

Rapporto

numero	data	Dipartimento
4920 R	13 marzo 2001	OPERE SOCIALI
Concerne		

della Commissione speciale sanitaria sul messaggio 15 settembre 1999 concernente la pianificazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi e di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costose (clausola del bisogno)

Come vedremo, il messaggio in esame parte dalla ovvia ma quotidiana constatazione dell'aumento dei costi sanitari e della loro incidenza sul reddito familiare. Ciò ha spinto i relatori e la Commissione sanitaria a redigere un rapporto dettagliato e ampio, ben oltre forse della portata concreta del decreto legislativo proposto. È comunque impossibile prescindere dal dibattito che l'emergenza costi sanitari comporta allorché si vuole affrontare un seppur puntuale e circoscritto ambito di politica sanitaria.

1. I COSTI DELLA SALUTE

Lo spunto essenziale per una rilettura degli avvenimenti che hanno contrassegnato il settore sanitario ci è offerto dalla LAMAL, a partire dalla sua introduzione nel 1996.

L'esplosione dei costi sanitari è un dato di fatto nazionale. Da 12,4 miliardi di fr. nel 1996 ci ritroviamo nel 1999 a 14,6 miliardi, con un aumento del 17,75% certamente non attutito da un "solo" + 4% registrato nel 1999 a fronte del + 7% nel 1998.

Il nostro Cantone non si sottrae a questa tendenza: il costo medio per persona a carico della assicurazione di base nel 1996 ammontava a 2'177 fr., contro una media svizzera di fr. 1'728, nel 1999 a fr. 2'340 pro capite rispetto ai 1946 fr. a livello svizzero, con un aumento per il Ticino del 7,5% dal 1996 al 1998 (1) (a onor del vero va qui rammentato che il trend per il Cantone Ticino è molto più contenuto della media svizzera, + 12,6%, dovuto anche agli sforzi già intrapresi per contenere i costi. Per contro il valore assoluto dei costi pro capite situava il Ticino ancora nel 1998 al 5° posto tra i Cantoni più cari).

L'estensione delle prestazioni coperte dall'assicurazione di base non è estranea al fenomeno, anche se non va enfatizzata, così come l'offerta ospedaliera, in particolare il numero di posti letto, il numero elevato di studi medici presenti sul territorio e suscettibili di incremento con l'apertura delle frontiere, l'espansione quantitativa, il costo dei medicinali o l'offerta di nuove possibilità diagnostiche o terapeutiche.

Proprio il settore dei medicinali, ad esempio, registra in Ticino un + 28,7%, il settore delle prestazioni di laboratorio + 63,4% e fisioterapia + 30%.

Adeguare i costi della salute perlomeno alla media svizzera non sarà un'impresa di poco conto, anche se l'evoluzione del costo medio per assicurato lascia ben sperare. In Ticino, ma non solo, è noto il sovracconsumo di prestazioni mediche, generato sia da un'offerta incontestabilmente in esubero, ma pure spesso da una domanda assai abbondante. Sovracconsumo che non è invece giustificata da ragioni demografiche o differenze territoriali. Anche se, a mente della Commissione, si deve però tener conto di un rapporto costi benefici e dell'efficacia di determinate prestazioni in relazione all'offerta e ai costi (evidence based medicine).

2. IL MESSAGGIO GOVERNATIVO

Il messaggio governativo propone tramite un DL limitato nel tempo il controllo e la pianificazione dell'offerta di attrezzature medico-tecniche sofisticate, quali la risonanza magnetica o la TAC. Le ragioni alla base di questa proposta, possono essere riassunte nell'esubero dell'offerta di queste apparecchiature sul territorio ticinese che genera costi supplementari. Un esubero e un aumento dei costi che non si giustificano soprattutto se, come vedremo, si effettua un confronto con le altre realtà cantonali e con la media svizzera. Compito delle autorità politiche è dunque di frenare l'esplosione dei costi sanitari garantendo nel contempo una medicina di qualità accessibile a tutta la popolazione. A mente dell'esecutivo, la presentazione del DL in esame vuole essere un contributo, seppur limitato, in questa direzione.

Dai dati forniti dal DOS a seguito dei lavori commissionali (i dati a cui si fa riferimento, a seguito dell'incontro avvenuto tra DOS e il dr. Fodera-Pierangeli in rappresentanza della società di radiologia della svizzera italiana OMCT, sono forniti dalla ditta Siemens AG) (2) risulta:

apparecchi installati (febbraio 2000):

TI	10 TAC	CH	149 RMN
	6 RM		106 RMN

disponibilità per 100'000 abitanti (aprile 1998 con pop. CH 7'110'002 e pop.TI 305'996):

	CH	TI	differenza TI/CH
TAC	2,10	3,27	+ 56%
RMN	1,49	1,96	+ 32%

Oltre a questa differenza di apparecchiature tra il nostro Cantone e la media svizzera, l'esubero sul nostro territorio trova pure conferma se paragonato alla densità di queste infrastrutture in altri paesi europei. Tanto più che il Ticino non dispone di ospedali universitari e soprattutto lo stato di salute della popolazione ticinese non giustifica una tale offerta.

Sulla base dei dati sovraesposti, il DL propone di sottomettere ad autorizzazione la messa in esercizio e la sostituzione di attrezzature medico-tecniche di diagnosi o di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costose, autorizzazione da applicarsi sia nel settore pubblico sia in quello privato. Autorizzazione che verrà concessa sentito il preavviso di una Commissione consultiva qualora è dimostrato il fabbisogno non coperto e l'idoneità della struttura.

A prescindere dalla bontà del provvedimento in esame, facendo anche astrazione dai dati messi a disposizione dal messaggio governativo che sono - come vedremo in seguito - poi stati rivisti, il messaggio è stato fin dalla sua presentazione sottoposto a una serie di critiche delle quali il presente rapporto tiene parzialmente conto. Anche perché, essendo controversa la stessa dottrina alla base dell'introduzione di "clausole del bisogno" nel settore sanitario, non si può esimere da ricordare le tesi contrarie a questi presupposti e sulle quali il messaggio governativo poco si addentra.

Così, ad esempio, i relatori commissionali hanno, come vedremo in seguito, approfondito la perizia del prof. Blaire Knapp (3) della facoltà di diritto dell'università di Ginevra, allestita nel 1999 per conto dell'Associazione delle cliniche private di Ginevra rispetto ad un

avanzamento per l'introduzione della clausola del bisogno in materia di tecnologie avanzate appunto nel Cantone lemanico.

Nel merito dunque, alcuni punti della citata perizia ci appaiono meritevoli di attenzione e di commento:

- ◆ al punto 124 (e segg.) della perizia Knapp si sostiene che ai Cantoni non è concesso il diritto di legiferare in materia di "clausola del bisogno" trattandosi di competenze federali per le quali sono esaustive le disposizioni contenute nella LAMAL. Al proposito vale invece la pena richiamare le considerazioni del Consiglio Federale contenute nella decisione del 3.5.2000 al ricorso della FTAM sulla pianificazione ospedaliera, quando a pag. 31 non solo si riconosce e si incoraggia l'impegno del Cantone Ticino nell'introdurre un regime di autorizzazione per le attrezzature medico-tecniche, ma addirittura lo si considera tra i fattori che hanno permesso al Consiglio Federale di "concedere" una riduzione di circa 400 letti per il 2001, in luogo degli 800 in esubero nei confronti intercantonali.
- ◆ al punto 139 (e segg.) il perito ginevrino giudica sufficiente, nel rispetto della proporzionalità, un controllo rigido delle attrezzature più che la rarefazione dell'offerta. Tesi alla quale noi ribadiamo la considerazione oramai condivisa da molti, che nel settore sanitario un'offerta eccessiva crea un aumento dei costi.

Ma alcune considerazioni espresse nella perizia Knapp, hanno permesso alla Commissione di correggere e adeguare il DL, come vedremo al punto 7. Addirittura nonostante che le conclusioni del prof. Knapp siano diametralmente opposte a quelle a cui giungono coloro che condividono l'impostazione del messaggio e la necessità di sottoporre ad autorizzazione le apparecchiature medico-tecniche particolarmente costose.

3. LA SITUAZIONE IN ALTRI CANTONI

Evidentemente meritevole d'attenzione per un tema così controverso è l'applicazione dei contenuti del DL qui in esame nel resto della Svizzera. Al proposito, sottolineiamo come finora il Canton Neuchâtel è il solo Cantone che nel 1998 ha adottato disposizioni di legge paragonabili alla proposta in esame, inserendo l'obbligo d'autorizzazione nella Legge sanitaria del cantone e accompagnandolo da un regolamento d'applicazione. Le ragioni del provvedimento neocastellano erano date, come si può leggere dai resoconti del dibattito parlamentare, dalle stesse esigenze di contenimento della spesa sanitaria, in particolare la spesa per le prestazioni obbligatorie assunte dall'assicurazione malattia. Esigenze che erano sfociate in un'interpellanza al Governo del gruppo radicale e di un'interrogazione di un deputato al contempo medico, dr. Walder (4), entrambi preoccupati del giusto rapporto fra strutture pubbliche e private nella fattispecie di attrezzature medico-tecniche e al fine di mantenere il necessario equilibrio fra qualità dell'offerta ed economicità nelle prestazioni. La tematica sollevata aveva così portato alla presentazione di un messaggio governativo per sottoporre ad autorizzazione le attrezzature medico-tecniche particolarmente costose. L'esecutivo neocastellano nel commento giuridico alla proposta, illustrava ampiamente quanto oggi ancora contestato nell'ambito dell'esame del presente DL: La giurisprudenza del Tribunale Federale in proposito ammette la restrizione della libertà di industria e commercio se l'interesse pubblico è preponderante, nel rispetto del principio di proporzionalità.

Per il resto, attualmente sono in consultazione due progetti di legge, segnatamente nei Cantoni Ginevra e Vaud, mentre nel Canton Friburgo è in preparazione un messaggio governativo in proposito

Significativa, se non determinante anche per la proposta contenuta nel DL, risulta la decisione del Consiglio Federale del 10.5.2000 sul ricorso della Federazione sciaffusana delle casse malati nei confronti dell'esecutivo del Canton Sciaffusa, rispettivamente della MRS Magnetresonanz Schaffausen AG (5). Proprio perché importante, al fine di comprendere completamente la problematica, vale dunque la pena riprendere i fatti e i contenuti essenziali di questa decisione

Oggetto del contendere la decisione del 30.3.1999 del Governo cantonale di prorogare di un anno la convenzione tra assicuratori malattia e la MRS Magnetresonanz Schaffausen AG, convenzione in precedenza disdetta dagli stessi assicuratori. Riconfermando così il valore del punto per l'emanazione delle tariffe a fr. 3,49, valore considerato eccessivo dagli assicuratori malattia dapprima e in seguito anche da Mister prezzi, che suggeriva invece un valore tariffale di fr. 2,31 in seguito addirittura ridotto a fr. 2,24 dalla decisione del Consiglio Federale, con effetto retroattivo e con l'obbligo di rimborso della differenza agli assicuratori. Nel merito, va ricordato che nel 1997 gli elettori sciaffusani - che usufruivano delle opportunità diagnostiche grazie ad accordi con città vicine e a pochi km oltre frontiera - avevano respinto la proposta d'acquisto di una risonanza magnetica destinata al proprio nosocomio cantonale. In seguito a questa decisione, un gruppo di medici locali fondavano la MRS AG, acquistando così in proprio le attrezzature necessarie e installandole presso l'ospedale cantonale, con l'assunzione dei costi d'esercizio oltre all'incasso delle prestazioni.

Tra le motivazioni alla base della decisione del CF ne troviamo due che possono essere sostanzialmente così riassunte (su altre considerazioni formulate dal Consiglio Federale torneremo al capitolo 5):

- una tariffa deve essere economica ed equa (art. 46 cpv. 4 LAMAL) (pag. 15);
- è vero che per il calcolo di una tariffa occorre determinare un grado minimo di utilizzazione (nel caso specifico 3400 l'anno). Non raggiungendola, si dovrà utilizzarla per correggere i costi fissi. Non è permesso di ripercuotere sugli assicuratori malattia dei costi risultanti da una gestione d'impresa inefficace (pag. 20/21);
- l'economicità dell'utilizzo di una RMN deve essere giocata su scala nazionale e non solo regionale (pag. 25);
- i costi di trasporto per RMN, derivanti da una loro concentrazione sono insignificanti rispetto alle possibilità di risparmio (pag. 26).

4. LA DISCUSSIONE IN COMMISSIONE

Come abbiamo sottolineato al punto 2 riassumendo i contenuti del messaggio governativo, oltre a questioni che si possono definire di principio, durante i lavori della Commissione sanitaria si è dibattuto lungamente sui dati delle attrezzature medico tecniche, ciò che ha condizionato l'esame e il dibattito commissionale. E ciò benché in seguito gli stessi dati siano poi stati rivisti e ripresi in accordo anche con l'associazione cantonale di radiologia e abbiano comunque dimostrato un esubero di queste attrezzature rispetto alla media svizzera. Nel contempo però le caratteristiche territoriali del nostro Cantone da un lato e la presenza di 4 poli ospedalieri regionali caratterizzano e differenziano parzialmente il Ticino da altri cantoni svizzeri. Per questa ragione, la Commissione ritiene l'installazione di nuove apparecchiature a tecnologia avanzata debba tenere conto di una ripartizione regionale. Un'attenzione particolare va poi rivolta tra le varie apparecchiature, contemplate dal

Decreto legge in esame, alla TAC. Un mezzo diagnostico che negli ultimi anni ha assunto sempre più importanza e che nel settore ospedaliero sia esso stazionario che ambulatoriale affianca correntemente le attrezzature convenzionali. In particolare prestazioni d'urgenza svolte da ospedali pubblici (pronto soccorso) necessitano a parere della Commissione di possibilità di accesso adeguate ad apparecchiature TAC. In questo senso va quindi letta la necessità di tener conto pure di una ripartizione regionale di suddette attrezzature.

Se tutti concordano sull'opportunità di contenere i costi sanitari adeguandoli alle necessità e commisurandoli alle possibilità della popolazione o ricercando anche un giusto equilibrio fra settore pubblico e settore privato, le opinioni divergono sul metodo da adottare.

Tra le critiche più rilevanti alla proposta governativa troviamo, oltre a quelle di essere una misura antiliberalista e dirigistica, il fatto che essa è limitativa della libertà di commercio. I contrari alla proposta poi precisano che il problema dei costi non va affrontato limitando il numero delle apparecchiature ma piuttosto evitando il loro uso economicamente inefficace. Meglio o più utile sostengono, sarebbe legare le prestazioni assicurative all'efficacia degli esami e al concetto di medicina basata sull'evidenza (evidence based medicine). Infine, pur ammettendo che il sistema sanitario ticinese con la sua marcata presenza e forse una maggior sollecitazione possa generare costi superiori, per alcuni questi costi sono comunque compensati dal punto fissato dagli assicuratori malattia, più basso rispetto alla media svizzera per quanto riguarda le prestazioni medico tecniche a tecnologia avanzata.

Per la maggioranza della Commissione, oltre al fatto che è ormai fuori discussione che le regole di mercato e della concorrenza nel settore sanitario non reggono e che piuttosto che ridurre i costi l'offerta di prestazioni e soprattutto la sovraofferta li fa aumentare, si ritiene che l'interesse pubblico - inteso come contenimento dei costi garantendo nel contempo una medicina di qualità accessibile a tutta la popolazione - sia preponderante e in questo senso una misura legislativa sia più che necessaria e giustificata. Come spiegato nel messaggio a pag. 5-6 l'interesse pubblico preponderante è dato dalla necessità di combattere l'esplosione dei costi sanitari, "garantendo sul lungo periodo la capacità del settore sanitario pubblico e privato di offrire prestazioni di qualità ad un costo sopportabile per l'individuo e la società", ciò che permette per il tramite di una base legale anche una limitazione cantonale alla libertà di commercio, oltre agli altri presupposti necessari a questa limitazione e ampiamente spiegati nel messaggio governativo.

La Commissione è del parere comunque che sia i criteri della medicina basata sull'evidenza poc'anzi citata, sia l'applicazione di questo decreto legislativo nell'ambito della futura Rete sanitaria, debbano essere tenuti in considerazione.

Per quanto riguarda invece la situazione tariffale (valore del punto) a livello ticinese, si ritiene utile riprendere le considerazioni contenute nella decisione del CF in merito alla vertenza del Cantone Sciaffusa, secondo la quale i costi coperti dagli assicuratori malattia non possono e non devono tenere conto di eventuali sovraccapacità nell'offerta. Ciò significa che non può valere nemmeno il contrario ossia a compensazione di tariffe più basse non può essere giustificata una maggiore offerta.

Detto questo la Commissione non si oppone a uno sviluppo ragionevole e ponderato delle attrezzature, mirato tuttavia al contenimento del loro costo di gestione, che più che gli investimenti è il vero nocciolo del problema.

5. GLI APPROFONDIMENTI DEI RELATORI

Fatto salvo di quanto affermato al punto 4, giova ricordare che il progetto di decreto trae origine da una raccomandazione del sorvegliante dei prezzi, inerente le tariffe 1997 per il reparto comune degli ospedali regionali, indirizzata il 21.11.1997 al Consiglio di Stato.

A pag.6 di questa raccomandazione rileviamo che “un fattore che incide notevolmente sull'esplosione dei costi della salute è rappresentato dall'acquisto, a volte inutile, di apparecchi molto costosi. Negli ultimi anni sono state sviluppate sovracapacità, sia per i tomografi computerizzati (TAC) che per gli impianti, molto più costosi, di risonanza magnetica nucleare (RMN)” E più avanti si precisa “ un apparecchio TAC è in grado di soddisfare, secondo le normative europee, la domanda di una popolazione di ca. 200'000-250'000 abitanti, un apparecchio RMN addirittura di 300'000-350'000 abitanti. In Germania c'è una densità di apparecchi di risonanza magnetica pari a 4,6 apparecchi per milione di abitanti. Pur tenendo conto di questa densità, che è superiore a quella applicata dalle normative europee, si può affermare con certezza che in Ticino sono disponibili troppi TAC e RMN”.

Sul filo di questo ragionamento, riprendiamo di seguito la già citata decisione del Consiglio Federale in merito alla vertenza sciaffusana, traducendo e riassumendo alcune considerazioni:

- ◆ in Svizzera ci vorrebbero circa 50 RMN, ce ne sono invece più di 100. Così gli assicuratori malattia finanziano già ogni anno più di 30 milioni di franchi per apparecchi non necessari. (pag. 25)
- ◆ da sempre il Consiglio Federale si tiene all'obbligo di calcolare le tariffe in modo da escludere che l'assicuratore malattia assuma dei costi causati da sovracapacità. (pag. 26)

6. COMMENTO AI SINGOLI ARTICOLI DEL DECRETO LEGISLATIVO

Articolo 1

Istituendone il principio, con questo articolo si riconosce che allo scopo di contenere i costi della salute e di tutelare l'interesse pubblico preponderante la messa in esercizio di attrezzature medico-tecniche di diagnosi o di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costose è subordinata ad autorizzazione. La Commissione sanitaria, riconoscendo la necessità di adeguamenti all'evoluzione tecnica e di qualità delle attrezzature, ritiene opportuno sottoporre ad autorizzazione le necessarie sostituzioni di apparecchi oggi già in funzione solo in casi di sostituzioni importanti quando ciò permette l'estensione della prestazione (abgrade). In particolare questo adeguamento si rende necessario per un ragioni di proporzionalità (non sono sottoposte ad autorizzazioni sostituzioni di piccole parti o comunque adeguamenti necessari per il funzionamento delle apparecchiature a meno che queste siano sostituzioni importanti). Uno stralcio puro e semplice del cpv. 3 non è invece praticabile perché equivarrebbe ad introdurre una disparità di trattamento tra chi possiede attrezzature e chi invece è intenzionato ad averne.

Articolo 2

In questo articolo si definiscono i criteri che permettono di considerare determinate attrezzature a tecnologia avanzata ai sensi del DL. Nell'ambito dei lavori commissionali si è discusso sull'opportunità di inserire o meno l'elenco delle apparecchiature. La Commissione ritiene però che ciò debba essere materia di legge. Anche se effettivamente lasciando l'elencazione al regolamento di applicazione si avrebbe uno strumento più agile

che meglio si adatta alla rapida evoluzione delle possibilità diagnostiche e terapeutiche nel settore sanitario. Si ritiene però più corretto che il parlamento abbia ad esprimersi anche sulle apparecchiature sottoposte a DL, perciò si condivide l'impostazione formulata nel messaggio e si propone quindi il mantenimento del cpv. 2 con nel contempo però lo stralcio del cpv. 3. Va infine sottolineato come non siano considerate attrezzature a tecnologia avanzata quelle tecnologie a "carattere ordinario" quali la radiografia convenzionale e l'ultrasonografia.

Articolo 3

Per chiarire gli intendimenti del DL, si è preferito optare per una formulazione diversa dello stesso concetto, ritenendo però che **generalmente l'autorizzazione alla messa in esercizio è concessa a meno che il fabbisogno sia già sufficientemente coperto o non è dimostrata l'idoneità dell'attrezzatura o di chi la intende utilizzare**. Si tratta dunque di riconoscere di principio l'autorizzazione alla messa in esercizio, restringendola qualora appunto il fabbisogno sia già sufficientemente coperto con le strutture esistenti sul territorio o non siano soddisfatti i requisiti elencati. In questo senso si ritiene che l'onere della prova di un bisogno sia da attribuire all'ente pubblico.

Alla luce della modifica apportata all'art. 3 si propone lo stralcio dell'art. 4 contenuto nel DL proposto dal CdS e la sua integrazione all'art. 3.

Infine la Commissione ritiene - come motivato nel capitolo 4 del rapporto - che si debba tener conto tra i criteri di autorizzazione pure un'adeguata ripartizione sul territorio cantonale delle attrezzature sottoposte a decreto.

Articolo 4

Si ritiene necessario chiarire la composizione della Commissione tecnica chiamata a dare il suo preavviso sulle domande d'autorizzazione, ritenuto che il ruolo di questa Commissione sia fondamentale per l'applicazione del DL. Non si ritiene quindi di demandarne la composizione al regolamento. Coscienti della necessità che nella Commissione debbano far parte i rappresentanti delle cerchie interessate, riconosciuti come esperti per le loro competenze mediche, tecniche e scientifiche, e considerato che non debbono esserci evidenti conflitti di interesse, consapevoli comunque della difficoltà di reperire esperti completamente al di sopra delle parti si ritiene che:

- la Commissione tecnica debba essere composta di sette membri
- di cui un rappresentante designato dal Consiglio di Stato e uno dell'ufficio del medico cantonale, un rappresentante del settore ospedaliero pubblico, un rappresentante del settore ospedaliero privato, un medico radiologo attivo nel settore pubblico e un medico radiologo attivo nel settore privato, nonché di un rappresentante degli assicuratori malattia.

Articolo 8

Si ritiene che le informazioni e i dati forniti dagli assicuratori malattia siano sufficienti per la verifica dell'applicazione del DL senza dover ricorrere ad informazioni ottenute direttamente dai pazienti.

Articolo 10

Come ricordato nel commento all'art. 1 le attrezzature attualmente installate sul territorio sono soggette al DL in caso di sostituzioni importanti. La Commissione ritiene che i titolari di attrezzature debbano notificarne l'esistenza entro sei mesi.

Articolo 12

A mente della Commissione, il DL deve essere sottoposto a verifica ogni 3 anni al fine di valutarne l'adeguatezza e l'efficacia.

7. CONCLUSIONI

Oggigiorno siamo tutti consapevoli e concordi, discutendo del budget familiare e del reddito disponibile dei cittadini, che il ruolo dei costi sanitari ha un'influenza determinante in quello che viene definito il paniere di una famiglia. In particolare l'incidenza dei premi per l'assicurazione malattia rappresenta spesso addirittura il 25% del reddito.

È quindi indubbio che salvaguardare il reddito familiare significa anche poter incidere sulle spese sostenute per l'assicurazione malattia. Evidentemente il problema posto è ben lungi dall'essere risolto facilmente. Lo provano sia la complessità della materia in discussione, sia le proposte oggi all'esame tra le varie istanze coinvolte.

Ci sono però dei punti di partenza che possono essere condivisi dalla maggioranza di coloro che affrontano il problema dei costi sanitari.

Anzitutto che la salute non è un bene di lusso, ma un diritto che va garantito a tutta la popolazione indipendentemente dalla classe sociale e dal reddito. Inoltre che, a differenza di altri settori, la sanità non dipende dalle regole di mercato. È evidente che in questo particolare settore, l'offerta non genera concorrenza e diminuzione dei costi, ma contribuisce ad aumentarli. L'esplosione dei costi sanitari necessita di un effetto regolatore da parte dello Stato e di un coinvolgimento di tutti gli attori, dai cittadini ai fornitori di prestazioni, siano essi medici, farmacisti o ospedali, dagli assicuratori malattia agli enti pubblici.

È infatti in questo contesto che si inserisce il dibattito oggi in corso essenzialmente a livello federale di controllare e regolare l'offerta delle prestazioni. La proposta governativa del messaggio qui in esame a sua volta si inserisce in un contesto, quello ticinese, particolarmente delicato per quanto riguarda i costi della spesa sanitaria e intende compiere un significativo seppur piccolo passo nella direzione di contenere i costi sanitari.

È infatti oramai noto, che il Ticino, con i premi per l'assicurazione malattia al di sopra della media svizzera e ai primi posti delle classifiche intercantionali, presenta un esubero nell'offerta sanitaria, dai letti ospedalieri alla densità di studi medici. Pur garantendo sicuramente una medicina di qualità, questa nostra sovradotazione non significa comunque che l'offerta ticinese sia qualitativamente al di sopra di quella svizzera e che i ticinesi si ammalino meno o ricorrano meno ai trattamenti medico-sanitari. Al contrario, come detto, nel settore sanitario l'aumento dell'offerta genera un aumento dei costi che si ripercuotono in maniera diretta ed indiretta sui cittadini, in modo particolare attraverso i premi dell'assicurazione malattia. Ma soprattutto occorre non banalizzare l'1,5% della spesa sanitaria globale svizzera connesso all'impiego di TAC e RMN. Sono peraltro significative le argomentazioni in materia adottate dal Consiglio Federale e la già citata raccomandazione del 21.11.1997 del sorvegliante dei prezzi al Consiglio di Stato ticinese.

* * * * *

Fatte queste considerazioni, la Commissione speciale sanitaria invita il Gran Consiglio ad approvare il decreto legislativo allegato al presente rapporto.

Per la Commissione speciale sanitaria:

Marina Carobbio Guscelli e Franco Ferrari, relatori
Carobbio W. - Dafond (con riserva) - Del Bufalo (con riserva) -
Gemnetti - Gobbi - Guidicelli - Menghetti - Pantani - Pestoni -
Righinetti (con riserva) - Salvadè (con riserva) - Tarchini

Referenze:

1. Assicurazione obbligatoria di base Costi e premi nel Cantone Ticino B. Cereghetti dicembre 1999
2. Lettera del CdS alla Commissione sanitaria del 11.4.2000 no. 1480
3. Avis de droit concernant le projet de loi sur l'acquisition, la mise en service et l'utilisation de certains équipements médicaux - prof. Knapp B. - 1999
4. Rapport du Conseil d'Etat au Gran Conseil de Neuchâtel no. 98.003
5. Beschluss vom 30.3.1999 über den Tarif für di Magnetresonanztomographie

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

concernente la pianificazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi o di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costosa (clausola del bisogno)

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il messaggio 15 settembre 1999 no. 4920 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 13 marzo 2001 no. 4920 R della Commissione speciale sanitaria,

d e c r e t a :

Articolo 1

Principio

¹Allo scopo di contenere i costi della salute e di tutelare l'interesse pubblico preponderante, la qualità e l'adeguatezza degli interventi, è subordinata ad autorizzazione del Consiglio di Stato ogni messa in esercizio di attrezzature medico-tecniche di diagnosi o di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costose (di seguito: attrezzature a tecnologia avanzata), siano esse mobili o fisse.

²Il cpv. 1 si applica sia al settore pubblico che a quello privato e comprende le prestazioni stazionarie e ambulatoriali.

³È considerata messa in esercizio ai sensi del cpv. 1 anche la sostituzione importante di attrezzature esistenti al momento dell'entrata in vigore del Decreto.

Articolo 2

**Definizione delle
attrezzature**

¹Sono considerate attrezzature a tecnologia avanzata quelle che alternativamente:

- a) sono particolarmente costose o la cui manutenzione o esercizio generano costi particolarmente elevati;
- b) non fanno parte della dotazione ordinaria di una struttura;
- c) necessitano di personale particolarmente qualificato per il loro impiego.

²Sono in particolare considerate attrezzature a tecnologia avanzata:

- a) la RMI (risonanza magnetica per immagini)
- b) la TAC (tomografia assiale computerizzata)
- c) l'angiografia digitalizzata
- d) la PET (positron emission tomography)
- e) la SPECT (single photon emission computed tomography)
- f) la scintigrafia (statica o dinamica)

- g) la mineralometria a raggi X
- h) le apparecchiature di radioterapia
- i) il litotritore.

Articolo 3

Criteria per il rilascio dell'autorizzazione

¹L'autorizzazione è concessa a meno che alternativamente:

- sia dimostrato un fabbisogno già sufficientemente coperto;
- non sia dimostrata l'idoneità tecnica dell'attrezzatura;
- chi intende utilizzarla (istituto o singolo operatore) non possieda le qualifiche professionali necessarie.

²L'autorizzazione può essere subordinata alla stipulazione di una convenzione tra soggetti pubblici e privati.

Articolo 4

Commissione consultiva

¹Il Consiglio di Stato nomina una Commissione chiamata a dare il suo preavviso su ogni domanda d'autorizzazione.

²La Commissione si compone di sette membri:

- un rappresentante designato dal Consiglio di Stato;
- un rappresentante dell'ufficio del medico cantonale;
- un rappresentante del settore ospedaliero pubblico;
- un rappresentante del settore ospedaliero privato;
- un medico radiologo attivo nel servizio pubblico;
- un medico radiologo attivo nel settore privato;
- un rappresentante degli assicuratori malattia.

Articolo 5

Tasse

Per la concessione delle autorizzazioni previste dal Decreto è percepita una tassa da fr. 500.- a fr. 2'000.-.

Articolo 6

Sanzioni I. Multa

¹L'utilizzazione senza la necessaria autorizzazione delle attrezzature a tecnologia avanzata è punita dal Dipartimento competente con la multa sino a 100'000.- franchi.

²Se la determinazione delle persone punibili esige provvedimenti d'inchiesta sproporzionati all'entità della multa, si può prescindere da un procedimento contro dette persone e, in loro vece, condannare al pagamento della multa la persona giuridica, la società in nome collettivo o in accomandita, la ditta individuale o, per analogia, la comunità di persone.

Articolo 7

II. Devoluzione dei vantaggi pecuniari illeciti

Il Dipartimento può inoltre ordinare la devoluzione allo Stato dei vantaggi pecuniari conseguiti con l'utilizzo illecito delle attrezzature a tecnologia avanzata.

Articolo 8

Obbligo di fornire informazioni

Gli assicuratori malattia sono tenuti a fornire al Medico cantonale le informazioni, in particolare le fatture relative all'utilizzo delle attrezzature a tecnologia avanzata, necessarie alla verifica del rispetto del Decreto.

Articolo 9

Rimedi di diritto

Contro il rifiuto dell'autorizzazione è data facoltà di ricorso entro 15 giorni al Tribunale cantonale amministrativo.

Articolo 10

Disposizioni transitorie

I titolari delle attrezzature a tecnologia avanzata esistenti al momento dell'entrata in vigore del presente Decreto devono notificare al Consiglio di Stato l'esistenza delle stesse entro sei mesi dalla sua entrata in vigore.

Articolo 11

Entrata in vigore

¹Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, il presente decreto è pubblicato sul Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi del Cantone Ticino ed entra immediatamente in vigore.

²Esso è soggetto a verifica ogni 3 anni e rimane in vigore fino al 2010.