

Numero
2232

aa

0

Bellinzona
4 maggio 2022

Consiglio di Stato
Piazza Governo 6
Casella postale 2170
6501 Bellinzona
telefono +41 91 814 41 11
fax +41 91 814 44 35
e-mail can@ti.ch
web www.ti.ch

Repubblica e Cantone
Ticino

Il Consiglio di Stato

Signor
Ivo Durisch per il Gruppo socialista
Deputato al Gran Consiglio

Interpellanza n. 2297 del 20 aprile 2022

Premi cassa malati: più aiuti al ceto medio, offerta sanitaria adeguata al bisogno, maggiore informazione e trasparenza sulla spesa

Signor deputato,

con il suo accordo a ricevere una risposta scritta alla presente interpellanza, in considerazione della forma articolata dell'atto parlamentare in questione, procediamo a fornire i necessari elementi preceduti da alcune considerazioni preliminari.

L'interpellanza in esame trae spunto dall'incremento dei costi a carico dell'assicurazione malattia registrati a fine 2021 rispetto al 2020 sul piano nazionale (+ 5.1%) e cantonale (+ 9%) e dagli importanti aumenti dei premi prospettati da alcuni assicuratori malattia per il 2023.

A titolo di premessa è opportuno rilevare che l'evoluzione dei costi risulta più limitata e sostanzialmente coerente con i tassi di crescita sul lungo periodo se considerata sull'insieme del biennio 2020-2021, influenzato nel primo anno dalla pandemia, che ha indotto una riduzione dello 0.4% sul piano nazionale e dell'1.8% a livello cantonale.

Fatta questa premessa, rispondiamo come segue alle domande poste.

1. Impatto dei premi di cassa malati sulle economie domestiche

1.1 Considerata l'evoluzione dei premi medi di riferimento dal 2000 a oggi e i prospettati aumenti, ritiene il Consiglio di Stato necessario intervenire? Se sì cosa intende fare il Consiglio di Stato, a livello cantonale e federale, per limitare l'impatto dei costi dei premi cassa malattia sulle economie domestiche?

Il Cantone Ticino accorda da sempre la massima attenzione alla tematica dei premi malattia, rendendosi parte attiva su più piani. Di seguito ne menzioniamo in particolare tre, tra i principali.

Anzitutto il Cantone si esprime annualmente nell'ambito della procedura di definizione dei premi LAMal, pur nei limiti molto stretti che la normativa federale concede ai Cantoni, essendo la competenza della Confederazione. Il parere espresso all'attenzione dell'Autorità di vigilanza (UFSP) ha consentito nel decennio 2011-2020 dei risparmi sui premi proposti dagli assicuratori nell'ordine di oltre 25 Mio. Da un paio d'anni questo già esiguo margine d'intervento si è purtroppo ulteriormente affievolito, risultando praticamente nullo, a seguito della fornitura incompleta dei dati ai Cantoni da parte dell'Ufficio federale.

Sul piano federale, preso atto dei limiti della procedura d'approvazione dei premi (perpetuatasi nonostante i correttivi procedurali introdotti con la legge sulla vigilanza), il Ticino si è mosso depositando tre iniziative cantonali presso il Parlamento federale nel gennaio 2020, poi seguito da ben altri cinque Cantoni romandi, così come da atti parlamentari analoghi. Le tre iniziative sono repute fondamentali per correggere le principali lacune dell'attuale procedura, reintegrando anzitutto i Cantoni quali attori fattivi e competenti nella definizione dei premi, correggendo gli errori del passato ridistribuendo le riserve eccedenti e garantendo infine in futuro dei premi sistematicamente commisurati ai costi. La richiesta di informazioni complete ai Cantoni è stata accolta dal Parlamento (attraverso l'adozione dell'analogo mozione Lombardi), il quale ha per contro respinto l'iniziativa volta a garantire per il futuro un rimborso regolare dei premi incassati in eccesso. Rimane in discussione tra le due Camere la restituzione obbligatoria e sistematica delle riserve in esubero.

Infine, il Cantone interviene direttamente e finanziariamente per sgravare l'onere dei premi sulle economie domestiche ticinesi attraverso l'erogazione dei sussidi sui premi malattia. Il Consiglio di Stato è ben cosciente della problematica e della necessità di sostenere la popolazione economicamente più debole, ma anche le fasce di reddito del ceto medio. Per restare agli ultimi anni, la concreta preoccupazione in questo settore è dimostrata dalle misure messe in atto lo scorso anno nel contesto della riforma sociale cantonale (M7726), che hanno fornito un concreto e sostanziale aiuto ai cittadini ticinesi. Per quanto riguarda la riduzione dei premi (RIPAM), da un lato è stato incrementato il sussidio per chi ne è già beneficiario tramite l'aumento del coefficiente cantonale di finanziamento, mentre dall'altro è stata estesa la cerchia dei beneficiari grazie all'aumento del reddito disponibile massimo (cioè la soglia che stabilisce il diritto alla riduzione del premio). Oltre alle misure citate, nel 2019 è stato aumentato il limite di reddito disponibile massimo per le persone sole e per le coppie senza figli. In quell'anno, il numero di beneficiari è aumentato di circa 1'900 unità.

Si evidenzia infine che l'attuale sistema RIPAM è già oggi impostato in modo da considerare in automatico l'aumento del premio medio di riferimento. In altri termini, il sussidio di cassa malati cresce in funzione dell'evoluzione dei premi, permettendo così un contenimento dell'aumento dei premi a carico dei beneficiari di RIPAM a fronte di un maggior contributo del Cantone.

Nel 2020 il 30.6% della popolazione ticinese ha beneficiato di una riduzione del premio malattia (a fronte di una quota svizzera del 27.6%), con un sussidio complessivo erogato di 309 Mio, di cui 192 Mio a carico del Cantone (fonte UFSP, Statistica LAMal 2020).

1.2 Ritiene il Consiglio di Stato una idea percorribile quella di plafonare al 10% l'impatto dei premi cassa malattia sulle entrate delle economie domestiche?

In Ticino, la RIPAM è come detto un tema particolarmente sentito e di fondamentale importanza, in considerazione anche del fatto che i redditi risultano essere inferiori rispetto alla media nazionale, e l'impegno finanziario in questa prestazione da parte del Cantone è dimostrato dalla spesa complessiva e dal numero consistente di assicurati che ne beneficiano.

Il rapporto del 2019 sul monitoraggio dell'UFSP ha messo in evidenza che il nostro Cantone interviene in modo importante nel ridurre l'onere per gli assicurati, per cui l'attuale sistema permette di essere tra i Cantoni più incisivi nel panorama svizzero. Grazie ai miglioramenti citati precedentemente (che il succitato rapporto non considera), possiamo sicuramente affermare che l'incidenza dei premi sul reddito risulta essere ulteriormente ridotta (o almeno che questi miglioramenti permettono di attenuare la crescita dei premi).

Il nostro sistema RIPAM non è tecnicamente compatibile con un sistema basato sull'incidenza dei premi sul reddito e sarebbe quindi necessario ripensare integralmente il modello e i diversi elementi che lo fondano.

Rammentiamo che è attualmente in discussione a livello federale l'iniziativa popolare "*Al massimo il 10 per cento del reddito per i premi delle casse malati (Iniziativa per premi meno onerosi)*" che va nella medesima direzione. A nostro parere è ragionevole attenderne l'esito prima di stravolgere in Ticino un sistema che ha dato buona prova di sé e che risulta essere uno tra i più generosi e sociali a livello svizzero.

A questo proposito vale infine la pena ricordare che, nella risposta del Consiglio di Stato datata 20 gennaio 2021 alla consultazione concernente la Modifica della LAMal come controprogetto indiretto alla sopracitata iniziativa popolare, il Governo sottolineava come il controprogetto del Consiglio non fosse una valida alternativa all'iniziativa.

Tra i motivi alla base di questa posizione giova sicuramente citare, oltre al mancato coinvolgimento preliminare dei Cantoni, il carattere iniquo e non sociale del controprogetto che non apporta miglioramenti laddove i bisogni sono effettivamente maggiori, l'impatto sociale del controprogetto non sufficiente rispetto a quello garantito dall'iniziativa federale e non commisurato ai bisogni della popolazione residente nei differenti Cantoni, la contraddizione con il principio di equivalenza fiscale, le conseguenze finanziarie importanti interamente a carico dei Cantoni e infine l'errata valutazione da parte del Consiglio federale, il quale considera che i Cantoni possono controllare il sistema sanitario e le spese necessarie al suo funzionamento.

Alla luce di quanto sinteticamente sopraesposto il Consiglio di Stato era ed è del parere che un controprogetto indiretto, per essere sostenibile, debba essere basato su un approccio differente, più equo e sociale, più efficiente e che quindi permetta un migliore impatto sul territorio nazionale.

Di conseguenza, con la citata presa di posizione del 20 gennaio 2021, il Governo affermava sì di sostenere un controprogetto, ma quello proposto dalla Conferenza latina

degli affari sanitari e sociali (CLASS) poiché sensibile e attento agli aspetti precedentemente indicati.

1.3 Le deduzioni per oneri assicurativi pretendono di fare socialità attraverso la fiscalità. Come sappiamo sono aiuti indiretti non mirati al bisogno di cui beneficiano anche persone particolarmente facoltose. Che minor ricavo generano per le finanze pubbliche, suddivise tra Cantone e Comuni, le deduzioni per oneri assicurativi (cifra 12) suddivise per fasce di reddito?

La deduzione per oneri assicurativi non risponde ad una logica sociale bensì è finalizzata a riconoscere, ai fini fiscali, una spesa comprovata che incide sulla capacità contributiva del contribuente, come peraltro confermato da una recente sentenza del Tribunale federale (Sentenza TF 2C_256/2018).

Con riferimento ai dati fiscali relativi all'anno 2017 (accertato in misura del 99.3% al momento dell'estrazione dei dati), i contribuenti che hanno fatto valere la deduzione sono stati 179'765 su un totale di 204'855 (87.7% del totale), per un importo complessivo pari a oltre CHF 1.2 miliardi.

Per quanto riguarda la deduzione media, si evince come la stessa cresca all'aumentare del reddito imponibile dei contribuenti. Ciò è da ricondurre al fatto che i contribuenti con reddito imponibile superiore spendono in prestazioni assicurative, di base e complementari, in maggior misura rispetto ai contribuenti nelle fasce di reddito inferiori, ma anche al fatto che i contribuenti nelle fasce di reddito basse e medio-basse possono beneficiare dei sussidi per i premi di cassa malati (i quali riducono l'ammontare delle deduzioni accordate).

Stratificazione della deduzione per oneri assicurativi per tutti i contribuenti

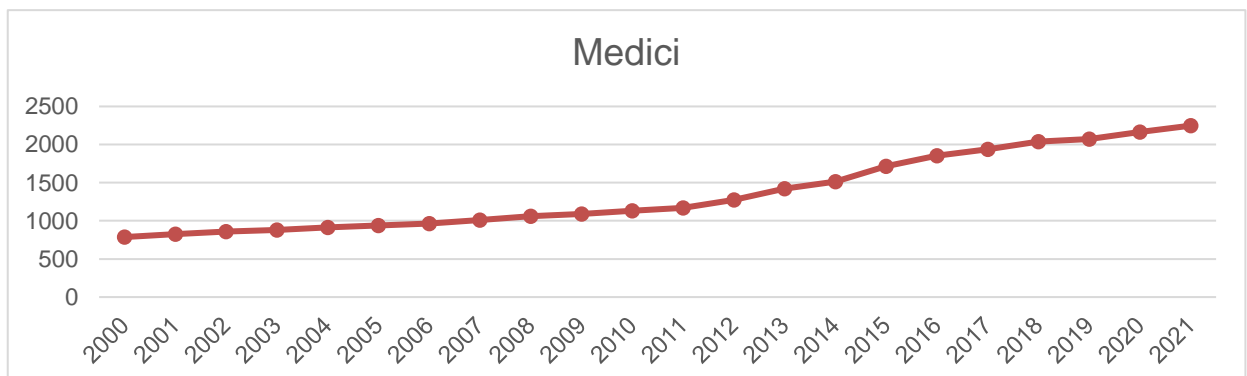
Classi di reddito imponibile (in CHF)	Oneri assicurativi e interessi di capitale a risparmio		
	Casi	Deduzione in CHF	Deduzione media in CHF
Esenti	35'929	171'097'989	4'762
Fino a 30'000	32'037	178'874'578	5'583
30'001 - 50'000	43'527	285'838'839	6'567
50'001 - 70'000	30'249	238'218'358	7'875
70'001 - 90'000	15'511	139'463'332	8'991
90'001 - 150'000	15'278	145'289'377	9'510
150'000 - 250'000	4'689	45'132'108	9'625
250'001 - 500'000	1'972	19'553'894	9'916
500'001 - 1'000'000	429	4'374'586	10'197
Oltre 1'000'000	144	1'516'400	10'531
Totale	179'765	1'229'359'461	6'839

L'impatto finanziario di tale deduzione è valutato in CHF 105 milioni per il Cantone e in CHF 83 milioni per i Comuni (ritenuto un moltiplicatore cantonale medio del 79%).¹

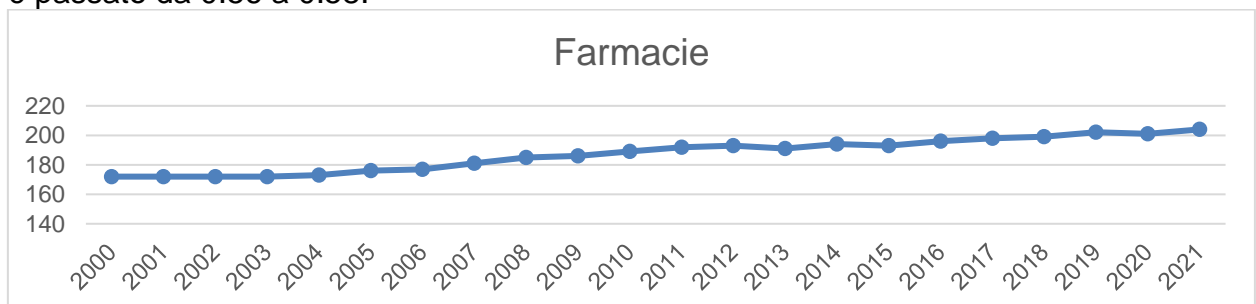
2. Cause dell'aumento dei premi

2.1 Qual è l'evoluzione (anno per anno) del numero dei medici e delle farmacie dal 2000 a oggi (in numero assoluto e pro capite)?

I medici con libero esercizio (ovvero autorizzazione a lavorare sotto la propria responsabilità professionale) sono aumentati da 787 nel 2000 a 2248 nel 2021. Sono quindi passati da un tasso di 2.55 medici ogni 1000 abitanti a 6.40 medici ogni 1000 abitanti. Questa evoluzione va comunque valutata con prudenza. Non corrisponde in effetti pienamente ad un aumento reale dei medici attivi in Ticino, perché è influenzata anche da cambiamenti nelle procedure, in particolare l'estensione dell'obbligo di libero esercizio per i medici ospedalieri che in precedenza lavoravano sulla base di un'autorizzazione all'esercizio dipendente. In senso inverso occorre però anche considerare l'effetto dei vari regimi di moratoria: l'impossibilità di fatturare a carico della LAMal può in effetti far desistere anche dal richiedere il libero esercizio, in parte privo di interesse.



Le farmacie sono aumentate da 172 nel 2000 a 204 nel 2021. Il tasso per 1000 abitanti è passato da 0.56 a 0.58.



2.2 Come intende il Consiglio di Stato migliorare l'informazione sull'evoluzione dei costi della salute?

¹ Questa quantificazione è stata eseguita azzerando l'ammontare della deduzione per ogni singolo contribuente e ricalcolando l'imposta sulla base del nuovo reddito imponibile maggiorato.

L'informazione sui costi della salute è andata vieppiù affinandosi nel corso degli anni e a tutt'oggi risulta ampiamente garantita dalle dettagliate pubblicazioni e dalle regolari comunicazioni che avvengono sul piano federale. Quali fonti principali vanno citate in particolare l'UFSP (che pubblica annualmente la Statistica sull'assicurazione malattia e trimestralmente il Monitoring sull'evoluzione dei costi LAMal), l'UST (competente per un'informazione più completa sulla totalità della spesa sanitaria, quindi non solo LAMal) e SASIS SA (la società gestita dagli assicuratori malattia che si occupa in particolare della raccolta dei dati delle prestazioni LAMal).

Gli aggiornamenti di queste raccolte statistiche vengono regolarmente ed ampiamente divulgati e approfonditi dagli organi di stampa. Anche il Cantone riprende regolarmente queste informazioni e le espone durante l'annuale conferenza stampa sui premi malattia alla fine del mese di settembre.

2.3 Conferma il Consiglio di Stato i numeri per quanto riguarda gli operatori sanitari riportati sul rendiconto statistico 2022? Come si spiega la discrepanza con i dati pubblicati dall'Ufficio di statistica?

I numeri pubblicati annualmente sul Rendiconto del Consiglio di Stato sono estrapolati dalla banca dati dell'Ufficio di sanità e riportano il numero di operatori sanitari, per categoria, che sono al beneficio di un'autorizzazione ad esercitare la propria professione sotto la propria responsabilità nel Cantone Ticino.

Per contro la tabella pubblicata sull'annuario cantonale online dell'Ufficio cantonale di statistica (ultima pubblicazione del 23 dicembre 2021), ripresi da una tabella dell'Ufficio federale di statistica, fanno riferimento alla statistica di affiliazione alla Federazione dei medici svizzeri e alla Società svizzera dei farmacisti. A tal proposito occorre ricordare che non vi è alcun vincolo legale per gli operatori sanitari di affiliarsi agli Ordini ed alle Associazioni di categoria. Ciò comporta pertanto che i dati di tale statistica non corrispondano al numero di medici in possesso di libero esercizio riportato nel Rendiconto.

2.4 Sono corretti i dati forniti da cura futura nella newsletter indirizzata a tutti i Gran Consiglieri (allegata)?

Non spetta al Governo dimostrare l'attendibilità dei dati di Curafutura. La stessa ha però spontaneamente chiarito le proprie fonti, precisando quanto segue (cito):

“ - Quando parliamo di prestazioni rimborsate dall'assicurazione di base, ci riferiamo alle prestazioni nette (4'004 CHF TI, 3'468 CH) indicate nella tabella 2.03 della [statistica dell'assicurazione malattia obbligatoria](#);

- Per il confronto con il Cantone Grigioni, ci riferiamo alla percentuale della popolazione che ha più di 65 anni secondo i [dati dell'UST](#) e alle prestazioni nette secondo la tabella 2.03 (v. sopra);

- Per quanto concerne le statistiche sui medici (primo posto per le consultazioni presso medici di base, secondo posto per i contatti con gli specialisti) i dati provengono da (questo) [rapporto di Helsana](#) del 2020 (grafico 9 e 10, p.26);

- Per la densità di farmacie i dati provengono dalla tabella 9.01 della [statistica dell'assicurazione malattia obbligatoria](#).”

2.5 Cosa pensa delle motivazioni sull'incremento dei costi sanitari evocati da Cura Futura?

Le cause individuate da Curafutura (demografia, offerta di prestazioni, frequenza del ricorso a prestazioni mediche) rappresentano una buona base di discussione e costituiscono indubbiamente le leve centrali sulle quali influire per contenere l'evoluzione dei costi sanitari. Si rileva comunque che i margini del Cantone per incidere in modo determinante sono alquanto limitati. Si richiama al proposito la risposta al punto 1.1.

3. Pianificazione ospedaliera e ambulatoriale

3.1 A che stadio sono i lavori per la Pianificazione ospedaliera?

Con riferimento alle mutate competenze in ambito di pianificazione ospedaliera decise dal Gran Consiglio il 20 ottobre 2021, il Dipartimento della sanità e della socialità sta lavorando sui seguenti temi:

- *Analisi delle previsioni sul fabbisogno di cure* nei tre settori: somatico-acuto, psichiatria e riabilitazione, per le quali è stata incaricata la Direzione della sanità del Canton Zurigo. Al momento attuale siamo in attesa di un aggiornamento dei dati sulla base di nuove stime di crescita della popolazione;
- *Elaborazione del modulo di sollecitazione dell'offerta* con l'aggiornamento dei moduli utilizzati nel 2015 sulla base dei nuovi gruppi di prestazione e dei requisiti richiesti dal modello di Zurigo;
- *Proposte di indirizzi strategici* per le quali è stato conferito un mandato alla SUPSI che dovrà consegnare la propria perizia entro l'estate;
- *Elenco di prestazioni di interesse generale* escluse dal finanziamento LAMal e a carico esclusivo del Cantone, con riferimento all'esperienza acquisita nell'ultimo decennio e alle richieste specifiche inoltrate dagli istituti.

Tutti questi elementi confluiranno in un Messaggio governativo che si prevede di sottoporre al Parlamento entro la fine del 2022.

3.2 La Commissione pianificazione si è riunita?

La Commissione di pianificazione, organo consultivo del Consiglio di Stato, dovrà essere costituita entro l'estate.

3.3 Si discute anche di ospedale universitario? Quali sono le premesse?

La questione relativa all'ospedale universitario è oggetto di un'interrogazione presentata il 6 aprile scorso. Le problematiche relative alla definizione di ospedale "universitario" saranno trattate nella risposta alla stessa che è in fase di elaborazione.

Si ricorda comunque che in risposta ad un'Iniziativa parlamentare che chiedeva la definizione di un "ospedale cantonale universitario di riferimento" il Gran Consiglio nel 2018 ha accolto l'istituzione di un ospedale cantonale unico di riferimento, senza tuttavia precisarne l'ubicazione, mentre ha posto come obiettivo ulteriore l'aggiunta della denominazione "universitario". Si aggiunge inoltre che un recente rapporto commissionato dalla Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità e della Conferenza svizzera delle scuole universitarie ha cercato di chiarire il significato in termini

di impatto della denominazione “universitario” (funzionale tra l’altro all’ottenimento di finanziamenti cantonali per la ricerca) e ha categorizzato gli ospedali in cinque tipologie, inserendo l’EOC nella tipologia degli ospedali di formazione e di ricerca universitaria, al pari degli ospedali cantonali di Lucerna, San Gallo e Friburgo.

3.4 Come si intendono evitare i doppioni con il settore privato?

Le numerose sentenze del TAF pronunciate in ambito di pianificazione ospedaliera hanno evidenziato, in particolare, come i Cantoni non possano a priori limitare l’accesso ai fornitori di prestazioni che dispongono dei requisiti richiesti in termini di risorse, qualità ed economicità. Una differenziazione tra settore pubblico e privato accordando posizioni privilegiate al primo non è ammissibile, dal momento che la LAMal ha posto tutti i fornitori di prestazioni sullo stesso piano, in un regime accresciuto di concorrenza. Si ricorda che alcuni timidi tentativi di limitare i doppioni, favorendo una collaborazione tra istituti pubblici e privati ad esempio in ambito ostetrico e neonatologico, si sono scontrati anche con l’esito del voto popolare.

3.5 Il Consiglio di Stato come intende regolare l’offerta di prestazioni sanitarie a livello ambulatoriale oltre a quanto deciso a livello federale (ad esempio con la regolazione dell’ammissione di medici)?

Sin dalla prima clausola del bisogno, messa in vigore nel gennaio 2001 con l’art. 55a LAMal, il Canton Ticino ha sempre sfruttato al massimo lo strumento della moratoria, in particolare stabilendo di non prevedere ulteriori eccezioni salvo quelle disciplinate sul piano federale, in particolare, in base al regime attuale, l’esclusione dei medici che vantano tre anni di attività in un centro svizzero di perfezionamento riconosciuto.

Con l’adozione della nuova Ordinanza sulla determinazione dei numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale (in vigore dal 1° gennaio 2022), il Consiglio federale ha adottato un modello nazionale di regressione dell’offerta delle cure mediche, con il quale l’offerta di medici che esercitano in una regione viene messa in relazione con il tasso di approvvigionamento calcolato nella stessa regione e specializzazione. Al fine di permettere ai Cantoni di implementare questo nuovo e complesso strumento, il legislatore federale ha previsto un termine transitorio fino al 30 giugno 2025, scadenza a partire dalla quale il modello di regressione dovrà trovare integralmente applicazione. Il Cantone da parte sua ha dunque il compito di determinare l’offerta di medici per specializzazione e per regione al fine di metterla in rapporto con il tasso di approvvigionamento. Una volta in possesso nel dettaglio dell’attuale situazione sul territorio cantonale si potrà definire in quali specializzazioni e regioni applicare i numeri massimi, orientando se del caso l’insediamento di nuovi studi medici verso le zone periferiche e privilegiando l’afflusso di specialisti solo nei settori non sufficientemente coperti, così da intervenire laddove vi è un’offerta eccedentaria.

Il nuovo strumento del modello di regressione ha lo scopo accresciuto di bloccare l’aumento di medici nei settori già ampiamente coperti dall’offerta, e ciò fino a quando non si scenderà sotto la soglia del numero massimo (a seguito di pensionamenti, trasferimenti, decessi). Va però rilevato che questo nuovo strumento toccherà solamente i nuovi medici che vogliono fatturare a carico dell’assicurazione obbligatoria medico-

sanitaria. Gli effetti potranno essere dunque visibili solo a lungo termine ed avranno inizialmente solo un impatto marginale sulla diminuzione dei premi di cassa malati.

3.6 Che misure concrete sono previste per limitare l'offerta di prestazioni sanitarie non necessarie ma costose?

Di per sé la LAMal prevede, in uno dei suoi principi cardini (art. 32) che siano riconosciute solo le prestazioni efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni elencate nell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre) o nell'Elenco delle specialità (ES), per quanto riguarda i medicinali, vengono riesaminate periodicamente. A tal fine la Confederazione sviluppa ed ha previsto di rafforzare le procedure di Health Technology Assessment (HTA). Anche su questo aspetto i Cantoni non hanno competenze per limitare tipologie e volumi delle prestazioni erogate.

Le società di specialità mediche promuovono comunque forme virtuose di sensibilizzazione e autodisciplina in tal senso. A questo proposito si richiama il sito www.smartermedicine.ch che è costantemente aggiornato sulle raccomandazioni delle società di specialità relativamente agli atti medici ritenuti indispensabili vs superflui, ai sensi della filosofia Choosing Wisely. Non si può tuttavia d'altro canto dimenticare che il tariffario medico ambulatoriale, applicabile sia ai medici sul territorio che al settore ambulatoriale degli ospedali, è basato su un concetto di retribuzione all'atto.

Ricordiamo inoltre la legge cantonale concernente l'autorizzazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi o di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costosa, oggetto fra l'altro della domanda seguente.

3.7 La pianificazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi e di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costose (clausola del bisogno) funziona? In caso negativo che andrebbe fatto per migliorarla?

L'obbligo autorizzativo per le apparecchiature a tecnologia avanzata, che sono suscettibili di indurre costi eccessivi attraverso un incremento ingiustificato di esami diagnostici, è stato introdotto solo dal Ticino e da alcuni Cantoni romandi. La legittimità di un tale strumento cantonale ha peraltro a lungo sollevato dubbi, finché il TF ha sancito la sua ammissibilità costituzionale, a fine 2013. L'originario decreto legislativo è stato consolidato in legge nel 2016 e nel corso del 2020 lo strumento è stato oggetto di una valutazione esterna da parte di Unisanté, Losanna. La sua utilità è stata confermata, in particolare nel suo effetto deterrente. In effetti ogni istanza deve essere giustificata comprovando la necessità della sostituzione o del nuovo acquisto e valutando le conseguenze sui costi LAMal. Inoltre, gli approfondimenti svolti dalla commissione preposta comportano il rilascio dell'autorizzazione, se ritenuta necessaria e opportuna, mediamente dopo due anni dall'inoltro della domanda, evitando di fatto un aumento incontrollato e repentino degli esami diagnostici. La commissione tecnica cerca pure di favorire la collaborazione tra professionisti al fine di migliorare la produttività delle singole apparecchiature.

Va però altresì considerato che anche in questo ambito il progresso tecnologico avanza rapidamente, sia per quanto attiene alla qualità della diagnostica (meno invasiva) sia per il costo di alcune apparecchiature (in costante diminuzione). Ciò concorre al costante

ampliamento delle indicazioni allo svolgimento di determinati esami diagnostici, indicazioni poste dalle società mediche come raccomandazioni e buone pratiche. Si pensi in particolare alle risonanze magnetiche e ai tomografi, che stanno diventando sempre più strumenti di routine in sostituzione della radiologia convenzionale.

3.8 Qual è stata l'evoluzione dal 2000 a oggi delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi e di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costose?

Nei vent'anni in cui è in vigore il regime autorizzativo le apparecchiature TAC sono cresciute da 11 a 16, le risonanze magnetiche da 6 a 14.5, i sistemi di chirurgia robotizzate da 0 a 3, gli acceleratori lineari da 2 a 3 e le sale operatorie, pure sottoposte alla legge, da 44 a 55. La densità di apparecchiature per milione di abitanti per le TAC, nel 2020, è di 48.37 in Ticino, mentre in Svizzera è di 41.95; per le RMI, nel 2021, è di 41.25 in Ticino contro 49.09 in Svizzera².

Vent'anni sono un periodo molto lungo nella prospettiva di progresso della medicina e questi numeri non devono indurre a conclusioni affrettate e distorte, richiamate le considerazioni esposte al punto precedente sull'evoluzione tecnologica e l'aumento delle indicazioni a svolgere determinati esami. La presenza di alcuni istituti e studi radiologici privati, con professionisti affermati che rivendicano la possibilità di offrire le prestazioni diagnostiche più performanti ai pazienti, al pari di tutte le altre categorie mediche, incide inevitabilmente sul numero di apparecchiature disponibili. Un'influenza la esercita indubbiamente anche la tipologia di prestazioni offerte: nei PS aperti giorno e notte occorrono apparecchiature dedicate ai pazienti urgenti, in particolare le TAC, che vanno ad aggiungersi a quelle per l'attività programmata, mentre per le RMI l'aumento è legato in maniera importante al loro ruolo sostitutivo della radiologia convenzionale. Va pure considerato che nei rari casi in cui, dopo il lungo percorso di valutazione, sono infine stati emessi preavvisi e decisioni negative, i ricorsi interposti, nella maggior parte dei casi, sono stati accolti.

Voglia gradire, signor deputato, i sensi della nostra stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente

Claudio Zali

Il Cancelliere

Arnaldo Coduri

Copia:

- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)

² Fonti: Divisione di radioprotezione, UFSP per le TAC e ditte fornitrici per le RMI.