMAD* ritiene che per i Cantoni come Ginevra l'importo massimo sia troppo basso, anche se, secondo il rapporto esplicativo, deve tenere conto delle differenze nel costo della vita.

*SHV* e *Stilfförderung Schweiz* chiedono l'aggiunta di un capoverso in virtù del quale i Cantoni possono continuare a versare un contributo più alto.

#### **4.1.5.2 Articolo 5 capoverso 2**

*CDS* e con essa *CDPE* nonché *AG*, *AI*, *AR*, *BE*, *BL*, *BS*, *FR*, *GL*, *GR*, *JU*, *LU*, *NE*, *NW*, *OW*, *SG*, *SH*, *SO*, *SZ*, *TG*, *TI*, *UR*, *VD*, *VS*, *ZG* e *ZH* sono contrari alla progressiva riduzione dei contributi di formazione e chiedono di stralciare l'articolo 5 capoverso 2.

Anche *PEV*, *I VERDI* e *PSS* la respingono, ma solo *PSS* chiede di stralciare l'articolo 5 capoverso 2.

*ARTISET*, *ASPS*, *BFH*, *Brotegg Praxis*, *Curacasa*, *IDS*, *H+*, *IG swissANP*, *ISMI*, *KOGS*, *NOPS*, *OdASanté*, *OST*, *PBL*, *PH CH*, *ASI*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *SBK-GR*, *ASI-NEJU*, *senesuisse*, *SHV*, *SIGA*, *SNL*, *SNS*, *Spitex Schweiz*, *Spitex Zürich*, *SSPH+*, *Stilfförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *UNIA*, *VFP*, *VSAO* e *ZHAW* sono contrari alla progressiva riduzione di contributi e chiedono di stralciare senza sostituzione l'articolo 5 capoverso 2.

*BFH, Brotegg Praxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, ASI, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, ASI-NEJU, senesuisse, SHV, SIGA, SNL, SNS, PSS, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Syna, Travail.Suisse, UNIA, VFP, VSAO e ZHAW* chiedono che, una volta accordati, i contributi di formazione agli studenti in cure infermieristiche SSS/SUP debbano coprire il loro costo della vita per l'intera durata della formazione (3 anni). PSS chiede inoltre che siano versati per 5 anni se la formazione è seguita a tempo parziale e che si aggiunga un capoverso in tal senso.

Per *Syna* e *Travail.Suisse* non è chiaro se i contributi accordati prima della scadenza della durata di validità della legge sono garantiti anche dopo la sua scadenza e fino alla conclusione della formazione iniziata o se possono essere interrotti anche nel mezzo della formazione, e chiedono quindi chiarimenti al riguardo.

*MFÄF* preferirebbe a una riduzione dei contributi del 5 per cento a partire dal 2030, che di fatto costituirebbe un trasferimento di oneri ai Cantoni, una loro durata limitata fino al 2030 e un proseguimento delle misure di sostegno federali dopo un'analisi della situazione del mercato del lavoro.

#### **4.1.5.3 Articolo 5 capoverso 3**

*GL* chiede l'aggiunta di un capoverso 4 senza proporre alcuna formulazione. L'introduzione o l'applicazione di un ordine di priorità secondo l'articolo 8 capoverso 5 della legge federale per la promozione della formazione in cure infermieristiche deve essere per quanto possibile evitata o perlomeno annunciata con diversi anni di anticipo, per consentire ai Cantoni di appor-tare eventuali modifiche legislative. Inoltre, un certo finanziamento di base (ripartito proporzionalmente alla popolazione o al fabbisogno) dovrebbe essere comunicato in modo attendibile per tutta la durata di validità.

*VD* chiede maggiore trasparenza sui criteri utilizzati per stilare l'ordine di priorità che, tra l'altro, deve rispettare l'equilibrio tra la formazione pratica SSS e SUP affinché quest'ultima non sia svantaggiata.

*ASI* e con essa *Brotegg Praxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, PH CH, SHV, SIGA, SNS, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, VSAO e ZHAW* nonché *ARTISET, ASPS, BFH, H+, SBK-BE, SBK-BSBL, ASI-NEJU, senesuisse, PSS, Spitex Schweiz, Syna* e *Travail.Suisse* chiedono che i criteri utilizzati dall'UFSP per stilare, se necessario, l'ordine di priorità siano resi pubblici. Inoltre, fanno notare che gli studenti in cure infermieristiche hanno bisogno di sicurezza di pianificazione. Ciò significa che per l'intera durata degli studi devono avere la garanzia di ricevere contributi di formazione che coprono il loro costo della vita. Se si rendesse necessario prioritizzare i contributi federali per i contributi di formazione, i Cantoni dovrebbero in ogni caso garantire che gli studenti in cure infermieristiche ricevano contributi di formazione che coprono il minimo vitale per l'intera durata degli studi.

Anche secondo *OdASanté* e *KOGS*, i criteri di prioritizzazione vanno resi trasparenti, per cui chiedono una modifica dell'articolo 5 capoverso 3.

*BFH, OST, senesuisse* e *VFP* chiedono che, in caso di prioritizzazione, i Cantoni garantiscano agli studenti in cure infermieristiche il versamento di contributi di formazione che coprano il minimo vitale per l'intera durata degli studi.

*IDS* chiede che l'ordinanza sia integrata con i criteri che il DFI e il DEFR devono rispettare per stilare l'ordine di priorità.

#### **4.1.6 Articolo 6 Domanda**

*FR* insiste affinché i capoversi 1 e 2 siano applicabili solo dal 2025 o dal 2026. Visto che i sostegni saranno operativi probabilmente dall'estate 2024, coordinare le domande per i due ambiti di promozione non è realistico, ma bisogna evitare che questo requisito ritardi la presentazione di progetti parziali o impedisca la presentazione di domande complementari.

*USS* chiede di semplificare la procedura di domanda per i Cantoni. I contributi di formazione devono essere assegnati in base a criteri il più possibile uniformi e pubblici.



*H+* chiede che le norme e le prescrizioni contrattuali, così come quelle per la presentazione delle domande, lascino ai Cantoni la massima flessibilità di attuazione possibile e che nella domanda la prova dell'efficacia delle misure richiesta dall'articolo 6 sia il più semplice possibile. Diversamente, teme un notevole onere amministrativo supplementare per gli ospedali e le cliniche.

#### **4.1.6.1 Articolo 6 capoverso 1**

*CDS* e con essa *CDPE* nonché *AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG* e *ZH* chiedono di eliminare il termine «congiuntamente» ossia: «[...] vanno presentate ~~congiuntamente~~ all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)». Le domande devono poter essere presentate separatamente dato che la competenza a livello cantonale potrebbe spettare a uffici diversi.

*SNL* ritiene che la condizione di dover presentare congiuntamente entrambe le domande sia impegnativa e teme che metterà in difficoltà alcuni Cantoni. A maggior ragione bisogna che i contributi federali non utilizzati nel 2024 rimangano a disposizione nel 2025 e che, se ciò non fosse possibile, a partire da una certa data, siano resi disponibili per gli altri Cantoni che utilizzano i fondi in questione per misure di cui all'articolo 9 capoverso 1 lettere a–c.

#### **4.1.6.2 Articolo 6 capoverso 2**

*SG* auspica che i contributi federali siano accordati non come previsto tramite la presentazione annuale di domande da parte dei Cantoni, bensì sulla base di accordi di programma pluriennali sincronizzati che creerebbero sicurezza per la pianificazione finanziaria a tutti i livelli. A suo parere, non è chiaro come avvenga la distribuzione dei fondi tra i Cantoni nel caso di un'assegnazione annuale. Inoltre, occorre precisare meglio come saranno distribuiti qualora venga stilato un ordine di priorità.

Anche *SO* chiede che le domande possano essere presentate per un periodo di almeno 2 anni.

*VD* chiede di apportare l'integrazione seguente: «Le domande possono essere presentate una volta l'anno. L'UFSP comunica i termini per la presentazione delle domande.»

*PSS* chiede di integrare l'articolo 6 capoverso 2 in modo che le domande possano essere presentate anche per più anni e non solo una volta l'anno. A suo parere, la presentazione annuale costituisce un inutile ostacolo amministrativo. Chiede inoltre di aggiungere un nuovo capoverso che obblighi i Cantoni a offrire un numero di posti di formazione in linea con il fabbisogno rilevato.

*SBK-BSBL* respinge la prescrizione secondo cui le domande devono essere ripresentate ogni anno. L'onere amministrativo andrebbe tenuto il più basso possibile.

#### **4.1.6.3 Articolo 6 capoverso 3**

*JU* auspica chiarimenti riguardo alla prevista procedura a più fasi per la presentazione delle domande.

#### **4.1.6.4 Articolo 6 capoverso 3 lettera a**

*VD* chiede di riformulare l'articolo 6 capoverso 3 lettera a come segue: «~~la prova dell'adempimento delle condizioni~~ informazioni per verificare l'adempimento delle disposizioni di cui agli articoli 2–5 della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche e all'articolo 2 della presente ordinanza;».

*ARTISET* chiede di stralciare l'articolo 6 capoverso 3 lettera a. Dato che gli operatori della formazione esigono piani di formazione, la prova è già automaticamente fornita.

Per *HES-SO*, il coordinamento ai vari livelli di governo appare indispensabile. A questo proposito, sottolinea l'importanza di calibrare attentamente le diverse misure mettendo particolar-

mente in rilievo due punti: sebbene da un lato la pianificazione del fabbisogno sia chiaramente di competenza dei Cantoni, dall'altro appare necessario averne una visione d'insieme consolidata a livello nazionale. Secondo HES-SO, è fondamentale assicurare la coerenza tra le pianificazioni cantonali e quella nazionale. Ciò è particolarmente importante se si considera la realtà attuale del mercato del lavoro nel settore delle cure infermieristiche, caratterizzato da una forte mobilità professionale.

#### **4.1.6.5 Articolo 6 capoverso 3 lettera b**

GE chiede la precisazione seguente: «b. il contributo federale globale richiesto.»

#### **4.1.6.6 Articolo 6 capoverso 4**

JU auspica chiarimenti riguardo alla prevista procedura a più fasi per la presentazione delle domande.

Per *I VERDI*, tutte le persone in formazione devono ricevere contributi di formazione e si deve rinunciare all'obbligo di presentare domande individuali. Chiedono pertanto al Consiglio federale di attuare una modifica in tal senso a livello federale e di esortare i Cantoni a rinunciare a prescrivere domande individuali inutili nell'attuazione a livello cantonale.

#### **4.1.6.7 Articolo 6 capoverso 4 lettera a**

AR chiede che si tenga conto dello stralcio del secondo semiperiodo dell'articolo 4 capoverso 1 lettera a anche nell'articolo 6 capoverso 4 lettera a.

VD chiede di riformulare l'articolo: «~~la prova dell'adempimento delle condizioni~~ informazioni per verificare l'adempimento delle disposizioni di cui all'articolo 7 della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche<sup>10</sup> e all'articolo 4 della presente ordinanza; [...]».

#### **4.1.6.8 Articolo 6 capoverso 4 lettera b**

JU chiede di precisare che la domanda di contributi federali ai contributi di formazione cantonali deve contenere il numero «stimato» di studenti che devono ricevere un sostegno. Nel momento in cui presenta la sua domanda, infatti, un Cantone non conosce necessariamente il numero definitivo degli studenti in questione. Inoltre, le domande degli studenti saranno sicuramente trattate alla ripresa dell'anno accademico, vale a dire per semestre e non per anno civile.

Secondo VAS AG, l'ammontare dei contributi deve tenere in considerazione anche i bisogni del territorio.

#### **4.1.6.9 Articolo 6 capoverso 4 lettera c**

In merito all'articolo 6 capoverso 4 lettera c non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.6.10 Articolo 6 capoverso 5**

SO accoglie con favore l'intenzione della Confederazione di pubblicare i dettagli per la presentazione delle domande concretizzandoli in ulteriori guide e moduli. La documentazione prospettata dalla Confederazione dovrebbe essere messa a disposizione dei Cantoni almeno 2–3 mesi prima della prima presentazione delle domande.

VS auspica che i moduli di domanda siano semplici nonché accessibili e trasmissibili online.

#### **4.1.7 Articolo 7 Contratto**

SG deplora che le modalità di pagamento dei contributi federali ai Cantoni siano disciplinate solo nei contratti di prestazioni e non prima, soprattutto perché, nella documentazione della presentazione che si è tenuta il 6 settembre 2023 a Berna, si affermava che i contributi federali sarebbero stati versati solo dopo l'esame dei rapporti annuali. Per i Cantoni, ciò signifi-

cherebbe dover prefinanziare i contributi federali per quasi un anno. Secondo SG, sarebbe opportuno prevedere esplicitamente nell'ordinanza il versamento di acconti da parte della Confederazione.

#### **4.1.7.1 Articolo 7 capoverso 1**

In merito all'articolo 7 capoverso 1 non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.7.2 Articolo 7 capoverso 2 lettera a**

In merito all'articolo 7 capoverso 2 lettera a non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.7.3 Articolo 7 capoverso 2 lettera b**

In merito all'articolo 7 capoverso 2 lettera b non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.7.4 Articolo 7 capoverso 2 lettera c**

In merito all'articolo 7 capoverso 2 lettera c non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.7.5 Articolo 7 capoverso 2 lettera d**

In merito all'articolo 7 capoverso 2 lettera d non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.7.6 Articolo 7 capoverso 2 lettera e**

*BFH, H+, SBK-BSBL, Syna, Travail.Suisse, UNIA e VFP nonché ASI e con essa BroteggPraxis, Curacasa, IG swissAPN, ISMI, NOPS, PH CH, SBK-BE, ASI-NEJU, SHV, SIGA, SNS, PSS, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, VSAO e ZHAW* chiedono l'inserimento di un nuovo capoverso che stabilisca che i rapporti annuali presentati all'UFSP da parte dei Cantoni siano pubblicati. Concretamente, vorrebbero che gli indicatori menzionati nel rapporto esplicativo e concordati tra l'UFSP e i Cantoni per misurare gli effetti delle misure cantonali finanziate siano pubblicati annualmente. *UNIA* auspica inoltre una standardizzazione della presentazione dei rapporti annuali per consentire un confronto tra i Cantoni.

#### **4.1.7.7 Articolo 7 capoverso 3**

In merito all'articolo 7 capoverso 3 non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.7.8 Articolo 7 capoverso 4**

In merito all'articolo 7 capoverso 4 non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.8 Articolo 8 Comunicazione di modifiche**

In merito all'articolo 8 non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.9 Articolo 9 Misure cantonali**

*LU* osserva che sono rilevanti anche le altre possibilità di promozione nel quadro di misure cantonali, in particolare il prospettato coordinamento degli ambiti di apprendimento tra scuola e pratica. Ai sensi di un approccio sistemico, qui si aprirebbero ulteriori possibilità come, per esempio, l'inclusione di modelli di assistenza integrativi e l'attuazione di setting di apprendimento interprofessionali, che potrebbero parimenti costituire opzioni interessanti per i futuri studenti.

*H+* chiede che il finanziamento previsto dall'articolo 9 copra in particolare i posti di formazione presso i fornitori di prestazioni. Accoglie con favore il fatto che i Cantoni possano decidere misure mirate volte ad aumentare i diplomi in cure infermieristiche sulla base della pianificazione del fabbisogno. Complessivamente, il settore sanitario ha bisogno di più infermieri con una formazione di base qualificata, nei quali rientrano i diplomati in cure infermieristiche sia SSS sia SUP. *H+* chiede che si attui rapidamente il decreto federale del 28 novembre

2022 sugli aiuti finanziari destinati ad aumentare il numero di diplomi in cure infermieristiche nelle scuole universitarie professionali cantonali, ossia i diplomi di bachelor in cure infermieristiche secondo l'articolo 59 della legge federale del 30 settembre 2011 sulla promozione e sul coordinamento del settore universitario svizzero (LPSU), e che i lavori di attuazione di *Swiss-universities* siano resi pubblici e trasparenti.

In merito all'aumento del numero di studenti SUP in cure infermieristiche, *H+* e *SNL* sollecitano anche un approccio coerente con l'iniziativa sulle cure infermieristiche. Ciò significa che per eventuali modifiche delle condizioni di ammissione ai cicli di studio a livello di bachelor nel campo della sanità di cui all'articolo 73 capoverso 3 lettera a LPSU, la Conferenza svizzera delle scuole universitarie (CSSU) deve coinvolgere obbligatoriamente le associazioni professionali interessate e i rappresentanti degli enti di formazione pratica. L'esperienza lavorativa di un anno richiesta dall'articolo 25 LPSU alle persone con una maturità liceale non può pregiudicare l'attrattiva di uno studio SUP nel campo della sanità – e quindi anche in cure infermieristiche – ponendo ulteriori ostacoli all'ammissione. Se così fosse, gli sforzi profusi per promuovere la formazione rischierebbero concretamente di essere subito vanificati.

*H+* raccomanda inoltre di coinvolgere attivamente nei progetti anche le organizzazioni cantonali del mondo del lavoro (oml) per il settore sanitario nonché, all'occorrenza, di delegare loro determinate prestazioni per sgravare le strutture dei lavori amministrativi e di coordinamento. Per esempio, alcune oml cantonali potrebbero coordinare le prestazioni di formazione fornite da varie strutture, stipulando partenariati oppure sostenendo o assistendo pool di personale formatore. Queste misure alleggerirebbero anche i fornitori di prestazioni dai compiti amministrativi e di coordinamento per nulla coperti dalle tariffe vigenti.

*SBK-BSBL* chiede di specificare nelle lettere a e b che con i contributi federali si possono co-finanziare anche la formazione e il perfezionamento dei formatori nella pratica.

Poiché il reporting riguarda esclusivamente i diplomi SSS, ma la pianificazione del fabbisogno di cui all'articolo 2 della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche stabilisce anche il numero di diplomi SUP, *SSPH+* e *ZHAW* chiedono a chi dovrà essere consegnato il reporting cantonale sui diplomi SUP.

#### **4.1.9.1 Articolo 9 capoverso 1**

Secondo *NW*, questo articolo è formulato come se a elaborare le misure (co)finanziate dal Cantone fosse quest'ultimo, ma in realtà sono le sue SSS a farlo.

*VD* chiede di integrare il capoverso 1 come segue: «I Cantoni che conoscono già questo ciclo elaborano misure volte ad aumentare il numero di diplomati in cure infermieristiche nelle loro rispettive SSS sulla base della loro pianificazione del fabbisogno di cui all'articolo 2 della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche, in particolare: [...]».

Secondo *BSH* la competenza, in particolare per le misure descritte all'articolo 9 capoverso 1, spetta a entrambi i luoghi di apprendimento, per cui anche quello della pratica deve poter chiedere contributi per tali misure.

*BFH*, *FKG* e *VFP* propongono quindi di adeguare l'articolo 9 capoverso 1 in modo che le misure volte ad aumentare il numero di diplomati debbano essere elaborate per le SSS e per le SUP. Nella Svizzera romanda, la formazione SUP è considerata il livello di accesso alla professione. È imperativo assicurare che, per quanto riguarda i contributi di promozione, il livello SUP non sia svantaggiato rispetto al livello SSS, pena un massiccio indebolimento delle cure infermieristiche nella Svizzera romanda. Bisogna altresì garantire che le misure che facilitano l'accesso alla formazione SSS in cure infermieristiche non ne riducano i contenuti o che l'obbligo per i maturandi di svolgere praticantati sottopagati prima di iniziare un ciclo di studio SUP non li dissuada dall'intraprendere questo percorso formativo. Ciò causerebbe un indebolimento delle cure infermieristiche.

*IMAD* insiste sull'importanza cruciale di prevedere sostegni per le SUP, dato che i Cantoni romandi (e in particolare Ginevra) hanno un tasso di titolari di maturità liceale (A Ginevra, il 30 % degli studenti in cure infermieristiche) o professionale superiore a quello dei Cantoni

germanofoni. Questo gruppo non è interessato a una formazione SSS, ma preferisce iscriversi a una formazione SUP che offre più prospettive professionali. La formazione SUP è in linea con gli sviluppi in corso nei Paesi limitrofi ed è una delle risposte alla carenza di medici; è quindi assolutamente necessario tenere conto di questa specificità romanda. Questo livello di formazione s'iscrive nella prospettiva indispensabile di un'evoluzione professionale e di un aumento del livello di competenza nelle strutture sanitarie (in particolare del mantenimento a domicilio) in un sistema di qualità ed efficiente.

Anche *SNL* fa notare che nella Svizzera romanda la formazione SUP è considerata il livello di accesso alla professione e che è imperativo assicurare che, per quanto riguarda i contributi di promozione, il livello SUP non sia svantaggiato rispetto al livello SSS. *SNL* chiede come vengono erogati i contributi alle SUP dato che il decreto federale menzionato (FF 2022 1501) non fornisce indicazioni al riguardo.

*BGS* e *K-HF* constatano che, secondo l'articolo 9 capoverso 1, le SUP non riceveranno alcun contributo di promozione e non dovranno rivedere le loro condizioni di ammissione. Si chiedono se questo approccio abbia senso o se sia una conseguenza dei diversi modelli di finanziamento. Ciò nonostante, sostengono le misure raccomandate.

*OST* chiede che, ai fini di una formazione di qualità, il coordinamento tra i luoghi di apprendimento si applichi anche al ciclo di studio SUP.

Secondo *HES-SO*, è necessario precisare che sarà anche la pianificazione del fabbisogno a livello nazionale, e non solamente a livello di un Cantone, che permetterà di determinare le pianificazioni cantonali. Per chiarire questo aspetto, rimanda al rapporto esplicativo (pag. 11) che recita: «L'importo massimo per l'intero periodo di sussidio viene calcolato sulla base delle singole pianificazioni cantonali». Ragionare su scala nazionale è fondamentale, perché la mobilità professionale è inevitabile e necessaria.

*ZHAW* e *SSPH+* chiedono di modificare il testo come segue: «I Cantoni elaborano misure [...] sulla base della ~~loro~~ pianificazione del fabbisogno stabilita dalla Confederazione sulla scorta di cifre aggiornate e dello skill-grade-mix necessario per cure infermieristiche sicure e adeguate, [...]». Le statistiche di molte istituzioni non distinguono tra SSS e BSc, nonostante il valore aggiunto degli infermieri BSc sia riconosciuto da tempo in tutti i settori d'impiego. Questa distinzione è essenziale per una corretta pianificazione dello skill-grade-mix e della pianificazione del fabbisogno che ne deriva e deve costituire, la base per la pianificazione del fabbisogno insieme a quest'ultimo. Occorre tenere presente che, per definire il fabbisogno di BSc, la letteratura internazionale può essere utilizzata solo in misura limitata, in quanto in molti Paesi un infermiere può ottenere un diploma esclusivamente con un ciclo di studio BSc.

#### **4.1.9.2 Articolo 9 capoverso 1 lettera a**

*BroteggPraxis*, *Curacasa*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *PH CH*, *ASI*, *SBK-BE*, *ASI-NEJU*, *SHV*, *SIGA*, *SNS*, *PSS*, *Stillsförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *USS* e *VSAO* chiedono che le misure che facilitano l'accesso alla formazione SSS in cure infermieristiche non possano abbreviare il ciclo di studio SUP a valle, perché se così fosse quest'ultimo non rispetterebbe più la durata minima di tre anni d'insegnamento teorico e clinico sancita dall'articolo 31 paragrafo 3 della direttiva 2005/36/CE.

Secondo *Syna* e *Travail.Suisse* l'espressione «facilitando l'accesso alla formazione» non è chiara. Se «facilitare l'accesso» significa abbassare la qualità della formazione abbreviando il ciclo di studio SUP a valle, ciò non è accettabile. Il fatto che vengano finanziati «l'adattamento dei cicli esistenti e la creazione di nuovi cicli, nonché le spese supplementari per attivarli», come menzionato esplicitamente nel rapporto esplicativo (pag. 11), fa sorgere il sospetto che vi sia l'intenzione di abbreviare e peggiorare le formazioni, nonché di cedere alla «tentazione» di abbassarne la qualità, se necessario, pur di aumentare a tutti i costi il numero di diplomati. *Travail.Suisse* è chiaramente contraria a qualsiasi possibilità offerta dalla legge di aumentare il numero di diplomati a scapito della qualità delle formazioni.

#### **4.1.9.3 Articolo 9 capoverso 1 lettera b**

VAS AG chiede che ai lavoratori del settore sanitario (operatori sociosanitari, soccorritori, tecnici) sia offerta, nell'ambito della formazione continua, un'evoluzione per accedere a un diploma in cure infermieristiche mediante una formazione teorico-pratica.

#### **4.1.9.4 Articolo 9 capoverso 1 lettera c**

Per HES-SO è necessario chiarire gli elementi contenuti in questa lettera, in particolare come si conciliano con le misure che potrebbero essere elaborate in virtù degli articoli relativi al sostegno alla formazione pratica, e assicurare che il programma speciale per le SUP copra lo stesso tipo di misure, con una tempistica comparabile.

#### **4.1.9.5 Articolo 9 capoverso 2**

ARTISET, ASPS, BroteggPraxis, Curacasa, H+, IG swissANP, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, Psychiatrie BL, PH CH, ASI, SBK-BE, SBK-GR, ASI-NEJU, senesuisse, USS, SHV, SIGA, SNL, SNS, PSS, Spitex Zürich, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, VSAO e ZHAW chiedono che con i contributi federali sia possibile finanziare la formazione pratica dei formatori o il loro sostegno.

Per OST è importante che con i contributi federali si possa finanziare la formazione pedagogico-professionale e didattica disciplinare dei formatori mediante una formazione continua SUP.

UNIA chiede che i fondi possano essere utilizzati sia per la formazione sia per il suo impiego adeguato.

#### **4.1.10 Articolo 10 Calcolo**

AG ritiene incomprensibile il diverso trattamento per quanto riguarda il calcolo dei contributi e la procedura di domanda che la stessa legge riserva agli ambiti di promozione «formazione pratica» e «contributi di formazione» da un lato e «contributi per aumentare il numero di diplomati SSS» dall'altro. Il Cantone auspica che la Confederazione uniformi le procedure e calcoli l'importo massimo spettante a ciascun Cantone nel quadro della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche e glielo comunichi in tempo utile.

##### **4.1.10.1 Articolo 10 capoverso 1**

CDS e con essa CDPE nonché AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, LU, NE, OW, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, VS, ZG e ZH chiedono lo stralcio seguente: «La Segreteria di Stato per la formazione, la ricerca e l'innovazione (SEFRI) calcola l'importo ~~massimo~~ spettante a ciascun Cantone per l'intero periodo di sussidio [...]». Se i fondi federali non sono esauriti verso la fine di tale periodo, i Cantoni che assegnano alla promozione della formazione SSS più contributi cantonali di quelli a cui hanno diritto in base alla pianificazione del fabbisogno (p. es. perché sono Cantoni in cui ha sede una SSS) devono poter beneficiare dei fondi federali ancora disponibili, in altre parole è auspicabile che non ci sia un tetto massimo di contributi federali per Cantone.

Secondo GE, nella versione francese e tedesca si deve precisare che si tratta delle pianificazioni cantonali del fabbisogno che, tuttavia, dovrebbero tenere conto della pianificazione su scala nazionale a causa della mobilità professionale.

ARTISET, ASPS, BFH, Brotegg Praxis, Curacasa, FKG, I VERDI, IG swissANP, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, PH CH, ASI, SBK-BE, SBK-BSBL, ASI-NEJU, senesuisse, SHV, SIGA, SNS, PSS, Spitex Schweiz, Spitex Zürich, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA, VFP, VSAO, USS e ZHAW chiedono che, se è prevedibile che alcuni Cantoni non utilizzeranno l'intero importo riservato loro o non ne faranno domanda, a partire da una certa data questi fondi debbano essere resi disponibili per i Cantoni che li utilizzano per misure di cui all'articolo 9 capoverso 1 lettere a–c. L'articolo in questione va pertanto adeguato di conseguenza. La SEFRI deve comunicare quando gli importi riservati possono essere resi disponibili e prioritizzare le misure in base a criteri chiaramente definiti.

Anche *OST* chiede che la SEFRI priorizzi le misure in base a criteri chiaramente definiti e che l'articolo sia integrato di conseguenza. Inoltre, fa notare che la pianificazione del fabbisogno di alcuni Cantoni si basa sui dati OBSAN del 2019 e che ciò potrebbe comportare una distorsione nella valutazione del fabbisogno effettivo.

Per *HES-SO*, nella versione francese e tedesca è necessario precisare che si tratta della pianificazione cantonale del fabbisogno che tiene conto di quella nazionale.

*KOGS* chiede che i Cantoni possano definire quando altri servizi (p. es. oml cantonali) assumono compiti «cantonali» affinché anch'essi siano autorizzati a presentare domande.

*Syna e Travail.Suisse* chiedono di chiarire cosa succede ai fondi non utilizzati dai Cantoni. Possono essere resi disponibili per altri Cantoni o rimangono nelle casse della Confederazione?

#### **4.1.10.2 Articolo 10 capoverso 2**

In merito all'articolo 10 capoverso 2 non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.11 Articolo 11 Domanda**

Analogamente a quanto espresso in merito all'articolo 6, *H+* chiede di tenere il più possibile snelle la procedura di domanda e la presentazione di rapporti affinché le risorse siano effettivamente utilizzate per attuare progetti volti a promuovere la formazione e non principalmente per oneri burocratici. Le norme e le prescrizioni per la presentazione delle domande devono lasciare ai Cantoni la massima flessibilità di attuazione possibile.

##### **4.1.11.1 Articolo 11 capoverso 1**

*GE* ritiene che la stessa flessibilità in materia di presentazione di progetti elaborati dalle SSS debba essere concessa anche per quelli elaborati dalle SUP.

*VD* è del parere che la flessibilità per le domande formulate (in qualsiasi momento) dalle SSS non debba pregiudicare quelle formulate (rispettando un programma speciale) dalle SUP. Inoltre, chiede di chiarire quale sia il ruolo del Cantone nella prioritizzazione dei progetti, dato che tutte le domande si basano sulla valutazione cantonale del fabbisogno.

*HES-SO* chiede che la flessibilità concessa per le domande formulate dalle SSS non debba andare a scapito delle SUP che, per le loro domande, dovranno rispettare il calendario fissato dal programma speciale. Quale sarà il compromesso tra i bisogni di sviluppo delle SSS e delle SUP? Priorizzare i progetti sarà compito dei Cantoni?.

##### **4.1.11.2 Articolo 11 capoverso 2 lettera a**

In merito all'articolo 11 capoverso 2 lettera a non sono pervenute osservazioni.

##### **4.1.11.3 Articolo 11 capoverso 2 lettera b**

In merito all'articolo 11 capoverso 2 lettera b non sono pervenute osservazioni.

##### **4.1.11.4 Articolo 11 capoverso 3**

In merito all'articolo 11 capoverso 3 non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.12 Articolo 12 Contratto**

##### **4.1.12.1 Articolo 12 capoverso 1**

In merito all'articolo 12 capoverso 1 non sono pervenute osservazioni.

##### **4.1.12.2 Articolo 12 capoverso 2 lettera a**

In merito all'articolo 12 capoverso 2 lettera a non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.12.3 Articolo 12 capoverso 2 lettera b**

In merito all'articolo 12 capoverso 2 lettera b non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.12.4 Articolo 12 capoverso 2 lettera c**

In merito all'articolo 12 capoverso 2 lettera c non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.12.5 Articolo 12 capoverso 2 lettera d**

In merito all'articolo 12 capoverso 2 lettera d non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.12.6 Articolo 12 capoverso 2 lettera e**

In merito all'articolo 12 capoverso 2 lettera e non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.12.7 Articolo 12 capoverso 2 lettera f**

In merito all'articolo 12 capoverso 2 lettera f non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.12.8 Articolo 12 capoverso 3**

OST chiede che inizialmente si rinunci a un limite temporale.

#### **4.1.12.9 Articolo 12 capoverso 4**

In merito all'articolo 12 capoverso 4 non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.13 Articolo 13 Funzione di interlocutore cantonale**

NE prende atto che, secondo l'articolo 13 dell'ordinanza sulla promozione della formazione in cure infermieristiche, ogni Cantone designa un proprio interlocutore per la SEFRI (cpv. 1) e che se più Cantoni si consorziano, designano un unico interlocutore (cpv. 2). Nel quadro della collaborazione tra i Cantoni BE-JU-NE, uno dei 3 partner (BE) è un Cantone bilingue e, nella sua parte francofona, ospita l'SSS frequentata dagli studenti degli altri 2 Cantoni. Dato che attualmente è NE a presiedere il gruppo di concertazione, esso chiede che nella fattispecie a BE sia garantita la possibilità di sottoscrivere due convenzioni diverse: una per la sua parte germanofona e una come cofirmatario insieme a JU e NE per la sua parte francofona.

##### **4.1.13.1 Articolo 13 capoverso 1**

In merito all'articolo 13 capoverso 1 non sono pervenute osservazioni.

##### **4.1.13.2 Articolo 13 capoverso 2**

SG afferma che non è chiaro se il Cantone debba designare un interlocutore per ogni domanda o per ogni anno di contribuzione, ma presume che si tratti dell'anno di contribuzione, perché la designazione di un interlocutore per ogni domanda sarebbe stata oggetto dell'articolo 12. In presenza di una combinazione di progetti cantonali e intercantonali diventa però difficile stabilire anticipatamente un unico interlocutore come richiesto dall'articolo 13 capoverso 2. Può capitare che all'inizio dell'anno di contribuzione non sia ancora chiaro quali progetti saranno presentati e quali Cantoni parteciperanno a progetti comuni. SG chiede pertanto di stralciare l'articolo 13 capoverso 2. In questo modo, ogni Cantone designa il proprio interlocutore e se 2 Cantoni presentano un progetto comune l'interlocutore per il progetto in questione è stabilito nel contratto.

#### **4.1.14 Articolo 14 Rendiconto**

##### **4.1.14.1 Articolo 14 capoverso 1**

SH reputa importante valutare l'efficacia dei fondi impiegati. Tuttavia chiede che sia possibile presentare alla Confederazione un rendiconto annuale in forma semplice al fine di contenerne l'onere.



#### **4.1.14.2 Articolo 14 capoverso 2**

*ASPS, BFH, Brotegg Praxis, Curacasa, FKG, IG swissANP, ISMI, KOGS, NOPS, OdASanté, OST, PH CH, ASI, SBK-BE, SBK-BSBL, ASI-NEJU, senesuisse, USS, SHV, SIGA, SNS, PSS, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Syna, Travail.Suisse, VFP, VSAO e ZHAW* chiedono un'integrazione: il rendiconto annuale dei Cantoni all'attenzione della SEFRI deve essere pubblicato.

*ARTISET, Spitex Schweiz e Spitex Zürich* condividono questa opinione e propongono la formulazione seguente: «I Cantoni presentano annualmente e pubblicamente alla SEFRI un rendiconto in merito all'utilizzazione dei contributi federali.»

#### **4.1.15 Articolo 15 Comunicazione di modifiche**

In merito all'articolo 15 non sono pervenute osservazioni.

#### **4.1.16 Articolo 16**

SO sarebbe favorevole a un'entrata in vigore il 1° luglio 2024 della legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche, a patto che l'obbligo di formazione debba essere attuato soltanto dal 1° gennaio 2025. In questo modo, si garantirebbe un passaggio armonico tra i diversi sistemi di formazione e perfezionamento.

### **4.2 Ordinanza sulla formazione professionale (OFPr)**

In merito all'ingresso dell'avamprogetto dell'OFPr non sono pervenuti riscontri.

#### **4.2.1 Articolo 73a Riconoscimento di diplomi cantonali e intercantonali retti dal diritto anteriore in ambito di professioni sanitarie**

Tranne *AI* e *IMAD*, tutti i partecipanti alla consultazione che si sono espressi sul presente articolo concordano con la proposta. *GE, SH* e *BGS* approvano esplicitamente la delega dell'attuazione delle procedure a *SRK*. Anche *VS* è d'accordo, e aggiunge che il contratto di diritto pubblico tra *SRK* e la SEFRI deve essere chiaro e riprendere gli stessi principi di riconoscimento applicati dalla SEFRI ad altre professioni.

*AI* chiede che l'OFPr sia completata con un nuovo articolo affinché la competenza per il riconoscimento di diplomi cantonali e intercantonali retti dal diritto anteriore possa essere delegata chiaramente alla Confederazione. In linea di principio, la competenza per tutte le procedure di riconoscimento nel settore delle professioni sanitarie deve essere attribuita alla SEFRI, come già d'uso in tutti gli altri settori della formazione professionale. Per colmare le carenze tecniche in questo settore, la SEFRI deve rivolgersi alla *SRK* o all'*OdASanté*.

*IMAD* evidenzia l'importanza della possibilità di far riconoscere secondo la nuova sistemica i diplomi cantonali e intercantonali retti dal diritto anteriore e chiede che la competenza per questo riconoscimento sia delegata alla SEFRI.

### **4.3 Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)**

#### **4.3.1 Articolo 49 capoverso 2**

*BFH, BroteggPraxis, Curacasa, FKG, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, ASI, SBK-BE, ASI-NEJU, SHV, SIGA, PSS, SSPH+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, Unia, VFP e ZHAW* lamentano che nella versione tedesca il maschile «Pflegefachmänner» (infermieri) preceda il femminile «Pflegefachfrauen» (infermiere). Sia nell'OPre sia nell'OAMal dovrebbe essere usato «Pflegefachpersonen», termine neutro dal punto di vista del genere. Se non fosse possibile, il femminile va anteposto al maschile. *ASI* critica inoltre che nella versione francese sia utilizzata esclusivamente la forma maschile.

## 4.3.2 Articolo 51

### 4.3.2.1 Articolo 51 capoverso 1 lettera a<sup>bis</sup>

CDS e con essa AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, VD, SG, LU, NW, OW, UR, JU, SZ, TI, VS, ZG e ZH, nonché IDS chiedono di integrare l'articolo come segue: «disporre di un mandato di prestazioni cantonale secondo l'articolo 36a capoverso 3 LAMal». Si intende così precisare che le organizzazioni adempiono questa condizione di autorizzazione se dispongono di un mandato di prestazioni che sancisce l'obbligo di formazione. Per adempiere questa condizione, non è necessario che il mandato di prestazioni disciplini altri elementi, per esempio regole sui tipi di prestazioni da fornire, sulla lista delle attività o sulla pianificazione del fabbisogno. CDS propone inoltre che il mandato di prestazioni cantonale debba poter essere stabilito per tutte le organizzazioni e istituzioni in un atto normativo (p. es. sotto forma di tabella).

GE lamenta che le condizioni proposte per la gestione strategica non siano chiare, come non lo è il legame con la LAMal: secondo il commento all'articolo 36a LAMal, questo nuovo capoverso impone ai Cantoni di fissare, nell'ambito dell'autorizzazione per le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio (art. 35 cpv. 2 lett. d<sup>bis</sup> LAMal), un mandato di prestazioni nel quale saranno stabiliti in particolare le cure da fornire, i tempi e il luogo dell'attività nonché, tenendo conto dei criteri di cui all'articolo 3 del disegno di legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche e del piano di formazione di cui all'articolo 4 del menzionato disegno, le prestazioni di formazione da fornire. Tramite mandati di prestazioni mirati, i Cantoni – responsabili di garantire le cure – incaricano gli istituti di fornire prestazioni di formazione e possono stabilire anche il tipo di prestazioni di cura da fornire o il raggio di attività nonché l'inizio e la fine delle prestazioni. Per esempio, potranno prevedere che un'unica organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio dispensi non solo le cure di base, ma tutte le cure. Il mandato di prestazioni è così per i Cantoni anche uno strumento di gestione delle autorizzazioni visto che, se un fornitore di prestazioni non lo rispetta, possono revocargli l'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS. Al contempo, l'articolo 55b LAMal prevede che i Cantoni possano rifiutare di rilasciare l'autorizzazione a esercitare a carico dell'AOMS qualora i costi aumentino. Per GE si pongono quindi 2 domande: i Cantoni devono attribuire mandati soltanto alle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio che desiderano formare? Se sì, questo significa che il mandato serve unicamente a ottenere il finanziamento della formazione? La summenzionata motivazione pare indicare che il mandato di prestazioni serva anche a gestire le autorizzazioni. GE si chiede inoltre se i Cantoni possano rifiutare l'autorizzazione a un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio per motivi diversi dell'aumento dei costi (art. 55b LAMal) e, se sì, per quali.

SH auspica che l'articolo sia completato con «... nella misura in cui soggiacciono a un obbligo cantonale di formazione». I mandati di prestazioni concernenti le prestazioni di formazione vanno distinti dagli altri, in particolare da quelli comunali concernenti la garanzia delle cure. È probabile che non tutte le strutture siano soggette all'obbligo di formazione e di presentazione di un piano di formazione, considerato che è il Cantone a stabilire i parametri in conformità alla legge federale sulla promozione della formazione. Servono dunque chiarimenti per le (solitamente piccole) strutture che non svolgono alcuna funzione di formazione. Andrebbe precisato quali sono i contenuti concreti di un mandato di prestazioni cantonale secondo l'articolo 36a capoverso 3 LAMal per queste strutture. Secondo SH va specificato se l'articolo 35 capoverso 2 LAMal limita di fatto l'autorizzazione da parte della polizia sanitaria oppure se quest'autorizzazione resta possibile anche senza mandato di prestazioni se le strutture decidono di loro iniziativa di non ricorrere alla fatturazione diretta a carico dell'AOMS e continuano a fornire le loro prestazioni su prescrizione medica (art. 35 cpv. 2 lett. e LAMal). SH non riesce inoltre a comprendere perché l'obbligo di formazione sia ora associato all'autorizzazione a fatturare direttamente a carico dell'AOMS. Tale autorizzazione andrebbe piuttosto legata a quelle rilasciate dalla polizia sanitaria, considerato che è in quella sede che sono verificate le qualifiche. Anche il mandato di prestazioni in sé va spiegato più nel dettaglio, soprattutto perché non è chiaro se si tratti di un contratto bilaterale con ogni singolo fornitore di prestazioni oppure di un contratto unilaterale nel senso di un elenco predefinito e pubblicato

di prescrizioni cantonali. Lo scenario dei contratti bilaterali con i singoli fornitori di prestazioni comporterebbe un considerevole onere amministrativo per i Cantoni.

*ARTISET* chiede di aggiungere «... o di un'autorizzazione» perché a seconda del settore vengono utilizzati termini diversi da «mandato di prestazioni cantonale».

*ASPS* e *Senesuisse* chiedono che l'autorizzazione venga rilasciata, come finora, sulla base dell'autorizzazione cantonale a esercitare. Il presente adeguamento dell'OAMal è secondo loro assolutamente inutile. Non apporta alcun valore aggiunto e in compenso crea un onere considerevole. Da un lato, in linea di principio i mandati di prestazioni cantonali sono uno strumento da evitare perché fonte di disparità e opacità (accordi individuali con singoli fornitori di prestazioni). Dall'altro, *ASPS* e *Senesuisse* non comprendono perché la soluzione funzionante ottimamente per le «organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio» sia integrata con una complicazione che, nella forma presente, genera soltanto oneri e nessun beneficio, tanto più che si tratta di una soluzione limitata a 8 anni. *ASPS* e *Senesuisse* avevano già dichiarato nella fase di elaborazione del controprogetto indiretto all'iniziativa sulle cure infermieristiche che basarsi sull'autorizzazione a esercitare sarebbe stata la via più efficace.

*MFÄF* auspica che l'applicazione del presente articolo da parte dei Cantoni non porti a una riduzione del numero di fornitori di prestazioni infermieristiche nel settore ambulatoriale o nelle case di cura. Le cifre andrebbero valutate da una prospettiva globale con un'analisi macroeconomica del trasferimento degli oneri tra settore stazionario e ambulatoriale. Un'offerta forte di cure infermieristiche ambulatoriali e case di cura consente, in stretta collaborazione con i medici con studio privato, di evitare ricoveri in ospedale o, nei casi in cui questi ultimi sono inevitabili, di anticipare il rientro a domicilio.

*IMAD* riconosce la necessità di offrire ai Cantoni strumenti di gestione, ma le condizioni proposte sono poco chiare e non includono alcuna garanzia di efficacia.

Per *Spitex Schweiz* e *Spitex Zürich* è importante che per l'attuazione dei mandati di prestazioni cantonali possa essere trovata una soluzione pragmatica che eviti condizioni complicate e sproporzionate, e inutili pianificazioni di dettaglio. Questo anche in considerazione della durata limitata della legge.

#### **4.3.2.2 Articolo 51 capoverso 2**

*ASPS* chiede di stralciare la presente disposizione perché non si può limitare la libertà d'industria o imporle una scadenza. Disciplinamenti simili hanno già provocato enormi difficoltà in passato: i metodi di calcolo per la determinazione del «grado di approvvigionamento» portano a risultati che non corrispondono alla realtà locale. In molte regioni è per esempio difficile trovare un medico di famiglia. La limitazione del diritto di esercitare a carico dell'AOMS causa inoltre un calo dei diplomi professionali e della motivazione degli studenti e dei giovani professionisti della salute a proseguire gli studi o a esercitare la professione. Con un disciplinamento in questo senso sussiste il rischio di acuire la carenza di personale qualificato e di aumentare la dipendenza da forza lavoro estera per assicurare l'assistenza di base della popolazione.

#### **4.3.3 Il Disposizione transitoria della modifica del...**

*CDS* e con essa *AI, AR, BE, BL, BS, FR, GL, GR, LU, SG, SO, SZ, TG, TI, OW, UR, VS, ZG* e *ZH* chiedono lo stralcio della disposizione transitoria perché non è necessaria. Molti Cantoni dispongono già di obblighi nell'ambito della formazione, applicabili anche alle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio. In vista dell'attuazione della 1ª tappa dell'iniziativa sulle cure infermieristiche, tutti i Cantoni disciplineranno l'obbligo di formazione e la concessione di contributi a livello cantonale, e assoggetteranno le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio all'obbligo di formazione. Nel caso in cui la disposizione transitoria non fosse stralciata, i Cantoni chiedono di precisare nella versione tedesca dell'ordinanza che si tratta dell'articolo 36a capoverso 3 LAMal: «[...], einen Leistungsauftrag im Sinne von Artikel 36a Absatz 3 KVG».

*CDS* e con essa *AI, AR, BE, BL, BS, GL, FR, GR, JU, LU, NW, OW, SZ, TG, TI, UR, VS, ZG* e *ZH* chiedono inoltre di aggiungere una disposizione transitoria supplementare con lo

scopo di regolamentare espressamente i diritti acquisiti e la loro estensione. Nell'ultimo paragrafo del punto 4.4.1 del rapporto esplicativo è menzionato che le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio godono dei diritti acquisiti. Affinché questi ultimi siano riconosciuti (ossia affinché permangano posizioni giuridiche fondate sul diritto anteriore che non trovano corrispondenza nel nuovo diritto), è necessario inserire un'esplicita disposizione in questo senso nel nuovo diritto. Mancando una tale regolamentazione nella LAMal, si ritiene opportuno ancorare il mantenimento dei diritti acquisiti perlomeno nell'OAMal. Una semplice menzione nel rapporto esplicativo complessivo non è sufficiente. I fornitori di prestazioni autorizzati prima dell'entrata in vigore della presente modifica (questo concerne sia il personale infermieristico sia le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio) sono stati inoltre autorizzati in virtù dell'articolo 35 capoverso 2 lettera e LAMal (persone e organizzazioni dispensanti cure *previa prescrizione o indicazione medica*). Ai fini della certezza del diritto, a livello di OAMal deve essere inoltre esplicitamente disciplinato se all'entrata in vigore della presente modifica questi ultimi possano fornire prestazioni anche *senza prescrizione o indicazione medica* nella misura in cui soddisfino le corrispondenti condizioni di cui all'OPre.

SH chiede di specificare dove sono disciplinati durante il periodo transitorio gli obblighi e i piani di formazione stabiliti con le strutture interessate, affinché queste ultime possano beneficiare anche nei primi 2 anni dei contributi alla formazione pratica previsti dalla legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche.

Secondo SO, nell'ottica dell'uguaglianza giuridica l'obbligo di formazione deve valere nella stessa misura per le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, le case di cura e gli ospedali. Non può essere lasciato alla discrezione delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio già autorizzate se offrire prestazioni di formazione o no. Non esiste alcuna base legale per tale privilegio, né nella legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche né nella legislazione in materia di assicurazione malattie. Se la disposizione transitoria fosse mantenuta, ai fini della certezza del diritto vi andrebbe esplicitamente sancito che il personale infermieristico e le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio già autorizzati potranno offrire anche in futuro prestazioni senza prescrizione o indicazione medica nella misura in cui siano soddisfatte le corrispondenti condizioni di cui all'OPre.

TG chiede, nell'eventualità in cui la disposizione transitoria non sia stralciata, di precisare nella versione tedesca che si tratta dell'articolo 36a capoverso 3 LAMal: «..., einen Leistungsauftrag im Sinne von Artikel 36a Absatz 3 KVG».

Secondo VD, la presente disposizione suggerisce che gli infermieri indipendenti non potrebbero beneficiare di misure di promozione delle prestazioni di formazione perché il testo si riferisce soltanto alle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e non menziona gli infermieri indipendenti. Il Cantone propone pertanto di valutare come riconoscere anche questi ultimi come potenziali fornitori di prestazioni di formazione senza per questo creare un obbligo. VD lamenta poi che nell'ordinanza non figurino nulla in merito a un possibile obbligo per i fornitori di prestazioni di fornire prestazioni di formazione, nonostante questo aspetto sia esplicitamente menzionato nei nuovi articoli 36a capoverso 3 e 39 capoverso 1<sup>bis</sup> LAMal. Per questo motivo, nell'OAMal va inserita una norma minima per le prestazioni di formazione da fornire, nonché l'esigenza di includere i praticanti e la persona che li segue nella composizione dell'équipe di cura (*skill mix* e *grade mix*).

ASPS chiede di inserire nella disposizione transitoria un'aggiunta concernente l'autorizzazione di organizzazioni senza prestazioni di formazione. ASPS approva che sia attribuito un mandato di prestazioni alle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio già autorizzate al momento dell'entrata in vigore della modifica e che offrono o prevedono di offrire prestazioni di formazione. Secondo il rapporto esplicativo, restano tuttavia autorizzate anche le organizzazioni che non le offrono o non prevedono di offrirle. Questo aspetto è giusto e importante: tutte le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio esistenti devono poter continuare a esercitare.

*IDS* è dell'opinione che, qualora alle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio siano riconosciuti i diritti acquisiti, questi ultimi debbano essere menzionati esplicitamente e con precisione nella disposizione transitoria.

#### **4.4 Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre)**

##### **4.4.1 Osservazioni generali**

*CDS* e con essa *AG, AI, AR, BE, BL, BS, FR, GR, JU, NE, OW, SG, SO, SZ, TI, ZG* e *ZH* respingono le modifiche proposte e chiedono una rielaborazione sostanziale dell'avamprogetto dell'OPre. La soluzione proposta non è attuabile nella prassi e crea incentivi sbagliati. Personale specializzato altamente qualificato e costoso si ritroverebbe a dispensare sempre più spesso cure di base e troverebbe viepiù interessante mettersi in proprio. In tempi di carenza di personale qualificato è indispensabile impiegare le risorse disponibili in base alle competenze. Questo significa che il raro personale infermieristico specializzato deve essere assegnato soprattutto alle cure più complesse, una scelta oltretutto giustificata anche dal punto di vista dell'economicità delle prestazioni. Per questo motivo, anche gli esami e le cure di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera b OPre (cure) devono poter essere forniti senza prescrizione o mandato medico. Le cure di base di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettera c OPre devono invece continuare a essere dispensate soltanto previa prescrizione o mandato medico.

Qualora non sia dato seguito alla presente richiesta, nel contesto delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio le cure di base dovrebbero poter essere dispensate senza prescrizione o mandato medico anche da personale meno qualificato sotto la vigilanza di un infermiere (modello della delega). Va tenuto presente che le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio già oggi faticano a reclutare personale maggiormente qualificato, e questa difficoltà è destinata ad acuirsi se per il personale altamente qualificato diventa più interessante mettersi in proprio piuttosto che continuare a lavorare per queste ultime. A questo si aggiunge che i requisiti previsti in termini di esperienza professionale e i meccanismi di controllo per la verifica dei requisiti sono semplicemente inattuabili nella prassi. Ne conseguirebbero lunghe e complesse discussioni tra assicuratori e fornitori di prestazioni.

*FR* ribadisce che le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a (valutazione, consigli e coordinamento), b (esami e cure) e c (cure di base) devono poter essere fatturate senza prescrizione o mandato medico, e che nel contesto delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio gli infermieri devono poter delegare, sotto la loro vigilanza, la fornitura di queste prestazioni a personale meno qualificato.

*SO, TI* e *ZH* reputano la revisione dell'OPre in questa forma inadatta a raggiungere l'obiettivo di valorizzare lo statuto professionale degli infermieri SSS e SUP e di rafforzarne l'autonomia. Questi infermieri sono specialisti altamente qualificati in grado di eseguire sotto la propria responsabilità esami e cure come cambio della medicazione, controllo dei segni vitali e simili. Limitando le loro attività, come previsto dall'OPre, a valutazione, consigli, coordinamento e cure di base, è impossibile raggiungere l'obiettivo di valorizzarne lo statuto professionale. Secondo *SO*, le cure di base devono poter essere fornite – sotto la vigilanza di un infermiere SSS e SUP – anche da altre persone attive nel settore delle cure con una formazione appropriata (p. es. operatori sociosanitari AFC). *SO* reputa infine inutili le condizioni supplementari per gli infermieri. Le condizioni di autorizzazione di cui all'articolo 49 OAMal sono sufficienti per garantire la qualità necessaria.

*SO* e *ZH* temono inoltre un aumento dei costi, se in futuro le cure di base saranno fornite da collaboratori maggiormente qualificati e più costosi.

*VD* è del parere che, nell'ottica di una maggiore autonomia del personale infermieristico, la condizione secondo cui un infermiere può fornire (e fatturare a carico dell'AOMS) prestazioni senza prescrizione o mandato medico soltanto nel settore in cui ha effettuato i 2 anni di attività pratica debba essere stralciata. *VD* reputa inoltre che le disposizioni di cui all'OPre debbano essere chiarite per precisare che anche il personale infermieristico dipendente può fornire, e fatturare a carico dell'AOMS, prestazioni senza prescrizione o mandato medico.

PEV considera l'avamprogetto dell'OPre malriuscito e non attuabile, e ne chiede la rielaborazione sostanziale. Se una prestazione di cura è attribuita al settore autonomo delle cure infermieristiche significa che la sua indicazione non può essere valutata da un medico. Secondo PEV non si capisce dove risieda esattamente la garanzia di qualità nell'affidare a un medico una prescrizione in un settore che non rientra tra le sue competenze. PEV è dell'opinione che questo non sia conciliabile con il testo costituzionale. Le misure che rientrano nel settore autonomo delle cure infermieristiche esulano da quello di competenza del medico e pertanto non è utile assoggettarle alla vigilanza, al controllo, alla decisione o alla prescrizione di un medico. Inoltre, PEV reputa che non sia sensato né attuabile assoggettare la prescrizione in autonomia di prestazioni alla condizione di acquisire 2 anni di esperienza professionale in aggiunta a quelli di cui all'articolo 49 lettera b OAMal in ogni settore in cui devono essere fornite prestazioni. La formazione è di natura generalista, per fornire le proprie prestazioni a carico dell'AOMS gli infermieri devono attestare un'esperienza professionale di 2 anni (art. 49 OA-Mal). La collaborazione interprofessionale, anche con i medici, è una condizione *sine qua non* in questa professione. Non è chiaro quali siano le aspettative alla base della richiesta di ulteriori 2 anni di esperienza pratica in ogni settore in cui gli infermieri forniscono prestazioni considerato che, a prescindere da ciò e molto semplicemente, gli assicuratori competenti già verificano che le prestazioni fornite soddisfino i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità.

I VERDI sono dell'opinione che la modifica dell'OPre manchi l'obiettivo di valorizzare lo statuto professionale degli infermieri e di rafforzarne l'autonomia. Respingono in particolare che gli infermieri, quale condizione per poter prescrivere in autonomia determinate prestazioni, debbano avere – in aggiunta ai 2 anni di esperienza professionale di cui all'articolo 49 lettera b OAMal – ulteriori 2 anni di esperienza professionale in ogni settore in cui prescrivono prestazioni. I VERDI si oppongono anche all'impossibilità di delegare ad altri collaboratori dell'équipe di cura la fornitura delle prestazioni prescritte in autonomia dagli infermieri. Si tratta di una soluzione inefficiente e inattuabile, per esempio, per le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio. I VERDI reputano che anche la prescrizione secondo cui le prestazioni di cura possono essere rinnovate dopo 18 mesi soltanto con il consenso di un medico sia in contraddizione con la promossa autonomia.

AVASAD è dell'avviso che numerose restrizioni previste dagli avamprogetti di ordinanze siano contrarie al principio della fatturazione diretta da parte del personale infermieristico (art. 7 cpv. 2<sup>bis</sup> lett. c e 8a cpv. 1<sup>bis</sup> e 8 OPre). Fissando durate minime di esperienza professionale, restringendo il campo in cui questa esperienza deve essere acquisita e stabilendo restrizioni territoriali, si contrasta strato dopo strato il principio stesso della fatturazione diretta. Queste restrizioni sfoceranno in un netto calo della presa a carico delle cure a domicilio da parte delle assicurazioni malattie e in ultima analisi in una diminuzione del volume delle prestazioni fornite. È un pessimo calcolo economico, considerato che un'assistenza di qualità a domicilio contribuisce in misura sostanziale alla riduzione del numero di giorni in ospedale. L'impatto sui costi della sanità sarà quindi l'esatto opposto di quello voluto. AVASAD si chiede anche quanto sia sostenibile impedire agli infermieri autorizzati di delegare parte delle loro prestazioni. Se per questo motivo gli operatori sociosanitari (OSS) dovessero essere esclusi dalle cure di base, l'intera struttura delle cure a domicilio così come la conosciamo in Svizzera vacillerebbe, con conseguenze sanitarie e sociali catastrofiche e, in definitiva, un prevedibile aumento dei costi della sanità.

ASPS, Spitex Schweiz e Spitex Zürich sono del parere che con il disciplinamento proposto gli obiettivi dell'iniziativa sulle cure infermieristiche non possano essere attuati, o possano esserlo solo in parte. Soprattutto per il settore della fornitura e fatturazione in autonomia di prestazioni, la soluzione presentata non è appropriata, anzi, con i suoi incentivi controproducenti e le sue carenze non fa che esacerbare una situazione già difficile. Il sistema proposto crea 2 incentivi controproducenti e con le sue disposizioni restrittive sarà causa di proteste e ulteriore frustrazione. *Incentivo controproducente 1*: la condizione secondo cui una prestazione può essere prescritta e fatturata da un infermiere soltanto se è l'infermiere stesso a fornirla indurrà le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e le case di cura a ricorrere maggior-

mente a personale con una formazione di grado terziario ottimamente qualificato per dispensare cure di base. Considerati la carenza di personale qualificato e il fatto che le prestazioni andrebbero fornite secondo i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità, si lancia un segnale totalmente sbagliato e si mina ulteriormente il sistema. *Incentivo controproducente 2:* poiché questa soluzione in pratica impedisce la fatturazione autonoma da parte di organizzazioni che attuano il modello della delega (organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, case di cura) e può essere applicata soltanto agli infermieri indipendenti – il che di fatto equivale a una disparità di trattamento – l'esercizio in proprio della professione diventerà sempre più interessante, anche se in realtà un'ulteriore frammentazione dell'assistenza di base non è nelle intenzioni del legislatore. *Restrizioni inutili:* con le restrizioni inserite nella proposta di attuazione, per esempio la collaborazione in fase di re-assessment e il consenso del medico dopo 18 mesi, si esprime innanzitutto una mancanza di fiducia nei confronti di chi dispensa cure. Ogni prestazione dei collaboratori di organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio è soggetta al controllo dei finanziatori, un ruolo svolto già oggi in larga misura dagli assicuratori-malattie, per esempio. Senza contare che così si trascurava di considerare che le strutture sono responsabili per le azioni dei loro collaboratori.

Secondo *BFH, FKG e VFP*, con la presente ordinanza non si giungerà all'attuazione del settore autonomo delle cure infermieristiche: gli ostacoli sono sproporzionatamente alti, lontani dalla realtà, rigidi e non motivabili oggettivamente e tecnicamente. Le disposizioni previste ridurrebbero l'autonomia del settore autonomo a un livello meramente formale e creerebbero un elevato onere amministrativo e organizzativo senza apportare alcun rafforzamento dell'assistenza di base, né alcuna riduzione dei costi e valorizzazione delle cure infermieristiche. Per «infermieri», *BFH, FKG e VFP* propongono di utilizzare nella versione tedesca la forma femminile e maschile «Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner» oppure il termine neutro dal punto di vista del genere «Pflegefachperson».

*BFH* considera inoltre critici i 2 anni di esperienza professionale in aggiunta a quelli di cui all'articolo 49 lettera b OAMal quale condizione per la prescrizione in autonomia di prestazioni e si esprime criticamente in merito al previsto consenso del medico per il rinnovo della prescrizione dopo al massimo 18 mesi, all'impossibilità di delegare prestazioni all'équipe di cura, nonché all'assoggettamento delle misure infermieristiche alla vigilanza, al controllo, alla decisione o alla prescrizione di un medico.

*BSH* constata che la Confederazione, con le sue numerose misure in rapida successione, sta assegnando ai fornitori di prestazioni troppi compiti supplementari, con il risultato che non si potrà mai verificare in modo scientifico l'efficacia di alcuna delle misure attuate o previste. I corrispondenti (inutili!?) maggiori costi saranno comunque da pagare. Manca una strategia sovraordinata che abbia come obiettivo fondamentale ciò che la LAMal prescrive per tutte le prestazioni: massima efficienza al minor costo possibile! In generale non si può non notare la tendenza a imporre moltissimi oneri in parallelo, che porterebbero soltanto a una maggiore quantità di dati con il relativo aggravio di compiti amministrativi e distoglierebbero il personale specializzato, già oggi o in un prossimo futuro scarso a tutti i livelli del settore sanitario, dall'effettiva fornitura di prestazioni al e per il paziente. Tutto questo non comporterà in alcun caso una maggiore efficienza o qualità, ma soltanto un allontanamento ancora più marcato del personale qualificato dalla propria professione. Soprattutto durante l'attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche, che è espressione della disperazione del personale infermieristico stanco degli eccessivi compiti amministrativi, delle procedure non efficienti, delle condizioni di assunzione da migliorare, occorre far sì che i nuovi disciplinamenti comportino la minore gravosità amministrativa possibile e abbiano il massimo effetto in termini di possibilità per gli infermieri di fornire prestazioni al e per il paziente. Tutto il resto, inclusi gli oneri amministrativi, va considerato interamente alla luce dei criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità conformemente alla LAMal e deve essere il più snello e preciso possibile.

*mfe e PIP* accolgono con favore l'importanza attribuita al coordinamento delle cure. Da tempo si attendeva il riconoscimento del lavoro svolto in questo senso dall'insieme dei professionisti della salute. Per consentire l'attuazione di questo coordinamento, occorre però definirne le condizioni quadro. *mfe e PIP* si stupiscono della mancanza di disciplinamento in materia,

soprattutto in merito al finanziamento. Il lavoro di coordinamento di un'équipe interprofessionale non ha alcuna posizione tariffale specifica e appropriata. La maggior parte degli infermieri non dispone di alcuna posizione tariffale che consenta di remunerare una sessione di coordinamento interprofessionale in assenza del paziente. La promozione concreta della collaborazione interprofessionale richiede innanzitutto che la politica e i tariffari riconoscano il tempo richiesto dal coordinamento delle cure integrate. Il coordinamento è una prestazione fondamentale per la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, e può evitare ospedalizzazioni o esami inutili. Non ci si può attendere un coordinamento delle cure sistematico se il tempo che i professionisti della salute del settore ambulatoriale vi dedicano non è remunerato. mfe e PIP chiedono di trovare soluzioni per remunerare le attività di coordinamento svolte dal personale infermieristico e, in generale, da tutti i professionisti della salute.

*PIP* chiede di rendere possibile la delega di determinate prestazioni per evitare che personale sovraqualificato debba occuparsi in prima persona di determinate prestazioni di cura.

*PBL* considera l'avamprogetto inattuabile nella prassi: se il personale infermieristico deve essere riconosciuto come gruppo professionale indipendente con competenze proprie, deve essergli accordata anche la possibilità di definire in modo autonomo il fabbisogno di cure. Non si capisce per quale motivo e con quali competenze uno specialista medico dovrebbe essere in grado di definire un eventuale fabbisogno di cure meglio di quanto potrebbe fare un infermiere nel proprio settore specialistico. Qui si tratta proprio di dispensare prestazioni di cura sotto la propria responsabilità e non su delega. Le competenze attestate da diplomi e perfezionamenti stabiliscono chiaramente le prestazioni che possono essere fornite in modo autonomo. I medici non sono qualificati per definire il fabbisogno di prestazioni di cura e dunque non dispongono delle competenze necessarie per procedere a una prescrizione informata. L'obiettivo concreto di un piano di trattamento individuale andrebbe definito a livello interprofessionale e la gestione del caso affidata al rispettivo gruppo professionale in funzione della natura prevalentemente infermieristica o medica degli interventi. Le condizioni numerose e non operazionalizzate per la fornitura in autonomia di prestazioni di cura non sono né pienamente sviluppate né attuabili nella prassi. Da decenni, numerosi studi multicentrici sulle cure infermieristiche ribadiscono che l'esercizio autonomo della professione è uno dei fattori più efficaci per acquisire e trattenere personale infermieristico qualificato. Considerato che le prestazioni sono fornite da numerosi infermieri con funzioni di pratica avanzata (spesso anche con una formazione universitaria alle spalle e titoli come PhD ecc.), le restrizioni proposte non sono in alcun modo comprensibili.

*Santésuisse* chiede che le competenze del personale infermieristico assunto siano sistematicamente verificate dai datori di lavoro. Se necessario, questi ultimi devono far confermare da una commissione specializzata le competenze del proprio personale infermieristico sia nel ramo della psichiatria, sia nella collaborazione interdisciplinare e nella gestione coordinata dei pazienti. I fornitori di prestazioni infermieristiche devono essere in grado di giustificare i controlli eseguiti, se richiesto dagli assicuratori-malattie.

*ASI* e con essa *BrotteggPraxis*, *Curacasa*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PH CH*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *ASI-NEJU*, *USS*, *SHV*, *SIGA*, *SSHP+*, *Stillförderung Schweiz*, *SVBG*, *UNIA* e *ZHAW* reputano l'attuazione a livello di ordinanza mal riuscita e in parte contraria alla Costituzione e alla legge. La presente proposta rispecchia apertamente il fatto che né la Confederazione né l'Amministrazione hanno mai voluto istituire un settore autonomo delle cure infermieristiche. Con questa soluzione rigida e inattuabile nella prassi non si attua in alcun modo la volontà del Parlamento e del Popolo. È assurdo e inattuabile che, per poter prescrivere in autonomia determinate prestazioni, gli infermieri debbano acquisire, oltre ai 2 anni di esperienza professionale richiesti dall'articolo 49 lettera b OAMal, altri 2 anni di esperienza professionale in ogni settore in cui prescrivono prestazioni. Secondo *ASI* e altri partecipanti alla consultazione, la disposizione secondo cui dopo 18 mesi sia nuovamente necessario il consenso del medico è contraria alla Costituzione e alla legge. La LAMal e le relative ordinanze d'esecuzione non hanno la funzione di introdurre, nemmeno indirettamente, prescrizioni concernenti le responsabilità dei fornitori di prestazioni tenuti a collaborare più o meno strettamente all'as-



sistenza dei pazienti. L'articolo 25a capoverso 3<sup>quater</sup> LAMal attribuisce al Consiglio federale unicamente la competenza di disciplinare «il coordinamento fra i medici e gli infermieri addetti alle cure». La LAMal e le relative ordinanze d'esecuzione prevedono già disposizioni volte a disciplinare i criteri generali di efficacia, appropriatezza ed economicità, ma anche di qualità, che le prestazioni a carico dell'AOMS devono soddisfare. Non appare opportuno inserire ulteriori prescrizioni così dettagliate come quelle previste dall'avamprogetto, perché si rischia di svuotare di sostanza il carattere autonomo di numerose prestazioni infermieristiche a carico dell'AOMS voluto con l'adozione dell'articolo 117b della Costituzione federale. Nulla nella Costituzione e nella legge consente al Consiglio federale di assoggettare il settore autonomo delle cure infermieristiche sancito dalla Costituzione e dalla legge a condizioni che praticamente lo svuoterebbero della sua sostanza. L'impossibilità di delegare ad altri collaboratori dell'équipe di cura la fornitura di prestazioni prescritte in autonomia è inefficiente e inattuabile per le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, contraddice la natura della prestazione fornita in autonomia e non è motivabile giuridicamente. ASI e altri partecipanti alla consultazione chiedono inoltre l'adeguamento del titolo del capitolo 2 («Prestazioni effettuate da persone che dispensano cure previa prescrizione o mandato medico»), non più calzante, considerato che l'articolo 7 elenca ora prestazioni che sono (o possono essere) fornite (*recte*: fatturate) senza prescrizione o mandato medico.

Neppure *SBK-GR* concorda con l'attuazione prevista e la respinge in questa forma. L'iniziativa chiedeva che le prestazioni dispensate da un infermiere nel quadro delle sue competenze potessero essere fatturate direttamente alle casse malati. Con il diploma professionale l'infermiere acquisisce le competenze necessarie, che però finora non gli venivano riconosciute. Chi studia medicina acquisisce competenze diverse, che non permettono di valutare quelle degli infermieri. L'accompagnamento di persone che necessitano di aiuti medici richiede la collaborazione alla pari di svariati gruppi professionali, dei quali nessuno è subordinato all'altro e ognuno ha i propri compiti definiti dalla formazione specifica. *SBK-GR* considera le limitazioni previste profondamente offensive, vessatorie e le ritiene mostruosità burocratiche. In nessun modo consentono di raggiungere lo scopo di promuovere l'attrattiva della professione. Al contrario, trasmettono una profonda sfiducia nei confronti degli infermieri e l'impressione che senza vigilanza non siano in grado di svolgere il loro lavoro e tanto meno di difenderlo. Gli infermieri forniscono prestazioni sotto la propria responsabilità professionale e dovrebbero quindi poter delegare compiti agli OSS. L'obiettivo deve essere quello di lavorare nel modo più efficiente possibile alla luce delle risorse sempre più scarse, soprattutto nel contesto delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e dell'esercizio indipendente della professione infermieristica.

*Senesuisse* è del parere che la presente proposta non rafforzi granché l'autonomia degli infermieri. Con un disciplinamento così rigido non si crea alcuna soluzione attuabile nella prassi. Il solo fatto che, per poter prescrivere in autonomia determinate prestazioni, gli infermieri debbano acquisire 2 anni di esperienza professionale in ogni settore è un eccesso amministrativo, a maggior ragione se non possono fatturare nemmeno le cure che dispensano. Assegnare infermieri con una formazione di grado terziario alle cure di base, che è l'obiettivo di questo disciplinamento, è inoltre estremamente inefficiente e controproducente alla luce della carenza di personale qualificato, tanto più che queste prestazioni non possono essere delegate ad altri collaboratori (meno qualificati) dell'équipe di cura. La regolamentazione proposta è decisamente poco allettante, estremamente inefficiente e, per le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, inattuabile nella prassi.

Secondo la valutazione di *SNL*, le modifiche proposte comporteranno di fatto la mancata attuazione del settore autonomo delle cure infermieristiche: gli ostacoli sono sproporzionatamente elevati e oggettivamente non motivabili (art. 7 cpv. 2<sup>bis</sup> OPre), le condizioni poco chiare (art. 7 cpv. 2<sup>bis</sup> lett. c OPre), l'attuazione nella prassi è semplicemente irrealistica (nessuna possibilità di delega) e la limitazione temporale dell'autonomia non è motivabile. Le disposizioni previste svuotano di sostanza l'auspicata autonomia e la riducono a un livello meramente formale.

Secondo *Syna e Travail.Suisse*, l'ordinanza crea chiari ostacoli alla piena autonomia degli infermieri nell'ambito delle cure che possono fornire sotto la propria responsabilità o fatturare direttamente a carico dell'AOMS. L'attuazione nella forma proposta non contribuisce per nulla o soltanto in misura molto scarsa ad aumentare l'attrattiva della professione. Per questo motivo, *Syna e Travail.Suisse* sono del parere che l'ordinanza debba essere sottoposta a una rielaborazione sostanziale. L'introduzione di un meccanismo di controllo per evitare possibili aumenti ingiustificati dei costi è di natura puramente politica e attribuisce, palesemente e in modo del tutto ingiustificato, unicamente agli infermieri la responsabilità di un possibile aumento dei costi della salute.

*Groupe Mutuel* approva che il personale infermieristico che fattura direttamente a carico dell'AOMS, ossia senza prescrizione o mandato medico, debba attenersi a numerose condizioni e limitazioni. I bisogni delle prestazioni di cura che possono essere fornite senza prescrizione o mandato medico devono essere valutati dall'infermiere in collaborazione con il paziente o i suoi familiari e il risultato deve essere trasmesso immediatamente per informazione al medico curante: queste condizioni e limitazioni consentono di assicurare la qualità delle prestazioni del personale infermieristico e, in virtù dell'informazione fornita, anche una base per il coordinamento con il medico curante. Quest'ultima regola è tuttavia minimalista, il rapporto esplicativo avrebbe potuto fornire maggiori dettagli. L'accresciuto ricorso alla cartella informatizzata del paziente (CIP) dovrebbe rivelarsi uno strumento utile per potenziare il coordinamento tra personale infermieristico e medico curante.

*MTK* fa notare che al momento esistono poche interfacce dirette tra la LAMal e la legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) in merito alle prestazioni infermieristiche. Le cure infermieristiche nel contesto dell'assicurazione contro gli infortuni sono disciplinate dall'articolo 18 dell'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF) e sono toccate soltanto indirettamente dal previsto adeguamento della LAMal. Al proposito, *MTK* ricorda che nella LAINF – oltre alle convenzioni tariffali vigenti per gli infermieri formati – sono disciplinate anche le cure dispensate da familiari e coperte dell'assicurazione contro gli infortuni. La rinuncia alla «prescrizione medica» prevista dalla revisione dell'OPre fa inoltre temere un aumento quantitativo delle prestazioni con conseguente percettibile aumento dei costi. Se futuri adeguamenti dell'OPre dovessero interessare in misura sostanziale la LAINF, la legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI) o la legge federale sull'assicurazione militare (LAM) e le relative ordinanze, nell'ottica del coordinamento delle tariffe bisognerebbe includere nella revisione della LAMal anche gli aspetti concernenti specificamente queste assicurazioni sociali.

#### 4.4.2 Articolo 7

*ART/SET* chiede che le prestazioni nel settore delle cure di lungodegenza fatturabili direttamente siano estese ai compiti seguenti:

- assunzione di un ruolo di condotta clinica (leadership clinica) in tipiche situazioni geriatriche;
- riconoscimento del bisogno di sostegno di infermieri di altri livelli di formazione e loro sostegno nella fornitura di cure e assistenza ai residenti delle strutture (empowerment);
- consulenza e coaching ai residenti e ai loro familiari in situazioni complesse e impegnative dal punto di vista psicosociale in materia di decorso della malattia, cambiamenti del comportamento, mantenimento della qualità di vita o pianificazione sanitaria anticipata;
- prestazioni nel contesto della garanzia e dello sviluppo della qualità, lavori di concetto volti all'elaborazione di prescrizioni guida;
- perseguimento di priorità specialistiche nella struttura (p. es. cure palliative) e condotta di gruppi dedicati e/o lancio di progetti di sviluppo e conseguente contributo allo sviluppo della qualità nella fornitura delle prestazioni;

- assunzione di compiti volti alla misurazione e alla valutazione della qualità e dell'efficacia delle cure infermieristiche al fine di migliorare i risultati delle cure (p. es. in relazione agli indicatori medici di qualità) oppure per prepararsi a una certificazione;
- impiego di capacità dirigenziali e di gestione dei cambiamenti per migliorare la qualità e i processi e per influire sui processi di sviluppo dell'organizzazione.

I residenti di case per anziani e case di cura sovente entrano in istituto soltanto quando le condizioni di salute non permettono loro di continuare a vivere a casa, nemmeno con il sostegno dei familiari e/o di un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio. Oltre a un'assistenza, un accompagnamento e cure infermieristiche in misura importante, necessitano di un'ottima assistenza medica e terapeutica, il che richiede conoscenze specifiche del settore geriatrico che secondo ARTISET devono essere remunerate di conseguenza.

*OdASanté* e *KOGS* chiedono di adeguare il titolo del capitolo 2 OPre («Prestazioni effettuate da persone che dispensano cure previa prescrizione o mandato medico»), visto che l'articolo 7 tratta di prestazioni che gli infermieri possono fornire in modo autonomo e fatturare direttamente.

Secondo *ASI*, e con essa *BroteggPraxis*, *Curacasa*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PH CH*, *SBK-BE*, *SBK-BSBL*, *ASI-NEJU*, *SHV*, *SIGA*, *SSHP+*, *Stilfförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *UNIA* e *ZHAW*, l'avamprogetto esprime nella sua globalità una mancanza fondamentale di comprensione di ciò che caratterizza il settore autonomo delle cure infermieristiche, così come è riconosciuto da tempo dalla legislazione sanitaria cantonale, e il cui riconoscimento nella LAMal ha dato avvio all'iniziativa sulle cure infermieristiche ed è oggetto di quest'ultima. Tutti questi partecipanti alla consultazione sono dell'opinione che l'avamprogetto non attui la prescrizione di cui all'articolo 117b Cost. o alla pertinente disposizione transitoria. Al di là della sua relativamente scarsa rilevanza pratica, il testo costituzionale ha soprattutto un elevato valore simbolico: sancendo l'autonomia (parziale) delle cure infermieristiche, dovrebbe aumentare l'attrattiva della professione, soprattutto in tempi di carenza acuta di personale. Nella forma proposta, il presente avamprogetto ottiene invece l'esatto contrario: sostanzialmente è un elenco di *caveat*, riserve, limitazioni e condizioni proibitive che hanno quale scopo o esito il mancato riconoscimento del settore autonomo delle cure infermieristiche e in definitiva di continuare a privare le cure infermieristiche della sovranità sul loro settore nella LAMal.

Le misure da attribuire al settore autonomo delle cure infermieristiche esulano inoltre per definizione dall'ambito di competenza del medico e pertanto non è nemmeno utile assoggettarle alla vigilanza, al controllo, alla decisione o alla prescrizione di un medico. Per lo stesso motivo, non dovrebbero nemmeno essere ordinate o prescritte da un medico. Già per la sola questione terminologica tutti i meccanismi previsti nel presente avamprogetto, che in ultima analisi inducono esplicitamente o implicitamente una funzione di vigilanza dei medici, non sono compatibili con il testo costituzionale.

*SBK-BSBL* non comprende come mai a livello di OPre sussista uno statuto speciale per le cure infermieristiche nel ramo della psichiatria. Oltre alla formazione SSS o equivalente, gli infermieri indipendenti soddisfano la condizione di attestare un'esperienza professionale di 2 anni, indispensabile per ottenere l'autorizzazione cantonale a esercitare. La gestione attuale ostacola notevolmente l'esercizio della professione agli infermieri indipendenti. Questa limitazione va abrogata.

*SBK-GR* fa notare che le misure previste limitano l'autonomia degli infermieri e in definitiva implicano che questi ultimi non sono in grado di agire sotto la propria responsabilità. La condizione di attestare 2 anni di esperienza in singoli settori è assurda, in contraddizione con la realtà professionale e pressoché inattuabile.

#### **4.4.2.1 Articolo 7 capoverso 1**

*VD* chiede di mantenere il testo vigente, ossia «Sono considerate prestazioni ai sensi dell'articolo 33 lettera b OAMal gli esami, le terapie e le cure effettuati secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8, previa prescrizione o mandato medico:

[...]», perché la formulazione proposta si riferisce soltanto alle cure effettuate su prescrizione o mandato medico.

#### 4.4.2.2 Articolo 7 capoverso 1 lettera a

Come nel parere concernente l'OAMal, ASI e con essa *BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, ASI-NEJU, SHV, SIGA, SSHP+*, *Stillförderung Schweiz, SVBG, SVK, UNIA* e *ZHAW* lamentano che nella versione tedesca dell'OPre il maschile «Pflegefachmänner» (infermieri) preceda il femminile «Pflegefachfrauen» (infermiere), e che nella versione francese sia utilizzata esclusivamente la forma maschile. Chiedono pertanto che nella versione tedesca la forma femminile sia anteposta a quella maschile e che nella versione francese siano utilizzate entrambe le forme.

#### 4.4.2.3 Articolo 7 capoverso 2

OdASanté e KOGS fanno notare che con l'articolo 7 capoverso 2 numero 3 si procede alla specificazione di una professione che però non è definita. Secondo la sistematica della formazione, dopo la formazione di infermiere diplomato SSS e il bachelor in cure infermieristiche SUP esistono svariate possibilità per proseguire la formazione e specializzarsi. OdASanté e KOGS ricordano che i presenti adeguamenti devono contribuire a promuovere l'attrattiva della professione, consentendo agli infermieri diplomati di fornire prestazioni sotto la propria responsabilità e di fatturarle direttamente a carico dell'AOMS. Se ora determinate prestazioni possono essere dispensate soltanto da specialisti con un profilo poco chiaro, si crea una discriminazione e una svalutazione della professione, che è l'esatto contrario di quello che chiede l'iniziativa. OdASanté e KOGS riconoscono che per determinate prestazioni sia necessaria una formazione superiore oppure un perfezionamento o un percorso universitario, ma le prestazioni in questione e la relativa formazione devono essere definite chiaramente. Occorre inoltre tenere presente che il panorama formativo nel settore delle «cure infermieristiche» si è diversificato. Se il legislatore definisce prestazioni che possono essere fornite soltanto da infermieri diplomati, vengono erose le competenze acquisite con la formazione formale. Dovrebbe pertanto essere possibile delegare a persone adeguatamente formate la fornitura sotto vigilanza di queste prestazioni.

#### 4.4.2.4 Articolo 7 capoverso 2 lettera a numero 3

VD reputa che la formulazione «coordinamento dei provvedimenti nonché interventi di infermieri specializzati in caso di complicazioni in situazioni di cura complesse e instabili [...]» restringa eccessivamente il campo d'applicazione. Il coordinamento di provvedimenti e disposizioni è necessario in numerose situazioni, soprattutto nell'ambito delle malattie croniche o delle cure palliative. Queste situazioni sono gravi e complesse, ma non per forza instabili nel senso medico del termine. VD fa inoltre notare che l'espressione «infermieri specializzati» pare escludere gli «infermieri specialisti clinici» titolari di un master in scienze infermieristiche, che nella Svizzera romanda sono appunto coloro che si occupano del coordinamento delle situazioni complesse.

*ARTISET, BSH, IMAD, Spitex Schweiz* e *Spitex Zürich* chiedono di stralciare il termine «specializzati», perché non è chiaro a che cosa si riferisca: «coordinamento dei provvedimenti nonché interventi di infermieri ~~specializzati~~ in caso di complicazioni in situazioni di cura complesse e instabili;».

*BFH, FKG* e *VFP* respingono la disposizione perché manca una definizione chiara di «situazioni di cura complesse e instabili».

#### 4.4.2.5 Articolo 7 capoverso 2<sup>bis</sup>

*ARTISET* chiede che le prestazioni di cura fatturabili direttamente siano incluse nell'attuale sistema di fatturazione delle case per anziani e di cura senza però complicarlo in alcun modo. In queste strutture, la fatturazione delle prestazioni non è effettuata dai singoli infermieri, i quali si limitano a documentare le prestazioni dispensate al residente. La fatturazione è poi svolta da un apposito reparto contabilità. I processi contabili divergono tra i vari Cantoni

anche in base ai requisiti in materia di fatturazione dei costi. Per questo motivo è molto importante che le prestazioni di cura fatturabili direttamente siano incluse nel sistema di fatturazione della struttura, senza però complicarlo. Va inoltre tenuto presente che anche negli istituti sociali vi sono prestazioni fornite da infermieri con una formazione di grado terziario. Nemmeno in quel caso le prestazioni di cura fatturabili direttamente devono complicare i sistemi di fatturazione in uso.

*BEKAG, BüAeV e FMH* respingono la proposta di far effettuare agli infermieri la valutazione dei bisogni anche per le cure di base psichiche senza la collaborazione del medico curante. Queste ultime includono componenti diagnostiche e terapeutiche tali per cui gli esami, le terapie e le cure del caso devono avvenire tassativamente in collaborazione tra personale infermieristico e medico. In questo ramo, la stretta collaborazione e il coordinamento tra medici e infermieri è imprescindibile per assicurare la qualità del trattamento e la sicurezza dei pazienti. Urge quindi precisare se si sta parlando di cure di base generali o di cure di base psichiche.

*OdASanté* si chiede se le condizioni indicate per la specializzazione siano sufficienti. Si tratta di una specializzazione descrittiva, priva di base formale. Tutti coloro che hanno abbandonato la professione potevano attestare un'attività pratica di almeno 2 anni in collaborazione interdisciplinare. È inoltre difficile verificare che cosa si intenda con attività in reti di gestione dei pazienti. *OdASanté* chiede pertanto che la specializzazione sia definita in funzione di un diploma professionale e che l'attività pratica di 2 anni in reti di gestione dei pazienti sia definita più chiaramente o – meglio ancora – stralciata.

#### **4.4.2.6 Articolo 7 capoverso 2<sup>bis</sup> lettera a**

Secondo *GE*, richiedere 2 anni in aggiunta ai 2 già necessari per l'esercizio indipendente della professione pare contrario allo scopo dell'iniziativa. Il Cantone si chiede inoltre se in questi 2 anni si debba lavorare a tempo pieno. Considerato che nelle cure infermieristiche il tempo parziale è frequente, occorre chiarire come gestire i dipendenti con un grado di occupazione parziale. In generale, la procedura proposta e le condizioni di cui al capoverso 2<sup>bis</sup> sono molto complicate. Appesantiscono l'assistenza, non contribuiscono a ridurre i costi e saranno di difficile attuazione sul territorio.

*VD* chiede di chiarire 2 espressioni: i criteri «collaborazione interdisciplinare» e «reti di gestione dei pazienti» possono essere soggetti a interpretazione e necessitano di una definizione più dettagliata. Il Cantone fa notare che tutti gli infermieri lavorano costantemente in modo interdisciplinare.

*AVASAD* chiede lo stralcio dell'articolo 7 capoverso 2<sup>bis</sup> lettera a.

*ARTISET, ASPS, BSH, IMAD, Spitex Schweiz e Spitex Zürich* chiedono lo stralcio della parte finale del periodo: «le prestazioni di cui al capoverso 2 lettera a numero 3 devono essere fornite da un infermiere (art. 49 OAMal) ~~che possa attestare un'attività pratica di due anni in collaborazione interdisciplinare e reti di gestione dei pazienti;~~».

Secondo *pharmaSuisse*, le disposizioni e i commenti nel rapporto esplicativo in merito alle condizioni da soddisfare per poter fornire prestazioni non creano alcuna chiarezza. La distinzione tra le prestazioni e tra attività pratica di 2 anni o esperienza professionale di 2 anni non è comprensibile. Nel caso ideale, gli infermieri assolvono (2 anni di) perfezionamento pratico, analogamente a quanto avviene per il titolo di perfezionamento in farmacia al fine di poter fatturare le prestazioni a carico dell'AOMS. Una distinzione per settori dell'esperienza professionale di 2 anni non è sensata, anche perché spesso si tratta di pazienti geriatrici, ma in realtà il discorso vale non solo per questi ultimi, ma per qualsiasi paziente con problemi di salute attinenti a più settori medici (p. es. oncologia e psichiatria). Non è di alcuna utilità suddividere i pazienti per «segmenti di malattia», ma occorre piuttosto considerarli nella loro interezza (ossia evitando che ogni malattia da cui è affetto il paziente sia trattata da uno specialista diverso in funzione del settore di specializzazione). A causa della multimorbilità, non è efficace separare i diversi settori, perché proprio in questi casi la conoscenza globale del paziente che hanno gli infermieri consente di comprendere meglio lo stato di salute della persona.

ASI e con essa BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, ASI-NEJU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA e ZHAW fanno notare che la presente disposizione diventa superflua con l'entrata in vigore dell'articolo 7 capoverso 2<sup>bis</sup> lettera c, considerato che quest'ultima lettera include ogni settore delle cure infermieristiche o estende all'intero settore in questione il requisito supplementare dell'esperienza professionale specifica, prima applicato ai settori del coordinamento (lett. a) e della valutazione dei bisogni nel ramo della psichiatria (lett. b).

#### 4.4.2.7 Articolo 7 capoverso 2<sup>bis</sup> lettera b

JU chiede di apportare la modifica seguente: «[...] la valutazione se [...] che possa attestare un'attività pratica di due anni nel ramo della psichiatria o un perfezionamento riconosciuto». Con l'invecchiamento della popolazione, il bisogno di personale specificamente formato nelle discipline della psicogeriatrica si acuirà ulteriormente. Una formazione CAS in psicogeriatrica o equivalente per infermieri SUP dovrebbe essere riconosciuta come equivalente a un'esperienza in un ospedale psichiatrico. Un'estensione dei criteri per rispondere ai bisogni specifici di questo settore appare imprescindibile per gli anni a venire.

ARTISET, ASPS, BSH, IMAD, Spitex Schweiz e Spitex Zürich chiedono di stralciare la parte finale del periodo: «la valutazione se occorra attuare i provvedimenti di cui al capoverso 2 lettere b numeri 13 e 14 e c numero 2 deve essere effettuata da un infermiere (art. 49 OAMa) ~~che possa attestare un'attività pratica di due anni nel ramo della psichiatria~~».

ASI e con essa BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR ASI-NEJU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA e ZHAW fanno notare che la presente disposizione diventa superflua con l'entrata in vigore dell'articolo 7 capoverso 2<sup>bis</sup> lettera c, considerato che quest'ultima lettera include ogni settore delle cure infermieristiche o estende all'intero settore in questione il requisito supplementare dell'esperienza professionale specifica, prima applicato ai settori del coordinamento (lett. a) e della valutazione dei bisogni nel ramo della psichiatria (lett. b).

#### 4.4.2.8 Articolo 7 capoverso 2<sup>bis</sup> lettera c

CDS e con essa AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SZ, TG, TI, UR, VD, ZG e ZH chiedono di apportare la modifica seguente: «se non sono effettuate su prescrizione o mandato medico, le prestazioni di cui al capoverso 2 lettere a e ~~b~~ devono essere fornite da un infermiere che soddisfa le condizioni di cui all'articolo 49 lettera b OAMa (art. 49 OAMa) ~~che possa attestare un'esperienza professionale di due anni nel settore in cui è stata effettuata l'attività pratica di cui all'articolo 49 lettera b OAMa~~».

In alternativa, propongono la formulazione seguente, a cui aderisce anche FR: «se non sono effettuate su prescrizione o mandato medico, le prestazioni di cui al capoverso 2 lettere a, ~~b~~ e c devono essere fornite da un infermiere che soddisfa le condizioni di cui all'articolo 49 lettera b OAMa (art. 49 OAMa). Se la fatturazione avviene tramite un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio (articolo 51 OAMa), le prestazioni di cui al capoverso 2 lettera c possono essere fornite sotto la vigilanza e la responsabilità di un infermiere che soddisfa le condizioni di cui all'articolo 49 lettera b OAMa ~~che possa attestare un'esperienza professionale di due anni nel settore in cui è stata effettuata l'attività pratica di cui all'articolo 49 lettera b OAMa~~».

Anche secondo GE deve essere possibile delegare compiti.

SO propone di modificare la formulazione come segue: «se non sono effettuate su prescrizione o mandato medico, le prestazioni di cui al capoverso 2 ~~lettere a e c~~ devono essere fornite da un infermiere che soddisfa le condizioni di cui all'articolo 49 lettera b OAMa (art. 49 OAMa) ~~che possa attestare un'esperienza professionale di due anni nel settore in cui è stata effettuata l'attività pratica di cui all'articolo 49 lettera b OAMa~~. Se la fatturazione avviene tramite un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio (articolo 51 OAMa), le prestazioni di cui al capoverso 2 lettera c possono essere fornite sotto la vigilanza e la responsabilità di un infermiere che soddisfa le condizioni di cui all'articolo 49 lettera b OAMa».

*TI* ritiene che la possibilità di prestare cure senza prescrizione o mandato medico debba essere riservata a infermieri con una solida e comprovata esperienza professionale. Chiede pertanto che i 2 anni proposti siano portati a 5 anni di esperienza: «se non sono effettuate su prescrizione o mandato medico, le prestazioni di cui al capoverso 2 lettere a e b e devono essere fornite da un infermiere (art. 49 OAMal) che possa attestare un'esperienza professionale di ~~due~~ cinque anni nel settore in cui è stata effettuata l'attività pratica di cui all'articolo 49 lettera b OAMal».

In alternativa a questa riformulazione, *TI* chiede in via sussidiaria la modifica seguente: «se non sono effettuate su prescrizione o mandato medico, le prestazioni di cui al capoverso 2 lettere ~~a e c~~ a, b e c devono essere fornite da un infermiere (art. 49 OAMal) che possa attestare un'esperienza professionale di ~~due~~ cinque anni nel settore in cui è stata effettuata l'attività pratica di cui all'articolo 49 lettera b OAMal». E propone di aggiungere un capoverso 2<sup>bis</sup> lettera d: «In caso di fatturazione da parte di un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal), le prestazioni di cui al capoverso 2 lettera c possono essere ugualmente fornite sotto la vigilanza di un infermiere ai sensi della lettera c».

Se le ultime 2 parti del periodo non dovessero essere stralciate come richiesto da *CDS, FR, JU, LU, TG, SO, UR* e *VD*, questi e *TI* chiedono miglioramenti, nella fattispecie chiedono di precisare il termine «settore» e controllare le 2 ultime parti del periodo in relazione al loro contenuto e, se del caso, adeguarle.

*PEV* chiede di stralciare senza sostituzione i 2 anni di esperienza in uno specifico settore di cui all'articolo 7 capoverso 2<sup>bis</sup> lettera c. Non è comprensibile il motivo per cui, nel caso di cure fornite senza prescrizione o mandato medico, una valutazione dei bisogni dovrà essere ripetuta al più tardi 9 mesi dopo la prima. È una soluzione burocratica, inefficiente e inattuabile, per esempio, per tutte le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio. Il testo costituzionale e di legge non consente di assoggettare il settore autonomo delle cure infermieristiche alle condizioni di cui alla presente ordinanza.

Per *PSS* è incomprensibile la ragione per cui sono proposte formulazioni che non sono né attuabili nella prassi né utili allo scopo. È quindi contrario alla proposta di consentire agli infermieri di fatturare prestazioni senza prescrizione o mandato medico soltanto se possono attestare un'attività pratica di 2 anni nel settore in questione (art. 7 cpv. 2<sup>bis</sup> lett. c OPre). Deve inoltre essere garantito che gli infermieri possano delegare le prestazioni ad altri collaboratori dell'équipe di cura. Le presenti prescrizioni costituiscono un'ingerenza inutilmente invasiva nell'autonomia degli infermieri promessa con l'attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche.

*ARTISET, ASPS, Spitex Schweiz* e *Spitex Zürich* chiedono la modifica seguente: «se non sono effettuate su prescrizione o mandato medico, le prestazioni di cui al capoverso 2 lettere a, b e c devono essere prescritte fornite da un infermiere (art. 49 OAMal) ~~che possa attestare un'esperienza professionale di due anni nel settore in cui è stata effettuata l'attività pratica di cui all'articolo 49 lettera b OAMal.~~ Le prestazioni di cui al capoverso 2 lettera a devono essere fornite da un infermiere».

In alternativa, *ASPS, Spitex Schweiz* e *Spitex Zürich* presentano la seguente prima richiesta sussidiaria: «se non sono effettuate su prescrizione o mandato medico, le prestazioni di cui al capoverso 2 lettere a e c devono essere prescritte fornite da un infermiere (art. 49 OAMal) ~~che possa attestare un'esperienza professionale di due anni nel settore in cui è stata effettuata l'attività pratica di cui all'articolo 49 lettera b OAMal.~~ Le prestazioni di cui al capoverso 2 lettera a devono essere fornite da un infermiere».

Se la summenzionata richiesta di *ARTISET, ASPS, Spitex Schweiz* e *Spitex Zürich* o la summenzionata prima richiesta sussidiaria di *ASPS, Spitex Schweiz* e *Spitex Zürich* non dovesse essere attuabile, questi partecipanti alla consultazione chiedono l'elaborazione di una proposta che consenta alle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e alle case di cura di delegare questi compiti in modo mirato ed efficace al personale competente in seno all'organizzazione o alla struttura.

AVASAD, BFH, FKG, IMAD e VFP chiedono di stralciare l'articolo 7 capoverso 2<sup>bis</sup> lettera c.

BSH è del parere che la presente disposizione non rispetti i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità sanciti dalla LAMal. Per questa ragione, e perché è inutile, il presente articolo va interamente stralciato. Anche SBK-GR chiede lo stralcio dell'intero articolo.

Curafutura approva il nuovo articolo, reputa tuttavia urgentemente necessaria l'identificazione del fornitore della prestazione mediante, per esempio, il numero GLN. L'associazione propone pertanto l'integrazione seguente: «d. gli infermieri che forniscono prestazioni non effettuate su prescrizione o mandato medico possono essere identificati mediante il numero GLN».

IDS si chiede se la richiesta di 2 anni di esperienza pratica in un determinato settore sia giustificata. L'ordinanza, chiedendo «esperienza professionale [...] nel settore», non è precisa e andrebbe formulata in modo più dettagliato. La disposizione pare applicabile soltanto agli infermieri indipendenti, per cui IDS si chiede com'è la situazione per le prestazioni dei servizi di cure e d'aiuto a domicilio e se in questo settore sia eventualmente possibile delegare compiti a personale meno qualificato.

MFÄF propone di modificare il presente articolo come segue: «le prestazioni di cui al capoverso 2 lettera a numero 3 devono essere fornite da un infermiere (art. 49 OAMal) che possa attestare un'esperienza professionale nel settore ambulatoriale in Svizzera di due anni (in equivalente a tempo pieno: 100 %) in seno a un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio con un mandato di prestazioni cantonale e competenze un'attività pratica di due anni in collaborazione interdisciplinare e reti di gestione dei pazienti». Secondo MFÄF, soltanto un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio è in grado di certificare l'effettiva esperienza nel settore ambulatoriale. La condizione di conoscere il sistema sanitario svizzero prima di esercitare in proprio nel settore ambulatoriale dovrebbe essere esplicitamente riferita anche agli infermieri che dispensano cure nel ramo della psichiatria. Per MFÄF è escluso che siano i medici con studio privato a dover certificare i 2 anni di attività lavorativa in Svizzera degli infermieri indipendenti, perché questi medici non hanno idea del tasso d'attività reale di questi ultimi, che per definizione collaborano con più medici. Per questo motivo, è necessario introdurre la condizione di aver lavorato in un'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio riconosciuta. MFÄF reputa importante per ragioni di qualità la condizione dei 2 anni di pratica a tempo pieno nel settore ambulatoriale in Svizzera prima di esercitare in proprio la professione al domicilio dei pazienti.

mfe e PIP sono dell'opinione che 2 anni di esperienza professionale nel settore in cui deve essere fornita la prestazione di cura sia una condizione eccessivamente restrittiva e la respingono. Gli infermieri dispongono di una formazione di grado terziario e di esperienza professionale, dunque anche delle competenze necessarie. mfe e PIP non capiscono quali aspettative si vogliono soddisfare con questa regolamentazione. Si chiedono inoltre se questo significa che una persona diabetica con un tumore debba essere seguita da infermieri diversi, ciascuno con esperienza in un unico settore specifico. Una soluzione del genere porterebbe a un'ulteriore frammentazione delle cure.

ASI e con essa BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, ASI-NEJU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA e ZHAW non vedono lo scopo perseguito con il presente articolo, che considerano non attuabile nella prassi e privo di base legale. La formazione in cure infermieristiche è uno studio generalista, in linea di principio i diplomati sono in grado di lavorare in qualsiasi settore infermieristico. La formazione e l'esperienza professionale di 2 anni richiesta per esercitare sotto la propria responsabilità garantiscono una sufficiente dimestichezza con il settore sanitario e delle assicurazioni sociali della Svizzera. Secondo questi partecipanti alla consultazione, non si capisce quali sono le aspettative dietro l'attestazione di ulteriori 2 anni di esperienza pratica nel settore in cui l'infermiere fornisce prestazioni. Il fatto che una prestazione di cura sia attribuita al settore autonomo delle cure infermieristiche significa che la sua indicazione non può essere valutata da un medico. Non è quindi chiaro dove risieda la garanzia di qualità in una prescrizione medica per un settore che esula dalle competenze del medico. Se si pensa di



garantire la qualità delle prestazioni equiparando una prescrizione medica di fatto puramente pro forma a 2 anni di esperienza infermieristica in un determinato settore, allora ci troviamo di fronte a un'ulteriore prova della mancanza di volontà dell'autorità che emana l'ordinanza di prendere sul serio e attuare il testo costituzionale.

In merito all'attuabilità, *ASI, BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, ASI-NEJU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA* e *ZHAW* riflettono sul fatto che né dal testo dell'ordinanza né dal rapporto esplicativo si evinca come sia definito il «settore in cui è stata effettuata l'attività pratica di cui all'articolo 49 lettera b OAMal» o che cosa si intenda esattamente con questa formulazione. La vigente prescrizione di cui alla lettera b dello stesso capoverso, concepita in modo analogo e concernente il riconoscimento da parte degli assicuratori di un'attività pratica di 2 anni nel ramo della psichiatria, ha creato confusione e una totale incertezza del diritto. Numerosi infermieri sono attivi in contesti appartenenti a discipline diverse (p. es. medicina e chirurgia) oppure assistono pazienti con un ampio spettro di patologie (cure intense, pronto soccorso, medicina generale, chirurgia generale ecc.). Il testo dell'avamprogetto non chiarisce come la loro esperienza professionale debba essere calcolata, valutata e ponderata. Questi partecipanti alla consultazione si chiedono se la disposizione possa significare che un infermiere che desidera fatturare prestazioni di cura senza prescrizione medica nel settore delle cure palliative oncologiche debba attestare, in aggiunta ai 2 anni di esperienza professionale «generica», 2 anni di esperienza pratica nel settore delle cure oncologiche e ulteriori 2 anni di esperienza nel settore delle cure palliative. Questa soluzione rende totalmente imperscrutabile anche per gli assicuratori capire che cosa esattamente devono verificare sulla base di quali criteri. L'incertezza del diritto provocata dall'articolo 7 capoverso 2<sup>bis</sup> lettera b nell'ambito specifico della valutazione dei bisogni in termini di cure nel ramo della psichiatria si estende così inevitabilmente su larga scala all'intero settore delle cure infermieristiche.

Nel rapporto esplicativo è spiegato che le condizioni formulate nel presente articolo non sono condizioni d'autorizzazione volte alla fatturazione di prestazioni di cura a carico dell'AOMS, bensì «condizioni associate alla possibilità data agli infermieri di fatturare determinate prestazioni di cura direttamente a carico dell'AOMS, ossia senza prescrizione o mandato medico», con riferimento esplicito alla condizione, di analoga concezione, di cui alla lettera b dello stesso capoverso. Non si capisce dove stia la differenza rispetto a una condizione d'autorizzazione. Nel suo parere legale sul qui menzionato articolo 7 capoverso 2<sup>bis</sup> lettera b OPre, il prof. U. Kieser giunge alla conclusione che i 2 anni di esperienza richiesti nel ramo della psichiatria costituiscono senz'altro una condizione d'autorizzazione soggetta alla verifica del Cantone competente.

*Santésuisse* è favorevole alla garanzia della qualità che si vuole ottenere con quest'integrazione. In virtù di queste condizioni supplementari, le prestazioni di cura saranno fornite bene ed efficacemente in termini di costi. *Santésuisse* presuppone che gli assicuratori-malattie istituiranno ora una commissione dedicata alle prestazioni di cura in ambito somatico, analoga a quella per la verifica dell'autorizzazione per la valutazione dei bisogni in termini di cure nel ramo della psichiatria.

*SNL* fa notare che il cumulo delle condizioni di cui alle lettere a e c significa che, a seconda dei casi, debbano essere attestati quattro anni di attività pratica/esperienza professionale, un requisito sproporzionato oggettivamente non motivabile. Gli ostacoli sono talmente alti da vanificare quasi del tutto gli incentivi a fatturare a carico dell'AOMS in qualità di fornitore di prestazioni indipendente. La lettera c deve essere modificata in modo da evitare il cumulo dei 2 anni richiesti da ciascuna delle condizioni di cui alle lettere a e c. Inoltre, la formulazione di cui alla lettera c «esperienza professionale di due anni nel settore in cui è stata effettuata l'attività pratica di cui all'articolo 49 lettera b OAMal» non è chiara, non si capisce se è riferita al settore assistenziale, al contesto, all'organizzazione o alle attività. Non è inoltre specificato il grado di occupazione dell'attività lavorativa da svolgere nei 2 anni di cui sopra.

Per *Syna* e *Travail.Suisse*, la condizione di 2 anni supplementari di esperienza professionale – in aggiunta ai 2 anni di attività pratica di base di cui all'articolo 49 lettera b OAMAL – in ogni settore in cui si desidera fornire cure è un ostacolo difficilmente comprensibile dal punto di

vista dell'attrattiva e della valorizzazione dello statuto professionale degli infermieri. Viene da chiedersi se non si tratti piuttosto di una condizione d'autorizzazione occulta soggetta alla verifica dei Cantoni.

#### 4.4.2.9 Articolo 7 capoverso 4

CDS e con essa *AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, LU, NE, OW, SG, SZ, TI, ZG* e *ZH* chiedono la modifica seguente: «Le prestazioni di cui al capoverso 2 lettere a, b e c possono essere fornite da persone od organizzazioni ~~istituti~~ di cui al capoverso 1 lettere a e b senza prescrizione o mandato medico ~~secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8~~». La formulazione proposta è difficilmente comprensibile o soltanto con l'ausilio del rapporto esplicativo. «Istituti» deve essere sostituito con «organizzazioni» per evitare che si possa capire che sono incluse anche le case di cura.

Per lo stesso motivo, *TG* e *UR* propongono di apportare la modifica seguente: «Le prestazioni di cui al capoverso 2 lettere a e c possono essere fornite da persone od organizzazioni ~~istituti~~ di cui al capoverso 1 lettere a e b senza prescrizione o mandato medico ~~secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8~~».

SO propone la modifica seguente: «Le prestazioni di cui al capoverso 2 ~~lettere a e c~~ e possono essere fornite da persone o istituti di cui al capoverso 1 lettere a e b senza prescrizione o mandato medico secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8».

*Curafutura* è dell'opinione che, ai fini del controllo secondo l'articolo 25a capoverso 3<sup>bis</sup> LA-Mal, sia necessario poter distinguere su ogni fattura le prestazioni fornite senza prescrizione o mandato medico, altrimenti l'articolo non è attuabile. *Curafutura* propone quindi che le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a e c fornite senza prescrizione o mandato medico siano esposte a parte sulla fattura.

Per *IDS* la formulazione del capoverso non è comprensibile: le prestazioni a cui fa riferimento possono essere fornite anche da case di cura? Se sì, la disposizione non dovrebbe menzionarlo esplicitamente?

*ASI* e con essa *BrotteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, ASI-NEJU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA* e *ZHAW* non capiscono perché la definizione delle prestazioni di cura che possono essere fatturate all'AOMS senza prescrizione o mandato medico non si applichi ai fornitori di prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 1 lettera c OPre (case di cura). Questi partecipanti alla consultazione e *SNL* chiedono pertanto di apportare la modifica seguente: «Le prestazioni [...] possono essere fornite da persone o istituti di cui al capoverso 1 ~~lettere a e b~~ senza prescrizione o mandato medico [...]». *BFH, FKG* e *VFP* si uniscono a questa richiesta, considerato che le prestazioni valutate da un infermiere secondo il capoverso 2 lettera c devono necessariamente poter essere delegate sotto la responsabilità di un infermiere a personale di cura meno qualificato (formazione professionale di base o esame professionale federale superiore), se si vuole che le cure infermieristiche siano efficienti dal punto di vista dei costi.

Anche *mfe* condivide la richiesta di rendere possibile la delega di prestazioni.

Secondo *santésuisse*, è difficile prevedere se si giungerà a un aumento delle prestazioni. Per evitare un'estensione indesiderata delle prestazioni fatturate, l'associazione reputa necessario fornire al paziente, in aggiunta alla valutazione dei bisogni da parte di un infermiere, l'assistenza psichiatrica di un medico con un titolo di perfezionamento federale o estero riconosciuto in medicina interna generale o psichiatria. *Santésuisse* reputa anche importante che i risultati ottenuti dagli infermieri siano oggettivamente in funzione di obiettivi e diagnosi di cura specifici. Al fine di garantire un'assistenza psichiatrica di elevata qualità, sul formulario di notifica del bisogno OPre andrebbero riportati anche il nome del summenzionato medico e la data della comunicazione con quest'ultimo.

#### 4.4.2.10 Articolo 8a capoversi 1, 1<sup>bis</sup> e 8

*mfe* e *PIP* fanno notare che il medico resta responsabile della raccolta di tutte le informazioni concernenti il trattamento, il che è in contraddizione con la prospettiva interprofessionale da un lato e con l'introduzione generalizzata della cartella informatizzata del paziente (CIP) dall'altro. *mfe* e *PIP* chiedono di rivedere il rapporto medico–infermiere esposto nel presente avamprogetto e di adattarlo alla prospettiva interprofessionale, secondo la quale ogni professione è responsabile per il proprio settore di competenza.

#### 4.4.2.11 Articolo 8a capoverso 1

CDS e con essa *AI*, *AR*, *BE*, *BL*, *BS*, *GR*, *JU*, *NE*, *OW*, *SG*, *SZ*, *TI*, *TG*, *UR*, *ZG* e *ZH* chiedono che l'articolo sia adeguato secondo le loro proposte concernenti l'articolo 8a cpv. 1<sup>bis</sup> (v. punto 4.4.2.12). Principalmente si chiede che per la valutazione dei bisogni l'infermiere veda di persona il paziente.

*VD* propone una nuova formulazione: «[...] ~~Il risultato della valutazione dei bisogni deve essere trasmesso immediatamente per informazione al~~ Il medico che ha emesso la prescrizione o il mandato è direttamente informato dall'infermiere o il risultato è inserito nella cartella informatizzata del paziente (CIP). Il medico informa il personale infermieristico degli aspetti fondamentali per la presa in carico del paziente figuranti nella cartella medica». Il Cantone avanza questa proposta che include la CIP perché ritiene che occorra innanzitutto promuovere gli strumenti che sostengono la collaborazione interprofessionale e l'efficienza del sistema sanitario. Inoltre, nell'ottica di una reale collaborazione tra professionisti, il concetto di «trasmissione dei risultati» andrebbe esteso a una reale «informazione al medico sui risultati» di cui andrebbe prevista la reciprocità, in particolare l'obbligo per il medico di informare l'infermiere sugli aspetti fondamentali per la presa in carico del paziente figuranti nella cartella medica. Ciò è indispensabile per la sicurezza dell'assistenza fornita dall'infermiere, ma anche per l'attuazione di una reale interprofessionalità.

#### 4.4.2.12 Articolo 8a capoverso 1<sup>bis</sup>

CDS e con essa *AI*, *AR*, *BE*, *BL*, *BS*, *GR*, *JU*, *NE*, *OW*, *SG*, *SZ*, *TI*, *TG*, *VD*, *ZG* e *ZH* chiedono di apportare la modifica seguente: «I bisogni delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a, b e c che possono essere fornite senza prescrizione o mandato medico da un infermiere che adempie le condizioni di cui all'articolo 49 lettera b OAMaI ~~di cui all'articolo 49 OAMaI~~ sono valutati da quest'ultimo in presenza e in collaborazione con il paziente e, se del caso, i suoi familiari ~~di cui all'articolo 49 OAMaI sono valutati da quest'ultimo in collaborazione con il paziente o i suoi familiari~~». Ritengono opportuno garantire che l'infermiere veda il paziente di persona. Questo consente di evitare che dei familiari (curanti) riempiano il formulario di valutazione dei bisogni e lo consegnino all'infermiere per la valutazione. I familiari devono inoltre essere implicati unicamente se il paziente che ha raggiunto la maggiore età ed è capace di discernimento lo desidera. In seno alle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio, le prestazioni senza prescrizione medica devono poter essere fornite non soltanto da un infermiere che adempie le condizioni di cui all'articolo 49 lettera b OAMaI bensì, sulla base della valutazione dei bisogni e sotto la vigilanza e responsabilità di quest'ultimo, anche da persone con le qualifiche necessarie secondo i contratti amministrativi con gli assicuratori-malattie.

*UR* chiede di apportare la modifica seguente: «I bisogni delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a e b che possono essere fornite senza prescrizione o mandato medico da un infermiere che adempie le condizioni di cui all'articolo 49 lettera b OAMaI ~~di cui all'articolo 49 OAMaI~~ sono valutati da quest'ultimo in presenza e in collaborazione con il paziente e, se del caso, i suoi familiari ~~di cui all'articolo 49 OAMaI sono valutati da quest'ultimo in collaborazione con il paziente o i suoi familiari~~».

CDS e con essa *AI*, *AR*, *BE*, *BL*, *BS*, *GR*, *JU*, *NE*, *OW*, *SG*, *SZ*, *TI*, *TG*, *UR*, *ZG* e *ZH* chiedono inoltre di procedere allo stralcio seguente: «Se una valutazione dei bisogni di cui al capoverso 1 deve essere ripetuta, può essere effettuata soltanto in collaborazione con il medico curante ~~e l'infermiere che ha effettuato la prima~~». Questi partecipanti alla

consultazione sono in disaccordo con il fatto che una valutazione dei bisogni susseguente debba essere eseguita in collaborazione con l'infermiere che ha svolto la prima valutazione dei bisogni perché, in molti casi, l'infermiere non avrà più la stessa funzione nella stessa organizzazione. Inoltre è possibile che il paziente abbia cambiato volutamente l'organizzazione di cure e d'aiuto a domicilio o l'infermiere e non desideri che continui la collaborazione.

Sulla base delle stesse riflessioni, VD propone la modifica seguente: «Se una valutazione dei bisogni di cui al capoverso 1 deve essere ripetuta, può essere effettuata soltanto in collaborazione con il medico curante ~~e l'infermiere che ha effettuato la prima~~ e, nel limite del possibile, con l'infermiere che ha effettuato la prima».

FR propone, in aggiunta alle osservazioni e alle proposte di CDS, di precisare il termine «collaborazione», perché non è chiaro che cosa implichi e in quale forma debba avvenire. «Coordinamento» potrebbe essere più appropriato.

Per ragioni di praticabilità, SO propone la modifica seguente: «I bisogni delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 ~~lettere a e~~ che possono essere fornite senza prescrizione o mandato medico da un infermiere di cui all'articolo 49 lettera b OAMal sono valutati da quest'ultimo in collaborazione con il paziente o i suoi familiari. Il risultato della valutazione dei bisogni deve essere trasmesso immediatamente per informazione al medico curante. Se una valutazione dei bisogni di cui al capoverso 1 deve essere ripetuta, può essere effettuata soltanto in collaborazione con il medico curante ~~e l'infermiere che ha effettuato la prima~~».

GE fa notare che il rimando all'articolo 7 capoverso 2<sup>bis</sup> lettera c pone un problema di accesso alle cure. Se la valutazione dei bisogni è effettuata da un infermiere con 2 anni di esperienza in un settore, allora soltanto gli infermieri con 2 anni di esperienza potranno fornire le prestazioni, che non potranno essere delegate a OSS o ad assistenti di cura. In pratica, per le organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio questo significa disporre sistematicamente di una prescrizione o un mandato medico per le prestazioni di cura. Non si tratta dunque di un provvedimento che va nel senso delle cure infermieristiche forti.

ARTISET esprime parere contrario alla valutazione dei bisogni susseguente da effettuarsi in collaborazione con l'infermiere che ha svolto la prima e propone la modifica seguente: «[...] Se una valutazione dei bisogni di cui al capoverso 1 deve essere ripetuta, può essere effettuata soltanto in collaborazione con il medico curante ~~e l'infermiere che ha effettuato la prima~~».

ASPS, Spitex Schweiz e Spitex Zürich chiedono di apportare le modifiche seguenti: «I bisogni delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a, b e c che possono essere prescritte fornite senza prescrizione o mandato medico da un infermiere di cui all'articolo 49 OAMal sono valutati da quest'ultimo in collaborazione con il paziente o i suoi familiari. Il risultato della valutazione dei bisogni deve essere trasmesso immediatamente per informazione al medico curante. ~~Se una valutazione dei bisogni di cui al capoverso 1 deve essere ripetuta, può essere effettuata soltanto in collaborazione con il medico curante e l'infermiere che ha effettuato la prima~~». Assoggettare obbligatoriamente la ripetizione della valutazione dei bisogni alla condizione di effettuarla soltanto in collaborazione con lo stesso infermiere che si è occupato della prima è privo di senso da più punti di vista. Da un lato, la persona in questione potrebbe non più essere alle dipendenze dello stesso datore di lavoro e quindi la disposizione è inattuabile per ragioni pratiche. Dall'altro, questa condizione è espressione dell'indifendibile sospetto che le valutazioni non si svolgano secondo standard scientifici generalmente riconosciuti. Si tratta in entrambi i casi di riserve inutili e in quanto tali sono respinte. A questo si aggiunge la condizione della collaborazione tra medico e infermiere, in merito alla quale non è purtroppo fornita alcuna descrizione concreta. Non resta che presumere che la valutazione comune dei bisogni debba avvenire nello studio medico o al domicilio dell'utente, una soluzione troppo costosa o inattuabile per ragioni di risorse. In virtù delle condizioni concernenti l'obbligo di informazione, il medico è informato in ogni momento sulla valutazione dei bisogni e sulle prestazioni da fornire. L'organizzazione deve garantire che le prestazioni sono fornite nella qualità necessaria. I finanziatori hanno la possibilità di procedere a verifiche.

Quale richiesta sussidiaria, *Spitex Schweiz* e *Spitex Zürich* chiedono di far sì che la possibilità di fatturare direttamente non sia limitata agli infermieri indipendenti, bensì che sia estesa anche alle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e alle case di cura. Il principio della delega deve quindi poter essere applicato anche in seno a queste organizzazioni.

*AVASAD*, *BFH*, *FKG* e *VFP* chiedono lo stralcio dell'ultimo periodo: «I bisogni delle prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a–c che possono essere fornite senza prescrizione o mandato medico da un infermiere di cui all'articolo 49 OAMal sono valutati da quest'ultimo in collaborazione con il paziente o i suoi familiari. Il risultato della valutazione dei bisogni deve essere trasmesso immediatamente per informazione al medico curante. ~~Se una valutazione dei bisogni di cui al capoverso 1 deve essere ripetuta, può essere effettuata soltanto in collaborazione con il medico curante e l'infermiere che ha effettuato la prima~~». Esigere che la ripetizione della valutazione dei bisogni sia effettuata dalla stessa persona non è realistico in alcuna professione sanitaria e per questo si tratta di una disposizione inattuabile nella prassi. La procedura descritta costituisce inoltre un peggioramento rispetto al disciplinamento vigente.

*BEKAG*, *BüAeV* e *FMH* respingono la proposta di far effettuare agli infermieri la valutazione dei bisogni anche per le cure di base psichiche senza la collaborazione del medico curante. Queste ultime includono componenti diagnostiche e terapeutiche tali per cui gli esami, le terapie e le cure del caso devono avvenire tassativamente in collaborazione tra personale infermieristico e medico curante. Lo stretto coordinamento tra infermiere e medico curante, e la trascrizione dei passaggi rilevanti per il trattamento nella cartella medica sono imprescindibili per la sicurezza dei pazienti.

Per *BSH* è importante che l'onere amministrativo generato sia il più contenuto possibile, per cui chiede di limitare l'articolo 8a capoverso 1<sup>bis</sup> allo stretto necessario: «Le prestazioni di cui all'articolo 7 capoverso 2 lettere a–c possono essere fornite anche senza prescrizione o mandato medico se una valutazione dei bisogni effettuata da un infermiere di cui all'articolo 49 OAMal ne attesta il bisogno. Il risultato della valutazione dei bisogni effettuata da un infermiere di cui all'articolo 49 OAMal deve essere trasmesso immediatamente al medico curante nonché all'assicuratore-malattie competente. In assenza di opposizione entro cinque giorni di calendario da parte del medico curante o dell'assicuratore-malattie, la valutazione dei bisogni è considerata approvata».

Anche *Curafutura* fa notare che la collaborazione dell'infermiere coinvolto in origine pare di difficile attuazione alla luce della situazione in seno agli istituti (carenza di personale qualificato, frequenti cambi del posto di lavoro), senza contare la difficoltà di controllare il rispetto di questo articolo. *Curafutura* propone pertanto la modifica seguente: «[...] Se una valutazione dei bisogni di cui al capoverso 1 deve essere ripetuta, può essere effettuata soltanto in collaborazione con il medico curante e un ~~l'infermiere che ha effettuato la prima~~».

*IMAD* è altresì del parere che la prescrizione secondo cui la valutazione dei bisogni susseguente debba essere effettuata con l'infermiere che si è occupato della prima sia eccessivamente restrittiva.

*IDS* contesta che la valutazione dei bisogni debba essere effettuata «in collaborazione con il paziente o i suoi familiari», perché limita eccessivamente la libertà personale del paziente. La disposizione non tiene nemmeno conto del fatto che un paziente incapace di discernimento possa essere rappresentato totalmente o in parte da un mandatario designato con mandato precauzionale, da un rappresentante terapeutico o da un curatore. Inoltre è essenziale che nell'ordinanza sia sancito che per la valutazione dei bisogni avvenga un incontro personale con il paziente. *IDS* non considera peraltro necessario comunicare immediatamente i risultati al medico curante e si oppone anche alla disposizione secondo cui nella valutazione dei bisogni susseguente debba essere coinvolto l'infermiere che si è occupato della prima. Non considera nemmeno necessario coinvolgere un medico nella valutazione dei bisogni.

*KOGS* e *OdASanté* chiedono lo stralcio dell'articolo.

*MFÄF* ricorda che ci sono pazienti che non hanno un medico curante (p. es. perché il loro medico è andato in pensione o per via della penuria di medici di famiglia). Il risultato della

valutazione dei bisogni dovrà pertanto essere documentato e comunicato al paziente, che dovrà custodirlo nella sua documentazione medica. Questa procedura è la più rispettosa della legislazione in materia di protezione dei dati e non pregiudica la scelta del paziente a favore o contro la cartella informatizzata (CIP).

*mfe* e *PIP* chiedono che l'autonomia sia estesa al personale delle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e delle case di cura che dispensa cure infermieristiche, considerato che l'obiettivo è autorizzare un infermiere che dispensa cure a domicilio a fatturare direttamente specifiche prestazioni da fornire in base alla sua valutazione della situazione. IN questo caso deve essergli anche consentito di decidere quali prestazioni possono essere delegate agli OSS e agli assistenti di cura, a tutto vantaggio del rafforzamento dell'efficienza del sistema sanitario. Accordare il potere di delega al personale infermieristico permetterà inoltre di sgravare i medici di famiglia dai compiti che non necessitano delle loro competenze.

*pharmaSuisse* ricorda che la collaborazione interprofessionale è stata menzionata soltanto per evitare che la stessa prestazione sia fatturata 2 volte. Propone quindi di definire le prestazioni della collaborazione interprofessionale nell'ottica di precisare le competenze di ogni specialista nel contesto del trattamento del paziente, fermo restando che ogni specialista agisce nel proprio settore di competenza.

In linea di principio, *santésuisse* approva il nuovo capoverso. L'informazione al medico curante è opportuna, a maggior ragione nelle situazioni in cui non vi è alcuna prescrizione medica. Sul formulario di notifica del bisogno OPre per il periodo dato devono figurare la data della comunicazione della situazione al medico e il nome e la firma dell'infermiere che effettua la comunicazione. Il rischio della doppia fatturazione citato nel rapporto esplicativo si presenta soprattutto quando il coordinamento non funziona bene o non funziona del tutto. Sarebbe dunque opportuno definire regole per il coordinamento, che però nel presente avamprogetto mancano.

Per *ASI* e con essa *BroteggPraxis*, *Curacasa*, *IG swissANP*, *ISMI*, *NOPS*, *OST*, *PH CH*, *SBK-BE*, *ASI-NEJU*, *SHV*, *SIGA*, *SNL*, *SSHP+*, *Stilfförderung Schweiz*, *SVBG*, *SVF*, *Syna*, *Travail.Suisse*, *UNIA* e *ZHAW*, è scontato che il medico curante sia informato dei risultati della valutazione dei bisogni di cura. Precisano che la «collaborazione» non deve tuttavia comportare per il medico alcun diritto di partecipare alla valutazione, perché sarebbe incompatibile con l'essenza dell'autonomia. Le cure definite sulla base della diagnosi infermieristica non sono prestazioni che un medico possa delegare in modo giuridicamente valido o per le quali possa essere chiamato a rispondere a livello di responsabilità civile. A maggior ragione è escluso che un medico debba poter prescrivere od ordinare di propria iniziativa prestazioni di cura che rientrano nel settore autonomo delle cure infermieristiche. Qualsiasi altra soluzione metterebbe a soqquadro il diritto in materia di responsabilità civile e delega.

*SBK-BSBL* può accettare la ripetizione della valutazione dei bisogni dopo 9 mesi soltanto se la situazione del paziente è mutata. Realisticamente, però, le cure spesso cambiano nel giro di alcune settimane, con la conseguente necessità di valutare nuovamente i bisogni. Il periodo di 9 mesi non è supportato da alcun dato scientifico, è fissato in modo estraneo alla prassi e semplicemente arbitrario. Altrettanto estranea alla prassi è la possibilità di un'unica ripetizione della valutazione. Questo capoverso aumenta considerevolmente l'onere amministrativo e le competenze fanno di nuovo un passo indietro. Questo articolo è frutto di una concezione antiquata delle prestazioni infermieristiche, che necessitano del «benestare» del medico. In questo modo si generano costi aggiuntivi.

#### **4.4.2.13 Articolo 8a capoverso 8**

*CDS* e con essa *AI*, *AR*, *BE*, *BL*, *BS*, *GL*, *GR*, *JU*, *NE*, *OW*, *SG*, *SZ*, *TI*, *TG*, *UR*, *VD*, *ZG* e *ZH* chiedono di apportare la modifica seguente: «Nel caso di cure fornite senza prescrizione o mandato medico, una valutazione dei bisogni dovrà essere ripetuta al più tardi nove mesi dopo la prima. ~~È possibile ripetere la valutazione una sola volta senza il consenso del medico curante.~~».

Se il periodo non venisse stralciato, *CDS* e *AI, AR, BE, BL, BS, GR, JU, NE, OW, SG, SZ, TI, TG, UR, ZG* e *ZH* chiedono in via sussidiaria di precisare che cosa si intende con «consenso del medico».

Per *GL* è inoltre sufficiente ripetere la valutazione dei bisogni al più tardi dopo 12 mesi invece dei proposti 9.

*GE* è contrario al fatto che serva il consenso del medico curante, perché in questo modo non si fa altro che aggiungere una prestazione medica inutile. Gli assicuratori-malattie assolvono già la funzione di controllo delle valutazioni effettuate dagli infermieri e questi ultimi sono formati nell'uso di strumenti di valutazione standardizzati e scientificamente validati.

*IMAD* condivide il parere di *GE* in merito al coinvolgimento di un medico. Aggiunge che il termine «consenso» è troppo vago e che la limitazione della durata delle cure senza prescrizione o mandato medico non è compatibile con l'autonomia degli infermieri.

*ARTISET, ASPS, SNL, Spitex Schweiz* e *Spitex Zürich* chiedono lo stralcio dell'ultimo periodo: «Nel caso di cure fornite senza prescrizione o mandato medico, una valutazione dei bisogni dovrà essere ripetuta al più tardi nove mesi dopo la prima. ~~È possibile ripetere la valutazione una sola volta senza il consenso del medico curante~~».

*AVASAD* chiede di apportare la modifica seguente: «Nel caso di cure fornite senza prescrizione o mandato medico, una valutazione dei bisogni dovrà essere ripetuta al più tardi nove mesi dopo la prima. ~~È possibile ripetere la valutazione una sola volta senza il consenso del medico curante.~~ Qualsiasi valutazione ripetuta 18 mesi dopo la prima è effettuata in collaborazione con il medico curante, se quest'ultimo lo giudica necessario».

In linea di principio, *Curafutura* è d'accordo con il testo dell'articolo, ma chiede una concretizzazione in merito alle prestazioni infermieristiche da dispensare nei 9 mesi e alla successiva valutazione dei bisogni. Propone di aggiungere i 2 capoversi seguenti:

«<sup>9</sup> Il periodo di nove mesi inizia a decorrere dal giorno della valutazione dei bisogni e non può essere prorogato.

<sup>10</sup> Se sono state effettuate due valutazioni dei bisogni secondo l'articolo 8a capoverso 1<sup>bis</sup>, la valutazione dei bisogni successiva è effettuata dal medico curante e da un infermiere.».

*Groupe Mutuel* reputa eccessiva la durata massima, soprattutto vista la mancanza di regole più precise in materia di coordinamento tra il medico curante e il personale infermieristico. *Groupe Mutuel* propone di ridurla a 9 mesi invece di 18, e in seguito di lavorare secondo le regole usuali.

Nemmeno *IDS* comprende il bisogno di ottenere il consenso del medico curante viste le competenze degli infermieri. Che cosa significa «consenso» e in quale forma deve essere fornito? E se un paziente non ha un medico curante? Consultare il medico curante causa inoltre spese supplementari.

Per *pharmaSuisse* e *PIP* non si capisce come mai dopo al massimo 18 mesi sia necessario il consenso del medico. La conoscenza del paziente e l'esperienza consentono all'infermiere di valutare meglio la storia clinica e i bisogni medici. Il presente disciplinamento sancisce una collaborazione interprofessionale non tra pari, ma incentrata invece sul medico. In questo senso, *pharmaSuisse* e *PIP* reputano indispensabile definire giuridicamente l'interprofessionalità come una collaborazione alla pari tra tutte le professioni mediche e sanitarie coinvolte. In una collaborazione interprofessionale funzionante, il coordinamento può essere svolto da uno qualsiasi degli specialisti coinvolti, a seconda delle esigenze del paziente e dettate dalla situazione.

*Santésuisse* trova che 18 mesi (un anno e mezzo) siano un periodo molto lungo in cui fornire cure senza alcuna prescrizione medica ed è dell'opinione che al più tardi allo scadere dei 9 mesi debba esservi sempre una prescrizione medica. È inoltre molto difficile verificare in tutte le situazioni se il medico sia stato consultato per tempo. Secondo *santésuisse*, occorre aggiungere che un infermiere deve consultare il medico anche durante il periodo «senza consenso medico», se lo ritiene necessario in base alle proprie conoscenze.

ASI e con essa BFH, Brotegg Praxis, BSH, Curacasa, FKG, IG swissANP, ISMI, MFÄF, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, SBK-GR, ASI-NEJU, SHV, SIGA, PSS, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, SVF, UNIA, VFP e ZHAW chiedono di stralciare senza sostituzione il presente articolo.

Syna e Travail.Suisse fanno notare che la condizione secondo cui dopo 18 mesi sia necessario il consenso di un medico per ripetere la valutazione dei bisogni va nella direzione opposta rispetto all'obiettivo di aumentare l'attrattiva della professione infermieristica.

#### 4.4.3 Articolo 9 capoverso 1

In merito all'articolo 9 capoverso 1 non sono pervenute osservazioni.

#### 4.4.4 Articolo 9c

In merito ai proposti adeguamenti dell'articolo 9c non sono pervenute osservazioni.

SIDB-GICID propone tuttavia la modifica seguente dell'articolo 9c capoverso 3, che non è incluso nel presente avamprogetto dell'OPre: «L'assicurazione assume al massimo i costi di dieci sedute per prescrizione medica per anno. Se la consulenza dev'essere continuata a carico dell'assicuratore dopo dieci sedute, il medico curante l'infermiere in diabetologia deve informare il medico di fiducia e trasmettergli una proposta debitamente motivata. [...]».

#### 4.4.5 Articolo 9c capoverso 1

VS non concorda con l'attuale formulazione dell'articolo 9c capoverso 1 e chiede di modificarne le lettere a e b. Le modifiche concernenti l'articolo 9c capoverso 1 lettera a sono riportate al punto seguente. In merito all'articolo 9c capoverso 1 lettera b, VS chiede di modificarlo come segue: «b. un centro di consulenza dell'Associazione svizzera per il diabete, autorizzato conformemente all'articolo 51 OAMal, che dispone del personale diplomato con formazione speciale riconosciuta ~~dall'Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI)~~ dall'OdASanté». Le modifiche proposte sono necessarie per rendere il disciplinamento coerente con le competenze delle diverse associazioni mantello.

##### 4.4.5.1 Articolo 9c capoverso 1 lettera a

VS chiede di apportare la modifica seguente: «a. infermiere e infermieri (art. 49 OAMal) con formazione speciale riconosciuta ~~dall'Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI)~~ dall'OdASanté».

ARTISET chiede di apportare la modifica seguente: «a. infermiere e infermieri (art. 49 OAMal) con formazione speciale di esperto/a in consulenza diabetologica EPS riconosciuta ~~dall'Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI)~~ dall'OdASanté». Questo perché l'esame federale è finanziato dall'OdASanté.

SIDB-GICID ricorda che gli infermieri consulenti in diabetologia hanno seguito un perfezionamento approfondito nel settore della diabetologia riconosciuto dall'ASI. Secondo SIDB-GICID, questa attività rientra esclusivamente nell'ambito delle cure infermieristiche. Si tratta di una tipica attività che non dovrebbe necessitare di una prescrizione medica, soprattutto se è svolta da infermieri che devono attestare una formazione riconosciuta. Per questo motivo, chiede di adeguare l'articolo 9c OPre: «L'assicurazione assume i costi della consulenza ai diabetici prestata ~~previa prescrizione medica o mandato medico~~ da: [...]».

VAS AG chiede che l'assicurazione assuma nel quadro del rinnovo annuale i costi della consulenza e delle cure dispensate ai pazienti seguiti per una patologia respiratoria stabile di lunga durata.

#### 4.4.6 Articolo 15 capoverso 1

IDS chiede chi deve riconoscere la «formazione speciale» in consulenza per l'allattamento e propone che a farlo sia l'ASI, per analogia con l'articolo 9c capoverso 1.



SHV fa notare che la terminologia dell'articolo 15 vigente non corrisponde più alle condizioni o conoscenze sociali e mediche attuali, e ne chiede la rielaborazione seguente:

«Art. 15 Consulenza per l'allattamento e consulenza sull'alimentazione del bambino

<sup>1</sup> La consulenza per l'allattamento e la consulenza sull'alimentazione del bambino (art. 29 cpv. 2 lett. c LAMal) è assunta dall'assicurazione se dispensata da una levatrice, un'organizzazione delle levatrici o un infermiere con relativa formazione speciale.

<sup>2</sup> La remunerazione è limitata a ~~tre~~ cinque sedute. Su prescrizione medica possono essere dispensate ulteriori consulenze per l'allattamento e consulenze sull'alimentazione del bambino. Se queste sono dispensate dopo i primi 56 giorni dopo il parto, non sono soggette ad alcuna partecipazione ai costi, indipendentemente dal fatto che a usufruirne siano genitori adottivi, affidatari o biologici.

<sup>3</sup>La consulenza per l'allattamento e la consulenza sull'alimentazione del bambino può essere dispensata prima o dopo il parto».

ASI e con essa BroteggPraxis, Curacasa, IG swissANP, ISMI, NOPS, OST, PH CH, SBK-BE, SBK-BSBL, ASI-NEJU, SHV, SIGA, SSHP+, Stillförderung Schweiz, SVBG, UNIA e ZHAW fanno notare che nella versione tedesca il rimando tra parentesi è sbagliato e ricordano che l'articolo di legge corretto è il 29 capoverso 2 lettera c LAMal.

#### **4.5 Ordinanza sugli aiuti finanziari destinati a promuovere l'efficienza nell'ambito delle cure mediche di base (OACMB)**

##### **4.5.1 Articolo 1 Oggetto**

In merito all'articolo 1 non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.1.1 Articolo 1 capoverso 1**

In merito all'articolo 1 capoverso 1 non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.1.2 Articolo 1 capoverso 2**

In merito all'articolo 1 capoverso 2 non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.2 Articolo 2 Condizioni**

In merito all'articolo 2 non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.2.1 Articolo 2 lettera a**

AR chiede di completare l'articolo come segue: «a. le misure sono atte a migliorare l'efficienza e/o la qualità nell'ambito delle cure mediche di base». I progetti devono poter essere orientati non solo all'efficienza, ma devono poter avere come obiettivo anche il miglioramento della qualità dell'assistenza e/o dell'indicazione. Nella maggior parte dei casi, un miglioramento della qualità nell'assistenza medica di base significa in ultima analisi anche un miglioramento dell'efficienza e della sostenibilità.

VFP chiede che il testo sia adeguato affinché i progetti non debbano essere efficienti soltanto dal punto di vista dell'economicità, bensì comportino esplicitamente anche una migliore sicurezza dei pazienti e qualità dell'assistenza.

##### **4.5.2.2 Articolo 2 lettera b**

ASPS, Spitex Schweiz e Spitex Zürich approvano la condizione dell'interprofessionalità e sottolineano che è importante che tutti i gruppi professionali coinvolti partecipino attivamente sin dall'inizio in veste di partner di progetto.

pharmaSuisse chiede di stralciare il termine «intraprofessionale».

VAS AG chiede che la formazione accademica sia estesa ad altre professioni sanitarie, come i certificati federali rilasciati dalla Croce Rossa.

#### **4.5.2.3 Articolo 2 lettera c**

In merito all'articolo 2 lettera c non sono pervenute osservazioni.

#### **4.5.2.4 Articolo 2 lettera d**

In merito all'articolo 2 lettera d non sono pervenute osservazioni.

### **4.5.3 Articolo 3 Costi computabili**

*ARTISET* è del parere che la prevista quota di mezzi propri che le organizzazioni devono apportare al progetto sia eccessiva e chiede che il rapporto sia adeguato portandolo a 80/20, in analogia al sostegno di progetti di Promozione Salute Svizzera. Chiede inoltre di rinunciare alla valutazione per lavorare piuttosto in base a obiettivi di efficacia.

#### **4.5.3.1 Articolo 3 capoverso 1 lettera a**

*GE* si chiede se nelle spese computabili sia inclusa la retribuzione delle risorse umane. La carenza di personale formatore in educazione e simulazione interprofessionale è spesso un fattore che limita il lancio e la valutazione di innovazioni nella formazione interprofessionale, come appunto la simulazione.

*mfe* e *PIP* chiedono che la formazione in interprofessionalità sia istituzionalizzata, ossia che diventi parte integrante dei percorsi ordinari, in particolare della formazione di base, del perfezionamento e dell'aggiornamento secondo la legge sulla formazione professionale (LFPr), la legge federale sulle professioni sanitarie (LPSan) e la legge sulle professioni mediche (LPMed). Un primo passo in questa direzione consiste nel concedere un credito per la valutazione dell'istituzionalizzazione/attuazione dell'interprofessionalità nella formazione di base, nel perfezionamento e nell'aggiornamento secondo la LFPr, la LPSan e la LPMed.

#### **4.5.3.2 Articolo 3 capoverso 1 lettera b**

In merito all'articolo 3 capoverso 1 lettera b non sono pervenute osservazioni.

#### **4.5.3.3 Articolo 3 capoverso 1 lettera c**

*ARTISET* chiede a titolo sussidiario che, qualora non sia dato seguito alla sua richiesta di rinunciare alla valutazione (v. punto 4.5.3), i costi per la valutazione e in particolare per la valutazione approfondita del progetto siano interamente a carico della Confederazione.

#### **4.5.3.4 Articolo 3 capoverso 2**

In merito all'articolo 3 capoverso 2 non sono pervenute osservazioni.

### **4.5.4 Articolo 4 Calcolo**

#### **4.5.4.1 Articolo 4 capoverso 1**

*VD* e *SNL* fanno notare che i previsti 8 milioni di franchi per tutta la Svizzera e il massimo di 400 000 franchi per progetto non sono sufficienti per raggiungere gli obiettivi di promuovere l'efficienza nell'ambito delle cure mediche di base e la collaborazione interprofessionale.

*mfe* e *PIP* sono del parere che la condizione di un cofinanziamento fino al 50 per cento, al massimo di 400 000 franchi, rischi di essere considerata un ostacolo dai potenziali richiedenti. Da un lato, questa condizione favorisce le strutture dotate di mezzi finanziari a scapito delle organizzazioni più piccole, dall'altro gli importi che possono essere concessi non sono sufficientemente consistenti per permettere a progetti ambiziosi e innovativi di vedere la luce, e questo scoraggia gli attori dal partecipare ai concorsi. Senza contare che l'elaborazione di un progetto che coinvolge diverse parti richiede a monte l'impiego di una grande quantità di tempo e di risorse, senza alcuna garanzia di vederlo selezionato.

#### **4.5.4.2 Articolo 4 capoverso 2**

*NW* lamenta che il calcolo è descritto in modo molto impreciso e precisato soltanto nel rapporto esplicativo. Ne chiede quindi il disciplinamento nell'ordinanza.

#### **4.5.4.3 Articolo 4 capoverso 2 lettera a**

In merito all'articolo 4 capoverso 2 lettera a non sono pervenute altre osservazioni oltre alla richiesta di *NW* riportata al punto 4.5.4.2.

#### **4.5.4.4 Articolo 4 capoverso 2 lettera b**

*ARTISET* chiede che l'articolo 4 capoverso 2 lettera b sia stralciato perché il criterio non è né oggettivo né chiaro. Se non dovesse essere stralciato, allora va precisato.

#### **4.5.4.5 Articolo 4 capoverso 2 lettera c**

*ARTISET* chiede di apportare la modifica seguente: «c. le prestazioni proprie ~~e i contributi di organi federali e di terzi~~».

#### **4.5.4.6 Articolo 4 capoverso 3**

*ARTISET* chiede di stralciare l'articolo 4 capoverso 3.

#### **4.5.5 Articolo 5 Domanda**

*mfe* e *PIP* sono favorevoli alla proposta di ripartire il finanziamento nelle 2 categorie «grandi progetti» / «piccoli progetti» e di presentare allo stesso UFSP una bozza per un esame preliminare, che consentirebbe di verificare la pertinenza del progetto rispetto ai criteri definiti ed eviterebbe ai richiedenti di effettuare importanti investimenti in progetti che già a priori non avrebbero reali possibilità di essere selezionati.

#### **4.5.5.1 Articolo 5 capoverso 1**

*ARTISET* e *Innovationsociale* chiedono di integrare l'articolo con la menzione esplicita della necessità di partire da ciò che è già noto (p. es. PNR 74) e dell'importanza dell'interconnessione.

#### **4.5.5.2 Articolo 5 capoverso 1 lettera a**

Secondo *VAS AG*, il richiedente deve poter essere una persona giuridica di diritto privato o pubblico oppure un dipendente del settore pubblico o privato che agisce a titolo individuale.

#### **4.5.5.3 Articolo 5 capoverso 1 lettera b**

In merito all'articolo 5 capoverso 1 lettera b non sono pervenute osservazioni.

#### **4.5.5.4 Articolo 5 capoverso 1 lettera c**

In merito all'articolo 5 capoverso 1 lettera c non sono pervenute osservazioni.

#### **4.5.5.5 Articolo 5 capoverso 1 lettera d**

In merito all'articolo 5 capoverso 1 lettera d non sono pervenute osservazioni.

#### **4.5.5.6 Articolo 5 capoverso 1 lettera e**

In merito all'articolo 5 capoverso 1 lettera e non sono pervenute osservazioni.

#### **4.5.5.7 Articolo 5 capoverso 2**

In merito all'articolo 5 capoverso 2 non sono pervenute osservazioni.

#### **4.5.5.8 Articolo 5 capoverso 3**

*ASPS, BSH, Spitex Schweiz e Spitex Zürich* chiedono che la guida e i moduli siano strutturati in modo da non costituire già all'inizio ostacoli troppo grandi per la presentazione delle domande e che siano creati incentivi all'assunzione di questo maggior onere. Dovrebbero inoltre essere realizzati in modo tale che anche i piccoli progetti abbiano un'opportunità.

#### **4.5.6 Articolo 6 Esame della domanda**

*ARTISET* reputa che l'UFSP debba ricorrere al parere di esperti provenienti dalla prassi e dalle fondazioni per l'esame della domanda e chiede di apportare la modifica seguente: «Per la valutazione specialistica della domanda l'UFSP ~~può ricorrere~~ ricorre al parere di esperti».

#### **4.5.7 Articolo 7 Forma della concessione**

In merito all'articolo 7 non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.7.1 Articolo 7 capoverso 1**

In merito all'articolo 7 capoverso 1 non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.7.2 Articolo 7 capoverso 1 lettera a**

In merito all'articolo 7 capoverso 1 lettera a non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.7.3 Articolo 7 capoverso 1 lettera b**

In merito all'articolo 7 capoverso 1 lettera b non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.7.4 Articolo 7 capoverso 2**

In merito all'articolo 7 capoverso 2 non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.7.5 Articolo 7 capoverso 2 lettera a**

In merito all'articolo 7 capoverso 2 lettera a non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.7.6 Articolo 7 capoverso 2 lettera b**

In merito all'articolo 7 capoverso 2 lettera b non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.7.7 Articolo 7 capoverso 2 lettera c**

In merito all'articolo 7 capoverso 2 lettera c non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.7.8 Articolo 7 capoverso 2 lettera d**

In merito all'articolo 7 capoverso 2 lettera d non sono pervenute osservazioni.

##### **4.5.7.9 Articolo 7 capoverso 3**

In merito all'articolo 7 capoverso 3 non sono pervenute osservazioni.

#### **4.5.8 Articolo 8 Valutazione approfondita del progetto**

*ARTISET e Innovationssociale* chiedono lo stralcio dell'articolo. Se la valutazione approfondita del progetto venisse mantenuta, chiedono che i relativi costi siano a carico della Confederazione.

#### **4.5.9 Articolo 9 Entrata in vigore e durata di validità**

In merito all'articolo 9 non sono pervenute osservazioni.

#### **4.6 Ordinanza concernente l'entrata in vigore integrale della legge sulle professioni sanitarie**

In merito alla presente ordinanza non sono pervenute osservazioni.

### **5 Consultazione**

Secondo l'articolo 9 della legge sulla consultazione<sup>13</sup>, sono accessibili al pubblico la documentazione, i pareri dei partecipanti alla consultazione pervenuti una volta scaduto il termine per rispondere e il rapporto sui risultati della consultazione dopo che il Consiglio federale ne ha preso atto. Questi documenti sono disponibili in forma elettronica sulla piattaforma di pubblicazione del diritto federale<sup>14</sup>. Sulla stessa pagina possono essere consultati i pareri integrali (art. 16 dell'ordinanza sulla consultazione<sup>15</sup>).

---

<sup>13</sup> RS 172.061

<sup>14</sup> [www.fedlex.admin.ch](http://www.fedlex.admin.ch) > Procedure di consultazione > Procedure di consultazione concluse > 2023 > DFI

<sup>15</sup> RS 172.061.1

## 6 Allegati

### 6.1 Elenco dei partecipanti alla consultazione

#### 1. Cantoni

Abbreviazione	Designazione	Interpellati	Parere
AG	Staatskanzlei des Kantons Aargau Chancellerie d'État du canton d'Argovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Argovia	sì	sì
AI	Ratskanzlei des Kantons Appenzell Innerrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Interno	sì	sì
AR	Kantonskanzlei des Kantons Appenzell Ausserrhoden Chancellerie d'État du canton d'Appenzell Rhodes-Extérieures Cancelleria dello Stato del Cantone di Appenzello Esterno	sì	sì
BE	Staatskanzlei des Kantons Bern Chancellerie d'État du canton de Berne Cancelleria dello Stato del Cantone di Berna	sì	sì
BL	Landeskanzlei des Kantons Basel-Landschaft Chancellerie d'État du canton de Bâle-Campagne Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Campagna	sì	sì
BS	Staatskanzlei des Kantons Basel-Stadt Chancellerie d'État du canton de Bâle-Ville Cancelleria dello Stato del Cantone di Basilea Città	sì	sì
FR	Staatskanzlei des Kantons Freiburg Chancellerie d'État du canton de Fribourg Cancelleria dello Stato del Cantone di Friburgo	sì	sì
GE	Staatskanzlei des Kantons Genf Chancellerie d'État du canton de Genève Cancelleria dello Stato del Cantone di Ginevra	sì	sì
GL	Regierungskanzlei des Kantons Glarus Chancellerie d'État du canton de Glaris Cancelleria dello Stato del Cantone di Glarona	sì	sì
GR	Standeskanzlei des Kantons Graubünden Chancellerie d'État du canton des Grisons Cancelleria dello Stato del Cantone dei Grigioni	sì	sì
JU	Staatskanzlei des Kantons Jura Chancellerie d'État du canton du Jura Cancelleria dello Stato del Cantone del Giura	sì	sì
LU	Staatskanzlei des Kantons Luzern Chancellerie d'État du canton de Lucerne Cancelleria dello Stato del Cantone di Lucerna	sì	sì
NE	Staatskanzlei des Kantons Neuenburg Chancellerie d'État du canton de Neuchâtel Cancelleria dello Stato del Cantone di Neuchâtel	sì	sì
NW	Staatskanzlei des Kantons Nidwalden Chancellerie d'État du canton de Nidwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Nidvaldo	sì	sì

Abbreviazione	Designazione	Interpellati	Parere
OW	Staatskanzlei des Kantons Obwalden Chancellerie d'État du canton d'Obwald Cancelleria dello Stato del Cantone di Obvaldo	sì	sì
SG	Staatskanzlei des Kantons St. Gallen Chancellerie d'État du canton de St-Gall Cancelleria dello Stato del Cantone di San Gallo	sì	sì
SH	Staatskanzlei des Kantons Schaffhausen Chancellerie d'État du canton de Schaffhouse Cancelleria dello Stato del Cantone di Sciaffusa	sì	sì
SO	Staatskanzlei des Kantons Solothurn Chancellerie d'État du canton de Soleure Cancelleria dello Stato del Cantone di Soletta	sì	sì
SZ	Staatskanzlei des Kantons Schwyz Chancellerie d'État du canton de Schwyz Cancelleria dello Stato del Cantone di Svitto	sì	sì
TG	Staatskanzlei des Kantons Thurgau Chancellerie d'État du canton de Thurgovie Cancelleria dello Stato del Cantone di Turgovia	sì	sì
TI	Staatskanzlei des Kantons Tessin Chancellerie d'État du canton du Tessin Cancelleria dello Stato del Cantone Ticino	sì	sì
UR	Standeskanzlei des Kantons Uri Chancellerie d'État du canton d'Uri Cancelleria dello Stato del Cantone di Uri	sì	sì
VD	Staatskanzlei des Kantons Waadt Chancellerie d'État du canton de Vaud Cancelleria dello Stato del Cantone di Vaud	sì	sì
VS	Staatskanzlei des Kantons Wallis Chancellerie d'État du canton du Valais Cancelleria dello Stato del Cantone del Vallese	sì	sì
ZG	Staatskanzlei des Kantons Zug Chancellerie d'État du canton de Zoug Cancelleria dello Stato del Cantone di Zugo	sì	sì
ZH	Staatskanzlei des Kantons Zürich Chancellerie d'État du canton de Zurich Cancelleria dello Stato del Cantone di Zurigo	sì	sì
EDK CDIP CDPE	Schweizerische Konferenz der kantonalen Er- ziehungsdirektoren Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique Conferenza svizzera dei direttori cantonali della pubblica educazione	sì	sì
GDK CDS CDS	Schweizerische Konferenz der kantonalen Ge- sundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirekto- ren Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità	sì	sì
KdK CdC CdC	Konferenz der Kantonsregierungen Conférence des gouvernements cantonaux Conferenza dei governi cantonali	sì	no

## 2. Partiti rappresentati nell'Assemblea federale

Abbreviazione	Designazione	Interpellati	Parere
Die Mitte Le centre	Die Mitte Le Centre	sì	sì
EAG	Ensemble à Gauche	sì	no
EDU UDF UDF	Eidgenössisch-Demokratische Union Union démocratique Fédérale Unione democratica Federale	sì	no
EVP PEV PEV	Evangelische Volkspartei der Schweiz Parti évangélique Suisse Partito evangelico svizzero	sì	sì
FDP PLR PLR	FDP. Die Liberalen PLR. Les Libéraux-Radicaux PLR. I Liberali Radicali	sì	sì
GLP PVL PVL	Grünliberale Partei Schweiz Parti vert'libéral Partito verde-liberale	sì	no
GRÜNE Les VERT-E-S I VERDI	GRÜNE Schweiz Les VERT-E-S suisses I VERDI Svizzera	sì	sì
Lega	Lega dei Ticinesi	sì	no
PDA PST PSdL	Partei der Arbeit Parti suisse du travail Partito svizzero del lavoro	sì	no
SPS PSS PSS	Sozialdemokratische Partei der Schweiz Parti socialiste suisse Partito socialista svizzero	sì	sì
SVP UDC UDC	Schweizerische Volkspartei Union démocratique du centre Unione democratica di Centro	sì	sì

## 3. Associazioni mantello nazionali dei Comuni, delle città e delle regioni di montagna

Abbreviazione	Designazione	Interpellati	Parere
SAB SAB SAB	Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für die Berg- gebiete Groupement suisse pour les régions de montagne Gruppo svizzero per le regioni di montagna	sì	no
SGV ACS ACS	Schweizerischer Gemeindeverband Association des communes suisses Associazione dei Comuni Svizzeri	sì	no
SSV UVS UCS	Schweizerischer Städteverband Union des villes suisses (UVS) Unione delle città svizzere (UCS)	sì	no

## 4. Associazioni mantello nazionali dell'economia

Abbreviazione	Designazione	Interpellati	Parere
Economiesuisse	Verband der Schweizer Unternehmen Fédération des entreprises suisses Federazione delle imprese svizzere Swiss business federation	sì	no



KV Schweiz SEC Suisse SIC Svizzera	Kaufmännischer Verband Schweiz Société suisse des employés de commerce (SEC Suisse) Società svizzera degli impiegati di commercio (SIC Svizzera)	sì	no
SAV UPS USI	Schweizerischer Arbeitgeberverband Union patronale suisse (UPS) Unione svizzera degli imprenditori (USI)	sì	sì
SBV ASB ASB	Schweizerische Bankiervereinigung (SBV) Association suisse des banquiers (ASB) Associazione svizzera dei banchieri (ASB) Swiss Bankers Association	sì	no
SBV USP USC	Schweizerischer Bauernverband (SBV) Union suisse des paysans (USP) Unione svizzera dei contadini (USC)	sì	no
SGB USS USS	Schweizerischer Gewerkschaftsbund Union syndicale suisse (USS) Unione sindacale svizzera (USS)	sì	sì
SGV USAM USAM	Schweizerischer Gewerbeverband (SGV) Union suisse des arts et métiers (USAM) Unione svizzera delle arti e dei mestieri (USAM)	sì	no
Travail.Suisse	Travail.Suisse	sì	sì

#### 5. Altre organizzazioni / cerchie interessate

Abbreviazione	Designazione	Interpellati	Parere
ACSI	Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana Konsumentenverband der italienischen Schweiz Association des consommateurs de Suisse italienne	sì	no
AGILE.CH	Die Organisationen von Menschen mit Behinderung Les organisations de personnes avec handicap Le organizzazioni di persone con handicap	sì	no
AOVS	Augenoptik Verband Schweiz Fédération suisse des opticiens	sì	no
ARTISET	Föderation der Dienstleister für Menschen mit Unterstützungsbedarf Fédération des prestataires de services pour les personnes ayant besoin de soutien Federazione dei fornitori di servizi per persone bisognose di assistenza	sì	sì
ASP	Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Association suisse des psychothérapeutes Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti Associazion Svizra dals Psicoterapeuts	sì	no
ASPS	Association Spitex privée Suisse	sì	sì
AVASAD	Association vaudoise d'aide et de soins à domicile	no	sì
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern Société des médecins du canton de Berne Società dei medici del Cantone di Berna	no	sì

BFH	Berner Fachhochschule Haute école spécialisée bernoise Scuola universitaria professionale di Berna	no	sì
BGS	Schweizerischer Verband Bildungszentren Gesundheit und Soziales Association suisse des centres de formation santé-social Associazione svizzera dei centri di formazione sociosanitaria	sì	sì
	Brotegg Praxis	no	sì
BSH	Bündner Spital- und Heimverband	no	sì
BüAeV	Bündner Ärzteverein Unìun grischuna da medis Ordine dei medici grigioni	no	sì
	Center da sandà Val Müstair	no	sì
ChiroSuisse	Schweizerischen Chiropraktoren-Gesellschaft ChiroSuisse Association suisse des chiropraticiens Chiro-Suisse Associazione svizzera dei chiropratici Chiro-Suisse	sì	no
CIIP	Secrétariat général de la conférence intercantonale de l'instruction publique de la Suisse romande et du Tessin	sì	no
Curacasa	Fachverband freiberufliche Pflege Schweiz Association suisse des infirmiers indépendants Associazione svizzera infermieri indipendenti	no	sì
Curafutura	Die innovativen Krankenversicherer Les assureurs-maladie innovants Gli assicuratori-malattia innovativi	sì	sì
DVSP	Dachverband Schweizerischer Patientenstellen Fédération suisse des patients	sì	no
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz Association Suisse des Ergothérapeutes Associazione Svizzera degli Ergoterapisti	sì	no
FKG CSS	Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen der Schweiz Conférence spécialisée Santé des Hautes écoles spécialisées suisses	no	sì
FH Schweiz	Dachverband Absolventinnen und Absolveten Fachhochschulen Association faîtière des diplômés des Hautes écoles spécialisées	no	sì
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte Fédération des médecins suisses Federazione dei medici svizzeri	sì	sì
FRC	Fédération romande des consommateurs FRC	sì	no
FSP	Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen Fédération suisse des psychologues Federazione svizzera delle psicologhe e degli psicologi	sì	no

GE-KVG	Gemeinsame Einrichtung KVG Institution commune LAMal Istituzione comune LAMal	sì	no
	Groupe Mutuel	no	sì
H+	H+ Die Spitäler der Schweiz H+ Les Hôpitaux de Suisse H+ Gli Ospedali Svizzeri	sì	sì
HÄ CH	Hausärzte Schweiz – Berufsverband der Haus- und Kinderärzte Médecins de famille Suisse – Association des médecins de famille et de l'enfance Suisse Medici di famiglia Svizzera – Associazione dei medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera	sì	no
HES-SO	Haute école spécialisée de Suisse occidentale Fachhochschule Westschweiz Scuola universitaria professionale della Svizzera occidentale	no	sì
IDS	Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel Institut für Gesundheitsrecht der Universität Neuenburg Istituto di diritto sanitario dell'Università di Neuchâtel	no	sì
IG swissANP	Interessengruppe des SBK, swiss Advanced Nursing Practice	no	sì
IMAD	Institution genevoise de maintien à domicile	no	sì
Innovationsociale	Association suisse pour la promotion de l'innovation sociale	no	sì
ISMI PSIM	Pflegeschwestern und Pflegefachmänner spezialisiert in Integrativer Medizin	no	sì
Kalaidos	Kalaidos Fachhochschule Schweiz Kalaidos Haute école spécialisée Scuola universitaria professionale Kalaidos Kalaidos University of applied sciences Switzerland	sì	no
KF	Konsumentenforum	sì	no
KKA	Konferenz der kantonalen Ärztesgesellschaften Conférence des sociétés cantonales de médecine Conferenza delle società mediche cantonali	sì	La KKA è stata liquidata
KOGS	Verein Kantonale OdAs Gesundheit und Soziales	no	sì
Konferenz HF	Schweizerische Konferenz der Höheren Fachschulen Conférence suisse des écoles supérieures Conferenza svizzera delle scuole specializzate superiori	sì	sì
MFÄF	Médecins Fribourg – Ärztinnen und Ärzte Freiburg	no	sì
MTK	Medizinaltarifkommission UVG Commission des tarifs médicaux LAA Commissione delle tariffe mediche LAINF	sì	sì
NOPS	Notfallpflege Schweiz	no	sì

OdASanté	Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit Organisation faîtière nationale du monde du travail en santé Organizzazione mantello del mondo del lavoro per il settore sanitario	sì	sì
Optikschweiz	Verband für Optometrie und Optik Association d'optométrie et d'optique	sì	no
Ospita	Die Schweizer Gesundheitsunternehmen	sì	no
OST	Ostschweizer Fachhochschule, Departement Gesundheit	no	sì
PBL	Psychiatrie Baselland	no	sì
pharmaSuisse	Schweizerischer Apothekerverband Société suisse des pharmaciens Società svizzera dei farmacisti	sì	sì
PH CH	Public Health Schweiz Santé publique Suisse Salute pubblica Svizzera	no	sì
Physioswiss	Schweizerischer Physiotherapie-Verband Association suisse de physiothérapie Associazione svizzera di fisioterapia	sì	no
PIP	Plateforme Interprofessionnalité dans les soins de santé primaires	no	sì
RVK	Verband der kleinen und mittleren Krankenversicherer Fédération des petits et moyens assureurs-maladie Associazione dei piccoli e medi assicuratori malattia	sì	no
SAMW ASSM	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften Académie suisse des sciences médicales Accademia svizzera delle scienze mediche	sì	no
santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer Les assureurs-maladie suisses Gli assicuratori malattia svizzeri	sì	sì
SBAO	Schweizerischer Berufsverband für Augenoptik und Optometrie Société suisse pour l'optique et l'optométrie	sì	no
SBAP	Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie Association professionnelle suisse de psychologie appliquée Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata	sì	no
SBBK	Schweizerische Berufsbildungsämter-Konferenz	sì	no
SBK ASI ASI	Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner Association suisse des infirmières et infirmiers Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri	sì	sì
SBK-BE	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Sektion Bern	no	sì

SBK-BSBL	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Sektion Basel-Stadt / Basel-Landschaft	no	sì
SBK-GR	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Sektion Graubünden	no	sì
ASI-NEJU	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Sektion Neuenburg – Jura	no	sì
SBO-TOM	Schweizerische Berufsorganisation für Traditionelle Osteopathische Medizin	sì	no
SBV	Schweizerische Belegärzte-Vereinigung Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées et hôpitaux Associazione svizzera dei medici indipendenti che lavorano in cliniche private	sì	no
Senesuisse	Verband wirtschaftlich unabhängiger Alters- und Pflegeeinrichtungen Association d'établissements économiquement indépendants pour personnes âgées	sì	sì
SGE	Schweizerische Gesellschaft für Ernährung Société suisse de nutrition Società svizzera di nutrizione	sì	no
SGP	Schweizerische Gesellschaft für Psychologie	sì	no
SHK	Schweizerische Hochschulkonferenz Conférence suisse des hautes écoles Conferenza svizzera delle scuole universitarie Conferenza svizra da las scolas autas	sì	no
SHV FSSF	Schweizerischer Hebammenverband Fédération suisse des sages-femmes Federazione svizzera delle levatrici	sì	sì
SIDB GICID	Schweizerische Interessengruppe für Diabetesfachberatung	no	sì
SIGA FSIA	Schweizerischer Interessenverband Anästhesiepflege Fédération suisse des infirmières et infirmiers anesthésistes Federazione svizzera infermiere e infermieri anestesisti	no	sì
SKS	Stiftung für Konsumentenschutz Fondation pour la protection des consommateurs Fondazione per la protezione dei consumatori	sì	no
SNL	Swiss Nurse Leaders Organisation der Pflegeverantwortlichen in der Schweiz Organisation des responsables de soins en Suisse	sì	sì
SNS	Swiss Nursing Students	no	sì
Spitex Schweiz	Spitex Verband Schweiz Association suisse des services d'aide et de soins à domicile Associazione svizzera dei servizi di assistenza e cura a domicilio	sì	sì
Spitex Zürich	Spitex Verband Kanton Zürich	no	sì

SPO	Schweizerische Stiftung SPO Patientenschutz Fondation Organisation suisse des patients Fondazione Organizzazione svizzera dei pazienti	sì	no
SPS	Stiftung für Patientensicherheit Fondation pour la sécurité des patients	sì	no
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz Croix-Rouge suisse Croce Rossa svizzera	sì	no
SSO	Schweizerische Zahnärzte Gesellschaft Société suisse des médecins-dentistes Società svizzera odontoiatri	sì	no
SSPH+	Swiss School of Public Health	no	sì
	Stillförderung Schweiz	no	sì
SVBG	Schweizerischer Verband der Berufsorganisatio- nen im Gesundheitswesen Fédération suisse des associations profession- nelles du domaine de la santé Federazione Svizzera delle Associazioni profes- sionali Sanitarie	sì	sì
SVDE	Schweizerischer Verband der Ernährungsbera- ter/innen Association suisse des diététiciens-ne-s Associazione Svizzera delle-dei Dietiste-i	sì	no
SVF ADF	Schweizerischer Verband für Frauenrechte Association suisse pour les droits de la femme	no	sì
SVFP	Schweizerischer Verband Freiberuflicher Physio- therapeuten Association suisse des physiothérapeutes indé- pendants Associazione Svizzera Fisiatri Indipendenti	sì	no
SVK FSA	Schweizerischer Verband für Gemeinschaftsauf- gaben der Krankenversicherer Fédération suisse pour tâches communes des assureurs-maladie Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia Swiss association for joint tasks of health in- surers	sì	no
SVO	Schweizerischer Verband der Osteopathen Fédération suisse des ostéopathes Federazione Svizzera degli Osteopati	sì	no
SVS	Schweizerische Vereinigung der Spitaldirektorin- nen und Spitaldirektoren Fédération suisse des directrices et directeurs d'hôpitaux	sì	no
SVV	Schweizerischer Versicherungsverband Association suisse d'assurances Associazione svizzera d'assicurazioni	sì	no
SWISS REHA	Vereinigung der Rehabilitationskliniken der Sch- weiz Association des cliniques de réadaptation suis- ses Associazione delle cliniche di riabilitazione sviz- zere	sì	no

Swissuniversities	Rektorenkonferenz der schweizerischen Hochschulen Conférence des recteurs des hautes écoles suisses Conferenza dei rettori delle università svizzere Rectors' Conference of Swiss Higher Education Institutions	sì	sì
Syna	Syna. Zentralsekretariat	sì	sì
VaOS	Vereinigung akademischer OsteopathInnen Schweiz	sì	no
VAS AG	VitalAire AG	no	sì
VFP	Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft Association pour les sciences infirmières Associazione svizzera per le scienze infermieristiche Swiss Association for Nursing Science	sì	sì
VKS	Vereinigung der Kantonsärzte und Kantonsärztinnen der Schweiz Association des médecins cantonaux de Suisse Associazione dei medici cantonali svizzeri	sì	no
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz Association des médecins dirigeants d'hôpitaux de Suisse Associazione medici dirigenti ospedalieri svizzeri	sì	no
VPOD	Schweizerischer Verband des Personals Öffentlicher Dienste Syndicat suisse des services publics Sindacato svizzero dei servizi pubblici	sì	no
VSAO	Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica	sì	sì
UNIA	Gewerkschaft Unia	no	sì
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Haute école zurichoise de sciences appliquées Scuola universitaria di scienze applicate di Zurigo	no	sì