

Rapporto di maggioranza

numero

data

competenza

25 febbraio 2025

GRAN CONSIGLIO

della Commissione sanità e sicurezza sociale su

- **risoluzione generale 14 ottobre 2024 presentata da Giuseppe Sergi e Matteo Pronzini per l'MPS-Indipendenti “Per una moratoria sui premi di cassa malati. Necessario un intervento urgente delle Autorità federali”**
- **iniziativa cantonale 14 ottobre 2024 presentata da Giuseppe Sergi e Matteo Pronzini per l'MPS-Indipendenti “Per una moratoria sui premi di cassa malati. Il Consiglio federale deve poter intervenire con urgenza”**
- **iniziativa cantonale 14 ottobre 2024 presentata da Laura Riget e cofirmatari per il Gruppo PS-GISO-FA “Costi della salute, occorre fare di più: per l'introduzione di una moratoria sui premi”**
- **iniziativa cantonale 14 ottobre 2024 presentata da Laura Riget e cofirmatari per il Gruppo PS-GISO-FA “Costi della salute, occorre fare di più: per la creazione di una Task Force”**

INTRODUZIONE

A seguito dell'annuncio dei premi di cassa malati per il 2025, che ha decretato l'ennesimo importante aumento soprattutto per il Ticino, il 14 ottobre 2024 i deputati Giuseppe Sergi e Matteo Pronzini hanno presentato, per l'**MPS-Ind.**, la *Risoluzione generale n. 16 “Per una moratoria sui premi di cassa malati. Necessario un intervento urgente delle Autorità federali”*; e l'*Iniziativa cantonale n. 101 “Per una moratoria sui premi di cassa malati. Il Consiglio federale deve poter intervenire con urgenza”*.

Nella stessa data, il *PS-GISO-FA*, per il tramite di Laura Riget e Danilo Forini ed altri cofirmatari, ha presentato le *Iniziative cantonali n. 99 “Costi della salute, occorre fare di più: per l'introduzione di una moratoria sui premi”* e *n. 100 “Costi della salute, occorre fare di più: per la creazione di una Task Force”*.

La Risoluzione generale (art. 111 LGC) e l'*Iniziativa cantonale n. 101* di Giuseppe Sergi e Matteo Pronzini chiedono sostanzialmente che l'Assemblea federale intervenga, tramite ordinanze, per decretare un blocco dell'aumento dei premi di cassa malati e riforme per «*superare la crisi profonda*» della LAMal.

In particolare, con l'IC101, introducendo un nuovo cpv. 5 all'art. 61 LAMal, «*Il Consiglio federale, di fronte ad un aumento importante e continuo dei premi di base, può, attraverso ordinanze, intervenire per:*

- *decretare il blocco degli aumenti dei premi di base comunicati dagli assicuratori per l'anno successivo*
- *limitare l'aumento dei premi per l'anno successivo ad una percentuale massima (sia a livello federale che di ogni Cantone)*
- *decretare una moratoria dei premi di base (fino a tre anni)».*

Le due IC del PS sono tese, rispettivamente, a «*introdurre una moratoria urgente sui premi di cassa malati a livello del 2024, quale misura immediata per proteggere l'erosione del potere d'acquisto. Questa moratoria permetterebbe nel frattempo l'introduzione di misure incisive sia a livello di finanziamento che di controllo dei costi*» e «*creare una Task Force, composta da rappresentanti della Commissione sanità e sicurezza sociale dell'Assemblea federale, dell'Ufficio della sanità pubblica, e da altri stakeholder per l'elaborazione di un pacchetto urgente di misure di contenimento dei costi. In particolare, la task force deve analizzare i seguenti aspetti: limitare i costi eccessivi dei medicinali e la promozione di generici e biosimilari; favorire la medicina di base e la prevenzione; differenziare le tariffe e limitare le tariffe degli specialisti; valutare il potenziale di risparmio di una cassa malati pubblica; introdurre in maniera generalizzata la cartella medica informatizzata; promuovere l'approccio della smarter medicine per evitare trattamenti inutili*».

Gli atti parlamentari sono politicamente comprensibili. Essi tentano di metter in evidenza la necessità di trovare quanto prima delle soluzioni all'incremento dei costi dei premi delle casse malati e, di riflesso o conseguentemente, dell'aumento dei costi della sanità.

Gli atti denotano la consapevolezza che la tematica necessita soprattutto, se non prevalentemente, di decisioni a livello federale.

CAUSE DEL FORTE AUMENTO DEI PREMI DELLE CASSA MALATI

Anche quest'anno l'annuncio dei premi di cassa malati per quello successivo è stato caratterizzato da un aumento consistente dei costi della sanità in genere e dunque anche dei premi. Come noto, a livello di Canton Ticino l'incremento è ancora una volta superiore a quello della media nazionale e per rapporto ad altri Cantoni.

Spesso, quali cause dell'aumento dei costi, vengono sollevate argomentazioni semplici indirizzando le attenzioni sui medicinali, sulla demografia e sui costi amministrativi delle casse malati.

Tuttavia, oltre a esse, si possono rilevare anche altri fattori che generano il costante aumento dei costi della sanità in genere: questi sono dati dai progressi tecnologici medici, che in altri settori aiutano a diminuire i costi, mentre nella sanità, soprattutto alla luce della ricerca sulle malattie complesse, portano a un aumento degli stessi; dal sistema del terzo pagante, che non aiuta a prestare attenzione ai costi da sostenere; dalla necessità di manodopera amministrativa; dalla burocrazia, dovuta alla nostra necessità e volontà di avere maggiore sicurezza e qualità delle cure.

Di principio, l'aumento dei premi è frutto di una necessaria offerta di cure a cui però dovrebbe far da contraltare una maggior sensibilità nell'uso sconsiderato che ne fanno o possono fare i pazienti, talvolta anche non consigliati al meglio. Capiamo, come indicato in precedenza, che si intravedano le possibilità di vivere meglio facendo capo a tutte le cure a disposizione. Se da un alto non si auspica la rinuncia alle cure necessarie, dall'altro è corretto attendersi un uso corretto e parsimonioso dell'offerta di servizi sanitari poiché altrimenti sarebbe illogico poi lamentarsi dell'incremento eccessivo dei premi di cassa malati che per legge devono coprire il costo delle prestazioni sanitarie erogate.

PRESE DI POSIZIONE DEL CONSIGLIO DI STATO

Il Consiglio di Stato, con le Risoluzioni governative n. 55, 56 e 57 del 15.01.2025, ha preso rispettivamente posizione in merito alle due IC del PS e a quella dell'MPS.

A. Relativamente alle richieste di moratoria dei premi di cassa malati (IC99, IC101), esso, dopo aver condiviso la preoccupazione degli iniziativaisti, ha ricordato i limitati margini di manovra cantonali per agire sull'aumento dei premi: la legislazione federale (art. 61 cpv. 2 LAMal e art. 16 cpv. 2 LVAMal) stabilisce che il premio è stabilito dagli assicuratori in funzione dei costi generati dagli assicurati domiciliati nei vari Cantoni, con lo scopo di mantenere gli assicuratori solvibili (rapporto tra le riserve disponibili e le riserve obbligatorie) e finanziato il sistema sanitario in generale.

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) verifica annualmente la solvibilità delle casse malati: dai dati relativi al 2023 è emerso che 11 assicuratori malattia (rappresentanti il 36.9% degli assicurati svizzeri e il 38% di quelli ticinesi) avevano una solvibilità inferiore all'auspicato tasso del 100% e la maggior parte degli assicuratori malattie ha presentato delle perdite dalla sua attività assicurativa.

Un congelamento dei premi al livello del 2024 dunque avrebbe un importante impatto sulle casse malati, in particolare per quelle finanziariamente più fragili.

Inoltre, l'introduzione di misure incisive a livello di finanziamento e di controlli dei costi, come auspicato dall'IC99 del PS, richiederebbe, secondo l'avviso del Consiglio di Stato, inevitabilmente delle tempistiche lunghe.

Il Consiglio di Stato, dunque, pur condividendo la necessità di rivedere le modalità di finanziamento e soprattutto di generazione dei costi del sistema sanitario, ritiene che la proposta di moratoria dei premi metterebbe a rischio la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario svizzero secondo le regole in vigore, se non correlata a una revisione della LAMal che preveda altre fonti di finanziamento per compensare la ridotta copertura dei costi attraverso i premi.

B. Circa l'IC100, con la quale il PS chiede di «creare una Task Force, composta da rappresentanti della Commissione sanità e sicurezza sociale dell'Assemblea federale, dell'Ufficio della sanità pubblica, e da altri stakeholder per l'elaborazione di un pacchetto urgente di misure di contenimento dei costi», il CdS, nella RG56, comunica che, dando seguito all'iniziativa annunciata dalla Consigliera federale Elisabeth Baume-Schneider al momento dell'annuncio dei premi dell'assicurazione malattia per il 2025, l'11.11.2024 si è riunita a Berna la prima tavola rotonda sul contenimento dei costi del sistema

sanitario¹. Si tratta di una tavola rotonda che dovrebbe riunirsi due volte l'anno ed è composta dai principali attori della sanità pubblica in Svizzera: i Cantoni (attraverso la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità), i medici (con la Federazione dei Medici Svizzeri), gli ospedali (con H+), gli assicuratori malattie (con Santésuisse Curafutura), l'industria farmaceutica (con scienceindustries), le organizzazioni dei pazienti, il mondo accademico e il Sorvegliante dei prezzi. Le priorità sono quelle di rafforzare le cure di base, migliorare la digitalizzazione in ambito sanitario e proseguire gli sforzi profusi per contenere l'aumento dei costi del settore sanitario. Tra questi sforzi vengono menzionati i due pacchetti di contenimento dei costi sottoposti dal Consiglio federale al Parlamento, il controprogetto all'iniziativa per un freno ai costi² e la promozione delle cure ambulatoriali grazie al finanziamento uniforme prestazioni.

La tavola rotonda è volta all'elaborazione di nuove misure attuabili a breve e medio termine per frenare l'aumento dei costi, promuovere la collaborazione tra gli attori del sistema sanitario e coinvolgerli maggiormente nelle riflessioni sulle riforme in corso. In occasione della prima tavola rotonda è stato fissato un obiettivo di risparmio annuo di circa fr. 300 mio. dal 2026 (15 dei premi dell'AOMS). Essa avrà modo di confrontarsi anche sui compiti principali che l'IC chiede di affidare a una task force. Temi che sono già nelle agende dell'autorità federale e di quelle cantonali: limitare i costi eccessivi dei medicinali e la promozione di quelli generici, favorire la medicina di base e la prevenzione, l'introduzione della cartella informatizzata, ecc.).

C. Quanto indicato poc'anzi vale di fatto anche per la richiesta di Risoluzione generale n. 16 di cui sopra in quanto rivolta alle Autorità federali essenzialmente per le medesime ragioni.

CONSIDERAZIONI DELLA COMMISSIONE

La maggioranza della Commissione sottolinea che gli intenti generali degli atti parlamentari in oggetto non solo sono condivisibili, ma sono già condivisi dalla politica e dalle istituzioni. Gli importanti e gravosi aumenti dei premi di cassa malati degli ultimi anni non possono lasciare indifferente la politica, consapevole delle difficoltà per i cittadini nel sostenerli.

La maggioranza commissionale ritiene che nei gremi preposti si stia lavorando alacremente per cercare di risolvere il problema dell'aumento vertiginoso dei costi assicurativi delle casse malati, seppur consapevole del fatto che le possibili soluzioni non sono semplici, in quanto spesso divergenti tra i vari portatori di interesse e riguardano anche l'attitudine degli assicurati, cittadini, pazienti e utenti che dir si voglia.

A livello federale, dalla promulgazione della LAMal si sono già succedute 39 riforme e 150 modifiche legislative con l'intento di mitigare l'insorgenza degli aumenti dei costi della sanità. Ad esempio, con il pacchetto 1a³ (entrato in vigore il 1° gennaio 2023⁴) e il

¹ Cfr. comunicato stampa dell'UFSP "[Gli attori del settore sanitario riuniti a una tavola rotonda sul contenimento dei costi](#)", 11.11.2024.

² Cfr. "[Controprogetto indiretto all'Iniziativa per un freno ai costi «Modifica LAMal: definizione di obiettivi di costo e di qualità»](#)".

³ Cfr. Messaggio n. 19.046 concernente la revisione parziale della legge federale sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi - Pacchetto 1), [FF 2019 4981](#).

⁴ https://fedlex.data.admin.ch/eli/dl/proj/6018/62/cons_1

[pacchetto 1b](#)⁵ (entrato in vigore il 1° gennaio 2024) si sono avviate concrete misure di contenimento dei costi sanitari (in particolare, nei settori delle tariffe e della fatturazione)⁶. Il 7 settembre 2022 il Consiglio federale ha licenziato il Messaggio relativo al Pacchetto 2⁷ che, in continuità con il Pacchetto 1, mira a contenere l'aumento dei costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) a un livello giustificato da motivi medici, limitando così la crescita dei premi assicurativi e chiamando tutti gli attori a una maggiore responsabilità. Tale Messaggio è tutt'ora pendente alle Camere federali⁸.

La richiesta di bloccare i premi di cassa malati non tiene conto della correlazione esistente tra questi e i costi: è difatti impossibile che i premi e i costi *non corrano parallelamente*, in quanto si assisterebbe o alla necessità di interventi finanziari da parte della Confederazione (e/o dei Cantoni, tramite possibili aumenti dei prelievi fiscali) a favore delle casse malati, o al prosciugamento delle riserve obbligatorie delle casse malati stesse.

La maggioranza della Commissione ritiene semmai più opportuno intervenire, sebbene non di sua competenza (e, peraltro, nemmeno del Cantone), proponendo aggiustamenti delle prestazioni erogate e comprese nelle assicurazioni di base, rendendole veramente essenziali o disciplinando ad esempio le franchigie, invariate dal 2004. Al riguardo, il Consiglio nazionale ha approvato, con 114 voti contro 75, una mozione⁹ di Diana Gutjahr (UDC/TG) che ne chiedeva un adeguamento per tenere il passo con l'aumento dei costi della sanità. Gli Stati hanno adottato in settembre una mozione simile¹⁰. A comprova che le autorità federali stanno già occupandosi della questione.

Durante l'ultima giornata di sessione del 2023 (e meglio il 22.12.2023), il neocostituito Parlamento federale, con il proprio sì alla riforma sul finanziamento uniforme delle prestazioni (EFAS), ha preso una decisione a lungo attesa e sostenuta da una coalizione formata da 22 attori della sanità. La modifica della LAMal trae origine dall'iniziativa parlamentare¹¹ "Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico". A partire dal 2028, vista l'approvazione di EFAS in votazione popolare a fine 2024, le prestazioni ambulatoriali e stazionarie dovranno essere finanziate in modo uniforme e a partire dal 2032 dovranno esserlo anche le prestazioni di cura. L'assicurazione rimborserà i costi delle prestazioni assicurate ai fornitori di prestazioni (terzo pagante) oppure agli assicurati (terzo garante). I Cantoni verseranno agli assicuratori un contributo pari al 26.9% dei costi netti (cioè, dopo deduzione della partecipazione ai costi). Il 73.1% dei costi netti sarà finanziato con i premi.

Un potenziale di risparmio – benché non tutte le forze politiche siano o siano state del medesimo avviso nella votazione su EFAS - a favore di tutti i soggetti finanziatori è dato soprattutto dal rafforzamento delle cure coordinate lungo l'intera catena di trattamento,

⁵ Le Camere federali hanno suddiviso il progetto nei due pacchetti 1a e 1b e hanno adottato il pacchetto 1a il 18 giugno 2021 e il pacchetto 1b il 30 settembre 2022.

⁶ Per il dettaglio delle misure in vigore, ancora pendenti, ecc. cfr. "[Misure di contenimento dei costi: sinossi](#)".

⁷ [Messaggio n. 22.062](#) concernente la modifica della legge sull'assicurazione malattie (Misure di contenimento dei costi - Pacchetto 2). FF 2022 2427.

⁸ [Per i dettagli, cfr. qui](#).

⁹ [Mozione n. 24.3608](#) "Adeguare la franchigia ordinaria alla situazione reale", Gutjahr Diana per l'UDC, 13.06.2024.

¹⁰ [Mozione n. 24.3636](#) "Adeguare la franchigia ordinaria alla situazione reale", Friedli Esther per l'UDC, 13.06.2024.

¹¹ [Iniziativa n. 09.528](#) "Finanziamento delle prestazioni della salute da parte di un unico soggetto. Introduzione di un sistema di finanziamento monistico", Ruth Humbel, 11.12.2009.

poiché si eliminano i trattamenti non necessari e, in particolare, si può evitare l'ospedalizzazione o ritardare il ricovero in una casa di cura. Attualmente questo tipo di cure è meno promosso dagli assicuratori perché i risparmi sui costi, dal punto di vista dei premi, sono meno interessanti. Mentre i costi del coordinamento sono generati principalmente nel settore ambulatoriale finanziato dai premi, i risparmi sono realizzati in particolare nei settori a forte finanziamento fiscale (degenze ospedaliere, prestazioni di cura). In uno studio commissionato dall'UFSP¹² " si stima che il potenziale di risparmio di un finanziamento uniforme possa arrivare a fr. 440 milioni l'anno.

Contro EFAS è stato lanciato un referendum dal Sindacato VPOD, ma la riforma è stata accolta dal popolo¹³.

A livello cantonale, per cercare di contenere l'aumento dei costi della sanità, si è intervenuti con la limitazione del numero massimo di medici nel settore ambulatoriale¹⁴. I costi di quest'ultimo che riguardano prestazioni erogate da medici rappresentano il 40% dei costi totali LAMal, suddivisi in ragione del 24% per le prestazioni erogate negli studi medici e per il 16% derivanti dall'attività degli ospedali relativa a pazienti ambulatoriali. L'offerta di medici reale calcolata in equivalenti a tempo pieno (ETP) deve così corrispondere, per specializzazione e per regione, all'approvvigionamento conforme al reale bisogno.

Nel settore ambulatoriale non è prevista la possibilità di pianificare, essendo preminente la prescrizione delle prestazioni decisa dal medico curante; al riguardo il Gran Consiglio, tramite un'iniziativa cantonale¹⁵, aveva invitato l'Assemblea federale a modificare la LAMal in modo da introdurre la possibilità per i Cantoni di pianificare, in base al bisogno, le prestazioni di assistenza e cure a domicilio. Iniziativa a cui l'Assemblea federale aveva deciso di non dare seguito. Il Cantone è dunque ricorso all'uso dello strumento della moratoria per frenare la crescita di questo settore.

Nel 2024 il Cantone ha anche fatto uso della possibilità conferitagli dal nuovo art. 55b LAMal di sospendere il rilascio di nuove autorizzazioni ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) per le/gli infermiere/i e le organizzazioni che impiegano infermiere/i¹⁶.

In Ticino la spesa media per assicurato nel settore delle cure a domicilio è sempre risultata essere fra i valori più alti – se non il più elevato in assoluto – a livello nazionale, fissandosi costantemente al di sopra del valore medio, in parte riconducibile alla particolare situazione demografica del nostro Cantone, caratterizzata da una quota di popolazione anziana più alta rispetto al resto della Svizzera, e anche alla chiara strategia volta a mantenere il più a lungo possibile le persone anziane al proprio domicilio. Nel settore delle cure a domicilio, dal momento dell'entrata in vigore, per l'appunto nel 2011, dell'art. 25a LAMal, che ha introdotto l'obbligo per i Cantoni di versare un finanziamento residuale per le cure a tutti gli operatori del settore, senza distinzione di statuto giuridico, si è assistito a un costante aumento di attori, ore erogate e contributi a carico dell'ente pubblico. I servizi di assistenza

¹² "[Sparpotenzial einer einheitlichen Finanzierung](#)" (disponibile solo in tedesco), 01.07.2022.

¹³ Per i dettagli della votazione per Cantoni, cfr. [qui](#).

¹⁴ Cfr. [Messaggio n. 8283](#) "Regime transitorio sulla determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale", 17.05.2023.

¹⁵ Cfr. [Iniziativa cantonale n. 47](#) "Modifica della Legge federale sull'assicurazione malattie in ambito di cure e assistenza a domicilio - Possibilità per i Cantoni di introdurre una pianificazione", 07.05.2018.

¹⁶ Cfr. [Messaggio n. 8452](#) "Modifica della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) per l'attuazione della moratoria al rilascio di nuove autorizzazioni per infermiere/i e relative organizzazioni attive/i nelle cure a domicilio", 03.07.2024.

e cura a domicilio privati sono in effetti triplicati dal 2011 ad oggi, passando da 21 a 64. Parimenti sono aumentati, da 14 a 51, quelli che hanno richiesto il finanziamento residuale sottoscrivendo un contratto di prestazione con il Cantone. Un'evoluzione simile è avvenuta anche per gli infermieri indipendenti attivi nelle cure a domicilio, passati da circa 200 a oltre 550. Coloro che firmano un contratto di prestazione sono pure triplicati, passando da un centinaio ai circa 280 attuali.

Ancora di recente il Cantone è inoltre intervenuto, nel quadro definito dalla Legislazione federale, per cercare di incrementare la qualità delle prestazioni erogate e limitare la crescita dell'onere finanziario a carico di Cantone e Comuni, ad esempio con vincoli più elevati nel regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio, aggiornato con effetto dal 1° maggio 2023, o a condizioni più stringenti nei contratti di prestazione per accedere al finanziamento residuo.

Il Ticino ha dunque confermato la volontà di applicare con rigore gli strumenti concessi ai Cantoni per cercare di contenere la crescita dei costi sanitari e quindi dei premi dell'assicurazione malattia. Stando a dati e informazioni forniti dalle casse malati il Ticino si caratterizza – in un raffronto intercantonale e con la media svizzera - anche per una percentuale più elevata di farmacie e di utilizzo di cure fisioterapiche. Forse anche in questi ambiti si potrà intervenire per ridurre l'offerta di prestazioni e farmaci.

Sergi e Pronzini sono dell'avviso che *«il sistema sanitario in Svizzera non è caratterizzato, come vorrebbe farci credere la narrazione corrente utilizzata per giustificare gli aumenti continui dei premi, da un'esplosione dei cosiddetti costi della salute. Costi che sono certo aumentati, ma in linea con tutti gli altri paesi comparabili, rimanendo anzi al di sotto di altri paesi nel confronto tra spese sanitarie e ricchezza prodotta (PIL). Il problema numero uno in materia di assicurazione-malattia non è quindi l'ampiezza delle spese, ma la maniera con la quale queste sono finanziate»*: ebbene, la maggioranza della Commissione rileva che il sistema sanitario di quei Paesi fa passare alla cassa lo Stato, comportando un aggravio fiscale.

CONCLUSIONI

Alla luce delle considerazioni esposte, pur ribadendo di condividere l'intento degli atti parlamentari oggetto del presente Rapporto, nonché le preoccupazioni legate agli importanti aumenti dei premi di cassa malati e la necessità di apportare dei correttivi, laddove possibile nei ristretti margini cantonali, e a livello federale, anche agendo sul fronte dell'aumento del consumo di sanità per ridurre i costi del sistema sanitario (che si riflettono sui premi) la maggioranza della Commissione invita a:

- respingere la Risoluzione generale n. 16 "Per una moratoria sui premi di cassa malati. Necessario un intervento urgente delle Autorità federali";
- respingere i progetti di iniziative cantonali n. 99 "Costi della salute, occorre fare di più: per l'introduzione di una moratoria sui premi" e n. 101 "Per una moratoria sui premi di cassa malati. Il Consiglio federale deve poter intervenire con urgenza";
- considerare positivamente evaso il progetto di iniziativa cantonale n. 100 "Costi della salute, occorre fare di più: per la creazione di una Task Force".

Rapporto di maggioranza del 25 febbraio 2025

Ciò detto, la maggioranza della Commissione auspica e chiede indirettamente alla Deputazione ticinese alle Camere federali di proseguire il proprio impegno con la dovuta attenzione alle questioni oggetto dei citati atti parlamentari tenuto conto di alcune peculiarità della nostra Repubblica e Cantone Ticino.

Per la maggioranza della Commissione sanità e sicurezza sociale:

Matteo Quadranti, relatore

Agustoni - Aldi - Bühler (con riserva) -

Caverzasio - Cedraschi - Corti - Cotti -

Filippini (con riserva) - Gianella Alex -

Mazzoleni - Rusconi - Schnellmann