

prio.swiss, Waisenhausplatz 25, 3011 Berna

Consigliere di Stato
Raffaele De Rosa
Direttore
Dipartimento della sanità e della socialità
Piazza Governo 7
6501 Bellinzona

Presa di posizione inviata per e-mail a:
salvatore.simone@hsn.ti.ch
dss-dir@ti.ch

Berna, 10 luglio 2026

Pianificazione ospedaliera cantonale: consultazione concernente l'attribuzione dei mandati di prestazione
Presa di posizione di prio.swiss

Onorevole consigliere di Stato,
Egregio signor Bianchi,
Gentili signore e signori,

desideriamo prima di tutto ringraziarvi per averci invitato, con lettera del 1° giugno 2026, a prendere posizione sulla proposta di attribuzione dei mandati di prestazione per il settore somatico acuto, per quello della riabilitazione e per quello della psichiatria. Di seguito vi esponiamo il nostro parere.

Posizione di prio.swiss

La pianificazione ospedaliera ai sensi dell'articolo 39 capoverso 1 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMa) è uno strumento fondamentale a disposizione dei Cantoni per garantire la qualità delle cure e contenere la crescita dei costi. prio.swiss ritiene che la pianificazione vada concepita in un'ottica di presa in carico globale, integrando anche gli sviluppi in atto nel settore ambulatoriale.

L'utilizzo di questo strumento riveste particolare importanza nel Cantone Ticino, dove i costi medi sono i più elevati del Paese e il tasso di crescita della stessa si mantiene da anni al di sopra della media nazionale. Per questo motivo prio.swiss si aspetta che il Cantone colga l'opportunità offerta

dall'attuale processo di pianificazione ospedaliera per adottare misure attese da tempo e non più procrastinabili.

La pianificazione in corso e il nuovo elenco ospedaliero provvisorio lasciano intravedere alcuni sviluppi incoraggianti. Tuttavia, vi sono diversi aspetti critici che devono essere assolutamente presi in considerazione prima di approvare l'elenco ospedaliero definitivo. Senza questi adeguamenti, la pianificazione ospedaliera risulta insufficiente.

Aspetti positivi

- prio.swiss accoglie con favore il fatto che la pianificazione ospedaliera ticinese si orienti, dal punto di vista metodologico, agli standard nazionali raccomandati dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS).
- L'introduzione della sistematica dei gruppi di prestazioni (sistematica SPLG, versione 2023) per il settore somatico acuto e della sistematica dei gruppi di prestazioni della Direzione della sanità del Cantone di Zurigo (GD ZH) per il settore della psichiatria permette di attribuire i mandati di prestazione in modo più trasparente e comparabile a livello intercantonale. Dal punto di vista degli assicuratori, l'armonizzazione dei modelli basati sui gruppi di prestazioni è inoltre indispensabile per il confronto dei costi (benchmarking).
- L'introduzione di quote minime di mercato e di numeri minimi di casi rappresenta un passo importante verso un'assistenza ospedaliera più efficiente, di maggiore qualità e specializzata in Ticino.

D'altra parte, permane il rischio che nella presente versione l'attuale sovraofferta nel settore stazionario non venga ridimensionata o lo sia solo in misura limitata. In particolare prio.swiss rileva le seguenti criticità:

- L'attribuzione dei mandati di prestazione avviene in modo estremamente poco trasparente, soprattutto per quanto riguarda la motivazione delle decisioni di attribuzione o di mancata attribuzione. Nel complesso, le informazioni ricevute sono talmente lacunose da non permettere di capire se l'offerta pianificata sia adeguata al fabbisogno futuro.
- La previsione del fabbisogno non è sufficientemente accurata in quanto si basa su dei dati troppo poco recenti e non tiene sufficientemente conto degli sviluppi avviati negli ultimi anni. Da un lato, nei modelli di previsione si tiene conto solo in misura limitata dell'ambulatorizzazione nel settore somatico acuto e in quello della psichiatria, nonostante le condizioni quadro normative (allegato 1a OPre, EFAS) e le specificità ticinesi («Home Treatment») favoriscano un rafforzamento della presa a carico ambulatoriale. La scelta di utilizzare il 2019 come anno di riferimento comporta quindi il rischio di sovrastimare il futuro fabbisogno di cure stazionarie. Per questo motivo, prio.swiss raccomanda di effettuare un'analisi complementare del fabbisogno, basata su dati più aggiornati.
- Il Cantone si prefigge di concentrare all'interno del Cantone le prestazioni specializzate nel settore somatico acuto e in quello della riabilitazione. Questo potrà tradursi in una reale riduzione della sovraofferta e in una maggiore specializzazione del panorama ospedaliero solo se, dopo due anni, i mandati di prestazione provvisori saranno eventualmente revocati. Le modalità

della revoca dei mandati provvisori devono essere definite esplicitamente prima dell'adozione degli elenchi ospedalieri definitivi, ma al più tardi un anno dopo la loro entrata in vigore.

- prio.swiss valuta con occhio critico l'istituzione del pacchetto di base supplementare denominato «pacchetto di base di medicina interna generale» (BPM), in quanto consolida le attuali strutture ospedaliere di Acquarossa e Faido senza che venga fornita una motivazione oggettiva. Una soluzione di questo tipo, qualora venisse mantenuta, dovrebbe comportare una chiara assunzione di responsabilità economica nell'ambito delle prestazioni di interesse generale. prio.swiss raccomanda inoltre al Cantone di riesaminare, nel medio termine, la possibilità di trasformare le sedi ospedaliere di Acquarossa e Faido in centri sanitari dedicati esclusivamente all'erogazione di prestazioni ambulatoriali.
- prio.swiss intravede ulteriori potenzialità nella pianificazione ospedaliera intercantonale. La posizione geografica e l'entità trascurabile dei flussi di pazienti in entrata e in uscita non esimono dall'obbligo di coordinamento intercantonale sancito dall'articolo 39 capoverso 2 LAMal.
- Né la metodologia né i risultati della valutazione dell'economicità vengono resi noti. prio.swiss chiede al Cantone di provvedere in tal senso ai fini dell'elenco ospedaliero definitivo.

Di seguito approfondiamo nel dettaglio i punti da considerare prima dell'adozione degli elenchi ospedalieri definitivi, in modo che la pianificazione ospedaliera soddisfi i criteri previsti dalla legge e dall'ordinanza.

1 Rafforzare il coordinamento intercantonale

Il Cantone Ticino elabora la pianificazione ospedaliera per il proprio territorio, rinunciando a un coordinamento intercantonale. Questa scelta è motivata dal fatto che il flusso intercantonale di pazienti in entrata e in uscita è poco significativo (cfr. rapporto metodologico, pag. 5).

I fornitori di prestazioni extracantonali sono considerati solo se la prestazione necessaria nel Cantone non può essere fornita da un ospedale ticinese in maniera economica e con la qualità richiesta, oppure se nessuna struttura locale ha interesse a fornirla. Vari aspetti dell'elenco ospedaliero provvisorio indicano tuttavia che, nonostante la posizione geograficamente isolata, un coordinamento intercantonale sarebbe opportuno.

Quando il fabbisogno previsto è molto ridotto, il Cantone non attribuisce i mandati di prestazione all'interno del Cantone, ma al di fuori (ad es. DER1.2, HNO1.3.1, AUG1.1, HER1.1.2). Nella bozza di elenco il campo corrispondente è evidenziato in giallo, ma il valore soglia non è indicato. Pre-supponiamo pertanto che non viene attribuito un mandato a una struttura ospedaliera specifica extracantonale, ma viene lasciata ai pazienti ticinesi libertà di scelta tra quelle fuori Cantone che figurano nell'elenco. Relativamente alle prestazioni erogate fuori Cantone, un coordinamento intercantonale rappresenterebbe un'opportunità per l'offerta di cure alla popolazione ticinese. Attraverso l'assegnazione di mandati di prestazione specifici, sarebbe infatti possibile sviluppare offerte calibrate sulle esigenze della popolazione ticinese, relativizzando anche le barriere linguistiche.

Inoltre, per le prestazioni specializzate che rientrano ad esempio nella categoria «prestazioni multidisciplinari e complesse», è ammissibile un tragitto più lungo. I flussi di pazienti in entrata e in uscita devono essere oggetto di un'analisi più dettagliata, da cui potrebbe emergere che i pazienti ricorrono spesso a prestazioni presso ospedali specializzati situati fuori Cantone e che questo flusso in uscita è rimasto stabile negli ultimi anni. In tal caso sarebbe opportuno non limitarsi a una pianificazione circoscritta al territorio cantonale, ma ragionare in termini di regioni di erogazione più ampie. Questo richiederebbe anche un dialogo intercantonale.

Da ultimo, i pazienti residenti nella regione di Mesolcina-Calanca dipendono fortemente dall'offerta di cure stazionarie del Cantone Ticino. Per garantire l'accesso alle cure, il Cantone dei Grigioni e l'Ente Ospedaliero Cantonale (Ospedale regionale di Bellinzona e Valli) hanno stipulato una convenzione ad hoc. Anche in questo caso sarebbe opportuno instaurare un dialogo e un coordinamento con la pianificazione ospedaliera del Cantone dei Grigioni.

In sintesi, la posizione geografica e l'entità trascurabile dei flussi di pazienti in entrata e in uscita non esimono dall'obbligo di coordinamento intercantonale secondo l'articolo 39 capoverso 2 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

2 Analisi e previsione del fabbisogno

2.1 L'anno di riferimento e le ipotesi alla base delle previsioni sul fabbisogno sono superati e vanno aggiornati

Sul piano metodologico, la scelta del 2019 come anno di riferimento per la previsione del fabbisogno è motivata dalla possibilità di escludere le distorsioni indotte dalla pandemia di Covid-19. Negli anni successivi alla pandemia, il trasferimento delle prestazioni verso il settore ambulatoriale ha assunto maggiore importanza non solo nella medicina somatica acuta, ma anche in psichiatria e riabilitazione, sia per effetto di interventi normativi, sia grazie ai progressi della tecnologia medica. Alla luce in particolare della crescente rilevanza della presa a carico ambulatoriale, la scelta del 2019 come anno di riferimento comporta il rischio di una sopravvalutazione del fabbisogno futuro di cure stazionarie.

Inoltre, dal 1° gennaio 2028 sarà in vigore il finanziamento uniforme delle prestazioni ambulatoriali e stazionarie (EFAS). Il nuovo sistema di finanziamento modificherà gli incentivi finanziari degli ospedali; è pertanto lecito attendersi un'ulteriore accelerazione del trasferimento di trattamenti e interventi verso il regime ambulatoriale. Il rapporto metodologico accenna solo marginalmente alle ripercussioni del finanziamento uniforme.

prio.swiss raccomanda al Cantone Ticino di elaborare un'analisi complementare del fabbisogno basata su dati più aggiornati (post-pandemia di Covid-19). Questo permetterà di verificare se l'accelerazione dell'ambulatorizzazione osservata dall'inizio della pandemia porti a previsioni del fabbisogno differenti. L'analisi dovrebbe inoltre valutare gli effetti del finanziamento uniforme e, se del caso, integrarli nelle previsioni.

2.2 Ridurre la sovraccapacità nel settore somatico acuto

Nello scenario principale, il modello di previsione applica un allineamento del tasso di ospedalizzazione del 50 per cento alla media nazionale per i gruppi di prestazioni in cui il Ticino si colloca al di sopra della media. Le ragioni alla base del maggior tasso di ospedalizzazioni rispetto al resto della Svizzera possono essere diverse. Da un lato, è possibile che ciò sia legato alla struttura demografica più anziana. D'altra parte, tassi di ospedalizzazione superiori alla media possono risultare da un'offerta ambulatoriale insufficiente, una sovraccapacità nel settore stazionario o differenze culturali nel ricorso alle cure. Ci sono indicazioni secondo cui un allineamento del 50 per cento sarebbe troppo basso. Da un lato, il fattore demografico, ossia la struttura demografica più anziana del Ticino, è già in parte preso in considerazione nel modello di previsione; dall'altro, il tasso di occupazione degli ospedali acuti in Ticino è basso. Basti pensare che alcune strutture non raggiungono nemmeno un tasso di occupazione del 60 per cento¹. Questo suggerisce che l'offerta di posti letto nel settore acuto è superiore al fabbisogno reale, con conseguenti inefficienze e maggiori costi per il sistema sanitario.

Nella pianificazione delle prestazioni somatiche acute, si ammette quindi consapevolmente un tasso di ospedalizzazione superiore alla media, una situazione che va evitata. prio.swiss invita il Cantone a fornire una ripartizione più dettagliata di tale eccedenza, indicando separatamente la quota riconducibile a sovraccapacità (che di norma genera una domanda indotta dall'offerta) come pure la quota eccedente riconducibile a fattori strutturali non controllabili. Questo dovrebbe permettere di ridurre le sovraccapacità.

2.3 Riesaminare il trasferimento di prestazioni nel settore somatico acuto

Nello scenario principale riguardante la previsione del fabbisogno nel settore somatico acuto, il Cantone ipotizza che sia possibile realizzare il 50 per cento del potenziale di trasferimento individuato. Di conseguenza, il trasferimento di trattamenti e interventi somatici acuti dal regime stazionario a quello ambulatoriale comporta una diminuzione dei casi pari al 3,1 per cento (ceteris paribus).

Alla luce degli sviluppi normativi e dei dati internazionali, le ipotesi relative al trasferimento appaiono piuttosto prudenti. L'elenco degli interventi da eseguire in regime ambulatoriale (allegato 1a OPre) è stato infatti progressivamente ampliato. Inoltre, i confronti internazionali indicano che la percentuale di interventi effettuati in regime ambulatoriale in Svizzera è inferiore alla media², il che significa che esiste ancora un potenziale da sfruttare. Anche il finanziamento uniforme (EFAS) contribuirà a promuovere ulteriormente il trasferimento verso il settore ambulatoriale.

¹ UFSP, Cifre chiave degli ospedali svizzeri, 2023. Tasso di occupazione dei letti nel settore somatico acuto: Clinica Sant'Anna (42,9 %), Clinica Santa Chiara (35,9 %), Clinica Ars Medica (56,7 %)

² OECD, Health at a Glance, 2025.

prio.swiss chiede al Cantone di riesaminare il potenziale di trasferimento ed eventualmente anche l'ipotesi relativa alla quota effettivamente trasferibile, tenendo conto dell'evoluzione attuale e futura del quadro normativo. Le previsioni relative ai casi nel settore somatico acuto vanno adeguate di conseguenza.

2.4 Aggiornare la previsione del fabbisogno nel settore della riabilitazione

Per la pianificazione ospedaliera nel settore della riabilitazione, il Cantone Ticino utilizza la sistemica adottata dalla CDS (sistemica CDS), in quanto rispecchia meglio la situazione dell'offerta nel Cantone. Tale sistemica è tuttavia strutturata esclusivamente a livello di ambiti di prestazione e non contempla una suddivisione in gruppi di prestazioni. Pur comprendendo la scelta del Cantone, segnaliamo che tale impostazione limita la possibilità di effettuare un benchmarking efficace dei costi.

Va inoltre considerato che la struttura tariffaria ST Reha è in vigore solo dal 1° gennaio 2022 e che sia questa che le relative linee guida per la codifica sono tuttora in fase di implementazione. Le previsioni del fabbisogno nel settore della riabilitazione, invece, si basano su dati del 2019, ovvero su dati antecedenti all'introduzione della nuova struttura tariffaria. In questo contesto, risulta difficile stabilire un confronto attendibile tra il fabbisogno stimato e i costi attesi.

prio.swiss chiede pertanto che, prima dell'attribuzione dei mandati di prestazione, il fabbisogno di riabilitazione venga aggiornato e si basi sui dati relativi al periodo 2022-2023, codificati secondo la struttura tariffaria ST Reha.

2.5 Riesaminare le ipotesi relative all'ambulatorizzazione nel modello di previsione per la psichiatria

L'attribuzione dei mandati di prestazione nel settore della psichiatria si basa sulla sistemica sviluppata dalla GD ZH e sui relativi requisiti. Il Cantone Ticino introduce un'ulteriore tipologia di mandato denominata «Home Treatment» (HT) per permettere di fornire cure psichiatriche a domicilio. Di fatto, con l'offerta in regime «Home Treatment», il Cantone promuove l'ambulatorizzazione. Curiosamente, nel rapporto quest'offerta non viene considerata una misura di promozione dell'ambulatorizzazione.

Secondo prio.swiss, dal punto di vista dell'assistenza sanitaria nel suo complesso, è opportuno tenere conto di questa offerta ambulatoriale e pianificarla di conseguenza. Inoltre, visto che non si tratta di un'offerta stazionaria, non dovrebbe figurare nell'elenco ospedaliero. Trattandosi di una misura volta a incentivare l'ambulatorizzazione, il trasferimento della presa a carico verso il settore ambulatoriale che ne deriva dovrebbe essere preso in considerazione nelle previsioni del fabbisogno per il settore stazionario.

3 Maggiore trasparenza nell'attribuzione dei mandati di prestazione

prio.swiss ha ricevuto dal Cantone Ticino una lettera di accompagnamento, gli elenchi ospedalieri provvisori e, per ciascun ospedale presente nell'elenco, i mandati di prestazione corredati di una breve motivazione nel caso di non attribuzione. Sul sito web del Cantone, prio.swiss ha potuto

inoltre consultare il rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere con orizzonte 2032 e il rapporto metodologico.

Manca tuttavia un rapporto esaustivo del Consiglio di Stato che illustri gli obiettivi e le priorità strategiche in materia di offerta di cure nel Cantone. Non sono inoltre stati resi pubblici i criteri di assegnazione, né viene fornita una motivazione trasparente in merito all'attribuzione o alla non attribuzione di mandati di prestazione. Si rileva altresì l'assenza di indicazioni riguardanti le tempistiche e le fasi successive del processo, così come non viene chiarita la distinzione tra mandati vincolati e mandati provvisori. In alcuni gruppi di prestazioni, i mandati di prestazione a strutture fuori Cantone sono attribuiti senza indicare l'ospedale interessato. Il Cantone non ha pubblicato le sue considerazioni e riflessioni a giustificazione di questa scelta non specificata.

L'insufficiente livello di trasparenza nell'attribuzione di mandati di prestazione emerge chiaramente da diversi esempi nel settore somatico acuto:

Cardiologia e dispositivi (KAR1)

I casi del gruppo di prestazioni KAR1 si concentrano essenzialmente presso l'Ospedale regionale di Lugano. Alla Clinica Moncucco (Lugano) è stato assegnato un mandato di prestazione provvisorio KAR1, nonostante il numero di casi sia estremamente basso (2 casi). Allo stesso tempo, alla Clinica Santa Chiara (Locarno), che ha registrato un numero maggiore di casi (7), non è stato attribuito alcun mandato di prestazione. Questo viene giustificato in modo conciso facendo riferimento al «fabbisogno fino al 2032» e alla «limitazione del numero di attribuzioni nel Cantone». prio.swiss ritiene che questo approccio non sia coerente e che le motivazioni non siano comprensibili.

Chirurgia toracica (THO1, THO1.1, THO1.2)

I mandati provvisori THO1, THO1.1 e THO1.2 sono stati assegnati all'Ospedale regionale di Lugano (4 casi), mentre THO1 è stato assegnato alla Clinica Moncucco (Lugano) con 2 casi. Il numero totale di casi in queste due strutture ospedaliere è pari a 6. Considerando che, secondo le previsioni, il fabbisogno dovrebbe diminuire del 2,6 per cento entro il 2032 (cfr. rapporto sul fabbisogno, pag. 34), non si capisce perché vengano attribuiti due mandati di prestazione.

Centro di competenza in cure palliative (PAL)

Sono stati assegnati mandati di prestazione definitivi all'Ospedale regionale delle sedi di Lugano e Bellinzona, nonché alla Clinica Moncucco (Lugano). La Clinica Santa Chiara (Locarno) ottiene un mandato provvisorio. Secondo il modulo di offerta, una struttura ospedaliera deve essere certificata da palliative.ch con il marchio di qualità «Qualità nelle cure palliative». Le due cliniche del gruppo ospedaliero Moncucco non dispongono al momento di tale marchio (fonte: palliative.ch). Non si capisce perché queste due sedi non siano trattate allo stesso modo e non ricevano entrambe un mandato di prestazione provvisorio.

Attribuzione di mandati di prestazione alla Clinica Sant'Anna

Alla Clinica Sant'Anna sono stati assegnati diversi mandati di prestazione provvisori, malgrado il numero esiguo di casi e le quote di mercato ridotte. Ad esempio, il mandato per il gruppo di prestazioni AUG1 è stato assegnato alla clinica in via provvisoria per un unico caso (su un totale di 61 casi). L'attribuzione di diversi mandati di prestazione a questa struttura, e in particolare per il gruppo AUG1, ci risulta incomprensibile sotto diversi aspetti. Secondo il modulo di offerta, il mandato di prestazione AUG1 richiede un'unità di terapia intensiva di livello 1. La Clinica Sant'Anna non dispone né di un'unità di medicina intensiva certificata³ né di un'unità di cure intermedie (Intermediate Care Unit, IMC) certificata⁴. Per soddisfare il requisito relativo al reparto di medicina intensiva di livello 1, la clinica dovrebbe stipulare un contratto di collaborazione con un ospedale in prossimità dotato di un'unità di medicina intensiva di livello 2. Alla luce di questi elementi, non si capisce perché vengano assegnati mandati provvisori per gruppi di prestazioni con un numero di casi così esiguo, tanto più che nell'area di Lugano esistono tre strutture ospedaliere dotate di un'unità di medicina intensiva di livello 2.

Nel complesso, le informazioni fornite risultano così lacunose da non consentire di valutare se l'offerta pianificata sia effettivamente in linea con il fabbisogno futuro. Ci si chiede pertanto se l'attribuzione dei mandati di prestazione sia realmente avvenuta in funzione del fabbisogno e se siano stati rispettati i requisiti dell'articolo 39 capoverso 1 LAMal.

4 Concentrare in modo sistematico le prestazioni all'interno del Cantone

4.1 Definire chiaramente le procedure relative ai mandati di prestazione provvisori nel settore somatico acuto

prio.swiss accoglie con favore l'approccio che prevede di concentrare all'interno del Cantone le prestazioni specializzate nel settore somatico acuto sulla base di quote minime di mercato. Il Cantone Ticino ha suddiviso le prestazioni nelle categorie «prestazioni di base», «prestazioni specialistiche», «prestazioni multidisciplinari e complesse» e «medicina altamente specializzata» (MAS). Per favorire la concentrazione delle prestazioni, sono stabilite quote di mercato minime differenziate a seconda della categoria di gruppo di prestazioni. La quota di mercato minima per la categoria «prestazioni specialistiche» è pari al 5 per cento, quella per la categoria «prestazioni multidisciplinari e complesse» al 10 per cento. Il Cantone intende migliorare la qualità e l'efficienza economica delle prestazioni erogate.

Le sedi ospedaliere che al momento dell'attribuzione dei mandati di prestazione non soddisfacevano i requisiti relativi al numero minimo di casi o alla quota minima di mercato ottengono un mandato di prestazione provvisorio. Sebbene l'attribuzione di mandati di prestazione provvisori sia conforme alle raccomandazioni della CDS, il rapporto metodologico non specifica quali misure e decisioni verranno adottate nel caso in cui le sedi ospedaliere non siano in grado di soddisfare i criteri entro il termine di due anni. C'è quindi il rischio che tale approccio rallenti la trasformazione del panorama ospedaliero anziché accelerarla.

³ <https://sgi-ssmi.ch/it/commissione-di-certificazione-unita-di-terapia-intensiva-cc-uti>

⁴ <https://www.swiss-imc.ch/de/imc-units>

Affinché questa strategia possa sortire il massimo effetto, è necessario attuarla con coerenza una volta che l'elenco ospedaliero sarà definitivamente adottato. Ciò significa che, in caso di mancato raggiungimento del numero minimo di casi e delle quote minime di mercato entro il termine stabilito, i mandati di prestazione concessi in via provvisoria dovrebbero essere sistematicamente revocati. Tale revoca deve essere espressamente prevista. Poiché sussiste il rischio che gli ospedali aumentino i volumi per raggiungere i valori soglia richiesti, le quote minime del 5 per cento e del 10 per cento potrebbero essere innalzate.

4.2 Introdurre quote di mercato minime nel settore della psichiatria

Nel settore della psichiatria, il Cantone ha deciso di non applicare una quota minima di mercato (rapporto metodologico, pag. 12) vista l'assenza di cliniche psichiatriche specializzate. In questo settore, lo scenario principale per il 2032 prevede una diminuzione sia dei casi (-5,8 %) che delle giornate di cura (-4,5 %). Questa diminuzione è riconducibile in primo luogo all'effetto del trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale (rapporto sul fabbisogno, pag. 7).

prio.swiss è consapevole della particolare situazione di mancanza di cliniche psichiatriche specializzate per disciplina nel Cantone. Ritiene tuttavia che, considerando il calo del fabbisogno, sia comunque possibile introdurre quote minime di mercato o, quantomeno, un numero minimo di casi. Dal punto di vista dell'efficienza economica e della qualità delle cure, è più sensato applicare una strategia di concentrazione delle prestazioni simile a quella adottata nel settore somatico acuto piuttosto che distribuire i casi – peraltro in calo – tra più cliniche. Anche le cifre chiave degli ospedali svizzeri indicano che sarebbe possibile una concentrazione delle prestazioni: attualmente, infatti, alcune cliniche psichiatriche non sono utilizzate a pieno regime. Il tasso di occupazione dei posti letto alla Clinica psichiatrica cantonale (Mendrisio) si attesta all'82 per cento, contro il 90 per cento per la Clinica Viarnetto (Pregassona; cfr. UFSP, Dati chiave degli ospedali svizzeri, 2023).

5 Riesaminare la scelta politica di mantenere determinate strutture ospedaliere stazionarie

Nel settore somatico acuto, il Cantone applica il modello SPLG menzionato nelle raccomandazioni della CDS sulla pianificazione ospedaliera e i relativi requisiti (rapporto metodologico, pag. 4).

Il Cantone prevede tuttavia l'aggiunta di un pacchetto di base supplementare, denominato «pacchetto di base di medicina interna generale» (BPM) per garantire l'accessibilità alle cure stazionarie ai residenti dell'Alto Ticino. In sostanza, il BPM differisce dal «pacchetto di base chirurgia e medicina interna» (BP) unicamente per l'assenza delle prestazioni di chirurgia. Il mandato di prestazione BPM viene assegnato agli ospedali di Acquarossa e Faido, ai quali non vengono attribuiti altri mandati di prestazione. Manca una motivazione sufficiente e adeguata che giustifichi la creazione di un nuovo gruppo di prestazioni ospedaliere, che in ultima analisi porta a una cristallizzazione delle strutture ospedaliere esistenti.

Secondo la documentazione, i due presidi ospedalieri trattano rispettivamente 223 (Faido) e 366 (Acquarossa) casi all'anno. Inoltre, entrambi dispongono di un centro di primo soccorso che opera 24 ore su 24, 7 giorni su sette. Questo significa che viene trattato meno di un caso al giorno. Dal punto di vista dell'efficienza, ma anche della qualità delle cure, occorre chiedersi se è opportuno mantenere queste strutture stazionarie ad Acquarossa e Faido.

Purtroppo, i documenti non precisano che questa decisione deriva da un'iniziativa popolare il cui esito ha portato il Gran Consiglio a sancire per legge il mantenimento dell'offerta stazionaria nelle due sedi ospedaliere. Se da un lato tale decisione, legittimata democraticamente, va accettata, dall'altro comporta il mantenimento di una sovraofferta di capacità ospedaliere dettata da motivi di politica regionale. I costi legati al mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale devono essere finanziati tramite prestazioni di interesse generale (art. 49 cpv. 3 lett. a LAMal). prio.swiss chiede al Cantone di tenerne conto in sede di approvazione e di fissazione delle tariffe. Affinché tali prestazioni non vengano incluse nel calcolo delle tariffe, devono essere dichiarate correttamente dagli ospedali e indicate in modo esplicito.

Nonostante la decisione del Gran Consiglio, a medio termine il Cantone dovrebbe chiedersi se abbia senso continuare a mantenere i due presidi ospedalieri di Faido e Acquarossa e garantire in queste due strutture una presa in carico stazionaria, o se invece, per soddisfare il fabbisogno, non sia più opportuno creare centri sanitari ambulatoriali con l'hub di Bellinzona che operano in sinergia con un servizio di soccorso ben organizzato. Nonostante le decisioni politiche, questa discussione rimane aperta e dovrà essere ripresa a medio termine nel quadro di un dialogo con la popolazione, ponendo l'accento sulla qualità delle cure e sulla sicurezza dei pazienti.

Nel settore della riabilitazione, lo scenario principale per il 2032 prevede un aumento sia dei casi (+19,5 %) sia delle giornate di cura (+15,1 %). Questo incremento è da ricondurre all'invecchiamento della popolazione (rapporto sul fabbisogno, pag. 7). Va accolto con favore il fatto che, per rispondere al crescente il fabbisogno, il Cantone non intenda creare nuove strutture di offerta, ma piuttosto ricorrere a offerte fuori Cantone.

6 Rendere pubblici la metodologia e i risultati della valutazione dell'economicità

Secondo il rapporto metodologico (pag. 8), l'economicità viene verificata valutando sia l'efficienza in termini di costi sia la stabilità economica degli ospedali. Non sono disponibili informazioni più dettagliate sulla procedura, ad esempio se siano stati inclusi tutti gli ospedali svizzeri, quale percentile sia stato utilizzato e quale margine di tolleranza sia stato applicato. Né la metodologia né i risultati vengono resi noti. prio.swiss chiede al Cantone di provvedere in tal senso ai fini dell'elenco ospedaliero definitivo.

7 Nella valutazione della qualità tenere conto anche della qualità dei risultati

Per l'attribuzione dei mandati di prestazione nel settore somatico acuto, si applicano, conformemente ai requisiti del modello SPLG del Cantone di Zurigo, numeri minimi di casi per sede e per operatore che hanno carattere vincolante. Il Cantone Ticino applica numeri minimi di casi per sede, ma non per operatore (rapporto metodologico, pag. 19). Si fa presente che l'importanza degli interventi (operazioni) in regime ambulatoriale è in aumento e che pertanto sarà necessario introdurre anche un numero minimo di casi per operatore.

Infine, per valutare la qualità dell'erogazione delle prestazioni nel settore somatico acuto, in quello della riabilitazione e in quello della psichiatria non sono determinanti solo gli indicatori di processo e di struttura, ma anche quelli relativi alla qualità delle cure. L'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ) effettua diverse misurazioni della qualità dei risultati, che potrebbero essere prese in considerazione a titolo integrativo.

Vi invitiamo a prendere atto della nostra presa di posizione e di tenerne conto nelle successive fasi della pianificazione ospedaliera. Chiediamo inoltre che la nostra presa di posizione venga messa a verbale nell'ambito del processo di pianificazione ospedaliera.

Cordiali saluti

prio.swiss



Marco Romano
Direttore aggiunto
Responsabile Politica sanitaria & Public Affairs



Cornelia Meier
Responsabile progetto
Pianificazione ospedaliera