

Rapporto

numero

8615 R

data

5 febbraio 2026

competenza

DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ

**della Commissione sanità e sicurezza sociale
sull'Iniziativa parlamentare 9 dicembre 2024 presentata nella forma
elaborata da Matteo Pronzini e Giuseppe Sergi per l'MPS-Indipendenti
“Per la modifica degli artt. 64 e 65 della legge di applicazione della legge
federale sull'assicurazione malattia (La pianificazione ospedaliera deve
essere decisa dal Gran Consiglio)”**

(v. messaggio 17 settembre 2025 n. 8615)

1. L'INIZIATIVA

L'Iniziativa chiede di modificare gli artt. 64 e 65 della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattia per ripristinare la competenza decisionale del Gran Consiglio in merito all'elenco pianificatorio; in sostanza, intende tornare al regime antecedente alla decisione parlamentare (pressoché unanime) del 20.10.2021¹ di adottare il controprogetto all'Iniziativa parlamentare elaborata n. 588 "Modifica della LCAMal del 26 giugno 1997 (A chi la competenza per l'improcrastinabile nuova pianificazione ospedaliera cantonale?)".

In più, essa propone di rendere referendabile l'elenco pianificatorio.

Nello specifico, le modifiche proposte sono le seguenti:

G. Competenze del Consiglio di Stato

Art. 64 Il Consiglio di Stato:

- a. allestisce uno studio sul fabbisogno di cure ospedaliere della popolazione residente;
- b. elabora con un messaggio gli indirizzi strategici della pianificazione ospedaliera cantonale, fondandosi sulle risultanze dello studio sul fabbisogno, consultando la Commissione della pianificazione sanitaria, nella quale sono rappresentati tutti gli ambienti interessati;
- c. tenuto conto degli indirizzi dettati dal Gran Consiglio:
 - allestisce l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal, in base alla presenza dei requisiti richiesti nel bando di concorso e alla valutazione dell'economicità e della qualità ai sensi dei criteri stabiliti dalla LAMal e dall'OAMal;
 - trasmette per discussione **e decisione** con un messaggio l'elenco pianificatorio al Gran Consiglio.

H. Competenze del Gran Consiglio

I. In generale

Art. 65 Il Gran Consiglio sulla base di un messaggio trasmesso dal Consiglio di Stato:

¹ Cfr. [Seduta XIX](#), 20.10.2021, pp. 2838-2848.

- a. determina l'impostazione strategica della pianificazione ospedaliera cantonale tenendo conto del calcolo del fabbisogno;
- b. prende conoscenza del modulo di sollecitazione d'offerta, della suddivisione nei gruppi di prestazione e dei requisiti ad essi associati;
- c. decide l'eventuale aumento della quota parte minima a carico del Cantone nella remunerazione delle prestazioni ospedaliere ai sensi dell'art. 49a cpv. 2 ter LAMal;
- d. determina la partecipazione del Cantone ai costi delle prestazioni economicamente di interesse generale ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAMal;
- e. approva il finanziamento di programmi sanitari specifici;
- f. **(nuovo) discute, modifica e decide l'elenco pianificatorio contenuto nel messaggio del Consiglio di Stato. La decisione è sottoposta a referendum popolare facoltativo.**

2. IL MESSAGGIO

Il Governo, nel messaggio del 17.09.2025 n. 8615, dopo aver precisato che la referendabilità dell'elenco pianificatorio è di per sé esclusa dall'ordinamento costituzionale (avendo l'atto natura di decisione individuale e concreta e non di testo legislativo di carattere obbligatorio generale) rinuncia a entrare nel merito delle richieste dell'Iniziativa, rimandando alle considerazioni alla base della revisione delle competenze e al relativo dibattito parlamentare.

3. LAVORI COMMISSIONALI E CONCLUSIONI

Il relatore ha sentito l'iniziativista Matteo Pronzini, in data 28 ottobre 2025. Quest'ultimo ha ribadito le proposte formulate nell'atto parlamentare, il cui senso è chiaro.

3.1 Pianificazione ospedaliera cantonale (POC)

L'attuale POC è tutt'altra che conclusa: essa è anzi in pieno svolgimento. La discussione in Gran Consiglio degli indirizzi di fondo a fine 2024 è stata solo una prima tappa ed è ora compito del Consiglio di Stato definire i contenuti concreti in modo di adeguare l'offerta stazionaria al fabbisogno.

Questa seconda parte dell'esercizio è ora più che mai decisiva, alla luce anche dell'evidente problema del continuo aumento dei costi sanitari a carico della popolazione, in particolare attraverso il pagamento dei premi e della partecipazione alle spese LaMal. Da un recente incontro tra la scrivente Commissione con Prio.swiss è emerso che anche nella Pianificazione ospedaliera vi sono margini di miglioramento da considerare per ridurre i costi della sanità che influenzano quelli dei premi di cassa malati.

La Costituzione federale sancisce che i Cantoni sono responsabili di mettere a disposizione della popolazione cure ospedaliere conformi ai bisogni. Essi, unitamente alla Confederazione, devono assicurare «*che ognuno fruisca delle cure necessarie alla sua salute*» (art. 41, cpv. 1, lett. B Cost.). Che le cure offerte corrispondano, né meno, né più ai bisogni.

La Costituzione cantonale prevede all'art. 13 (diritti sociali) cpv. 1 che «*Ogni persona nel bisogno ha diritto [...] alle cure mediche essenziali*» ed all'art. 14 lett. I) (Obiettivi sociali)

che «ogni persona bisognosa di aiuto per ragioni di età, di infermità, di malattia o di handicap possa ricevere le cure necessarie e disporre di un sufficiente sostegno».

Il compito esplicito del Cantone è quello di far corrispondere l'offerta al fabbisogno delle prestazioni sanitaria, al fine di perseguire un duplice obiettivo: assicurare la copertura del fabbisogno di prestazioni sanitarie dei propri cittadini e allo stesso tempo evitare le sovraccapacità dell'offerta, ciò al fine di perseguire l'obiettivo del contenimento dei costi.

In questa fase della POC, il compito del Consiglio di Stato è dunque particolarmente delicato e vitale per il Ticino, soprattutto in un contesto di probabile esubero dell'offerta e dell'oggettivo continuo aumento dei costi.

Si tratta di un esercizio difficile e complesso anche nell'ottica dell'incremento delle cure ambulatoriali per rapporto a quelle stazionarie, dell'entrata in vigore dal 2028 del nuovo sistema di finanziamento noto con l'acronimo EFAS con relativi costi.

In questo contesto, la proposta dell'Iniziativa in oggetto, di ridare l'intera competenza al Gran Consiglio per l'intero iter della POC non sembra poter apportare degli elementi per migliorare la situazione. Occorrerebbe perlomeno attendere l'esito finale dell'attuale esercizio pianificatorio per svolgere un'attenta valutazione non solo tecnica, ma anche politica.

Nel frattempo, si auspica comunque l'immediato avvio dei lavori per la prossima pianificazione e ciò tenendo sin da subito conto delle raccomandazioni che il Consiglio federale ha approvato il 28 gennaio 2026², raccomandazioni rivolte ai Cantoni e recentemente riviste della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS)³.

«Negli ultimi anni sono stati intrapresi notevoli sforzi per uniformare le diverse prassi cantonali nell'ambito della pianificazione ospedaliera. Il Consiglio federale seguirà i lavori

² <https://www.news.admin.ch/it/newsb/ANZligvxioXqvnqrZATk7>

³ Raccomandazioni principali

<file:///H:/COMMISSIONE%20SANIT%C3%80%20E%20SIC%20SOC/MIEI%20RAPPORTI%20A%20M%208614%20E%20M8615%20%20INIZIATIVE%20DI%20PRONZINI%20IN%20TEMA%20PIANIFICAZIONE%20OSPEDALIERA%20E%20VARIE/Investimenti%20degli%20ospedali%20svizzeri%20e%20pianificazio%20ne.pdf>

1. Maggiore collaborazione intercantonale. I Cantoni devono coordinarsi meglio per evitare doppioni, sovraccapacità e costi inutili. Si auspica la creazione di elenchi comuni degli ospedali e una pianificazione più sovracantonale.
2. Uniformare le pratiche di pianificazione. Negli ultimi anni sono stati fatti progressi, ma persistono differenze significative tra Cantoni. Il Consiglio federale invita a seguire le raccomandazioni aggiornate della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS).
3. Mantenere la competenza cantonale, ma con condizioni quadro più chiare. La pianificazione resta responsabilità dei Cantoni, ma la Confederazione valuta se precisare ulteriormente le regole per arrivare, se necessario, a una pianificazione nazionale, simile a quella della medicina altamente specializzata.
4. Contenimento dei costi e riduzione delle sovraccapacità. Le sovraccapacità ospedaliere sono considerate una delle principali cause dell'aumento dei costi sanitari. Si raccomanda di ottimizzare l'offerta, anche se ciò può implicare concentrazioni o chiusure di strutture.
5. Gestione coordinata delle apparecchiature medico-tecniche. Serve una visione globale delle tecnologie sanitarie, includendo non solo gli ospedali ma anche studi medici e centri ambulatoriali.
6. Riduzione dei conflitti d'interesse. I Cantoni hanno ruoli multipli (regolatori, proprietari, finanziatori). Sono già state introdotte misure per mitigare i conflitti, e non si ritiene necessaria un'ulteriore regolamentazione, ma il tema resta sensibile.

concreti di attuazione nei Cantoni e, su questa base, deciderà se sarà opportuno precisare ulteriormente le attuali condizioni quadro, estendendole fino a una pianificazione ospedaliera a livello nazionale, come quella già prevista oggi nel settore della medicina altamente specializzata».

Il Consiglio federale riconosce che «dal punto di vista del contenimento dei costi esiste un potenziale di miglioramento anche nel settore ospedaliero» ed «è ancora più importante che il contenimento dei costi resti un compito permanente per tutti gli attori coinvolti». Gli interessi di politica regionale rendono spesso difficili una pianificazione e una concentrazione dell'offerta all'interno di un Cantone o a livello sovracantonale, che potrebbero comportare anche chiusure di ospedali. L'accettazione da parte della popolazione – che dopotutto usufruisce delle cure ospedaliere e con i premi e le imposte le finanzia – è in questo senso un fattore di presa di coscienza e quindi di successo fondamentale.

La Commissione ritiene indispensabile sin da subito intensificare e migliorare la collaborazione tra il Gran Consiglio e il Governo in modo di affrontare congiuntamente le difficili, ma decisive sfide. Ad esempio, sfruttando al meglio i compiti della CCOsp (istituita dal 1.1.2022) che attualmente è disciplinata come segue:

II. Commissione di controllo

Art. 65a (nuovo)

¹Il Gran Consiglio nomina per la durata della legislatura una Commissione di controllo, composta da un membro per ogni gruppo parlamentare, scelti fra i membri della Commissione sanità e sicurezza sociale.

²I membri sono rieleggibili. La nomina decade se il deputato non fa più parte della Commissione sanità e sicurezza sociale.

³La Commissione di controllo verifica il rispetto dei mandati pianificatori e dei contratti di prestazione stipulati dal Consiglio di Stato con gli istituti ospedalieri **e allestisce un rapporto annuale all'attenzione della Commissione sanità e sicurezza sociale e del Gran Consiglio.**

⁴La Commissione di controllo esercita l'alta vigilanza sull'Ente ospedaliero cantonale nel rispetto dell'autonomia e allestisce uno specifico rapporto sui suoi conti consuntivi all'attenzione della Commissione sanità e sicurezza sociale e del Gran Consiglio.

⁵Il Consiglio di Stato informa annualmente la Commissione di controllo sugli esiti della vigilanza diretta, come pure ogniqualvolta essa ne faccia esplicita richiesta. La Commissione può esigere in ogni tempo dal Consiglio di Stato e dall'Amministrazione cantonale i documenti e le spiegazioni necessarie per l'assolvimento dei suoi compiti.

3.2 La Commissione speciale di controllo Istituti ospedalieri ed EOC (CCOsp)

Via Consiglio di Stato, Dipartimento della sanità e della socialità e Area della gestione sanitaria, la Commissione di controllo deve poter disporre – o quantomeno accedere in qualsiasi momento – della documentazione necessaria all'assolvimento del suo compito di verifica dei mandati pianificatori e dei contratti di prestazione stipulati dal Consiglio di Stato con gli istituti ospedalieri.

Deve inoltre essere informata annualmente dal Consiglio di Stato sugli esiti del proprio compito di vigilanza diretta, ovvero del «*controllo sul corretto adempimento dei contratti di prestazione*» (art. 66q, LCAMal). L'art. 48f RLCAMal precisa, inoltre, la documentazione di riferimento che gli istituti sono tenuti a trasmettere annualmente al Dipartimento e che, di conseguenza, vanno messi a disposizione anche della Commissione di controllo. Poiché tutti gli istituti ospedalieri sono tenuti a disporre di adeguati strumenti di gestione relativi alla statistica delle prestazioni, alla contabilità analitica e a una contabilità degli investimenti, la LCAMal precisa che il Cantone e gli assicuratori LAMal possono consultare gli atti (art. 66m).

L'obbligo informativo da parte degli istituti ospedalieri pubblici e privati è precisato ulteriormente nel RLCAMal: essi sono tenuti a fornire all'Area di gestione sanitaria del DSS tutta una serie di dati, in particolare il rapporto di revisione con allegati bilancio e conto economico revisionati, la suddivisione del risultato d'esercizio tra attività finanziata con contributo globale e il resto, certificata dall'Ufficio di revisione o autocertificata dalla Direzione, il rapporto di attività (se esistente) e la dichiarazione di completezza (art. 48f RLCAMal).

A sua volta, la Commissione di controllo allestisce annualmente due rapporti all'attenzione della Commissione sanità e sicurezza sociale e del Gran Consiglio (art. 65a LCAMal): uno sulla verifica del rispetto dei mandati pianificatori e dei contratti di prestazione stipulati con il Consiglio di Stato, l'altro – specifico – sui conti consuntivi dell'Ente ospedaliero cantonale.

Dal momento della sua creazione (1.1.2022) ad oggi, l'esecuzione di questo compito di controllo non si è ancora espletato compiutamente, forse anche a causa dei tempi di adozione della Pianificazione ospedaliera in corso. A gennaio 2026 sono stati presentati dal Consiglio di Stato e quindi in seguito discussi in aula solo i rapporti annuale 2020, 2021 e 2022 (con approvazione del Gran Consiglio il 17 settembre 2024). Dalla data della sua creazione, la CCOsp non ha ancora potuto effettuare le verifiche che le competono, e quindi non ha potuto redigere nessun rapporto, in merito alla verifica dei mandati e contratti di prestazione pubblici e privati.

4. CONCLUSIONI

La Commissione sanità e sicurezza sociale invita il Gran Consiglio a:

- respingere l'Iniziativa elaborata in oggetto,
- auspicare che la CCOp possa esercitare tutti i compiti di vigilanza e di controllo attribuitigli grazie alla maggior trasparenza data dal quadro giuridico stabilito, sia in merito alla fase di definizione concreta della Pianificazione ospedaliera cantonale di competenza del Consiglio di Stato, sia in merito alla sua implementazione e applicazione;
- sollecitare, qualora non fosse già in atto, l'iter per la nuova e successiva pianificazione ospedaliera che risponda – tenuto conto anche di vari atti parlamentari pendenti sul tema – alle attuali esigenze impellenti di contenimento della spesa sanitaria e consideri le conseguenze sia dell'incremento delle cure ambulatoriali per rapporto a quelle stazionarie nonché il futuro sistema di finanziamento EFAS.

Rapporto n. 8615 R del 5 febbraio 2026

Si esprime quindi il vivo invito che l'Esecutiva metta a disposizione della CCOsp tutte le informazioni e i documenti, nonché eventuali risorse necessarie per poter svolgere i propri compiti di controllo inerenti agli istituti ospedalieri pubblici e privati. In modo di poter collaborare in maniera maggiormente attiva per raggiungere gli obiettivi di regolazione dell'offerta sanitaria in base al fabbisogno della popolazione, evitando eventuali carenze nell'offerta, ma anche evitando le sovraccapacità.

Per la Commissione sanità e sicurezza sociale:

Matteo Quadranti e Danilo Forini, relatori
Agustoni - Balli - Bühler - Canetta - Cedraschi -
Corti - Cotti - Filippini - Gianella Alex -
Isabella - Mazzoleni - Merlo - Petralli -
Rusconi - Schnellmann - Tonini