

Regolamento sulla determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale – rapporto esplicativo

Premessa

Con la modifica della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal), approvata dal Gran Consiglio il 19 maggio 2025, ed in particolare con l'introduzione del nuovo art. 66v^{bis}, il Cantone intende applicare l'art. 55a della legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) e le relative ordinanze di applicazione.

Il nuovo art. 55a LAMal conferisce in particolare ai Cantoni la competenza a limitare il numero di medici autorizzati a fornire prestazioni ambulatoriali ospedaliere o extra-ospedaliere a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) in uno o più campi di specializzazione medica o in determinate regioni (determinazione di numeri massimi di medici).

Vista la complessità di questo cambiamento, il Cantone Ticino ha fatto uso della possibilità di applicare la norma transitoria di due anni, scadente il 30 giugno 2025, prevista dall'art. 9 dell'ordinanza del Consiglio federale sulla determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale (RS 832.107, di seguito: ordinanza sui numeri massimi). Tale disposto lasciava ai Cantoni la facoltà di considerare che l'offerta di medici reale calcolata in entità a tempo pieno (ETP) corrisponde, per specializzazione e per regione, all'approvvigionamento conforme al reale bisogno.

L'attuazione di questo periodo transitorio è avvenuta per il tramite del decreto legislativo sulla determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale, entrato in vigore il 1° luglio 2023 e scadente il 30 giugno 2025. Nel relativo regolamento del 18 ottobre 2023 l'Esecutivo cantonale ha sottoposto a limitazione 11 specializzazioni mediche, risultando così tra i Cantoni più restrittivi.

A partire dal 1° luglio 2025 i numeri massimi dovranno essere stabiliti secondo un modello di regressione, con il quale viene messo in relazione l'offerta di medici, calcolata in ETP, con il tasso di approvvigionamento (TA), prevedendo nel caso un fattore di ponderazione (fp) per compensare eventuali elementi che incidono sul fabbisogno effettivo di cure ma non sufficientemente considerati a livello nazionale.

La presente normativa ha la funzione di regolamentare gli aspetti di competenza cantonale per l'applicazione della limitazione del numero di medici ambulatoriali a regime, fissando in particolare le specializzazioni soggette alla limitazione del numero dei medici, così come eventuali eccezioni e le procedure applicabili.

Periodo transitorio

Durante il periodo transitorio, dal 1° novembre 2023 al 18 giugno 2025, per 11 specializzazioni è stato sospeso il rilascio dell'autorizzazione ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (autorizzazione AOMS) a nuovi medici, ritenendo l'offerta esistente adeguata per la copertura del fabbisogno. Come previsto dal regolamento sulla determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale del 18 ottobre 2023, le istanze di autorizzazione AOMS inoltrate presso l'Ufficio di sanità dopo il 31 ottobre 2023, sono state inserite in liste d'attesa in ordine cronologico e suddivise per specializzazione. In queste liste d'attesa sono stati inseriti 22 medici in 8 specializzazioni diverse; 6 di questi medici hanno nel frattempo ottenuto l'autorizzazione AOMS a seguito della cessazione dell'attività di un operatore della medesima specializzazione.

L'eccezione della cessione di studio medico, di cui all'art. 6 cpv. 4 del regolamento, la quale prevede il non assoggettamento alla lista d'attesa in caso di cessione di studio medico nella medesima specializzazione e nel medesimo Comune, è stata utilizzata in 4 occasioni, per 3 specializzazioni differenti.

Rapporto del gruppo di lavoro

Giusta gli artt. 2 e 8 del regolamento del 18 ottobre 2023, il DSS ha costituito un gruppo di lavoro composto dai fornitori di prestazioni del settore medico attivi nel settore ambulatoriale privato e ospedaliero pubblico e privato. Compito di questo consesso era quello di esaminare durante la fase transitoria la copertura sanitaria ticinese, al fine di trasmettere al Consiglio di Stato le proprie proposte per la futura implementazione del modello di regressione.

Dopo aver interpellato i rappresentanti di ogni specializzazione per il tramite dell'OMCT e discusso ed esaminato la copertura cantonale delle singole specialità, con rapporto del 12 maggio 2025 il gruppo ha inoltrato allo scrivente Esecutivo, per il tramite del DSS, le proprie riflessioni e proposte sulle singole specializzazioni e sull'opportunità o meno di sottoporle a limitazione del numero di medici.

Nello specifico esso ritiene che attualmente possano essere limitate 6 specializzazioni: chirurgia, cardiologia, oncologia medica, nefrologia, neurologia e otorinolaringoiatria. Al fine di non mettere in pericolo la necessaria copertura per queste categorie e in considerazione inoltre delle numerose sotto-specializzazioni che troviamo in esse, il gruppo chiede che non venga applicato il modello di regressione, permettendo in questo modo la sostituzione dell'operatore che cessa l'attività con un nuovo operatore, come avvenuto durante la fase transitoria del regime di limitazione.

Il gruppo ha inoltre enunciato delle proposte a carattere generale, quale ad esempio, in caso di cessione di studio medico, il prolungo del periodo di collaborazione fra medico cedente e medico cessionario da 6 mesi ad un anno, accolto dall'esecutivo. Fra esse troviamo inoltre la richiesta di rinnovo del gruppo di lavoro, affinché esso possa vigilare anche in futuro sulla corretta copertura sanitaria, e possa formulare delle proposte al Consiglio di Stato. A tal proposito si ritiene fondamentale una stretta collaborazione fra le competenti autorità cantonali ed i rappresentanti dei fornitori di prestazioni, sia per le loro competenze tecniche che per la diretta conoscenza del settore sanitario cantonale, e per questo viene accolta la richiesta di rinnovo.

Il Consiglio di Stato ha attentamente esaminato le riflessioni dei membri del gruppo, che ringrazia per l'impegno e la serietà con i quali si è preso a carico tale ruolo e ha sposato in misura importante le considerazioni fatte da esso, pur distanziandosi in alcuni punti.

Commento ai singoli articoli

Art. 1 - 2

Il regolamento in oggetto ha lo scopo di definire e regolare l'applicazione del numero massimo di medici ambulatoriali previsto dall'art. 55a LAMal, che impone l'entrata in vigore del regime della limitazione del numero di medici a regime, a partire dal 1° luglio 2025.

Come nella precedente fase transitoria, sarà compito del Dipartimento della sanità e della socialità assicurarsi dell'esecuzione dell'art. 55a LAMal, delle relative ordinanze, così come dell'art. 66v^{bis} LCAMal. Esso si avvale della collaborazione dell'Ufficio di sanità, competente giusta l'art. 48l del regolamento della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (RLCAMal), a rilasciare l'autorizzazione ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).

Art. 3

La definizione del numero massimo corrisponde a quanto previsto dalla legislazione federale e in particolare dall'ordinanza sui numeri massimi, che mette in relazione gli equivalenti a tempo pieno (ETP) dei medici ambulatoriali, con il tasso di approvvigionamento (TA), ed inserito negli allegati dell'ordinanza del Dipartimento federale dell'interno (DFI) sulla determinazione dei tassi regionali di approvvigionamento per campo di specializzazione medica nel settore ambulatoriale, in vigore dal 1° gennaio 2023 (RS 832.107.1; di seguito: ordinanza sui tassi di approvvigionamento).

Nella determinazione del numero massimo di medici ambulatoriali sarà inoltre possibile applicare un fattore di ponderazione (fp) al fine di tenere conto di determinati elementi che possono incidere sul fabbisogno di cure e che non sono stati debitamente considerati nel calcolo del TA.

Art. 4

Le norme federali attribuiscono al Cantone la competenza di disciplinare l'offerta di prestazioni fornite dai medici ambulatoriali, attivi sia nel settore ambulatoriale privato (studi medici ed istituti) che in quello ambulatoriale ospedaliero, a seconda delle loro esigenze. A tale scopo le autorità cantonali dovranno applicare i principi metodologici ed i criteri posti dal Consiglio federale nelle specifiche ordinanze.

Secondo il capoverso 1, nella definizione delle specializzazioni da sottoporre a limitazione si dovrà tenere conto, affinché l'offerta risulti conforme al bisogno della popolazione, sia di fattori economici, quale di tasso di approvvigionamento calcolato per Cantone e per specialità dal DFI, che di aspetti sanitari, quali la sufficiente copertura sanitaria cantonale,

I TA, inseriti negli appositi allegati dall'ordinanza sui tassi d'approvvigionamento, sono stati oggetto di revisione da parte dell'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) e dall'Ufficio di consulenza BSS Volkswirtschaftlicher Beratung (BSS), su mandato dell'Ufficio federale della salute pubblica (UFSP). I nuovi valori sono stati adottati il 30 settembre 2024 ed entreranno in vigore il 1° luglio 2025¹. Questi TA, fondati su volumi di prestazioni più recenti, e rielaborati correggendo alcuni errori in precedenza evidenziati dallo stesso UFSP, sono da ritenersi certamente più solidi di quelli sino ad oggi in vigore. Questo fa anche sì che, contrariamente a quanto ritenuto necessario al momento dell'implementazione della fase transitoria, sul piano cantonale non verranno calcolati dei nuovi tassi di approvvigionamento in proiezione, per i quali si era tenuto conto anche dei nuovi operatori sanitari autorizzati tra la data di adozione dell'ordinanza sui tassi d'approvvigionamento e quella di entrata in vigore del regolamento cantonale, che comportavano un aumento del volume di prestazioni.

Come durante la fase transitoria, il cpv. 2 prevede che saranno per principio esenti da tale limitazione le specializzazioni con un totale di equivalenti a tempo pieno (ETP) inferiori a 10, ritenuto che esse hanno nel complesso un impatto ridotto sui costi globali della salute e che vi è un rischio concreto di indurre delle carenze nella copertura sanitaria in questi settori di attività.

Appare altresì giustificato escludere come in precedenza dalla limitazione le categorie che beneficiano della possibilità di eccezione all'obbligo di aver lavorato per almeno 3 anni in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto, come previsto dall'art. 37 cpv. 1bis LAMal, ovvero: medicina interna generale quale unico titolo di perfezionamento e medico generico quale unico titolo di perfezionamento, pediatria e psichiatria infantile e dell'adolescenza (cpv. 3). Anche qualora il nuovo art. 37 cpv. 1bis LAMal non venisse rinnovato oltre l'attuale periodo di validità (norma in vigore sino al 31.12.2027), si reputa che queste categorie, le quali hanno beneficiato di un allentamento legislativo, possono incorrere in una carenza di copertura sul piano nazionale, e per questo vanno tutelate. Si ricorda in particolare che il medico di famiglia ha un importante ruolo nell'accesso al sistema sanitario e nel coordinare le cure integrate per il paziente, con effetto anche sull'efficacia e l'economicità della

¹ Ufficio federale della sanità pubblica > numeri massimi di medici > Rapport Obsan et BSS: Réexamen de la méthode et actualisation des taux régionaux de couverture

presa a carico. Le altre due specializzazioni si rivolgono inoltre ai bisogni dei giovani, e per questo va escluso ogni rischio di carenza di copertura. Fino ad oggi per queste categorie nel nostro Cantone non sono state previste eccezioni alla pratica di tre anni in un centro di perfezionamento riconosciuto prima di ottenere l'autorizzazione a praticare a carico dell'AOMS, in linea con quanto auspicato in sede di consultazione preliminare all'adozione dell'art. 37 cpv. 1bis LAMal sia dal Cantone che dall'OMCT. Queste specializzazioni saranno però perlomeno esentate dalla limitazione dei numeri massimi.

Compito del Dipartimento sarà quello di vegliare sull'offerta di medici presente sul territorio al fine di modificare se del caso le specializzazioni sottoposte a limitazione.

Art. 5

Nel presente articolo vengono confermate le possibili eccezioni da applicare alle specializzazioni sottoposte a limitazione qualora vi sia una necessità di salute pubblica.

In particolare il Dipartimento, per singoli casi eccezionali e motivati, potrà oltrepassare il numero massimo di medici rilasciando delle autorizzazioni vincolate da oneri, ad esempio territoriali o a sotto-specializzazioni, al fine di evitare che in una specifica regione oppure all'interno di una struttura ospedaliera la copertura divenga carente in una determinata specializzazione.

Nel proprio rapporto il gruppo di lavoro ha messo in evidenza come in certe specializzazioni, da sottoporre a limitazione, vi sia però il rischio di incorrere in una carente copertura per determinate sotto-specializzazioni, e che questo meritava un esame mirato al singolo caso. Per tale valutazione il DSS farà capo ad un preavviso da parte del gruppo di lavoro, come da esso auspicato.

Art. 6

La procedura per l'ottenimento dell'autorizzazione AOMS non viene modificata rispetto a quanto effettuato sinora. Essa ha infatti dato prova di celerità e di chiarezza, e non sono state riscontrate particolari difficoltà.

L'istanza dovrà pertanto essere trasmessa dai medici all'Ufficio di sanità previo preavviso favorevole da parte dell'OMCT in relazione alle condizioni imposte dagli artt. 37 LAMal e 38 OAMal. Per le specializzazioni soggette a limitazione, tale autorizzazione potrà essere rilasciata solo nel caso in cui il numero massimo non sia sorpassato.

Questo comporta pertanto la cessata attività di uno o più operatori della medesima specializzazione principale, per permettere l'attuazione del modello di regressione laddove applicato, oppure la sostituzione dei partenti con nuove autorizzazioni.

Come fatto sino ad oggi, l'Ufficio di sanità gestirà le istanze di autorizzazione AOMS inoltrate da medici attivi nell'ambito ambulatoriale privato tramite delle liste d'attesa per specializzazione ed in ordine cronologico (cpv. 2).

La cessione di studio medico farà ancora eccezione a questa procedura (cpv. 3). Si vuole infatti mantenere la facoltà del medico di scegliere liberamente a chi vuol vendere lo studio, a condizione che lo studio resti nel Comune di origine, e che venga venduto ad un operatore della medesima specializzazione soggetta a limitazione (oppure beninteso ad un medico con specializzazione non soggetta a numeri massimi). La comunicazione della cessione di studio dovrà inoltre essere trasmessa all'Ufficio di sanità entro tre mesi dalla cessata attività del medico titolare. Dal punto di vista dell'interesse pubblico la cessione di studio deve infatti avere quale scopo principale quello di garantire l'appropriata copertura sanitaria. L'eccezione della cessione di studio medico si giustifica perché l'art. 55a LAMal attribuisce ai Cantoni il compito di intervenire a stabilire dei numeri massimi di medici allo scopo di limitare l'aumento dei costi della salute (maggior densità = maggiori costi). Nel momento in cui i numeri massimi sono rispettati, non vi è un interesse pubblico al contenimento dei costi sanitari

che giustifichi un'ingerenza ulteriore dello Stato nella libertà contrattuale e economica degli operatori sanitari. In questo senso, la cessione di studio concordata tra privati (ovvero il medico che lascia e quello che subentra) può rappresentare una via privilegiata e prioritaria per applicare il regime dei numeri massimi, prima di far capo alla lista d'attesa.

In base alla ponderazione degli interessi in gioco, l'eccezione appare giustificata, e quindi la cessione possibile, anche nelle specializzazioni assoggettate al regime della regressione, nonostante possa ritardare il raggiungimento dei numeri massimi di ETP definiti.

I medici potranno collaborare fra loro per la durata massima di un anno.

Le uscite ed entrate di medici con attività ambulatoriale ospedaliera in seno al singolo istituto ai sensi dell'art. 35 cpv. 2 lett. n e dell'art. 39 LAMal, dovranno essere gestite dalla Direzione congiunta della struttura, la quale dovrà rispettare le limitazioni imposte dal presente regolamento, e farne comunicazione all'Ufficio di sanità. Ciò comporta che la struttura, per le specializzazioni sottoposte a limitazione, dovrà vegliare affinché al suo interno gli ETP della singola specializzazione restino immutati. Solo nei casi eccezionali autorizzati dal DSS in applicazione dell'art. 5 cpv. 2 sarà possibile oltrepassare il numero massimo nella singola specializzazione.

Art. 7

Il presente regolamento prevede esplicitamente degli obblighi di comunicazione affinché il Cantone possa assolvere il compito attribuitogli dalla Confederazione, ed in particolare dall'art. 55a LAMal e dall'ordinanza sui numeri massimi. Questi obblighi vanno ad affiancare quello più generico contemplato dall'art. 2 Legge sanitaria, che conferisce ai Cantoni il diritto di avvalersi della collaborazione dei fornitori di prestazioni al fine di ottemperare al proprio compito di garantire prestazioni di qualità ed economiche.

Su richiesta del Dipartimento tutti i fornitori di prestazioni dovranno fornire i dati necessari per la determinazione dei numeri massimi.

Dal canto loro i medici autorizzati AOMS sono tenuti a trasmettere spontaneamente ogni cambiamento relativo al proprio numero di concordato RCC o di controllo C, alla specializzazione principale e alla relativa percentuale in cui lavorano (ETP), così come hanno l'obbligo di comunicare la cessazione della loro attività ambulatoriale (cpv. 2).

Anche gli istituti ospedalieri (art. 35 cpv. 2 lett. n e 39 LAMal) hanno l'obbligo di fornire annualmente una lista dei medici dipendenti del settore ambulatoriale, con indicazione del loro nome e cognome, degli ETP e della specializzazione principale. Questi ultimi non sono infatti soggetti alla necessità di ottenere un proprio numero di codice creditore RCC o di controllo C, e per questo non sono assoggettati all'autorizzazione AOMS rilasciata dall'Ufficio di sanità. Al fine di gestire il numero massimo l'autorità deve quindi essere in possesso di numeri aggiornati anche nel campo ambulatoriale ospedaliero.

Art. 8

In caso di mancata osservanza degli obblighi posti dal regolamento in oggetto, possono essere pronunciate le sanzioni disciplinari previste dall'art. 59 della legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario.

Art. 9

Durante la fase transitoria il Dipartimento ha costituito un gruppo di lavoro composto dai rappresentanti dei fornitori di prestazioni del settore medico attivi nel settore ambulatoriale privato, ed ospedaliero,

pubblico e privato. Questo gremio si è riunito diverse volte al fine di valutare la corretta copertura sanitaria sul territorio ticinese, per specializzazione e per regione, trasmettendo al termine dei propri lavori un rapporto contenente delle proposte da attuare durante la fase di limitazione dei numeri massimi di medici a regime.

Il Consiglio di Stato ha ritenuto utile ed importante il lavoro svolto dal gruppo, anche tenuto conto delle possibili diverse visioni dei membri, attivi in realtà sanitarie differenti. Aspetto che è sicuramente stato un valore aggiunto alla discussione.

Lo stesso gruppo di lavoro ha indicato come auspicabile il proprio rinnovo anche durante la fase successiva al periodo transitorio.

Art. 10

Per le nuove specializzazioni sottoposte a limitazione nell'allegato al regolamento, in applicazione del principio della non retroattività delle norme, nel rispetto della garanzia dello Stato di diritto, il blocco sarà applicabile solamente agli operatori che non avranno inoltrato istanza completa entro la data di entrata in vigore del presente regolamento.