



PAZIENTI TICINESI OSPEDALIZZATI FUORI CANTONE

UN'ANALISI DELL'EVOLUZIONE RECENTE (2010-2013)

Cristina Gianocca

Divisione della salute pubblica

Il 01.01.2012 sono entrate in vigore tre importanti modifiche della LAMal sul finanziamento delle cure ospedaliere, una delle quali ha eliminato la clausola della necessità (inesistenza della cura nel cantone di domicilio) quale condizione per recarsi in ospedali fuori cantone. Il nuovo principio, detto “della libertà di scelta”, è entrato in vigore assieme a nuove regole sul pagamento delle prestazioni ospedaliere: introduzione della fatturazione per DRG in tutti gli ospedali svizzeri e finanziamento pubblico esteso alle cliniche private.

Insieme, queste novità hanno aumentato gli oneri a carico del Cantone per le ospedalizzazioni di ticinesi fuori cantone. L'aumento della spesa cantonale sembrava suggerire che il numero dei pazienti ticinesi recatisi fuori cantone fosse cresciuto molto rapidamente dopo il 2012. I dati però mostrano, come si vedrà nell'articolo, che il loro numero non è cambiato molto nel 2012 e 2013. In altre parole, sono state principalmente le nuove regole di finanziamento a modificare la spesa e non i pazienti.

Nell'articolo si esaminano l'evoluzione e le principali caratteristiche dei pazienti nei diversi settori di cura: acuto (compresa un'analisi sui neonati), riabilitazione e psichiatria. Inoltre vengono spiegati i principi e i metodi usati per calcolare le fatture SwissDRG degli ospedali.

Introduzione: il nuovo finanziamento ospedaliero

Nel 2012 la LAMal ha introdotto tre importanti modifiche nel sistema di finanziamento degli ospedali:

1. Dal 2012 *tutti* gli ospedali *acuti* svizzeri fatturano con il sistema SwissDRG¹ [Riquadri 1 e 2]. Scopo dei DRG è produrre fatture “personalizzate” che tengano conto (il più possibile) dei costi che i singoli pazienti hanno originato all'ospedale durante la degenza. Lo sviluppo e l'utilizzo di questi sistemi è estremamente complesso, dato che si tratta di quantificare il costo delle prestazioni erogate ai pazienti durante il ricovero ospedaliero. Le cliniche di riabilitazione e psichiatriche calcolano tuttora le proprie fatture in base al numero di giorni trascorsi in ospedale ma, anche in questi settori, sono allo studio siste-

mi DRG specifici (TAR-PSY e ST-REHA) che dovranno essere introdotti in futuro, come richiesto dalla LAMal.

2. Fino al 2011 il Cantone finanziava solo gli ospedali pubblici. Dal 2012 la LAMal prevede che il Cantone finanzi *tutti* gli istituti ammessi nella pianificazione cantonale. Come già accadeva in precedenza per il finanziamento del settore pubblico, gli assicuratori devono partecipare nella misura massima del 45% mentre i Cantoni devono contribuire per, al minimo, il 55%.

In Ticino il finanziamento pubblico di ospedali e cliniche avviene tramite contratti di prestazione, stipulati tra il Cantone e gli istituti.

Per i ticinesi curati fuori cantone, il Cantone Ticino versa la quota a suo carico, direttamente all'ospedale di cura.

¹ www.swissdrg.org.

Riquadro 1 – Sistemi DRG

Un sistema DRG è uno strumento di classificazione che suddivide i pazienti in categorie omogenee (i Diagnosis Related Groups, DRG) dal punto di vista clinico e, soprattutto, dei costi che i pazienti “causano” agli ospedali che li curano. L’idea alla base dei DRG è che un paziente molto grave utilizzerà più risorse e richiederà maggiori cure da parte del personale dell’ospedale rispetto a un paziente meno grave. Lo scopo dei DRG è emettere fatture che tengano conto di queste differenze. Per creare un sistema DRG dapprima occorre definire i gruppi dal punto di vista medico. Le categorie (DRG) sono definite partendo da diagnosi, interventi operatori e altre cure che i pazienti ricevono. Il sistema *SwissDRG* conta 1.200 categorie (DRG) diverse.

Dopo averle definite occorre associare a ogni categoria il costo medio causato agli ospedali da questo tipo di pazienti. Per farlo occorre dunque raccogliere dati sui costi causati dai singoli pazienti negli ospedali e, con i dati, calcolare il costo medio e gli altri parametri che permetteranno di emettere le fatture [Riquadro 2].

Come si può facilmente immaginare, la raccolta di tutti i dati necessari e il loro accorpamento in un sistema coerente è un’operazione complessa che non può essere presentata in poche parole.

Tra le diverse regole previste dal sistema *SwissDRG* ne specifichiamo una sola, usata nell’articolo: Qualora un paziente sia dapprima dimesso e in seguito riadmissionato per la medesima patologia nello stesso ospedale entro 18 giorni dalla dimissione, l’ospedale dovrà considerare le due degenze come una sola ed emettere una sola fattura (cosiddetto “raggruppamento” dei casi). Questa regola è stata introdotta per evitare che gli ospedali, spinti del nuovo metodo di finanziamento, dimettessero troppo rapidamente i pazienti.

3. Fino al 2011 il Cantone finanziava le ospedalizzazioni fuori cantone solo per i pazienti per i quali esisteva un’indicazione medica, ossia se si trattava di casi urgenti o se richiedevano prestazioni non disponibili in Ticino. Dal 2012 la LAMal impone ai Cantoni di finanziare *tutti* i soggiorni ospedalieri fuori cantone, indipendentemente dall’urgenza o dalla possibilità di farsi curare in Ticino. Questo principio, detto *della libera scelta del paziente*, prevede delle limitazioni:

- da una parte se l’ospedale *non* è riconosciuto né dalla pianificazione ticinese né dalla pianificazione del Cantone dell’ospedale, esso *non* deve essere finanziato;
- d’altra parte se il paziente avrebbe potuto essere curato in Ticino, il Cantone deve finanziare solo la tariffa più bassa, tra quella ticinese e quella dell’ospedale fuori cantone. In altre parole, per le prestazioni disponibili anche in Ticino il Cantone deve pagare interamente la sua quota (55% della fattura dell’ospedale) solo se la tariffa dell’ospedale fuori cantone è più bassa della tariffa dell’ospedale ticinese meno caro che offre quel tipo di prestazione. Se, invece, la tariffa dell’ospedale fuori cantone è più elevata, il Cantone paga la tariffa ticinese e la differenza tra le due tariffe è a carico del paziente.

Tra i molti cambiamenti relativi al finanziamento delle cure ospedaliere entrati in vigore nel 2012, vi erano anche quelli relativi alle quote cantonali per le altre assicurazioni sociali, finanziate in parte dal 1985. Nel 2012 è stata applicata una norma transitoria che prevedeva il finanziamento cantonale nella misura del 10%.



A partire dall’01.01.2013 è entrato in vigore l’articolo 14bis della LAI, che introduce per i casi AI una quota del 20% a carico del Cantone.

Riquadro 2 – Calcolo del Cost Weight per le fatture SwissDRG

Innanzitutto, in base alle diverse diagnosi del paziente, alle cure e prestazioni da lui ricevute e ad altre informazioni mediche e sulla degenza, il paziente è assegnato al suo DRG di appartenenza.

Due esempi di SwissDRG:

1. B73Z Meningite virale
2. F12E Impianto di pace-maker cardiaco, sistema monocamerale

Grazie ai lavori preliminari citati nel Riquadro 1, ogni DRG è già associato a un costo preciso, espresso in punti. Questo punteggio si chiama *Cost Weight* di riferimento (CW). Inoltre ogni DRG è associato ad altri valori di riferimento, anch'essi calcolati con i dati raccolti negli ospedali svizzeri: durata di degenza di riferimento, limite inferiore e superiore della durata di degenza di riferimento, ecc.

Nel nostro esempio:

1. DRG B73Z: CW di riferimento = 0,64 punti durata di degenza di riferimento = da 1 a 8 giorni
2. DRG F12E: CW di riferimento = 2,13 punti durata di degenza di riferimento = da 1 a 15 giorni

Per stabilire la fattura, i dati della degenza del paziente vengono ora confrontati con i valori di riferimento, per calcolare il *Cost Weight* esatto di questa degenza. Infatti, in base alle regole di calcolo dettagliate di SwissDRG, in talune situazioni il CW di riferimento sarà ripreso tale e quale, mentre in altre sarà diminuito o aumentato. In particolare se la durata di degenza sarà stata più breve o più lunga della durata di degenza di riferimento, il CW della degenza sarà più basso rispettivamente più alto del CW di riferimento.

Senza entrare nei dettagli dei meccanismi di calcolo, si avrebbe:

1. CW della degenza di 10 giorni del paziente X nel DRG B73Z = 0,952 punti
2. CW della degenza di 3 giorni del paziente Y nel DRG F12E = 2,13 punti

Da ultimo l'ospedale moltiplica il "CW della degenza" per la propria tariffa, la quale è il prezzo unitario di un punto (e si chiama Base Rate). Per il nostro esempio supponiamo che il Base Rate sia di 8.500.- franchi. Da notare che ogni ospedale ha il suo Base Rate e talvolta ne ha più di uno, diverso per le diverse casse malati, dato che il Base Rate viene contrattato tra istituti e casse malati.

Per concludere l'esposizione dei nostri esempi:

1. CW della degenza di X = $0,952 \times 8.500.- = 8.092.-$ franchi
2. CW della degenza di Y = $2,13 \times 8.500.- = 18.105.-$ franchi

L'importo della fattura sarà ripartito tra cassa malati (45%) e ente pubblico (55%).

Come detto questo sistema di fatturazione è in vigore in tutti gli ospedali svizzeri acuti dal 2012 e in futuro un sistema analogo sarà esteso a cliniche psichiatriche e di riabilitazione (TAR PSY e ST-REHA).

Calcolo del Case Load degli ospedali

Il Case Load è la somma dei Cost Weight fatturati da un ospedale in un anno. In altre parole il Case Load corrisponde alla somma delle fatture emesse da un ospedale, ma anziché essere espresso in "franchi" il montante complessivo delle fatture è espresso in punti di SwissDRG.

Ulteriori spiegazioni sugli SwissDRG si possono trovare sul sito www.swissdrg.org.

Dopo l'introduzione delle modifiche si attendeva di misurarne l'impatto sul ricorso a cure fuori cantone e sulla spesa per il Cantone. Infatti, se l'aumento della spesa era prevedibile, la portata della variazione non lo era.

Alcune delle modifiche introdotte preannunciavano un aumento della spesa:

- Il nuovo principio della libera scelta e la necessità di finanziare gli istituti privati implicavano che nel 2012 si sarebbero dovuti finanziare casi che fino al 2011 erano esclusi dal finanziamento.
- Le nuove quote cantonali per le ospedalizzazioni di pazienti AI indicavano anch'esse un aumento della spesa cantonale.

Invece era difficile pronunciarsi sulle altre modifiche:

- L'impatto dell'introduzione del nuovo sistema di fatturazione SwissDRG e delle relative tariffe era largamente imprevedibile. Del resto nemmeno oggi, a più di tre anni dall'introduzione delle modifiche legislative, si conoscono le tariffe definitive (per il 2012) di tutti gli ospedali svizzeri.
- Difficile da prevedere era pure l'impatto che la libera scelta avrebbe avuto sulle scelte dei pazienti, ovvero se ci sarebbe stata una "corsa" verso ospedali fuori cantone oppure no.

Riquadro 3 – Statistica medica federale MS dell'Ufficio federale di statistica

La MS raccoglie, in tutti gli ospedali e cliniche svizzeri, dati su ogni singola degenza ospedaliera. Introdotta a livello nazionale nel 1997, la statistica ha sostituito il rilevamento dell'associazione degli ospedali (Veska) svolto in precedenza su base volontaria.

Nel 2010 la statistica federale è stata interamente modificata per disporre dei dati necessari per calcolare gli SwissDRG.

I dati raccolti comprendono diagnosi, operazioni, caratteristiche del paziente e del soggiorno ospedaliero, e possono contenere fino a 800 informazioni per paziente. Il contenuto esatto della statistica può essere consultato sul sito www.ti.ch/statistichesanitarie.

T.1

Pazienti ricoverati fuori Cantone, per assicurazione (copertura cura di base), dal 2000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totale	3.022	3.131	2.969	3.105	3.246	2.670	2.567	2.837	2.990	3.161	3.132	3.262	3.306	3.457
Assicurazione malattia	2.233	2.383	2.058	2.247	2.394	1.911	1.827	2.080	2.355	2.535	2.516	2.637	2.695	2.823
Assicurazione invalidità	156	186	105	206	224	204	216	212	196	238	228	243	215	233
Assicurazione LAMal	278	326	267	278	286	245	235	244	281	273	267	282	270	297
Altra o sconosciuta	355	236	539	374	342	310	289	301	158	115	121	100	126	104
Assicurazione militare	20	17	20	16	16	15	12	23	19	27	21	9	19	15
Autopagante	172	107	93	93	139	116	68	72	50	47	63	51	31	24
Altra	149	79	170	211	123	99	166	181	72	30	29	27	67	42
Sconosciuta	14	33	256	54	64	80	43	25	17	11	8	13	9	23

Fonte: Statistica medica federale (MS), UST, Neuchâtel. Elaborazioni DSS-DSP uss, Bellinzona.

Pazienti fuori Cantone dal 2000 al 2013

I dati della statistica medica federale mostrano che le nuove regole di finanziamento non hanno modificato di molto il numero di pazienti ticinesi ospedalizzati fuori cantone [T. 1 e Riquadro 3]. Nel 2012 i pazienti fuori cantone, a carico della LAMal, sono stati 2.695, ovvero solo 58 in più rispetto al 2011². Nel 2013 l'aumento, pari a 128 pazienti, è stato leggermente più consistente, ma in realtà esso si inserisce in un trend di crescita preesistente, in atto praticamente dal 2006 [F. 1].

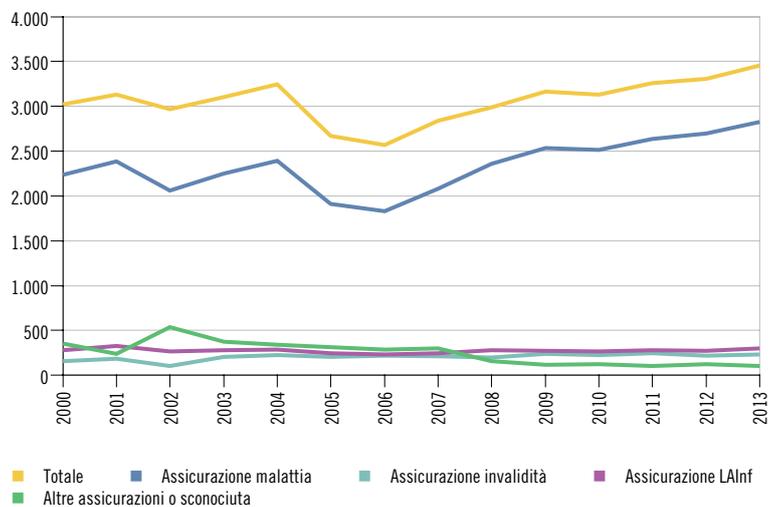
Per quanto riguarda le altre assicurazioni (invalidità, infortuni, ecc) negli ultimi anni non vi sono state variazioni significative del numero di pazienti. Di conseguenza il totale dei ticinesi ospedalizzati fuori cantone, presenta un andamento molto simile a quello dei pazienti LAMal, caratterizzato da una crescita ininterrotta e piuttosto regolare iniziata nel 2007, dopo la chiusura di un trend di diminuzione nel 2006.

Il minimo del 2006 può essere interpretato come il leggero rallentamento che, in modo caratteristico, segue l'introduzione di una nuova pianificazione ospedaliera. La pianificazione attuale era entrata in vigore nel novembre 2005 e sembra aver prodotto, come le pianificazioni precedenti, un temporaneo effetto di rallentamento, poi annullato.

Invece la diminuzione 2001-2005 è in buona parte legata, come mostreremo più avanti, alla chiusura della clinica di Grono, la quale ospitava ogni anno un numero significativo di pazienti ticinesi.

F.1

Pazienti ticinesi ospedalizzati fuori cantone, per assicurazione che copre la cura di base, dal 2000



Fonte: Statistica medica federale (MS), UST, Neuchâtel. Elaborazioni DSS-DSP uss, Bellinzona

Spesa a carico del Cantone per ospedalizzazioni fuori cantone

La spesa a carico del Cantone Ticino per ospedalizzazioni fuori cantone è aumentata sensibilmente dopo il 2012 poiché, se i pazienti fuori cantone sono aumentati di poco, quelli la cui ospedalizzazione deve essere finanziata dal Cantone sono aumentati molto visto che, dal 2012, occorre finanziarle praticamente tutte (pazienti LAMal in istituti autorizzati nelle pianificazioni cantonali, ai quali si aggiungono i pazienti a carico dell'AI).

² Se nel 2012 non vi fosse stata l'introduzione degli SwissDRG, e in particolare il raggruppamento dei casi, l'aumento di pazienti nel 2012 sarebbe stato leggermente più forte (+108 invece di +58, poiché vi sono stati 50 casi raggruppati). Questo per sottolineare che la variazione del 2012 è molto simile sia a quelle osservate prima che a quelle osservate dopo.

Riquadro 4 – Garanzie di pagamento (GAP)

Fino al 2011 i pazienti che intendevano farsi ospedalizzare fuori cantone dovevano dapprima richiedere una Garanzia di pagamento (GAP) al servizio Ospedalizzazioni fuori cantone (Hospext) del DSS. La garanzia veniva rilasciata se si trattava di un'urgenza o di un caso LAMal non trattabile in Ticino e se l'ospedalizzazione sarebbe avvenuta in un ospedale riconosciuto nella pianificazione ticinese.

Dal 2012, in virtù del principio della libera scelta, la GAP serve soprattutto per accertare se si ha diritto a un rimborso completo da parte del Cantone oppure no.



Di fatti il numero delle Garanzie di pagamento (GAP) [Riquadro 4], rilasciate dal servizio Hospext ai pazienti fuori cantone, è passato da 1.473 nel 2010 e 1.564 nel 2011 a 2.486 nel 2012 (+59%).

Dal canto suo la spesa cantonale per i pazienti fuori cantone è aumentata di 6,1 milioni nel 2012, passando da 13,2 a 19,3 mio (+45,9%). L'aumento si è protratto nel 2013, arrivando a 23,1 milioni (+19,2% rispetto al 2012) ed è proseguito nel 2014.

Assicurazione privata e semi privata

Quanto precede significa che, già prima del 2012 ossia prima dell'introduzione della cosiddetta "libera scelta", i ticinesi si facevano curare fuori cantone anche quando non era strettamente necessario dal punto di vista medico, nel senso che le prestazioni erano disponibili pure in Ticino. Ciò avveniva più o meno nelle stesse proporzioni di oggi, in caso contrario vi sarebbero stati aumenti maggiori del numero di pazienti ricoverati fuori cantone dopo il 2012 [T. 2].

Già prima del 2012 le ospedalizzazioni fuori cantone erano possibili grazie, in particolare,



alle assicurazioni complementari che coprivano anche l'eventuale parte del finanziamento pubblico non assunta dal Cantone e quindi lasciata a carico dei pazienti.

Questa interpretazione è confermata dalle alte percentuali di pazienti privati e semi-privati, che si osservano tra i pazienti ticinesi ospedalizzati fuori cantone: pari a una quota di circa il 50% tra il 2000 e il 2011 [F. 2]. La diminuzio-



foto: T. Press / Carlo Reguzzini

T.2

Pazienti ticinesi fuori cantone, in classe privata o semi-privata, secondo l'assicurazione che copre la cura di base, dal 2000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totale	1.439	1.438	1.392	1.321	1.424	1.225	1.160	1.313	1.347	1.477	1.461	1.449	1.445	1.449
Assicurazione malattia	1.104	1.253	1.124	1.112	1.181	998	955	1.102	1.195	1.324	1.287	1.284	1.274	1.282
Assicurazione invalidità	7	5	3	9	12	10	16	17	17	19	15	23	10	18
Assicurazione LAlnf	75	59	55	61	72	70	67	65	70	76	87	89	78	91
Altra o sconosciuta	253	121	210	139	159	147	122	129	65	58	72	53	83	58
Assicurazione militare	7	5	3	1	1	5	...	2	3	9	1	2	3	4
Autopagante	127	63	59	39	74	65	36	36	22	32	45	32	19	17
Altra	113	43	57	84	61	50	72	82	37	15	20	14	54	28
Sconosciuta	6	10	91	15	23	27	14	9	3	2	6	5	7	9

Fonte: Statistica medica federale (MS), UST, Neuchâtel. Elaborazioni DSS-DSP uss, Bellinzona.

ne della percentuale dei pazienti privati e semi-privati che si osserva dopo il 2012 tra i pazienti LAMal fuori cantone (45,4% nel 2013) conferma come fino al 2011 siano stati soprattutto i pazienti privati e semiprivati a beneficiare di cure fuori cantone quando esse erano disponibili in Ticino, e che dopo l'introduzione della libera scelta i pazienti senza complementari sono usciti leggermente di più.

Invece tra i pazienti *non* LAMal, la quota di privati o semi-privati è minore poiché l'assicurazione copre l'intera spesa per la camera comune, e quindi non è necessario disporre di complementari che coprano eventuali spese residue. Nel caso dell'AI, la quota degli assicurati privati o semiprivati è ancora minore poiché si tratta quasi esclusivamente di bambini.

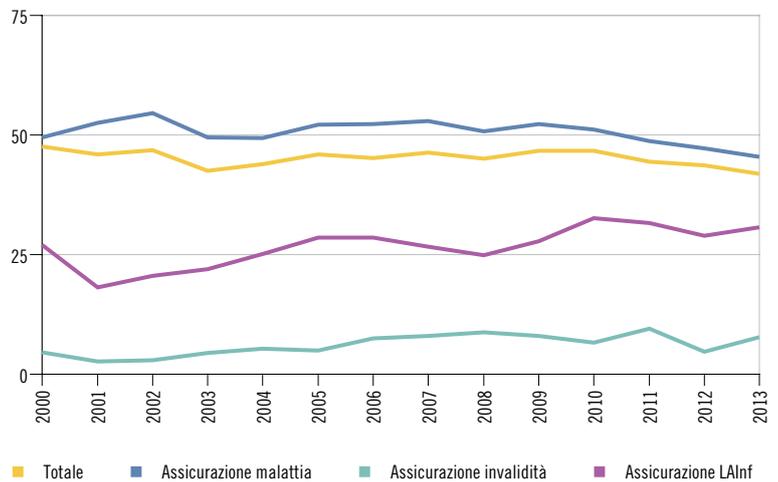
Pazienti per settore

Per quanto riguarda i settori è, naturalmente, quello acuto ad avere il maggior numero di casi, seguito nell'ordine da riabilitazione e psichiatria. Proprio perché così predominante, il settore acuto detta l'andamento complessivo del numero di pazienti [T. 3 e F. 3].

Nel settore acuto vi erano state dapprima (2000-2006) delle oscillazioni importanti del numero di pazienti, in buona parte legate alla clinica di Grono poi trasformata in istituto per anziani. Nel 2006, dopo l'entrata in vigore della nuova pianificazione ospedaliera (11.2005) che

F.2

Percentuale dei pazienti ticinesi ricoverati fuori cantone, in classe privata o semiprivata, per tipo d'assicurazione che copre la cura di base, dal 2000



Fonte: Statistica medica federale (MS), UST, Neuchâtel. Elaborazioni DSS-DSP uss, Bellinzona

aveva modificato la lista degli ospedali fuori cantone, si è toccato un minimo. A partire dal 2007 è iniziata una crescita tuttora in corso, leggermente rallentata nel 2010 e 2012 (come già osservato il rallentamento del 2012 sembra più forte di quanto sia stato realmente, a causa dell'interruzione della serie dovuto al raggruppamento dei casi).

Anche il settore della riabilitazione è stato soggetto a oscillazioni. Se all'inizio del nuovo

T.3

Pazienti ticinesi ricoverati, in Ticino e fuori cantone, per settore di cura, dal 2000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Totale	59.859	59.667	59.811	59.245	60.132	59.497	60.514	60.759	61.525	62.662	62.048	63.071	61.962	63.192
Totale senza Grono	59.353	59.278	59.474	58.906	59.727	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Settore acuto	55.539	54.723	54.267	53.559	54.761	54.605	55.839	56.181	57.255	58.179	57.629	58.659	57.336	58.427
TI in TI	52.838	51.917	51.601	50.742	51.792	52.181	53.518	53.639	54.518	55.285	54.746	55.645	54.311	55.268
TI fuori TI	2.701	2.806	2.666	2.817	2.969	2.424	2.321	2.542	2.737	2.894	2.883	3.014	3.025	3.159
TI fuori TI senza Grono	2.195	2.417	2.329	2.478	2.564	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Riabilitazione	2.295	2.456	2.748	2.898	2.495	2.330	2.127	2.054	1.958	2.172	2.033	1.993	2.067	2.250
TI in TI	2.024	2.176	2.486	2.657	2.274	2.137	1.933	1.824	1.751	1.967	1.841	1.799	1.846	2.020
TI fuori TI	271	280	262	241	221	193	194	230	207	205	192	194	221	230
Psichiatria	2.025	2.488	2.796	2.788	2.876	2.562	2.548	2.524	2.312	2.311	2.386	2.419	2.559	2.515
TI in TI	1.975	2.444	2.755	2.741	2.820	2.509	2.496	2.459	2.266	2.249	2.329	2.365	2.499	2.447
TI fuori TI	50	44	41	47	56	53	52	65	46	62	57	54	60	68

Fonte: Statistica medica federale (MS), UST, Neuchâtel. Elaborazioni DSS-DSP uss, Bellinzona.

millennio si contavano circa 270 casi annui fuori cantone, nel 2005-2006 e 2010-2011 sono stati meno di 200. Il nuovo finanziamento sembra aver favorito una lieve ripresa e aver riportato i pazienti oltre le 220 unità annue ma, come detto, vi erano state oscillazioni anche prima e, nel 2013, ci si situa ancora molto al di sotto dei 280 casi del 2001.

Soggetto a variazioni anche il numero dei pazienti psichiatrici fuori cantone che è oscillato, dal 2001 al 2013, tra le 40 e le 68 unità con una media annua di 53 ospedalizzazioni.

Focalizzandoci sul 2012, si nota che nel settore acuto non vi è stata quasi crescita: +11 pazienti rispetto all'anno precedente o +0,4%. Come già rilevato, l'evoluzione reale è stata leggermente più accentuata ma "oscurata" dall'introduzione del raggruppamento dei casi (senza il meccanismo del raggruppamento, l'aumento sarebbe stato di +61 pazienti pari a +2,0%).

Benché in termini assoluti gli aumenti del 2012 nei settori di riabilitazione (+27 pazienti) e psichiatria (+6 pazienti) possano sembrare modesti essi sono, in termini relativi, sensibili, pari a +14% in riabilitazione e +11% in psichiatria.

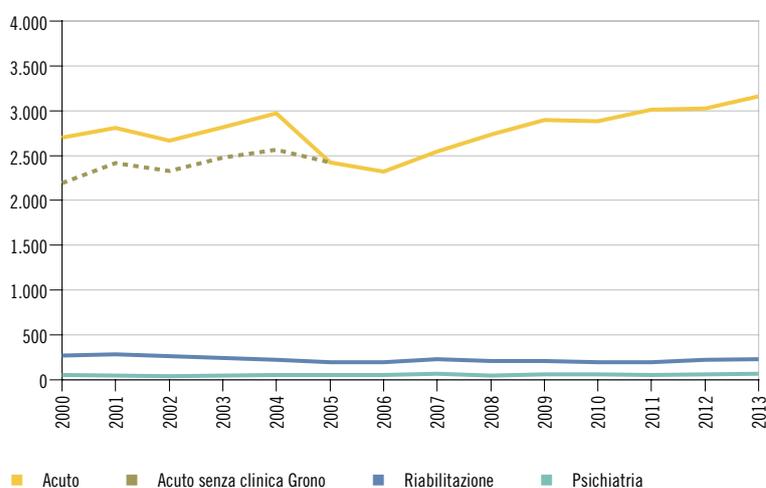
Nel 2013 queste tendenze sono state confermate, anche se la loro entità è leggermente cambiata. Nel settore acuto si è registrato un aumento più importante che nel 2012 (+133 pazienti pari a +4,8%), nella riabilitazione un aumento più contenuto (+9 pazienti o +4,1%) e in psichiatria un aumento molto simile a quello del 2012 (+8 pazienti o +13,3%).

Come si sono iscritte le variazioni elencate sopra, nell'insieme delle cure ospedaliere di cui la popolazione residente ha beneficiato?

Nel settore acuto la percentuale del fuori cantone rispetto all'insieme delle ospedalizzazioni, è aumentata leggermente, da 5,1% nel 2011 a 5,4% nel 2013 (F.4). Tale variazione si è inserita nel trend di leggero ma costante aumento iniziato dopo il 2006. In altre parole, anche questo indicatore conferma che le modifiche normative del 2012 non hanno né alterato la dinamica esistente, né inciso sulla forte propensione dei ticinesi a farsi curare in Ticino.

F.3

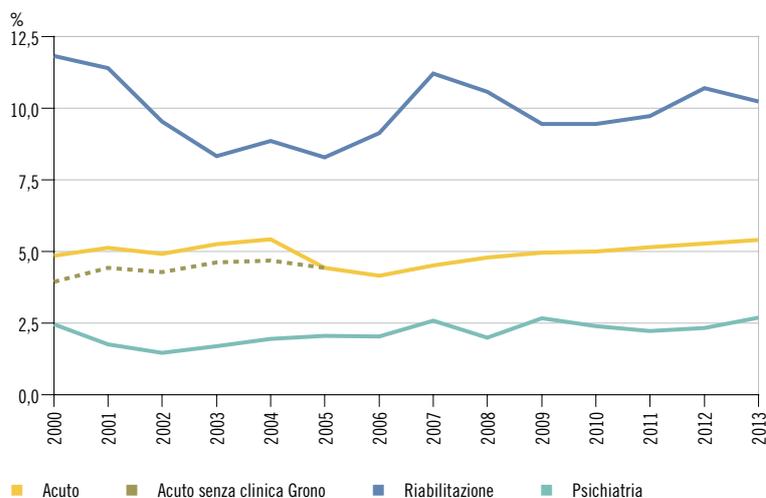
Pazienti ticinesi ricoverati fuori cantone per settore, dal 2000



Fonte: Statistica medica federale (MS), UST, Neuchâtel. Elaborazioni DSS-DSP uss, Bellinzona

F.4

Pazienti ticinesi ricoverati fuori cantone per settore (in % del totale dei pazienti ticinesi del settore), dal 2000



Fonte: Statistica medica federale (MS), UST, Neuchâtel. Elaborazioni DSS-DSP uss, Bellinzona

Per le cure di riabilitazione i ticinesi ricorrono a cure fuori cantone con una percentuale quasi doppia rispetto alle cure acute: 10% dei casi di riabilitazione contro il 5% dei casi acuti. Le oscil-



foto: Tj Press / Gabriele Purzu

lazioni annuali sono importanti sia in percentuale sia, come visto sopra, in valori assoluti. Nel 2012 la quota è aumentata di 1 punto percentuale (da 9,7% a 10,7%). L'aumento è stato in parte annullato nel 2013 (10,2%), ristabilendo così il trend preesistente.

È in psichiatria, con circa il 2% delle ospedalizzazioni, che i ticinesi ricorrono meno a cure fuori cantone. Ciò si spiega forse con i problemi linguistici, che in psichiatria sono verosimilmente ancora più difficili da superare che nelle altre discipline.

In conclusione: le modifiche delle regole di finanziamento hanno inciso poco sulla propensione dei ticinesi a farsi curare fuori cantone e non hanno alterato i trends già in atto.

Settore acuto

I pazienti ospedalizzati fuori cantone nel settore acuto sono stati, poco più di 3.000 nel 2011 e 2012 e 3.159 nel 2013. Tra questi si contano circa 50-60 neonati nati fuori cantone.

Gli ospedali fuori Cantone che prendono a carico “molti” pazienti ticinesi sono pochi. Quelli che hanno trattato almeno un centinaio di pazienti nel corso di almeno uno degli ultimi quattro anni, sono solo undici: i cinque ospedali universitari, ai quali si sommano il Kinderspital Zürich e la Universitätsklinik Balgrist (entrambi appartenenti all'USZ), l'ospedale cantonale di Lucerna, le cliniche Schulthess e Hirslanden di Zurigo, e l'ospedale di Samedan Oberengadin, dove il numero di pazienti ticinesi è diminuito

fortemente dopo il 2010. Insieme essi trattano ogni anno circa 2.000 dei 3.000 pazienti ospedalizzati fuori cantone nel settore acuto.

Vi sono poi una ventina di altri ospedali, che trattano annualmente ognuno circa da 20 a 70 pazienti domiciliati in Ticino. Tra questi i principali sono la Klinik St. Anna di Lucerna, il Kantonsspital di San Gallo e quello di Coira, la Klinik Gut a St. Moritz e la Klinik im Park a Zurigo. Insieme questi venti ospedali prendono a carico, ogni anno, altri 600-700 pazienti circa.

I rimanenti ticinesi ospedalizzati fuori cantone, circa 300, sono presi in carico in altri ospedali e cliniche (circa un centinaio), che curano ognuno solo pochissimi ticinesi e magari non tutti gli anni.

La durata media di degenza ha subito diverse variazioni dopo il 2010, complici i meccanismi di raggruppamento dei casi e la pressione sulla durata esercitata dai sistemi DRG [T. 4].

Che tipo di prestazioni ricevono i ticinesi fuori cantone? In parte si tratta di prestazioni non erogate dagli istituti ospedalieri ticinesi. Questo è il caso in particolare di alcune prestazioni di Medicina altamente specializzata (MAS).

Il gruppo più numeroso di pazienti [T. 4] fuori cantone è quello di ortopedia (861 pazienti nel 2013) seguito dal Basis Paket (669 pazienti). Discretamente numerosi sono pure i pazienti di oftalmologia (221), ORL (185) e cardiologia e cardiocirurgia (174).

L'unico grande gruppo di prestazioni, in cui tutti i pazienti ticinesi sono ricoverati fuori can-

T. 4

Dati principali relativi ai pazienti domiciliati in Ticino ricoverati in ospedali acuti¹ fuori cantone (senza neonati), dal 2010

	2010	2011	2012	2013	Quota 2013
Totale pazienti (casi A)	2.821	2.948	2.972	3.105	...
Di cui camera privata e semi-privata	1.342	1.345	1.315	1.341	...
Giornate ²	19,3	21,3	20,9	22,0	...
Durata media di degenza DMD	6,8	7,2	7,0	7,1	...
Case Load in punti CL	4,2	4,8	5,0	5,2	...
Totale pazienti per gruppi di prestazioni	2.821	2.948	2.972	3.105	100,0
Pacchetto di base	642	707	629	669	21,5
Dermatologia	26	10	25	22	0,7
Otorinolaringoiatria	176	207	209	185	6,0
Neurochirurgia	40	43	50	38	1,2
Neurologia	37	41	56	52	1,7
Oftalmologia	218	230	233	221	7,1
Endocrinologia	9	7	7	9	0,3
Gastroenterologia	94	71	76	84	2,7
Chirurgia viscerale	96	77	97	102	3,3
Ematologia	32	29	16	34	1,1
Angiologia	72	85	91	119	3,8
Cardiologia e cardiocirurgia	197	189	183	174	5,6
Nefrologia	15	12	12	18	0,6
Urologia	144	159	149	152	4,9
Pneumologia	89	75	70	61	2,0
Chirurgia toracica	11	7	12	16	0,5
Trapianti di organi solidi	24	56	58	47	1,5
Ortopedia	692	722	774	861	27,7
Reumatologia	33	31	33	28	0,9
Ginecologia	49	43	58	63	2,0
Ostetricia	86	96	97	89	2,9
Neonatologia ³	17	18	20	27	0,9
(Radio-)Oncologia	17	27	10	24	0,8
Lesioni gravi (traumatismi)	5	6	7	10	0,3

¹ Senza pazienti in reparti di riabilitazione o psichiatria.

² Giornate calcolate secondo SwissDRG.

³ Si tratta di bambini sotto i 28 giorni di età, trasferiti da altri ospedali. A questi si aggiungono i neonati nati fuori cantone [T. 5 e T. 6].

Fonte: Statistica medica federale (MS), UST, Neuchâtel. Elaborazioni DSS-DSP uss, Bellinzona.

tone, sono i trapianti di organi solidi, per i quali il Ticino non dispone di alcun mandato MAS.

La seconda specialità per la quale, percentualmente, si ricorre più frequentemente a cure fuori cantone, è l'oftalmologia (41% fuori cantone). Questa percentuale elevata però potrebbe essere dovuta in parte a ragioni *logistiche*, che potrebbero condurre a ospedalizzare i ticinesi fuori cantone (che sarebbero forse stati operati in maniera ambulatoriale in Ticino).

Seguono poi tre specialità per le quali la quota fuori cantone rappresenta circa il 20%: neurochirurgia, angiologia (con una particolare frequenza, fuori cantone, degli interventi sui vasi intraddominali e sui vasi intracranici) e chirurgia viscerale (con una frequenza più accentuata fuori cantone per gli interventi pancreatici maggiori, epatici maggiori, ed esofagei (per i quali è necessario andare fuori cantone)).

Seguono i pazienti con politraumi e/o ustioni (14%), i secondi dei quali devono essere trasferiti fuori cantone non disponendo gli ospedali ticinesi del mandato MAS. In proporzioni paragonabili a questa sono curati fuori cantone anche i pazienti di chirurgia toracica e reumatologia.

In ortopedia vengono operati fuori cantone l'11,3% dei pazienti. Fuori cantone si eseguono



foto: TriPress / Benedetto Galli

in particolare il 30% degli interventi specialistici alla colonna vertebrale e il 20% degli interventi alla colonna vertebrale.

Infine il 6,4% dei pazienti di urologia sono operati fuori cantone, dove si eseguono più frequentemente, in termini relativi, le prestazioni specialistiche.

Per quanto riguarda i gruppi di prestazioni restanti, i pazienti presi a carico fuori cantone rappresentano al massimo il 5% dei ticinesi ospedalizzati e talvolta solo il 2%.

T. 5

Neonati¹ ticinesi nati fuori cantone, dal 2000

	2010	2011	2012	2013	Quota 2013
Totale pazienti (casi A)	62	66	53	54	...
Di cui camera privata e semi-privata	6	4	3	1	...
Giornate ²	1.819	1.048	958	898	...
Durata media di degenza DMD	29,3	15,9	18,1	16,6	...
Case Load in punti CL	383,0	217,0	204,5	195,5	...
Totale pazienti per gruppi di prestazione	62	66	53	54	100,0
Otorinolaringoiatria	1	2	4	5	9,3
Chirurgia viscerale	1	...	2	1	1,9
Cardiologia e cardiocirurgia	3	2	1	2	3,7
Urologia	2	1	1	...	0,0
Pneumologia	1	...	1	...	0,0
Chirurgia toracica	1	7	1	1	1,9
Neonatologia	53	54	43	45	83,3

¹ Con neonato si intende il bambino durante il suo primo soggiorno ospedaliero, ovvero durante la degenza nella quale è nato. Se un neonato viene trasferito verso un altro ospedale, nel secondo ospedale sarà conteggiato come un paziente normale (è per questo motivo, in particolare, che alcuni pazienti della tabella [T. 4], risultano classificati nella Leistungsgruppe Neonati).

² Giornate calcolate secondo SwissDRG.

Fonte: Statistica medica federale (MS), UST, Neuchâtel. Elaborazioni DSS-DSP uss, Bellinzona.

T. 6

Neonati ticinesi nati fuori cantone (solo nati vivi), per categoria SGN¹ di cure neonatali, dal 2010

Categoria	Totale				Di cui deceduti in ospedale			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
MAS o III	30	25	18	...	3	4	1	...
IIB	5	8	5	...	–	–	–	...
IIA	9	1	2	...	–	–	–	...
I	18	31	27	...	–	1	–	...
Sconosciuto	–	–	1	-54	–	–	–	...
Totale	62	65	53	54	3	5	1	...

¹ Società svizzera di neonatologia (SGN).

Fonte: Statistica medica federale (MS) dell'UST, elaborazioni DSS/DSP/uss

Neonati

I neonati, inclusi nei dati complessivi del settore acuto, suscitano particolare interesse, perciò presentiamo qui i risultati essenziali su questo gruppo di pazienti. Nel 2012 e 2013 in Ticino sono nati circa 2.850 bambini (compresi quelli di genitori non residenti), ai quali si aggiungono una cinquantina di bambini domiciliati in Ticino nati in ospedali di altri cantoni [T. 5 e T. 6]. Il numero di neonati ticinesi che nascono in altri cantoni è stabile negli anni, e rappresenta poco meno del 2% dei neonati nati in Ticino.

Valutando i neonati esclusivamente dal profilo della durata di gestazione e del peso (quindi senza considerare eventuali altri aspetti critici, si osserva che circa la metà dei neonati nati fuori cantone, sono nati a termine (I) o poco prima (IIA) mentre gli altri sono molto prematuri (neonati MAS o di categoria III). Questi neonati molto prematuri, sono stati trasportati “in utero” in ospedali fuori cantone, poiché il rischio di una loro nascita troppo precoce era stato riconosciuto e anticipato. Relativamente pochi, tra i neonati che nascono fuori cantone, quelli appartenenti alla categoria IIB (prematrità media).

La prematurità e gli altri eventuali problemi di questi neonati sono presi a carico nell'ospedale di nascita, fino a quando i bambini saranno diventati meno fragili. Dopo questa fase di cura





foto: Ti Press / Samuel Golay

Riquadro 5 – Metodi di classificazione dei neonati (nota metodologica)

La creazione di classificazioni dei pazienti è un'operazione tutt'altro che scontata, vista la contrapposizione che esiste tra, da un lato l'elevato numero di aspetti che il medico valuta e apprezza in maniera non necessariamente univoca, e d'altra parte la necessità, per analizzare le situazioni da un punto di vista statistico, di raccogliere parametri statistici rigidamente definiti e di analizzarli in maniera lineare. Così, anche un problema che può sembrare, intuitivamente, molto semplice, come la classificazione dei neonati in

categorie di criticità, pone alcuni problemi, oltre a quello di disporre di informazioni complete sui neonati (ad esempio peso alla nascita e durata gestazionale).

Attualmente, per definire il grado di prematurità e criticità dei neonati, si usano principalmente due sistemi di classificazione: quello della Società svizzera di neonatologia e quello di Zurigo. Gli schemi illustrano, a titolo di esempio, le differenze esistenti tra le due classificazioni basate su peso e durata della gestazione in settimane.

Categorie di neonati, secondo la Società svizzera di neonatologia

Settimane	Peso <1.000 g	1.000 g - 1.249 g	1.250 g - 1.499 g	1.500 g - 1.999 g	>2.000 g
<28	MAS ¹				
28-31					
32-33			II B	II B	II B
34			II B	II A	II A
+35			II B	II A	I

¹ Casi definiti MAS per peso e durata di gestazione, senza altri casi MAS.

Definizione categorie SGN

- MAS¹: neonati MAS: <28 SSW e GG <1.000 g
 - III: nessuna definizione di questa categoria
 - II B: ≥32 SSW e GG ≥1.250 g
 - II A: ≥34 SSW e GG ≥1.500 g
 - I: neonati a termine: ≥35 SSW e GG ≥2.000 g
- SSW: età gestazionale in settimane; GG: peso alla nascita

Categorie di neonati, secondo le Leistungsgruppen di Zurigo

Settimane	Peso <1.000 g	1.000 g - 1.249 g	1.250 g - 1.499 g	1.500 g - 1.999 g	>2.000 g
<28	NEO1.1.1.1	NEO1.1.1.1	NEO1.1.1.1	NEO1.1.1.1	NEO1.1.1.1
28-31	NEO1.1.1.1	NEO1.1.1	NEO1.1.1	NEO1.1.1	NEO1.1.1
32-33	NEO1.1.1.1	NEO1.1.1	NEO1.1	NEO1.1	NEO1.1
34	NEO1.1.1.1	NEO1.1.1	NEO1.1	NEO1	NEO1
+35	NEO1.1.1.1	NEO1.1.1	NEO1.1	NEO1	NEO1

Definizione categorie Leistungsgruppen SPLG ZH

- NEO1.1.1.1: <28 SSW e GG <1.000 g
 - NEO1.1.1: ≥28 SSW e GG ≥1.000 g
 - NEO1.1: ≥32 SSW e GG ≥1.250 g
 - NEO1: neonati a termine: ≥34 SSW e GG ≥1.500 g
- SSW: età gestazionale in settimane; GG: peso alla nascita

la metà circa dei neonati viene trasferita verso un istituto ospedaliero del cantone Ticino, mentre l'altra metà rientra dall'ospedale fuori cantone direttamente a domicilio.

Oltre a questi neonati, ce ne sono ogni anno una quindicina (2010: 10, 2011: 15, 2012: 17) che effettuano il percorso inverso: nati in istituti ospedalieri in Ticino sono trasferiti verso ospedali fuori cantone. Tra questi, ogni anno, 5 neonati circa sono da molto a leggermente prematuri (categorie comprese tra MAS e IIA con accento su MAS e III), mentre gli altri sono neonati nati a termine che presentano *altri* problemi medici, come ad esempio cardiaci, nella sfera ORL, ai polmoni ecc [Riquadro 5].

Riabilitazione

Abbiamo già parlato della forte evoluzione, in termini relativi, del numero di pazienti di riabilitazione curati fuori cantone.

I centri di riabilitazione fuori cantone che prendono a carico annualmente almeno una decina di pazienti domiciliati in Ticino sono sette: Schweizer Paraplegikerzentrum di Nottwil, che è il centro più importante per i Ticinesi fuori cantone, e che ha rafforzato la sua posizione negli anni 2012 e 2013, le Rehakliniken di Bellikon e Zuzach, la Klinik Schloss a Mammern, i Rehazentren di Valens (SG) e Leukerbad e infine il Reha Herzzentrum Graubünden a Seewis.

Insieme questi centri hanno preso a carico, nel 2013, 125 dei 230 pazienti di riabilitazione

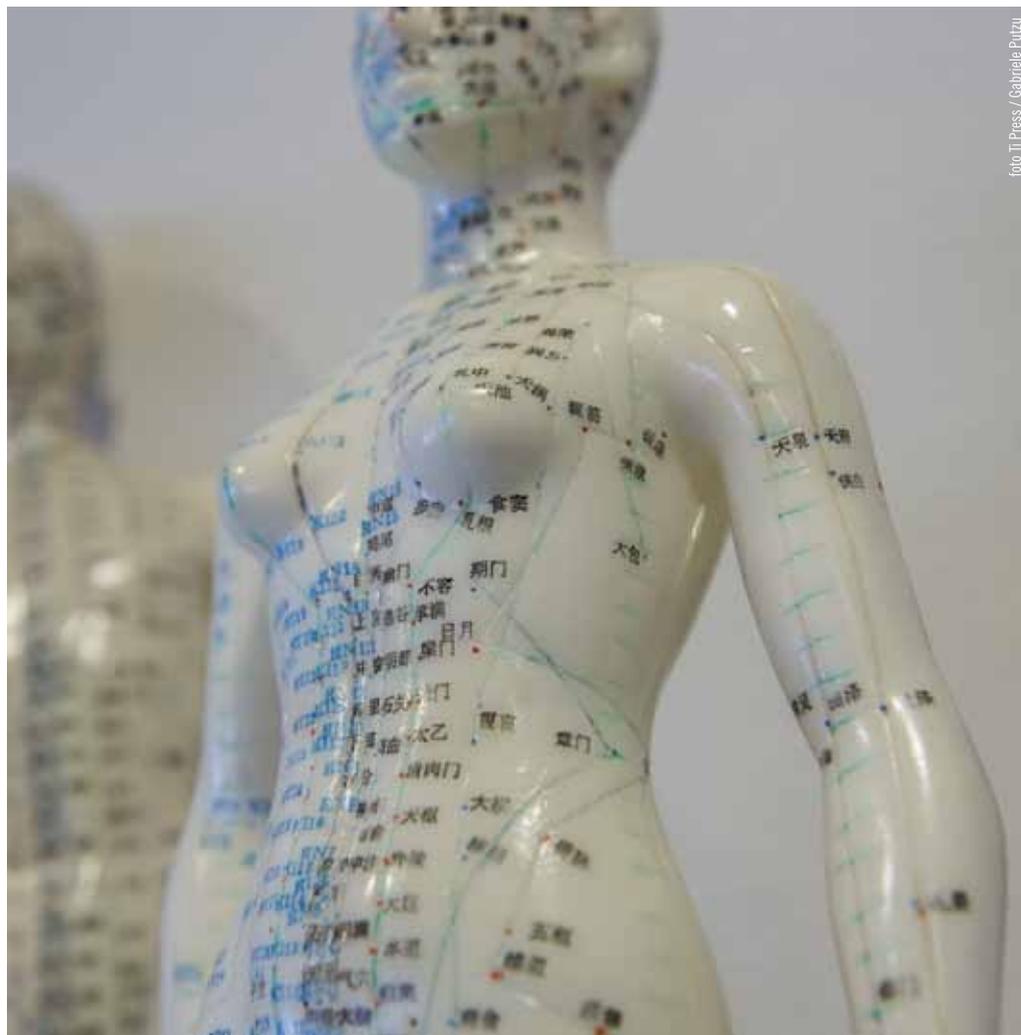


foto: IT Press / Gabriele Putzu

T. 7

Caratteristiche principali dei pazienti ticinesi ospedalizzati fuori cantone in cliniche o reparti di riabilitazione, dal 2010

	Totale				Di cui LAMal			
	2010	2011	2012	2013 ¹	2010	2011	2012	2013 ¹
Totale pazienti (casi A)	192	194	221	230	136	139	166	178
Di cui camera privata e semiprivata	87	85	107	95	79	75	96	89
Giornate ¹	5.309	4.945	6.525	6.214	3.861	3.370	4.546	4.590
Durata media di degenza DMD	27,6	25,5	29,5	27,0	28,4	24,2	27,4	25,8
Totale per tipo di prestazione	192	194	221	230	136	139	166	178
Muscoloscheletrico	72	84	98	93	42	52	65	66
Neurologico	34	44	34	36	30	32	29	31
Paraplegiologia	8	9	20	34	5	4	9	21
Cardiovascolare	30	21	25	15	29	21	25	15
Polmonare	10	7	11	12	10	7	11	12
Medicina interna e oncologia	14	18	21	24	8	14	18	21
Psychiatrisch-sozialmed.	3	5	6	6	3	4	6	6
Altro	21	6	6	10	9	5	3	6

¹ Calcolate secondo il metodo GD di Zurigo: solo giornate dei pazienti dimessi, compresa giornata di uscita, senza eventuali giorni di congedo.
Fonte: Statistica medica federale (MS) dell'UST, elaborazioni DSS/DSP/uss

ospedalizzati fuori cantone. Mentre i restanti 105 pazienti sono stati presi a carico da una diecina di cliniche che ospitano dai 4 agli 8 pazienti ognuna e da un'ulteriore ventina di centri che hanno ricoverato da 1 a 3 pazienti domiciliati in Ticino [T. 7].

Per quanto riguarda la casistica, gli aumenti principali sono stati in "Paraplegiologie" e in riabilitazione muscolo-scheletrica. Diminuzione in-

vece vi è stata per i pazienti di riabilitazione cardiovascolare. La casistica relativamente esigua di alcune categorie non permette di dire di più.

La durata media di degenza è variata in maniera relativamente forte nel periodo considerato, anche a causa delle variazioni nella casistica, correlata all'aumento di riabilitazioni di tipo neurologica e in "Paraplegiologie" le quali hanno una durata media di degenza più elevata.

T. 8

Caratteristiche principali dei pazienti ticinesi ospedalizzati fuori cantone in cliniche o reparti di psichiatria, dal 2010

	Totale				Di cui LAMal			
	2010	2011	2012	2013 ^a	2010	2011	2012	2013 ^a
Totale pazienti	57¹	54	60	68	49	48	55	62
Di cui camera privata e semiprivata	26	15	20	12	18	14	19	12
Giornate ²	1.580	1.774	1.738	1.907	1.450	1.615	1.617	1.749
Durata media di degenza DMD	27,7	32,8	29,0	28,0	29,6	33,6	29,4	28,2
Totale per tipo di prestazione	57	54	60	68	49	48	55	62
F0 Disturbi organici	–	1	–	2	–	1	–	2
F10 Alcool	2	5	3	8	2	5	3	7
F11-F19 Doghe	2	–	5	4	2	–	5	4
F2 Schizofrenia	14	14	11	11	13	9	10	11
F3 Disturbi affettivi	24	17	22	28	19	16	19	27
F4 Disturbi neurotici	10	8	10	8	10	8	10	7
F6 Disturbi della personalità	2	3	4	4	2	3	3	4
Altro	3	6	5	3	1	6	5	–

¹ I dati di Zurigo indicavano solo 51 casi, in quanto 6 pazienti ricoverati in reparto M500 (psichiatria) erano stati conteggiati dal Canton Zurigo nel settore acuto.

² Calcolate secondo il metodo GD di Zurigo: solo giornate dei pazienti dimessi, compresa giornata di uscita, senza eventuali giorni di congedo.

Fonte: Statistica medica federale (MS) dell'UST, elaborazioni DSS/DSP/uss



foto: Ti Press / Gabriele Putzu

Psichiatria

I pazienti domiciliati in Ticino curati fuori cantone in cliniche o reparti di psichiatria, sono passati da 54 nel 2011, a 60 nel 2012 e a 68 nel 2013. In questo settore la libertà di scelta introdotta nel 2012, sembra aver prodotto un leggero aumento al ricorso di cure fuori cantone, anche se, nuovamente, la casistica è talmente ridotta che non si può dire di più.

Considerato il numero esiguo di pazienti ospedalizzati fuori cantone, non si possono identificare cliniche di riferimento. Ogni anno tre cliniche, ma non necessariamente le stesse, prendono a carico dai 4 a 7 pazienti, mentre altre 25 cliniche circa, pure queste in parte mutevoli di anno in anno, prendono a carico da 1 a 3 pazienti. Insieme quindi sono circa 30 le cliniche che prendono a carico la sessantina di pazienti psichiatrici.

Queste cliniche sono scelte presumibilmente perlopiù per ragioni linguistiche (in particolare pazienti tedescofoni o francofoni domiciliati in Ticino).

Questi pazienti nel 2013 hanno usufruito complessivamente di 1.907 giornate di cura pari a 5,5 letti [T. 8].

Dal punto di vista dei gruppi di prestazione, si tratta soprattutto di pazienti affetti da disturbi affettivi (tutte le diagnosi che iniziano con F3 nell'ICD-10) e, in misura minore, di pazienti affetti da psicosi (analogamente diagnosi che iniziano con F2).