

SUPSI

Indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera cantonale

Rapporto per il Dipartimento della sanità e della socialità

Carlo De Pietro

Manno, Settembre 2022

Impressum

Mandato di ricerca: Risoluzione del Consiglio di Stato n. 1575 del 30 marzo 2022

Indirizzo di corrispondenza: Carlo De Pietro
carlo.depietro@supsi.ch
Tel. +41 (0)58 666 64 62

SUPSI – Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale
Via Violino 11
CH-6928 Manno
deass@supsi.ch
<http://www.supsi.ch/deass>

Disclaimer: L'autore è il solo responsabile dei contenuti del documento, che non riflette necessariamente le opinioni della SUPSI

Ringraziamenti

La redazione di questo rapporto di ricerca ha beneficiato del supporto e dei contributi di più persone.

Innanzitutto, vogliamo citare la Capo dell'Area Gestione Sanitaria e il Direttore della Divisione della salute pubblica del Dipartimento della sanità e della socialità, con i quali il confronto è stato frequente e assai proficuo.

Ringraziamo poi i colleghi SUPSI e di altri istituti di ricerca che, in maniera diretta o indiretta, hanno integrato con informazioni importanti questo lavoro e hanno riletto versioni intermedie del rapporto, fornendo commenti e suggerimenti che lo hanno irrobustito.

È inteso che la responsabilità di quanto scritto resta in capo all'autore del rapporto.

Indice

ABBREVIAZIONI	5
MANDATO	7
1. ORIGINI E CONDIZIONI DELLA PIANIFICAZIONE PUBBLICA OSPEDALIERA DA PARTE DELLO STATO	8
1.1. L'ESPERIENZA INTERNAZIONALE	8
1.2. LA LAMAL E LE ESPERIENZE DEI CANTONI SVIZZERI	9
2. IL RUOLO DEL SETTORE OSPEDALIERO NEL SISTEMA SANITARIO SVIZZERO	16
2.1. DIMENSIONI E ANDAMENTO COMPLESSIVI DEL SETTORE	16
2.2. ATTIVITÀ IN REGIME STAZIONARIO E AMBULATORIALE	18
2.3. ATTIVITÀ DI RICERCA E FORMAZIONE	20
2.4. RICADUTE SUL SISTEMA SOCIALE ED ECONOMICO LOCALE	22
3. OBIETTIVI DELLA PIANIFICAZIONE	24
3.1. RISPOSTA AI BISOGNI DELLA POPOLAZIONE	24
3.2. EFFICACIA E SICUREZZA DELLE CURE	25
3.3. EQUITÀ NELL'ACCESSO E NEL TRATTAMENTO	27
3.4. FORMAZIONE DEI PROFESSIONISTI E AVANZAMENTO DELLE CONOSCENZE IN AMBITO SANITARIO	29
3.5. EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ ECONOMICA	31
3.6. LIBERTÀ DI SCELTA PER L'ASSICURATO E D'INIZIATIVA ECONOMICA PER IL FORNITORE DI CURA	33
4. GLI ORIENTAMENTI DELLE STRATEGIE E DELLA POLITICA SANITARIA FEDERALI	35
4.1. LE STRATEGIE FEDERALI GLOBALI	35
4.2. ALTRE INIZIATIVE E ALTRI DOSSIER APERTI A LIVELLO FEDERALE	36
5. LE SFIDE DEL SETTORE OSPEDALIERO TICINESE	40
5.1. UNO SGUARDO D'INSIEME	40
5.2. RISORSE UMANE	43
5.3. CONTINUITÀ DELLE CURE, RIDUZIONE DELLA VARIABILITÀ CLINICA E APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	45
5.4. CONCENTRAZIONE E PROSSIMITÀ	47
5.5. ECONOMICITÀ	52
6. CONCLUSIONI	54
6.1. PERSEGUIRE CON DETERMINAZIONE UN'ADEGUATA ALLOCAZIONE DEI SERVIZI SULL'ASSE PROSSIMITÀ/CONCENTRAZIONE	55
6.2. PUNTARE A UN OSPEDALE DI RIFERIMENTO PER LA MEDICINA SOMATICO-ACUTA E ALTAMENTE SPECIALIZZATA	60
6.3. CONTINUARE A FAVORIRE DINAMICAMENTE L'APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA	61
6.4. PROMUOVERE LA DEFINIZIONE DI PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) PER LE PATOLOGIE AD ALTA PREVALENZA O RILEVANZA	62
6.5. MIGLIORARE LE INFORMAZIONI A DISPOSIZIONE DI PAZIENTI E POPOLAZIONE	63
BIBLIOGRAFIA	66

Abbreviazioni

ACD	Assistenza e cura a domicilio
AGS	Area gestione sanitaria (del DSS)
ANQ	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, disciplinata dalla LAMal
CAT	Cure acute e transitorie
CCSim	Centro cantonale di simulazione
CCT	Cardiocentro Ticino
CeSi	Centro di simulazione
CFQ	Commissione federale per la qualità
CH-IQI	Swiss Inpatient Quality Indicators
CIMAS	Convenzione intercantonale medicina altamente specializzata
CpA	Casa per anziani
CPC	Clinica psichiatrica cantonale
DEASS	Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale (della SUPSI)
DECS	Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport
DFI	Dipartimento federale dell'interno
DSP	Divisione della salute pubblica
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità
EAE	Efficacia, l'appropriatezza e l'economicità (criteri ex art. 32 LAMal)
EFAS	Finanziamento uniforme delle cure ambulatoriali e stazionarie
EOC	Ente ospedaliero cantonale
ETP	Equivalenti a tempo pieno
FMH	Federazione dei medici svizzeri
GD-ZH	Gesundheitsdirektion del Canton Zurigo
GDK/CDS	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
IAS	Interassociazione di salvataggio
ISFM	Istituto svizzero per la formazione medica
LACD	Legge sull'assistenza e cura a domicilio
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
LAnz	Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane
LASP	Legge sull'assistenza sociopsichiatrica

LCAMal	Legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie
LCIP	Legge federale sulla cartella informatizzata del paziente
LEOC	Legge sull'Ente ospedaliero Cantonale
LISPI	Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi
MAS	Medicina altamente specializzata (art. 39 LAMal al. 2bis)
MMU	Master in medicina umana
OAMal	Ordinanza sull'assicurazione malattia
OBV	Ospedale Regionale di Mendrisio Beata Vergine
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OPre	Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
OSC	Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
OSS	Operatori sociosanitari
RAMI	Reparti acuti a minor intensità
SMN	Swiss medical network
SSPSS	Scuola specializzata per le professioni sanitarie e sociali
SSS	Scuole superiori specializzate
STT	Soggiorno temporaneo terapeutico
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
SwissDRG	Swiss diagnosis related groups
UCSS	Unità di coordinamento stages sociosanitari
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
USI	Università della Svizzera italiana
UST	Ufficio federale di statistica

Mandato

Il presente rapporto risponde al mandato affidato dal Consiglio di Stato con risoluzione n. 1575 del 30 marzo 2022. Il mandato governativo prevedeva la *definizione degli indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera cantonale*.

Tale richiesta origina nella modifica apportata il 20 ottobre 2021 alla Legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) e in particolare all'art. 64 lett. b che ora stabilisce che il Consiglio di Stato elabori con un messaggio gli indirizzi strategici della pianificazione ospedaliera. Tale messaggio sarà poi trasmesso al Gran Consiglio contestualmente all'analisi dello studio sul fabbisogno di cure stazionarie ospedaliere della popolazione residente nel Canton Ticino nei settori definiti dalla Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) e cioè: somatico-acuto, psichiatrico e di riabilitazione con orizzonte temporale 2032.

In particolare, l'obiettivo stabilito dal mandato affidato al DEASS SUPSI è quello di delineare macro e micro aspetti di politica ospedaliera che possano costituire una base di riflessione per il Consiglio di Stato, in vista della preparazione del messaggio da trasmettere al Gran Consiglio.

I lavori di elaborazione e redazione del presente rapporto si sono svolti tra aprile e settembre 2022.

1. Origini e condizioni della pianificazione pubblica ospedaliera da parte dello Stato

1.1. L'esperienza internazionale

In presenza di servizi che sono riconosciuti d'interesse collettivo, **una qualche forma di pianificazione da parte delle autorità statali** (o di agenzie pubbliche a ciò delegate) **è sempre presente**. In altre parole, la pianificazione è un elemento che – in modalità più o meno esplicite e più o meno intense – accompagna sempre l'intervento pubblico nel sistema economico.

Le **ragioni di pianificare i servizi d'interesse pubblico** sono sostanzialmente tre. La prima origina dalla presa d'atto che il libero gioco di domanda e offerta sul mercato non riesce a produrre condizioni di equità – ed eventualmente anche di efficienza – accettabili per la comunità. La seconda ragione riguarda l'esigenza di prevedere al meglio ed esplicitare il bisogno futuro di quei servizi da parte della collettività servita. La terza ragione della pianificazione deriva dalla natura pubblica – almeno in parte – di quei servizi, il che richiede che il potere legislativo approvi i rispettivi preventivi di spesa annuali e pluriennali.

In questo quadro, **l'autorità pubblica esercita un ruolo di committenza**, anche se poi l'erogazione dei servizi rimane in tutto o in parte responsabilità di attori privati. In genere per "committenza" si intendono le attività di programmazione (e cioè pianificazione) dei servizi, quelle di controllo della qualità dei servizi prestati agli utenti e quelle di acquisto degli stessi (meglio: del loro finanziamento pubblico, in tutto o in parte).

Il settore sanitario gioca un ruolo centrale nell'intervento pubblico dei paesi sviluppati. Esso svolge un ruolo chiave per il benessere delle persone e delle comunità. Al contempo, esso acquista rilevanza nell'agenda politica anche per la spesa crescente e per le preoccupazioni che ciò desta. È dunque evidente che tutti i paesi occidentali per governare il settore sanitario – e, al suo interno, il settore ospedaliero – si siano dotati di dispositivi pubblici particolarmente articolati.

L'ospedale ha difatti da sempre rappresentato **uno degli attori principali – e anche uno dei luoghi chiave – nei sistemi sanitari occidentali moderni**. L'ospedale accoglie molte delle competenze e delle tecnologie specializzate per le cure, molte attività formative del personale sanitario, molta attività di ricerca clinica. Il governo del settore sanitario non può dunque prescindere da una qualche forma di pianificazione pubblica del settore ospedaliero.

Modalità, intensità e strumenti della pianificazione ospedaliera variano molto tra i paesi occidentali (Ettelt et al. 2008). Tali differenze riguardano la distribuzione della responsabilità tra i diversi livelli di governo (centrale, regionale, municipale), il coinvolgimento di rappresentanti degli ospedali nel processo di pianificazione, il coinvolgimento di ulteriori portatori di interessi (assicuratori, associazioni dei pazienti, ecc.). Tutte queste differenze derivano in larga misura dall'architettura istituzionale e dalla cultura politica vigenti dei diversi paesi. Tali influenze sono chiare anche nell'esperienza svizzera, coerente con la natura federalista dello stato e con una tradizione corporativista di consultazione delle parti sociali nei processi decisionali pubblici. In particolare, il sistema federale svizzero fa sì che i cantoni siano responsabili per la pianificazione del settore ospedaliero ma anche per altri settori del

sistema sanitario e socio-sanitario, quali le case per anziani (CpA) e le cure a domicilio (nel settore ospedaliero la principale eccezione è quella della medicina altamente specializzata, o MAS, per la quale la pianificazione è operata a livello nazionale con un coordinamento tra i cantoni assicurato dalla GDK/CDS e cioè dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità¹).

Usualmente i **dispositivi per la pianificazione pubblica del settore ospedaliero comprendono almeno tre ambiti**, coerenti con quanto già osservato. Il primo riguarda la stima del fabbisogno futuro di cure e dunque la definizione della capacità di offerta che l'ente pubblico s'impegna ad assicurare. Il secondo ambito riguarda il controllo della qualità (condizioni per l'autorizzazione all'esercizio o per la rimborsabilità dei servizi a carico dell'assicurazione sociale o dell'ente pubblico). Il terzo ambito infine definisce le regole generali di finanziamento del sistema.

Una difficoltà che accomuna le diverse esperienze internazionali è quella di pianificare un **settore fortemente imbricato con altri e i cui confini diventano nel tempo meno netti**. Ci riferiamo in particolare a due piani. Il primo riguarda il continuum tra attività stazionarie (di ricovero per una o più notti) e **attività ambulatoriali**; il secondo riguarda il continuum tra attività stazionarie acute e **attività stazionarie non acute**. Se consideriamo il primo punto, è facile notare che l'ospedale negli anni ha integrato una gamma e volumi crescenti di attività ambulatoriali, accanto ai tradizionali servizi di ricovero. Ciò è del tutto coerente con la crescente diffusione delle malattie croniche (le quali richiedono una presa in carico in larga misura ambulatoriale) e con il progresso tecnologico che permette di trattare ambulatorialmente problemi che in passato richiedevano il ricovero, ma che al contempo necessitano di apparecchiature e competenze professionali specializzate (dunque concentrate negli ospedali). Rispetto al secondo punto, negli ultimi anni tutti i paesi occidentali hanno perseguito l'obiettivo di lasciare all'ospedale i ricoveri della sola fase acuta della malattia e hanno definito altre strutture per i ricoveri non acuti. In altre parole, accanto agli ospedali acuti sono nate o sono state rafforzate "strutture intermedie" che accolgono ricoveri sub-acuti o post-acuti. In questo modo il ricovero nell'ospedale – struttura che concentra tecnologia e competenze assai care – è limitato ai soli ricoveri acuti e per il tempo strettamente necessario.

1.2. La LAMal e le esperienze dei cantoni svizzeri

La Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) prevede la pianificazione ospedaliera all'**articolo 39**. L'articolo – il cui testo è riportato nel Box 1 – è contenuto nella "Sezione 1: Autorizzazione" del "Capitolo 4: Fornitori di prestazioni".

Box 1. Articolo 39 LAMal

Art. 39 Ospedali e altri istituti

1 Gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali) sono autorizzati se:

- a. garantiscono una sufficiente assistenza medica;

¹ Per maggiori informazioni, cfr. l'apposita pagina internet della GDK/CDS dedicata al tema "Médecine hautement spécialisée": <https://www.gdk-cds.ch/fr/medecine-hautement-specialisee> (consultato il 10.6.2022).

- b. dispongono del necessario personale specializzato;
- c. dispongono di appropriate installazioni mediche e garantiscono una fornitura adeguata di medicinali;
- d. corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati;
- e. figurano nell'elenco, compilato dal Cantone e classificante le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati;
- f. si affiliano a una comunità o comunità di riferimento certificata ai sensi dell'articolo 11 lettera a della legge federale del 19 giugno 2015 sulla cartella informatizzata del paziente.

2 I Cantoni coordinano le loro pianificazioni.

2bis Nel settore della medicina altamente specializzata i Cantoni approntano insieme una pianificazione per tutta la Svizzera. Se non assolvono questo compito in tempo utile, il Consiglio federale stabilisce quali ospedali per quali prestazioni devono figurare negli elenchi dei Cantoni.

2ter Il Consiglio federale emana criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità. Sente dapprima i Cantoni, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori.

3 Le condizioni di cui al capoverso 1 si applicano per analogia alle case per partorienti, nonché agli stabilimenti, agli istituti o ai rispettivi reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura).

Fonte: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/it (consultato il 10.6.2022).

I capoversi 2, 2bis, 2ter e 3 dell'articolo 39 sono stati introdotti nella LAMal con modifica del 21 dicembre 2007 (in vigore dall'1 gennaio 2009) sul Finanziamento ospedaliero. La lettera f del capoverso 1 è stata introdotta dalla Legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP) del 19 giugno 2015.

Il capoverso 1 conferma l'esigenza di pianificare il **fabbisogno** (lettera d) ma anche le condizioni di esercizio relative alla **qualità** (lettere a, b, c, f) necessarie affinché le strutture sanitarie considerate possano essere rimborsate dall'assicurazione sociale (lettera e).

I capoversi 2 e 2bis indicano la **necessità per i cantoni di coordinare le proprie pianificazioni** e, nel caso della medicina altamente specializzata (MAS), di definirla congiuntamente per tutta la Svizzera. Nel primo caso, si tratta di una necessità meno sentita per il Cantone Ticino, a ragione della sua posizione geografica, dell'utilizzo della lingua italiana e di un numero di residenti che giustifica la presenza di buona parte delle discipline medico-chirurgiche. È chiaro però che per molti altri cantoni – si pensi ad esempio a Basilea Campagna o a cantoni poco popolosi nella regione di Zurigo – il coordinamento sovra-cantonale è giocoforza necessario per la pianificazione dell'intero settore ospedaliero e non soltanto per la MAS.

In generale, a livello federale il dibattito politico e parlamentare attorno alla pianificazione ospedaliera ha riguardato fin dai primi anni duemila² l'opportunità di definire alcuni principi e **criteri comuni a**

² Cfr. Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (Finanziamento ospedaliero) del 15 settembre 2004 (<https://fedlex.data.admin.ch/filestore/fedlex.data.admin.ch/eli/fga/2018/1205/it/pdf-a/fedlex-data-admin-ch-eli-fga-2018-1205-it-pdf-a.pdf>; consultato il 10.6.2022).

livello federale³, l'eventuale obbligo posto ai cantoni di aggregarsi in **macro-regioni** responsabili della pianificazione⁴, la necessità di una pianificazione comune per la **medicina di punta**⁵ (che poi ha dato luogo al nuovo capoverso 2bis dell'articolo 39), oltre che al **finanziamento**⁶ (che di fatto ha portato al nuovo testo dell'articolo 49 e al nuovo articolo 49a, come da modifica del 21 dicembre 2007 alla LAMal).

Come noto, le principali modifiche alla LAMal relative a tali temi e intercorse nel frattempo, riguardano la MAS e il finanziamento ospedaliero.

Per la **pianificazione della medicina altamente specializzata**, i cantoni hanno sottoscritto un'apposita Convenzione intercantionale (CIMAS) entrata in vigore a inizio 2009. Per decidere quali siano le attività MAS, quali siano i criteri da considerare per l'attribuzione dei mandati e infine per decidere tale attribuzione, l'assemblea plenaria – composta da tutti i direttori dei dipartimenti cantonali della sanità – delega tali responsabilità all'Organo di decisione MAS, composto dai direttori di dieci cantoni. A sua volta, tale organo si avvale delle proposte fatte dall'Organo scientifico MAS, composto da 15 esperti medici, e di nove Gruppi di accompagnamento specialistici per ambito MAS, anch'essi composti da esperti⁷.

Conformemente alle disposizioni del Tribunale amministrativo federale, la procedura di pianificazione MAS è suddivisa in due fasi. Nella prima si definisce il perimetro dell'ambito MAS, che deve tener conto del criterio di rarità della prestazione, del suo potenziale innovativo, del consumo di risorse umane e tecnologiche e della sua complessità. Prima della decisione definitiva, che secondo giurisprudenza non è impugnabile, vi è un'ampia procedura di consultazione. La seconda fase prevede l'attribuzione dei mandati e si basa su una procedura di candidatura da parte degli ospedali interessati. Essi devono dimostrare di avere i requisiti di organizzazione, di struttura e di casistica (cioè numero dei trattamenti o degli interventi eseguiti) previsti per l'ambito o gli ambiti MAS per i quali concorrono. L'attribuzione può essere a tempo indeterminato oppure di durata limitata (spesso biennale). In ogni caso le decisioni di assegnazione dei mandati vengono rivalutate a scadenze periodiche.

L'esperienza di tale pianificazione MAS non è stata esente da dibattiti anche accesi e da ricorsi di fronte al Tribunale amministrativo federale. Tra gli aspetti critici possiamo citare le resistenze di alcuni cantoni e dei relativi ospedali rispetto a una definizione troppo inclusiva della MAS, il che avrebbe ridotto l'autonomia cantonale nella pianificazione dei servizi sanitari, o anche la paura che gli ospedali universitari di fatto lasciassero pochi spazi alle altre strutture. Ad ogni modo, i principali attori del settore concordano nel giudicare come complessivamente positiva l'esperienza fatta con la

³ Cfr. ad esempio il postulato "Modelli per la pianificazione ospedaliera" del 21.3.2003.

⁴ Es. postulati "Rafforzamento della pianificazione ospedaliera intercantionale" del 5.4.2002 e "Creazione di regioni di copertura nell'ambito delle cure ospedaliere ai sensi della LAMal. Esame del Consiglio" del 20.6.2003.

⁵ Es. postulato "Medicina di punta. Riduzione della sovracapacità mediante l'assegnazione di licenze" del 7.3.2001 e mozione "Pianificazione della medicina di punta" del 22.3.2003.

⁶ Es. postulati "Introduzione di un finanziamento monistico degli ospedali" del 14.12.2001 e "Rapporto sulle implicazioni di un finanziamento ospedaliero monistico" del 21.3.2003.

⁷ Sul sito della GDK/CDS è anche disponibile la lista aggiornata degli ospedali che hanno ottenuto l'attribuzione di mandati relativi a uno o più ambiti MAS (https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/HSM_Spitalliste_20220527_def_f.pdf; consultato il 10.6.2022).

pianificazione MAS. Tale pianificazione, basata sulle proposte elaborate dagli esperti e decisa dai direttori cantonali della sanità, ha garantito standard di qualità e sicurezza elevati, ha definito una distribuzione di attività accettata dai principali attori del settore (non solo dagli ospedali universitari e dalle rispettive facoltà) e ha promosso il principio dell'economicità delle cure previsto dalla LAMal (grazie a maggiori economie di scala e di scopo).

Dopo l'entrata in vigore della LAMal nel 1996, la maggiore riforma del **sistema di finanziamento ospedaliero** è stata promossa dalla modifica, già citata, del 21 dicembre 2007. Tale riforma contiene sei elementi centrali. Primo, il cofinanziamento pubblico – prima previsto obbligatoriamente per i soli ospedali pubblici e i pochi ospedali privati riconosciuti d'interesse pubblico – si estende a tutti gli istituti pubblici e privati autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Secondo, il cantone stabilisce una stessa quota parte percentuale di finanziamento dei ricoveri per tutti gli ospedali del cantone nei quali si rechino i propri residenti e tale percentuale non può essere inferiore al 55%⁸. Terzo, le attività di ricovero sono rimborsate con tariffe forfettarie riferite alle prestazioni erogate e non più fondamentalmente in base ai costi sostenuti. Per il settore acuto tale struttura tariffale è quella denominata Swiss diagnosis related groups (SwissDRG), applicata dal 2012 in modo uniforme in tutta la Svizzera e che in linea di principio finanzia attraverso i rimborsi forfettari sia le spese di investimento, sia i costi correnti. Quarto, i pazienti sono coperti dall'AOMS (con alcuni limiti) anche per i ricoveri in ospedali fuori dal proprio di cantone di residenza. Quinto, a fronte di questa maggiore responsabilità – anche finanziaria – dello Stato, gli ospedali sono tenuti a trasmettere più informazioni relative alle attività svolte e ai costi sostenuti. Sesto, le tariffe definite per i rimborsi AOMS includono i costi della formazione non universitaria.

In questo nuovo quadro normativo entrato a regime nel 2012, caratterizzato anche da maggiore concorrenza tra gli ospedali, i cantoni sono chiamati a definire la pianificazione ospedaliera. A seguito delle successive modifiche all'Ordinanza sull'assicurazione malattia (OAMal) – segnatamente quelle del 22 ottobre 2008 e soprattutto le precisazioni del 23 giugno 2021 – **i principi della pianificazione sono sinteticamente i seguenti (OAMal, articoli 58a – 58g):**

- **obiettivi:** i cantoni a cadenza regolare stimano il fabbisogno di cure ospedaliere necessarie alla propria popolazione e su quella base definiscono la pianificazione ospedaliera, con l'obiettivo di garantire servizi ai quali si possa accedere entro un termine utile. Per stimare il fabbisogno di cure, l'indicazione della GDK/CDS è quella di adottare il sistema sviluppato originariamente dalla Gesundheitsdirektion del Canton Zurigo (GD-ZH)⁹;
- **strumenti:** per far ciò, essi definiscono le liste degli ospedali autorizzati, nei diversi settori ospedalieri (somatico-acuto, riabilitazione e psichiatria), ad esercitare a carico dell'AOMS per i diversi gruppi di prestazioni di ricovero e poi attribuiscono i mandati di prestazioni a tali ospedali o ciascuna sede se l'istituto ne conta diverse;

⁸ Tale percentuale si riferisce ai costi LAMal. Restano dunque fuori dal finanziamento cantonale gli ulteriori costi legati al ricovero in camera privata o semi-privata (quando richiesta dal paziente) o alla scelta del medico. Tali ulteriori costi saranno assunti dal paziente e, eventualmente, dalla sua assicurazione complementare.

⁹ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet della GDK/CDS dedicata al tema "Groupes de prestations pour la planification hospitalière (concept GPPH): soins somatiques aigus": <https://www.gdk-cds.ch/fr/soins-de-sante/hopitaux/planification/groupes-de-prestations-pour-la-planification-hospitaliere-concept-gpph-soins-somatiques-aigus> (consultato il 10.6.2022).

- perimetro: mentre l'OAMal del 2008 prevedeva solo (all'art. 58c) che la pianificazione fosse riferita alle prestazioni nel settore somatico-acuto e alle prestazioni o alle capacità nei settori della psichiatria e della riabilitazione, la revisione del 2021 ha precisato che per gli ospedali di cure somatico-acute è possibile definire uno stanziamento globale di bilancio o i volumi massimi delle prestazioni e per gli ospedali psichiatrici e di riabilitazione uno stanziamento globale, i volumi massimi o le capacità massime (art. 58f cpv. 6);
- criteri: la definizione delle liste ospedaliere e l'attribuzione dei mandati di prestazione tengono conto dei requisiti di qualità e di economicità degli istituti, oltre che ovviamente della disponibilità degli istituti sanitari ad adempiere agli eventuali mandati di prestazione che venissero loro attribuiti. Per quanto concerne i criteri di qualità ed economicità, l'ordinanza afferma che occorre «in particolare tener conto dello sfruttamento di sinergie, del numero minimo di casi e del potenziale di concentrazione di prestazioni al fine di rafforzare l'economicità e la qualità delle cure»;
- territorialità: la pianificazione è coordinata a livello intercantonale. Ciò è cruciale soprattutto nei cantoni che hanno importanti flussi intercantonali di pazienti ricoverati, sia in entrata, sia in uscita.

Pur chiari, tali principi lasciano in ogni caso **margini di discrezionalità e anche di incertezza** ai cantoni. Quali esempi rilevanti di tali ambiti di discrezionalità e incertezza possono essere considerati: (1) le basi informative e i metodi da adottare per la determinazione del fabbisogno; (2) gli indicatori e i valori da considerare sufficienti quali requisiti di qualità; (3) l'inclusione nella propria lista cantonale di ospedali che operano in cantoni diversi.

Di fronte a tale discrezionalità, in diversi cantoni la pianificazione ospedaliera è stata oggetto di **ricorsi dinanzi al tribunale amministrativo federale**. Particolarmente rilevanti appaiono in tal senso le recenti sentenze emesse contro le decisioni prese in merito agli elenchi degli istituti autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatorie contro le malattie dal Canton Neuchâtel nel settembre 2015 (sentenza C-7017/2015 del 17 settembre 2021) e dal Canton Ticino nel dicembre 2015¹⁰ (sentenze C-2229/2016 del 25 febbraio 2019 per la Clinica Luganese Moncucco SA, C-1754/2016 del 26 febbraio 2019 per la Clinica Santa Chiara SA e C-2131/2016 del 22 maggio 2019 per il Ricovero Malcantonese). I Box 2 e 3 riportano alcune informazioni succinte relative alle candidature degli istituti ospedalieri e alle decisioni cantonali rispetto ai mandati da assegnare. In tutti questi casi, le sentenze riconoscono come «nell'elaborazione della pianificazione ospedaliera e dell'elenco degli ospedali, il cantone dispone di un ampio potere di apprezzamento», ma poi accolgono i ricorsi interposti dagli istituti, giudicando che le decisioni dei due cantoni abbiano violato il diritto federale per aver abusato di tale potere di apprezzamento. In generale, gli argomenti sollevati dai ricorrenti hanno a che fare con le modalità adottate per calcolare il fabbisogno e la trasparenza di tale processo, con la scelta dei criteri relativi alla qualità e alla economicità nonché alle modalità della loro applicazione, con la libertà economica e l'equità di trattamento tra ospedali pubblici e privati. L'analisi delle sentenze mostra in modo inequivocabile come, nonostante l'apparente e il dichiarato ampio potere di apprezzamento da parte delle autorità cantonali, in realtà **la discrezionalità a disposizione di quelle autorità sia nei fatti assai limitata**.

¹⁰ Poi modificato nel marzo 2016 per sanare alcuni errori formali.

Box 2. Sentenza C-7017/2015 del 17 settembre 2021**Swiss Medical Network Hospitals SA contre Conseil d'Etat de la République et Canton de Neuchâtel**

Il ricorrente SMNH (Swiss Medical Network Hospitals SA) disponeva di due siti ospedalieri (Hôpital de la Providence a Neuchâtel e Clinique Montbrillant a la Chaux-de-Fonds) con circa 100 posti letto in totale. I mandati di prestazione per i quali SMNH si era candidato riguardavano 46 dei 125 gruppi di prestazioni in cui la metodologia sviluppata dalla GD-ZH distribuiva le attività stazionarie del settore somatico-acuto (pari a 46 su 109, se si escludono i gruppi di prestazioni MAS). Inoltre, SMNH si era anche candidato per un mandato di riabilitazione muscolo-scheletrica.

La decisione cantonale, poi impugnata da SMNH, prevedeva di attribuire ai due ospedali un mandato per 16 gruppi di prestazioni: il "Pacchetto base per i fornitori di prestazioni elettive", la "Nefrologia (insufficienza renale)", sei gruppi nell'ambito di prestazioni dell'oftalmologia e otto nell'ambito dell'ortopedia. Nella decisione cantonale, i mandati di nefrologia, oftalmologia e ortopedia erano condizionati all'adozione del contratto collettivo di lavoro Santé 21 entro metà 2017. Per la nefrologia era anche chiesto che SMNH stipulasse entro metà 2016 una convenzione con l'Hôpital neuchâtelois (HNE) per l'utilizzo del servizio di cure intense di secondo livello. Per oftalmologia e ortopedia era anche posto un limite ai volumi annuali di attività annuali.

Fonte: *Elaborazione degli autori.*

Box 3. Sentenze C-2229/2016 del 25 febbraio 2019 e C-1754/2016 del 26 febbraio 2019**Rispettivamente, Clinica Luganese Moncucco SA e Clinica Santa Chiara SA contro Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino**

Nel primo caso, il ricorrente Clinica Luganese Moncucco SA, forte di quasi duecento posti letto, aveva sollecitato mandati di prestazione per un totale di 74 gruppi di prestazioni, su un totale di 125 definiti dalla metodologia GD-ZH al momento dei fatti, oltre che per cure acute di minore intensità (reparto acuti a minore intensità o RAMI), per le quali la clinica chiedeva una riduzione da 60 posti letto previsti dal cantone a 30). Il cantone aveva accolto le candidature relative a 31 gruppi di prestazioni, oltre che alle cure acute di minore intensità.

Il secondo caso riguarda la Clinica Santa Chiara SA, istituto con circa 100 letti. La clinica si era candidata per 71 gruppi di prestazioni, dei quali 32 erano stati accolti dal cantone come mandati provvisori e vincolati al progetto di collaborazione promosso dal DSS tra Clinica Santa Chiara SA e l'Ospedale regionale di Locarno (quest'ultimo appartenente all'Ente ospedaliero cantonale) con l'obiettivo di avere, a lungo termine, un ospedale unico a Locarno. Condizione necessaria per proseguire sulla strada di tale collaborazione tra strutture pubbliche e private era la modifica della LEOC (Legge sull'EOC), che però era stata sottoposta a referendum e infine bocciata il 5 giugno 2016 in votazione popolare.

Fonte: *Elaborazione degli autori.*

Due commenti finali sembrano utili a proposito delle sentenze citate nei box e che riguardano la differenza tra le candidature presentate dagli ospedali coinvolti e le decisioni prese dai rispettivi cantoni (Neuchâtel e Ticino). Il primo commento riguarda la gamma di prestazioni per le quali le cliniche chiedevano i mandati. Il secondo commento riguarda invece i volumi di quelle prestazioni.

Con riferimento alla gamma di prestazioni, tutti e tre i casi mostrano un amplissimo scarto tra il numero dei gruppi di prestazioni per i quali gli ospedali chiedevano i mandati, e quelli che poi erano stati loro attribuiti dai cantoni. Sui 125 gruppi di prestazioni definiti dalla metodologia GD-ZH al momento delle decisioni contestate, l'insieme dei due ospedali (di dimensioni assai limitate) appartenenti alla SMNH del Canton Neuchâtel, chiedevano un mandato per 46 di quei gruppi. Nei casi delle due cliniche ticinesi di cui al Box 3, i gruppi di prestazioni dei quali veniva chiesto il mandato salivano a 74 e 71, rispettivamente, il che – se escludiamo i gruppi di prestazioni MAS – significa che

le due cliniche si candidavano a svolgere attività che coprivano una larghissima parte dell'intera paletta di prestazioni, di base e specialistiche, proprie dell'assistenza ospedaliera somatico-acuta¹¹.

Quando non si consideri la gamma di prestazioni per le quali era richiesta l'attribuzione dei mandati, ma piuttosto i volumi di prestazioni, il quadro cambia drasticamente. Le decisioni cantonali avevano infatti deciso di attribuire i mandati relativi ai gruppi di prestazioni sui quali le cliniche erogavano alti volumi di attività e avevano deciso invece di non attribuirli per gruppi di prestazioni i cui volumi di attività delle cliniche erano molto limitati. In altre parole, la non attribuzione dei mandati limitava soltanto di poco – o pochissimo – i volumi di attività delle cliniche coinvolte.

¹¹ Le principali eccezioni per Clinica Luganese Moncucco riguardavano gli ambiti della cardiologia e cardiocirurgia, dell'ostetricia e della neonatologia, della medicina nucleare, della traumatologia, nonché della pediatria. Per la Clinica Santa Chiara le principali eccezioni riguardavano gli ambiti della neurochirurgia, dell'angiologia e della chirurgia vascolare, della cardiologia e della cardiocirurgia, della chirurgia toracica, della medicina nucleare, della traumatologia, nonché della chirurgia pediatrica.

2. Il ruolo del settore ospedaliero nel sistema sanitario svizzero

2.1. Dimensioni e andamento complessivi del settore

La Tabella 1 riporta le principali informazioni quantitative sul settore ospedaliero svizzero.

Nel 2020 le istituzioni ospedaliere erano 276 ed erogavano prestazioni in **574 siti**, potendo disporre di quasi 38 000 posti letto. Il personale con contratto da dipendente ammontava a **229 000 persone** circa, per un totale di circa 175 000 ETP (equivalenti a tempo pieno). In termini di attività stazionarie, i ricoveri complessivi ammontavano a circa 1.37 milioni. I costi complessivi sostenuti nel 2020 ammontavano a circa **32 miliardi di franchi**. Si tratta dunque di un settore centrale per il sistema socio-economico svizzero per il ruolo che svolge a favore dei malati, in qualità di datore di lavoro e per le risorse economiche che assorbe.

Nel leggere la tabella, si considerino le condizioni particolari che hanno caratterizzato il 2020, legate alla pandemia da COVID-19 e la riduzione (per alcune settimane la completa interruzione) delle attività ospedaliere differibili.

Tabella 1. Il settore ospedaliero in Svizzera nel 2020

		Somatico-acuto [1]	Psichiatria	Riabilitazione	TOTALE
Settori stazionario e ambulatoriale	Enti ospedalieri	176	50	50	276
	Personale (equivalenti a tempo pieno)	148 993	16 165	9 434	174 593
	Costi complessivi [2] (mio franchi)	28 409	2 359	1 347	32 114
Settore stazionario	Letti	26 544	6 422	4 645	37 611
	Ricoveri	1 252 348	60 641	58 261	1 371 250
	Durata media della degenza (giorni)	6.1	33.9	24.7	8.1
	Costo per giornata di ricovero (franchi)	2 196	772	803	1 751

Note : [1] Comprende gli istituti "Prise en charge centralisée", "Soins de base" e "Autres cliniques spécialisées".
[2] "Charges d'exploitation".

Fonte: UST (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees/tableaux.assetdetail.19524723.html>); consultato il 10.6.2022).

Se da una fotografia del settore nel 2020 passiamo a un'analisi nel corso del tempo, è possibile identificare diverse evoluzioni importanti che hanno caratterizzato gli ultimi venti anni¹².

1. Il settore ha visto una riduzione del numero di siti ospedalieri e, più marcata, una riduzione del numero di enti ospedalieri. La **riduzione del numero di siti** è il frutto soprattutto della riconversione di alcune strutture che in passato erogavano servizi ospedalieri e che oggi erogano altri servizi socio-sanitari in regime stazionario (es. case per anziani medicalizzate), diurno (es. centri diurni socio-assistenziali) o ambulatoriale (es. poliambulatori medici o studi di fisioterapia). In particolare, ad essere riconvertiti sono stati soprattutto alcuni ospedali di limitate dimensioni. La **riduzione, più marcata, del numero di enti ospedalieri** (e cioè di persone giuridiche che erogano assistenza ospedaliera) è il frutto della fusione istituzionale di più ospedali che in passato erano giuridicamente autonomi. Tra il 2000 e il 2020, il numero di enti ospedalieri operanti in Svizzera e censiti nella statistica federale è diminuito di oltre un quarto, passando da 372 a 276.

2. Il **numero di posti letto ospedalieri complessivo si è ridotto di poco, rimanendo quasi costante** (da 38 852 letti attivi nel 2010 a 37 611 nel 2020). Tale risultato netto è il frutto di spinte opposte, che si sono compensate. A spingere a favore di un aumento dei posti letto sono da un lato l'aumento della popolazione residente in Svizzera (aumentata di circa il 10% nei dieci anni considerati) e dall'altro il rapido invecchiamento della stessa popolazione. L'invecchiamento a sua volta porta ad un tendenziale aumento del numero dei ricoveri e ad un allungamento di principio della degenza media. A controbilanciare tali elementi e a spingere in direzione di una riduzione del fabbisogno di posti letto sono più fattori, che comprendono l'invecchiamento in buona salute e l'**accorciamento della degenza media** per i ricoveri. A sua volta la riduzione della degenza media è facilitata dalla tecnologia (es. la diffusione di tecniche chirurgiche meno invasive, che permettono una riabilitazione più veloce), dalla disponibilità di strutture stazionarie post-ospedaliere in cui gli ospedali possono trasferire il paziente in attesa di una completa riabilitazione (es. i reparti acuti di minore intensità – RAMI, disponibili in alcuni istituti ospedalieri e i reparti di cure acute e transitorie situati nelle CpA medicalizzate), dalla maggiore diffusione e dalle maggiori competenze dei servizi di assistenza e cura a domicilio, dai nuovi sistemi di rimborso forfettari degli ospedali che incentivano finanziariamente dimissioni più celeri (es. il sistema degli SwissDRG, di cui si dirà più avanti). Nel 2010 la degenza media era di 7.7 giorni per gli ospedali di cure generali, di 40.1 giorni per le cliniche psichiatriche e di 24.2 giorni per le cliniche di riabilitazione. Nel 2020 i rispettivi valori erano di 6.1, 33.9 e 24.7 giorni.

3. Nonostante il numero di posti letto sia restato abbastanza stabile (e anzi si sia leggermente ridotto), **il personale degli ospedali è fortemente aumentato**, passando – in tempi pieni equivalenti – da circa 115 000 nel 2000 a 139 000 nel 2010, a 175 000 nel 2020. Le dinamiche divaricate del numero di posti letto e del numero di collaboratori dà il senso della profonda trasformazione vissuta dagli ospedali. In primo luogo, l'aumento dei collaboratori è legato a un rapido aumento delle attività ambulatoriali svolte in ospedale per l'utenza esterna (cfr. infra). In secondo luogo, la riduzione nella durata della degenza media significa processi lavorativi più intensi nelle attività stazionarie (oggi non succede quasi più di restare ricoverati due giorni in attesa di fare un esame). In terzo luogo, come tutte le altre attività sanitarie, anche quelle ospedaliere perseguono un costante obiettivo di migliorare la qualità delle cure, il che significa in larga misura dedicare più tempo al paziente.

¹² <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante.assetdetail.19524723.html> (consultato il 10.6.2022).

4. Questa costante tensione a migliorare la qualità delle cure – con più disponibilità di professionisti e attrezzature, con medicinali e materiali di consumo sempre più costosi, ecc. – fa sì che gli ospedali divengano **piattaforme assistenziali sempre più care**. Risultato di tutto ciò è **l'aumento dei costi complessivi** generati dal settore, passati da 13.7 miliardi di franchi nel 2000 a 23.3 miliardi nel 2010, a 32.1 miliardi nel 2020. Se ci limitiamo al solo settore stazionario, il costo medio per giornata di cura è passato da 830 franchi nel 2000 a 1 181 franchi nel 2010, a 1 751 franchi nel 2020.

2.2. Attività in regime stazionario e ambulatoriale

Le attività stazionarie sono sempre state e sono ancora oggi il **cuore delle attività ospedaliere**. L'ospedale è identificato tutt'ora soprattutto con le corsie, con le sale operatorie, con il ricovero e i parenti in visita.

Come visto al paragrafo precedente, la riduzione della durata media delle degenze ha permesso una – pur misurata – riduzione del numero di posti letto, ma il **numero dei ricoveri** resta sostanzialmente **stabile nel tempo**, passando da 1.40 milioni nel 2000 a 1.33 milioni nel 2010, a 1.37 milioni nel 2020¹³.

Questi numeri stabili celano però due evoluzioni importanti, già evocate al paragrafo precedente. Da un lato attività stazionarie sempre più intensive in competenze e tecnologia (da cui l'aumento del costo medio per giornata di degenza) e sempre più efficienti e rapide (da cui la riduzione della durata delle degenze). Dall'altro lato si riscontra l'aumento percentuale di ricoverati anziani. I pazienti di 70 anni e più rappresentavano il 27% del totale nel 2001, il 29% nel 2010, il 35% (e il 41% delle giornate di degenza) nel 2020¹⁴.

In sintesi, l'ospedale è chiamato a svolgere un ruolo sempre più specializzato nel sistema sanitario. Ciò significa **cure ospedaliere stazionarie** sempre più care e dunque alle quali si dovrebbe far ricorso **soltanto quando tutti gli altri servizi disponibili risultano insufficienti** per i bisogni di salute del paziente. In altre parole, se non fosse per il rapido invecchiamento della popolazione – che di per sé genera aumento dei bisogni anche di ricovero – l'utilizzo dell'ospedale come piattaforma assistenziale diventa sempre meno frequente.

Tutto ciò è possibile, lo ripetiamo, grazie allo sviluppo importantissimo di altri servizi che hanno contribuito a ridurre la pressione sugli ospedali. In particolare, ciò è vero per le cure a domicilio (che in larga misura servono pazienti anziani) e, per quel che riguarda i soli anziani, le case per anziani e la loro crescente medicalizzazione (cioè la dotazione di personale sanitario, capace di assistere ospiti che altrimenti farebbero più spesso ricorso ai ricoveri ospedalieri).

Se finora abbiamo concentrato l'attenzione sulle cure ospedaliere stazionarie, **è utile considerare in parallelo le cure ambulatoriali** erogate negli ospedali a favore di pazienti non ricoverati (i cosiddetti pazienti ambulatori). Tali attività sono **da sempre presenti in ospedale, ma la loro rilevanza è aumentata molto** negli anni più recenti. Esse comprendono visite specialistiche, interventi di day surgery, trattamenti come la chemioterapia o l'emodialisi, endoscopia, prestazioni di diagnostica per

¹³ Ibidem.

¹⁴ Elaborazioni da <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante.assetdetail.20044058.html> (consultato il 10.6.2022)

immagini, analisi di laboratorio (anche quelle – numerose – ordinate dal medico di famiglia o dallo specialista extra-ospedaliero). Se consideriamo tutti tali “contatti” di prestazioni ambulatoriali erogate dagli ospedali, notiamo come essi siano passati da 15.7 mio nel 2013 (primo anno di cui sono disponibili le statistiche aggregate a livello federale) a 19.8 mio nel 2020 (e nel 2019, prima della pandemia, erano 20.1 mio)¹⁵. Nel 2020 il numero di pazienti serviti da prestazioni ambulatoriali erogate dagli ospedali è stato pari a oltre 4 mio; in altre parole quasi un residente in Svizzera su due ha fatto ricorso a tali prestazioni (a volte senza accorgersene, soprattutto nel caso delle analisi di laboratorio)¹⁶. Infine, sempre nel 2020, il montante fatturato dagli ospedali per queste prestazioni è stato di 7.4 miliardi di franchi¹⁷.

A spiegare questo importante aumento delle attività ambulatoriali in ambito ospedaliero concorrono diversi fattori. Dal lato dei bisogni e dunque della domanda di prestazioni, l'elemento principale è l'**aumento della prevalenza di patologie croniche** nella popolazione. Ciò è legato soprattutto all'invecchiamento della popolazione, che porta con l'aumento dell'età allo sviluppo e all'accumulo di condizioni croniche che sono prese in carico anzitutto dagli attori delle cure primarie (medico di famiglia, specialisti sul territorio, cure a domicilio, ecc.) ma che a volte possono richiedere prestazioni specialistiche (diagnostica per immagini o di laboratorio ecc.) disponibili soltanto in ospedale.

Altre spiegazioni dell'aumento delle prestazioni ambulatoriali riguardano le modalità di offerta delle cure. Innanzi tutto, il **progresso tecnologico**, che ha permesso di risolvere ambulatorialmente problemi di salute che fino a un recente passato richiedevano il ricovero.

Un altro elemento che ha favorito il passaggio a cure ambulatoriali è il sistema di finanziamento, che ha forzato tale passaggio, spesso già reso possibile dagli avanzamenti tecnologici. Con riguardo a quest'ultimo punto, ci riferiamo in particolare all'iniziativa denominata “**Ambulatoriale prima di stazionario**” stabilita nel nuovo testo dell'articolo 3c dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre), modificato nel 2018 e in vigore dall'1 gennaio 2019¹⁸. L'articolo afferma il principio secondo il quale l'AOMS assume i costi dei trattamenti elettivi (cioè programmabili) erogati in regime stazionario «soltanto se un'esecuzione ambulatoriale non è appropriata o non è economica a causa di circostanze particolari» e specifica in un apposito allegato quali sono i trattamenti che, a determinate condizioni e a meno di circostanze particolari, rientrano in tale situazione. Tale elenco, aggiornato periodicamente, contiene interventi frequenti, quali ad esempio la legatura e lo stripping di vene varicose, diversi interventi sulle emorroidi, la riparazione di ernia inguinale, l'artroscopia del

¹⁵ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante.assetdetail.19524723.html> (consultato il 10.6.2022).

¹⁶ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante.assetdetail.19544818.html> (consultato il 10.6.2022). La cifra ufficiale, di 4.46 mio di persone, contiene dei doppi conteggi dovuti a persone che nel corso dell'anno hanno fruito di prestazioni in più cantoni o hanno cambiato di classe di età, tra le cinque considerate dalla statistica federale (0-19, 20-39, 40-59, 60-79 e 80+ anni).

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet dell'UFSP dedicata al tema “Ambulatoriale prima di stazionario”: <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/ambulant-vor-stationaer.html> (consultato il 10.6.2022). Alcuni cantoni avevano cominciato già nel 2017 o nel 2018 a non rimborsare determinate procedure, se erogate in regime stazionario. A supporto di tali iniziative cantonali e federali, c'era anche la constatazione di come la Svizzera avesse tassi di ospedalizzazione maggiori rispetto a molti paesi confrontabili.

ginocchio, ecc. Infine, la normativa prevede che i cantoni possano definire ulteriori interventi oltre a quelli della lista nazionale.

Si cita infine la diversa attitudine dei giovani medici che aprono uno studio in proprio, ad evitare di investire nell'acquisto di apparecchiature diagnostiche, preferendo usufruire dei servizi ospedalieri.

Gli obiettivi generali del passaggio dal regime stazionario a quello ambulatoriale sono quelli di evitare al paziente il disagio di un ricovero e di ridurre la spesa sanitaria complessiva. Al contempo, è importante però che tale trasferimento non riduca la qualità dei risultati di cura. Un'ulteriore preoccupazione – questa degli assicuratori malattia – è quella che il trasferimento al regime ambulatoriale non aumenti l'onere dei rimborsi a loro carico, e ciò a causa delle diverse regole di rimborso (nel caso di ricovero in classe comune, la fattura è rimborsata per il 55% dal cantone di residenza del paziente e per il 45% dalla sua cassa malati; nel caso di prestazione ambulatoriale l'intera fattura è rimborsata dalla cassa malati). Una recente valutazione di tali impatti, eseguita dall'IDHEAP dell'Università di Losanna e pubblicata nel maggio 2022 sulla base di dati 2015-2020 (Bundi et al. 2022), ha tratto le seguenti conclusioni principali: (1) il trasferimento dal regime stazionario a quello ambulatoriale si sta effettivamente registrando come previsto e auspicato; (2) i rimborsi a carico dei cantoni sono quindi scesi e quelli delle casse malati sono restati stabili (dunque non è avvenuto l'aggravio temuto dalle casse malati); (3) non è stato rilevato alcun aumento di complicanze (il che sembra assicurare circa la qualità dei risultati clinici ottenuti in regime ambulatoriale).

In sintesi, possiamo affermare che l'ospedale continua a svolgere un ruolo centrale nei sistemi sanitari avanzati e continua a concentrare tecnologia e competenze per erogare servizi specializzati e complessi. Tale ruolo specializzato è stato ulteriormente favorito dallo sviluppo – quantitativo e qualitativo – dei servizi esterni all'ospedale che sono oggi capaci di prendere in carico problemi per i quali in passato si ricorreva all'ospedale: in particolare reparti acuti di minore intensità (RAMI), case per anziani medicalizzate, letti di cure acute transitorie (CAT) e soggiorni temporanei terapeutici (STT), cure a domicilio. Al contempo l'ospedale ha integrato, accanto alla sua tradizionale attività stazionaria, un'attività ambulatoriale sempre più importante. Se nel 1995 i costi generati dalle prestazioni ambulatoriali rappresentavano soltanto il 10% dei costi complessivi degli ospedali, tale percentuale è cresciuta costantemente nel tempo, fino a superare il 20% nel 2010 e oramai si attesta attorno al 23%¹⁹.

In altri termini, l'ospedale può essere visto come una “piattaforma assistenziale” altamente specializzata del sistema sanitario per le competenze e le attrezzature che concentra, al servizio dei ricoverati e – in misura crescente – del territorio nonché, come si dirà al prossimo paragrafo, della ricerca e della formazione.

2.3. Attività di ricerca e formazione

Oltre che luoghi di cura, gli ospedali sono stati da sempre luoghi di ricerca e formazione. Questo carattere, forte di tradizioni secolari, è centrale anche nell'ospedale in epoca moderna. In molti paesi, le scuole e le facoltà di medicina sono nate dentro gli ospedali. Stesso dicasi per le scuole di cure

¹⁹ <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/22324825/master> (consultato il 10.6.2022).

infermieristiche o di numerose altre professioni sanitarie. Gli ospedali universitari nella tradizione svizzera e i *teaching hospital* in quella anglosassone, sono **enti che hanno tre missioni istituzionali: assistenza, formazione e ricerca**. Se per altri ambiti disciplinari accademici l'accoppiamento tra luoghi della formazione e luoghi della pratica non è sempre evidente, nel caso della medicina e delle altre formazioni sanitarie le attività di formazione e di pratica (e di ricerca) sono in larga parte svolte negli stessi luoghi, negli stessi edifici (fino ad alcuni decenni fa gli studenti di alcune filiere formative in ambito sanitario abitavano persino nelle strutture ospedaliere, che disponevano di convitti interni a tal fine). L'apprendimento delle conoscenze teoriche va in parallelo all'applicazione di quelle conoscenze "al letto del paziente" o comunque all'attività clinica, in modo da diventare vere e proprie competenze.

Questo rapporto strettissimo tra attività di assistenza, di formazione e di ricerca deve restare centrale quando si pianifica l'evoluzione del settore ospedaliero. Per quel che riguarda la **ricerca clinica** (in ambito medico ma anche – e in misura crescente – per le altre professioni sanitarie attive in ospedale), si tratta di avere a disposizione centri ospedalieri con competenze adeguate a partecipare ai bandi di ricerca competitivi, con sufficiente casistica per collaborare in studi multicentrici, con competenze nella raccolta dei dati e nella pubblicazione dei risultati di ricerca.

Una sufficiente casistica è condizione fondamentale anche per la **formazione di base, di perfezionamento professionale e di aggiornamento continuo**. Attività, quelle formative, che sono destinate ad acquisire anche più peso dell'attuale, per rispondere in particolare alla grave insufficienza che la Svizzera ha nel formare i professionisti sanitari di cui ha bisogno. L'obiettivo di aumentare la capacità formativa del sistema sanitario per rispondere ai bisogni della popolazione e per ridurre la nostra dipendenza dall'immigrazione di professionisti formati all'estero, è al centro della politica sanitaria svizzera sia a livello nazionale sia a livello cantonale, come commenteremo meglio in seguito.

Nonostante non tutti gli ospedali contribuiscano con eguale intensità a tutte e tre le funzioni di assistenza, formazione e ricerca, è pur vero che l'ospedale resta il principale luogo di formazione e ricerca nel campo della medicina umana. La LAMal non prevede che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie possa finanziare le attività di ricerca e la formazione per le professioni universitarie. Ma, **anche se l'articolo 39 della LAMal e gli articoli 58a – 58g dell'OAMal non citano esplicitamente le necessità della formazione e della ricerca, queste due attività restano responsabilità fondamentali del sistema ospedaliero** e delle autorità cantonali chiamate a garantirne la funzionalità futura. In particolare, **tali esigenze rafforzano la rilevanza dei criteri relativi al numero minimo di casi e il principio della concentrazione di prestazioni** citati dall'articolo 58d OAMal per valutare qualità ed economicità degli ospedali

Quanto detto è particolarmente rilevante per la formazione che, a giusta ragione, è maggiormente regolamentata della ricerca. Per la formazione dei medici l'attore più importante è **l'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM)**²⁰. L'Istituto è un organo autonomo della Federazione dei medici svizzeri (FMH), responsabile del perfezionamento professionale e dell'aggiornamento continuo dei medici. In tale funzione, è l'ISFM che riconosce ospedali, ambulatori, ecc. quali centri di formazione professionale. Per tale riconoscimento, in collaborazione con le società mediche specialistiche, l'ISFM

²⁰ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet dell'ISFM <https://www.siwf.ch/it/index.cfm> (consultato il 10.6.2022).

si basa anche su una casistica minima per gli istituti che si candidano ad essere riconosciuti quali centri di formazione.

Attività di formazione e di ricerca costituiscono infine un elemento che aumenta l'attrattività degli istituti ospedalieri come datori di lavoro, soprattutto per professionisti nelle fasi iniziali e intermedie del proprio percorso professionale e di carriera. Detto in altro modo, ospedali che non svolgano attività di formazione e ricerca faticheranno ad attirare e poi a trattenere giovani professionisti. Considerate le condizioni del mercato del lavoro medico e sanitario, nonché la forte concorrenza che lo caratterizza (tra istituti, tra cantoni e tra paesi), un interesse primario della pianificazione cantonale ai sensi dell'articolo 39 LAMal è dunque quello di favorire lo sviluppo delle attività di formazione e ricerca che contribuiscano all'attrattività lavorativa degli ospedali ticinesi. D'altro canto, è chiaro che il recente avvio del **master in medicina umana (MMU)** presso l'Università della Svizzera italiana (USI) ha impresso un'importante accelerazione – e ha aperto nuove possibilità – alla questione dei rapporti tra assistenza ospedaliera, formazione e ricerca nel nostro cantone.

2.4. Ricadute sul sistema sociale ed economico locale

Oltre che a rispondere alle necessità del sistema sanitario in termini di cure, formazione e ricerca, gli ospedali svolgono un ruolo importante in termini sociali ed economici.

In termini sociali, gli ospedali contribuiscono in misura rilevante a dare un **senso di prestigio** e un rango di "città" alle comunità che li ospitano. Essi, inoltre, contribuiscono al **senso di sicurezza** (cioè di accesso più facile a servizi sanitari specializzati) per le comunità locali, , anche se poi in verità la cura delle patologie che richiedono maggiore immediatezza nell'accesso all'ospedale, come l'infarto o l'ictus, risultano concentrate nelle strutture più importanti, vista la complessità e la specializzazione della presa a carico. Tutto ciò contribuisce a una maggiore **attrattività delle comunità** dotate di strutture ospedaliere, ad esempio con riguardo alle giovani famiglie che devono decidere dove risiedere. Sebbene la densa presenza di altre strutture sanitarie e socio-sanitarie sull'intero territorio (si pensi in particolare alle molte case per anziani medicalizzate) diffonda questa "presenza visibile" e, con essa, una sensazione di sicurezza anche in villaggi che mai hanno avuto un ospedale, è innegabile che l'istituzione ospedaliera svolge ancora una forte e positiva funzione simbolica e identitaria.

Tale funzione è rafforzata dal fatto che gli ospedali offrono numerosi e qualificati posti di lavoro. Prima ancora che in termini economici, ciò ha un impatto sui già citati aspetti simbolici, compresa l'immagine di comunità dalla vita sociale vitale, attrattive per l'installazione di nuove famiglie, ecc. Ma ovviamente i posti di lavoro hanno rilevanza anche da un punto di vista economico, soprattutto in termini di opportunità di **lavoro stabile e ben pagato per il personale residente**, con le conseguenze in termini di entrate fiscali comunali.

La presenza dell'ospedale ha poi un impatto economico positivo per bar, ristoranti e altri **piccoli commerci** (grazie ai dipendenti dell'ospedale, ai pazienti ambulanti, ai parenti in visita, ai fornitori, ecc.), nonché per i **fornitori di beni e servizi** che possono lavorare per l'ospedale (farmacie, lavanderie, fornitori all'ingrosso di derrate alimentari, servizi di manutenzione, artigiani, giardinieri, ecc.).

L'insieme di tali fattori spiega molte delle resistenze che incontra la pianificazione ospedaliera, in Svizzera e altrove, soprattutto quando prevede che gli ospedali per cure somatico-acute siano ridimensionati o siano riconvertiti in istituti di riabilitazione o per invalidi, strutture stazionarie post-

acute o sub-acute, case per anziani, poliambulatori, ecc. (o in qualunque combinazione tra questi servizi). Gli argomenti resi espliciti nel dibattito e nei processi decisionali relativi alla pianificazione ospedaliera riguardano quasi esclusivamente gli interessi dei pazienti, ma nella realtà gli argomenti extra-sanitari sopra citati svolgono un ruolo spesso altrettanto importante.

Con riferimento al Ticino, due aspetti sono particolarmente rilevanti nel dibattito. Il primo aspetto riguarda l'attenzione posta sulla politica regionale, sia in termini di accessibilità dei servizi, sia in termini di impatto economico e dei posti di lavoro. Si pensi ad esempio al dibattito attorno al numero di servizi di ostetricia presenti sul territorio cantonale, al ruolo degli ospedali di Faido e Acquarossa o, in passato, alle riconversioni delle attività ospedaliere svolte a Cevio e Castelrotto. Il secondo aspetto particolarmente rilevante riguarda l'attenzione posta al ricorso a collaboratori frontalieri invece che a residenti. Al di là dell'offerta di posti di lavoro qualificati, l'importanza del lavoro in ospedale è chiara anche perché esso rappresenta oltre i due terzi dei costi di funzionamento totali. Questi due aspetti, insieme all'impatto più complessivo che gli ospedali hanno sul sistema economico e sociale cantonale, sono di recente stati analizzati anche in "bilanci sociali" pubblicati da alcuni istituti ospedalieri ticinesi²¹.

²¹ Cfr. ad esempio Clinica Luganese Moncucco (s.i.d.) o diverse informazioni contenute in EOC (2022).

3. Obiettivi della pianificazione

3.1. Risposta ai bisogni della popolazione

La pianificazione ospedaliera, come già anticipato alle pagine precedenti e come diremo meglio in questo capitolo, ha **più obiettivi e non sempre coerenti tra loro**. Tale molteplicità di obiettivi e la necessità di mediare tra di essi è frequente nelle politiche pubbliche. Dunque, l'obiettivo della pianificazione ospedaliera non può risolversi nella massimizzazione di un unico parametro, quanto piuttosto nel prendere una decisione che – basata su procedure legittime, intelleggibili e accettate – persegua l'interesse pubblico, tenendo in equilibrio le diverse dimensioni di quell'interesse pubblico.

Tra le dimensioni da considerare, la prima per importanza rimane in ogni caso quella di **assicurare al territorio una disponibilità di servizi ospedalieri adeguata – in quantità e qualità – per rispondere ai bisogni della popolazione residente**. È questo il compito dell'“analisi del fabbisogno” che abbiamo commentato ai paragrafi 1.1 e 1.2, descrivendo i contenuti dell'articolo 39 LAMal e degli articoli 58a – 58g OAMal. Come già accennato, nonostante la metodologia GD-ZH si sia dimostrata solida, **tale analisi rimane esposta in ogni caso a numerosi elementi di incertezza**. Se le proiezioni demografiche e anche quelle epidemiologiche possono essere stimate con margini di errore ragionevolmente limitati quando si adotti un orizzonte previsionale di dieci anni²², la stessa cosa non si può dire per la tecnologia, per la mobilità dei pazienti o per la crescita economica:

- su specifici problemi di salute, un'innovazione tecnologica può rendere possibile in tempi relativamente rapidi il trasferimento delle attività dal regime stazionario a quello ambulatoriale o addirittura a domicilio;
- per alcuni trattamenti particolari, la mobilità anche intercantonale dei pazienti è molto sensibile alla reputazione dei singoli centri ospedalieri o agli accordi tra professionisti e ospedali, e dunque all'invio di pazienti anche fuori cantone per la prosecuzione di percorsi di cura;
- infine, inevitabilmente lo sviluppo futuro del settore ospedaliero è condizionato anche dallo stato delle finanze pubbliche e dell'economia in generale. Per chiarire questo punto, basti guardare a quanto successo negli scorsi anni, quando il sostenuto aumento della spesa ospedaliera in Svizzera è stato reso possibile – o quanto meno facilitato – dalla continua crescita del prodotto interno lordo svizzero.

In generale, avere una disponibilità adeguata di servizi stazionari ospedalieri significa non incorrere in condizioni di sotto- o sovra-capacità. Con riferimento alla Svizzera, il rischio di sotto-capacità (e cioè di non avere sufficiente capacità assistenziale negli ospedali) non sembra concreto. Nonostante la riduzione del numero di posti letto registrata nel tempo e descritta al paragrafo 2.1, il sistema ospedaliero è tuttora in grado di dare risposte adeguate. Più concreta sembra la possibilità che,

²² Peraltro, l'esperienza della pandemia da COVID-19 ci ha mostrato in modo evidente quanto anche le previsioni epidemiologiche siano comunque soggette a incertezza, soprattutto nel caso delle malattie infettive.

quantomeno in alcune regioni e per singole attività, ci sia tuttora una **qualche sovra-capacità**²³. In questo senso, i cantoni in generale non si sono dovuti confrontare con il problema di rimanere senza candidature sui gruppi di prestazioni GD-ZH. Al contrario, come visto negli esempi delle sentenze di cui si è detto al paragrafo 2.1, è successo piuttosto che le candidature da parte degli istituti ospedalieri fossero sovrabbondanti rispetto alle necessità definite dai cantoni.

D'altro canto, un indicatore molto sensibile della eventuale indisponibilità di servizi è dato dalla possibile presenza di liste di attesa per accedere ai servizi ospedalieri stazionari in urgenza o in regime elettivo (cioè con interventi programmati). È chiaro che la presenza di liste di attesa non indica necessariamente la mera assenza di questi servizi ospedalieri o la mera insufficienza della loro capacità. Le liste di attesa sono influenzate anche dalla presenza di eventuali strozzature in specifici punti dei percorsi di cura oppure da disfunzionalità nell'organizzazione interna degli istituti. Ad ogni modo, i pochi dati disponibili sembrano confermare che la Svizzera si contraddistingue per **poche liste di attesa e non troppo lunghe**.

3.2. Efficacia e sicurezza delle cure

Il secondo obiettivo della pianificazione ospedaliera è che i servizi non soltanto siano disponibili, ma siano anche di qualità. Come già visto ai paragrafi 1.1 e 1.2, gli stessi articoli della LAMal e dell'OAMal menzionano esplicitamente la dimensione della qualità tra i requisiti che i cantoni devono considerare nel determinare l'elenco degli ospedali autorizzati ad esercitare a carico dell'AOMS per i diversi gruppi di prestazioni di ricovero.

L'articolo 39 della LAMal prevede che tali ospedali garantiscano una sufficiente assistenza medica, dispongano del necessario personale specializzato, si avvalgano di appropriate installazioni mediche, garantiscano una fornitura adeguata di medicinali e adottino una cartella informatizzata del paziente che soddisfi le condizioni poste dalla recente legge federale (LCIP). Si tratta di elementi che riguardano le dotazioni strumentali degli ospedali o comunque che costituiscono pre-condizioni per un loro buon funzionamento.

Accanto a tali elementi citati nell'articolo 39 LAMal (che rimandano ad **indicatori di struttura**), per valutare la qualità degli ospedali e definire le proprie liste, i cantoni possono considerare anche **indicatori di processo** (che considerano l'adeguatezza dei processi assistenziali) e **indicatori di esito** (che considerano l'impatto finale delle cure sulla salute e la soddisfazione dei pazienti). L'articolo 58d OAMal al capoverso 2 – nel nuovo testo in vigore da inizio 2022 – prevede che «Nella valutazione della qualità degli istituti occorre in particolare esaminare se l'insieme dell'istituto adempie le esigenze

²³ Nel "Messaggio concernente la modifica della legge federale sull'assicurazione malattie (Finanziamento ospedaliero)" del 15 settembre 2004 il Consiglio federale affermava chiaramente che: «La pianificazione ospedaliera eseguita a livello cantonale è lo strumento previsto dalla LAMal per diminuire la sovracapacità nel settore ospedaliero» (<https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2004/1024/it>, pag. 4910; consultato il 10.6.2022). A distanza di quasi venti anni, la situazione si è modificata ma è assai improbabile che il settore sia oggi caratterizzato da sotto-capacità.

Una evidenza recente di possibili recuperi di efficienza è stata offerta dall'iniziativa "Ambulatoriale prima di stazionario" che a partire da gennaio 2019 ha forzato il passaggio dal regime stazionario a quello ambulatoriale per diverse procedure (cfr. paragrafo 2.2). Tale passaggio ha mostrato la possibilità di liberare letti in regime stazionario, senza pregiudizio per la qualità delle prestazioni erogate ai pazienti.

seguenti: a. disporre del necessario personale qualificato; b. disporre di un adeguato sistema di gestione della qualità; c. disporre di un sistema interno di rapporti e d'apprendimento appropriato e aver aderito a una rete di notifica di eventi indesiderabili uniforme a livello svizzero, per quanto tale rete esista; d. disporre delle attrezzature che consentono di partecipare alle misurazioni nazionali della qualità; e. disporre dell'attrezzatura per garantire la sicurezza delle terapie farmacologiche, in particolare mediante il rilevamento elettronico dei medicinali prescritti e dispensati». Ancora, al capoverso 3 si prevede che «I risultati delle misurazioni della qualità condotte su scala nazionale possono essere utilizzati come criteri di selezione degli istituti». Infine, al capoverso 4 si afferma che «Nella valutazione degli ospedali occorre in particolare tener conto dello sfruttamento di sinergie, del numero minimo di casi e del potenziale di concentrazione di prestazioni al fine di rafforzare l'economicità e la qualità delle cure».

Nonostante gli indicatori di qualità relativi a processi e esiti delle cure siano di fondamentale importanza per gli istituti e i singoli team in un'ottica di miglioramento continuo, essi producono informazioni e comparazioni che restano al centro del **dibattito tra specialisti, spesso senza arrivare a produrre valutazioni sintetiche e condivise** dai diversi attori interessati. Per queste ragioni è comprensibile che i cantoni restino molto prudenti – e per lo più restii – nell'utilizzare in modo deterministico tali indicatori di qualità quando devono decidere le liste ospedaliere della pianificazione.

Per illustrare potenzialità e difficoltà legati alla definizione di indicatori di qualità in ambito ospedaliero, è utile riferirsi all'esperienza fatta dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) con i suoi "Indicatori di qualità degli ospedali svizzeri per cure acute"²⁴. L'iniziativa, meritoria, ha portato alla pubblicazione dei primi risultati alla fine del primo decennio di questo secolo e da allora si è progressivamente arricchita di nuovi indicatori. La metodologia adottata in Svizzera (Swiss Inpatient Quality Indicators – **CH-IQI**) è stata inizialmente sviluppata in Germania (Initiative Qualitätsmedizin – IQ^M) e poi replicata anche in Austria. Ciò rende possibili comparazioni tra gli ospedali dei tre paesi. Nonostante gli sforzi profusi, l'iniziativa CH-IQI ha ricevuto pesanti critiche da parte dell'associazione mantello H+ Gli Ospedali Svizzeri²⁵ e ancora oggi non fa l'unanimità. La stessa H+, da parte sua, è tra i fondatori dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche **ANQ** che dal 2009 raccoglie informazioni su alcuni (relativamente pochi) indicatori relativi alla soddisfazione degli utenti, alle infezioni del sito chirurgico, alle cadute e alle piaghe da decubito, ai ricoveri ripetuti (cioè alle riammissioni ospedaliere), al registro delle protesi di anca e ginocchio²⁶.

Le posizioni spesso non unanimi dei diversi attori rispetto alla rilevanza, alla non ambiguità, all'affidabilità dei dati raccolti, ecc. rendono più incerte le scelte che il cantone può effettuare anche nel processo di affidamento dei mandati della pianificazione rispetto a tali indicatori di qualità. In tal senso, la già citata metodologia GD-ZH ha il merito – tra gli altri – di rappresentare un riferimento che nel tempo si è consolidato, anche per il fatto di essere stata adottata progressivamente da più cantoni e oramai da quasi tutti. I **requisiti richiesti dalla metodologia GD-ZH** sono specifici per ciascuno dei circa 140 gruppi di prestazioni attualmente definiti per il settore somatico acuto. Tali requisiti possono

²⁴ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet dell'UFSP dedicata al tema "Indicatori di qualità degli ospedali per cure acute svizzeri": www.bag.admin.ch/iqos (consultato il 10.6.2022).

²⁵ Cfr. H+ (2009; 2014).

²⁶ Per ulteriori informazioni, cfr. il sito internet dell'ANQ: <https://www.ang.ch/it/> (consultato il 10.6.2022).

riguardare, in particolare (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich 2020), (1) il fatto che l'ospedale impieghi medici con titoli di specialisti FMH o con formazioni approfondite ISFM (in alcuni casi è sufficiente che gli specialisti siano medici aggiunti o consulenti – e non dipendenti – dell'ospedale, a condizione che abbiano un contratto e che il loro studio sia nelle vicinanze); (2) la concreta disponibilità in ospedale dello specialista, eventualmente entro un tempo massimo; (3) la disponibilità di un pronto soccorso – medicina di urgenza, distinto su tre livelli di dotazione e prontezza; (4) la disponibilità di un servizio di cure intense, distinto su tre livelli; (5) l'attribuzione di mandati su gruppi di prestazioni legate tra di loro da un punto di vista medico (ad esempio il mandato di chirurgia viscerale può essere attribuito a ospedali che abbiano anche quello per la gastroenterologia) o la presenza di accordi di cooperazione con altri ospedali ai quali è stato attribuito un mandato su gruppi di prestazioni collegate; (6) la presenza di un *tumor board*; (7) un numero minimo di casi trattati (dall'ospedale o complessivamente per operatore); (7) altri eventuali criteri specifici per singoli gruppi di prestazioni.

In particolare, i criteri relativi alla disponibilità di medici specialisti strutturati in ospedale e ai numeri minimi sembrano particolarmente rilevanti nel contesto del Canton Ticino, caratterizzato dalla presenza di numerosi ospedali.

3.3. Equità nell'accesso e nel trattamento

La pianificazione cantonale ha l'obiettivo primario di rendere disponibili le cure ospedaliere stazionarie di cui abbisogna la popolazione residente, promuovendo la qualità di quelle prestazioni.

Accanto a tali fini primari, la pianificazione deve tuttavia favorire anche un accesso alle cure che risponda al criterio dell'equità nell'accesso ai servizi e nel trattamento che i pazienti ricevono. Nella definizione che ne dà l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)²⁷, «L'equità è l'assenza di differenze ingiuste, evitabili o rimediabili tra gruppi di persone definiti socialmente, economicamente, demograficamente o geograficamente o da altre dimensioni di disuguaglianza (ad esempio, sesso, genere, etnia, disabilità o orientamento sessuale). La salute è un diritto umano fondamentale. L'equità nella salute si consegue quando tutti possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute e benessere» (t.d.a.).

In generale, in termini di equità il settore ospedaliero stazionario nei paesi sviluppati è meno problematico di altri ambiti del sistema sanitario. Questo perché le cure ospedaliere in genere sono erogate quando realmente necessarie e, una volta ricoverato il paziente, seguono procedure standard, ancorate a numerosi atti tecnici. Per queste ragioni, il ricovero ospedaliero resta – nella decisione di accesso e nella presa in carico una volta ricoverati – maggiormente indipendente dalle condizioni culturali, sociali o economiche del paziente, tanto più in un contesto dove tutte le prestazioni di comprovata scientificità ed efficacia sono rimborsate da un'assicurazione sociale universale. Fatta tale premessa, alcune dimensioni dell'equità restano meritevoli di attenzione. Qui di seguito ne citiamo tre, particolarmente rilevanti.

²⁷ https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1 (consultato il 10.6.2022).

La prima dimensione è quella dell'**accessibilità fisica** alle strutture ospedaliere. In tal caso, le differenze di opportunità e di trattamento sono determinate dal luogo di residenza delle persone. Abitare o lavorare vicino alle strutture ospedaliere comporta una maggiore comodità e facilità di accesso, ma anche una riduzione dei rischi per la salute nel caso di un'emergenza. Questo argomento è sempre presente nel dibattito pubblico attorno alla pianificazione ospedaliera in particolare al cospetto di territori relativamente vasti e non omogenei, come nel caso del Ticino, caratterizzato da ampie parti di territorio poco popolate. D'altro canto, valgono tre osservazioni. La prima è che il territorio svizzero ha una notevole densità di strutture ospedaliere, se confrontato ad altri paesi europei comparabili. La seconda è che il rapido accesso alle strutture ospedaliere nel caso di un'urgenza, è favorito da un sistema di soccorso preospedaliero (terrestri e aerei) che, anche in comparazione ad altri paesi, gode di risorse e competenze molto elevate. A tal proposito basti osservare come tra i criteri di accreditamento richiesti ai servizi ambulanze da parte dell'Interassociazione di salvataggio (IAS; organizzazione mantello dei servizi di soccorso medico della Svizzera incaricata dai cantoni), si preveda che il mezzo di soccorso arrivi sul luogo della richiesta entro 15 minuti dal ricevimento dell'allarme nel 90% dei casi di emergenza (IAS, 2022). La terza e ultima osservazione è che chiaramente il criterio dell'accessibilità territoriale (che vorrebbe strutture numerose, piccole e diffuse) deve essere affiancato da quelli della qualità e della sicurezza (che vorrebbero una spinta concentrazione della casistica) e, infine, dell'efficienza economica (che vorrebbe concentrazione delle strutture per conseguire sufficienti economie di scala).

Questi argomenti sono tutti ben presenti nei risultati del sondaggio "Barometro di H+ degli ospedali e delle cliniche 2021", condotto su 1'200 persone²⁸. Alla domanda «Non possiamo più permetterci una rete ospedaliera così ramificata come quella che c'è oggi», il 50% circa si diceva molto o abbastanza d'accordo, mentre il 40% circa si diceva non molto o per niente d'accordo (gli altri erano indecisi o non avevano risposto). Alla domanda «La qualità dei servizi è per me più importante della vicinanza dell'ospedale al mio luogo di residenza», un terzo dei rispondenti si diceva molto d'accordo e il 50% circa piuttosto d'accordo. Trattamenti stazionari di riabilitazione, di psichiatria e per interventi chirurgici specialistici vedevano le persone disponibili a spostarsi anche per lunghe percorrenze. Al contrario, per i casi di emergenza, per i trattamenti ambulatoriali con molteplici e ripetuti consulti settimanali e per i parti, praticamente tutti i rispondenti chiedevano tempi di accesso rapidi, per lo più inferiori ai 60 minuti.

La seconda dimensione riguarda eventuali differenze nell'appropriatezza e nelle difficoltà di accesso legate allo **status socio-economico**, alle diverse **appartenenze culturali** o al **passato migratorio**. Con riferimento all'appartenenza culturale e al passato migratorio, problemi specifici possono nascere quando i pazienti non parlano lingue nazionali e gli ospedali – magari di piccole dimensioni – non sono dotati di servizi di mediazione culturale o di traduzione linguistica. Più in generale, un recente studio dell'Università di Losanna (Spycher et al. 2021) ha usato un'analisi spaziale basata su circa 700 microregioni svizzere e ha mostrato che le regioni caratterizzate da più alta "deprivazione socioeconomica" evidenziavano un tasso maggiore di ricoveri che avrebbero probabilmente potuto essere evitati con un accesso tempestivo a cure primarie adeguate (per asma, broncopneumopatia

²⁸ Il sondaggio è condotto da GSF su un campione di 1'200 persone rappresentativo della popolazione adulta in Svizzera. Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet di H+ dedicata al tema "Barometro di H+ degli ospedali e delle cliniche 2021": <https://www.hplus.ch/it/cifrestatistiche/barometro-di-h-degli-ospedali-e-delle-cliniche> (consultato il 10.6.2022).

cronica ostruttiva, insufficienza cardiaca, ipertensione, diabete, polmonite acquisita in comunità e infezione del tratto urinario)²⁹.

La terza dimensione, meno rilevante delle precedenti, riguarda il diverso trattamento ricevuto in ospedale da chi ha l'assicurazione di base e chi anche un'**assicurazione complementare ospedaliera**. Tale assicurazione complementare in genere offre livelli di comfort più elevati (per lo più camera singola), la possibilità di scegliere il medico di riferimento (per lo più il primario o il vice-primario) e una maggiore possibilità di scelta tra strutture cantonali ed extra cantonali, riconosciute ai sensi della LAMal o no. Tutti e tre gli elementi citati – maggior comfort, scelta del medico e maggiore scelta della struttura in cui farsi ricoverare – sono diventati meno importanti nel corso del tempo³⁰, ma costituiscono tutt'ora un'oggettiva differenza nel trattamento dei pazienti. Chiaramente, le differenze legate al possesso o no di una copertura assicurativa complementare sono in qualche misura definite dalle stesse norme federali e dunque molto meno problematiche per la politica sanitaria.

3.4. Formazione dei professionisti e avanzamento delle conoscenze in ambito sanitario

Come già anticipato nel paragrafo 2.3, il settore ospedaliero svolge un ruolo chiave nella formazione e nella ricerca. In effetti la LAMal e l'articolo 39 non prevedono, tra gli obiettivi della pianificazione cantonale, quello di promuovere condizioni idonee a rispondere a tali bisogni formativi e di favorire la ricerca né tanto meno un impegno a finanziare quelle attività. Ciò nonostante, i nessi tra i tre ambiti (cure, formazione e ricerca) sono evidenti e altrettanto evidente risultano essere il ruolo e la responsabilità del Cantone rispetto a ciò.

Le necessità della formazione sono centrali nella politica sanitaria a livello tanto federale quanto cantonale. **A livello federale** ci possiamo qui riferire alla strategia federale Sanità2020 (UFSP 2013) approvata dal Consiglio federale nel gennaio 2013 (cfr. anche paragrafo 4.1.1). Quella strategia riconosceva come «In futuro occorre (...) garantire un numero adeguato di professionisti della salute in possesso di una formazione appropriata. Attualmente, beneficiamo del fatto che circa un terzo del personale in questione ha conseguito una formazione all'estero. Qualora le condizioni lavorative del loro Paese di origine cambino, la Svizzera potrebbe soffrire in tempi brevi di una penuria di specialisti qualificati. Occorre pertanto mettere a punto una strategia qualitativa e quantitativa in materia di formazione nell'ambito sanitario» (pagina 5). Uno dei dodici obiettivi della politica sanitaria federale era dunque proprio quello di «Aumentare il numero di professionisti della salute ben qualificati» (obiettivo 3.3). È chiaro che tale obiettivo – e la misura specifica «Formazione di un numero sufficiente di medici e infermieri nei rispettivi rami di specializzazione» – è basato in larga misura sulla capacità degli ospedali di fornire competenze d'insegnamento e posti di stage adeguati. Per ridurre la

²⁹ L'indice di deprivazione socioeconomica è basato sulla percentuale di popolazione che percepisce sussidi sociali, che ha un reddito basso, che è disoccupata, non qualificata e con un basso livello di istruzione.

³⁰ Nel tempo, il comfort delle cosiddette camere comuni è molto migliorato e gran parte delle camere negli ospedali svizzeri sono doppie. Con la crescente specializzazione della medicina, la scelta del medico – o quanto meno dell'équipe – risulta meno rilevante di un tempo, quando ad esempio il chirurgo eseguiva un'ampia gamma di interventi diversi. Dal 2012 l'assicurazione di base rimborsa i ricoveri anche fuori cantone (se fruiti presso ospedali inseriti nelle liste delle pianificazioni cantonali), fino all'occorrenza della spesa che si sarebbe sostenuta nel proprio cantone di residenza.

dipendenza dai medici formati all'estero, la Confederazione ha messo in pista iniziative importanti, compreso il versamento di un contributo straordinario deciso nel 2016 di 100 milioni di franchi su quattro anni per aumentare i posti nei curricula universitari della formazione di base (bachelor e master) in Svizzera³¹. L'attivazione del Master in medicina umana presso l'USI è una delle azioni sostenute da quella iniziativa federale.

Preoccupazioni simili a quelle espresse nella strategia Sanità2020 sono poi ribadite in quella approvata dal Consiglio federale nel dicembre 2019 e denominata Sanità2030 (UFSP, 2019). Quest'ultima evidenzia come tra i punti di debolezza del sistema sanitario svizzero ci sia la «Penuria di professionisti della salute qualificati» e, tra gli orientamenti di politica sanitaria individuati come prioritari, cita quello «Più personale per le cure di lunga durata».

Infine, sempre a livello federale l'importanza cruciale di potenziare il sistema formativo in ambito sanitario è stato messo in evidenza nel dibattito che ha accompagnato l'iniziativa popolare "Per cure infermieristiche forti (Iniziativa sulle cure infermieristiche)", fino alla sua approvazione da parte di popolo e cantoni a fine 2021³². Il capoverso 2 del nuovo articolo 117b della costituzione federale afferma che [La Confederazione e i Cantoni] «Assicurano che sia disponibile un numero di infermieri diplomati sufficiente per coprire il crescente fabbisogno». La disposizione transitoria afferma, tra le altre cose, che «Entro diciotto mesi dall'accettazione dell'articolo 117b da parte del Popolo e dei Cantoni, il Consiglio federale prende provvedimenti efficaci per ovviare alla mancanza di infermieri diplomati».

Preoccupazioni e obiettivi simili si ritrovano nella **politica sanitaria cantonale**. Oltre alla già citata attivazione del MMU USI, un elemento centrale di tale politica cantonale è il recente "Piano d'azione per il rafforzamento della formazione professionale nel settore sociosanitario (**PRO SAN 2021-2024**)" approntato congiuntamente dal Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport (DECS) e dal DSS e presentato dal Consiglio di Stato come messaggio 8009 del 9.6.2021 e approvato dal Gran Consiglio nel marzo 2022³³. Nel messaggio, focalizzato soprattutto sul personale curante (infermieri, OSS, OSA, addetti alle cure sociosanitarie, ecc.), l'entità della sfida è espressa in modo assai chiaro: «Attualmente in Ticino un giovane su 10 si diploma in una professione curante: per soddisfare il fabbisogno stimato nel 2030 con solo personale indigeno occorrerebbe che un giovane su cinque si dedicasse a una professione curante» (pagina 13), pur riconoscendo subito dopo che ciò «non sembra possibile e, in ogni caso, avrebbe delle ripercussioni negative importanti su altri settori professionali, che necessitano anch'essi di manodopera qualificata residente» (ibidem). È chiaro che la mobilitazione richiesta alle scuole e alle istituzioni sanitarie è destinata ad avere un impatto duraturo sul settore ospedaliero, chiamato a uno sforzo congiunto di tutte le strutture e molto maggiore che in passato.

³¹ Cfr. il "Messaggio sulla promozione dell'educazione, della ricerca e dell'innovazione negli anni 2017–2020" del 24.2.2016 (https://www.sbf.admin.ch/dam/sbf/it/dokumente/2016/cst/bfi_17-20.pdf.download.pdf/BFI-17-20_i.pdf; pagine 2781-2783; consultato il 10.6.2022). In particolare, quel messaggio evidenziava come ancora nel corso del 2014 i diplomi in medicina umana rilasciati dalle università svizzere fossero stati 861, a fronte dei 2 576 diplomi esteri riconosciuti nello stesso anno.

³² Per ulteriori informazioni, cfr. <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative.html> (consultato il 10.6.2022)

³³ https://www4.ti.ch/user_librerie/php/GC/allegato.php?allid=139027 (consultato il 10.6.2022).

Quando dalla formazione si passa alle esigenze della **ricerca**, il perimetro di azione e dunque l'impatto sul settore ospedaliero sono meno facili da definire con esattezza. D'altro canto, è ben chiaro – a livello federale come a livello cantonale – che il settore biomedico manterrà in futuro un ruolo centrale nella ricerca, se possibile ancora maggiore di quello già svolto oggi. Sia la Confederazione sia il Canton Ticino sono determinati a partecipare a tale sfida, cruciale per mantenere un posto di leadership mondiale nell'innovazione e beneficiare delle ricadute anche economiche di tali attività. Si vedano al riguardo gli sviluppi conosciuti dagli istituti affiliati all'USI, come lo IOR (Istituto Oncologico di Ricerca) e l'IRB (Istituto di Ricerca in Biomedicina), o da numerose start-up collegate.

3.5. Efficienza e sostenibilità economica

L'articolo 39 al capoverso 2ter richiama esplicitamente il concetto di **economicità** per la pianificazione ospedaliera, accanto a quello della qualità delle cure. In qualche misura, l'accostamento tra economicità e qualità riprende a livello di settore ospedaliero complessivo quanto già statuito per le singole prestazioni che, per essere rimborsate dall'AOMS, «devono essere efficaci, appropriate ed economiche» (cosiddetti criteri EAE; articolo 32 capoverso 1 LAMal).

Il concetto di economicità rimanda al rapporto tra costi e benefici³⁴ e dunque al concetto di **efficienza**, centrale per la sostenibilità economica futura del sistema sanitario. Di più, perché una prestazione – e, per estensione, la pianificazione ospedaliera – sia considerata “economica” nell'ambito della LAMal, è necessario «che le sue conseguenze finanziarie siano sopportabili per l'AOMS» (OFSP 2022; pagina 6).

Per dare concretezza al concetto di economicità, l'OAMal prevede che «La valutazione dell'economicità degli ospedali (...) è effettuata segnatamente mediante confronti dei costi corretti per il grado di gravità» (art. 58d, capoverso 1) e che «Nella valutazione degli ospedali occorre in particolare tener conto dello sfruttamento di sinergie, del numero minimo di casi e del potenziale di concentrazione di prestazioni al fine di rafforzare l'economicità e la qualità delle cure» (capoverso 4). La presenza di entrambi questi due elementi nei due capoversi è rilevante.

Per definire i **costi corretti per il grado di gravità di ciascun ospedale** (articolo 58d capoverso 1 OAMal), l'UFSP in collaborazione con la GDK/CDS ha sviluppato un concetto che poi ha dato luogo, nel 2020, alla prima pubblicazione di tali costi (relativi al 2018), seguita da un aggiornamento annuale³⁵.

Tale pubblicazione rappresenta un'informazione importante sull'economicità delle strutture ospedaliere, anche perché si tratta di una informazione valida per tutti gli ospedali svizzeri e

³⁴ A seconda degli obiettivi dell'analisi, dei dati disponibili, della prospettiva adottata, ecc., in realtà si può più specificamente parlare di valutazioni costi-benefici, costi-efficacia, costi-utilità.

³⁵ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet dell'UFSP dedicata al tema “Publication des coûts par cas des hôpitaux”: <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Spitalbehandlung/fallkosten-der-spitaeler-und-geburtshaeuser.html> (consultato il 10.6.2022). A causa degli impatti della pandemia da COVID-19 sui dati economici 2020, l'UFSP ha deciso di non pubblicare i costi corretti per il grado di gravità relativi a quell'anno.

aggiornata annualmente. D'altro canto, molta letteratura scientifica internazionale³⁶ si interroga su quanto la concorrenza tra ospedali si basi su qualità ed efficienza e quanto invece si basi sulla capacità degli ospedali stessi (1) di specializzarsi in attività per le quali i sistemi di rimborso (es. SwissDRG) risultano più "generosi" o in attività su cui hanno vantaggi di costo e/o (2) di selezionare i pazienti con costi attesi più bassi rispetto al forfait per caso (es. evitando di ricoverare pazienti per i quali la dimissione dall'ospedale può risultare complessa per problemi sociali o psicologici). Anche in questo caso, il problema è che i sistemi di rimborso faticano a includere informazioni sufficienti a riconoscere integralmente tali diversi elementi di costo³⁷. In particolare, la letteratura scientifica internazionale rileva come in molte esperienze la diversa natura proprietaria degli ospedali – pubblica, privata senza scopo di lucro, privata commerciale – "spieghi" comportamenti diversi. In altre parole, la selezione di attività e pazienti è più forte da parte degli ospedali privati commerciali, seguiti da quelli privati non commerciali e infine da quelli pubblici.

Tornando alla pianificazione ospedaliera cantonale in Svizzera, tutti gli elementi sopra citati consigliano prudenza nel considerare i soli "costi corretti per il grado di gravità" quali indicatori di efficienza e quindi di economicità delle strutture. Per gli stessi motivi, è significativo che la stessa ordinanza della LAMal preveda di considerare anche **lo sfruttamento di sinergie, il numero minimo di casi e il potenziale di concentrazione di prestazioni** per valutare l'economicità.

Per concludere, sembra utile ricordare cinque elementi chiave che favoriscono l'efficienza e dunque la sostenibilità economica complessiva del settore ospedaliero stazionario. Il primo – generalmente soddisfatto – è quello dell'**appropriatezza clinica**, che significa erogare soltanto cure che apportino un'utilità rilevante al paziente (quindi efficaci e adeguate, ai sensi dell'articolo 32 della LAMal). Il secondo elemento è quello dell'**appropriatezza organizzativa**, che significa ricorrere al ricovero ordinario soltanto quando gli stessi risultati di salute non sono ottenibili con setting organizzativi meno onerosi (casa per anziani, cure a domicilio, day hospital, CAT/STT, letti RAMI, ecc.). Il terzo elemento è quello dell'**efficienza tecnica**, che significa utilizzare le risorse disponibili in modo da massimizzare l'output e/o minimizzare gli input (un esempio è offerto dalla significativa riduzione della durata media dei ricoveri, lì dove spiegata dalla migliore organizzazione dei processi assistenziali in ospedale). Il quarto elemento è il **contenimento dei prezzi unitari** dei fattori produttivi (esempi riguardano la sostituzione dei farmaci originali con quelli generici, la capacità negoziale – spesso attraverso acquisti di gruppo – per ottenere sconti dai fornitori, i tetti alle remunerazioni molto

³⁶ Limitandoci a pochi studi recenti, citiamo Bjorvatn (2018) per la Norvegia, Murphy et al. (2020) per l'Irlanda, Penno et al. (2021) per la Nuova Zelanda e due studi di comparazione su più paesi: Kruse et al. (2018) e Tynkkynen e Vrangbæk (2018).

³⁷ Si tratta di problemi comuni anche in presenza di sistemi avanzati di contabilità analitica e di codificazione delle prestazioni. Con riferimento agli SwissDRG, è utile in tal senso segnalare come lo stesso consiglio di amministrazione della SwissDRG SA riconosce come «Anche in presenza di una corretta separazione tra costi AOMS e costi non-AOMS (insegnamento e ricerca, prestazioni di pubblica utilità), i forfait per caso di un modello DRG non consentono di spiegare tutte le differenze di costo tra gli ospedali» (SwissDRG SA, 2016). In particolare, la dichiarazione di SwissDRG SA poneva attenzione ai seguenti aspetti di costo, non spiegabili tramite la struttura tariffaria SwissDRG: «1. differenze dei costi salariali e costi salariali accessori a livello regionale; 2. costi di mantenimento per infrastrutture altamente specializzate o per l'assistenza di emergenza, necessarie dal punto di vista medico o assistenziale, ma che non possono essere utilizzate al massimo delle loro capacità (ad es. reparto per ustionati gravi e reparto di isolamento speciale); 3. perdite causate da casi in forte deficit che, come dimostrano le statistiche, non possono essere compensati da casi redditizi; 4. altri casi secondo la giurisprudenza» (ibidem). Per questo motivo, «Tali differenze di costo possono essere compensate in fase di trattativa mediante una differenziazione dei prezzi» (ibidem). Infine, «i partner tariffali [cioè ospedali e assicuratori malattia] possono anche concordare remunerazioni per l'innovazione» (ibidem).

elevate di alcuni professionisti). Il quinto e ultimo elemento è rappresentato dalle **economie di scala**, possibili quando le dimensioni e i volumi di prestazioni delle strutture ospedaliere sono sufficientemente ampi.

3.6. Libertà di scelta per l'assicurato e d'iniziativa economica per il fornitore di cura

La pianificazione ospedaliera dei cantoni deve tener conto di due elementi centrali dell'architettura istituzionale del sistema sanitario svizzero: la libertà di scelta per l'assicurato e la libertà d'iniziativa economica per i fornitori di cura. Si tratta di **due elementi al contempo fortemente radicati nella storia politica ed economica svizzera, e strumentali** – quanto meno negli assunti teorici della politica sanitaria svizzera – **a promuovere l'efficacia e l'efficienza** (cioè la qualità e l'economicità) del sistema.

Dal lato della domanda, la presenza sul territorio di più strutture ospedaliere in concorrenza tra loro aumenta le possibilità di scelta disponibili ai pazienti che così possono optare per il fornitore di cure di loro preferenza. Quella stessa pressione competitiva dovrebbe spingere i fornitori di cure a mantenere adeguata – e a migliorare – la qualità percepita dei propri servizi. Nel caso della managed care promossa nell'ambito di alcuni modelli "alternativi" di copertura assicurativa LAMal, tale pressione dovrebbe essere esercitata anche dagli assicuratori, sia sulla qualità dei servizi erogati dagli ospedali con cui negoziano, sia in termini di costi e di efficienza (nei modelli di managed care gli assicuratori sono infatti incentivati a stringere accordi con gli ospedali più "economici"). Di fronte a tali pressioni competitive, gli ospedali saranno dal canto loro spinti ad adottare innovazioni di prodotto e, soprattutto, di processo capaci di migliorare la qualità e/o l'economicità.

Come visto nei precedenti paragrafi, la pianificazione cantonale è chiamata a promuovere qualità ed economicità delle cure, tenendone conto ai fini delle attribuzioni dei mandati. Ma allo stesso tempo, proprio a salvaguardia dei principi della libertà di scelta e della libertà di iniziativa economica, i cantoni devono comunque mantenere un certo grado di **"contendibilità" del mercato**. Per questo motivo essi non si limitano a riconoscere i mandati di prestazioni ai soli ospedali che risultino i migliori in termini di qualità e/o economicità, ma in genere li riconoscono a più strutture che operano sul territorio. Sempre per favorire una concorrenza sul – e una contendibilità del – mercato nel corso del tempo, introducono regole che permettono agli ospedali di candidarsi anche per nuovi gruppi di prestazioni, sui quali non erano attivi negli anni precedenti.

Rispetto alla promozione di una concorrenza nel settore ospedaliero che favorisca qualità ed economicità, i principali temi sul tavolo della politica federale sembrano tre (Conseil fédéral, 2022):

1. Prestazioni d'interesse generale: perché la concorrenza economica tra gli ospedali sia efficace, si deve basare su informazioni di costo affidabili e tempestive, a disposizione del pianificatore cantonale e degli assicuratori. In particolare, perché tale concorrenza non sia distorta, deve essere chiara la demarcazione tra i costi relativi alle prestazioni rimborsate dalla LAMal e i costi delle «prestazioni economicamente d'interesse generale» che «comprendono segnatamente: a. il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale; b. la ricerca e l'insegnamento universitario» (LAMal, articolo 49, capoverso 3), i servizi di pronto soccorso aperti 24 ore al giorno e 7 giorni alla settimana, nonché il mantenimento di capacità per far fronte a catastrofi. La richiesta di alcuni attori – assicuratori ma anche ospedali – è che tali informazioni siano più chiare e trasparenti e, eventualmente, siano raccolte sulla base di metodologie comuni nei diversi cantoni.

2. Tariffe di riferimento per i ricoveri fuori cantone di residenza: dal 2012 gli assicurati LAMal hanno la possibilità di ricovero presso qualunque ospedale operante in Svizzera per i mandati ad esso conferiti. La sola possibile limitazione non è di accesso quanto piuttosto nella copertura economica, dal momento che – ad esclusione dei ricoveri urgenti o per prestazioni non disponibili presso il cantone di residenza, nei quali casi i rimborsi da parte di cassa malati e cantone di residenza è totale – il rimborso sarà basato su una “tariffa di riferimento” definita dal cantone di residenza del paziente e non sulla tariffa applicata dall’ospedale, che potrebbe essere più elevata: un eventuale scoperto dovrebbe essere saldato dal paziente (o dalla sua assicurazione complementare, qualora presente e qualora lo preveda). Dunque «Fissare la tariffa di riferimento a un livello irrealisticamente basso, come fanno alcuni cantoni, può compromettere l’ampia scelta di ospedali per gli assicurati e l’auspicata concorrenza intercantonale tra gli ospedali» (ibidem, pagina 15; t.d.a.). Per ridurre o eliminare tali ostacoli, le proposte vanno dalla fissazione di tariffe medie, al riconoscimento di tariffe speciali (più elevate) per gli ospedali universitari, alla fissazione di tariffe pari al massimo di quelle riconosciute agli ospedali operanti nel cantone di residenza del paziente.

3. Informazioni sulla qualità fruibili dai pazienti: perché la libertà di scelta dell’ospedale da parte del paziente comporti un vantaggio reale, è importante che questi disponga di sufficienti informazioni sulla qualità degli ospedali. Come già osservato al paragrafo 3.2, le informazioni relative alla qualità sono onerose da raccogliere in ambiti specialistici come gli ospedali e gli indicatori utilizzati non fanno l’unanimità neanche tra i professionisti. In più, per diventare uno strumento di scelta da parte dei pazienti, tali informazioni devono essere comprensibili e fruibili anche da un pubblico “laico”.

Questo ultimo punto evidenzia chiaramente le condizioni ma anche le difficoltà e i limiti di una efficace concorrenza tra ospedali. Nel caso di prestazioni a forte contenuto tecnico-specialistico – rispetto alle quali è difficile esercitare scelte realmente informate – è fisiologico che la libertà di scelta venga limitata per favorire la sicurezza del paziente, grazie soprattutto a una sufficiente concentrazione della casistica. Nel caso di prestazioni a minore contenuto tecnico-specialistico (o comunque dove è prevalente l’elemento della “esperienza del paziente”), è importante che i pazienti abbiano adeguata informazione a disposizione per poter effettuare scelte razionali.

4. Gli orientamenti delle strategie e della politica sanitaria federali

4.1. Le strategie federali globali

4.1.1. Sanità 2020

Nei capitoli precedenti abbiamo discusso in generale del ruolo che gli ospedali rivestono nel settore sanitario e degli obiettivi della pianificazione cantonale prevista dalla LAMal. Ora, prima di rivolgere l'attenzione al settore ospedaliero ticinese, è utile presentare schematicamente gli elementi delle strategie federali maggiormente rilevanti per le prospettive di sviluppo del settore ospedaliero. Nel prossimo paragrafo presenteremo altrettanto velocemente altre importanti iniziative discusse a livello federale.

La strategia federale Sanità2020, pubblicata nel 2013³⁸, ha rappresentato una vera novità nella politica svizzera, con l'azione federale "di sistema" più forte e più esplicita in un ambito – quello del settore sanitario – che di base resta sotto la responsabilità dei cantoni.

La strategia si articola in quattro aree di intervento. Ciascuna di esse dà luogo a tre obiettivi. A loro volta, ciascun obiettivo è accompagnato da tre misure (per un totale quindi di 36 misure). Ai fini del presente rapporto, **le misure più rilevanti** paiono le seguenti (UFSP 2013):

- «Concentrazione della medicina altamente specializzata, al fine di eliminare inefficienze e doppioni nelle infrastrutture nonché di aumentare la qualità dell'assistenza sanitaria» (Area d'intervento 2: Rafforzare le pari opportunità e la responsabilità individuale; Obiettivo 2.2: Preservare la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario aumentandone l'efficienza);
- «Attuazione della strategia della qualità per incrementare la trasparenza e migliorare la qualità negli ambiti prescelti» (Area d'intervento 3: Garantire e migliorare la qualità dell'assistenza; Obiettivo 3.1: Promuovere la qualità delle prestazioni e dell'assistenza sanitaria). In linea con quanto osservato al capitolo precedente, viene affermato come «In Svizzera, la qualità dell'assistenza sanitaria non viene rilevata sistematicamente né misurata con criteri omogenei. I dati importanti non vengono registrati oppure non sono accessibili alle autorità. Ciò non consente di valutare né il potenziale di miglioramento né i miglioramenti conseguiti. Nella scelta del fornitore di prestazioni, i pazienti non dispongono di informazioni sufficienti. Manca una concorrenza reale in termini di rapporto qualità-prezzo, che agisca positivamente sul livello qualitativo dei trattamenti e sui costi».
- «Introduzione e promozione attiva della cartella informatizzata del paziente, al fine d'incrementare la qualità dell'assistenza e la sicurezza del paziente nonché di sostenere i processi di trattamento e la collaborazione tra i fornitori di prestazioni» (Area d'intervento 3:

³⁸ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet dell'UFSP dedicata alla strategia Sanità2020: <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/gesundheit-2020.html> (consultato il 10.6.2022).

Garantire e migliorare la qualità dell'assistenza; Obiettivo 3.2: Rafforzare l'impiego di eHealth).

- «Sostegno digitale ai processi di trattamento, come i processi di dimissione dall'ospedale o i processi d'assistenza integrata secondo un piano di trattamento che preveda l'uso della cartella del paziente informatizzata quale base di dati» (ibidem).
- «Formazione di un numero sufficiente di medici e infermieri nei rispettivi rami di specializzazione» (Area d'intervento 3: Garantire e migliorare la qualità dell'assistenza; Obiettivo 3.3: Aumentare il numero di professionisti della salute ben qualificati).

4.1.2. Sanità 2030

Sul solco della strategia Sanità2020, il Consiglio federale nel dicembre 2019 ha adottato la strategia Sanità2030³⁹. Nel giudicare lo stato del settore sanitario svizzero, la strategia considera tra i punti di forza l'elevata qualità dell'assistenza sanitaria, le buone infrastrutture e l'elevata densità di medici. D'altro lato, riconosce che il sistema sanitario è «sotto pressione a causa dei seguenti fattori: 1. aumento dei costi sanitari; 2. aumento delle malattie non trasmissibili; 3. eccessivo orientamento delle strutture alle cure acute; 4. carenza di personale sanitario qualificato; 5. mancanza di trasparenza, per esempio in materia di costi e di qualità delle prestazioni; 6. disparità sociali nella misura in cui non sono ammortizzate; 7. progressione limitata della digitalizzazione nel sistema sanitario svizzero. Quasi tutti i fattori sono rilevanti per il settore ospedaliero e dunque anche per la pianificazione cantonale.

La strategia individua quattro principali sfide a cui il sistema deve prepararsi. Per rispondere a ciascuna di esse, la strategia definisce due obiettivi. Per ciascuno di tali obiettivi delinea due orientamenti (per un totale quindi di 16 orientamenti). Ai fini del presente rapporto, **gli orientamenti più rilevanti** paiono i seguenti (UFSP 2019):

- «Promozione della digitalizzazione e utilizzazione dei dati» (sfida Trasformazione tecnologica e digitale; Obiettivo 1: Utilizzare i dati sanitari e le tecnologie).
- «Informazione ai cittadini ottimizzata» (sfida Trasformazione tecnologica e digitale; Obiettivo 2: Rafforzare l'alfabetizzazione sanitaria).
- «Rafforzamento delle cure coordinate» (sfida Assistenza sanitaria di elevata qualità e finanziariamente sostenibile; Obiettivo 5: Aumentare la qualità dell'assistenza sanitaria).

4.2. Altre iniziative e altri dossier aperti a livello federale

Nel presente paragrafo si fa cenno ad altri temi di politica sanitaria federale strettamente connessi al settore ospedaliero e a quanto già commentato nelle pagine precedenti. Per ciascun tema si indicano le fonti a cui riferirsi per ulteriori approfondimenti.

³⁹ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet dell'UFSP dedicata alla strategia Sanità2030: <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/gesundheit-2030.html> (consultato il 10.6.2022).

Modifica LAMal: misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1 e Pacchetto 2

Queste modifiche – già attuate o soltanto proposte – della LAMal sono il frutto di un processo di analisi avviato a fine 2016 con la nomina di un gruppo di esperti (anche internazionali) incaricato di proporre misure volte a frenare i costi della AOMS. Il rapporto, consegnato nel 2017, conteneva 38 misure (OFSP 2017). Sulla base di alcune di quelle misure, il DFI ha proposto un programma di contenimento dei costi approvato dal Consiglio federale nel 2018.

Nel 2019 il Consiglio federale ha adottato il messaggio concernente la revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1), con un focus sulle attività ambulatoriali⁴⁰. Il Parlamento ha suddiviso il progetto in due pacchetti (1a e 1b) e nel 2021 ha accolto il primo pacchetto (1a). Le prime tre misure sono entrate in vigore a inizio 2022; per le altre tre misure sono in preparazione le relative ordinanze. Il pacchetto 1b è invece ancora in discussione in parlamento.

Nel frattempo, nel 2020 il Consiglio federale ha posto in consultazione il Pacchetto 2⁴¹, con una decina di misure, delle quali la più incisiva è poi stata scorporata e ridefinita nel controprogetto indiretto all'iniziativa popolare federale «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» dell'Alleanza del Centro. Il Consiglio federale nel novembre 2021 ha adottato il relativo messaggio⁴². La fissazione degli obiettivi di costo che tale controprogetto indiretto propone come misura chiave per controllare la spesa complessiva dell'AOMS, rappresenterebbe un cambiamento drastico delle condizioni di finanziamento e di crescita del settore ospedaliero che, come osservato nel capitolo 2, rappresenta quasi il 40 per cento della spesa AOMS complessiva (rispettivamente circa il 20% per le cure ospedaliere stazionarie e circa il 17% per quelle ospedaliere ambulatoriali). Il 7 settembre 2022 il Consiglio federale ha poi licenziato il messaggio relativo ad altre sei misure, in particolare il potenziamento delle cure coordinate mediante la definizione di reti di cure coordinate quali fornitori di prestazioni a sé; il disciplinamento dell'adozione di modelli di prezzo e di eventuali restituzioni; la deroga all'accesso ai documenti ufficiali concernenti l'importo, il calcolo e le modalità delle restituzioni nell'ambito dei modelli di prezzo; la creazione di basi legali per un esame differenziato dei criteri EAE e per il calcolo di una remunerazione conveniente delle analisi, dei medicinali nonché dei mezzi e degli apparecchi; l'obbligo per i fornitori di prestazioni e gli assicuratori di trasmettere le fatture elettronicamente, mentre ha stralciato sorprendentemente l'introduzione di una prima consulenza, alla quale gli assicurati si sarebbero rivolti per prima in caso

⁴⁰ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet dell'UFSP dedicata al tema "Modifica LAMal: misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1":

<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-1.html> (consultato il 10.6.2022).

⁴¹ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet dell'UFSP dedicata al tema "Modifica LAMal: misure di contenimento dei costi – Pacchetto 2":

<https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-aenderung-massnahmen-zur-kostendaempfung-paket-2.html> (consultato il 10.6.2022).

⁴² "Messaggio concernente l'iniziativa popolare «Per premi più bassi – Freno ai costi nel settore sanitario (Iniziativa per un freno ai costi)» e il controprogetto indiretto (Modifica della legge federale sull'assicurazione malattie)" del 10 novembre 2021: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/kuv-leistungen/Laufende%20Revisionsprojekte/kvg-aenderung-vorgabe-kostenzielen/botschaft-initiative-kostenbremse.pdf.download.pdf/Botschaft%20Initiative%20Kostenbremse%20IT.pdf> (consultato il 10.6.2022).

di problemi di salute e la promozione di programmi di assistenza ai pazienti al fine di potenziare le cure coordinate.

Commissione federale per la qualità (CFQ)⁴³

Istituita nel 2021 presso l'UFSP, attualmente ha come principale riferimento la Strategia per lo sviluppo della qualità nell'assicurazione malattie (Strategia della qualità) 2022-2024⁴⁴. Tra le attività della CFQ che riguardano il settore ospedaliero, c'è il proseguimento delle attività svolte dall'UFSP per sviluppare gli indicatori di qualità CH-IQI.

Finanziamento uniforme delle cure ambulatoriali e stazionarie (EFAS)

Si tratta di un dossier avviato nel 2009 dal parlamento, che mira a introdurre una stessa chiave di riparto tra AOMS e cantone nel finanziamento delle cure, sia stazionarie (oggi per il 45% a carico dell'AOMS e per il 55% a carico del cantone di residenza del paziente), sia ambulatoriali (oggi interamente a carico dell'AOMS e dunque dei premi pagati dagli assicurati). La revisione della chiave di riparto dovrebbe essere definita in modo che risulti neutra in termini di spesa per il cantone e per gli assicuratori. Ciò porterebbe dunque a una quota di finanziamento cantonale sensibilmente inferiore al 55% (pari a circa il 25%), ma non più limitata alle cure stazionarie bensì estesa anche a quelle ambulatoriali.

Il sistema EFAS, affermano i sostenitori, eliminerebbe i falsi incentivi e dunque promuoverebbe l'efficienza del sistema sanitario nel suo complesso, riducendo il peso delle considerazioni economiche nelle decisioni relative ai trattamenti sanitari da erogare. In particolare, il sistema EFAS aiuterebbe il principio "ambulatoriale prima di stazionario" al di là delle sole prestazioni citate al paragrafo 2.2, in quanto eliminerebbe l'aumento dei costi AOMS – e dunque dei premi – che tale spostamento all'ambulatoriale oggi rischia di causare.

Un ulteriore sviluppo auspicato dai sostenitori è una più facile e dunque maggiore integrazione tra i diversi attori che intervengono sullo stesso percorso di cura (reti di cure integrate).

Nonostante il sistema EFAS abbia guadagnato nel tempo ampio consenso presso molti importanti attori del sistema sanitario (organizzazioni mantello degli assicuratori malattia, FMH, H+, pharmasuisse, ecc.) e il relativo progetto sia stato approvato dal Consiglio nazionale, esso è ancora fermo in parlamento. Qualora il dossier si sbloccasse, esso costituirebbe un cambiamento importante, con impatti che riguarderebbero non solo il settore ambulatoriale (compreso quello ospedaliero), ma anche quello delle cure stazionarie⁴⁵. L'introduzione di EFAS avrebbe sicure conseguenze anche sulla determinazione di premi di cassa malati e dei sussidi per la riduzione degli stessi, così come dovrebbe comportare un cambio di competenze nell'ambito pianificatorio per i Cantoni chiamati a finanziare anche il settore ambulatoriale. Di conseguenza, i cantoni dovrebbero poter intervenire nella

⁴³ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet dell'UFSP dedicata al tema "Commissione federale per la qualità (CFQ)": <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/commissione-federale-qualita-cfq.html> (consultato il 10.6.2022).

⁴⁴ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet dell'UFSP dedicata al tema "Strategia per lo sviluppo della qualità nell'assicurazione malattie (Strategia della qualità)": <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.html> (consultato il 10.6.2022).

⁴⁵ Nel dibattito sviluppatosi attorno al progetto, alcuni cantoni hanno anche proposto l'estensione del sistema EFAS alle prestazioni delle case per anziani.

determinazione dell'offerta, sulla scorta di quanto già previsto nel regime di determinazione dei numeri massimi di medici autorizzati, la cosiddetta soluzione duratura post-moratoria che sarà pienamente in vigore da metà 2025.

5. Le sfide del settore ospedaliero ticinese

5.1. Uno sguardo d'insieme

La **Tabella 2** riporta i principali dati degli istituti ospedalieri ticinesi e relativi all'anno 2019. Pur disponibili al momento della redazione di tale rapporto, la tabella non riporta i dati relativi al 2020, in quanto fortemente influenzati dalle prime ondate di pandemia da COVID-19.

Tabella 2. Il settore ospedaliero in Ticino nel 2019

Istituto	Settore Ufficio federale di statistica	Giorni di cura (stazionari; senza giorno della dimissione)	Pazienti dimessi durante l'anno (stazionari)	Posti letto (stazionari)	Consulti ambulatoriali	Personale (ETP)	Costi di esercizio (1'000 fr.)
Cardiocentro Ticino (CCT)	Cure acute	12'242	2'916	30	19'975	303	74'620
	Riabilitaz. / geriatr.	-	-	-			
Clinica Fondazione G. Varini	Cure acute	2'605	112	10	36	67	7'519
	Lungodegenza	10'334	400	30	-		
Clinica Hildebrand	Riabilitaz. / geriatr.	42'991	1'188	120	2'470	334	35'683
Clinica Luganese Moncucco SA	Cure acute	61'662	7'370	185	57'135	711	116'226
Clinica psichiatrica cantonale	Psichiatria	42'377	1'675	146	4'881	219	26'967
Clinica Santa Chiara SA	Cure acute	13'616	2'922	100	22'587	220	32'995
Clinica Santa Croce SA	Psichiatria	29'577	862	82	2'029	106	13'258
Clinica Viarnetto SA	Psichiatria	14'683	416	45	-	59	8'640
EOC Ente Ospedaliero cantonale	Cure acute	250'420	38'311	819	608'969	4'510	765'596
	Riabilitaz. / geriatr.	36'998	1'819	119	61'035		
	Lungodegenza	14'109	711	45	-		
Ospedale Malcantone Fondazione G. Rossi	Cure acute	-	-	-	1'637	81	8'481
	Psichiatria	8'036	177	26	12		
	Lungodegenza	9'265	353	30	-		
SMN - Clinica Ars Medica	Cure acute	11'132	3'075	64	30'278	156	46'045
SMN - Clinica Sant'Anna	Cure acute	13'802	3'089	80	19'172	141	36'291

Note : La lungodegenza si riferisce ai RAMI.

La Tabella non riporta i dati relativi alla Clinica Dr Spinedi, attiva presso la Clinica Santa Croce, dal momento che essa ricovera in larga misura pazienti residenti all'estero o in altri cantoni, non è rimborsata dalla LAMal e dunque non rientra nella pianificazione ospedaliera cantonale.

Fonte: UFSP (2022).

La prima colonna della tabella riporta i tredici istituti ospedalieri censiti dalla statistica federale. Per avere una descrizione più completa del settore, è bene tener conto almeno dei seguenti punti:

- nel 2021 il Cardiocentro Ticino è confluito nell'EOC (peraltro non costituendo un nono sito EOC, dal momento che fisicamente era già integrato nella sede dell'ospedale civico di Lugano);
- la Clinica Fondazione G. Varini rientra nella tabella per le cure palliative e il RAMI, ma gestisce poi letti di Casa per anziani e foyer per invalidi;
- la Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC) è uno dei servizi dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) che, pur godendo di autonomia medica e operativa, costituisce un'articolazione organizzativa interna all'Amministrazione cantonale (in particolare alla Divisione della salute pubblica del DSS). Per tale ragione, lo strumento della pianificazione cantonale per la CPC svolge un ruolo diverso rispetto a istituti giuridicamente autonomi⁴⁶;
- la Clinica Santa Chiara SA nel 2021 – e poi completamente nel 2022 – è stata ripresa dalla Clinica Luganese Moncucco SA;
- l'EOC in realtà gestisce otto siti ospedalieri (e non uno, come invece succede per gli altri istituti elencati nella tabella). In relazione alla pianificazione cantonale, è importante ricordare lo statuto giuridico dell'EOC, azienda cantonale indipendente dall'Amministrazione dello Stato, con personalità giuridica propria di diritto pubblico ed è importante ricordare che essa opera su due ambiti di cure acute ospedaliere (somatico-acute e di riabilitazione) e con letti RAMI;
- l'Ospedale Malcantonese Fondazione Giuseppe Rossi gestisce un reparto acuto di minore intensità e un reparto di psichiatria. Nella stessa struttura si svolgono poi le attività della Casa anziani Malcantonese, che giuridicamente afferisce a un'altra fondazione ma che gestisce numerosi servizi (ad esempio la cucina) in modo congiunto con l'ospedale;
- le due cliniche Sant'Anna e Ars Medica fanno entrambe parte del gruppo Swiss Medical Network (SMN) e hanno una gestione integrata su numerosi ambiti di amministrazione, di facility management, ecc.

Se teniamo conto delle citate modifiche relative al CCT e alla Clinica Santa Chiara, nonché dell'appartenenza di Clinica Sant'Anna e Clinica Ars Medica allo stesso gruppo, **gli attori del settore rilevanti ai fini della pianificazione cantonale sono dunque nove, distribuiti nei settori somatico-acuto, riabilitazione e psichiatria.**

Un elemento che emerge da queste prime informazioni è come diverse strutture appartengano a istituzioni attive su più ambiti. Ciò non riguarda soltanto i tre settori somatico-acuto, della riabilitazione e della psichiatria, ma anche la gestione di servizi stazionari che riguardano sia le cure acute sia quelle sub- o post-acute. È questo il caso della Clinica Varini, dell'Ospedale Malcantonese e anche dello stesso EOC con i RAMI. Questa osservazione ci rimanda a quanto già osservato nei capitoli precedenti e cioè alla progressiva **“sgranatura” dei setting assistenziali stazionari lungo un continuum determinato da tipologia e intensità dei servizi offerti, in primo luogo agli anziani.** Se fino a pochi decenni fa cliniche e ospedali, istituti di riabilitazione, istituti per invalidi, case per anziani rappresentavano tipologie di strutture ben distinte tra loro, oggi questa distinzione si fa più sfumata e spesso nelle stesse strutture si ritrovano attività che afferiscono a più ambiti. Le case per anziani si sono progressivamente medicalizzate, gli istituti per invalidi con l'invecchiamento dei propri ospiti hanno necessità di competenze sanitarie, gli ospedali hanno rafforzato i propri servizi sociali. L'obiettivo di utilizzare gli ospedali – che sono piattaforme assistenziali assai care – soltanto lo stretto necessario, ha portato all'accorciamento delle degenze ma anche alla necessità di strutture

⁴⁶ Cfr. anche il Messaggio 8123 del 9 marzo 2022 relativo alla “Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025”, che verrà discusso in Gran Consiglio nell'autunno 2022.

intermedie in cui trasferire i pazienti non ancora ristabilizzati prima di tornare al proprio domicilio privato o in casa per anziani. I RAMI negli ospedali, i letti CAT/STT e i reparti di cure palliative nelle case per anziani, sono alcuni importanti esempi di questa accresciuta “articolazione” dei setting di cura. Con riferimento alla pianificazione ospedaliera, queste evoluzioni implicano che essa sia coordinata molto più di ieri con quelle che derivano dalla LAnz (Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane), dalla LISPI (Legge sull’integrazione sociale e professionale degli invalidi), dalla LASP (Legge sull’assistenza sociopsichiatrica), dalla LACD (Legge sull’assistenza e cura a domicilio).

Riferendoci alla Tabella 2, è possibile individuare **per ciascun settore l’istituto leader in termini di quote di mercato**. In tal senso, possiamo osservare come nel settore somatico-acuto EOC e CCT nel 2019 avessero erogato circa il 72% delle giornate di cura complessive. Nel settore della riabilitazione – che vede attivi soltanto la Clinica Hildebrand e l’EOC – la quota di mercato della Clinica Hildebrand era del 54%. Il settore della psichiatria vedeva attivi quattro istituti, con la CPC che erogava il 46% delle giornate di cura complessive.

Oltre alle importanti evoluzioni relative a EOC/CCT e Clinica Luganese Moncucco/Clinica Santa Chiara di cui si è detto sopra, gli ultimi anni per il settore somatico-acuto sono stati caratterizzati da almeno due altri elementi rilevanti. Primo, la definizione dei cosiddetti “letti RAMI” e il loro consolidamento all’interno del sistema sanitario ticinese, fino alla recente apertura di un ulteriore reparto presso la nuova ala dell’Ospedale Beata Vergine di Mendrisio (OBV), nella primavera del 2022. Secondo, la prosecuzione delle scelte organizzative interne all’EOC, segnate in particolare dal rafforzamento della collaborazione tra le diverse sedi dell’ente attraverso gli “istituti” e da una più netta specializzazione delle singole sedi rispetto alle discipline presenti e alle attività erogate. Sempre con riferimento all’EOC, è utile ricordare che l’EOC nel 2020 ha integrato al suo interno anche l’Istituto cantonale di patologia (ICP), che in precedenza era parte dell’Amministrazione cantonale. Pur non riguardando direttamente il regime stazionario, tale nuova soluzione fa sì che l’EOC eroghi prestazioni intermedie a tutti gli attori del sistema sanitario e socio-sanitario cantonale.

Infine, **da un punto di vista geografico**, la rete ospedaliera ticinese vede una grande **concentrazione di strutture nel distretto del Luganese e in quello del Locarnese**. Numerosi istituti ospedalieri hanno sede nel comune di Lugano (per l’EOC l’Ospedale Regionale di Lugano con le sedi del Civico e dell’Italiano e dell’istituto CCT; Clinica Luganese Moncucco; Clinica Viarnetto), nelle sue immediate vicinanze (Clinica Sant’Anna; Clinica Ars Medica) o nel resto del distretto del Luganese (Ospedale Malcantonese; Clinica di Riabilitazione EOC di Novaggio). Una seconda area in cui operano numerose strutture è quella del comune di Locarno (Ospedale Regionale di Locarno La Carità dell’EOC; Clinica Santa Chiara), delle sue immediate vicinanze (Clinica Santa Croce; Clinica Varini) e nel resto del distretto del Locarnese (Clinica Hildebrand). A Mendrisio hanno sede le due strutture operanti nel distretto del Mendrisiotto (CPC e OBV). A Bellinzona opera la sede San Giovanni dell’Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli EOC, di cui fanno parte le altre due sedi nei distretti della Leventina (Faido) e di Blenio (Acquarossa).

Un’ultima osservazione relativa al settore ospedaliero ticinese riguarda la **crescente rilevanza delle attività ambulatoriali**. Come già osservato a livello più generale e svizzero nel paragrafo 2.2, gli ospedali nel corso degli anni si sono trasformati da ambienti chiusi e separati dal contesto esterno (ciò valeva soprattutto al tempo della grande prevalenza di malattie trasmissibili, con gli ospedali organizzati in “padiglioni” proprio per ridurre le possibilità di contagi interni) a piattaforme assistenziali aperte. Essi dunque, accanto alle attività in regime stazionario, erogano prestazioni specialistiche ai pazienti “ambulanti” esterni ed erogano prestazioni intermedie agli altri attori del

sistema sanitario (ad esempio analisi di laboratorio richieste dalle case per anziani o dagli studi dei medici di famiglia). Questo maggiore ruolo in ambito ambulatoriale è, come già accennato nei capitoli precedenti, determinato da una serie di fattori e tendenze:

- il primo è il grande aumento della prevalenza di patologie croniche, che tipicamente richiedono numerose visite e prestazioni diagnostiche di routine ma non richiedono ricoveri;
- il secondo elemento è l'aumento delle competenze e delle possibilità tecniche disponibili sul territorio per far fronte ai problemi di salute. Si pensi al grande rafforzamento dei servizi a domicilio che – grazie anche a tecnologie più leggere e mobili (es. apparecchi trasportabili per rilevare parametri vitali o per somministrare terapie) – riescono a mantenere a casa persone che in passato avrebbero dovuto essere ricoverate. Oppure si pensi al rafforzamento delle competenze sanitarie nelle case per anziani, oramai quasi tutte “medicalizzate”;
- il terzo elemento è dato dalle grandi tecnologie sanitarie, che sono molto più performanti rispetto al passato, ma richiedono alti investimenti, alti tassi di utilizzo e competenze specializzate: condizioni spesso ottenibili soltanto se queste tecnologie vengono collocate in ospedale, anche se poi il loro utilizzo va a beneficio sia dei pazienti ricoverati, sia di pazienti ambulatori esterni;
- il quarto e ultimo elemento non è di natura clinico-assistenziale ma di natura imprenditoriale e organizzativa. Mentre il settore stazionario è oggetto di pianificazione cantonale, quello ambulatoriale ne è escluso. Dunque nel settore ambulatoriale gli istituti ospedalieri godono di maggiore autonomia imprenditoriale e possono ambire ad ottenere margini di crescita, funzionali ai propri obiettivi economici e a rendere gli istituti più appetibili per i medici e gli altri professionisti sanitari.

5.2. Risorse umane

Il settore ospedaliero rappresenta nell'economia cantonale un importante datore di lavoro per il numero di impieghi stabili e qualificati messi a disposizione. Il personale censito nel 2019 dall'Ufficio federale di statistica nei 13 istituti ospedalieri operanti nel cantone era pari a circa **7 000 posti equivalenti a tempo pieno (ETP)** (cfr. Tabella 2). A titolo di paragone, il numero di docenti attivi nell'anno scolastico 2019/2020 nelle scuole ticinesi pubbliche e private di grado primario, grado secondario I e II, grado terziario non universitario, non raggiungevano i 5 000 ETP (DECS 2021). In più, c'è da considerare l'importante indotto economico – e lavorativo – degli ospedali (certamente maggiore, ad esempio, rispetto a quello della scuola).

Il numero di collaboratori del settore ospedaliero, già alto, è destinato a crescere ulteriormente in futuro, al pari di quanto succederà per il sistema sanitario nel suo complesso. Se per un attimo dal Ticino risaliamo al livello nazionale, possiamo riferirci al rapporto pubblicato dall'Obsan nel 2021 e relativo al personale impegnato in attività sanitarie in ospedale, al netto di medici, odontoiatri, farmacisti, psicologi, chiropratici (Merçay et al. 2021). Quel rapporto rilevava come tale personale all'interno degli ospedali in Svizzera fosse cresciuto del 15.4% tra il 2012 e il 2019. **Limitandosi al solo personale di cura e accompagnamento⁴⁷, le stime di crescita degli effettivi in ospedale rispetto al**

⁴⁷ Infermiere, personale di cura di livello secondario II, personale di cura di livello ausiliario, altro personale di cura; escluse le ostetriche.

2019 prevedevano un +14% al 2029 e un +23% al 2035. Previsioni di crescita ancora maggiore erano stimate per il personale di cura e accompagnamento nelle case per anziani e nei servizi di assistenza e cura a domicilio (rispettivamente +49% e + 30 tra il 2019 e il 2035). Si tratta di tassi di crescita assai sostenuti, che acuiranno la **concorrenza tra istituti sanitari per accaparrarsi il personale curante nei prossimi anni** e richiederanno un grande sforzo al sistema formativo, chiamato a formare molti più operatori rispetto a oggi.

La **sfida di formare un sufficiente numero di operatori** è centrale e difficile, soprattutto se si vuole ridurre il grado di dipendenza dei servizi sanitari svizzeri dal personale sanitario formato all'estero (cfr. anche i paragrafi 3.4 e 4.1.1). Oltre all'obiettivo di aumentare la capacità formativa nel nostro paese, c'è poi quello – non meno sfidante – di mantenere gli operatori sanitari nella professione, offrendo loro condizioni di lavoro che permettano di conciliare impegni lavorativi ed extra-lavorativi, fornendo adeguate prospettive di formazione e di carriera, limitando gli oneri amministrativi, preservando spazi di autonomia professionale, ecc. Tutti questi elementi sono stati al centro del dibattito sviluppatosi attorno all'iniziativa popolare "Per cure infermieristiche forti (Iniziativa sulle cure infermieristiche)", accettata da popolo e cantoni con il 61% di sì nel novembre 2021⁴⁸.

Se dal livello nazionale riscendiamo nuovamente a quello cantonale, le misure più concrete – già citate al paragrafo 3.4 – riguardano l'istituzione del master in medicina umana (MMU) presso l'USI e l'aumento della capacità formativa di Scuole specializzate superiori (SSS) e SUPSI in ambito sanitario, collegato anche al "Piano d'azione per il rafforzamento della formazione professionale nel settore sociosanitario (PRO SAN 2021-2024)" del 2021.

Per il MMU, le sfide sono quelle di (1) offrire una formazione di qualità, seppur in un contesto che non ha volumi e gamma di attività comparabili con quelle degli ospedali universitari e delle facoltà di medicina "storiche" in Svizzera; (2) far apprezzare la qualità dell'insegnamento e la vita universitaria ticinese agli studenti (che, se confederati, devono già superare gli ostacoli rappresentati dalla lingua e dalla geografia); (3) offrire condizioni di lavoro e prospettive professionali tali da incentivare i diplomati MMU a restare a lavorare in Ticino. **La formazione MMU non è soltanto ospedaliera, ma è chiaro che una decisa concentrazione della casistica ospedaliera più specializzata in un unico sito favorirebbe non poco tali obiettivi. Questa concentrazione non solo sarebbe funzionale al MMU, ma favorirebbe anche il soddisfacimento dei criteri posti dall'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM) per essere riconosciuti quali centri di perfezionamento professionale in medicina umana (cfr. anche paragrafo 2.3).**

Il piano PRO SAN 2021-2024 prevede più misure, in gran parte già attivate. Esse riguardano il sostegno economico agli studenti di discipline sanitarie e socio-sanitarie SSS, SUPSI e SSPSS⁴⁹

⁴⁸ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet dell'UFSP dedicata al tema "Iniziativa popolare «Per cure infermieristiche forti»": <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/vi-pflegeinitiative.html> (consultato il 10.6.2022).

⁴⁹ Le Scuole superiori specializzate (SSS) interessate sono il Centro professionale sociosanitario di Bellinzona e Lugano (cure infermieristiche e soccorritore dipl. SSS); il Centro professionale sociosanitario medico-tecnico di Locarno (tecnico/a in analisi biomediche SSS e tecnico di radiologia dipl. SSS); il Centro professionale sociosanitario di Mendrisio (educatore dell'infanzia dipl. SSS); il Centro professionale sociosanitario medico-tecnico di Lugano (tecnico/a di sala operatoria dipl. SSS, specialista in attivazione dipl. SSS, podologo dipl. SSS).

La SUPSI è interessata per i bachelor in Cure infermieristiche, Ergoterapia e Fisioterapia.

(aumento delle indennità riconosciute per il corso di studio e durante i periodi di stage, nonché assicurazione della copertura del minimo vitale), la gestione amministrativa coordinata dall'Unità di coordinamento stages sociosanitari (UCSS) istituita presso il DECS, l'obbligo formativo per gli enti del settore sociosanitario, sul solco del cosiddetto "modello bernese"⁵⁰, il riconoscimento di uno sgravio finanziario per l'accompagnamento formativo negli enti sociosanitari e il potenziamento del Centro di Simulazione (CeSi) del Centro professionale sociosanitario medico-tecnico di Lugano in un centro cantonale di simulazione (CCSim).

5.3. Continuità delle cure, riduzione della variabilità clinica e appropriatezza organizzativa

Il Ticino è ricco di strutture e operatori sanitari. Per avere una prima quantificazione di ciò è utile guardare agli elenchi delle strutture in possesso di autorizzazione cantonale all'esercizio e agli operatori con autorizzazione cantonale di libero esercizio (esclusi dunque i numerosi operatori che lavorano alle dipendenze di un istituto e non hanno richiesto tale autorizzazione). Tali elenchi, disponibili sulle pagine internet dell'amministrazione cantonale e federale⁵¹, contano numerosi doppi conteggi (si pensi ad esempio a una struttura che gestisce un reparto di CPA, un reparto ospedaliero, un ambulatorio con medici e fisioterapisti per pazienti esterni, ecc.) e professionisti che, pur in possesso dell'autorizzazione, sono temporaneamente inattivi o lavorano a una percentuale molto bassa. Nonostante tali chiare limitazioni, il quadro che risulta dalla Tabella 3 – se rapportato a una popolazione residente permanente di 351 000 persone nel 2020 – è di un **sistema sanitario cantonale articolato in numerosissime strutture e numerosi operatori**.

La Scuola specializzata per le professioni sanitarie e sociali (SSPSS) è il Centro Professionale Sociosanitario di Giubiasco e Canobbio (formazioni di Operatore sociosanitario AFC e Operatore socioassistenziale AFC).

⁵⁰ Il modello prevede che ciascun istituto (ospedale, casa per anziani, servizio di assistenza e cura a domicilio, servizio ambulanza, ecc.) sia tenuto, in base al numero di collaboratori e ai volumi di attività, a ospitare studenti in stage. A fronte di tale obbligo di accompagnamento formativo, agli istituti è riconosciuto uno sgravio nei contratti di prestazione stipulati con il DSS.

⁵¹ <https://www4.ti.ch/dss/dsp/us/albi/albo-strutture-sanitarie/>, <https://www4.ti.ch/dss/dsp/us/albi/albo-degli-operatori-sanitari/> e <https://www.medregom.admin.ch/IT> (consultato il 10.6.2022).

Tabella 3. Strutture sanitarie con autorizzazione cantonale all'esercizio, operatori con autorizzazione cantonale di libero esercizio, operatori delle professioni mediche con autorizzazione attiva

201 farmacie	5 servizi ambulanze (https://www4.ti.ch/dss/dsp/ags/cosa-facciamo/servizio-autoambulanze/)
58 servizi assistenza e cura a domicilio	
71 CPA	2'307 medici (di cui 934 medici di famiglia)
14 laboratori di analisi sanitarie	464 medici-dentisti
4 drogherie (https://www4.ti.ch/dss/dsp/us/albi/albo-strutture-sanitarie/8)	15 chiropratici (https://www.medregom.admin.ch/IT)
1'147 infermieri	88 logopedisti
1'126 terapisti complementari	62 agopuntori
672 fisioterapisti	51 dietisti
651 psicologi (di cui 392 psicoterapeuti)	42 osteopati
291 estetiste	27 audioprotesisti
224 ottici e optometristi	23 naturopati con diploma federale
181 massaggiatori medicali	20 igienisti dentali
144 ergoterapisti	15 psicomotricisti
122 odontotecnici	12 terapisti complementari con diploma federale
114 podologi	2 arteterapeuti (https://www4.ti.ch/dss/dsp/us/albi/albo-degli-operatori-sanitari/)
102 levatrici ostetriche	

Fonte: <https://www4.ti.ch/dss/dsp/us/albi/albo-strutture-sanitarie/>, <https://www4.ti.ch/dss/dsp/us/albi/albo-degli-operatori-sanitari/>, <https://www4.ti.ch/dss/dsp/ags/cosa-facciamo/servizio-autoambulanze/>, <https://www.medregom.admin.ch/IT> (consultato il 10.6.2022).

Non solo le strutture e gli operatori sono numerosi, ma da un punto di vista istituzionale essi sono poco integrati. Nel settore dell'assistenza e cura a domicilio operano i sei servizi SACD di interesse pubblico (ABAD, ALVAD, Associazione ACD del Mendrisiotto e Basso Ceresio, Maggio, SCuDo, Spitex Tre Valli) ma poi anche alcune decine di Spitex privati che hanno sottoscritto un contratto di prestazione con il cantone, altri che invece vi hanno rinunciato (e dunque beneficiano solo dei rimborsi da parte della AOMS, senza contributi cantonali), nonché oltre cento infermieri indipendenti, anche in questo caso in parte con e in parte senza contrattualizzazione con il Cantone. Nel settore anziani le circa 70 case per anziani sono gestite da circa 50 enti indipendenti. Particolarmente frammentato appare poi il quadro dei servizi territoriali, con centinaia di servizi e operatori il cui meccanismo di integrazione – quasi unico – è la prescrizione da parte del medico curante.

Alta numerosità degli attori spesso indipendenti da un punto di vista giuridico, **pochi strumenti di coordinamento** (fondamentalmente oggi rappresentati dalla prescrizione del medico curante), **scarsa diffusione delle reti integrate di cura** – anche sotto forma dei modelli alternativi tipo HMO riconosciuti ai sensi dell'AOMS – sono tutti elementi che non facilitano la continuità delle cure e l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali. Ciò aumenta il rischio di ritardi e duplicazioni nelle cure, così come il rischio di variabilità non spiegata nella pratica clinica tra una struttura e l'altra o tra una regione e l'altra. L'esigenza di un più sistematico coordinamento delle cure ha portato tra l'altro il Consiglio federale a proporre le "reti di cura integrati" come principale misura di revisione della LAMal contenuta nel messaggio del 7 settembre 2022 "Misure di contenimento dei costi – pacchetto 2", già citato nel paragrafo 4.2 di questo rapporto.

Sebbene l'**ospedale** rappresenti soltanto un segmento all'interno del percorso di cura del paziente, esso **dovrebbe partecipare a – e, quando possibile, promuovere – una maggiore integrazione e standardizzazione di tali percorsi**. In altre parole, il settore ospedaliero potrebbe contribuire fattivamente a re-integrare i servizi offerti in un sistema istituzionalmente assai frammentato,

sfruttando il proprio ruolo (per competenze e prestazioni specialistiche offerte, per competenze gestionali degli istituti, ecc.). In parte, questo sviluppo potrebbe essere favorito dalla progressiva adozione di una cartella informatizzata del paziente (per come previsto dall'omonima legge federale del 2015). In parte, tale sviluppo potrebbe essere perseguito volontariamente dalle strutture ospedaliere, attraverso accordi con gli attori sanitari che risultano i più frequenti a monte o a valle dell'ospedale nel percorso di cura dei pazienti ricoverati (o comunque trattati) dall'istituto ospedaliero. Ma tale maggiore integrazione e standardizzazione potrebbe essere promossa anche dalla regolamentazione cantonale, attraverso gli strumenti della pianificazione ospedaliera e dei contratti di prestazione.

Continuità delle cure lungo percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali adattati ai bisogni dell'utente e adattati alle condizioni dei servizi disponibili sul territorio, significa anche appropriatezza organizzativa. Dunque scelta di servizi che al contempo siano efficaci rispetto ai bisogni del paziente ma che, a parità di efficacia, rappresentino la scelta più economica possibile per il sistema nel suo complesso. In altre parole, percorsi ispirati al principio dell'ambulatoriale prima dello stazionario (cfr. paragrafo 2.2), ma anche di un utilizzo funzionale dei servizi che possano evitare il ricorso al ricovero ospedaliero (assistenza a domicilio, STT, ecc.) o favorire dimissioni rapide (RAMI, CAT, assistenza a domicilio, ecc.).

5.4. Concentrazione e prossimità

5.4.1. Gli argomenti della concentrazione

Concentrazione della casistica da un lato, e prossimità territoriale dei servizi dall'altro, sono elementi centrali nella pianificazione ospedaliera in tutti i paesi occidentali. Il punto di equilibrio tra questi due principi – entrambi legittimi ma divergenti – è ovunque oggetto di un acceso dibattito e fattore che influenza in misura rilevante le decisioni pubbliche.

Gli argomenti a favore di una maggiore concentrazione della casistica sono brevemente citati qui di seguito. Essi riguardano innanzitutto le dimensioni dell'efficacia e dell'efficienza, ma possono includere anche elementi di equità.

Sicurezza del paziente e qualità delle cure

Una sufficiente concentrazione della casistica aumenta la sicurezza delle cure per il paziente e, in generale, la qualità dei servizi erogati. Ciò rappresenta la risultante di due fenomeni, almeno in parte collegati tra loro.

Il primo riguarda le **competenze degli operatori**. Se un operatore o un'equipe eseguono la stessa procedura di frequente, è probabile che la eseguano con maggiore sicurezza, meglio e più velocemente di chi l'ha eseguita solo poche volte o la esegue di rado. Avere operatori esperti significa operatori esposti di frequente a problemi specifici e in grado di esercitare ripetutamente le proprie competenze (diagnostiche, manuali, ecc.) sui pazienti. È questo il principio su cui si basano la formazione universitaria degli studenti in medicina umana e molte certificazioni di società scientifiche di medicina e chirurgia. Ed è questo il principio dei "volumi minimi" alla base delle decisioni per l'attribuzione dei mandati MAS ma anche posti quale condizione necessaria per l'attribuzione dei mandati da parte della metodologia GD-ZH per la pianificazione ai sensi dell'articolo 39 LAMal. Volumi minimi che, a seconda dei casi, possono essere definiti per operatore, per equipe o per struttura

ospedaliera. Chiaramente tale concentrazione della casistica da un lato richiede agli istituti ospedalieri – e rende loro possibile – di dotarsi di apparecchiature e spazi specializzati. Questa concentrazione di pazienti, competenze professionali e tecnologia specializzata favorisce una presa in carico di qualità.

Un secondo elemento riguarda la concentrazione della casistica, da intendersi nel senso di una riunificazione sotto lo stesso tetto di **servizi che sono clinicamente collegati tra di loro** e possono dimostrarsi utili – a volte addirittura salva-vita – nel caso di complicanze. Se alcune discipline medico-chirurgiche o alcune attività possono svolgersi in relativa sicurezza anche se isolate (è ad esempio il caso di numerose procedure di oftalmologia o di neurologia), altre hanno invece bisogno di avere a disposizione servizi quali le cure intense o altri servizi specialistici internistici o chirurgici. Quest’attenzione è presente anche nella metodologia GD-ZH per l’attribuzione dei mandati della pianificazione cantonale.

Come detto, la metodologia GD-ZH considera entrambi gli elementi appena descritti quali condizioni per l’attribuzione dei mandati sui diversi gruppi di prestazioni (volumi minimi e co-presenza in ospedale di servizi clinici collegati tra loro). Ciò detto, è utile osservare come le condizioni poste dalla metodologia GD-ZH appaiano decisamente meno severe e stringenti di quanto succede in numerose altre esperienze europee. Per molti gruppi di prestazioni, la metodologia GD-ZH non indica volumi minimi. Per altri gruppi di prestazioni, la metodologia li indica, ma li fissa a livelli ben inferiori a quelli richiesti in altri paesi avanzati. È del tutto verosimile che tale scelta sia almeno in parte spiegata dalla storia e dalle condizioni del sistema ospedaliero svizzero, caratterizzate dalle responsabilità cantonali in materia di organizzazione dei servizi e da un alto numero di ospedali.

Un’ultima osservazione riguarda le critiche a volte mosse alle grandi strutture ospedaliere che – a detta dei detrattori – perderebbero nell’efficacia (a causa di procedure eccessivamente pesanti e burocratiche) e nella qualità della relazione con il paziente-cliente (a causa di una spersonalizzazione di tale rapporto). Nel caso della Svizzera le singole sedi ospedaliere nel 2020 avevano in media 66 letti⁵². Dunque, a meno di pochissime strutture di grandi dimensioni (per lo più ospedali universitari quali HUG a Ginevra o Inselspital a Berna, peraltro in generale assai apprezzati dai pazienti e con ottimi indicatori di qualità), tale rischio – soprattutto quello relativo alla “spersonalizzazione” – non sembra concreto né in Svizzera né in Ticino.

Formazione

Volumi minimi – e, eventualmente, casistica differenziata – sono anche richiesti **per la formazione del personale sanitario**. Ciò è vero per gli stage durante i percorsi formativi di base, per il perfezionamento professionale e per l’aggiornamento continuo.

Nel caso di competenze specifiche (ad esempio per acquisire una tecnica in chirurgia oftalmologica) l’ambito di formazione rilevante può non essere l’istituto ospedaliero nel suo complesso quanto il singolo servizio e i singoli professionisti che sono riconosciuti idonei a formare. Ma, salvo eccezioni legate alla presenza di competenze molto specifiche, sono chiari i vantaggi – a parità di altre condizioni

⁵² È la media che si ottiene dividendo i 37 611 posti letto rilevati nel 2020 per i 574 siti ospedalieri censiti dalle “Cifre chiave degli ospedali svizzeri 2020”, comprensivi dei settori somatico-acute, psichiatrico, della riabilitazione e delle case per partorienti (UFSP, 2022).

– di svolgere tali formazioni in centri in cui studenti e professionisti sono esposti a una casistica articolata e hanno la possibilità di confrontarsi con colleghi di più discipline.

Nel caso del Canton Ticino, la popolazione residente di circa 350 000 abitanti limita il numero di pazienti per molte prestazioni specialistiche. D'altro canto, per il cantone è difficile immaginare di attrarre un numero importante di pazienti dagli altri cantoni o dall'estero. In queste condizioni, per molta parte dei trattamenti ospedalieri, le esigenze della formazione spingono a favore di una decisa concentrazione della casistica. Considerata l'urgenza di formare un numero maggiore di professionisti sanitari, tale esigenza dovrebbe essere centrale per la politica sanitaria e la pianificazione ospedaliera cantonale.

Attrattività professionale

Come visto nei capitoli precedenti, la concorrenza sul mercato del lavoro sanitario è alta e destinata a crescere ulteriormente nei prossimi anni. Se a questo aggiungiamo che il *turn over* (cioè le uscite e le entrate dei collaboratori) comporta costi importanti di introduzione e orientamento, è interesse degli istituti ospedalieri ma anche del settore nel suo complesso offrire condizioni di lavoro attrattive in modo da limitare il rischio di dimissioni da parte del personale di cura.

Il tema è particolarmente rilevante per le regioni "periferiche" (in Ticino, per gli istituti ospedalieri discosti rispetto a quelli dei centri urbani, mentre su scala nazionale si registra uno svantaggio generalizzato per gli istituti ospedalieri del Ticino rispetto a quelli di cantoni con maggiori tradizioni e che offrono più possibilità professionali). È dunque interesse e responsabilità del settore ospedaliero ticinese quello di **creare contesti lavorativi capaci di (1) attirare un sufficiente numero di professionisti; (2) poter selezionare professionisti di qualità; (3) saper motivare i professionisti, così che non abbandonino il settore o il nostro territorio.**

Con riferimento ai medici, il sistema ospedaliero ticinese ha potuto fare affidamento per decenni al bacino di reclutamento italiano. In anni più recenti però, anche per dinamiche interne a quel paese (ad esempio l'introduzione del numero chiuso al corso di laurea di medicina e chirurgia alla fine degli anni ottanta, che ha portato a una drastica diminuzione del numero di laureati a partire dalla metà degli anni novanta), il numero di neo-specializzati italiani disponibili ad emigrare in Svizzera si è ridotto. In questa situazione, gli ospedali ticinesi sono chiamati a diventare attrattivi nei confronti dei giovani medici confederati, nonostante le possibili barriere linguistiche. Ma come fare ad attrarre in Ticino giovani medici formati in Svizzera interna, che magari hanno terminato il proprio percorso di perfezionamento professionale presso un policlinico universitario? Nonostante i fattori di motivazione differiscano tra le persone, è però chiaro che per molti giovani professionisti gli ospedali con casistica e dimensioni adeguate possano risultare più attrattivi. Essi infatti permettono di mantenere e sviluppare le competenze professionali, offrono più possibilità di partecipare a progetti di ricerca clinica, offrono possibilità di carriera più differenziate.

Economie di scala e di scopo

Nel linguaggio economico, la presenza di economie di scala indica costi medi che si riducono al crescere dei volumi prodotti o dei servizi erogati. Le economie di scopo, invece, si registrano quando la produzione congiunta di più tipologie di beni e servizi determina costi inferiori al doverli produrre separatamente.

Gli ospedali sono strutture con alti costi fissi. Ciò, in linea di principio, fa presumere la presenza di **economie di scala** (dunque a dimensioni maggiori, dovrebbero corrispondere costi medi minori). Il

tema delle economie di scala e della dimensione ottimale degli ospedali da un punto di vista economico è stato molto studiato in letteratura, senza giungere a risultati definitivi. Ciò detto, in generale i risultati sembrano confermare l'esistenza di economie di scala, fino al raggiungimento di una "dimensione ottimale" che, pur con differenze anche sensibili tra i diversi contesti analizzati, è in genere situata tra i 200 e i 300 posti letto (Giancotti et al. 2017). Sempre la letteratura internazionale conferma anche il rischio che, oltre una certa dimensione (in genere stimata attorno ai 600 letti) si possano sviluppare diseconomie di scala, con i costi medi che cioè tendono a rialzarsi (ibidem). Per la Svizzera, uno studio pubblicato nel 2008 su dati 1998-2003 confermava la presenza di importanti economie di scala non sfruttate, a causa delle piccole dimensioni medie degli ospedali svizzeri (Farsi e Filippini, 2007).

Per completezza, aggiungiamo che i dati relativi ai «costi corretti per il grado di gravità» aggiornati regolarmente dall'UFSP per rispondere all'articolo 49 capoverso 8 della LAMal (cfr. anche paragrafo 3.5), non sembrano mostrare alcuna relazione tra i costi medi e le dimensioni degli ospedali, misurate tramite il numero di posti letto. Detto in altri termini, quell'indice calcolato per valutare l'economicità degli ospedali anche ai fini della pianificazione (articolo 58d OMal), non risulta correlato alla dimensione degli istituti e dunque non conferma la presenza di economie o diseconomie di scala. Questa mancanza di correlazione può essere il risultato di numerosi fattori. Nonostante l'articolata metodologia sviluppata dalla GDK/CDS per calcolare quell'indice (GDK/CDS 2018), è difatti possibile che esso sia comunque influenzato da elementi non considerati da quella metodologia: la presenza di prestazioni d'interesse generale (mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale e ricerca e insegnamento; articolo 49 capoverso 3 LAMal); la copresenza – al fianco dei ricoveri ospedalieri – di attività erogate in regime ambulatoriale o di attività non ospedaliere (es. la gestione di un reparto di casa per anziani); la presenza di eventuali diseconomie di scopo; la possibilità che ospedali più complessi, con attività di formazione e ricerca, abbiano anche salari medici e infermieristici più elevati; ecc.

Con riferimento alle **economie di scopo**, la loro reale presenza negli ospedali non è scontata. Nella loro analisi su dati svizzeri, Farsi e Filippini (2007) trovavano che «gli ospedali con una più ampia gamma di specializzazioni sono relativamente più costosi rispetto a quelli specializzati in un numero inferiore di categorie di servizi medici» (t.d.a.). Più di recente Freeman et al. (2020), lavorando su dati inglesi, hanno guardato agli impatti sui costi degli ospedali che avevano una maggiore o minore eterogeneità della gamma di servizi erogati. In particolare, essi hanno considerato gli effetti sui costi della variazione dei ricoveri nelle diverse specialità medico-chirurgiche e della variazione nei regimi di accesso (ricoveri programmati oppure ricoveri in urgenza). «Da un punto di vista teorico, si possono avanzare argomentazioni a favore di ricadute sia positive sia negative [...]. La direzione e la dimensione dell'effetto sono quindi una questione empirica. Ma soprattutto, l'esistenza di spillover positivi o negativi [...] ha implicazioni pratiche per l'organizzazione ospedaliera. Le ricadute positive costituiscono un argomento a favore di ospedali generali integrati sempre più grandi, in cui vengono collocate diverse specialità mediche e in cui viene fornita assistenza sia per i casi di emergenza che per quelli di elezione. Al contrario, le ricadute negative sostengono l'idea di trasferire le cure specialistiche elettive dall'ospedale generale a unità specialistiche autonome» (t.d.a.). Nonostante tale analisi avesse confermato una «forte evidenza di economie di scala all'interno dei singoli servizi», gli impatti incrociati di canale di accesso e tipo di specialità medica mostrano risultati misti, a volte negativi e altre volte positivi.

È d'altronde chiaro che la co-presenza di più discipline legate tra loro, oltre a essere un criterio di qualità (richiesto anche dalla metodologia GD-ZH, come già osservato), potrebbe rappresentare un

vantaggio per altre attività, diverse da quelle assistenziali (ad esempio per concentrare in un unico sito più ambiti di formazione per gli studenti o i tirocinanti).

5.4.2. Gli argomenti della prossimità

Accesso facile e tempestivo

Una rete ospedaliera distribuita sul territorio favorisce condizioni di accesso più eque, nella misura in cui esse sono meno legate alla regione di residenza.

In tal senso, i dibattiti relativi alla **distribuzione territoriale dei servizi di pronto soccorso** sono paradigmatici. L'opposizione a una riduzione dei servizi sanitari nelle regioni periferiche era uno degli obiettivi dell'iniziativa popolare legislativa generica "Giù le mani dagli ospedali!" nel 2013 e aveva fatto nascere il movimento "Pianificazione ospedaliera – così no" che nel 2016 si era opposto alle modifiche nei servizi di medicina interna a Faido e Acquarossa, giudicati come inaccettabili smantellamenti dei nosocomi di valle. Sebbene l'iniziativa sia stata respinta in votazione popolare con il 51.3% dei voti nel giugno 2016, il tema è stato mantenuto vivo anche dall'Associazione per gli ospedali di valle, il cui scopo statutario è «la promozione di una medicina di prossimità sul territorio del Cantone Ticino e il mantenimento, in particolare nei distretti di Leventina e di Blenio, di ospedali che garantiscano le cure di base e, a tutta la popolazione, prestazioni adeguate e di qualità, elettive e di urgenza, in ambito stazionario e ambulatoriale»⁵³.

Un altro ambito di cure da anni al centro del dibattito in Ticino riguarda le maternità con, in particolare, le preoccupazioni sollevate dall'opinione pubblica del distretto di Mendrisio e politici locali circa la possibile chiusura della maternità presso l'Ospedale Beata Vergine. Facile accesso alle cure nel corso della gravidanza e disponibilità di una struttura vicina nel caso di un'urgenza spiegano tali preoccupazioni. Allo stesso modo, la concentrazione è osteggiata anche da alcuni ginecologi che, lavorando come medici aggiunti presso l'ospedale, preferiscono seguire le nascite dei propri pazienti (cesarei pianificati a parte, soggetti all'urgenza) in prossimità del proprio domicilio, reputando che la loro presenza sia condizione sufficiente per garantire cure di qualità⁵⁴.

La presenza di un ospedale è inoltre elemento che può assicurare alcune famiglie e dunque frenare la riduzione del numero di residenti nelle regioni periferiche o addirittura contribuire a contrastare tale dinamica.

Ricadute sul contesto locale

L'argomento di avere un accesso facile e tempestivo è strettamente collegato a quello delle ricadute socio-economiche sul contesto locale, ben presenti nel dibattito attorno alla pianificazione e anche all'eventuale riconversione di strutture ospedaliere. Argomenti di natura economica furono ad esempio molto presenti nei primi anni duemila, in occasione della riconversione dell'ospedale di

⁵³ <https://ospedalidivalle.wordpress.com/2017/03/02/statuto-dellassociazione-per-gli-ospedali-di-valle/> (consultato il 10.6.2022).

⁵⁴ D'altro canto, riprendendo gli argomenti della concentrazione ricordati al paragrafo 5.4.1, rimane l'evidenza di sei maternità aperte in cantone per circa 2 400 parti all'anno totali, con inevitabili ripercussioni sulla sicurezza delle cure, sulla motivazione e sulla crescita professionale degli operatori, sulla formazione di levatrici e medici specializzati in ginecologia e ostetricia, nonché sulla economicità dei servizi.

Cevio, fortemente avversata dall'Associazione dei Comuni valmaggese (ASCOVAM), in Istituto sanitario di Cevio⁵⁵.

Come già ricordato nel paragrafo 2.4, oltre agli **impieghi** diretti che offrono – che peraltro possono contribuire a mantenere le famiglie nelle regioni periferiche – gli ospedali portano inoltre pazienti e visitatori, aumentano le **opportunità commerciali** per i fornitori e gli artigiani locali, ecc.

5.5. Economicità

Nel 2020 la spesa sanitaria in Svizzera ha raggiunto gli 83.3 miliardi di franchi, pari a circa **9 648 franchi pro-capite** (UST 2022b)⁵⁶. Innovazione tecnologica, invecchiamento della popolazione e aspettative da parte della popolazione, sono tutti fattori che favoriscono l'aumento della spesa sanitaria.

L'ammontare della spesa sanitaria complessiva e il suo aumento nel corso degli anni, rappresentano una preoccupazione alta e costante per la politica federale e cantonale. Accanto a una sfida relativa all'ammontare complessivo di tale spesa, ce n'è un'altra – almeno altrettanto importante – relativa alle necessità di una sempre più marcata solidarietà economica lungo due dimensioni: quella che vede la popolazione sana pagare premi e imposte per finanziare i servizi di cui beneficia la popolazione malata e quella che vede le classi più abbienti pagare imposte più elevate per garantire l'accesso ai servizi alle classi meno abbienti, sia tramite il finanziamento ospedaliero statale sia attraverso i sussidi al pagamento dei premi.

La sostenibilità economica e politica del sistema sanitario richiede un contributo a tutti i suoi settori, a tutti i suoi attori. Tra questi, un ruolo decisivo spetta al **settore ospedaliero** che, come visto nel paragrafo 2.1, **assorbe circa il 37% della spesa totale** a livello svizzero⁵⁷. In Canton Ticino, i contributi alle ospedalizzazioni finanziati dal cantone per il 2020 – dunque non considerando i rimborsi riconosciuti dalla LAMal, dalla AInf e dalle altre assicurazioni sociali, nonché dalle assicurazioni complementari – sono stati pari a 366.5 milioni di franchi per le ospedalizzazioni nel cantone (dunque versati agli ospedali che operano in Ticino⁵⁸) e a 33.6 milioni di franchi per le ospedalizzazioni fuori cantone (dunque a istituti localizzati in altri cantoni), per un totale di 400 milioni di franchi⁵⁹. A questi

⁵⁵ Cfr. ad esempio l'interessante intervento dell'allora Consigliera di Stato Patrizia Pesenti a un incontro indetto a inizio 2001 coi comuni della Vallemaggia: https://m3.ti.ch/DSS/discorsi/2001/20010425-ospedale_cevio.htm (consultato il 10.6.2022).

⁵⁶ La spesa sanitaria è finanziata da molte fonti. Oltre che dai rimborsi LAMal essa, infatti, è finanziata da pagamenti diretti di individui e famiglie, da rimborsi delle assicurazioni invalidità, infortuni e militare, dalle imprese, ecc. Di tali elementi, quello politicamente più sensibile riguarda i premi LAMal, che per il 2022 hanno raggiunto in media 3 784 franchi (e 4 486 franchi per i soli adulti) in Svizzera e 4 352 franchi (e 5 088 franchi per i soli adulti) in Ticino (UFSP 2021a, 2021b).

⁵⁷ <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.html> (consultato il 10.6.2022).

⁵⁸ I contributi per ospedalizzazioni in senso stretto sono stati pari a 346.8 mio franchi. A questi si sono aggiunti 19.6 mio franchi quale contributo straordinario complessivo per il finanziamento dei costi supplementari dettati dalla gestione della pandemia durante l'esercizio 2020 (ibidem).

⁵⁹ Messaggio n. 8141 "Consuntivo 2021. Rapporto d'esercizio" (https://www4.ti.ch/fileadmin/DFE/DR-FINANZE/C2021/MessaggioConsuntivo2021_web.pdf; consultato il 10.6.2022).

devono poi essere aggiunti i costi direttamente sostenuti per la Clinica psichiatrica cantonale, che non figurano come spese di trasferimenti ma quali costi interni all'amministrazione.

La pianificazione ospedaliera cantonale deve contribuire, per quanto possibile, a contenere l'aumento della spesa. In tal senso, appaiono utili le azioni volte a migliorare l'appropriatezza organizzativa (e dunque a prediligere i **trattamenti ambulatoriali** a quelli stazionari e, tra questi ultimi, i setting che assorbono meno risorse, quali i letti RAMI o i letti CAT/STT) e a perseguire – verificandone la reale consistenza – **economie di scala e di scopo**.

6. Conclusioni

La pianificazione ospedaliera cantonale, prevista dall'articolo 39 della LAMal, riguarda le cure stazionarie erogate dagli istituti pubblici e privati autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS. Essa dunque riguarda soltanto un settore del sistema sanitario complessivo e, all'interno degli stessi ospedali, non riguarda i servizi erogati in regime ambulatoriale né le prestazioni d'interesse generale previste dall'articolo 49 cpv 3 LAMal.

La Tabella 4 mostra come, dalla messa a regime del sistema LAMal a oggi, i costi del settore ospedaliero stazionario in Svizzera (per quanto attiene alla parte coperta dagli assicuratori malattia) siano cresciuti in modo significativo, passando da circa 10 a quasi 19 miliardi di franchi. Tale crescita, però, è risultata meno rapida di quella del sistema sanitario nel suo complesso. Di conseguenza, il peso economico percentuale delle cure ospedaliere stazionarie si è ridotto dal 27% della spesa sanitaria complessiva nel 1995, a poco più del 22% nel 2020.

Tabella 4. Costi delle cure ospedaliere stazionarie, 1995-2020 [1]

	1995	2005	2015	2020 [2]
Costi cure ospedaliere stazionarie (miliardi di franchi)	9.7	12.6	17.7	18.6
Percentuale sui costi totali del sistema sanitario	27.0%	24.0%	23.8%	22.3%

Note: [1] Sono qui considerate le voci «Soins curatifs hospitaliers», «Réadaptation en milieu hospitalier» e «Médicaments, domaine hospitalier» delle statistiche federali.

[2] I dati relativi al 2020 sono provvisori.

Fonte: UST (<https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/22324824/master>; consultato il 10.6.2022).

Nonostante questa progressiva riduzione del peso economico relativo del settore ospedaliero stazionario, il presente rapporto ha sottolineato le molte funzioni che esso e, più in generale, l'ospedale svolge per l'intero sistema sanitario, a partire dal ruolo fondamentale nel formare i professionisti sanitari del futuro. La pianificazione cantonale, dunque, pur avendo lo specifico obiettivo di garantire cure ospedaliere stazionarie di qualità ed economiche che rispondano ai bisogni della popolazione residente, deve tener conto anche di questo ruolo – ampio e centrale – che gli ospedali svolgono nel sistema.

La necessità di adottare una prospettiva di sistema nella pianificazione ospedaliera, è spiegata anche dai limitati strumenti di governo del settore ambulatoriale a disposizione dell'autorità cantonale (autorizzazioni all'esercizio, sistemi di gestione e controllo della qualità da parte dell'Ufficio del medico cantonale, ecc.). In altre parole, la pianificazione prevista dall'articolo 39 LAMal deve contribuire a migliorare efficacia, equità ed efficienza del sistema sanitario complessivo, ponendo – per quanto possibile e legittimo – condizioni di corretta erogazione di quei servizi sanitari che sono maggiormente integrati con quelli ospedalieri stazionari.

Nel caso del Ticino, la pianificazione cantonale permetterà inoltre di tornare a un quadro di regolamentazione unico e coerente per tutti gli attori, dopo diversi anni durante i quali – a seguito delle sentenze menzionate nel paragrafo 1.2 – la pianificazione ospedaliera ticinese, secondo la nuova metodologia e il nuovo modello del 2015, non si è applicata ad alcune cliniche private.

I seguenti paragrafi offrono **selezionati orientamenti strategici per la pianificazione cantonale ticinese, che discendono in modo diretto da quanto esposto nei capitoli precedenti**. Tali orientamenti strategici perseguono gli obiettivi di garantire cure di qualità, tutelando l'interesse pubblico, provano a definire un orizzonte strategico per la politica sanitaria cantonale e si prefiggono l'obiettivo di preservare la sostenibilità economica e politica del sistema.

6.1. Perseguire con determinazione un'adeguata allocazione dei servizi sull'asse prossimità/concentrazione

Un territorio denso di servizi sanitari – anche stazionari – di prossimità

Gran parte dei bisogni della popolazione possono e devono essere presi in carico a livello di cure primarie. Questo è vero per molti servizi di prevenzione e per gran parte delle prestazioni relative alla gestione delle malattie croniche. Medici di famiglia, studi medici specialistici, farmacie, fisioterapisti, ecc. costituiscono una maglia fitta di servizi accessibili e di qualità sull'intero territorio cantonale. Soprattutto per le persone anziane, un ruolo fondamentale è giocato dai servizi di assistenza e cura a domicilio, che negli ultimi anni sono molto cresciuti per numero di utenti e numero di ore erogate per singolo utente.

Accanto a tali servizi territoriali, un altro presidio sanitario ampiamente diffuso sul territorio è rappresentato dalle case per anziani medicalizzate, dagli istituti per invalidi, dai centri diurni terapeutici (e, con valenza più sociale, da quelli socio-assistenziali). Tale rete, già fitta, è destinata a un ulteriore sviluppo – ingente e rapido – nei prossimi anni. La Pianificazione integrata LANz-LACD 2021-2030, presentata con messaggio governativo del 15.12.2021 dopo ampia consultazione⁶⁰, prevede un fabbisogno di 5 760 posti letto in CPA per il 2030, a fronte dei 4 576 posti letto disponibili nelle CPA ticinesi nel 2020. Anche se non c'è certezza che i posti letto calcolati come necessari siano concretamente disponibili nel 2030, l'incremento prospettato è del 26% in soli dieci anni.

Di più, tale sviluppo del settore CPA non riguarda solo i volumi ma concerne anche la gamma e i contenuti dei servizi erogati. In particolare, negli ultimi anni molte case per anziani hanno integrato le tradizionali prestazioni di lungodegenza, andando ad ampliare l'offerta in molteplici direzioni:

- da un lato alcune CPA hanno aperto reparti CAT/STT (per un totale di 110 posti letto attivi nel 2020), destinati «a persone anziane che necessitano di ristabilire il proprio stato di salute in seguito ad un soggiorno ospedaliero acuto (soggiorno CAT) o provenienti dal domicilio (soggiorno STT, su prescrizione medica). L'obiettivo primario è consentire il rientro stabile a domicilio»⁶¹. Ciò ha rafforzato le competenze sanitarie e la presenza medica all'interno di quelle strutture che, peraltro, coprono soltanto in parte l'obiettivo di garantire una prossimità

⁶⁰ Messaggio 8095 “Pianificazione integrata LANz-LACD 2021-2030” del 15 dicembre 2021 (<https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DASF/UACD/Pianificazione/M8095.pdf>; consultato il 10.6.2022).

⁶¹ Per ulteriori informazioni, cfr. la pagina internet del DSS dedicata al tema “Soggiorni terapeutici temporanei (STT) e cure acute transitorie (CAT)”: <https://www4.ti.ch/dss/dasf/temi/familiari-curanti/prestazioni-e-servizi-per-persone-che-necessitano-di-assistenza/soggiorni-terapeutici-temporanei-stt-e-cure-acute-transitorie-cat/> (consultato il 10.6.2022).

al domicilio dei pazienti, dal momento che le CPA con reparto CAT/STT sono poche sull'intero cantone⁶²;

- una seconda direzione è quella dell'apertura di servizi ambulatoriali alla popolazione, gestiti direttamente dalla CPA oppure ospitando presso le proprie strutture ambulatori che restano giuridicamente indipendenti (medici di famiglia, fisioterapisti, ecc.);
- una terza direzione – che in questo rapporto sulla pianificazione ospedaliera interessa meno – è quella della apertura delle strutture alla comunità, in una prospettiva intergenerazionale (fornitura di pasti alle scuole o a Pro-Senectute per la distribuzione a domicilio, spazi di aggregazione, asili nido, ecc.).

La densa e forte rete di cure primarie, insieme all'ampia – e crescente – diffusione sul territorio di CPA medicalizzate e di altre strutture sanitarie, fanno sì che gran parte dei bisogni di cura della popolazione residente trovi risposta di facile accesso e nelle immediate vicinanze della propria abitazione o del proprio luogo di lavoro. **E una parte delle prestazioni stazionarie che fino ad un recente passato erano erogate in ambito ospedaliero, sono oggi erogate – senza alcun problema sotto il profilo della qualità – in numerose strutture non ospedaliere, anche in zone periferiche.** Si pensi all'AVAD in Vallemaggia che gestisce servizi ACD, CPA, reparto CAT/STT, reparto per invalidi adulti e ospita uno studio medico e un servizio di fisioterapia e di ergoterapia. Oppure si pensi all'OSCAM di Castelrotto che, inserita nella pianificazione ospedaliera per il reparto di psichiatria e i letti RAMI, gestisce anche un centro di primo soccorso aperto dalle 8:00 alle 17:00 nei giorni feriali (comprensivo di radiologia) e offre servizi ambulatoriali di cardiologia, pneumologia, fisioterapia, ergoterapia e dietetica, oltre che servizi di CPA per lungo degenza e CAT/STT (la CPA è gestita da un ente giuridicamente autonomo, anche se tutte le attività dell'ospedale e della CPA sono svolte in una struttura comune).

Da quanto appena detto, appare evidente che **nel corso degli ultimi anni la presenza sul territorio ticinese di cure specializzate e di qualità, anche stazionarie, non si è progressivamente diradata, ma si è ulteriormente diffusa e si è potenziata.** In altre parole, in generale il dibattito circa la presenza delle strutture ospedaliere sul territorio perde di rilevanza perché deve tener conto in misura crescente delle molte altre strutture che oggi curano patologie e pazienti per i quali pochi anni fa serviva il ricovero ospedaliero. Inoltre, deve tener conto dei **grandi risultati raggiunti nell'ambito del soccorso pre-ospedaliero,** grazie anche ai notevoli investimenti – in tecnologia, in personale e in formazione – sostenuti nel corso degli anni (si veda anche il paragrafo 3.3).

Un'assistenza ospedaliera da specializzare e concentrare

Detto ciò, rimane la parte – importante ma quantitativamente molto più limitata – delle cure che richiedono cure ospedaliere *stricto sensu*, siano esse ambulatoriali o stazionarie. Come già notato nel presente rapporto, le cure ambulatoriali sono necessariamente ospedaliere quando esse richiedono **(1) disponibilità immediata di altri servizi (es. cure intense) nel caso di complicanze cliniche, e/o (2) competenze professionali disponibili soltanto in ospedale, e/o (3) apparecchiature specializzate e non trasportabili.** Condizioni simili caratterizzano le cure ospedaliere stazionarie. Tutti questi argomenti, insieme a quelli di natura economica (necessità di ammortizzare investimenti spesso

⁶² Un ragionamento simile si può fare per le cure palliative geriatriche, che nel 2020 disponevano di 31 posti complessivi, distribuiti in due CPA.

importanti, ecc.) depongono a favore di una concentrazione spinta della casistica e delle prestazioni in pochi centri ospedalieri.

Per riferirci a un esempio da anni al centro del dibattito e di cui abbiamo già detto al paragrafo 5.4.2, si considerino i servizi di maternità, per i quali la comodità di accesso durante la gravidanza e la rapidità di accesso nel caso di necessità rappresentano chiaramente degli elementi critici.

Attualmente in Ticino operano sei servizi di maternità, di cui quattro gestiti dall'EOC (a Bellinzona, Locarno, Lugano, Mendrisio), uno dalla Clinica Santa Chiara a Locarno e uno dalla Clinica Sant'Anna a Sorengo. In occasione della precedente pianificazione ospedaliera erano stati previsti due progetti di collaborazione pubblico-privato (tra Ospedale regionale di Lugano e Clinica Sant'Anna e tra Ospedale Regionale di Locarno e Clinica Santa Chiara), con l'idea di costituire un unico centro donna-madre-bambino (comprensivo del servizio di maternità) nel Luganese e un secondo centro nel Locarnese. Tale collaborazione, in forma strutturata con la costituzione di società di gestione in comune, però richiedeva una modifica della LEOC, che è stata oggetto di referendum e alla fine è stata respinta nel 2016.

A titolo di paragone, la Tabella 5 riporta il numero di siti ospedalieri che hanno mandati per prestazioni specialistiche (non multidisciplinari e complesse) di ostetricia e ginecologia in cantoni comparabili al Ticino per popolazione. Pur tenendo conto della diversa configurazione geografica dei cantoni (per cui ad esempio Basilea Campagna nella propria pianificazione ha conferito diversi mandati a ospedali operanti a Basilea Città, segnati in tabella come "extra"), la scelta ticinese spicca rispetto a quella fatta negli altri cantoni, che pure sono soggetti alle stesse preoccupazioni presso l'opinione pubblica, alle stesse pressioni e agli stessi gruppi d'interesse che in Ticino. Il rapporto tra numero di nati e numero di siti con mandato GEB1 (Assistenza di base in ostetricia) va da un massimo di 1 441 nascite in media per maternità nel cantone Turgovia, fino a un minimo di 418 nascite in Ticino. Chiaramente volumi così limitati nelle maternità ticinesi comportano problemi e rischi in termini di sicurezza, difficoltà nel mantenere adeguatamente aggiornate le competenze degli operatori, difficoltà di attirare o mantenere medici di valore, rischi per la motivazione dei professionisti, costi di infrastruttura non utilizzata a pieno regime.

Tabella 5. Servizi di maternità (cantoni selezionati)

Cantone	Popolazione residente permanente al 31.12.2020	N. di nati residenti nel cantone nel 2020	N. siti opedalieri "GYN1"	N. siti opedalieri "GEB1"	N. siti opedalieri "NEO1"
Lucerna	416'347	4'311	6	4	5
Ticino	350'986	2'506	6	6	6
Vallese	348'503	3'310	4	3	3
Friburgo	325'496	3'381	4	3	3
Basilea Campagna	290'969	2'522	1 + 4 extra	1 + 3 extra	1 + 3 extra
Turgovia	282'909	2'882	3	2	2 + 2 extra
Soletta	277'462	2'663	3 + 2 extra	1 + 2 extra	1 + 3 extra

Note : GYN1 = Ginecologia ; GEB1 = Assistenza di base in ostetricia (dalla 34a settimana di gestazione e $\geq 2000g$); NEO1 = Assistenza di base ai neonati (dalla 34a settimana di gestazione e $\geq 2000g$).

Fonte popolazione: UST (<https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/18344347/master>; consultato il 10.6.2022).

Fonte n. nati: UST (<https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/17444173/master>; consultato il 10.6.2022).

Fonti n. siti ospedalieri GYN1, GEB1 e NEO1: siti istituzionali dei cantoni⁶³.

Se andiamo a rileggere il capoverso 4 dell'articolo 58d OAMal («Nella valutazione degli ospedali occorre in particolare tener conto dello sfruttamento di sinergie, del numero minimo di casi e del potenziale di concentrazione di prestazioni al fine di rafforzare l'economicità e la qualità delle cure»), la strada di una maggiore concentrazione nel caso delle maternità sembrerebbe chiaramente indicata.

D'altro canto, le recenti sentenze del Tribunale amministrativo federale mettono in evidenza come difendere scelte pianificatorie che vadano oltre i "criteri minimi" previsti dal capoverso 1 per la valutazione dell'economicità («La valutazione dell'economicità degli ospedali [...] è effettuata segnatamente mediante confronti dei costi corretti per il grado di gravità») e dal capoverso 2 per la valutazione di qualità⁶⁴ risulti concretamente difficile per l'autorità cantonale. Anche i criteri della

⁶³ Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (del 15 dicembre 2015) (https://www3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/index.php/raccolta-leggi/legge/vid/06_320; consultato il 10.6.2022). Gleichlautende Spitallisten Akutsomatik der Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft per 1. Juli 2021 (https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/volkswirtschafts-und-gesundheitsdirektion/amt-fur-gesundheit/spitaler-und-therapieeinrichtungen/spitalversorgung/kantonale-spitalliste/anhang-zur-spitalliste/Spitalliste%202019%202019-08-12_def.pdf/download; consultato il 10.6.2022). Liste de mandats de prestations pour les soins somatiques aigus (art. 2 al. 2) (https://bdlf.fr.ch/frontend/annex_document_dictionaries/105; consultato il 10.6.2022). Spitalliste des Kantons Luzern (https://gesundheit.lu.ch/-/media/Gesundheit/Dokumente/Gesundheitsversorgung/Spitalliste/Spitalliste_vom_22032016_mit_nderungen_bis_15032022.pdf?la=de-CH; consultato il 10.6.2022). https://so.ch/fileadmin/internet/ddi/ddi-gesa/pdf/Spitalversorgung/Spitallisten/Spitalliste_Akutsomatik_gueltig_ab_01.01.2022.pdf (consultato il 10.6.2022). Thurgauische Spitalliste 2012 Akutsomatik (Version 2022.1; COVID-19-Pandemie) gültig vom 1. Januar 2022 bis 31. Dezember 2022 (https://gesundheit.tg.ch/public/upload/assets/124404/Thurgauer_Spitalliste_2012_Akutsomatik_%28Version_2022.1%3B_COVID-19-Pandemie%29_g%C3%BCltig_vom_1._Januar_bis_31._Dezember_2022.pdf?fp=1; consultato il 10.6.2022). Liste hospitalière pour les soins somatiques aigus (valable dès le 1er janvier 2021) (<https://www.vs.ch/documents/8841577/0/Soins+aigus+liste+hosp+2021+fr.pdf/9c42ae54-c70a-dbab-a028-34253a362f1f?t=1610705396158&v=1.0>; consultato il 10.6.2022).

⁶⁴ «Nella valutazione della qualità degli istituti occorre in particolare esaminare se l'insieme dell'istituto adempie le esigenze seguenti: a. disporre del necessario personale qualificato; b. disporre di un adeguato sistema di gestione della qualità; c.

metodologia GD-ZH – che vanno oltre quelli “minimi” indicati dai cpv 1 e 2 dell’articolo 58d OAMal e che sono diventati un riferimento accettato a livello federale – non sempre aiutano. Nel caso dei tre gruppi di prestazioni presenti in tabella (GYN1, GEB1 e NEO1), essi indicano alcune esigenze relative alla disponibilità – in loco o con servizio di picchetto – di alcune figure professionali, di letti monitorati e chiedono che GEB1 e NEO1 siano entrambi presenti nella struttura alla quale viene affidato il mandato. Ma per nessuno dei tre gruppi di prestazione è indicato un numero minimo di casi, criterio che invece è presente nella pianificazione relativa alle maternità in numerosi altri paesi occidentali.

Un riferimento di massima per la numerosità degli ospedali a cui affidare i mandati

Nel settore somatico-acuto, il Ticino attualmente ha tredici siti ospedalieri attivi⁶⁵ dotati di circa 1 300 posti letto. Dei tredici siti, l’Ospedale Malcantonese gestisce un reparto RAMI e la Clinica Varini gestisce un reparto di cure palliative.

Riferendosi ai gruppi di prestazioni definite dalla metodologia GD-ZH, la pianificazione ticinese in vigore li colloca in quattro “gruppi principali”: il “Pacchetto di base”, le “Prestazioni specialistiche”, le prestazioni “Multidisciplinari e complesse” e le “Discipline trasversali”. Le prestazioni “Multidisciplinari e complesse” comprendono anche i gruppi di prestazioni MAS.

Se teniamo conto di quanto sostenuto nelle pagine precedenti, sembrerebbe possibile adottare i seguenti criteri di massima:

- L’attribuzione dei mandati per le prestazioni del “**Pacchetto di base**” deve essere ispirata al principio della prossimità. Tali prestazioni dunque possono utilmente essere erogate in più ospedali sul territorio. La qualità della presa in carico sarà supportata dai criteri GD-ZH e possibilmente, per le patologie ad alta prevalenza, da percorsi di cura condivisi e coordinati con gli altri fornitori di cure a monte e a valle dei ricoveri ospedalieri, come si dirà meglio nel paragrafo 6.4;
- Le “**Prestazioni specialistiche**”, dal canto loro, possono essere erogate da più ospedali, ma selezionati in base alle specializzazioni e dunque alle loro “vocazioni” complessive. Oltre ai criteri di qualità previsti dalla metodologia GD-ZH, da considerarsi criteri di base, è opportuno definire ulteriori criteri, nell’ambito dell’autonomia cantonale, coerentemente con quanto previsto dal capoverso 4 dell’articolo 58d OAMal (in tal senso, cfr. in particolare i paragrafi 6.4 e 6.5);
- Le **prestazioni “Multidisciplinari e complesse”** in linea di principio dovrebbero essere concentrate in un’unica sede, con la possibilità di averne di più nel caso di gruppi di prestazioni con volumi particolarmente elevati. Nel caso di più sedi, devono essere considerate le specializzazioni e le “vocazioni” dei singoli siti;
- Le **prestazioni MAS** dovrebbero essere concentrate in un’unica sede cantonale;

disporre di un sistema interno di rapporti e d’apprendimento appropriato e aver aderito a una rete di notifica di eventi indesiderabili uniforme a livello svizzero, per quanto tale rete esista; d. disporre delle attrezzature che consentono di partecipare alle misurazioni nazionali della qualità; e. disporre dell’attrezzatura per garantire la sicurezza delle terapie farmacologiche, in particolare mediante il rilevamento elettronico dei medicinali prescritti e dispensati». Come già osservato nel paragrafo 3.2, si tratta fondamentalmente di criteri di struttura (e non relativi ai processi assistenziali o agli esiti delle cure).

⁶⁵ Ospedali dell’EOC: ospedali di Locarno, Faido, Acquarossa, Bellinzona, Lugano Civico, Lugano Italiano, Mendrisio. Cliniche private: Clinica Luganese Moncucco, Clinica Santa Chiara, Clinica Sant’Anna, Clinica Ars Medica, Ospedale Malcantonese, Fondazione Varini.

- Per le “Discipline trasversali” sembra utile adottare logiche e criteri differenziati a seconda del gruppo di prestazioni considerato.

6.2. Puntare a un ospedale di riferimento per la medicina somatico-acuta e altamente specializzata

Il paragrafo precedente si è basato soprattutto sulle esigenze dell’assistenza. Si tratta dell’esigenza di rispondere ai bisogni di cura della popolazione residente (cfr. paragrafo 3.1), facendo valere il principio della prossimità lì dove rilevante (cfr. paragrafo 3.3 e, per quel che riguarda il Canton Ticino, il paragrafo 5.4) e tenendo conto della necessità di promuovere la sicurezza e la qualità delle cure (cfr. paragrafo 3.2).

Se a quella prima e fondamentale esigenza aggiungiamo quelle della formazione e della ricerca (cfr. paragrafo 3.4 e paragrafo 5.2), insieme all’impegno di rendere il sistema ospedaliero attrattivo per i professionisti (cfr. di nuovo il paragrafo 5.2), allora diventa chiara l’opportunità di disporre sul territorio cantonale di un ospedale che funga – con poche e motivate eccezioni – da riferimento per la medicina altamente specializzata e per le prestazioni multidisciplinari e complesse.

Tale esigenza è fortemente connessa anche alla recente istituzione della **facoltà di scienze biomediche presso l’USI**. Se il cantone vuole dare futuro a tale importante iniziativa, avere a disposizione un sito di riferimento per le attività di assistenza, insegnamento e ricerca sembra la scelta più coerente. È bene chiarire che l’opportunità – e la sfida – non riguarda la (pur importante) formazione degli studenti iscritti al Master in medicina umana dell’USI, che anzi negli ospedali di periferia possono incontrare tipologie di pazienti molto rilevanti per la formazione ma quasi assenti nell’ospedale universitario tradizionale. Avere un sito di riferimento, piuttosto, significa poter offrire un partner affidabile e competente alla filiera della ricerca e dell’industria biomedicale sviluppatasi molto in Ticino. Significa disporre di una struttura che con sistematicità partecipi a studi clinici multicentrici organizzati a livello nazionale o sovranazionale. Significa avere volumi e competenze sufficienti per garantire al sistema sanitario ticinese la possibilità di essere riconosciuti quali centri di perfezionamento professionale ISFM in medicina umana. Significa avere competenze e infrastruttura idonee a offrire formazioni specialistiche di qualità ad altri professionisti sanitari non medici. Significa, infine, disporre di una gamma di attività idonee a fare ricerca su temi destinati ad acquistare ulteriore rilevanza quali l’interprofessionalità o il *continuum of care* lungo più setting di cura.

Rispetto ai servizi che potrebbe essere utile concentrare nel prospettato ospedale di riferimento, stiamo immaginando la gamma più completa possibile di attività lungo l’asse che va dal “Pacchetto di base” definito dalla metodologia GD-ZH alla MAS. Questo per due motivi principali. Da un lato, le dimensioni contenute della popolazione ticinese e le difficoltà di attrarre molti pazienti da oltre-Gottardo spinge a favore della concentrazione delle prestazioni “Multidisciplinari e complesse” (compresa ovviamente la MAS). Dall’altro lato, il MMU avviato presso l’USI da subito ha voluto caratterizzarsi per un orientamento alle cure di base, alla gestione delle patologie croniche e alle esigenze di una società che invecchia rapidamente. Da qui, l’esigenza di avere presso la sede di insegnamento principale anche attività clinica che afferisce ai gruppi di prestazioni GD-ZH delle “Prestazioni specialistiche” e del “Pacchetto di base”.

Come detto, nelle prestazioni specialistiche e nelle prestazioni del pacchetto di base altri ospedali – sia pubblici sia privati – potranno utilmente continuare ad essere sede di insegnamento, per il MMU e per percorsi formativi ISFM.

Infine, i tempi lunghi della pianificazione politico-amministrativa, della progettazione operativa e della realizzazione di strutture importanti come quelle ospedaliere, suggeriscono di cominciare appena possibile tale processo. A favore delle necessità assistenziali ma anche per supportare la nuova facoltà di scienze biomediche USI e il settore della ricerca clinica e industriale in ambito biomedicale già attivo in Ticino.

6.3. Continuare a favorire dinamicamente l'appropriatezza organizzativa

Gli sviluppi di cui già si è detto al paragrafo 6.1 per il settore somatico-acuto e, più in generale, ai paragrafi 2.2 e 5.3, hanno trasformato profondamente il panorama dell'assistenza ospedaliera ticinese negli ultimi anni.

Nel **settore somatico-acuto** le principali evoluzioni sono state (1) la netta riduzione della durata media delle degenze, (2) il trasferimento di numerose procedure dal regime stazionario a quello ambulatoriale, (3) l'utilizzo più attento degli ospedali grazie anche alla medicalizzazione delle case per anziani, alla larga diffusione dei servizi ACD e alla introduzione a partire dal 2011 di reparti CAT/STT e, dal 2016, dei letti RAMI, (4) il rapido sviluppo dei servizi ambulatoriali, anche al di là del mero trasferimento di alcune procedure prima svolte in regime di ricovero. A queste evoluzioni generali, si aggiungono quelle – importanti – interne all'organizzazione dell'EOC con la creazione o il rafforzamento degli istituti trasversali rispetto ai diversi siti e l'incorporazione dell'Istituto cantonale di patologia e del Cardiocentro Ticino, nonché la ripresa della Clinica Santa Chiara da parte della Clinica Luganese Moncucco.

Nel **settore della riabilitazione**, dopo una grande riduzione del numero di ricoveri negli anni duemila, le attività sono tornate a crescere, trainate dall'invecchiamento della popolazione, nonostante anche in questo settore si assista ad un parziale trasferimento dall'ambito stazionario a quello ambulatoriale.

Nel **settore della psichiatria**, l'ultimo decennio ha visto un aumento del numero dei ricoveri e una riduzione della degenza media, con un effetto totale di riduzione del numero di giornate di cura. L'invecchiamento della popolazione ha portato a ulteriori sviluppi della geronto-psichiatria che già nel 2006 si era dotata di reparti specializzati (il Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica – SIPSIG) aperti presso la CPC. Infine, una iniziativa recente e rilevante è stata l'avvio da parte dell'OSC di un programma di *home treatment* sostitutivo del ricovero stazionario, promosso per i pazienti residenti nel Sopraceneri a partire dal 2016 e che potrebbe essere esteso in futuro⁶⁶. Per quel che riguarda la psichiatria non acuta, è utile poi ricordare le molte CPA che nel corso degli ultimi anni si sono dotate di reparti specializzati nel trattamento di ospiti colpiti da deficit cognitivi.

⁶⁶ Per approfondimenti, si rimanda al capitolo 10 della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025, presentata col Messaggio 8123 del 9 marzo 2022.

Queste evoluzioni e questa progressiva differenziazione dei setting di cura richiedono un'attenzione accresciuta per l'appropriatezza organizzativa e cioè per la collocazione dei pazienti nel setting che, a parità di efficacia clinico-assistenziale, risulti essere quello maggiormente efficiente e dunque più economico. In particolare, questo significa continuare a favorire le cure ambulatoriali lì dove possibile in tutti e tre i settori ospedalieri (somatico-acuto, riabilitazione e psichiatria). Un secondo ambito di attenzione è il consolidamento dei RAMI e, valutata l'esperienza fatta nei primi anni (criteri di inclusione, efficacia clinica, costi e finanziamento, ecc.), l'eventuale ulteriore espansione di tale tipologia di servizio. Ciò potrà contribuire a sgravare ulteriormente il settore ospedaliero stazionario da attività che le competenze professionali e le soluzioni tecniche oggi disponibili permettono di trattare in setting assistenziali più leggeri e più economici, nonché più diffusi sul territorio e dunque più accessibili, pur garantendo gli stessi livelli di qualità e sicurezza.

Considerate le numerose evoluzioni tuttora in corso, è opportuno che esse siano accompagnate da **valutazioni di *health services research*** relative ai criteri di inclusione/accesso dei pazienti ai vari setting di cura (ad esempio tra reparti CAT/STT e letti RAMI), all'efficacia clinico-assistenziale di tali diversi setting, all'adeguatezza del numero e del mix di personale impegnato (cioè di quanti operatori e con quale composizione professionale), ai costi e al finanziamento dei servizi (sia in termini di fonti di finanziamento, sia in termini di tariffe riconosciute), ecc. Queste analisi permetteranno di aggiustare progressivamente queste numerose e differenziate evoluzioni, mettendole a sistema e favorendo la replica e la diffusione delle sperimentazioni costo-efficaci.

6.4. Promuovere la definizione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per le patologie ad alta prevalenza o rilevanza

Come detto al paragrafo 5.3, il sistema sanitario è ricco in termini di strutture e professionisti, gran parte dei quali operano con ampi gradi di autonomia. Perché alla fine tale ricchezza produca efficacia (nella presa in carico assistenziale), equità (nella fruizione dei servizi tra i diversi gruppi di popolazione) ed efficienza (nell'utilizzo di risorse comunque scarse e in larga misura finanziate con soldi pubblici), sono necessari sistemi di integrazione forti. Se, al contrario, tali meccanismi fossero assenti o deboli, il risultato sarebbe quello di un'alta variabilità nelle modalità di presa in carico, variabilità che non sarà spiegata né dalle condizioni individuali del paziente né dalle sue scelte, bensì dalle conoscenze non omogenee degli operatori, dagli incentivi economici che ne determinano i comportamenti, dall'inerzia e dalla forza dell'abitudine. In altre parole, tanto più un sistema sanitario è frammentato tra molti attori relativamente indipendenti, tanto più esso ha bisogno di meccanismi che re-integrino quella frammentazione.

Come osservato al paragrafo 5.3, la possibilità che sia l'ospedale – per giunta attraverso lo strumento della pianificazione ospedaliera – a promuovere tale integrazione, è in generale limitata. L'ospedale è soltanto una parte del sistema sanitario. E il ricovero spesso è un segmento all'interno di un percorso di cura che origina e poi si conclude sul territorio, in carico ad altri attori (il medico di famiglia che prescrivendo degli esami diagnostici si accorge di un problema poi confermato da uno specialista, la CPA che non riesce più a gestire una condizione instabile e propone il ricovero dell'ospite, il reparto CAT per la stabilizzazione del paziente dimesso da un ricovero somatico-acuto o di riabilitazione, lo studio del medico specialista per le visite di follow up, ecc.).

Ma il ruolo che l'ospedale riveste nel sistema, pur limitato e parziale, è comunque molto importante in termini di competenze, di ricerca e formazione, di tecnologia disponibile. E il ricovero è spesso il

segmento centrale all'interno di un percorso di cura. Per queste ragioni, **partendo da percorsi di cura frequenti e importanti/gravi, è possibile e opportuno che la pianificazione condizioni l'attribuzione dei mandati alla disponibilità degli istituti ospedalieri a partecipare fattivamente alla definizione e poi alla gestione e all'adozione di Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA).**

I PDTA sono percorsi di assistenza integrata multiprofessionali, definiti per curare persone con una specifica condizione patologica. Basati sulle linee guida scientifico-professionali, essi tengono però conto dell'organizzazione territoriale e della regolamentazione specifica del contesto nei quali sono adottati (disponibilità di strutture e professionisti, regole di rimborso, informazioni relative alla qualità già disponibili, sistemi informatici adottati, ecc.). Il PDTA definisce la migliore sequenza temporale possibile delle attività di diagnosi, trattamento e assistenza, sotto il profilo dell'efficacia, della sicurezza, dell'esperienza del paziente. Per verificare che il PDTA sia effettivamente adottato e che produca effettivamente i risultati attesi, esso è integrato da un sistema di monitoraggio a beneficio di tutti gli attori coinvolti.

Ricondotti nel quadro della pianificazione ospedaliera cantonale, i PDTA dovrebbero innanzi tutto riguardare selezionati percorsi di cura interni al contesto ospedaliero. Il primo obiettivo dunque dovrebbe essere la standardizzazione di alcuni "itinerari clinici" interni al contesto ospedaliero, così da contenere la variabilità non spiegata della presa in carico tra un istituto ospedaliero e un altro. Il secondo obiettivo – che temporalmente non è necessario segua il primo – è quello di coinvolgere i principali attori "a monte" e "a valle" del ricovero, per definire PDTA che coinvolgono in misura rilevante anche strutture e professionisti esterni al settore ospedaliero.

Se l'obiettivo finale della definizione dei PDTA è la riduzione della variabilità non spiegata (o "artificiale") dei percorsi individuali di cura e dunque l'aumento dell'efficacia, dell'equità e dell'efficienza dell'assistenza, i PDTA hanno anche altri obiettivi secondari, quali la promozione della conoscenza e del confronto tra gli attori operanti nel sistema sanitario locale, l'integrazione dei sistemi informatici, ecc.

Un'esperienza che ha numerosi elementi simili a quanto proposto in questo paragrafo è quella di REHA Ticino, iniziativa avviata nel 2007 tra la Clinica Hildebrand e l'EOC (in particolare con le sedi di Npvaggio e Faido della Clinica di Riabilitazione EOC) per le attività di riabilitazione, sia stazionarie sia ambulatoriali. La rete REHA Ticino, tra le altre cose, promuove la progettazione di percorsi del paziente condivisi dalle diverse strutture pubbliche e private – che partecipano alla rete stessa. Tali percorsi del paziente, definiti per patologie ad alta prevalenza, prevedono poi il monitoraggio sia dell'aderenza al percorso stesso da parte degli operatori, sia dei risultati in termini di riabilitazione⁶⁷.

6.5. Migliorare le informazioni a disposizione di pazienti e popolazione

Rispetto ad altri sistemi sanitari occidentali, quello svizzero è sempre stato connotato da un alto grado di concorrenza tra i fornitori di cure. Di più, nell'esperienza svizzera sono gli stessi individui/utenti/assicurati/pazienti che possono direttamente scegliere il fornitore di cure, con pochi

⁶⁷ Per ulteriori informazioni, si rimanda al sito <https://www.rehaticino.ch/index.html#> (consultato il 10.6.2022).

vincoli (esempi di limitazioni sono i modelli alternativi di assicurazione stile HMO, la scelta limitata nel settore delle CPA, la scelta del medico ospedaliero se non si ha un'apposita assicurazione complementare, ecc.). In questo senso, la letteratura internazionale parla di “*consumer driven competition*” (concorrenza diretta dai consumatori; t.d.a.) o “*consumer driven health-care*” (assistenza sanitaria diretta dai consumatori; t.d.a.) riferendosi alla Svizzera.

È chiaro, d'altra parte, che una condizione necessaria perché i potenziali benefici della concorrenza (in termini di qualità ed economicità delle cure) siano concreti, è che gli attori che rappresentano la domanda dispongano di informazioni sufficienti per operare scelte razionali. In altre parole, affinché la possibilità di scelta sia utile e funzionale ad uno sviluppo virtuoso del sistema in termini di rapporto tra prezzo e qualità, è necessario che essa sia una scelta informata. Come visto al paragrafo 3.2 e, in parte, al paragrafo 5.3, l'informazione disponibile pubblicamente sui fornitori di cura in Svizzera resta molto limitata, nonostante i progressi fatti negli anni più recenti.

In questo quadro, è opportuno che la pianificazione cantonale accompagni l'attribuzione dei mandati a un sistema di **public reporting** che metta a disposizione del pubblico e dei pazienti informazioni rilevanti e adeguate. In tal senso si esprimeva anche il Consiglio federale in un recente rapporto pubblicato nel maggio 2022, relativamente agli ostacoli alla libera scelta degli ospedali: «Per poter scegliere liberamente un ospedale, è utile avere informazioni sufficienti sulla qualità delle cure e su altre importanti caratteristiche degli ospedali. [...] Queste informazioni devono essere preparate e comunicate in modo più semplice per il paziente [...]. Sebbene lo sviluppo delle possibilità di comparazione prosegua, c'è ancora margine di miglioramento in quest'area» (Conseil fédéral 2022; t.d.a.).

Anche se i risultati circa l'effettivo utilizzo dei sistemi di public reporting dove essi sono disponibili e sul loro reale impatto sul sistema siano misti (Kumpunen et al. 2014), la politica sanitaria svizzera mette al centro del sistema sanitario la libertà di scelta del paziente e ciò in qualche modo “obbliga” le autorità pubbliche a dare concretezza e valore a quella libertà di scelta, mettendo a disposizione informazioni rilevanti e fruibili. A titolo esemplificativo, tali informazioni potrebbero riguardare aree quali: la numerosità dei casi trattati dall'ospedale, dalle équipes e dai primi operatori nel caso della chirurgia; la qualità percepita da parte degli utenti; i titoli di medico specialista degli operatori; il tipo di contratto di lavoro che lega il medico all'istituto; i rapporti delle ispezioni periodiche di qualità; ecc. In questo sistema di **public reporting** possono ovviamente confluire anche alcuni dei dati già raccolti da ANQ o da CH-IQI (cfr. paragrafo 3.2), nonché ulteriori misure quali i patient-reported outcome measures (o PROMs), che raccolgono la percezione soggettiva che il paziente ha sul proprio stato di salute in un determinato momento del percorso di cura.

Se l'obiettivo principale del public reporting è far sì che per il paziente la scelta dell'ospedale sia una scelta informata, esso persegue anche altri obiettivi secondari, quali l'incoraggiare i fornitori di cure a migliorare la qualità dei loro servizi, fornire al pubblico rassicurazioni sulla qualità delle cure disponibili, coinvolgere maggiormente i pazienti nei percorsi di cura e promuoverne in generale un atteggiamento di “consumatore critico”.

I rischi e le difficoltà che tale sistema implica sono evidenti. La definizione e selezione delle informazioni da rendere pubbliche deve essere concertata tra gli attori (compresi i rappresentanti dei pazienti e dei consumatori, degli assicuratori, dello stato in quanto regolatore e finanziatore, ecc.). I fornitori di cura potrebbero mostrare un atteggiamento di resistenza verso una maggiore trasparenza relativa a processi interni agli istituti. Soprattutto, i fornitori di cura potrebbero considerare la raccolta dei dati richiesti piuttosto che l'integrazione nei sistemi informativi già adottati dagli istituti di quanto

prescritto dal public reporting come amministrativamente troppo oneroso. Nonostante tutti questi possibili rischi e difficoltà, è difficile sostenere la legittimità dello status quo. In altre parole, non si può sostenere la bontà di un sistema che si basa sulla – e promuove la – libera scelta dei fornitori di cura quale elemento chiave per migliorare la qualità, ma che non fornisce gli strumenti necessari per esercitare in modo informato quella scelta.

Bibliografia

Bjorvatn A., 2018, Private or public hospital ownership: Does it really matter?, *Social Science & Medicine* 196:166-74, <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.038>.

Bundi P., Bonny S., Gatto L., Lablih M., 2022, Évaluation de la réglementation « l'ambulatoire avant le stationnaire » de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, IDHEAP, Université de Lausanne, <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/e-f/evalber-kuv/2022-evaluation-ambulant-vor-stationaer-schlussbericht.pdf.download.pdf/2022-rapport-final-evaluation-ambulatoire-avant-stationnaire-f.pdf> (consultato il 10.6.2022).

Clinica Luganese Moncucco (s.i.d.) Bilancio sociale 2016, <https://moncucco.ch/content/uploads/2017/05/Bilancio-sociale-Clinica-Luganese-Moncucco-pubblicazione-2017.pdf> (consultato il 10.6.2022).

Conseil fédéral, 2022, Potentiel d'amélioration du financement hospitalier et obstacles au libre choix de l'hôpital. Rapport du Conseil fédéral en réponse au postulat 21.3962 Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national du 23 juin 2021, https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/cc/bundesratsberichte/2022/bericht-verbesserungspotential-spitalfinanzierung.pdf.download.pdf/Rapport%20du%20Conseil%20f%C3%A9d%C3%A9ral.%20Potentiel%20d%E2%80%99am%C3%A9lioration%20du%20financement%20hospitalier_en%20r%C3%A9ponse%20au%20postulat%2021.3962.pdf (consultato il 10.6.2022).

DECS, 2021, Scuola ticinese in cifre 2021, https://www4.ti.ch/fileadmin/DECS/DS/documenti/pubblicazioni/statistica_scolastica/2021_Scuola_ticinese_in_cifre.pdf (consultato il 10.6.2022)

EOC, 2022, Rapporto annuale 2021, <https://www.eoc.ch/dms/site-eoc/documenti/documenti/Comunicazione/RA21/Rapporto-annuale-2021/Rapporto%20annuale%202021.pdf>, (consultato il 10.6.2022).

Ettelt S., Nolte E., Thomson S. et al., 2008, *Capacity planning in health care. A review of the international experience*, Policy brief, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/108966/E91193.pdf (consultato il 10.6.2022).

Farsi M., Filippini M., 2008, Effects of ownership, subsidization and teaching activities on hospital costs in Switzerland, *Health Econ.* 17:335–50, <https://doi.org/10.1002/hec.1268>.

Freeman M., Savva N., Scholtes S., 2020, Economies of Scale and Scope in Hospitals: An Empirical Study of Volume Spillovers, *Management Science* 67(2), <https://doi.org/10.1287/mnsc.2019.3572>.

GDK/CDS, 2018, Recommandations sur l'examen de l'économicité : Détermination des hôpitaux efficients d'après l'art. 49 al. 1 LAMal, https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalfinanzierung/EM_WiPrue_V4.0_20180301_def_f.pdf (consultato il 10.6.2022).

Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2020, Annexe à la liste hospitalière Zurich 2012 soins aigus: exigences portant sur des prestations spécifiques (version 2020.1; valable à partir du 1er janvier 2020),

https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/DGS/fichiers_pdf/GPPH_ZH.pdf (consultato il 10.6.2022).

Giancotti M., Guglielmo A., Mauro M., 2017, Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search, PLoS ONE 12(3):e0174533, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174533>.

H+, 2009, COMUNICATO STAMPA. Presa di posizione H+ sugli indicatori di qualità dell'UFSP: valutazioni generali sì, classifiche no,

https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Medien/Medienmitteilungen/2009/090416_MM_Qualitaetsindikatoren_BAG_V2_it_01.pdf (consultato il 10.6.2022).

H+, 2014, La posizione di H+. I tassi di mortalità non sono indicatori della qualità, servono però a un costante miglioramento della qualità,

https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Politik/Mortalitaet/2014-01-30_Position_Hplus_Mortalitaet_FKQA_it.pdf (consultato il 10.6.2022).

IAS, 2022, Directives sur la reconnaissance des services de sauvetage, https://www.ivr-ias.ch/wp-content/uploads/2022/06/RL_Rettungsdienst_f_2022.pdf (consultato il 10.6.2022).

Kruse F.M., Stadhouders N.W., Adang E.M., Groenewoud S., Jeurissen P.P.T., 2018, Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review, Int J Health Plann Mgmt. 33:e434–e453,

<https://doi.org/10.1002/hpm.2502>.

Kumpunen S., Trigg L., Rodrigues R., 2014, Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice, The European Observatory on Health Systems and Policies,

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144007/Policy-summary-13-2077-1584-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y> (consultato il 10.6.2022)

Merçay C., Grünig A., Dolder P., 2021, Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021. Effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève (Obsan Rapport 03/2021). Neuchâtel:

Observatoire suisse de la santé, https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2021-11/Obsan_03_2021_RAPPORT.pdf (consultato il 10.6.2022).

Murphy A., Bourke J., Turner B., 2020, A two-tiered public-private health system: Who stays in (private) hospitals in Ireland?, Health Policy 124(7):765-71,

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.04.003>.

OFSP, 2017, Mesures visant à freiner la hausse des coûts dans l'assurance obligatoire des soins. Rapport du groupe d'experts, [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/kuv-leistungen/Kostend%C3%A4mpfung/kostendaempfungsmassnahmen-bericht-expertengruppe-24082017.pdf.download.pdf/Misure%20di%20contenimento%20dei%20costi%20Rapporto%20del%20gruppo%20di%20esperti%20del%2024.08.2017%20\(solo%20in%20tedesco%20e%20francese\).pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/kuv-leistungen/Kostend%C3%A4mpfung/kostendaempfungsmassnahmen-bericht-expertengruppe-24082017.pdf.download.pdf/Misure%20di%20contenimento%20dei%20costi%20Rapporto%20del%20gruppo%20di%20esperti%20del%2024.08.2017%20(solo%20in%20tedesco%20e%20francese).pdf)

(consultato il 10.6.2022).

OFSP, 2022, Opérationnalisation des critères Efficacité, Adéquation et Économicité (EAE) au sens de l'art. 32 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Document de base. État au 31.03.2022.

Valable à partir du 01.09.2022, <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/kuv->

[leistungen/bezeichnung-der-leistungen/operationalisierung_wzwkriterien_310322.pdf.download.pdf/Operazionalizzazione%20dei%20criteri%20EAE%20del%2031.03.2022,%20a%20partire%20dal%2001.09.2022%20\(disponibile%20solo%20in%20tedesco%20e%20francese\).pdf](#) (consultato il 10.6.2022).

Penno E., Sullivan T., Barson D., Gauld R., 2021, Private choices, public costs: Evaluating cost-shifting between private and public health sectors in New Zealand, *Health Policy* 125(3):406-14, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.12.008>.

Spycher J., Morisod K., Egli Y., Moschetti K., Le Pogam M.-A., Peytremann-Bridevaux I., Bodenmann P., Marti J., 2021, Indicators on Healthcare Equity in Switzerland. New Evidence and Challenges, Federal Office of Public Health, <https://www.unisante.ch/sites/default/files/upload/pdf-2022-02/Rapport%20Indicators%20on%20Healthcare%20Equity.pdf> (consultato il 10.6.2022).

SwissDRG SA, 2016, Dichiarazione del Consiglio di amministrazione della SwissDRG SA. Mappatura delle differenze di costo tramite la struttura tariffaria SwissDRG e conseguenze per i prezzi dei casi di base differenziati, https://www.swissdrg.org/download_file/view/1563/610 (consultato il 10.6.2022).

Tynkkynen L.K., Vrangbæk K., 2018, Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. *BMC Health Serv Res* 18(141), <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2953-9>.

UFSP, 2013. Sanità 2020. Politica sanitaria: le priorità del Consiglio federale, <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheitsstrategie2020/g2020/bericht-gesundheit2020.pdf.download.pdf/rapporto-sanita2020.pdf> (consultato il 10.6.2022).

UFSP, 2019. Sanità 2030. La strategia di politica sanitaria del Consiglio federale 2020-2030, <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheitsstrategie2020/g2020/bericht-gesundheit2020.pdf.download.pdf/rapporto-sanita2020.pdf> (consultato il 10.6.2022).

UFSP, 2021a, Premi medi mensili cant. su tutte le classi di età per il 2021/2022 dell'ass. oblig. delle cure med.-san. incl. franchigie opzionali e modelli, <https://www3.ti.ch/COMUNICAZIONI/192336/Premi%20medi%20cantionali%202020-2021%20complessivo,%20tutte%20le%20forme%20assicurative.pdf> (consultato il 10.6.2022).

UFSP, 2021b, Premi medi mensili cant. per il 2021/2022 dell'ass. oblig. delle cure med.-san. incl. franchigie opzionali e modelli <https://www3.ti.ch/COMUNICAZIONI/192336/Premi%20medi%20cantionali%202021-2022%20per%20categoria%20di%20assicurati,%20tutte%20le%20forme%20assicurative.pdf> (consultato il 10.6.2022).

UFSP, 2022, Cifre chiave degli ospedali svizzeri 2020, https://spitalstatistik.bagapps.ch/data/download/kzp20_publication.pdf?v=1647414823 (consultato il 10.6.2022).

UST, 2022, Salute. Statistica tascabile 2022, <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/21244124/master> (consultato il 10.6.2022).

UST, 2022b, Comunicato stampa. Costi e finanziamento del sistema sanitario nel 2020: risultati provvisori, <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/22324776/master> (consultato il 10.6.2022).