

Numero  
**5170**

**aa**

**0**

Bellinzona  
**19 ottobre 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  
Marco Noi  
e cofirmatari  
Deputati al Gran Consiglio

### **Interpellanza 3 ottobre 2022 “Fare chiarezza nell’assunzione dei costi della psicoterapia non medica”**

Signore deputate e signori deputati,

come da accordi intercorsi, rispondiamo in forma scritta all’interpellanza indicata a margine.

Prima di entrare nel merito delle domande poste, riteniamo opportuna una breve contestualizzazione.

Dal 1° luglio 2022 le prestazioni di psicoterapia non medica prescritte da un medico sono poste a carico dell’Assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie (AOMS). I partner tariffali (Associazioni di categoria di psicologi e di psicoterapeuti e Assicuratori) si sono prodigati per elaborare una struttura tariffale (che consta di un catalogo di prestazioni espresse in punti) e stabilire un valore del punto da applicare al momento della fatturazione delle prestazioni erogate.

Il risultato delle trattative è sfociato in una proposta di convenzione tariffale sottoscritta dalla sola Cooperativa di acquisti HSK SA e dai fornitori di prestazioni afferenti a H+ Gli Ospedali Svizzeri, la FSP Federazione Svizzera delle Psicologhe e degli Psicologi, ASP Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti e SBAP Associazione Professionale Svizzera della Psicologia Applicata. CSS e gli assicuratori malattia rappresentati da tarifsuisse sa non hanno per il momento sottoscritto un accordo. Entrambe le organizzazioni ritengono il valore del punto proposto troppo alto e per tarifsuisse sa anche la struttura tariffale non è soddisfacente.

La proposta di nuova struttura tariffale è stata sottoposta al Consiglio federale per approvazione da Curafutura (che raggruppa gli assicuratori Helsana, CPT, Sanitas e CSS) e dai fornitori di prestazioni il 10 giugno scorso.

Nell’intento di ossequiare al principio della protezione tariffale nei confronti degli assicurati, seguendo la raccomandazione della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità e nel rispetto delle competenze in materia di approvazione di

strutture tariffali di portata nazionale (della Confederazione) e dei valori del punto (del Cantone), il Consiglio di Stato ha approvato con decreto esecutivo del 13 luglio 2022 la sola tariffa provvisoria di fr. 2.58 al minuto, riprendendo il valore stabilito nella convenzione siglata con HSK.

La Divisione della salute pubblica ha poi invitato in data 4 agosto 2022 tarifsuisse ad applicare la struttura tariffale di HSK, al fine di adottare un'unica modalità di fatturazione.

Al di là di quanto segnalato con l'atto parlamentare, e più precisamente il fatto che alcuni assicuratori non pagherebbero le fatture emesse da psicologi e psicoterapeuti che erogano prestazioni di psicoterapia delegata, ci sembra importante precisare che ogni cambiamento presuppone dei tempi di adattamento, tanto più quando sono coinvolti più partner, nel caso specifico, psichiatri prescrittori di prestazioni, psicologi erogatori, pazienti beneficiari e assicuratori finanziatori. Qualche intoppo di tipo burocratico e non solo è da mettere in conto. Il tutto è poi complicato da un quadro normativo in divenire che non agevola la trasparenza e la rapidità esecutiva.

Nel merito delle domande poste, si risponde come segue.

**1. È a conoscenza il Consiglio di Stato del fatto che diversi assicuratori malattia non riconoscono la struttura tariffale poiché non sarebbe stata fissata nel decreto esecutivo del Governo la sua applicazione?**

Il Consiglio di Stato è a conoscenza del fatto che alcune fatture restano provvisoriamente scoperte non perché gli assicuratori rifiutino di riconoscere le prestazioni, ma perché nel caso in cui una tariffa o una convenzione tariffale siano approvate in via provvisoria, l'art. 42 cpv. 1 LAMal prevede che "l'assicurato è debitore della remunerazione nei confronti del fornitore di prestazioni. In questo caso l'assicurato ha diritto di essere rimborsato dal suo assicuratore (sistema del terzo garante)".

Può capitare che l'assicurato attenda il rimborso da parte dell'assicuratore prima di onorare le fatture. In queste situazioni il fornitore di prestazione deve pazientare il tempo necessario.

Inoltre, diversamente da quanto avviene per le assicurazioni complementari, le prestazioni che sono riconosciute dalla LAMal sono assoggettate a franchigia e a partecipazione ai costi. Anche per questo motivo alcuni pazienti potrebbero vedersi rifiutare il rimborso delle proprie fatture, non avendo ancora raggiunto il limite dell'importo a proprio carico.

**2. In caso affermativo, cosa sta facendo il Consiglio di Stato per risolvere tale problematica ed evitare inutili irritazioni e confusioni ad assicurati/e e fornitori di prestazioni?**

Il Consiglio di Stato e per esso il Dipartimento della sanità e della socialità è in contatto costante con gli assicuratori rappresentati da tarifsuisse e ha potuto verificare che le presunte criticità sono riconducibili a quanto esposto nella risposta alla prima domanda. In questo senso il Cantone non dispone di margini di manovra per adottare soluzioni diverse dalle regole previste dalla LAMal.

**3. Se è vero, come viene affermato nel decreto esecutivo, che la competenza dell'approvazione della struttura tariffale è del Consiglio federale, come è possibile che negli altri cantoni non si rilevano i problemi riscontrati nel nostro Cantone? È forse che il Consiglio federale ha approvato la struttura tariffale in tutti i cantoni eccetto il Ticino? Oppure è perché gli altri cantoni nei propri decreti esecutivi hanno approvato e definito in via provvisoria oltre al valore del punto tariffale anche la relativa struttura tariffale?**

Il Consiglio federale è l'organo competente per l'approvazione delle convenzioni tariffali valide in tutta la Svizzera, come disposto dall'art. 46 cpv. 4 LAMal. L'agire di alcuni Cantoni non è pertanto conforme alla legislazione vigente. La struttura tariffale proposta da Curafutura e dai fornitori di prestazioni è tuttora al vaglio del Consiglio federale. In ogni caso, l'approvazione della struttura tariffale da parte del Cantone, oltre ad essere lesiva della LAMal, non cambierebbe la regola del terzo garante, né tantomeno permetterebbe di evitare lo scoglio della franchigia e della partecipazione ai costi.

**4. Entro quando il Consiglio di Stato può garantire la risoluzione di questo problema?**

La procedura e i tempi di approvazione della struttura tariffale sfuggono ovviamente al controllo ed alle scadenze auspicati dal Consiglio di Stato. In aggiunta ai passi già intrapresi, il Dipartimento della sanità e della socialità chiederà un intervento della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità presso le Autorità federali, al fine di accelerare la procedura di approvazione della struttura tariffale.

**5. È a conoscenza infine il Consiglio di Stato del fatto che vi sia una certa arbitrarietà da parte degli assicuratori malattia nel definire se la copertura della LCA è ancora valida o meno, come pure nel definire chi fra LAMal e LCA debba o possa coprire i costi della psicoterapia?**

In generale i contratti LCA in essere dovrebbero restare invariati nel rispetto dei termini di disdetta dei singoli accordi. La psicoterapia praticata da psicologi che rientra nelle prestazioni riconosciute ai sensi dell'art. 11b dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre) è fatturata a carico della LAMal e nel rispetto della protezione tariffale sancita dall'art. 44 LAMal non può essere posta a carico delle assicurazioni complementari.

**6. Cosa può fare il Consiglio di Stato per tutelare soprattutto i diritti delle e dei pazienti?**

I diritti delle e dei pazienti a ricevere le cure necessarie e adeguate non sono messi in discussione. Incontestato è pure il diritto dei fornitori di prestazioni ad essere pagati per le prestazioni erogate. Un possibile problema, che però trascende la questione specifica delle prestazioni psicologiche e psicoterapiche, risiede semmai nelle capacità finanziarie dei pazienti, i quali possono e devono valutare le proprie coperture assicurative considerando i vari modelli assicurativi e le franchigie a opzione in funzione del proprio stato di salute e della propria situazione economica. Lo Stato interviene in tale contesto mediante l'erogazione dei contributi alla riduzione dei premi o il riconoscimento delle prestazioni complementari all'AVS e all'AI, che di fatto pone di massima il premio della cassa malati interamente a carico del Cantone.

Vogliate gradire, signore deputate e signori deputati, i sensi della nostra stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente



Claudio Zali

Il Cancelliere



Arnaldo Coduri

Copia a:

- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Area di gestione sanitaria (dss-ags@ti.ch)