

Rapporto

numero

8554 R

data

3 aprile 2025

competenza

DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ

della Commissione sanità e sicurezza sociale sul messaggio 18 marzo 2025 concernente la modifica della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) per l'attuazione della determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale”

1. INTRODUZIONE

La limitazione dell'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) ai sensi dell'art. 55a LAMal è stata applicata in forme differenti a partire dal 1° gennaio 2001. Dalla sua abrogazione, il 1° gennaio 2012, il numero di medici indipendenti è aumentato considerevolmente e così anche i costi a carico dell'AOMS; il 5 luglio 2023 è stato reintrodotta d'urgenza per una durata di tre anni, prorogato due volte, con ultimo termine al 30 giugno 2021¹.

Il nuovo art. 55a LAMal («¹ *Cantoni limitano, in uno o più campi di specializzazione medica o in determinate regioni, il numero di medici che forniscono prestazioni nel settore ambulatoriale a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. [...]»*) è stato adottato il 19 giugno 2020²; esso ha conferito ai Cantoni la competenza di limitare il numero di medici autorizzati a fornire prestazioni ambulatoriali ospedaliere o extraospedaliere a carico dell'AOMS in uno o più campi di specializzazione medica o in determinate regioni.

Il Parlamento ha nel contempo incaricato il Consiglio federale di fissare i criteri e i principi metodologici applicabili alla determinazione dei numeri massimi così da assicurare una certa omogeneità in tutta la Svizzera (art. 55a cpv. 2 LAMal); il 23 giugno 2021, l'Esecutivo federale ha adottato l'Ordinanza sulla determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale (Ordinanza sui numeri massimi)³. Essa, pur lasciando un certo margine di manovra ai Cantoni per tenere conto delle specificità regionali, impone di basarsi sull'offerta effettiva di medici che esercitano in un campo di specializzazione e in una regione, sul tasso di approvvigionamento in cure e sui fattori di ponderazione, definendone anche principi, caratteristiche e competenze.

Scaduta la prima fase di due anni il 30 giugno 2023, durante la quale i Cantoni potevano continuare ad applicare il diritto previgente⁴, dal 1° luglio 2023, in applicazione della norma transitoria ex art. 9 Ordinanza sui numeri massimi («*I Cantoni possono stabilire che, al più tardi fino al 30 giugno 2025, l'offerta di medici calcolata secondo l'articolo 2 corrisponde, per campo di specializzazione medica e per regione, a un approvvigionamento conforme*

¹ [FF 2016 3099](#) e [FF 2018 5389](#).

² [RU 2021 413](#).

³ [RS 832 107](#).

⁴ Disposizioni transitorie della modifica della LAMal del 19 giugno 2020, [RU 2021 413](#).

al bisogno ed economico») per le specializzazioni sottoposte a limitazione, il numero di medici attivi costituisce in sostanza il tetto massimo.

I relativi decreti sono stati presentati dal Consiglio di Stato con il Messaggio n. 8283⁵ del 17 maggio 2023 con validità fino al più tardi al 30 giugno 2025. Il primo decreto (urgente, durata massima di un anno) era volto a fornire una base legale formale transitoria per l'applicazione del suddetto art. 9 Ordinanza sui numeri massimi; il secondo (ordinario) per sostituire la normativa urgente una volta approvato dal Gran Consiglio e trascorso il periodo referendario.

Il Consiglio di Stato dunque, con il Messaggio oggetto del presente Rapporto, propone l'aggiunta, nella LCAMal, dell'art. 66v^{bis}, che attribuisce la competenza all'Esecutivo di applicare la limitazione del numero massimo di medici imposta dall'art. 55a LAMal e tesa a cercare di contenere la crescita dei costi sanitari e quindi dei premi dell'assicurazione malattia.

2. APPLICAZIONE DEL REGIME TRANSITORIO

Con l'Ordinanza sui numeri massimi il Consiglio federale ha attribuito al Dipartimento federale dell'interno (DFI) l'esecuzione del calcolo del TA (che corrisponde al rapporto tra l'offerta di prestazioni fornita dai medici e la stima del volume di prestazioni necessario a coprire i bisogni di cure in un campo di specializzazione e in una regione), mentre la valutazione dell'offerta di medici e dei fattori di ponderazione spettano ai Cantoni.

Il 28 novembre 2022 il DFI ha emanato l'Ordinanza sulla determinazione dei tassi regionali di approvvigionamento per campo di specializzazione medica nel settore ambulatoriale⁶, in vigore dal 1° gennaio 2023; gli allegati 1 e 2 riportano i TA per Cantone e specializzazione⁷ (l'Ordinanza è stata modificata il 30 settembre 2024⁸ aggiornando i TA⁹ con validità dal 1° luglio 2025).

I numeri massimi di medici devono essere espressi in equivalenti a tempo pieno (ETP)¹⁰, TA che si ottiene confrontando il tempo di lavoro effettivo con quello prestato in media da un medico a tempo pieno (il fattore di ponderazione compensa eventuali elementi che incidono sul fabbisogno oggettivo di cure ma non sufficientemente considerati nel modello nazionale).

⁵ Cfr. [Messaggio n. 8283](#) " Regime transitorio sulla determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale", 17.05.2023 e [Rapporto](#) della Commissione sanità e sicurezza del 21.06.2023 (per la discussione in Gran Consiglio cfr. [Seduta VI](#), 21.06.2023, pp. 435-444).

⁶ [RU 2022 803](#).

⁷ [Allegati 1&2 - Tassi regionali di approvvigionamento per campo di specializzazione medica nel settore ambulatoriale](#).

⁸ [RU 2024 565](#).

⁹ [Allegati 1, 2 & 3 - Regioni della categoria 2 e tassi regionali di approvvigionamento per campo di specializzazione medica nel settore ambulatoriale](#).

¹⁰ Art. 2 cpv. 1 e 3 dell'Ordinanza sui numeri massimi: «¹I Cantoni calcolano l'offerta di medici sulla base del tempo di lavoro effettuato dai medici espresso in equivalenti a tempo pieno.

[...]

³Per calcolare gli equivalenti a tempo pieno il tempo di lavoro del medico è fissato in relazione con il tempo di lavoro medio di un medico attivo a tempo pieno. È considerata attività a tempo pieno un'attività svolta per dieci mezzeggiornate a settimana».

$$\text{Numero massimo (ETP)} = \frac{\text{ETP effettivi}}{\text{Tasso di approvvigionamento (\%)}} \cdot \text{Fattore di ponderazione}$$

Il Gran Consiglio aveva riconosciuto, con l'approvazione del Messaggio n. 8283, una certa autonomia al Governo nella determinazione delle specializzazioni da sottoporre a limitazione e nella facoltà di prevedere delle possibili eccezioni a tale blocco. In ragione del costante aumento della spesa sanitaria in generale e nel settore ambulatoriale, il Consiglio di Stato aveva optato per un'applicazione piuttosto rigorosa della limitazione, cercando però, nel contempo, di garantire anche una certa flessibilità nell'applicazione delle norme per assicurare la necessaria copertura sanitaria. Con il Regolamento sulla determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale¹¹, adottato il 18 ottobre 2023, l'Esecutivo aveva stabilito di sottoporre alla limitazione le specializzazioni con un tasso di approvvigionamento (TA) superiore al 120% e con equivalenti a tempo pieno (ETP) superiori a 10.

La discriminante del 120% è stata adottata per considerare che il TA calcolato dal DFI presentava un certo margine d'errore (confermatosi poi con il ricalcolo dei TA, pubblicati nella modifica dell'Ordinanza sulla determinazione dei tassi regionali di approvvigionamento per campo di specializzazione medica nel settore ambulatoriale del 30 settembre 2024), dovuto in particolare a prestazioni non computate, in quanto prese a carico da altre assicurazioni (es. assicurazione invalidità, infortuni o militare) o pagate da pazienti con franchigia alta e non trasmesse alle casse malati o ancora da pazienti non residenti in Svizzera.

L'applicazione della limitazione solo alle specializzazioni con più di 10 ETP attive è stata invece ritenuta opportuna perché un eventuale margine d'errore nel TA o nel calcolo delle ETP ha maggiore incidenza e perché i medici attivi in questo ambito, visto il loro numero esiguo, hanno anche nel complesso un impatto ridotto sui costi della salute.

Durante la fase transitoria sono state sottoposte a limitazione le seguenti 11 specializzazioni:

Specializzazione	Tasso d'approvvigionamento
Anestesiologia	130,55%
Cardiologia	122,50%
Oncologia	169,70%
Nefrologia	160,90%
Neurologia	143,60%
Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica	121,00%
Dermatologia e Venereologia	126,10%
Gastroenterologia	125,70%
Radiologia	124,60%
Chirurgia	121,60%
Chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato motorio	125,00%

¹¹ [RL 853.610.](#)

Il Ticino, con 11 specializzazioni sottoposte al blocco, risulta tra i Cantoni più restrittivi, assieme a Zugo, Ginevra e Giura.

I medici con specializzazione che hanno inoltrato richiesta dopo l'entrata in vigore del regolamento sono stati inseriti in apposite liste d'attesa divise per specializzazione e gestite dall'Ufficio di sanità in ordine cronologico. Dal 1° novembre 2023 al 1° marzo 2025 sono stati inseriti nella lista d'attesa 21 medici in 8 specializzazioni diverse. Cinque medici hanno nel frattempo ricevuto l'autorizzazione AOMS a seguito della cessazione dell'attività di un operatore della medesima specializzazione.

Non vi è stato particolare ricorso alle eccezioni alla limitazione del numero di medici previste dal Regolamento, se non in tre occasioni ex art. 6 cpv. 4 *«Fanno eccezione all'applicazione della lista d'attesa le cessioni di studio medico se avvengono nella stessa specializzazione e nello stesso comune e se il passaggio di operatori avviene entro tre mesi della cessata attività del titolare dello studio. Le parti coinvolte ne danno comunicazione all'Ufficio di sanità e potranno collaborare per un massimo di sei mesi»* e in un paio ex art. 5 cpv. 2 e 3 *«²Il Dipartimento può, su richiesta motivata degli istituti ai sensi dell'articolo 39 LAMal, oltrepassare il numero massimo per autorizzare in singoli casi medici con attività ambulatoriale ospedaliera in una determinata specialità.*

³Parimenti è possibile rilasciare all'operatore sanitario che riprende la funzione di primario o viceprimario di una struttura, un'autorizzazione vincolata, se debitamente motivata da quest'ultima».

Sulla scorta degli artt. 2 e 8 del Regolamento¹², è stato istituito un Gruppo di lavoro coordinato dai servizi del DSS e composto dalla Capa dell'Ufficio di sanità e dal Medico cantonale per il DSS, tre rappresentanti dell'OMCT, due dell'EOC, due dell'Associazione delle Cliniche private ticinesi e uno dell'Associazione ticinese dei medici assistenti e dei capiclinica, con il compito di esaminare la copertura nelle varie specializzazioni tramite l'analisi di dati e la valutazione della presa a carico sul territorio di trasmettere un proprio rapporto all'attenzione del DSS quale fondamento tecnico per le basi normative esecutive di applicazione del regime di regressione a partire dal 1° luglio 2025.

2.1 Consultazione

La regolamentazione concernente il regime transitorio è stata sottoposta in consultazione, a partire dalla fine di marzo 2023, sia dapprima per quanto attiene al decreto legislativo sui numeri massimi che successivamente in relazione al relativo Regolamento. Tali consultazioni hanno coinvolto tutti gli attori interessati sul territorio; in particolare l'Ordine dei Medici del Cantone Ticino (OMCT), l'Ente ospedaliero cantonale (EOC), l'Associazione delle cliniche private ticinesi (ACPT), l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC),

¹² Art. 2 *«Il Dipartimento della sanità e della socialità (di seguito Dipartimento), con il supporto dell'Ufficio di sanità, cura l'esecuzione dell'articolo 55a LAMal, dell'articolo 9 dell'ordinanza sui numeri massimi e dei decreti legislativi sulla determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale. Esso si avvale della collaborazione del gruppo di lavoro di cui all'articolo 8».*

Art. 8 *«¹Durante la fase transitoria prevista dall'articolo 9 dell'ordinanza sui numeri massimi, il Dipartimento costituisce un gruppo di lavoro composto dai fornitori di prestazioni mediche attivi nel settore ambulatoriale privato e nel settore ambulatoriale ospedaliero, pubblico e privato, per esaminare e discutere la futura definitiva implementazione dei numeri massimi.*

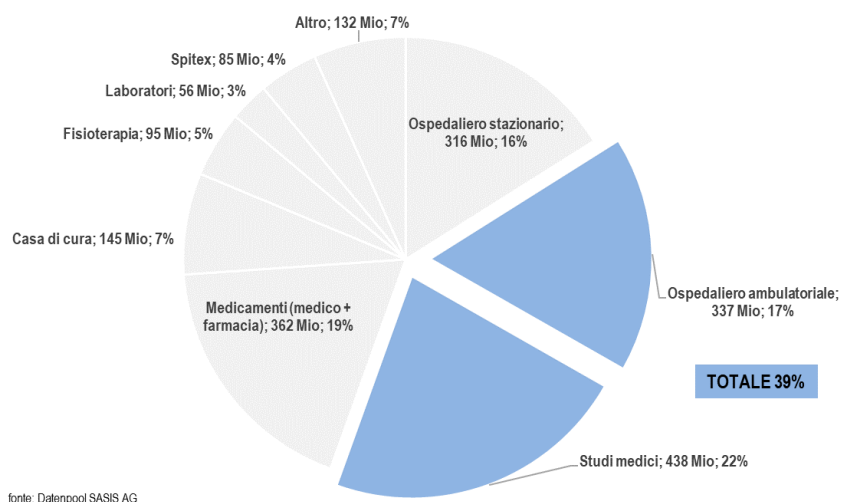
²*Il gruppo trasmette regolarmente rapporti al Dipartimento, tramite i quali può anche formulare proposte concrete relative alle misure da intraprendere per una corretta copertura sanitaria».*

l'Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana (ACSI), Santésuisse e Curafutura.

Tra marzo e aprile 2023 è stato svolto un censimento dal DSS tramite l'invio di circa 2'500 lettere a tutti i medici attivi in Ticino, i cui risultati sono stati utilizzati per il regime adottato con il Regolamento sui numeri massimi durante la fase transitoria.

3. MODIFICA DELLA LCAMAL

I costi del settore ambulatoriale che riguardano prestazioni erogate da medici rappresentano il 39% dei costi totali LAMal: 22% per le prestazioni erogate negli studi medici e 17% per le prestazioni degli ospedali a pazienti ambulatoriali (dati 2023).



Dal 2011 al 2023 le prestazioni ambulatoriali erogate in ambito ospedaliero e negli studi medici sono aumentate dell'83% in Ticino (Svizzera 75%) a fronte di un aumento della spesa LAMal del 63% (Svizzera 62%).

La modifica della LCAMal proposta dal Consiglio di Stato tramite l'introduzione del nuovo art. 66v^{bis}, oggetto del presente Rapporto, intende applicare l'art. 55a LAMal nel tenore in vigore dal 1° luglio 2021¹³, e le relative ordinanze di applicazione. Con l'applicazione del modello di regressione, in presenza di un TA superiore al 100% (e non più al 120%) occorrerà raggiungere un numero massimo di medici in ETP inferiore al numero di medici attivi. Questi ultimi potranno continuare a esercitare a carico della LAMal, mentre nuovi medici potranno essere ammessi solo al momento in cui l'offerta di medici in ETP scenderà sotto il numero massimo.

¹³ [RU 2021 413](#). Cfr. Messaggio n. 18.047 del 9 maggio 2018, [FF 2018 2635](#), consid. 5.5.3: «En effet, l'art. 55a LAMal, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er juillet 2021 (RO 2021 413), constitue toujours une réglementation directement applicable qui doit être concrétisée par des règlements cantonaux d'exécution et qui ne nécessite pas de base légale cantonale formelle supplémentaire».

Con sentenza¹⁴ del 16 settembre 2024 relativa all'Ordinanza adottata dal Consiglio di Stato del Cantone Friburgo per disciplinare la materia, il Tribunale federale ha statuito che, contenendo già la Legislazione federale sulla limitazione del numero di medici ambulatoriale i principi necessari e gli elementi essenziali regolanti la clausola del bisogno, i Cantoni possono regolare gli aspetti di applicazione di loro competenza tramite semplici normative esecutive, ma il Consiglio di Stato ha deciso di farlo tramite una base legale formale.

La modifica legislativa proposta riprende i contenuti del decreto legislativo sui numeri massimi (approvati nel giugno 2023), avallati dal Tribunale federale il quale, con sentenze¹⁵ del 28 maggio 2024, ha respinto i quattro ricorsi interposti da medici e strutture sanitarie ticinesi.

In considerazione delle consultazioni effettuate nel 2023 e ritenuti i contenuti analoghi della modifica di legge proposta, che per di più non determina ancora le regole e le categorie concretamente sottoposte a limitazione, il Consiglio di Stato non ha proceduto con un'ulteriore consultazione tra i portatori d'interesse. Medici e ospedali sono comunque coinvolti anche attraverso il menzionato Gruppo di lavoro.

Il nuovo art. 66v^{bis} LCAMal attribuisce la competenza al Consiglio di Stato di applicare la limitazione del numero massimo di medici imposta dall'art. 55a LAMal, secondo i criteri e i principi metodologici imposti per la definizione dei numeri massimi dalla Legislazione federale e, in particolare, dalle Ordinanze d'applicazione.

Esso è tenuto a fissare innanzitutto per quali specializzazioni verrà applicato il regime di regressione (lett.a): il Consiglio di Stato, per effettuare questa valutazione, dovrà basarsi sul calcolo effettuato dal DFI relativo ai TA per specializzazione e per regione contenuti negli allegati¹⁶ dell'Ordinanza sulla determinazione dei tassi regionali di approvvigionamento per campo di specializzazione medica nel settore ambulatoriale.

Alla luce dell'aumento particolarmente marcato dei costi sanitari nel settore ambulatoriale in Ticino, l'Esecutivo ritiene opportuna (com'è stato per la fase transitoria) un'applicazione rigorosa e restrittiva del regime di digressione. La possibilità di prevedere eccezioni volte a garantire la necessaria copertura territoriale anche in seno alle specializzazioni sottoposte a limitazione, permetterà un intervento efficace (lett. b).

L'Ordinanza sui numeri massimi prevede che tutti i medici con attività ambulatoriale, in campo ospedaliero o extraospedaliero, possono essere assoggettati alla limitazione dei numeri massimi: i Cantoni non possono dunque prevedere dei numeri massimi distinti per gli studi medici privati e il settore ambulatoriale ospedaliero.

La modifica della LCAMal non prevede alcuna modifica dell'organico, né sono previsti maggiori costi dal punto di vista finanziario.

¹⁴ [9C 538/2023](#).

¹⁵ STF [9C 481/2023](#), STF [9C 482/2023](#), STF [9C 483/2023](#) e STF [9C 484/2023](#)

¹⁶ Cfr. nota 9.

4. CONCLUSIONI

La Commissione sanità e sicurezza sociale, condividendo l'intento e la necessità della modifica legislativa proposta (indispensabile per poter applicare il regime dei numeri massimi dei medici dopo la scadenza della fase transitoria disciplinata dall'art. 9 dell'Ordinanza sui numeri massimi), appurato che non si prospettano maggiori costi finanziari e che non è previsto un aumento dell'organico, invita il Gran Consiglio ad approvare il disegno di legge annesso al messaggio governativo.

Per la Commissione sanità e sicurezza sociale:

Matteo Quadranti, relatore

Agustoni - Bühler - Canetta - Caverzasio -

Cedraschi - Corti - Cotti - Filippini - Forini -

Gianella Alex - Isabella - Mazzoleni - Merlo -

Petralli - Rusconi - Schnellmann - Tonini