

Il Consiglio di Stato

Signori
- Ivo Durisch
- Gina La Mantia
Deputati al Gran Consiglio

Interrogazione 29 gennaio 2017 n. 15.17

Costi della salute e premi delle Casse malati: il Consiglio di Stato sta facendo i propri compiti?

Signori deputati,

ci riferiamo alla summenzionata interrogazione, rilevando preliminarmente che l'aumento dei premi nel complesso riflette la realtà di costo delle prestazioni rimborsate dalla Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal). Sul piano federale, dal 1996 al 2015 i costi sono aumentati del 112% e i premi del 113%, mentre in Canton Ticino l'incremento è stato dell'86% per i costi e dell'84% per i premi. In riferimento ai singoli anni, se è vero che dal 2006 al 2013 i premi ticinesi hanno - anche ampiamente - superato i costi, generando utili confluiti nelle riserve, è altresì vero che nel 2014 e nel 2015 i premi degli assicuratori malattia attivi in Ticino (37 nel 2017) non eccedono più i costi. Nel 2015 sono anzi risultati insufficienti, confermando un'inversione di tendenza e quindi un riequilibrio sul lungo termine.

Proposte finalizzate a migliorare la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario sono costantemente in elaborazione e discussione, di principio a livello nazionale, ritenuto che la l'assicurazione malattia è regolamentata sul piano federale. Il progetto di una cassa malati unica e pubblica è stata bocciata dal popolo un paio d'anni fa, mentre cambiamenti nel sistema di finanziamento sono attualmente oggetto di dibattito nazionale, dopo ad esempio l'importante riforma entrata in vigore nel 2012 nelle modalità di finanziamento delle prestazioni erogate in regime stazionario ospedaliero.

Di seguito, le risposte alle singole domande.

1. Quali iniziative ha preso negli ultimi anni per evitare o almeno contenere l'aumento dei costi della salute?

I costi delle cure si compongono per l'80% dalle spese registrate in quattro settori (dati 2015): le prestazioni erogate ambulatorialmente in ospedale (15%) e in studio medico (23%), le degenze in ospedale (21%) e il costo dei medicinali (20%).

Le misure d'intervento sui costi a carico dell'assicurazione malattia che la LAMal concede ai Cantoni variano in funzione dell'ambito di spesa sanitaria. Il Canton Ticino si adopera per utilizzare tutti gli strumenti a sua disposizione a tal fine. Il margine d'intervento dell'Autorità cantonale è tuttavia più o meno limitato in funzione dell'ambito di cura: maggiori strumenti nel settore ospedaliero stazionario (pianificazione, contratti di prestazione, approvazione convenzioni tariffali o fissazione tariffe), molto ridotti in quello ambulatoriale (approvazione convenzioni tariffali, fissazione tariffe e autorizzazione per la messa in esercizio di attrezzature medico-tecniche di diagnosi e di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costose). Per l'attività

medica ambulatoriale si aggiunge lo strumento della moratoria, che presuppone comunque una regolamentazione nella LAMal, mentre riguardo ai medicinali la competenza è prettamente federale.

Come detto, il Cantone fa uso concreto di questi strumenti da sempre e particolarmente negli ultimi anni.

In ambito stazionario ospedaliero, ricordiamo anzitutto la nuova pianificazione ospedaliera che, dopo un iter procedurale complesso durato alcuni anni, è stata finalmente approvata dal Gran Consiglio nel dicembre 2015. Il nuovo disegno pianificatorio si è fondato su una rigorosa metodologia di determinazione del fabbisogno, che ha definito una significativa contrazione delle giornate di cura ritenute necessarie in ambito acuto, ed ha proposto una limitata e ragionevole concentrazione delle prestazioni più specialistiche, oltre ad ulteriori misure di razionalizzazione del sistema, ad esempio attraverso forme di collaborazione tra istituti o alla chiara delimitazione del comparto di cura sub-acuto. Questa impostazione di razionalizzazione, con conseguente effetto anche sui costi del sistema, ha tuttavia come noto incontrato forti resistenze a livello politico, regionale ed anche di popolazione.

Sempre in ambito stazionario, con l'entrata in vigore sul piano nazionale dal 2012 del nuovo finanziamento ospedaliero, il Cantone remunera le prestazioni di cura degli ospedali pubblici e privati erogate per l'appunto in regime di degenza, stanziando a preventivo un contributo globale (calcolato sulla base di un volume di attività negoziato ex-ante). Avvalendosi dello strumento del contratto di prestazione, non vengono quindi remunerate le singole fatture. L'applicazione di questa modalità di finanziamento, peculiare al Ticino ma vista con crescente interesse anche sul piano nazionale, ha permesso al Cantone di controllare e contenere questa voce di spesa che da sola rappresenta il 10% del totale delle spese del Cantone.

Anche le tariffe ospedaliere sono state oggetto di interventi da parte dell'Autorità cantonale, che ha partecipato attivamente alla loro definizione, incontrando i partner tariffali, valutando le prime proposte convenzionali, semmai correggendole al ribasso e proponendo contratti pluriennali. Le tariffe infine approvate dal Consiglio di Stato sono di regola inferiori alla realtà nazionale e, nel periodo 2012-2015, presentano un'evoluzione al ribasso.

In ambito ambulatoriale, dove il margine d'intervento è più ristretto, il Cantone fa capo soprattutto alla moratoria degli studi medici, più volte prorogata nella LAMal ed applicata in maniera rigorosa. Il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) si è attivato in maniera importante per ottenere, con successo, la proroga di tale provvedimento, ora in vigore fino a luglio 2019, dopo che a fine 2015 le Camere federali ne avevano in un primo tempo decretato l'abbandono per metà 2016. Il Cantone si è inoltre dotato, al pari di pochi altri, di una procedura d'autorizzazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi e di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costosa. Proceda infine alla verifica delle convenzioni tariffali siglate tra fornitori di prestazioni e assicuratori ai fini di una loro approvazione, o, sussidiariamente, alla fissazione della tariffa.

2. Quali iniziative ha preso negli ultimi anni per contenere l'aumento dei premi della cassa malati?

L'autorità di vigilanza nell'assicurazione malattie è l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), come previsto all'art. 56 della Legge federale concernente la vigilanza sull'assicurazione sociale contro le malattie (LVAMal) del 26 settembre 2014. L'UFSP è competente anche per la procedura d'approvazione dei premi malattia (art. 16 LVAMal). I Cantoni hanno un ruolo marginale, che consiste nella semplice possibilità di esporre agli assicuratori e all'autorità di vigilanza il loro parere in merito ai costi stimati per il loro territorio prima dell'approvazione delle tariffe dei premi. Nonostante questo ruolo marginale attribuito dal diritto federale, il Cantone accorda da sempre la massima attenzione alla problematica dei premi LAMal: la loro entità, evoluzione ed adeguatezza dal 1996 rivestono un'importanza centrale per l'autorità cantonale.

Nell'ambito delle competenze cantonali previste dall'art. 16 cpv. 6 LVAMal, il Cantone trasmette ogni anno all'Autorità federale una presa di posizione cantonale. L'Area di gestione sanitaria del DSS procede a un'analisi approfondita dei dati prodotti dai principali assicuratori malattia a sostegno delle proposte di premio per l'anno seguente, pur nei contenuti limiti temporali concessi di un paio di settimane. La verifica consiste, in sintesi, in un esame dei costi e dei ricavi previsionali formulati dalla singola cassa malati (in particolare il costo delle prestazioni e i ricavi da premi) e in una valutazione del grado di copertura dei costi da parte dei premi, il tutto tenendo in debita considerazione la solvibilità dell'assicuratore. La presa di posizione all'Ufficio federale della sanità pubblica evidenzia le criticità rilevate nei conti di singole casse e si concentra sulle conseguenti correzioni di premio proposte dal Cantone.

L'azione del Cantone a sostegno dell'equità dei premi previsti in Ticino non si limita a quanto previsto dalla legislazione federale, ma in estrema sintesi comprende anche contatti regolari tra la Direzione del DSS e la Direzione dell'UFSP così come fra i rispettivi collaboratori, comunicazioni dirette ed incontri con gli assicuratori malattie o partecipazione ai consessi della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS).

L'analisi e l'operato del Cantone e l'agire successivo dell'UFSP (anche se in misura più blanda rispetto a quanto auspicato dal Cantone), hanno prodotto dei risultati concreti dal 2011 in poi, con delle correzioni al ribasso delle proposte di premio formulate da alcuni assicuratori, consentendo sui premi 2012-2017 un risparmio complessivo agli assicurati ticinesi di oltre fr. 20 Mio. Si tratta sì di correttivi minimi rispetto alle richieste del Cantone, ma al contempo di risultati assai rari nel panorama nazionale, che attestano l'accuratezza dell'analisi, nonché la costanza e l'insistenza degli sforzi del Ticino nell'ambito dell'approvazione dei premi malattia. L'atteggiamento del Cantone è stato quindi tutt'altro che accomodante o rinunciatario. Piuttosto, i limiti del sistema attuale non consentono interventi maggiori da parte dei Cantoni.

L'operato del Cantone è dettagliatamente illustrato nell'annuale conferenza stampa sui premi.

3. È intervenuto presso la Confederazione, per chiedere, come suggerito dal Consiglio degli anziani, di correggere le conseguenze del flusso di pensionati nel nostro Cantone?

È un dato di fatto che il costo pro capite delle prestazioni in Ticino risulti storicamente superiore a quello svizzero, in ragione anche dei maggiori costi legati all'anzianità della struttura degli assicurati ticinesi, cui si aggiunge un'offerta superiore alla media nazionale. La percentuale di anziani è in Ticino di oltre il 15% superiore al valore nazionale e il flusso di pensionati nel nostro Cantone ne è una concausa.

Nell'impostazione del sistema dei premi dell'assicurazione malattia, questo stato di cose non può però ancora giustificare l'introduzione di una compensazione dei rischi tra Cantoni sul piano nazionale. La LAMal prevede che l'assicuratore moduli i premi in funzione delle differenze tra i costi dei vari Cantoni, di conseguenza anche la compensazione dei rischi avviene a livello cantonale. La ragione risiede nel sistema federalistico elvetico, per cui la gestione e l'attuazione della politica sanitaria è prevalentemente di competenza cantonale. Coerentemente, anche i premi malattia devono riflettere i costi cantonali. Una compensazione a livello nazionale significherebbe orientarsi verso un premio unico nazionale, con la conseguenza che tutti i Cantoni parteciperebbero ai costi risultanti da politiche sanitarie decise da altri, alcuni beneficiandone, altri subendole. Questo scenario difficilmente trova il consenso dei Cantoni, pur consci del fatto che nel sistema attuale sussistano delle criticità, una fra tante la diversa demografia fra Cantoni.

4. Ha esaminato la questione delle franchigie differenziate? A quali conclusioni è giunto?

L'assicurazione malattie è un'assicurazione sociale che poggia sul principio di solidarietà: fra giovani e anziani, fra sani e malati, fra donne e uomini. La solidarietà è quindi un elemento

concreto e tangibile, prova ne sia il fatto che un numero elevato di assicurati (di regola in buona salute) finanzia gran parte della spesa sanitaria, generata da una contenuta fetta di popolazione, ad esempio pagando un premio indifferenziato a partire dai 25 anni.

La franchigia rappresenta oggi l'unico elemento del premio che consente un risparmio finanziario a chi già è molto solidale, pensiamo in particolare alle giovani famiglie. Ridurre questo risparmio significa forzare il concetto di solidarietà oltre ogni ragionevole limite, provocando inoltre un maggiore ricorso agli aiuti sociali.

In aggiunta, la franchigia è uno strumento finalizzato a responsabilizzare il comportamento dell'assicurato, in assenza del quale quest'ultimo potrebbe essere indotto a spendere più del necessario, producendo un effetto inflazionistico sul consumo ("moral hazard"). Sopprimendo le franchigie opzionali, l'incentivo all'assunzione di responsabilità insito nella loro scelta viene eliminato. È un segnale sbagliato, che può indurre a maggiori consumi con conseguente aumento dei premi.

Ricordiamo infine che, recentemente, una proposta del Dipartimento federale dell'interno di ridurre sia il numero delle franchigie opzionali, sia lo sconto concesso su quelle rimanenti, è stata abbandonata a seguito dei risultati della consultazione, nella quale anche il Cantone Ticino aveva espresso la propria contrarietà.

5. Ha approfondito la proposta relativa alla creazione di reti di cura nell'ambito dell'Ente ospedaliero cantonale?

Il Consiglio di Stato ritiene che parlare di reti di cura limitatamente all'Ente ospedaliero cantonale (EOC) sia perlomeno riduttivo. Le reti di cura hanno senso se pensate con un legame diretto alla storia clinica dei potenziali pazienti e devono quindi prevedere la presa in carico lungo tutto il percorso della malattia. All'interno dell'EOC sono già attivi diversi percorsi di cura integrati, in particolare in relazione al trattamento di determinate patologie che richiedono l'intervento precoce e il seguito organizzato nell'ambito della riabilitazione (es. alla Clinica Hildebrand) o delle cure palliative (es. Clinica Varini).

La creazione di reti di cura riguarda però anche altri aspetti, in particolare la presa in carico del paziente dopo una degenza acuta nei reparti di cure acute e transitorie o in quelli acuti di minore intensità o il suo seguito ambulatoriale coinvolgendo infermieri indipendenti o i servizi di cura e assistenza a domicilio. In particolare per i pazienti anziani, fanno parte della rete di cura anche i cosiddetti servizi di appoggio, come la distribuzione dei pasti a domicilio, i servizi di trasporto per accompagnarli dove occorre, la disponibilità di centri diurni socio-assistenziali o terapeutici così come la disponibilità di appartamenti particolarmente attrezzati per la terza età, con anche l'eventuale presenza di un custode sociale.

Si tratta quindi di legami complessi e variegati che presuppongono il coinvolgimento di attori diversi, professionisti e volontari. Il Cantone ha il compito di valorizzare tutte le risorse messe in campo, pubbliche e private, di garantirne l'adeguata formazione e supervisione, nonché di coordinare al meglio le singole iniziative.

Si ricorda infine che il 30 settembre 2011, il Parlamento federale aveva proposto una modifica della LAMal volta ad introdurre la nozione di reti di cura integrate. In particolare si prevedeva la possibilità per un gruppo di fornitori di prestazioni di raggrupparsi al fine di coordinare le cure mediche e di gestire il paziente durante l'intera catena terapeutica. Di conseguenza gli assicuratori avrebbero potuto concludere con la rete (che diventata soggetto giuridico) una forma particolare di contratto da offrire ai propri aderenti, a premi inferiori, a fronte di una scelta limitata di fornitori di prestazioni. La modifica è stata respinta in votazione popolare il 17 giugno 2012 da tutti i Cantoni (Svizzera: 68.9% e Ticino: 87.6% dei votanti).

6. Ha preso iniziative atte a promuovere l'utilizzo del medico di famiglia?

In occasione dell'annuale conferenza stampa per la presentazione dei premi malattia a fine settembre, il DSS informa sulla possibilità di cambiamento dell'assicuratore malattie o del modello assicurativo quale risposta al costante rialzo dei premi, promuovendo in particolare il modello del medico di famiglia. La valorizzazione di questo modello è stata anche uno dei motivi alla base della riforma del sistema della riduzione dei premi dell'assicurazione malattia (Ripam) adottata a partire dal 1° gennaio 2015, che ha previsto tra l'altro una definizione del premio medio di riferimento meglio orientata alle reali scelte assicurative della popolazione, fondandosi quindi non solo sul modello assicurativo standard, ma anche sui modelli alternativi.

Con il rapporto del 21 ottobre 2014 n. 6982R1, la Commissione della gestione e delle finanze del Gran Consiglio aveva chiesto che il DSS si facesse promotore di una campagna informativa in favore dei cittadini sussidiati, allo scopo di sensibilizzarli sulla necessità di ottimizzare il loro premio di cassa malati. Nel messaggio dell'8 luglio 2015 n. 7105, avevamo già avuto modo di riferire sulle modalità di messa in atto, anticipando che, in luogo di una generica campagna informativa, si era ritenuto più efficace poter fornire delle consulenze individualizzate tramite l'Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (ACSI), consulenze che, perlomeno in una prima fase, sarebbero state circoscritte ai beneficiari di prestazioni ai sensi della Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps) (si veda capitolo 3 pag. 16 del M7105). La campagna di sensibilizzazione sui premi di cassa malati è, peraltro, parte integrante del progetto di informazione e sensibilizzazione dei beneficiari di prestazioni sociali inserito nelle Linee direttive 2015-2019 (si veda Scheda n. 42).

Nell'ambito delle consulenze individuali, le operatrici dell'ACSI propongono la soluzione più idonea allo scopo di poter ottimizzare la spesa per la cassa malati. Fra le diverse assicurazioni con forme particolari previste dalla legislazione federale, non sempre la soluzione migliore è un'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni (art. 99 e segg. Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) del 27 giugno 1995), fra le quali vi è quella del medico di famiglia. Ciò dipende dalle singole situazioni che vengono attentamente ponderate durante i colloqui.

7. Quali iniziative ha preso per adeguare cliniche, ospedali e apparecchiature diagnostiche ai reali bisogni della popolazione? Nell'ambito della pianificazione come è stata fatta l'analisi dell'offerta paragonata ai bisogni?

Come già indicato nella risposta alla prima domanda, i Cantoni hanno il compito di allestire le pianificazioni del settore di cura stazionario. I criteri procedurali sono definiti dall'art. 58a dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie. In particolare, il capoverso 1 di detto articolo, esplicita che la pianificazione deve coprire il fabbisogno. Il Consiglio di Stato, in ossequio a quanto disposto, ha così incaricato la Direzione della sanità pubblica del Canton Zurigo di allestire uno studio sul fabbisogno di cure per la popolazione residente in Ticino, con orizzonte temporale 2020, nei tre ambiti: somatico-acuto, psichiatria e riabilitazione. Lo studio, terminato nel 2012, ha tenuto conto in particolare di aspetti demografici (invecchiamento della popolazione), di cambiamenti della presa in carico del paziente (passaggio da cure stazionarie a cure ambulatoriali e diminuzione della durata media di degenza) e del progresso tecnologico (diagnosi più rapide, terapie mirate e meno invasive) e ipotizzava una progressiva contrazione delle giornate di cura nel settore somatico-acuto (-18%) e in psichiatria (-9%) e un fabbisogno accresciuto nell'ambito riabilitativo (+29%).

La proposta pianificatoria del Governo, approvata con alcune modifiche dal Parlamento il 15 dicembre 2015, ha tenuto conto di questi risultati, proponendo un ridimensionamento dell'offerta in ambito somatico-acuto, con la trasformazione degli istituti che disponevano di un mandato di medicina di base in reparti acuti di minore intensità, di pertinenza dell'art. 39 cpv. 3 LAMal, che regola la pianificazione delle case di cura che dispensano cure, assistenza medica e

misure di riabilitazione a pazienti lungodegenti. Inoltre, la nuova pianificazione ha attribuito 4 letti in più alla psichiatria e 50 letti in più alla riabilitazione. Con questo nuovo assetto si ritiene che l'offerta sul territorio corrisponda ai reali bisogni della popolazione, tuttavia, gli effetti saranno da rilevare solo a medio e lungo termine, dal momento che la sua implementazione è rallentata dai ricorsi tuttora pendenti al Tribunale amministrativo federale e in alcune sue peculiarità (es. progetti di collaborazione) bloccata dall'esito della votazione popolare sulla modifica della LEOC, avvenuta a giugno dell'anno scorso.

Per quanto riguarda la nuova Legge concernente l'autorizzazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi e di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costose in vigore dal 2 dicembre 2016, si rileva che la stessa conferma e rafforza il regime autorizzativo introdotto dal Decreto legislativo del 26 marzo 2001 (DL) la cui adozione era giustificata da spese sanitarie cantonali nettamente superiori alla media nazionale e da un esubero di offerta in termini di strutture ospedaliere e di apparecchiature medico-tecniche. In particolare, la densità delle apparecchiature TAC e RMI in Ticino superava a quel tempo del 130% la media svizzera.

Il regime autorizzativo permette di esercitare un controllo sulla diffusione delle attrezzature e sulle qualifiche degli istanti e del personale chiamato ad impiegarle. Esso ha inoltre un effetto deterrente nei confronti delle richieste d'acquisto inutili o inadeguate e ha imposto e permesso collaborazioni virtuose tra vari enti e partner. Si rileva in particolare che all'art. 3 cpv. 4 della legge si prevede l'accertamento del fabbisogno attraverso l'analisi di una serie di criteri: la copertura e diffusione territoriale (densità media); il confronto con gli standard nazionali e internazionali; la definizione quantitativa; lo stato e l'evoluzione della tecnologia medica; la possibilità di collaborazioni in rete; la valutazione dei tempi di attesa per l'utilizzo di una stessa attrezzatura e l'economicità.

A quindici anni dall'introduzione del regime autorizzativo, la dotazione di apparecchiature di TAC e RMI nel Cantone è inferiore alla media svizzera. Inoltre, sempre più Cantoni adottano provvedimenti simili, in particolare il Canton Vaud che, dopo Basilea città e Ginevra, vanta la maggior densità per abitante di TAC e RMI a livello nazionale.

8. Quali passi ha intrapreso per ridurre i costi dei medicinali? Ha, in particolare, segnalato con forza tale importante questione alle Autorità federali? Con quale esito?

Si ricorda che la competenza per la fissazione del prezzo dei medicinali è federale. A questo proposito, per restare ai provvedimenti più recenti, nel corso del mese di luglio 2016 il Dipartimento federale dell'interno ha promosso una consultazione sul progetto di modifica OAMal e dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre) del 29 settembre 1995, per la fissazione dei prezzi dei medicinali, resasi necessaria a seguito di una sentenza del Tribunale federale del 14 dicembre 2015. In particolare, la sentenza prevede che la verifica dell'economicità dei medicinali debba fondarsi su un confronto terapeutico trasversale e in relazione ai prezzi praticati all'estero, nonché tenendo conto di criteri di efficacia e appropriatezza. Il Consiglio federale ha quindi proposto di adeguare la regolamentazione vigente in parte in contraddizione con i disposti del Tribunale federale e aggiungeva nuove regole per la fissazione dei prezzi dei generici, nonché la regolamentazione dei rimborsi per singolo caso, al fine di migliorare la situazione personale dei pazienti.

Nella sua risposta del 4 ottobre 2016, il Consiglio di Stato, pur apprezzando in generale gli sforzi messi in atto dall'Autorità federale per contenere e possibilmente ridurre il prezzo dei medicinali, esprimeva alcune perplessità relative alle modalità scelte e ad alcune semplificazioni nella metodica dei confronti che potevano generare effetti perversi. Riassumendo il contenuto (per la versione integrale si rimanda al documento citato in nota¹), il Cantone ha

¹[http://www4.ti.ch/fileadmin/POTERI/CdS/procedure di consultazione federale/2016/16_4276_DSS_ordinanza assicurazione malattie_ordinanza_prestazioni.pdf](http://www4.ti.ch/fileadmin/POTERI/CdS/procedure_di_consultazione_federale/2016/16_4276_DSS_ordinanza_assicurazione_malattie_ordinanza_prestazioni.pdf)

criticato la proposta di ridurre ulteriormente il costo dei medicinali "vecchi" e di per sé già a buon mercato e la mancanza di interventi incisivi per mantenere sotto controllo il costo dei farmaci innovativi, causa principale delle spese per medicinali. Nella lettera si rende pure attenti sull'allettante proposta di confrontare i prezzi praticati all'estero, senza tener conto adeguatamente del costo di produzione in Svizzera. Il riconoscimento di un prezzo maggiore per chi produce in Svizzera potrà rallentare l'evoluzione già in corso, consistente nell'abbandono delle vecchie molecole non più redditizie a favore di nuovi farmaci, solitamente più cari. Per quanto riguarda il confronto terapeutico, il Cantone ha suggerito di tenere in considerazione anche i medicinali non più protetti da brevetto, in quanto meno cari e quindi incidenti sul costo medio.

Rileviamo che all'inizio di febbraio l'Ufficio federale della sanità pubblica ha comunicato che riprenderà l'esame triennale dei medicinali rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (sospeso a seguito della sentenza citata). Il previsto riesame di un terzo dei medicinali che figura nell'elenco delle specialità dovrà generare un risparmio annuale stimato in 180 milioni di franchi per i prossimi tre anni. D'altro canto il Consiglio federale ha parallelamente approvato ulteriori misure per ridurre il livello del prezzo dei generici che dovrebbe portare a un risparmio di ulteriori 60 milioni di franchi.

9. Con che motivazioni, visti gli aumenti dei costi della cassa malati ha ulteriormente ridotto i sussidi cassa malati durante la manovra di rientro finanziario?

I motivi che hanno condotto a proporre, nel contesto della manovra finanziaria (M7184 del 20 aprile 2016), un contenimento della spesa nelle riduzioni di premio nell'assicurazione sociale ed obbligatoria contro le malattie (Ripam) sono diversi.

Da un lato, vi è stata l'intenzione di neutralizzare (in parte) l'effetto che l'adeguamento delle soglie d'intervento Laps dal 2017 (pure proposte con il citato messaggio e confermate dal popolo in occasione della votazione referendaria del 12 febbraio 2017) avrebbe avuto sul calcolo della Ripam dal 2018. La neutralizzazione è stata proposta adeguando le costanti, che – unitamente ai limiti di reddito Laps – sono uno dei parametri di calcolo dei redditi disponibili massimi (RDM) al di sopra dei quali non è dato diritto a questa prestazione. L'adeguamento delle costanti consente un contenimento della spesa a carico del Cantone di 5 milioni di franchi dal 2018: nel caso in cui le costanti non fossero state modificate, con le nuove soglie Laps, dal 2018 il Cantone sarebbe stato confrontato con una maggior spesa per la Ripam di 15 milioni di franchi.

Ribadiamo che la modifica delle costanti – nei termini di un aumento da 3.9 a 4.5 punti per le unità di riferimento (UR) con figli, rispettivamente di una diminuzione da 3.4 a 3.2 punti per le UR senza figli – costituisce una soluzione più equa e mirata rispetto alla diminuzione del coefficiente cantonale di finanziamento: in effetti, la prima soluzione (costanti) interessa le fasce di reddito medio-alte (e il suo effetto cresce coerentemente con l'aumentare del reddito disponibile), mentre la seconda (coefficiente) avrebbe coinvolto tutti i cittadini sussidiati, quindi anche quelli a basso reddito (compresi i beneficiari di prestazioni Laps, in particolare assegno integrativo e assegno di prima infanzia, nonché prestazione assistenziale) i quali, in tal caso, non sarebbero stati tutelati nonostante la loro fragilità economica.

L'adeguamento delle costanti è coerente con il modello Ripam e rappresenta pure una soluzione alternativa, e migliore, rispetto a quella del premio medio di riferimento (PMR) sulla base del solo modello assicurativo del medico di famiglia, che avrebbe avuto delle ripercussioni negative soprattutto sulle fasce di reddito basse e più precarie (compresi i beneficiari di prestazioni Laps). A questo proposito rammentiamo che con il M7104 dell'8 luglio 2015, dopo averne valutato gli effetti (art. 84 cpv. 2 LCAMal), avevamo proposto di non adattare ulteriormente questo parametro di calcolo: anticipiamo che rilasceremo prossimamente un ulteriore messaggio, con il quale risponderemo alla richiesta formulata dal rapporto di maggioranza del 6 settembre 2016 relativo al M7184, laddove era richiesto di *"introdurre per il calcolo del premio medio di*

riferimento una ponderazione maggiore dei modelli di assicurazione che garantiscono le medesime prestazioni a un costo inferiore con l'indicazione di verificare regolarmente se vi sono modelli più efficienti che debbano essere adottati per tale calcolo del premio medio di riferimento".

D'altro lato, abbiamo proposto di intervenire dal 2018 nella Ripam anche perché da questa data decadrà la misura relativa ai rimborsi dei premi pagati in eccesso (al riguardo, si veda il M6987 del 23 settembre 2014), di modo che il Cantone non potrà più incamerare detti rimborsi.

Segnaliamo, infine, che la riduzione della spesa dal 2017 nella Ripam è dovuta anche all'adeguamento dei valori di stima fiscale degli immobili, che interessa solo i proprietari di sostanza immobiliare. L'adeguamento dei valori di stima fiscale è una misura equa, che non poteva non coinvolgere, anche, i beneficiari di Ripam, così come è il caso per altri beneficiari di prestazioni sociali di fabbisogno che sono calcolate in virtù della situazione economica più aggiornata, cioè le prestazioni complementari all'AVS/AI per anziani, superstiti e invalidi, l'assegno integrativo e l'assegno di prima infanzia per le famiglie con figli e la prestazione assistenziale.

In conclusione, è parere del Consiglio di Stato che le misure messe in atto con la manovra finanziaria siano sostenibili nonostante l'aumento dei premi di cassa malati; in particolare, tali misure non compromettono le fasce economicamente più fragili della popolazione, che continueranno a essere tutelate.

10. Alla luce degli aumenti previsti per il 2018 e almeno fintanto che perdura questa situazione, non intende adeguare i contributi cantonali?

Il Consiglio di Stato si riserva ovviamente la facoltà di proporre degli adeguamenti nel settore della riduzione dei premi nell'assicurazione sociale e obbligatoria contro le malattie a dipendenza dell'entità dei futuri aumenti di premio. I parametri di calcolo della Ripam, ed in particolare il premio medio di riferimento, sono ad ogni modo fondati ed adeguati annualmente anche in funzione dell'evoluzione dei premi. A parità di condizioni, l'aumento dei premi comporta quindi regolarmente un aumento della spesa complessiva e dei contributi ai singoli beneficiari.

Il tempo impiegato per l'elaborazione della presente risposta ammonta complessivamente a circa 8 ore lavorative.

Vogliate gradire, signori deputati, l'espressione della nostra stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:



Paolo Beltraminelli

Il Cancelliere:



Arnaldo Coduri

Copia:

- Dipartimento delle sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Area di gestione sanitaria (dss-ags@ti.ch)
- Istituto assicurazioni sociali (carlo.marazza@ias.ti.ch; anna.rossetti@ias.ti.ch; simone.croci@ias.ti.ch)