



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI

**Ufficio federale della sanità pubblica UFSP**

## **Ordinanza del DFI del 28 novembre 2022 sulla determinazione dei tassi regionali di approvvigionamento per campo di specializzazione medica nel settore ambulatoriale**

Modifiche per il 1° luglio 2025

Tenore delle modifiche e commento

**Berna, 30 settembre 2024**

# I. Parte generale

## 1. Situazione iniziale

### 1.1. Quadro legale per la determinazione dei numeri massimi

Con la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) concernente l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni adottata dal Parlamento il 19 giugno 2020 (FF 2018 3263), ai Cantoni è stata conferita in virtù dell'articolo 55a LAMal la competenza di limitare il numero di medici autorizzati a fornire prestazioni nel settore ambulatoriale a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) in uno o più campi di specializzazione medica o in determinate regioni (determinazione di numeri massimi di medici). Sono soggetti alla limitazione anche i medici che esercitano nel settore ambulatoriale di un ospedale o in istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici ai sensi dell'articolo 35 capoverso 2 lettera n LAMal (art. 55a cpv. 1 lett. b LAMal)<sup>1</sup>. I Cantoni non sono tenuti a definire un numero massimo di medici per tutti i campi e per tutte le regioni, ma possono farlo anche solo per uno o più campi di specializzazione medica o solo per determinate regioni. Devono comunque prevedere, come minimo, dei numeri massimi per un campo di specializzazione in una certa regione. I fornitori di prestazioni, gli assicuratori e le loro rispettive federazioni comunicano gratuitamente alle autorità cantonali competenti che li richiedano i dati necessari a determinare i numeri massimi, oltre ai dati rilevati secondo l'articolo 59a LAMal (art. 55a cpv. 4 LAMal). Il metodo di selezione dei campi ai quali si applicano i numeri massimi è lasciato all'apprezzamento dei Cantoni. Prima di determinare i numeri massimi, i Cantoni sentono le federazioni dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e degli assicurati. Per determinare i numeri massimi, si coordinano con gli altri Cantoni (art. 55a cpv. 3 LAMal).

Il Parlamento ha incaricato il Consiglio federale di fissare i criteri e i principi metodologici per la determinazione di questi numeri tenendo conto in particolare dei flussi di pazienti tra Cantoni e delle regioni di erogazione dei servizi sanitari nonché dell'evoluzione generale dei tassi d'occupazione dei medici (art. 55a cpv. 2 LAMal). La competenza concessa al Consiglio federale è finalizzata ad assicurare l'omogeneità metodologica in tutta la Svizzera allo scopo di creare trasparenza e un quadro legale identico per il settore ambulatoriale, pur garantendo ai Cantoni un certo margine di manovra e consentendo loro di tenere conto delle specificità regionali. L'omogeneità metodologica deve inoltre facilitare il coordinamento intercantonale e favorire un approccio basato sulle regioni di approvvigionamento.

Il 23 giugno 2021, il Consiglio federale ha adottato l'ordinanza sulla determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale (RS 832.107; di seguito ordinanza sui numeri massimi). Questa ordinanza prevede che i numeri massimi per campo di specializzazione e per regione siano determinati dai Cantoni sulla base dell'*offerta effettiva* di medici praticanti calcolata da ciascun Cantone, dei *tassi di approvvigionamento* per campo di specializzazione e per regione stimati e pubblicati dal Dipartimento federale dell'interno (DFI) nonché dei *fattori di ponderazione* per campo di specializzazione e per regione definiti dai Cantoni per tenere conto delle circostanze che incidono sul bisogno oggettivo in cure, ma che non sono state prese in considerazione nel calcolo dei tassi di approvvigionamento. I Cantoni dispongono così del margine di manovra necessario per valutare la situazione nel proprio territorio, ma devono comunque motivare le loro decisioni, per esempio, richiamandosi a interviste di specialisti, sistemi di indicatori o valori di riferimento (art. 5 cpv. 2 ordinanza sui numeri massimi).

L'ordinanza sui numeri massimi è entrata in vigore il 1° luglio 2021 e prevede un periodo transitorio fino al 30 giugno 2025; dopo questa data i Cantoni dovranno determinare i numeri massimi interamente sulla base del metodo presentato nell'ordinanza sui numeri massimi.

---

<sup>1</sup> Si veda in proposito la risposta al punto 2.2 lett. h), pag. 18, nelle Domande frequenti (FAQ) sull'attuazione della modifica della LAMal «Autorizzazione dei fornitori di prestazioni» del 25 agosto 2023 pubblicate sul sito dell'UFSP [www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch)  
→ Assicurazioni → Assicurazione malattie → Fornitori di prestazioni.

## 1.2. Calcolo dei tassi di approvvigionamento

Conformemente all'incarico conferitogli dall'articolo 3 dell'ordinanza sui numeri massimi, il DFI ha calcolato i tassi di approvvigionamento e il 28 novembre 2022 li ha pubblicati nell'ordinanza del DFI sulla determinazione dei tassi regionali di approvvigionamento per campo di specializzazione medica nel settore ambulatoriale (RS 832.107.1; di seguito ordinanza sui tassi di approvvigionamento).

Il tasso di approvvigionamento corrisponde al rapporto tra il volume di prestazioni fornite dai medici e il volume di prestazioni necessario per un approvvigionamento conforme al bisogno in un campo di specializzazione e in una regione, e può essere rappresentato con la funzione seguente:

$$(F1) \text{ tasso di approvvigionamento} = \frac{\text{volume di prestazioni osservato}}{\text{volume di prestazioni adeguato al bisogno}}$$

Il volume di prestazioni osservato<sup>2</sup> è dedotto dalla statistica di fatturazione allestita da SASIS SA, mentre il volume di prestazioni adeguato al bisogno è rilevato con l'aiuto di un modello di regressione nazionale che prende in considerazione fattori demografici e legati alla morbilità nonché altri indicatori che spiegano l'evoluzione dell'offerta. Per determinare il campo di specializzazione dei medici che forniscono la prestazione, le regioni in cui esercitano nonché alcune caratteristiche sociodemografiche dei pazienti, oltre alle variabili provenienti direttamente dal pool di dati di SASIS SA, si utilizzano altre variabili provenienti da diverse fonti di dati. Il volume di prestazioni adeguato al bisogno tiene conto anche dei flussi di pazienti tra le regioni (art. 3 cpv. 1 e 3 ordinanza sui numeri massimi). Il metodo originario per il calcolo dei tassi di approvvigionamento e i relativi risultati sono spiegati nel rapporto esplicativo del 28 novembre 2022 sull'ordinanza sui tassi di approvvigionamento (RU 2022 803) nonché nei rapporti finali delle analisi effettuate dall'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) e dall'istituto BSS, consultabili sul sito Internet dell'UFSP<sup>3</sup>.

I tassi di approvvigionamento devono essere riesaminati periodicamente e se necessario adattati (art. 3 cpv. 5 ordinanza sui numeri massimi). Lo stesso vale per i numeri massimi determinati dai Cantoni (art. 5 cpv. 3 ordinanza sui numeri massimi). A questo proposito, il primo rapporto dell'Obsan e dell'istituto BSS<sup>4</sup> raccomanda di eseguire il primo riesame dei tassi di approvvigionamento se possibile nel 2024, ossia prima della scadenza del periodo transitorio di cui al punto 1.1.

## 2. Punti essenziali della modifica dell'ordinanza

Conformemente alle raccomandazioni formulate, il DFI ha preparato la revisione del metodo che comporta la presente modifica dell'ordinanza sui tassi di approvvigionamento. La revisione si basa sulle analisi effettuate dall'Obsan e dall'istituto BSS sotto la supervisione dell'UFSP. Analogamente a lavori precedenti, anch'esse sono state supportate da un gruppo di accompagnamento formato da rappresentanti dei Cantoni di Basilea Campagna/Basilea Città, Ginevra, Lucerna, San Gallo, Vaud e Zurigo, e della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS). Inoltre, i lavori sono stati oggetto di diverse presentazioni e sono stati effettuati vari sondaggi scritti presso un gruppo allargato di portatori di interessi nel quale erano rappresentati tutti i Cantoni nonché le federazioni degli assicuratori-malattie e dei fornitori di prestazioni mediche. Per domande specifiche sono stati coinvolti anche rappresentanti delle società delle varie discipline mediche e altri specialisti<sup>5</sup>.

<sup>2</sup> I termini «volume di prestazioni effettivo» e «volume di prestazioni osservato» sono qui sinonimi.

<sup>3</sup> Anche questi documenti sono disponibili all'indirizzo [www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch) > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Fornitori di prestazioni > Numeri massimi di medici.

<sup>4</sup> Reto Jörg, Boris Kaiser, Laila Burla, Lukas Haldimann, Marcel Widmer, Taux de couverture régionaux par domaine de spécialisation pour servir de base aux nombres maximaux dans les soins médicaux ambulatoires. Rapport final de l'Observatoire de la santé (Obsan) et de BSS Volkswirtschaftliche Beratung sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), Obsan rapport 05/2022, Neuchâtel, 2022. Consultabile all'indirizzo [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Publications.

<sup>5</sup> Compresi in particolare i chiarimenti con rappresentanti della Società svizzera di psichiatria e psicoterapia dell'infanzia e dell'adolescenza (SSPIA), della Società svizzera di radiologia (SSR), della Società svizzera di ginecologia e ostetricia nonché di NewIndex SA e SASIS SA in merito alle basi di dati utilizzate.

## 2.1. Sviluppo del metodo di calcolo dei tassi di approvvigionamento

Il metodo di calcolo dei tassi di approvvigionamento, inclusi gli adeguamenti apportati dopo la prima revisione, è descritto in modo dettagliato nel rapporto finale dell'Obsan e dell'istituto BSS<sup>6</sup>. Le misure adottate che comportano una modifica dell'ordinanza sui tassi di approvvigionamento sono sette:

### 1. Aggiornamento del periodo di riferimento e ampliamento dei dati utilizzati

Mentre il primo calcolo dei tassi di approvvigionamento si basava sui dati dell'anno di trattamento 2019, ora si basa sui dati più recenti disponibili al momento della revisione, ossia il 2022. Inoltre, utilizza due nuove fonti di dati, ossia le informazioni sulla valutazione dell'offerta medica rilevate dai Cantoni nel loro territorio (v. misura 2) e i dati dei pazienti del settore ambulatoriale ospedaliero (PSA; v. misura 7).

### 2. Inclusione di informazioni cantonali sui campi di specializzazione principali

Nel primo calcolo dei tassi di approvvigionamento, la ripartizione delle prestazioni fatturate tra i diversi campi di specializzazione si basava principalmente sulla specializzazione principale del fornitore di prestazioni secondo le informazioni del Registro dei codici creditori (RCC) di SASIS SA o, in alternativa, sull'ultimo titolo di perfezionamento conseguito dal medico secondo il registro delle professioni mediche MedReg. Nel quadro della revisione del metodo si è deciso di includervi anche i dati che i Cantoni rilevano nella loro sfera di competenza per la valutazione dell'offerta medica nel proprio territorio (componente dei numeri massimi, v. cap. 1). Per garantire un certo coordinamento tra il calcolo dei tassi di approvvigionamento e la valutazione dell'offerta medica nel territorio cantonale, questi dati sono utilizzati prima di applicare entrambi i metodi menzionati. I Cantoni che hanno messo questi dati a disposizione dell'Obsan e dell'istituto BSS sono 12. Dopo la verifica della loro plausibilità (con l'aiuto del MedReg) e la loro validazione da parte dei Cantoni interessati, essi hanno permesso di attribuire le prestazioni di un medico a una specializzazione principale. Gli oltre 9500 set di dati complessivamente utilizzati hanno contribuito a migliorare il metodo di calcolo. La specializzazione principale indicata dai Cantoni corrispondeva in oltre il 98 per cento dei casi a quella registrata nell'RCC di SASIS SA per gli studi medici individuali e in oltre il 93 per cento dei casi all'ultimo titolo di perfezionamento conseguito registrato nel MedReg. Ciò rafforza l'approccio sinora adottato, che sarà quindi mantenuto anche nei casi in cui i Cantoni non hanno trasmesso alcun dato.

Nel caso in cui non sia possibile identificare il medico che ha fornito la prestazione (questo scenario riguarda soprattutto gli ospedali o gli studi di medici associati che sulle fatture non indicano il numero GLN del medico curante), l'attribuzione ai vari settori di prestazione continuerà a basarsi sull'approccio probabilistico (teorema di Bayes) e sui ventagli di prestazione TARMED definiti in collaborazione con gli esperti tariffali delle società mediche. Tuttavia, poiché a volte in alcuni Cantoni per determinati campi di specializzazione è stato calcolato un volume di prestazioni (molto esiguo) nonostante nel loro territorio non ci fosse alcun medico che esercitasse in questi campi, ora le piccole percentuali (< 1 %) calcolate con questo metodo sono escluse dall'analisi.

### 3. Migliore delimitazione delle interfacce tra i campi di specializzazione

In alcuni campi di specializzazione, soprattutto *ginecologia*, *radiologia*, *psichiatria* nonché *psichiatria infantile e adolescenziale*, sono state osservate distorsioni legate per esempio a differenze regionali nella prassi e nella fatturazione.

Nei campi di specializzazione *ginecologia* e *radiologia* si è constatato che nella Svizzera tedesca determinate prestazioni del capitolo 39 TARMED «Procedimenti di formazione d'immagini» con il valore intrinseco qualitativo «ginecologia» e/o «CC ultrasonologia per la gravidanza» sono fornite

---

<sup>6</sup> Reto Jörg, Boris Kaiser, Alexandre Tuch, Marcel Widmer, Weiterentwicklung der Methodik und Aktualisierung der regionalen Versorgungsgrade. (Obsan Bericht 16/2024). Neuchâtel: Osservatorio svizzero della salute. Consultabile agli indirizzi [www.obsan.ch](http://www.obsan.ch) > Publikationen e [www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch) > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Fornitori di prestazioni > Numeri massimi di medici.

soprattutto da ginecologi (i radiologi sono i fornitori di prestazioni al massimo nel 20 % dei casi), mentre nella Svizzera romanda e in Ticino la quota di radiologi che forniscono queste prestazioni è nettamente più alta (in alcuni Cantoni sfiora il 40 %). Questa situazione rende più difficile il confronto tra regioni. Per evitare distorsioni, d'accordo con le società delle varie discipline mediche interessate le prestazioni in questione sono state escluse.

Le analisi hanno altresì mostrato che circa un terzo delle prestazioni erogate dagli *psichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza* sono state fornite a pazienti adulti anche se con grandi differenze regionali (SZ: praticamente nessuna; JU: il 60 %). Esiste anche il fenomeno inverso, ma la sua portata è nettamente inferiore. Pur riconoscendo che uno specialista in psichiatria infantile e adolescenziale possa curare anche pazienti adulti e che in alcuni casi ciò sia addirittura auspicabile dal punto di vista della continuità delle cure, questo effetto deve essere almeno in parte corretto per garantire un tasso di approvvigionamento che corrisponda alla realtà. D'accordo con le società delle varie discipline mediche interessate si è deciso di attribuire tutte le prestazioni fornite a pazienti minorenni al campo di specializzazione *psichiatria infantile e adolescenziale* e tutte le prestazioni fornite a pazienti di età superiore ai 26 anni al campo di specializzazione *psichiatria*. Nessun cambiamento è stato invece apportato per i pazienti dai 18 ai 26 anni al fine di garantire una certa indispensabile zona cuscinetto.

Infine, nel campo di specializzazione *allergologia e immunologia clinica* sono state osservate differenze tra le regioni linguistiche. Nella Svizzera romanda e in Ticino le prestazioni TARMED in questi campi sono fornite per la maggior parte da medici con il relativo titolo di perfezionamento, mentre nella Svizzera tedesca sono fornite da altri medici specialisti (tra cui pneumologi). Visto l'esiguo volume di prestazioni di questi campi di specializzazione e considerati i pareri dei Cantoni e dei principali attori coinvolti nel progetto di revisione, si è deciso di non calcolare i relativi tassi di approvvigionamento e di presupporre che siano del 100 per cento in tutte le regioni.

#### 4. Variabili esplicative aggiuntive

Il modello di regressione è stato ottimizzato includendovi tre variabili esplicative.

La prima variabile è binaria e indica se *la persona assicurata risiede o no all'estero*. Dato che i frontalieri che hanno optato per l'AOMS in Svizzera fruiscono delle prestazioni AOMS per la maggior parte nel loro Paese di residenza, i relativi dati non pervengono a SASIS SA, per cui nel modello di regressione il bisogno di prestazioni mediche di questo gruppo di popolazione è sovrastimato. L'inclusione della variabile binaria sulla residenza all'estero consente di rilevare questo effetto.

La seconda variabile riguarda i *gruppi di costo farmaceutici* (pharmaceutical cost groups, PCG) quali indicatori di morbilità nel modello di regressione. Essa sostituisce la variabile attualmente in uso «*spese per medicinali elevate durante l'anno precedente*» che in futuro non sarà più rilevata da SASIS SA. Per evitare gruppi troppo piccoli, nel modello i 34 PCG esistenti sono stati raggruppati in otto gruppi principali. La nuova variabile consente anche di limitare il rischio di distorsione statistica dovuta alla vecchia variabile (causalità inversa).

La terza variabile è deputata a riflettere le differenze regionali nel *rapporto tra cure ambulatoriali e stazionarie*. Nella gestione di queste cure esistono infatti grandi differenze strutturali tra le regioni legate alle diverse strategie cantonali. Dopo aver consultato gli attori e sulla base delle analisi statistiche effettuate è emerso che i campi di specializzazione interessati sono la *psichiatria* (dell'infanzia, dell'adolescenza e dell'età adulta), l'*anestesiologia*, la *chirurgia* e l'*ortopedia*. Per questi campi, nel modello è stata integrata una variabile esplicativa che rileva il rapporto tra il volume di prestazioni stazionarie e ambulatoriali.

#### 5. Migliore delimitazione delle prestazioni mediche

Le prestazioni fornite dai medici assistenti non rientrano nel volume di prestazioni considerato nel calcolo dei tassi di approvvigionamento e possono essere identificate solo se il numero GLN del fornitore di prestazioni interessato è stato registrato nei dati di fatturazione di SASIS SA consentendo così un collegamento con il MedReg. I medici assistenti sono riconoscibili dalla mancanza di un titolo

di perfezionamento. Le prestazioni identificate su questa base sono state escluse dal primo calcolo dei tassi di approvvigionamento. Nel settore ambulatoriale ospedaliero, tuttavia, identificare le prestazioni fornite dai medici assistenti è possibile solo in parte. Inoltre, la disponibilità di queste informazioni varia da una regione all'altra e ciò causa alcune distorsioni. Nel quadro della revisione del metodo si è pertanto deciso che, per migliorare la comparabilità regionale dei dati sulle prestazioni, se non è possibile stabilire un collegamento con il MedReg, si calcola la quota di prestazioni fornite dai medici assistenti (aggregazione a livello del numero RCC del fornitore di prestazioni, della fascia di età e del sesso dei pazienti) dopodiché la si esclude dal volume di prestazioni considerate nel modello per il calcolo dei tassi di approvvigionamento.

## **6. Ridefinizione delle regioni di approvvigionamento della categoria 2**

Per quattro campi con un volume di prestazioni importante – *medicina interna generale* (raggruppamento di più titoli di perfezionamento), *pediatria, ginecologia e ostetricia, psichiatria e psicoterapia* – i tassi di approvvigionamento sono pubblicati non solo per le regioni della categoria 1, ma anche per quelle della categoria 2. Per i campi di specializzazione con pochi fornitori di prestazioni e quindi un volume di prestazione piccolo, per stimare i tassi di approvvigionamento dovrebbero essere prese in considerazione le regioni più grandi, in quanto sono meno dipendenti da fornitori di prestazioni specifici e i flussi di pazienti interregionali sono meno significativi. Nella pubblicazione originaria dei tassi di approvvigionamento, generalmente le regioni della categoria 2 corrispondono ai distretti (fuorché nel Cantone di Neuchâtel dove corrispondono alle regioni elettorali). Dato che i Cantoni hanno espresso la loro disponibilità a determinare numeri massimi per le regioni che non corrispondono necessariamente a unità amministrative a sé stanti, in futuro le regioni definite dai Cantoni (aggregazioni di Comuni) costituiranno le regioni della categoria 2. Ad ogni riesame periodico del tasso di approvvigionamento, i Cantoni sono invitati a proporre raggruppamenti di Comuni.

## **7. Integrazione dei dati dei pazienti del settore ambulatoriale ospedaliero (PSA) nel calcolo dei flussi di pazienti**

Nei dati di fatturazione di SASIS SA, a volte le prestazioni fornite da un ospedale con diverse sedi sono fatturate sotto un unico numero RCC, per cui non è sempre possibile stabilire chiaramente il luogo di fornitura. Ciò può costituire un problema se le sedi si trovano in regioni di approvvigionamento diverse, in quanto impedisce di determinare correttamente i flussi di pazienti tra queste regioni. L'integrazione dei dati PSA consente di attribuire le prestazioni ai campi di specializzazione pertinenti collegandole con i dati MedReg. Dopodiché i flussi di pazienti sono aggregati a livello di regione, campo di specializzazione, fascia di età e sesso, e calcolati utilizzando il rapporto ottenuto dai dati PSA.

Inoltre, i flussi di pazienti non sono più stati determinati per Comune, bensì direttamente per regioni di approvvigionamento per tutti i campi di specializzazione. Ciò significa che tutti i tassi di approvvigionamento cantonali sono calcolati partendo dai volumi di prestazioni a livello di regione di approvvigionamento. In questo modo si garantisce l'omogeneità tra i tassi di approvvigionamento di entrambe le categorie di regioni.

## **2.2. Interpretazione e utilizzo dei tassi di approvvigionamento**

I tassi di approvvigionamento permettono un confronto interregionale del consumo di prestazioni mediche che tiene conto delle caratteristiche della popolazione come pure dei flussi di pazienti. Nell'interpretare tali tassi bisogna considerare i limiti metodologici. Poiché soprattutto i bisogni oggettivi di approvvigionamento a livello nazionale non sono direttamente misurabili, il modello deve prendere come riferimento la fornitura media di prestazioni mediche ambulatoriali in Svizzera, ossia assumere implicitamente che le prestazioni fornite coprano i bisogni della popolazione a livello nazionale. I limiti del metodo

sono dovuti anche ad altre ragioni legate per esempio alla definizione e all'attribuzione ai campi di specializzazione medica e ai dati utilizzati<sup>7</sup>. Per questi motivi, il tasso di approvvigionamento non può essere considerato una misura diretta del livello di approvvigionamento. In altre parole, un tasso di approvvigionamento inferiore o superiore al 100 per cento non porta di per sé a concludere che vi sia una carenza o un eccesso di offerta. Alla stessa stregua, il tasso di approvvigionamento da solo non definisce il numero massimo di medici che possono praticare in una regione o in un campo di specializzazione. È solo dopo aver valutato l'offerta effettiva e aver, se necessario, definito il fattore di ponderazione<sup>8</sup> che i Cantoni saranno in grado di determinare i numeri massimi che costituiscono un tetto massimo da non superare.

## II. Parte dettagliata

### *Art. 2 Definizione delle regioni*

L'articolo 2 definisce le regioni utilizzate per la pubblicazione dei tassi di approvvigionamento. La categoria 1 rappresenta i Cantoni (cpv. 1), la categoria 2 corrisponde alle regioni all'interno dei Cantoni (cpv. 2).

L'articolo 2 capoverso 2 è modificato per tenere conto del fatto che le regioni della categoria 2 non devono più necessariamente corrispondere ai distretti. Nel quadro del calcolo dei tassi di approvvigionamento, i Cantoni possono, per ogni riesame periodico del tasso di approvvigionamento, proporre raggruppamenti di Comuni che, a loro parere, corrispondono alle regioni di approvvigionamento nel settore delle cure mediche ambulatoriali. I Cantoni di Berna, Svitto, Ticino, Vallese e Soletta si sono avvalsi di questa nuova possibilità. Le regioni della categoria 2 sono determinate in un nuovo allegato (cfr. allegato 1).

In seguito alla modifica dell'articolo 2 capoverso 2, la deroga prevista nell'articolo 2 capoverso 3 per il Cantone di Neuchâtel (per il quale le regioni della categoria 2 corrispondono alle regioni elettorali) non è più giustificata. Dato che in futuro la regionalizzazione si baserà sui raggruppamenti di Comuni proposti dai Cantoni, l'articolo 2 capoverso 3 è modificato per stabilire una regola che può essere applicata tra due riesami o aggiornamenti dei tassi di approvvigionamento in caso di aggregazioni di Comuni situati in diverse regioni della categoria 2: il territorio della regione della categoria 2 comprendente i Comuni precedenti l'aggregazione rimane invariato fintanto che il Comune risultante dalla nuova aggregazione non è attribuito a una regione e i tassi di approvvigionamento per le regioni interessate non sono definiti.

Sebbene tutti i Cantoni abbiano la possibilità di definire campi d'applicazione locali dei numeri massimi diversi da quelli scelti per la pubblicazione dei tassi di approvvigionamento (art. 6 ordinanza sui numeri massimi), i tassi di approvvigionamento pubblicati nella presente ordinanza del DFI devono essere rispettati. Se i campi d'applicazione locali corrispondono a un'aggregazione di territori cantonali (ossia di regioni della categoria 2 per i quattro campi di specializzazione per i quali i tassi di approvvigionamento sono pubblicati a questo livello), i Cantoni devono dunque sommare i rispettivi numeri massimi<sup>9</sup>. Nel caso in cui il campo d'applicazione raggruppi regioni di più Cantoni, è tuttavia necessario un coordinamento intercantonale (art. 6 cpv. 2 ordinanza sui numeri massimi). Nei casi in cui il territorio non corrisponda a un'aggregazione di Cantoni o a regioni della categoria 2, i Cantoni possono chiedere all'Obsan di comunicare loro i tassi di approvvigionamento corrispondenti alle regioni desiderate. Occorre tenere presente che certe regionalizzazioni non sono realizzabili (p. es. se le regioni che si intendono definire

---

<sup>7</sup> Vedi Reto Jörg, Boris Kaiser et al. (2024), capitolo 6.2.

<sup>8</sup> I Cantoni possono prevedere un fattore di ponderazione che tenga conto di circostanze che non hanno potuto essere prese in considerazione nel calcolo del tasso di approvvigionamento. In questo modo è per esempio possibile tenere conto di un'eventuale offerta insufficiente o eccedentaria a livello nazionale. Il rapporto finale di Obsan e BSS spiega più dettagliatamente le ragioni dell'uso dei fattori di ponderazione. Si veda Reto Jörg, Boris Kaiser et al. (2024). Capitolo 6.3.4 e allegato A4.

<sup>9</sup> Tuttavia, i tassi di approvvigionamento non possono essere sommati.

non sono basate sui confini comunali) e che altre non sono auspicabili (p. es. quando le regioni che si intendono definire sono troppo piccole).

### *Art. 3 Tassi di approvvigionamento*

Vista l'introduzione di un nuovo allegato 1, i capoversi 1 e 3 dell'articolo 3 sono modificati per rinumerare gli allegati 1 e 2 nei quali sono pubblicati i tassi di approvvigionamento per ogni campo di specializzazione a seconda della categoria della regione.

#### *Allegato 1*

L'allegato 1 è nuovo ed è pubblicato nella RU e nella RS soltanto mediante riferimento. Esso stabilisce l'attribuzione dei Comuni alle regioni della categoria 2 secondo l'elenco ufficiale dei Comuni della Svizzera pubblicato dall'Ufficio federale di statistica (UST)<sup>10</sup> allo stato il più possibile coerente con i Comuni utilizzati per l'anno di riferimento nel pool di dati di SASIS SA. Nel caso specifico, si tratta dell'elenco dei Comuni al 1° gennaio 2023.

#### *Allegati 2 e 3*

Gli allegati 2 e 3 sostituiscono gli allegati 1 e 2. Nella RU e nella RS, il contenuto di entrambi è pubblicato soltanto mediante rimando.

Per tutti i campi di specializzazione per i quali è stato possibile effettuare il calcolo, i tassi di approvvigionamento a livello cantonale sono pubblicati nell'allegato 2. I campi di specializzazione per i quali ciò non è stato possibile a causa del volume di prestazioni mediche ambulatoriali estremamente ridotto sono: *allergologia e immunologia clinica, medicina del lavoro, chirurgia vascolare, medicina intensiva, farmacologia e tossicologia clinica, genetica medica, chirurgia orale e maxillo-facciale, medicina farmaceutica, prevenzione e salute pubblica, medicina legale, chirurgia toracica, chirurgia cardiaca e vascolare toracica*. Per questi campi l'allegato 2 dell'ordinanza vigente stabilisce tassi di approvvigionamento equivalenti al 100 per cento per tutti i Cantoni. I Cantoni che vogliono determinare dei numeri massimi per questi campi possono evidentemente tener conto di un'eventuale offerta insufficiente o eccedentaria mediante i fattori di ponderazione previsti all'articolo 5 capoverso 2 dell'ordinanza sui numeri massimi.

L'allegato 3 contiene i tassi di approvvigionamento dei quattro campi di specializzazione menzionati nell'articolo 2 capoverso 2 per le regioni della categoria 2.

In alcuni campi di specializzazione può succedere che in una determinata regione (Cantone o regione della categoria 2) non eserciti nessun medico con la specializzazione in questione. In questi casi non è possibile calcolare alcun tasso di approvvigionamento e non è stato fissato alcun valore per tale tasso. Se il Cantone interessato desidera comunque definire un numero massimo per questi campi di specializzazione e questa regione, è auspicabile che lo faccia tenendo conto della situazione nelle regioni di approvvigionamento, ossia nelle regioni in cui i pazienti si recano per consultare un medico che esercita nel campo di specializzazione in questione. Se tali regioni sono situate al di fuori dei propri confini, il Cantone che vuole stabilire una limitazione deve coordinarsi con il Cantone di approvvigionamento, perché i Cantoni possono definire numeri massimi solo sul proprio territorio. I Cantoni di approvvigionamento sono identificabili mediante i dati sui flussi di pazienti pubblicati nell'allegato al rapporto dell'Obsan e dell'istituto BSS<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Elenco ufficiale dell'UST dei Comuni della Svizzera, consultabile all'indirizzo [www.bfs.admin.ch/bfs/it/home.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home.html) > Basi statistiche e rilevazioni > Elenco ufficiale dei Comuni della Svizzera > Elenco storicizzato dei Comuni

<sup>11</sup> Reto Jörg, Boris Kaiser et al. (2024); allegato Excel.



### **III. Ripercussioni per la Confederazione e per i Cantoni**

La modifica della presente ordinanza non ha alcuna ripercussione finanziaria o sul personale, né per la Confederazione né per i Cantoni, in quanto comporta principalmente solo l'adeguamento dei tassi di approvvigionamento esistenti.

### **IV. Entrata in vigore**

La modifica dell'ordinanza entra in vigore il 1° luglio 2025