

Pianificazione ospedaliera

Rapporto metodologico

Sommario

1	Introduzione	2
1.1	Contesto	2
1.2	Basi legali	2
1.3	Nuova pianificazione ospedaliera	4
1.4	Coordinamento intercantonale	5
2	Criteri generali e metodologia per tutti i settori di cura ospedaliera	7
2.1	Qualità	7
2.2	Economicità	8
2.3	Accessibilità	10
2.4	Quota minima di mercato: principio	11
2.5	Definizione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)	12
2.6	Aggiornamento della pianificazione (<i>“Rollende Planung”</i>)	13
3	Criteri specifici e metodologia per il settore somatico acuto	13
3.1	Metodologia per il settore somatico acuto	13
3.2	Sistematica dei gruppi di prestazioni del settore somatico acuto	14
3.3	Discipline trasversali	18
3.4	Requisiti specifici del settore somatico acuto	18
3.5	Valutazione dei requisiti nel settore somatico acuto	21
4	Criteri specifici e metodologia per il settore della psichiatria	22
4.1	Metodologia per il settore della psichiatria	22
4.2	Sistematica dei gruppi di prestazioni nel settore della psichiatria	23
4.3	Requisiti specifici al settore della psichiatria	30
4.4	Valutazione requisiti settore psichiatria	30
5	Criteri specifici e metodologia per il settore della riabilitazione	30
5.1	Metodologia per il settore della riabilitazione	30
5.2	Sistematica delle discipline / dei gruppi di prestazioni nel settore della riabilitazione ..	30
5.3	Requisiti specifici del settore della riabilitazione	33
5.4	Valutazione dei requisiti nel settore della riabilitazione	34

1 Introduzione

1.1 Contesto

Con l'inoltro del presente rapporto metodologico e dei moduli d'offerta viene avviata l'ultima fase del processo di pianificazione ospedaliera prima dell'allestimento dell'elenco ospedaliero cantonale ai sensi dell'articolo 39 capoverso 1 della legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) (di seguito anche "elenco ospedaliero").

Questo nuovo elenco ospedaliero andrà ad abrogare l'attuale pianificazione ospedaliera ai sensi dell'articolo 39 capoverso 1 LAMal, retta dal decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 15 dicembre 2015 (di seguito "DL 2015 sull'elenco ospedaliero cantonale") o, per gli istituti che avevano vinto i ricorsi contro la pianificazione decisa con il DL 2015 sull'elenco ospedaliero cantonale, dal decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal) del 29 novembre 2005 (di seguito "DL 2005 sull'elenco ospedaliero cantonale").

1.2 Basi legali

A livello federale, la normativa di riferimento per la pianificazione ospedaliera è costituita dalla LAMal, dall'ordinanza sull'assicurazione malattie del 27 giugno 1995 (OAMal) e dell'ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie del 3 luglio 2002 (OCPre).

A livello cantonale la base legale di riferimento sono la legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) e il decreto legislativo concernente la pianificazione ospedaliera del 12 dicembre 2024 (di seguito "DL 2024 sulla pianificazione ospedaliera").

Le raccomandazioni della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) completano il quadro giuridico nazionale e cantonale.

1.2.1 Leggi federali

Il diritto federale assegna al Consiglio federale il compito di emanare dei criteri uniformi a livello nazionale in materia di pianificazione ospedaliera. Il Consiglio federale ha assolto questo compito tramite gli articoli 58a-58e OAMal. I Cantoni sono pertanto tenuti a pianificare le cure stazionarie offerte sul proprio territorio in base al fabbisogno di cure della popolazione (art. 39 cpv. 1 lett. d e cpv. 2 LAMal).

Quest'ultimo è determinato dalla valutazione della statistica medica e dai fattori d'influenza rilevanti per la previsione del fabbisogno, dalla presa in considerazione dell'offerta di cure fornite alla popolazione cantonale da istituti che non figurano sull'elenco degli istituti autorizzati a esercitare a carico della LAMal (di seguito "elenco ospedaliero") e dai ricoveri stazionari di pazienti ticinesi fuori Cantone.

I Cantoni devono altresì considerare l'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni, l'accesso alle cure entro un termine utile nonché la disponibilità e la capacità dell'istituto ad adempiere al mandato di prestazioni (art. 58b OAMal).

Per la valutazione dell'economicità degli ospedali, i Cantoni devono effettuare dei confronti dei costi corretti per il grado di gravità (art. 58d cpv. 1 OAMal).

Per la valutazione della qualità, i Cantoni devono verificare che gli istituti dispongano del necessario personale qualificato, di un adeguato sistema di gestione della qualità, di aver aderito a una rete di notifica di eventi indesiderabili uniforme a livello svizzero, di essere dotati degli strumenti necessari per partecipare alle misurazioni nazionali della qualità, nonché dell'attrezzatura per garantire la sicurezza delle terapie farmacologiche, in particolare mediante il rilevamento elettronico dei medicinali prescritti e dispensati (art. 58d cpv. 2 lett. a-e OAMal).

Nell'esame della candidatura degli ospedali, il Cantone deve inoltre tenere conto dello sfruttamento delle sinergie, del numero minimo di casi e del potenziale di concentrazione di prestazioni, al fine di rafforzare l'economicità e la qualità delle cure (art. 58d cpv. 4 OAMal).

Infine, per autorizzare l'istituto ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), il Cantone deve assicurarsi che l'istituto sia affiliato a una comunità o a una comunità di riferimento certificate ai sensi dell'articolo 11 lettera a della legge federale sulla cartella informatizzata del paziente del 19 giugno 2015 (LCIP) (art. 39 cpv. 1 lett. f LAMal).

1.2.2 Leggi cantonali

Per quanto concerne la pianificazione e l'allestimento dell'elenco ospedaliero, la LCAMal riprende integralmente le disposizioni della LAMal. Oltre ai criteri fondamentali di economicità, qualità, accessibilità alle cure in tempi utili, nonché di disponibilità e capacità dell'istituto di adempiere al mandato di prestazioni, il diritto cantonale prevede che, nella valutazione e nella selezione degli ospedali autorizzati a esercitare a carico della LAMal, debbano essere soddisfatti anche specifici criteri di struttura e di gestione indicati nei moduli d'offerta utilizzati nell'ambito della procedura di pianificazione (art. 63 cpv. 1 lett. a LCAMal).

Rimandiamo inoltre al DL 2024 sulla pianificazione ospedaliera che illustra gli indirizzi strategici di questa pianificazione ospedaliera cantonale come definiti dal Gran Consiglio.

1.2.3 Raccomandazioni della CDS

Lo scopo delle raccomandazioni della CDS sulla pianificazione ospedaliera del 20 maggio 2022¹ è quello di promuovere un'interpretazione univoca degli obblighi pianificatori dei Cantoni e sostenere il coordinamento intercantonale ai sensi dell'articolo 39 capoverso 2 LAMal.

Le raccomandazioni della CDS sulla pianificazione ospedaliera coprono tutti gli ambiti della presa a carico stazionaria, e sono completate dalle raccomandazioni della CDS nell'ambito della riabilitazione del 24 novembre 2022², che hanno a loro volta lo scopo di uniformare e coordinare le pianificazioni cantonali in questo settore. Benché non siano giuridicamente vincolanti e non abbiano forza obbligatoria, nella giurisprudenza del Tribunale federale (TF) sono state a più riprese evocate come linee guida di riferimento.

Le raccomandazioni della CDS sulla pianificazione ospedaliera e nell'ambito della riabilitazione integrano i contenuti della recente modifica dell'OAMal e la giurisprudenza derivante da diverse sentenze del Tribunale federale (TF) e del Tribunale amministrativo federale (TAF).

¹ Disp. solo in fr. e in ted.: «Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière»; cfr. www.gdk-cds.ch/fr/ > Soins de santé > Hôpitaux > Planification > Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière. «Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung»; cfr. www.gdk-cds.ch/de/ > Gesundheitsversorgung > Spitäler > Planung > Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung

² Disp. solo in fr. e in ted.: «Réadaptation»; cfr. www.gdk-cds.ch/fr/ > Soins de santé > Réadaptation. «Rehabilitation»; cfr. www.gdk-cds.ch/de/ > Gesundheitsversorgung > Rehabilitation

Nell'ambito dell'elaborazione dell'elenco ospedaliero saranno inoltre utilizzate le raccomandazioni della CDS sull'esame dell'economicità del 27 giugno 2019³. Queste raccomandazioni forniscono un quadro comune per la valutazione dell'economicità; rimandiamo al capitolo 2.2 "Economicità" per maggiori dettagli.

1.3 Nuova pianificazione ospedaliera

1.3.1 Processo di candidatura (moduli d'offerta)

Il presente rapporto metodologico e i moduli d'offerta elaborati per settore di cura informano formalmente gli istituti sulla procedura di candidatura e sui requisiti di attribuzione dei mandati di prestazione stabiliti dal Cantone ai sensi dell'articolo 39 capoverso 1 LAMal. Ogni fornitore di prestazioni e, nel caso degli istituti multisito, ogni sede, dovrà presentare una candidatura separata a prescindere dalle cooperazioni, dalle affiliazioni o da altri obblighi contrattuali in essere. Il termine per la presentazione dei documenti di candidatura è fissato al 28 novembre 2025; ai fini del rispetto del termine fa stato la data di spedizione del modulo di offerta in formato cartaceo, comprovata dal timbro postale.

1.3.2 Processo di valutazione delle candidature

Per il settore somatico acuto, il Cantone ha deciso di impostare la nuova pianificazione ospedaliera sulla versione aggiornata del modello zurighese, già utilizzato per la pianificazione del 2015. La Direzione della sanità del Cantone di Zurigo (GD-ZH) ha sviluppato il proprio modello sulla base delle disposizioni federali in materia di pianificazione ospedaliera. Ad oggi, è il modello raccomandato dalla CDS⁴ ed è il più utilizzato a livello nazionale.

Analogamente, si è deciso di adottare la sistematica sviluppata dalla GD-ZH per la pianificazione 2023 anche per il settore della psichiatria stazionaria. Tale sistematica è strutturata in discipline, a loro volta suddivise in gruppi di prestazioni.

Dopo un'attenta analisi della sistematica recentemente sviluppata dalla GD-ZH per il settore della riabilitazione stazionaria, è stato appurato che essa risulta di difficile applicazione alla realtà ticinese, per più ragioni. In primo luogo, la casistica ticinese non è paragonabile a quella del Cantone di Zurigo. Inoltre, si osserva che le cliniche ticinesi specializzate nella riabilitazione non sono situate fisicamente all'interno di un contesto somatico acuto, come spesso accade nel Cantone di Zurigo, circostanza che rende possibili molte sinergie tra questi due settori di cura. A causa di queste differenze sostanziali, il rispetto dei requisiti stabiliti dal modello zurighese da parte delle cliniche di riabilitazione ticinesi risulta irrealistico.

Per queste ragioni, si è deciso di impostare la pianificazione delle cure stazionarie in riabilitazione sulla base delle sopracitate raccomandazioni della CDS per questo ambito, che offre un sistema di pianificazione con la definizione delle discipline come anche delle esigenze minime in materia di qualità e di requisiti minimi per le varie discipline. La sistematica adottata offre una definizione condivisa del concetto di riabilitazione stazionaria e stabilisce i requisiti strutturali e organizzativi minimi per disciplina che gli istituti devono soddisfare. I Cantoni possono definire ulteriori criteri per l'attribuzione dei mandati in riabilitazione.

³ Disp. solo in fr. e in ted.: «Examen de l'économicité»; cfr. www.gdk-cds.ch/fr/ > Soins de santé > Hôpitaux > Financement > Examen de l'économicité. «Wirtschaftlichkeitsprüfung»; cfr. www.gdk-cds.ch/de/ > Gesundheitsversorgung > Spitäler > Finanzierung > Wirtschaftlichkeitsprüfung

⁴ Disp. solo in fr. e in ted.: «Groupes de prestations pour la planification hospitalière (concept GPPH): soins somatiques aigus»; cfr. www.gdk-cds.ch/fr/ > Soins de santé > Hôpitaux > Planification > Concept GPPH soins somatiques aigus. «Spitalplanungs-Leistungsgruppenkonzept für die Akutsomatik»; cfr. www.gdk-cds.ch/de/ > Gesundheitsversorgung > Spitäler > Planung > SPLG-Konzept Akutsomatik

Attraverso i singoli moduli d'offerta per settore di cura, il Cantone raccoglie tutte le informazioni utili a verificare l'esistenza delle condizioni necessarie per la fornitura di prestazioni di cura stazionarie in base ai principi della LAMal di economicità, qualità e accessibilità a tutta la popolazione ticinese.

L'attribuzione dei mandati si fonda sugli indirizzi strategici definiti dal Gran Consiglio e sui requisiti specifici per istituto e per singolo gruppo di prestazione / singola disciplina, determinati in funzione della sistematica scelta per il settore di cura.

1.4 Coordinamento intercantonale

L'articolo 58a OAMal stabilisce che la pianificazione ospedaliera è intesa a coprire il fabbisogno di cure ospedaliere nel Cantone. Ai Cantoni viene inoltre richiesto di coordinare le proprie pianificazioni con quelle degli altri Cantoni (art. 39 cpv. 2 LAMal).

Come evidenziato di seguito, il flusso di pazienti intercantonale (in entrata e in uscita) è poco significativo nel Cantone Ticino ed è rimasto relativamente stabile nel tempo. Nella prossima pianificazione ospedaliera cantonale verrà tenuto debitamente conto delle relazioni intercantionali qualora le prestazioni necessarie nel Cantone non possano essere fornite da un ospedale ticinese in maniera economica e con la qualità richiesta, oppure qualora nessun istituto locale abbia interesse a fornire la prestazione.

Allo stato attuale, si rileva che, per garantire l'accesso alle cure sanitarie stazionarie ai pazienti residenti nella regione di Mesolcina-Calanca, il Cantone dei Grigioni e l'EOC (Ospedale regionale di Bellinzona e Valli) hanno stipulato una convenzione specifica.

1.4.1 Flussi di pazienti nel settore somatico acuto

Il numero di pazienti ticinesi curati fuori Cantone e quello dei pazienti provenienti da altri Cantoni trattati in Ticino nel settore somatico acuto mostrano una leggera diminuzione tra il 2019 e il 2023. I ricoveri fuori Cantone passano da 3'369 a 3'165 (-6.1%) e rappresentano, nel 2023, il 5.6% delle ospedalizzazioni di pazienti ticinesi (5.9% nel 2019); quelli provenienti da altri Cantoni in Ticino scendono invece da 2'442 a 2'252 (-7.8%), passando dal 4.2% delle ospedalizzazioni nel Cantone Ticino nel 2019 al 3.9% nel 2023. Il saldo intercantonale rimane negativo ma si riduce lievemente, passando da -927 a -913, segnalando un lieve miglioramento dell'equilibrio tra mobilità in uscita e in entrata.

Tipologia dei pazienti trattati negli istituti ticinesi	Casi trattati			
	2019		2023	
	Quantità	%	Quantità	%
Domiciliati in Ticino	53'808	92.8%	53'315	92.8%
Non domiciliati in Ticino	4'149	7.2%	4'147	7.2%
di cui domiciliati in Svizzera	2'442	4.2%	2'252	3.9%
di cui domiciliati all'estero	1'707	3.0%	1'895	3.3%
Totale casi trattati negli ospedali ticinesi	57'957	100%	57'462	100%

Tabella 1 Provenienza dei pazienti trattati negli istituti ticinesi, settore somatico acuto, nel 2019 e nel 2023

Luogo di trattamento dei pazienti domiciliati in Ticino	Casi trattati			
	2019		2023	
	Quantità	%	Quantità	%
In Ticino	53'808	94.1%	53'315	94.4%
Fuori Cantone	3'369	5.9%	3'165	5.6%
Totale casi di pazienti domiciliati in Ticino	57'177	100%	56'480	100%

Tabella 2 Luogo di trattamento dei pazienti ticinesi, settore somatico acuto, nel 2019 e nel 2023

Flusso intercantonale netto	2019	2023
Saldo netto flusso intercantonale	-927	-913
<i>in % dei casi trattati dagli ospedali ticinesi</i>	<i>-1.6%</i>	<i>-1.6%</i>
<i>in % dei casi trattati di pazienti domiciliati in Ticino</i>	<i>-1.6%</i>	<i>-1.6%</i>

Tabella 3 Saldo netto del flusso intercantonale di pazienti in Ticino, settore somatico acuto, nel 2019 e nel 2023

1.4.2 Flussi di pazienti nel settore della riabilitazione

Il numero di pazienti ticinesi curati fuori Cantone e quello dei pazienti provenienti da altri Cantoni trattati in Ticino nel settore della riabilitazione mostrano una diminuzione tra il 2019 e il 2023. I ricoveri fuori Cantone passano da 228 a 186 (-18.4%) e rappresentano, nel 2023, il 6.4% delle ospedalizzazioni di pazienti ticinesi (8.0% nel 2019); quelli provenienti da altri Cantoni in Ticino scendono invece da 128 a 95 (-25.8%), passando dal 4.3% delle ospedalizzazioni nel Cantone Ticino nel 2019 al 3.1% nel 2023. Il saldo intercantonale rimane negativo ma si riduce leggermente, passando da -100 a -91, segnalando un lieve miglioramento dell'equilibrio tra mobilità in uscita e in entrata.

Tipologia dei pazienti trattati negli istituti ticinesi	Casi trattati			
	2019		2023	
	Quantità	%	Quantità	%
Domiciliati in Ticino	2'810	93.4%	2'917	94.6%
Non domiciliati in Ticino	197	6.6%	168	5.4%
<i>di cui domiciliati in Svizzera</i>	<i>128</i>	<i>4.3%</i>	<i>95</i>	<i>3.1%</i>
<i>di cui domiciliati all'estero</i>	<i>69</i>	<i>2.3%</i>	<i>73</i>	<i>2.4%</i>
Totale casi trattati negli ospedali ticinesi	3'007	100%	3'085	100%

Tabella 4 Provenienza dei pazienti trattati negli istituti ticinesi, settore della riabilitazione, nel 2019 e nel 2023

Luogo di trattamento dei pazienti domiciliati in Ticino	Casi trattati			
	2019		2023	
	Quantità	%	Quantità	%
In Ticino	2'810	92.5%	2'917	94.0%
Fuori Cantone	228	7.5%	186	6.0%
Totale casi di pazienti domiciliati in Ticino	3'038	100%	3'103	100%

Tabella 5 Luogo di trattamento dei pazienti ticinesi, settore della riabilitazione, nel 2019 e nel 2023

Flusso intercantonale netto	2019	2023
Saldo netto flusso intercantonale	-100	-91
<i>in % dei casi trattati dagli ospedali ticinesi</i>	<i>-3.3%</i>	<i>-2.9%</i>
<i>in % dei casi trattati di pazienti domiciliati in Ticino</i>	<i>-3.3%</i>	<i>-2.9%</i>

Tabella 6 Saldo netto del flusso intercantonale di pazienti in Ticino, settore della riabilitazione, nel 2019 e nel 2023

1.4.3 Flussi di pazienti nel settore della psichiatria

Il numero di pazienti ticinesi curati fuori Cantone e quello dei pazienti provenienti da altri Cantoni trattati in Ticino nel settore della psichiatria mostrano un andamento opposto tra il 2019 e il 2023. I ricoveri fuori Cantone diminuiscono da 70 a 56 (-20.0%) e rappresentano, nel 2023, l'1.8% delle ospedalizzazioni di pazienti ticinesi (2.4% nel 2019); quelli provenienti da altri Cantoni in Ticino aumentano invece da 131 a 167 (+27.5%), passando dal 4.2% delle ospedalizzazioni nel Cantone Ticino nel 2019 al 4.9% nel 2023. Il saldo intercantonale, già positivo nel 2019, cresce ulteriormente passando da 61 a 111, segnalando un miglioramento del rapporto tra mobilità in entrata e in uscita a favore del Ticino.

Tipologia dei pazienti trattati negli istituti ticinesi	Casi trattati			
	2019		2023	
	Quantità	%	Quantità	%
Domiciliati in Ticino	2'809	89.7%	3'081	89.9%
Non domiciliati in Ticino	321	10.3%	348	10.1%
di cui domiciliati in Svizzera	131	4.2%	167	4.9%
di cui domiciliati all'estero	190	6.1%	181	5.3%
Totale casi trattati negli ospedali ticinesi	3'130	100%	3'429	100%

Tabella 7 Provenienza dei pazienti trattati negli istituti ticinesi, settore della psichiatria, nel 2019 e nel 2023

Luogo di trattamento dei pazienti domiciliati in Ticino	Casi trattati			
	2019		2023	
	Quantità	%	Quantità	%
In Ticino	2'809	97.6%	3'081	98.2%
Fuori Cantone	70	2.4%	56	1.8%
Totale casi di pazienti domiciliati in Ticino	2'879	100%	3'137	100%

Tabella 8 Luogo di trattamento dei pazienti ticinesi, settore della psichiatria, nel 2019 e nel 2023

Flusso intercantonale netto	2019	2023
Saldo netto flusso intercantonale	+61	+111
in % dei casi trattati dagli ospedali ticinesi	+1.9%	+3.2%
in % dei casi trattati di pazienti domiciliati in Ticino	+2.1%	+3.5%

Tabella 9 Saldo netto del flusso intercantionale di pazienti in Ticino, settore della psichiatria, nel 2019 e nel 2023

2 Criteri generali e metodologia per tutti i settori di cura ospedaliera

Nei prossimi capitoli viene illustrata la metodologia di valutazione dei criteri generali (qualità, economicità, accessibilità e rilevanza), validi per tutti e tre i settori di cura: somatico acuto, riabilitazione e psichiatria.

Inoltre, vengono fornite informazioni sul concetto delle quote minime di mercato e sulle disposizioni in materia di aggiornamento della pianificazione ("Rollende Planung").

2.1 Qualità

Il Cantone ha il dovere di garantire alla popolazione un accesso a cure di qualità. I principali obiettivi della Confederazione e dei Cantoni per la promozione della qualità e della sicurezza del paziente nelle strutture ospedaliere sono la riduzione delle infezioni associate alle cure sanitarie (IAS) e la diminuzione degli eventi indesiderati, in particolare nel campo chirurgico e farmacologico. Inoltre, particolare attenzione è rivolta alla qualità della comunicazione tra personale sanitario, paziente e familiari, nonché alla promozione di una maggiore consapevolezza da parte del paziente delle proprie scelte di cura.

Con l'articolo 58d OAMal il Consiglio federale ha definito i principali criteri per la valutazione della qualità nell'ambito della pianificazione ospedaliera. Questi criteri sono la diretta espressione dei pilastri della strategia federale per lo sviluppo della qualità nel sistema sanitario nazionale e, al contempo, permettono una certa armonizzazione dei requisiti di qualità richiesti alle strutture ospedaliere a livello nazionale.

Al Cantone spetta la competenza di ponderazione e valutazione dei criteri di qualità; esso può inoltre prevederne di aggiuntivi qualora lo ritenga necessario. Poiché l'articolo 58d OAMal rimane generico, il Cantone – per facilitarne l'attuazione – ha ritenuto opportuno definirli più puntualmente, anche sulla base di quanto richiesto dalla GD-ZH ai propri istituti.

La valutazione della qualità è realizzata tramite l'esame dell'adempimento dei requisiti minimi di qualità, dei requisiti specifici al settore di cura (cfr. foglio di lavoro [di seguito anche "FL"] 3.2 dei singoli moduli d'offerta) nonché di quelli relativi alle singole discipline o gruppi di prestazioni. I requisiti minimi e quelli specifici al settore di cura costituiscono una delle novità di questa pianificazione ospedaliera cantonale: essi regolano i presupposti di base per l'attribuzione dei mandati. Tali requisiti sono distinti da quelli richiesti per le singole prestazioni (SPLG) e si applicano a tutti gli istituti, indipendentemente dal mandato di prestazione.

Nella valutazione della qualità, il Cantone può anche considerare i risultati ottenuti nelle misurazioni di qualità previste dal catalogo di prestazioni dell'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche (ANQ).

Nell'ambito dell'esame delle candidature, la verifica del rispetto dei requisiti (cfr. cap. 3.5.1 "Principio generale") si baserà sulle informazioni trasmesse dall'istituto tramite autodichiarazione, ossia la compilazione del modulo d'offerta (cfr. FL 3.2 dei singoli moduli d'offerta) corredata da un rapporto scritto in cui sono descritte le modalità di adempimento del requisito.

L'adempimento dei requisiti di qualità farà l'oggetto di ulteriori verifiche dopo l'assegnazione del mandato, tramite appositi audit.

2.2 Economicità

Ai sensi della LAMal, la pianificazione ospedaliera cantonale deve basarsi su comparazioni tra ospedali non solo riguardo alla qualità, ma anche all'economicità (art. 39 cpv. 2^{ter} LAMal). La valutazione dell'economicità degli ospedali è effettuata segnatamente mediante confronti dei costi corretti per il grado di gravità (art. 58d cpv. 1 OAMal).

In aggiunta, il Cantone si appoggia sulle raccomandazioni emanate dalla CDS relative alla pianificazione ospedaliera e alla verifica dell'economicità (cfr. cap. 1.2.3 "Raccomandazioni della CDS"). In esse viene, tra l'altro, definita la metodologia di determinazione dei costi e indicata la stabilità economica quale ulteriore criterio per valutare l'economicità nel lungo termine.

La procedura di verifica dell'economicità descritta di seguito si basa sulla Raccomandazione n. 4 della CDS sulla pianificazione ospedaliera come anche sulle raccomandazioni della CDS sull'esame dell'economicità. La metodologia è conforme ai requisiti delle basi legali e dell'attuale giurisprudenza; inoltre, dal 2018, la Confederazione utilizza lo scambio dati CDS per la pubblicazione dei costi ospedalieri per caso, ponderati secondo il grado di gravità (art. 49 cpv. 8 LAMal).

Nella pianificazione ospedaliera, la garanzia dell'approvvigionamento assume un ruolo centrale: oltre alla fornitura efficiente delle prestazioni ospedaliere stazionarie, è importante che i candidati selezionati possano offrire tali prestazioni sul lungo periodo. La valutazione dell'economicità tiene conto di entrambe le esigenze, fondandosi da un lato sull'efficienza dei costi e, dall'altro, sulla stabilità economica dei potenziali fornitori di prestazioni.

2.2.1 Efficienza dei costi

L'efficienza è valutata attraverso il confronto dei costi tra i candidati. La base di costo è determinata conformemente alle raccomandazioni della CDS per la verifica dell'economicità, che prevedono un'analisi articolata in quattro fasi:

- creazione di una base dati sufficiente per i confronti ospedalieri;
- determinazione dei costi d'esercizio stazionari per ospedale rilevanti ai fini di un *benchmark*;
- formazione di gruppi comparativi per il confronto dei costi d'esercizio rilevanti per il *benchmark*;
- definizione del benchmark.

I costi per caso o per giornata sono standardizzati in funzione della gravità, così da consentire un confronto equo tra i candidati. Nel settore somatico acuto vengono calcolati i costi per caso corretti per il *Case Mix Index* (CMI); nella psichiatria il parametro determinante è rappresentato dai costi giornalieri corretti per il *Day Mix Index* (DMI). Per la riabilitazione, poiché la struttura tariffaria uniforme in tutta la Svizzera è stata introdotta solo dal 1° gennaio 2022, si valuterà se i dati disponibili consentano già una valutazione sulla base dei costi giornalieri corretti per il DMI o se debbano essere utilizzati i costi per giornata.

Il confronto non è limitato a un solo anno: l'analisi pluriennale permette di valutare l'evoluzione dei costi e di individuare eventuali valori anomali. Essa si basa, da un lato, sulla media dei singoli costi annuali e, dall'altro, sull'andamento (in calo, costante, in aumento, fluttuante) dei costi. Il confronto pluriennale viene effettuato a livello dell'intero ospedale, utilizzando i costi annuali per caso o giornata e confrontandoli con un valore di riferimento.

La base per il confronto dell'efficienza è costituita dai dati di costo dei singoli ospedali, derivanti dalla contabilità analitica per unità finali d'imputazione (UFI). Questi dati, rilevati tramite il formulario ITAR_K elaborato da H+, sono già oggi utilizzati in modo uniforme dai Cantoni per confronti nazionali.

Quale anno di riferimento per la valutazione dell'efficienza dei costi è scelto il 2023; per il confronto pluriennale saranno utilizzati anche i dati del 2022 e, se disponibili, quelli del 2024. Sono considerati solo gli anni in cui i dati sono stati raccolti secondo lo standard REKOLE.

2.2.2 Stabilità economica

Per garantire la sicurezza dell'approvvigionamento a lungo termine, il fornitore di prestazioni deve dimostrare stabilità finanziaria. Per la valutazione vengono utilizzati tre indicatori principali:

- margine EBITDAR, quale indicatore di redditività;
- quota di capitale proprio, quale indicatore di solidità e indipendenza dai creditori;
- quota di riserva, espressa come rapporto tra capitale proprio e spesa totale, moltiplicato per dodici per ottenere il numero di mesi di copertura in assenza di entrate.

La valutazione complessiva della stabilità economica è effettuata a livello dell'entità giuridica che richiede il mandato di prestazione e con cui viene stipulato il contratto.

2.2.3 Nuovi candidati / richiedenti

Per i nuovi richiedenti, la valutazione si basa su dati previsionali, che includono:

- la pianificazione della liquidità,
- i dati di base della nuova attività pianificata, e
- la contabilità dei costi e il conto economico previsionali per il settore stazionario e per l'intera azienda.

Tali dati devono essere forniti per l'orizzonte 2026-2035 e secondo la nomenclatura REKOLE.

2.2.4 Procedura di valutazione

La verifica dell'economicità si fonda sulle analisi dell'efficienza dei costi e della stabilità economica. L'analisi della stabilità identifica i fornitori idonei sotto il profilo economico, mentre l'efficienza dei costi è il criterio decisivo per la valutazione finale. I candidati con dati effettivi e quelli con dati previsionali sono valutati separatamente, poiché la base dati differisce.

2.3 Accessibilità

La legislazione federale stabilisce che le prestazioni stazionarie devono essere garantite a tutta la popolazione cantonale. Per il settore somatico acuto, il concetto di accessibilità si traduce nella garanzia di accesso alle cure di prima necessità (cure di base) in tempi utili. Al fine di garantire l'accesso a tali cure anche agli abitanti delle valli, sono stati considerati nell'analisi dell'accessibilità non solo gli istituti ospedalieri che offrono il pacchetto di base (BP) ma anche quelli che attualmente erogano prestazioni di medicina interna generale (BPM)⁵.

Per la valutazione preventiva dell'accessibilità, intesa in termini di tempo, alle cure di base nel Cantone, il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) si è affidato all'Osservatorio dello sviluppo territoriale dell'Università della Svizzera italiana (USI), le cui analisi si sono basate sui dati forniti dall'Ufficio della pianificazione della mobilità della Divisione dello sviluppo territoriale e della mobilità del Cantone Ticino.

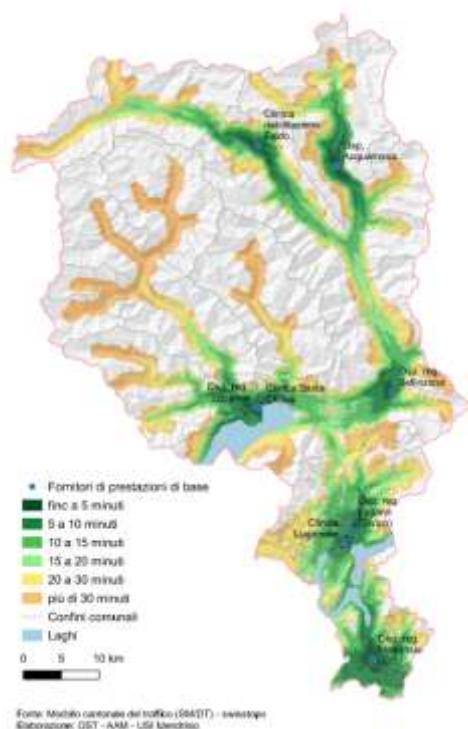


Figura 1 Raggiungibilità degli istituti ospedalieri fornitori di cure di base, 2020

In psichiatria, la prima presa in carico dei pazienti è garantita dai servizi di pronto soccorso degli ospedali del settore somatico acuto; pertanto, la valutazione dell'accessibilità alle cure psichiatriche di base (comprese le urgenze) segue quella descritta per il settore somatico acuto.

Per quanto concerne la riabilitazione, la valutazione dell'accessibilità non è necessaria, poiché il ricovero non avviene mai in urgenza, ma è sempre programmato e accompagnato da una garanzia di pagamento rilasciata dall'assicuratore malattia.

Per l'analisi finale dell'accessibilità saranno presi in considerazione tutti gli istituti cantonali ed extraterritoriali che si candideranno per essere iscritti nell'elenco ospedaliero e che soddisfano i requisiti qualitativi ed economici richiesti. In caso di necessità, potranno essere considerati anche gli istituti candidati per un mandato di prestazioni specialistiche.

2.3.1 Metodologia utilizzata

Il calcolo dei tempi di percorrenza è stato effettuato sulla base dei dati del modello del traffico del Cantone Ticino, forniti dalla Sezione della mobilità (SM). Sono stati utilizzati i dati relativi al trasporto privato motorizzato, con un carico di traffico medio giornaliero sulla rete viaria cantonale.

La rete stradale cantonale, nel modello di traffico, è rappresentata da una rete di nodi e archi. Per ogni arco o tratto sono disponibili la velocità media, la lunghezza, il tempo di percorrenza per un traffico medio giornaliero e, per ogni nodo, il tempo di attesa. Sulla base di questi dati, per ogni nodo della rete è stato calcolato il tempo di viaggio più breve verso l'ospedale più vicino.

A partire da questi nodi, sono state create le aree raggiungibili nei seguenti intervalli: fino a 5 minuti, da 5 a 10 minuti, da 10 a 15 minuti, da 20 a 30 minuti e oltre 30 minuti. Sulla base dei dati della statistica della popolazione 2020 (STATPOP, Ufficio federale di statistica – UST, Neuchâtel), è stata quindi calcolata la popolazione residente permanente domiciliata in queste aree.

⁵ Anche gli istituti con il solo BPM devono essere in grado di stabilizzare un paziente per il suo trasferimento.

Tempo di percorrenza	Popolazione residente permanente 2020		Popolazione residente permanente 2020, cumulata	
	Quantità	%	Quantità	%
Fino a 5 minuti	75'897	22%	75'897	22%
Fino a 10 minuti	139'020	40%	214'917	61%
Fino a 15 minuti	88'707	25%	303'624	87%
Fino a 20 minuti	35'478	10%	339'102	97%
Fino a 30 minuti	10'101	3%	349'203	99%
Oltre i 30 minuti	1'729	1%	350'986	100%

L'87% della popolazione può raggiungere le cure di base in meno di 15 minuti, mentre solo l'1% impiega più di 30 minuti. Considerata la conformazione del territorio cantonale, caratterizzato da montagne e vallate, tale risultato è da ritenersi molto positivo. Per i 1'729 abitanti che vivono in zone discoste, la presa in carico in caso di urgenza vitale è in ogni caso garantita dagli enti di soccorso (servizi di autoambulanza o elisoccorso).

2.4 Quota minima di mercato: principio

La Raccomandazione n. 2 della CDS sulla pianificazione ospedaliera stabilisce che, oltre alla qualità e all'efficienza economica, l'importanza di un ospedale per la copertura del fabbisogno rappresenta uno dei criteri possibili per l'attribuzione di un mandato di prestazione. I Cantoni possono pertanto fissare soglie minime di copertura del fabbisogno da garantire da parte di un fornitore di prestazioni.

Per gli istituti ospedalieri situati nel Cantone, in caso di un'offerta complessiva di prestazioni sufficiente o superiore al fabbisogno, la raccomandazione prevede che un ospedale non sia considerato determinante per la copertura del fabbisogno (in un determinato gruppo di prestazioni) se, per un periodo stabilito dal Cantone, non fornisce almeno il 5% e, contemporaneamente, almeno 10 casi di trattamenti stazionari per pazienti domiciliati nel Cantone.

La CDS raccomanda quindi di stabilire per ogni gruppo di prestazioni una quota minima pari ad almeno il 5%, lasciando tuttavia ai Cantoni la facoltà di fissare soglie diverse in funzione della capillarità o della concentrazione necessaria per i singoli gruppi di prestazioni, in particolare per:

- prestazioni di base da fornire su tutto il territorio cantonale;
- prestazioni da fornire a livello regionale;
- prestazioni da fornire a livello sovraregionale o sovracantonale.

A sostegno di questa interpretazione si è espresso anche il Tribunale amministrativo federale (TAF) nella sentenza del 18 marzo 2021 (sentenza C-2827/2019, in tedesco)⁶.

In via eccezionale, e in particolare per motivi di politica sanitaria volti a garantire una copertura decentralizzata delle cure, la CDS prevede che un ospedale con sede nel Cantone possa essere considerato determinante per la copertura del fabbisogno anche se la sua quota nel gruppo di prestazioni interessato è inferiore al 5% dei trattamenti stazionari degli abitanti del Cantone.

⁶ Consultabile sul sito internet della CDS (www.gdk-cds.ch/fr > Soins de santé > Hôpitaux > Planification > Recueil des arrêts > Tribunal administratif fédéral)

Il Cantone Ticino ha scelto di applicare parzialmente il principio di rilevanza per la copertura del fabbisogno, introducendo quote minime di mercato per le prestazioni fornite nei settori somatico acuto e della riabilitazione.

Invece, il Cantone Ticino non ha previsto di imporre agli istituti, per ogni gruppo di prestazioni per il quale si candidano, un numero minimo di 10 casi trattati relativi a pazienti residenti nel Cantone e a carico dell'AOMS, come raccomandato dalla CDS e applicato da altri Cantoni, privilegiando nel settore somatico acuto i numeri minimi di casi per sede previsti dalla sistematica SPLG del Cantone di Zurigo. Nel settore della psichiatria non è stata introdotta una quota minima di mercato, ritenuto che tale criterio non apporterebbe benefici concreti all'offerta sanitaria cantonale, anche alla luce dell'assenza di cliniche specializzate per disciplina.

Rimandiamo ai capitoli 3.4.3 "Quota minima di mercato (settore somatico acuto)" e 5.3.1 "Quota minima di mercato (settore della riabilitazione)" per maggiori dettagli.

2.5 Definizione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)

Nel suo rapporto «Indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera cantonale»⁷, il prof. Carlo De Pietro definisce come segue i PDTA (pag. 63):

«I PDTA sono percorsi di assistenza integrata multi professionali, 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.»

L'articolo 2 capoverso 2 del DL 2024 sulla pianificazione ospedaliera prevede che «i mandati che comportano una presa in carico complessa devono tener conto dell'impegno della struttura a formalizzare progetti di collaborazione con altri fornitori di prestazione sul territorio per definire percorsi diagnostici e terapeutici comuni (PDTA).»

Nel settore somatico-acuto, per «mandato che comporta una presa in carico complessa» s'intende i gruppi di prestazioni che rientrano nella categoria "prestazioni multidisciplinari e complesse" (cfr. cap. 3.2.3 "Suddivisione dei gruppi di prestazioni in macro-categorie").

Con l'inoltro della candidatura per l'ottenimento del mandato per uno o più gruppi di prestazioni di questa categoria, l'istituto s'impegna formalmente a sviluppare attivamente dei percorsi diagnostici e terapeutici comuni con gli altri attori implicati nella fornitura della prestazione a monte o a valle del soggiorno ospedaliero, in caso di assegnazione del mandato per uno o più gruppi di prestazioni di questa categoria. Inoltre, l'istituto s'impegna, su richiesta del Cantone, a fornire le informazioni richieste sull'andamento dello sviluppo di PDTA o a partecipare a gruppi di lavoro interdisciplinari promossi dal Cantone volti a sviluppare i PDTA per patologie specifiche.

Per i settori della psichiatria e della riabilitazione non è previsto invece, allo stadio attuale, lo sviluppo di PDTA. Tuttavia, il Cantone può anche in questi settori promuovere lo sviluppo di tali percorsi e istituire gruppi di lavoro in questo senso, al quale potrà richiedere la partecipazione di uno o più istituti.

⁷ Allegato al messaggio 8250 del 22 marzo 2023 concernente la pianificazione ospedaliera cantonale

2.6 Aggiornamento della pianificazione (“*Rollende Planung*”)

La rivalutazione dell'attribuzione dei mandati di prestazione avviene con un approccio progressivo, prevedendo controlli mirati per i mandati provvisori e revisioni generali periodiche, così da garantire il rispetto costante dei requisiti e un'allocazione ottimale delle risorse.

2.6.1 Verifica dei mandati provvisori

Per gli istituti o le sedi che hanno ottenuto un mandato provvisorio (applicabile nei settori somatico acuto e della riabilitazione, cfr. cap. 3.5.1 “Principio generale” e 3.5.2 “Valutazione dei requisiti relativi al numero minimo di casi per sede e alla quota minima di mercato”), è prevista una verifica di due anni dopo l'entrata in vigore del nuovo elenco ospedaliero. La verifica si baserà sui dati dei due anni di attività successivi a tale data.

Il requisito del numero minimo di casi per sede (limitatamente al settore somatico acuto) e della quota minima di mercato sarà considerato soddisfatto se:

- il criterio è adempiuto **in media sui due anni verificati**; oppure
- il criterio è adempiuto **nell'ultimo anno del periodo di verifica** (secondo anno dopo l'entrata in vigore dell'elenco).

Se i criteri sono rispettati, il mandato sarà confermato fino alla successiva rivalutazione generale.

2.6.2 Rivalutazione generale

Indicativamente ogni quattro anni avrà luogo una revisione completa dell'allocazione dei mandati, con l'emissione di un nuovo modulo d'offerta e la verifica di tutti i criteri di attribuzione. Questo processo terrà conto dei cambiamenti nel contesto sanitario e di eventuali aggiornamenti della sistematica SPLG e/o della CDS.

Un singolo settore (somatico acuto, psichiatria, riabilitazione) potrà fare l'oggetto di una rivalutazione generale indipendente, ovvero non tutti i settori faranno l'oggetto di una rivalutazione generale nel medesimo tempo.

2.6.3 Aggiornamenti tecnici

Tra le rivalutazioni generali potranno essere introdotti adeguamenti tecnici qualora venissero apportate modifiche di entità limitata alle sistematiche di riferimento. Non verranno invece recepite modifiche sostanziali ai mandati prima della rivalutazione generale, per preservare stabilità e prevedibilità nella pianificazione.

2.6.4 Attribuzione di nuovi mandati

Non è prevista l'attribuzione di nuovi mandati al di fuori delle rivalutazioni generali. Sono possibili eccezioni qualora la copertura del fabbisogno non è più garantita dall'attribuzione attuale dei mandati di prestazione.

3 Criteri specifici e metodologia per il settore somatico acuto

3.1 Metodologia per il settore somatico acuto

I gruppi di prestazioni sviluppati dalla GD-ZH per la pianificazione zurighese del 2012 sono stati introdotti in Ticino con la pianificazione ospedaliera del 2015. Da allora, la sistematica SPLG è stata regolarmente sviluppata e aggiornata in funzione delle imperfezioni riscontrate e dell'evoluzione del settore sanitario.

3.2 Sistematica dei gruppi di prestazioni del settore somatico acuto

I gruppi di prestazioni si basano principalmente sui codici di trattamento CHOP e sono suddivisi in base alla disciplina medica e alla complessità del trattamento. Per un ulteriore affinamento della sistematica, vengono considerati anche i codici diagnostici ICD. La panoramica dei gruppi di prestazioni SPLG V2023.1 è riportata nel foglio 2.1 del relativo modulo d'offerta.

3.2.1 Modello dei gruppi di prestazioni del settore somatico acuto

La classificazione zurighese dei gruppi di prestazioni raggruppa le singole prestazioni in base alle discipline mediche e all'organo coinvolto. Questa suddivisione è stata costantemente aggiornata, accompagnando i progressi della medicina. Inoltre, sono state regolarmente integrate le revisioni dei cataloghi ICD e CHOP, che costituiscono la base dei gruppi di prestazioni.

Oltre all'evoluzione medica, il sistema di raggruppamento tiene conto anche della strategia di concentrazione dei trattamenti meno frequenti e del mantenimento dell'offerta di prestazioni di base nelle zone periferiche.

La sistematica utilizzata nel modulo d'offerta non si discosta in modo significativo dalla versione attualmente in vigore (V2016) e da quella del Cantone di Zurigo utilizzata come base di lavoro (V2025.1). È stato unicamente aggiunto 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 (vedi requisiti nel foglio di lavoro 3.9 del modulo d'offerta).

Per l'elenco dei gruppi di prestazioni nel settore somatico acuto, si rimanda al foglio di lavoro 2.1 "Panoramica dei gruppi di prestazioni" del relativo modulo d'offerta.

3.2.2 Requisiti specifici ai gruppi di prestazioni del settore somatico-acuto

Per ogni gruppo di prestazioni sono stati definiti requisiti specifici e requisiti aggiuntivi che l'istituto deve obbligatoriamente soddisfare per poter ottenere il relativo mandato di prestazione. L'obiettivo di tali requisiti è garantire un'uniformità di standard qualitativi. In questo senso, sono state previste condizioni per la prontezza dei medici specialisti, per il pronto soccorso, per le unità di medicina intensiva, ecc.

Parallelamente ai vincoli strutturali, sono stati definiti anche obblighi procedurali, che possono, ad esempio, essere adempiuti tramite l'ottenimento di una certificazione (es. riconoscimento *Palliative Care*, *Q-Label*, ecc.).

I requisiti specifici ai singoli gruppi di prestazioni sono riassunti nel foglio di lavoro 2.2 del modulo d'offerta.

3.2.3 Suddivisione dei gruppi di prestazioni in macro-categorie

I 141 gruppi di prestazioni sono stati suddivisi in quattro macro-categorie secondo la metodologia seguente:

- **Prestazioni di base** (offerta locale)

Questa categoria comprende i gruppi di prestazioni che devono essere erogati in modo capillare su tutto il territorio cantonale, ovvero il pacchetto di base chirurgia e medicina interna (BP), il pacchetto di base per fornitori di prestazioni elettive (BPE) e il pacchetto di base di medicina interna generale (BPM).

- **Prestazioni specialistiche** (offerta regionale)

Comprende tutti i gruppi di prestazioni che, per esclusione, non rientrano tra le prestazioni di base (vedi sopra) o tra quelle multidisciplinari e complesse (vedi sotto).

Sono inclusi in questa categoria i seguenti 52 gruppi di prestazioni:

Sigla	Definizione
AUG1	Oftalmologia
AUG1.1	Strabologia
AUG1.2	Orbita, palpebre, apparato lacrimale
AUG1.3	Chirurgia specialistica della camera anteriore
AUG1.4	Cataratta
AUG1.5	Problemi al corpo vitreo e retina
BEW1	Chirurgia dell'apparato locomotore
BEW10	Chirurgia del plesso
BEW2	Ortopedia
BEW3	Chirurgia della mano
BEW4	Artroscopia della spalla e del gomito
BEW5	Artroscopia del ginocchio
BEW6	Ricostruzione dell'estremità superiore
BEW7	Ricostruzione dell'estremità inferiore
BEW7.1	Prima protesi dell'anca
BEW7.1.1	Sostituzione protesi dell'anca
BEW7.2	Prima protesi del ginocchio
BEW7.2.1	Sostituzione protesi del ginocchio
BEW8	Chirurgia della colonna vertebrale
BEW9	Tumori ossei
DER1	Dermatologia (incluse malattie sessualmente trasmissibili)
DER2	Trattamento delle ferite
END1	Endocrinologia
GAE1	Gastroenterologia
GYN1	Ginecologia
GYN2	Centro di senologia riconosciuto e certificato
HAE3	Malattie mieloproliferative e sindromi mielodisplastiche
HNO1	Otorinolaringoiatria (chirurgia ORL)
HNO1.1	Chirurgia cervico-facciale
HNO1.2	Chirurgia allargata del naso e dei seni paranasali
HNO1.3	Chirurgia dell'orecchio medio (timpanoplastica, chirurgia della mastoide, ossiculoplastica incl. Operazioni della staffa)
HNO2	Chirurgia della tiroide e delle paratiroidi
KIE1	Chirurgia maxillare
NCH2	Neurochirurgia spinale
NEU1	Neurologia
NEU2	Tumore maligno secondario del sistema nervoso
NEU4	Epilettologia: diagnostica complessa
NEU4.1	Epilettologia: trattamento complesso
NEU4.2	Diagnostica epilettologica preoperatoria non invasiva
NUK1	Medicina nucleare
ONK1	Oncologia

Sigla	Definizione
PNE1	Pneumologia
PNE1.1	Pneumologia con terapia respiratoria specialistica
PNE2	Polisonnografia
RAD1	Radiologia interventistica (per i vasi solo diagnostica)
RHE1	Reumatologia
UNF1⁸	Chirurgia traumatologica (politrauma)
URO1	Urologia senza titolo di formazione approfondita "Urologia operatoria"
URO1.1	Urologia con titolo di formazione approfondita "Urologia operatoria"
URO1.1.1	Prostatectomia radicale
URO1.1.7	Impianto di uno sfintere urinario artificiale
VIS1.4	Chirurgia bariatrica

Tabella 10 Gruppi di prestazioni categorizzati come "specialistici", settore somatico acuto

● **Prestazioni multidisciplinari e complesse** (offerta sovraregionale)

Comprende tutti i gruppi di prestazioni per i quali sono necessarie infrastrutture rilevanti e/o interazioni con altre discipline ospedaliere.

Sono considerati multidisciplinari e complessi i gruppi di prestazioni che devono rispettare almeno uno dei seguenti criteri:

- Livello richiesto per il pronto soccorso: 3 o 4
- Livello richiesto per la medicina intensiva: 2 o 3
- Collegamento "solo in sede" obbligatorio richiesto con uno o più gruppi di prestazioni che non appartengono alla stessa disciplina.

Rimandiamo al foglio di lavoro 2.2. del modulo d'offerta per i criteri applicabili ai singoli gruppi di prestazioni.

Sono inclusi in questa categoria i seguenti 62 gruppi di prestazioni:

Sigla	Definizione
ANG1	Interventi sui vasi periferici (arteriosi)
ANG3	Interventi sulla carotide e sui vasi extracranici
BEW11	Reimpianti
BEW8.1	Chirurgia specialistica della colonna vertebrale
BEW8.1.1	Chirurgia complessa della colonna vertebrale
DER1.1	Dermatologia oncologica
DER1.2	Patologie dermatologiche severe
GAE1.1	Gastroenterologia specialistica
GEB1	Assistenza di base in ostetricia (dalla 35 0/7 settimana di gestazione e peso $\geq 2000g$)
GEB1.1	Ostetricia (dalla 32 0/7 settimana di gestazione e peso $\geq 1250g$)

⁸ UNF1 è stato categorizzato come prestazione specialistica in considerazione dei criteri presenti nel modulo d'offerta. Tuttavia, facciamo notare come non sono stati stabiliti criteri di attribuzione nella sistematica SPLG (e ripresa tale quale dal Cantone Ticino). In effetti, per questo gruppo di prestazioni è "unicamente" necessario avere il mandato, in sede, per il gruppo di prestazioni UNF1.1, che è un mandato della medicina altamente specializzata. Pertanto l'attribuzione di questo mandato è strettamente legato all'attribuzione dei mandati decisa dall'Organo decisionale MAS.

Sigla	Definizione
GEB1.1.1	Ostetricia specialistica
GEBH	Casa del parto (dalla 36 0/7 settimana di gestazione)
GEBS	Servizio a conduzione ostetrica di assistenza al parto in ospedale (dalla 36 0/7 settimana di gestazione)
GEF1	Chirurgia vascolare dei vasi periferici (arteriosi)
GEF3	Chirurgia vascolare della carotide
GEFA	Interventi e chirurgia vascolare dei vasi intra-addominali
GYNT	Tumori ginecologici
HAE1	Linfomi aggressivi e leucemie acute
HAE1.1	Linfomi altamente aggressivi e leucemie acute con chemioterapie curative
HAE2	Linfomi indolenti e leucemie croniche
HAE4	Trapianto autologo di cellule staminali
HER1	Chirurgia cardiaca semplice
HER1.1	Cardiochirurgia e chirurgia vascolare con circolazione extracorporea (senza chirurgia coronarica)
HER1.1.1	Chirurgia coronarica (BPAC)
HER1.1.2	Cardiochirurgia congenita complessa
HER1.1.3	Chirurgia e interventi all'aorta toracale
HER1.1.4	Interventi aperti alla valvola aortica
HER1.1.5	Interventi aperti alla valvola mitrale
HNO1.1.1	Chirurgia cervicale complessa (chirurgia tumorale interdisciplinare)
HNO1.2.1	Chirurgia allargata del naso e dei seni paranasali con apertura della dura madre (chirurgia interdisciplinare craniale di base)
HNO1.3.1	Chirurgia allargata dell'orecchio con orecchio interno e/o apertura della dura madre
KAR1	Cardiologia e dispositivi
KAR2	Elettrofisiologia (ablazioni)
KAR3	Cardiologia interventistica (interventi coronarici)
KAR3.1	Cardiologia interventistica (interventi strutturali)
KAR3.1.1	Cardiologia interventistica complessa (interventi strutturali)
NCH1	Neurochirurgia craniale
NCH1.1	Neurochirurgia specializzata
NCH3	Neurochirurgia periferica
NEO1	Assistenza di base ai neonati (dalla 35 0/7 settimana di gestazione e peso $\geq 2000g$)
NEO1.1	Neonatologia (dalla 32 0/7 settimana di gestazione e peso $\geq 1250g$)
NEO1.1.1	Neonatologia specializzata (dalla 28 0/7 settimana di gestazione e peso $\geq 1000g$)
NEO1.1.1.1	Neonatologia altamente specializzata (< 28 0/7 settimane di gestazione e peso < 1000g)
NEOG	Assistenza di base a neonati in casa del parto (dalla 36 0/7 settimana di gestazione e peso $\geq 2000 g$)
NEP1	Nefrologia (insufficienza renale acuta e insufficienza renale cronica terminale)
NEU2.1	Tumore primario del sistema nervoso centrale (senza pazienti palliativi)
NEU3	Malattie cerebrovascolari

Sigla	Definizione
PLC1	Interventi nel contesto della transessualità
PNE1.2	Valutazione prima o status dopo trapianto polmonare
PNE1.3	Fibrosi cistica (FC)
RAD2	Radiologia interventistica complessa
RAO1	Radio-Oncologia
RHE2	Reumatologia interdisciplinare
THO1	Chirurgia toracica
THO1.1	Neoplasie maligne del sistema respiratorio (resezione curativa tramite lobectomia / pneumonectomia)
THO1.2	Chirurgia del mediastino
TPL6	Trapianto intestinale
TPL7	Trapianto della milza
URO1.1.3	Chirurgia complessa dei reni (Nefrectomia per indicazione oncologica e nefrectomia parziale)
URO1.1.4	Surrenalectomia isolata
URO1.1.8	Nefrostomia percutanea con frammentazione dei calcoli
VIS1	Chirurgia viscerale

Tabella 11 Gruppi di prestazioni categorizzati come "multidisciplinari e complessi", settore somatico acuto

- **Medicina altamente specializzata (MAS)** (offerta sovracantonale)

Comprende tutti i gruppi di prestazioni che sono integrati nella medicina altamente specializzata (MAS) ai sensi dell'articolo 39 capoverso 2^{bis} LAMal e della Convenzione intercantonale sulla medicina altamente specializzata del 3 luglio 2008 (CIMAS).

Conformemente alla CIMAS, l'allocazione dei gruppi di prestazioni alla MAS e la conseguente attribuzione agli istituti ospedalieri a livello nazionale è di esclusiva competenza dell'Organo decisionale MAS.

Rimandiamo al foglio di lavoro 2.1 del modulo d'offerta per l'elenco attuale dei gruppi di prestazioni attribuiti alla MAS.

3.3 Discipline trasversali

Le discipline trasversali sono parte integrante della sistematica SPLG come tutti gli altri gruppi di prestazioni. Il modulo d'offerta prevede, per ciascuna di esse, un apposito foglio di lavoro contenente i requisiti richiesti.

Tuttavia, poiché per loro natura non sono ancora integralmente codificabili, in quanto si distribuiscono in maniera trasversale sugli altri gruppi di prestazioni, non si applicano loro le stesse disposizioni previste per gli altri gruppi, come ad esempio la ripartizione in macro-categorie (e la conseguente applicazione di quote di mercato) o l'imposizione di un numero minimo di casi.

3.4 Requisiti specifici del settore somatico acuto

I requisiti per l'attribuzione dei mandati, relativi ai vari gruppi di prestazioni del settore somatico acuto, sono presentati nel relativo modulo d'offerta. Nel presente rapporto metodologico sono illustrati i criteri aggiuntivi che non sono esposti nel modulo d'offerta o che necessitano di ulteriori dettagli per una completa comprensione dell'approccio definito dal Cantone.

I criteri contenuti nel presente rapporto e quelli riportati nel modulo d'offerta sono tra loro complementari e hanno la stessa rilevanza.

3.4.1 Numero minimo di casi (per sede)

Per rafforzare la qualità delle prestazioni, i Cantoni possono fissare un numero minimo di casi per i gruppi di prestazioni, come previsto dagli articoli 58d capoverso 4 e 58f capoverso 4 lettera f OAMal.

In tal senso il Cantone Ticino ha ripreso i numeri minimi di casi per sede definiti dal modello zurighese, che elenchiamo di seguito (come presentato anche nel FL 2.2 del modulo d'offerta).

Sigla	Definizione	Numero minimo di casi per sede
DER1.1	Dermatologia oncologica	10
HNO2	Chirurgia della tiroide e delle paratiroidi	10
NCH1.1	Neurochirurgia specializzata	10
NEU4	Epilettologia: diagnostica complessa	10
NEU4.1	Epilettologia: trattamento complesso	10
HAE1.1	Linfomi altamente aggressivi e leucemie acute con chemioterapie curative	10
HAE4	Trapianto autologo di cellule staminali	10
GEF1	Chirurgia vascolare dei vasi periferici (arteriosi)	10
GEFA	Interventi e chirurgia vascolare dei vasi intra-addominali	20
GEF3	Chirurgia vascolare della carotide	10 (oppure 20 con ANG3)
ANG3	Interventi sulla carotide e sui vasi extracranici	10 (oppure 20 con GEF3)
HER1.1.1	Chirurgia coronarica (BPAC)	100
HER1.1.2	Cardiochirurgia congenita complessa	10
KAR1	Cardiologia e dispositivi	50
KAR2	Elettrofisiologia (ablazioni)	100
KAR3	Cardiologia interventistica (interventi coronarici)	500
KAR3.1	Cardiologia interventistica (interventi strutturali)	10
KAR3.1.1	Cardiologia interventistica complessa (interventi strutturali)	75
URO1.1.1	Prostatectomia radicale	10
URO1.1.3	Chirurgia complessa dei reni (Nefrectomia per indicazione oncologica e nefrectomia parziale)	10
THO1.1	Neoplasie maligne del sistema respiratorio (resezione curativa tramite lobectomia / pneumonectomia)	30
BEW7.1	Prima protesi dell'anca	50
BEW7.2	Prima protesi del ginocchio	50
BEW8	Chirurgia della colonna vertebrale	100
BEW8.1	Chirurgia specialistica della colonna vertebrale	20
BEW8.1.1	Chirurgia complessa della colonna vertebrale	15
BEW9	Tumori ossei	10
BEW10	Chirurgia del plesso	10
GYNT	Tumori ginecologici	20
GYN2	Centro di senologia riconosciuto e certificato	100 (oppure 50 per ogni ospedale in rete)

Tabella 12 Gruppi di prestazioni con numero minimo di casi per sede, settore somatico acuto

L'unica divergenza tra il modello elaborato dalla GD-ZH e quanto esposto sopra è l'obiettivo di casi per sede per il gruppo di prestazioni GEB1.1. Il Cantone di Zurigo fissa come obiettivo di casi (e non come numero minimo vincolante) un importo di 1'500 casi, combinati tra le prestazioni fornite per il GEB1 e il GEB1.1.

Il Cantone Ticino ha deciso di non riprendere questo criterio, nella misura in cui i gruppi di prestazioni dell'ostetricia richiedono tutti un collegamento in sede con i gruppi di prestazioni della neonatologia; per questi ultimi sono definiti come requisiti aggiuntivi i vari livelli degli *Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland* della Società svizzera di neonatologia (SSN), che definiscono tra l'altro numeri minimi di casi.

Salvo per il livello I (necessario per ottenere il mandato per il gruppo di prestazioni NEO1 e, di conseguenza, per il gruppo di prestazioni GEB1), la SSN accredita i reparti di neonatologia secondo i livelli definiti nei propri standard.

Il Cantone Ticino si affida, in questo caso, alle accreditazioni rilasciate dalla SSN per la verifica dei numeri minimi nel settore della neonatologia (e, pertanto, anche dell'ostetricia).

3.4.2 Stazione di isolamento speciale (ISO)

Nei casi di tipo "Ebola", si rende necessaria la concentrazione dell'erogazione delle prestazioni in poche strutture selezionate. In questo modo, si può garantire in modo ottimale sia la protezione del personale e della popolazione dal contagio con un agente patogeno "altamente pericoloso", sia un'erogazione efficiente delle cure, considerando la rarità dell'insorgenza della malattia e l'elevato fabbisogno di risorse per il trattamento.

Il 19 febbraio 2015 il comitato direttivo della CDS ha incaricato un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), dei Cantoni (ZH, GE, BS, ZG) e del Segretariato generale della CDS, di elaborare una proposta di approccio per il coordinamento dell'erogazione delle prestazioni e la definizione del finanziamento per il trattamento delle malattie di tipo "Ebola".

Il Cantone Ticino, per quanto concerne la Stazione di isolamento speciale, ha deciso di applicare il «Concetto di coordinamento delle prestazioni e di finanziamento nel trattamento delle malattie di tipo "Ebola"» del 22 febbraio 2019⁹ elaborato dal gruppo di lavoro della CDS, che raccomanda la concentrazione di queste prestazioni presso gli ospedali universitari di Ginevra (HUG) e di Zurigo (USZ).

Questa disciplina trasversale non verrà pertanto attribuita a un istituto in Ticino.

3.4.3 Quota minima di mercato (settore somatico acuto)

Ritenute la possibilità data ai Cantoni di determinare dei criteri di rilevanza per la copertura del fabbisogno cantonale (vedi cap. 2.4 "Quota minima di mercato: principio") e la richiesta del Gran Consiglio di stabilire criteri di concentrazione come all'articolo 2 cifra 1 lettera b del DL 2024 sulla pianificazione ospedaliera, al fine di incentivare le concentrazioni volte a migliorare la qualità e l'efficienza economica delle prestazioni erogate, il Cantone Ticino ha deciso di definire delle quote minime di mercato differenziate in base alla categorizzazione dei gruppi di prestazioni (vedi cap. 3.2.3 "Suddivisione dei gruppi di prestazioni in macro-categorie").

⁹ Disp. solo in fr. e in ted.: «Coordination des prestations et financement dans le traitement de maladies du type Ebola»; cfr. www.gdk-cds.ch/fr/ > Prévention et promotion de la santé > Maladies transmissibles > Continuer au concept (PDF). «Koordination der Leistungserbringung und Finanzierung bei der Behandlung von Krankheiten vom Typ "Ebola"»; cfr. www.gdk-cds.ch/de/ > Prävention und Gesundheitsförderung > Übertragbare Krankheiten > Zum Konzept (PDF)

Questa differenziazione si giustifica con la natura diversa delle categorie di gruppi di prestazioni, in particolare la capillarità voluta sul territorio, come anche l'infrastruttura e la multidisciplinarietà richieste. Le quote di mercato minime sono state definite per i gruppi di prestazioni presenti nelle categorie "Prestazioni specialistiche" e "Prestazioni multidisciplinari e complesse", come segue:

Categoria	Quota di mercato minima
Prestazioni specialistiche	5%
Prestazioni multidisciplinari e complesse	10%

Tabella 13 Quota minima di mercato per categoria di prestazioni, settore somatico acuto

3.5 Valutazione dei requisiti nel settore somatico acuto

3.5.1 Principio generale

La valutazione dei requisiti definiti nel presente rapporto e nel modulo d'offerta deve avvenire prima dell'emissione del nuovo elenco ospedaliero, e viene eseguita dalla Divisione della salute pubblica e dalle sue unità amministrative subordinate sulla base delle informazioni e dei documenti trasmessi dagli istituti al momento della candidatura come anche delle verifiche in sede e delle richieste ulteriori d'informazione o di documentazione.

L'adempimento di tutti i requisiti di attribuzione dovrà essere comprovato al momento dell'allestimento dell'elenco ospedaliero, all'eccezione di quelli relativi ai numeri minimi di casi per sede e alle quote minime di mercato. Per questi due requisiti il Cantone potrà dare un termine di due anni per il loro adempimento, come previsto dall'articolo 2 capoverso 3 del DL 2024 sulla pianificazione ospedaliera.

3.5.2 Valutazione dei requisiti relativi al numero minimo di casi per sede e alla quota minima di mercato

La verifica del rispetto dei requisiti relativi al numero minimo di casi per sede e alla quota minima di mercato è effettuata sulla base della media dei dati relativi agli ultimi due anni disponibili al momento della valutazione.

Per l'allestimento del prossimo elenco ospedaliero saranno di principio presi in considerazione i dati relativi all'attività 2023 e 2024. Qualora i dati 2024 non fossero ancora disponibili a causa di ritardi nell'implementazione del nuovo sistema federale di rilevamento statistico SpiGes, saranno utilizzati i dati 2022 e 2023.

Sono presi in considerazione esclusivamente i volumi relativi a gruppi di prestazioni per i quali un mandato era già stato attribuito all'istituto o alla sede in base al DL 2015 sull'elenco ospedaliero cantonale o al DL 2005 sull'elenco ospedaliero cantonale.

Qualora, al momento dell'allestimento dell'elenco ospedaliero, uno o entrambi i requisiti (numero minimo di casi per sede e quota minima di mercato) non risultassero adempiuti – sia per volumi insufficienti relativi a mandati già attribuiti, sia per assenza di mandato precedente – potrà essere attribuito un mandato di prestazioni provvisorio, purché tutti gli altri criteri previsti dal presente rapporto e dal modulo d'offerta siano soddisfatti.

La rivalutazione avverrà secondo quanto definito nel capitolo 2.6 "Aggiornamento della pianificazione ("Rollende Planung")".

3.5.3 Numero minimo di casi per sede

Il Cantone considera questo requisito quale criterio di qualità, in quanto un volume di attività più elevato in un determinato settore è associato a una maggiore competenza ed esperienza, e quindi a una qualità attesa più alta della prestazione. Ai fini della verifica, è pertanto computata l'attività complessiva svolta dall'istituto rispettivamente dalla sede, senza distinzione in base al domicilio del paziente o all'esistenza e alla tipologia di copertura assicurativa.

L'adempimento del requisito del numero minimo di casi per sede avviene applicando la seguente formula:

$$A_n^{(i,x,tot)} + A_{n-1}^{(i,x,tot)} \geq NM^i \times 2$$

dove:

- $A_n^{(i,x,tot)}, A_{n-1}^{(i,x,tot)}$ = attività complessiva (indipendentemente dal domicilio del paziente) svolta dall'istituto x nell'anno n e nell'anno $n - 1$ per il gruppo di prestazioni i ;
- NM^i = numero minimo di casi per sede per il gruppo di prestazioni i come definito nel capitolo 3.4.1 "Numero minimo di casi (per sede)".

3.5.4 Quota minima di mercato

Il requisito relativo alla quota minima di mercato è considerato dal Cantone quale criterio di concentrazione e di copertura del fabbisogno, volto a garantire un'erogazione efficiente ed economicamente sostenibile delle prestazioni. Per questo motivo, ai fini della verifica sono presi in considerazione esclusivamente i pazienti domiciliati in Ticino la cui prestazione è coperta dalle assicurazioni sociali, includendo sia quelli trattati in istituti situati nel Cantone sia quelli ricoverati fuori Cantone.

L'adempimento del requisito della quota minima di mercato avviene applicando la seguente formula:

$$\frac{A_n^{(i,x,TI)} + A_{n-1}^{(i,x,TI)}}{\sum_{s=1}^m [A_n^{(i,s,TI)} + A_{n-1}^{(i,s,TI)}]} \geq QM^i$$

dove:

- $A_n^{(i,x,TI)}, A_{n-1}^{(i,x,TI)}$ = attività riferita a pazienti domiciliati in Ticino, svolta dall'istituto x nell'anno n e nell'anno $n - 1$ per il gruppo di prestazioni i ;
- $A_n^{(i,s,TI)}, A_{n-1}^{(i,s,TI)}$ = attività riferita a pazienti domiciliati in Ticino, svolta da ciascun istituto s (in Cantone o fuori Cantone) nell'anno n e nell'anno $n - 1$ per il gruppo di prestazioni i ;
- QM^i = quota minima di mercato per il gruppo di prestazioni i , come definito nel capitolo 3.4.3 "Quota minima di mercato".

Il calcolo considera anche i pazienti domiciliati in Ticino trattati fuori Cantone. Il risultato non viene arrotondato.

4 Criteri specifici e metodologia per il settore della psichiatria

4.1 Metodologia per il settore della psichiatria

Questo capitolo illustra la metodologia utilizzata per il settore della psichiatria.

4.2 Sistematica dei gruppi di prestazioni nel settore della psichiatria

La sistematica dei gruppi di prestazioni in psichiatria è la base per l'attribuzione dei mandati di prestazione alle cliniche psichiatriche e il loro inserimento nell'Elenco ospedaliero. La sistematica per la psichiatria stazionaria è stata sviluppata dalla GD-ZH per la propria pianificazione ospedaliera 2023 in collaborazione con dei rappresentanti delle cliniche psichiatriche e con l'ausilio di esperti esterni.

Con la nuova sistematica l'offerta sanitaria è più orientata al paziente poiché i requisiti richiesti per i singoli gruppi di prestazioni sono stati definiti in funzione delle loro necessità terapeutiche. In questo modo, oltre ad aumentare la trasparenza nei confronti dei pazienti, dei medici invianti e degli assicuratori, si permette anche alle cliniche di meglio definire la propria offerta di cura e la propria specializzazione. La nuova sistematica permette inoltre al Cantone di definire con maggiore precisione l'offerta di prestazioni e di concentrare quelle più specialistiche e rare. Nel complesso la nuova sistematica permette di migliorare la qualità delle prestazioni offerte ai pazienti.

La sistematica si basa su discipline e gruppi di prestazioni che hanno una propria logica dal punto di vista medico e raggruppa le prestazioni con caratteristiche comuni per quanto riguarda la diagnosi e la cura necessaria (sistemi di classificazione ICD-10 e ICD-11 dell'Organizzazione mondiale della salute). Il modello SPLG in psichiatria garantisce un alto grado di differenziazione mantenendo al contempo la propria semplicità e chiarezza. Essa è utilizzabile anche negli altri regimi di presa a carico psichiatrica (ambulatoriale, ospedale di giorno, ...).

4.2.1 Modello dei gruppi di prestazioni della psichiatria

Il modello dei gruppi di prestazioni è costituito da 3 tipi di offerta, 17 discipline, 23 gruppi di prestazioni e quattro fasce di età.

A differenza della versione originale della sistematica GD-ZH, per la prossima pianificazione cantonale, non sarà ripreso il gruppo di prestazioni di psichiatria forense denominato FOR1. A differenza di altri Cantoni, in Ticino non ci sono istituti o reparti dedicati alla cura ospedaliera per malattie afferenti alla psichiatria forense. Tuttavia, la Clinica psichiatrica cantonale collabora strettamente con l'Ente Ospedaliero Cantonale e il Dipartimento delle istituzioni alfine di coprire il fabbisogno cantonale nell'ambito della psichiatria carceraria. Ad oggi, la Clinica psichiatrica cantonale mette a disposizione delle autorità giudiziarie 2/3 letti in caso di necessità. Considerata l'esigua casistica relativa alla psichiatria forense nel nostro Cantone, la previsione del fabbisogno di cure ospedaliere in ambito psichiatrico non include il gruppo di prestazioni relativo alla psichiatria forense FOR1. Il servizio sopra menzionato è più adatto alla realtà e al fabbisogno cantonale¹⁰.

Inoltre, in aggiunta a quanto previsto dalla sistematica del Cantone di Zurigo, è prevista l'offerta di prestazioni nel campo dell'*Home Treatment*, come già previsto nell'attuale pianificazione ospedaliera (cfr. 4.2.1.1.3 "Home treatment (HT)").

Per una panoramica dei gruppi di prestazioni nel settore della psichiatria, rimandiamo al foglio di lavoro 2.1 del relativo modulo d'offerta.

4.2.1.1 Tipi di offerta

4.2.1.1.1. Offerta acuta e completa (AVV)

Gli istituti con un "offerta acuta e completa" garantiscono l'accoglienza, la valutazione diagnostica e una prima presa in carico di tutti i pazienti (inclusi quelli urgenti) 24/24 e 365/365, per tutte le discipline e attraverso personale specializzato a livello terziario. Al di fuori di queste prestazioni di base, l'offerta specialista deve come minimo concentrarsi nel trattamento dei disturbi più frequenti (per esempio le

¹⁰ OSC, Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2022-2025, pag. 89-92.

discipline "demenza e deliri", "dipendenze", "disturbi psicotici e bipolari", "disturbi depressivi e sindromi da disadattamento", "disturbi ansioso-fobici, ossessivo-compulsivi e post-traumatici da stress"). Di conseguenza, gli istituti con un contratto di tipo "offerta acuta e completa" non solo devono garantire la presa in carico di base dei pazienti ma anche di quella specialistica in regime stazionario fino al momento della loro dimissione.

Se la valutazione diagnostica del paziente stabilisce la necessità di una presa in carico specialistica per la quale l'Istituto non ha il mandato, il paziente deve essere trasferito verso un'altra struttura. Si osserva che, gli istituti con un contratto di tipo "offerta acuta e completa" non sono strutture che si occupano esclusivamente dell'ammissione e della valutazione diagnostica del paziente urgente, bensì strutture ospedaliere che offrono in regime stazionario anche prestazioni specialistiche. Vi sono tuttavia delle eccezioni per quanto riguarda l'ambito della psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Per questa tipologia di pazienti gli istituti devono coprire tutte le specializzazioni ad esclusione della psichiatria forense, delle "demenze e deliri" del "trattamento madre-figlio". I requisiti richiesti per il mandato in "offerta acuta e completa" sono disponibili nel foglio 3.4 del modulo d'offerta.

4.2.1.1.2. Offerta specialistica (SPV)

Gli istituti con un mandato di "cura specialistica" prendono in carico pazienti elettivi dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 17.00 e offrono un ventaglio di prestazioni limitato. Questo tipo di offerta, sebbene limitata alle cure specialistiche, prevede come requisito la costituzione di un centro di intervento per le crisi (KIZ) che garantisce una presa in carico del paziente in tutte le discipline, ad eccezione del "trattamento madre-figlio" e della "psichiatria forense". Il KIZ è un reparto che prevede la presa in carico dei pazienti all'esordio del loro scompenso psichiatrico il cui scopo è quello di anticipare la fase acuta con un ricovero mirato di al massimo 7 giorni per gli adulti e di 28 per i bambini e gli adolescenti per evitare una presa a carico stazionaria più lunga (continuazione delle cure in regime ambulatoriale).

4.2.1.1.3. Home treatment (HT)

L'offerta di prestazioni in regime di Home treatment è da considerarsi come un'alternativa ad una presa in carico stazionaria, non è quindi da confondere con una presa in carico ambulatoriale.

Gli istituti con mandato HT curano i pazienti al loro domicilio garantendo tuttavia lo stesso livello di qualità e d'intensità dei trattamenti offerti in clinica in caso di ricovero stazionario.

L'accesso a questa forma alternativa di presa in carico è limitato a pazienti che soddisfano determinati requisiti che sono valutati nel corso di un assessment specifico.

Il mandato per l'offerta delle prestazioni in regime Home treatment (HT) è ottenibile esclusivamente come complemento del mandato per l'offerta acuta e completa (AVV). Ciò significa che non è prevista dalla presente pianificazione ospedaliera un'offerta specialistica in regime HT.

4.2.1.2 Discipline e gruppi di prestazioni

Di seguito sono descritte le singole discipline e i corrispettivi gruppi di prestazioni. Per ogni gruppo di prestazioni sono elencate le diagnosi principali e le indicazioni più comuni. L'intero spettro delle diagnosi del catalogo ICD-10 e ICD-11, è stato incluso malgrado alcuni disturbi siano di norma trattati più in regime ambulatoriale. Per questo motivo l'utilizzo della sistematica si presta anche per il settore ambulatoriale e per le cliniche di giorno. L'elenco dei codici diagnostici assegnati ai gruppi di prestazioni è disponibile nel foglio di lavoro 2.2 del modulo di offerta.

Gruppo di prestazioni	Definizione	Diagnosi e indicazioni più frequenti
Demenze e deliri		
DEMD Demenze e deliri	Con questa disciplina vengono curati i pazienti con disturbi psichiatrici vari la cui origine è riconducibile ad una malattia o una lesione celebrale o ad un altro danno che ha portato ad un disturbo di tali funzioni. I disturbi possono essere primari o secondari. Per demenza s'intende una malattia cronica o progressiva del cervello, con una limitazione di diverse funzioni cognitive come ad esempio la memoria, la capacità di apprendimento, il pensiero, l'orientamento, la parola o il discernimento. Il delirio è caratterizzato da un disturbo della coscienza, che è accompagnato da altri sintomi come ad esempio la riduzione dell'attenzione, della percezione, del pensiero e della memoria.	Demenza nella malattia di Alzheimer. Delirio non causato da alcool o altre sostanze psicotrope.
Dipendenze		
ABH1 Dipendenze: alcol, medicinali e nicotina	Con questo gruppo di prestazioni vengono trattati i pazienti che abusano di sostanze socialmente conosciute, ne sono dipendenti e/o il cui consumo provoca l'insorgere di altre sindromi e disturbi. La dipendenza da medicinali è riconosciuta come tale a prescindere dal fatto che il consumo avviene sotto prescrizione medica o meno.	Disturbi psichici e comportamentali dovuti al consumo d'alcol, al consumo di sedativi o ipnotici, al consumo di tabacco.
ABH2 Dipendenze: droghe	Con questo gruppo di prestazioni ABH2 vengono trattati i pazienti che a causa del consumo di sostanze tossiche hanno una salute psichica compromessa. A tali sostanze appartengono ad esempio gli oppiacei, i cannabinoidi e la cocaina.	Disturbi psichici e comportamentali dovuti al consumo di cannabinoidi, oppiacei e cocaina.
ABH3 Dipendenze: non legate a sostanze	Con questo gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti che soffrono di una dipendenza che non è legata a delle sostanze. In questa categoria è incluso il gioco patologico, che nel catalogo ICD-10 figura ancora nel capitolo "abitudini abnormi e disturbi del controllo degli impulsi". Nel catalogo ICD-11 è previsto invece un nuovo capitolo denominato "gaming disorder".	Gioco patologico/gaming disorder.
Disturbi psicotici e bipolari		
PBS1 Schizofrenie, disturbi schizotipici e deliranti, catatonie	Con questo gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti con disturbi schizofrenici che sono contraddistinti in generale da alterazioni del pensiero e della percezione così come da affettività inappropriata o appiattita.	Schizofrenie. Disturbi schizoaffettivi.

Gruppo di prestazioni	Definizione	Diagnosi e indicazioni più frequenti
PBS2 Manie, disturbi bipolari e ciclotimie	Con questo gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti con manie, disturbi bipolari e ciclotimie. Si tratta di disturbi affettivi.	Disturbi affettivi bipolari.
Disturbi depressivi e disturbi dell'adattamento		
DEPR Disturbi depressivi, distimie, reazioni da stress e disturbi dell'adattamento	Con questa disciplina / questo gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti con sintomi quali l'abbattimento, la perdita di interessi, l'esaurimento e la svogliatezza o la concomitanza di questi sintomi. Essi compaiono generalmente come reazione ad un'esperienza traumatica o ad un cambiamento decisivo di vita.	Episodi depressivi. Disturbi depressivi recidivanti.
Disturbi ansioso-fobici, ossessivo-compulsivi e post-traumatici da stress		
AZB1 Disturbi ansiosi e disturbi fobici	Con questo gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti che soffrono di ansie insorte a causa di fattori scatenati specifici o non specifici.	Fobie specifiche. Disturbi di panico. Disturbi d'ansia generalizzata.
AZB2 Disturbi ossessivo-compulsivi, del controllo degli impulsi e da tic	Con questo gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti con disturbi nel contesto del controllo degli impulsi e pazienti affetti da disturbi da tic.	Disturbi ossessivo-compulsivi. Disturbi da tic.
AZB3 Disturbi post-traumatici da stress	Con questo gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti che sviluppano dei sintomi di breve o di lunga durata in risposta ad uno stress fisico e/o mentale traumatico (flashbacks, incubi, ritiro).	Disturbi post-traumatici da stress.
Disturbi della personalità		
PERS Disturbi della personalità	Con questa disciplina / questo gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti affetti da disturbi della personalità che si manifestano attraverso una struttura della personalità specifica (es: disturbo paranoide, schizoide, anti sociale, emotivamente instabile, istrionico, ossessivo-compulsivo).	Disturbo ansioso (evitante) di personalità. Disturbo di personalità emotivamente instabile di tipo borderline.

Gruppo di prestazioni	Definizione	Diagnosi e indicazioni più frequenti
Disturbi dissociativi, somatoformi e somatoformi da dolore persistente		
DISS Disturbi dissociativi, somatoformi e somatoformi da dolore persistente	Con questa disciplina / questo gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti i cui disturbi fisici non possono essere ricondotti ad un'origine organica.	Disturbi da sintomi somatici. Disturbi somatoformi da dolore persistente.
Disturbi dell'alimentazione		
ESSS Anoressie, bulimie, disturbi dal disordine alimentare incontrollato e obesità	Con questa disciplina / gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti affetti da disturbi nel comportamento alimentare che possono essere associati ad esempio a malnutrizione e carenze nutrizionali.	Anoressia nervosa. Bulimia nervosa. Obesità.
Disturbi da deficit di attenzione e iperattività		
ADHS Disturbi da deficit di attenzione e iperattività	Con questa disciplina / gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti che soffrono di un grado anomalo di disattenzione, d'iperattività e d'irrequietezza. La sintomatologia compare generalmente già nei primi cinque anni di vita.	Disturbi dell'attività e dell'attenzione semplici. Disturbi ipercinetici del comportamento sociale.
Disturbi dello spettro autistico		
AUTI Disturbi dello spettro autistico	Con questa disciplina / questo gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti che soffrono di un profondo disturbo dello sviluppo con conseguente limitazione delle competenze sociali nonché problemi di comunicazione e interazione. Comportamenti e interessi stereotipici alla sintomatologia.	Autismo infantile. Sindrome di Asperger.
Disturbi del comportamento sociale		
SOZI Disturbi del comportamento sociale	Con questa disciplina / gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti che mostrano comportamenti dissociali ripetuti e persistenti, aggressivi e insolenti.	Disturbi del funzionamento sociale con comportamento oppositivo e insolente.
Disturbi legati alla sessualità		
SEXS Disturbi legati alla sessualità	Con questa disciplina / gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti che soffrono di disturbi dell'identità sessuale e pazienti con disfunzioni sessuali non causati da disturbi organici.	Disfunzioni sessuali non causate da disturbo o malattia organica; Disturbi dell'identità sessuale dell'infanzia.

Gruppo di prestazioni	Definizione	Diagnosi e indicazioni più frequenti
Trattamenti madre-figlio nella psichiatria dell'adulto		
MUKI Trattamento madre-figlio nella psichiatria dell'adulto	Con questa disciplina / gruppo di prestazioni è prevista un'offerta di prestazioni specializzate destinate a madri con malattie psichiatriche. La malattia può manifestarsi nei primi mesi dopo il parto come pure prima del parto ed è legata al parto o con il nuovo ruolo di madre. Il bambino ha di regola meno di 18 mesi e viene normalmente ricoverato in regime stazionario insieme alla mamma. La mamma è di principio in grado di accudire il figlio autonomamente. Il bambino a sua volta non presenta problemi psichiatrici. Il trattamento psichiatrico-terapeutico si orienta sulla relazione mamma-bambino, sulla gestione della quotidianità e sulla promozione dello sviluppo. Sono offerte anche ulteriori prestazioni come la consulenza post parto e per l'allattamento.	Depressione post parto.
Disturbi del sonno non organici		
SCHL Disturbi del sonno non organici	Con questa disciplina / gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti con disturbi del sonno che non sono causati da disturbi fisici. Si tratta ad esempio di difficoltà ad addormentarsi, difficoltà a mantenere il sonno, disturbi del ritmo sonno-veglia, sonnambulismo e incubi.	Insonnia non organica. Disturbi del ritmo sonno-veglia.
Disturbi specifici del neonato e del bambino		
KIND Disturbi specifici del neonato o del bambino	Con questa disciplina / gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti le cui difficoltà appartengono ad un gruppo eterogeneo di disturbi. Il denominatore comune è che sono tutti disturbi che riguardano i neonati e i bambini. Tra questi vi sono tra l'altro i disturbi evolutivi della comprensione del linguaggio, del linguaggio espressivo, della capacità scolastica e/o con difficoltà della funzione motoria.	Disturbi evolutivi circoscritti delle abilità scolastiche. Enuresi non organica. Disturbo d'ansia da separazione. Balbuzie.
Ritardi mentali		
INTE Ritardi mentali	Con questa disciplina / gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti con ritardi mentali. Le capacità mentali sono ritardate o sviluppate in modo incompleto. I disturbi possono manifestarsi in maniera isolata o in concomitanza con altre disabilità fisiche o psichiche. Si differenziano vari gradi di ritardo mentale.	Ritardo mentale medio. Ritardo mentale grave.

Gruppo di prestazioni	Definizione	Diagnosi e indicazioni più frequenti
Psichiatria forense		
FOR1 Esecuzione delle pene/misure in regime stazionario	Con questo gruppo di prestazioni vengono trattate persone con malattie psichiatriche che si trovano in regime di detenzione nell'ambito di una misura stabilita da un tribunale.	Spettro completo dei disturbi. L'operationalizzazione del gruppo di prestazioni è condizionata dalla presenza di uno stato di esecuzione delle misure stabilite da un tribunale.
FOR2 Interventi per crisi in carcere o in carcere preventivo	Con questo gruppo di prestazioni vengono trattati pazienti con crisi psichiatriche acute che sono detenuti nelle strutture carcerarie.	Spettro completo dei disturbi. L'operationalizzazione del gruppo di prestazioni è condizionata dalla presenza di uno stato di esecuzione delle misure stabilite da un tribunale.

4.2.1.3 Fasce d'età

Le fasce d'età attribuite dal mandato di prestazioni devono essere rispettate. Tuttavia, per ragioni di necessità medica, possono essere previste delle eccezioni. Le fasce d'età sono le seguenti:

- Psichiatria dell'infanzia: bambini 0-13 anni;
- Psichiatria dell'adolescenza: giovani 14-17 anni;
- Psichiatria dell'adulto: adulti 18-64 anni
- Psicogeriatra: dai 65 anni.

4.2.2 Requisiti specifici ai gruppi di prestazioni della psichiatria

Per le seguenti discipline / gruppi di prestazioni oltre ai requisiti generali sono stati definiti dei requisiti aggiuntivi (vedi modulo d'offerta):

- demenze e deliri
- dipendenze
- disturbi alimentari
- trattamento madre-figlio nella psichiatria dell'adulto
- disturbi del sonno non organici
- disturbi specifici del neonato o del bambino
- psichiatria forense

La novità consiste nella definizione di vincoli tra gruppi di prestazioni e categorie. A titolo d'esempio, per ottenere un mandato SPLG "demenze e deliri" l'istituto deve ottenere anche il mandato per la fascia d'età "gerontopsichiatria". Analogamente, per ottenere il mandato per il gruppo "disturbi specifici del neonato o del bambino" occorre che l'istituto abbia il mandato per la fascia d'età "Psichiatria del bambino".

4.3 Requisiti specifici al settore della psichiatria

I requisiti per l'attribuzione dei mandati, relativi ai vari gruppi di prestazioni del settore della psichiatria, sono presentati nel relativo modulo d'offerta. Nel presente rapporto metodologico sono illustrati i criteri aggiuntivi che non sono esposti nel modulo d'offerta o che necessitano di ulteriori dettagli per una completa comprensione dell'approccio definito dal Cantone.

I criteri contenuti nel presente rapporto e quelli riportati nel modulo d'offerta sono tra loro complementari e hanno la stessa rilevanza.

4.4 Valutazione requisiti settore psichiatria

4.4.1 Principio generale

La valutazione dei requisiti definiti nel presente rapporto e nel modulo d'offerta deve avvenire prima dell'emissione del nuovo elenco ospedaliero, e viene eseguita dalla Divisione della salute pubblica e dalle sue unità amministrative subordinate sulla base delle informazioni e dei documenti trasmessi dagli istituti al momento della candidatura come anche delle verifiche in sede e delle richieste ulteriori d'informazione o di documentazione.

L'adempimento di tutti i requisiti di attribuzione dovrà essere comprovato al momento dell'allestimento dell'elenco ospedaliero.

5 Criteri specifici e metodologia per il settore della riabilitazione

5.1 Metodologia per il settore della riabilitazione

Il 24 novembre 2022 l'Assemblea plenaria della CDS ha adottato la propria sistematica di pianificazione ospedaliera per l'ambito della riabilitazione (di seguito sistematica CDS). Come anticipato in questo rapporto, la stessa è stata accolta dal Cantone (cfr. cap. 1.2.3 "Raccomandazioni della CDS"). Di seguito sono elencate le tre raccomandazioni approvate nel medesimo tempo, a novembre 2022:

- raccomandazioni della CDS sull'interpretazione comune sovracantonale della nozione di "riabilitazione";
- raccomandazione della CDS sul sistema di pianificazione tipo nella riabilitazione e definizione delle discipline nella riabilitazione;
- raccomandazione della CDS sui requisiti minimi di qualità per gli istituti e i servizi di riabilitazione e requisiti minimi relativi a prestazioni specifiche per gli ambiti di riabilitazione del sistema di pianificazione tipo.

L'Assemblea plenaria ha inoltre incaricato la Commissione Applicazione LAMal di sviluppare ulteriormente la sistematica attribuendo i codici CHOP e ICD alle discipline e ai gruppi di prestazioni. Al termine di questo lavoro sarà elaborata ed adottata una raccomandazione specifica da parte della CDS.

5.2 Sistematica delle discipline / dei gruppi di prestazioni nel settore della riabilitazione

5.2.1 Caratteristiche delle discipline / dei gruppi di prestazioni in riabilitazione

La sistematica CDS è la base per l'assegnazione dei mandati di prestazioni alle cliniche di riabilitazione e il loro inserimento nell'Elenco ospedaliero. Lo scopo della sistematica CDS è quello di fornire ai pazienti le cure adeguate e di garantire una maggiore trasparenza nella gestione del settore.

I gruppi di prestazioni sono l'elemento centrale della sistematica e sono stati elaborati secondo i seguenti principi:

- raggruppamento della casistica: pazienti con necessità terapeutiche simili devono essere riuniti nello stesso gruppo di prestazioni;
- compatibilità con un'organizzazione ospedaliera ottimale: la struttura e i gruppi di prestazioni devono essere compatibili con l'attività riabilitativa quotidiana;
- definizione chiara e univoca: i gruppi di prestazioni devono essere definiti chiaramente per permettere una corretta assegnazione dei mandati e il controllo degli stessi.

5.2.2 La sistematica di raggruppamento delle prestazioni riabilitative CDS

La CDS ha deciso di strutturare la propria sistematica a livello di disciplina a differenza della sistematica sviluppata dalla GD-ZH che prevede un'ulteriore suddivisione in vari gruppi di prestazioni. La CDS ha ritenuto che nell'ambito della riabilitazione il modello zurighese non fosse applicabile nella maggior parte delle realtà cantonali. La sistematica della CDS definisce dunque dei requisiti minimi per ogni disciplina. I Cantoni sono liberi di stabilire ulteriori requisiti a livello di gruppi di prestazioni.

Le pianificazioni ospedaliere nell'ambito riabilitativo sono molto variegate tra i vari Cantoni. Le raccomandazioni e la sistematica della CDS hanno pertanto lo scopo primario di fornire delle definizioni uniformi e condivise dai Cantoni del concetto di cura riabilitativa stazionaria e di offrire un modello di raggruppamento delle prestazioni riabilitative stazionarie facilmente adattabile alle diverse realtà cantonali.

Rimandiamo al foglio di lavoro 2 del modulo d'offerta per maggiori dettagli sulla sistematica CDS e le relative regole di applicazione.

5.2.3 Definizione delle discipline nel settore della riabilitazione

Disciplina	Definizione
Riabilitazione muscoloscheletrica	La riabilitazione muscoloscheletrica tratta i pazienti che necessitano di una riabilitazione stazionaria e che riscontrano problemi dell'apparato locomotore così come delle alterazioni dell'attività e della partecipazione per i seguenti motivi: disfunzioni congenite o acquisite dell'apparato locomotore, malattia degenerativa e infiammatoria delle articolazioni, della colonna vertebrale e delle parti molli, dolori cronici del sistema muscoloscheletrico con accentuazione somatica, amputazione, conseguenze di un incidente e di un operazione all'apparato locomotore.
Riabilitazione neurologica	La riabilitazione muscolo-scheletrica tratta i pazienti che necessitano di una riabilitazione stazionaria e che riscontrano problemi dell'apparato locomotore così come delle alterazioni delle attività quotidiane e della partecipazione a causa di una malattia e di lesioni al sistema nervoso centrale e periferico così come di affezioni neuromuscolari.
Riabilitazione para-tetraplegici	La riabilitazione per para-tetraplegici tratta i pazienti con necessità di riabilitazione stazionaria a causa di una paralisi originata da un incidente, da una patologia o malattia congenita degli arti inferiori e/o superiori, del tronco (paraplegia), causati da problemi a livello del midollo spinale e della sindrome della cauda equina. Sono comprese la riabilitazione iniziale, continua e il trattamento delle complicanze.

Disciplina	Definizione
Riabilitazione cardiovascolare	La riabilitazione cardiovascolare tratta i pazienti con necessità di riabilitazione stazionaria che soffrono di problemi di disturbi delle funzioni corporee, di alterazioni dell'attività e della partecipazione a causa di malattie del sistema cardiovascolare o come conseguenza di un intervento cardiocirurgico.
Riabilitazione polmonare	La riabilitazione polmonare tratta i pazienti con necessità di riabilitazione stazionaria che soffrono di problemi di disturbi delle funzioni corporee, di alterazioni dell'attività e della partecipazione a causa di malattie delle vie respiratorie inferiori e di altre patologie polmonari che compromettono la capacità fisica, nonché in seguito a un intervento di chirurgia toracica.
Riabilitazione internistica e oncologica	La riabilitazione internistica e oncologica tratta i pazienti con necessità di riabilitazione stazionaria che soffrono di problemi di disturbi delle funzioni corporee, di alterazioni dell'attività e della partecipazione a causa di malattie di più sistemi di organi, in seguito a scompensi delle patologie interne, a delle gravi infezioni, a un'evoluzione complicata della malattia dopo un intervento chirurgico, in seguito a degli interventi chirurgici maggiori o legati a delle patologie oncologiche/ematologiche.
Riabilitazione psicosomatica	La riabilitazione psicosomatica tratta i pazienti che necessitano di una riabilitazione stazionaria e che soffrono di una malattia psicosomatica e delle conseguenze psichiche provocate dalla malattia somatica. La filosofia di presa a carico si basa sull'approccio bio-psico-sociale come definito dall'International Classification of Functioning ¹¹ (ICF).
Riabilitazione dei disturbi somatoformi e dei dolori cronici	La riabilitazione dei disturbi somatoformi e dei dolori cronici tratta i pazienti che necessitano di una riabilitazione stazionaria e che soffrono di disturbi delle funzioni corporee e di alterazioni dell'attività e della partecipazione a causa di sindromi dolorose, complesse e croniche o di disfunzioni somatoformi (CIM.10 F45).
Riabilitazione geriatrica	La riabilitazione geriatrica si orienta a pazienti che necessitano di una riabilitazione stazionaria affetti da una disabilità e da limitazioni funzionali. I pazienti sono trattati secondo i principi e le classificazioni sviluppate dall'OMS (ICF) con l'obiettivo di recuperare, stabilizzare e (ri)consentire loro di condurre una vita il più possibile indipendente. Sono applicati dei processi geriatrici specifici (in particolare la valutazione geriatrica, il lavoro d'équipe interdisciplinare coordinato, il coinvolgimento di familiari e/o amici, la pianificazione della dimissione). I pazienti in riabilitazione geriatrica hanno generalmente più di 75 anni e soddisfano il criterio di multimorbidità con la presenza di almeno due sindromi geriatriche.

¹¹ www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health

Disciplina	Definizione
Riabilitazione pediatrica	La riabilitazione pediatrica tratta i pazienti (bambini e adolescenti fino all'età di 17 anni ovvero fino al giorno precedente il 18° compleanno) che necessitano di una riabilitazione stazionaria e che soffrono di disturbi delle funzioni corporee e di alterazioni dell'attività e della partecipazione. La riabilitazione pediatrica si distingue dalla riabilitazione per adulti a causa dei requisiti specifici all'età, come il trattamento medico, la definizione di misure riabilitative specifiche per bambini e adolescenti, il sostegno scolastico e l'orientamento professionale, le attività ricreative e l'accoglienza di famigliari.
Riabilitazione dell'adulto	La riabilitazione degli adulti mira il trattamento di pazienti dai 18 ai 74 anni che necessitano di una riabilitazione stazionaria e che soffrono di disturbi delle funzioni corporee e di alterazioni dell'attività e della partecipazione.
Riabilitazione ad alta sorveglianza	La riabilitazione ad alta sorveglianza tratta i pazienti che necessitano di una riabilitazione stazionaria affetti da disturbi delle funzioni corporee e da alterazioni dell'attività e della partecipazione. I loro parametri vitali (saturazione dell'ossigeno, polso, pressione sanguigna, frequenza respiratoria) sono monitorati 24h / 24h. Al momento del trasferimento nella struttura di riabilitazione lo stato clinico dei pazienti è stabile; non hanno più bisogno di cure intensive, la diagnosi somatico acuta primaria è definita e il suo trattamento concluso. La necessità e l'intensità della riabilitazione prevalgono sulle cure acute. Nella disciplina trasversale della riabilitazione ad alta sorveglianza rientrano, previa candidatura e verifica del possesso dei requisiti specifici, anche la riabilitazione precoce neurologica e neurochirurgica, nonché la riabilitazione precoce interdisciplinare.

Tabella 14 Definizione delle discipline, settore della riabilitazione

5.2.4 Il modello scelto per il Cantone Ticino

Il Cantone Ticino ha deciso di mantenere la suddivisione delle prestazioni di riabilitazione a livello di disciplina come in passato, come anche di considerare le differenti fasce d'età (pediatrica, adulta e geriatrica) e la riabilitazione a sorveglianza elevata come discipline trasversali.

In aggiunta a quanto previsto dalle raccomandazioni della CDS per questo ambito di prestazioni, il Cantone Ticino ha inoltre inserito la possibilità di candidarsi alla fornitura di prestazioni nella riabilitazione precoce (cfr. cap. 5.2.3 "Definizione delle discipline nel settore della riabilitazione", definizione di "Riabilitazione ad alta sorveglianza").

Rimandiamo al foglio di lavoro 2.1 del modulo d'offerta per l'elenco delle discipline "ordinarie" e trasversali.

5.3 Requisiti specifici del settore della riabilitazione

I requisiti per l'attribuzione dei mandati, relativi ai vari gruppi di prestazioni del settore della riabilitazione, sono presentati nel relativo modulo d'offerta. Nel presente rapporto metodologico sono illustrati i criteri aggiuntivi che non sono esposti nel modulo d'offerta o che necessitano di ulteriori dettagli per una completa comprensione dell'approccio definito dal Cantone.

I criteri contenuti nel presente rapporto e quelli riportati nel modulo d'offerta sono tra loro complementari e hanno la stessa rilevanza.

5.3.1 Quota minima di mercato (settore della riabilitazione)

Ritenute la possibilità data ai Cantoni di determinare dei criteri di rilevanza per la copertura del fabbisogno cantonale (vedi cap. 2.4 “Quota minima di mercato: principio”) e la richiesta del Gran Consiglio di stabilire criteri di concentrazione come all’articolo 2 cifra 1 lettera b del DL 2024 sulla pianificazione ospedaliera, al fine di incentivare le concentrazioni volte a migliorare la qualità e l’efficienza economica delle prestazioni erogate, il Cantone Ticino ha deciso di definire delle quote minime di mercato per le discipline “ordinarie”, ovvero per le discipline non trasversali.

Questa differenziazione si giustifica con il fatto che le discipline trasversali possono essere attribuite unicamente in combinazione con una disciplina ordinaria.

La quota di mercato minima è stata definita al 10% per tutte le discipline ordinarie.

5.4 Valutazione dei requisiti nel settore della riabilitazione

5.4.1 Principio generale

La valutazione dei requisiti definiti nel presente rapporto e nel modulo d’offerta deve avvenire prima dell’emissione del nuovo elenco ospedaliero, e viene eseguita dalla Divisione della salute pubblica e dalle sue unità amministrative subordinate sulla base delle informazioni e dei documenti trasmessi dagli istituti al momento della candidatura come anche delle verifiche in sede e delle richieste ulteriori d’informazione o di documentazione.

L’adempimento di tutti i requisiti di attribuzione dovrà essere comprovato al momento dell’allestimento dell’elenco ospedaliero, all’eccezione di quello relativo alla quota minima di mercato. Per questo requisito, il Cantone potrà dare un termine di due anni per il suo adempimento, come previsto dall’articolo 2 capoverso 3 del DL 2024 sulla pianificazione ospedaliera.

5.4.2 Valutazione del requisito relativo alla quota minima di mercato

La verifica del rispetto del requisito relativo alla quota minima di mercato è effettuata sulla base della media dei dati relativi agli ultimi due anni disponibili al momento della valutazione.

Per l’allestimento del prossimo Elenco ospedaliero saranno di regola presi in considerazione i dati relativi all’attività 2023 e 2024. Qualora i dati 2024 non fossero ancora disponibili a causa di ritardi nell’implementazione del nuovo sistema federale di rilevamento statistico SpiGes, saranno utilizzati i dati 2022 e 2023.

Sono presi in considerazione esclusivamente i volumi relativi a gruppi di prestazioni per i quali un mandato era già stato attribuito all’istituto o alla sede in base al DL 2015.

Qualora, al momento dell’allestimento dell’Elenco ospedaliero, il requisito non risultasse adempiuto – sia per volumi insufficienti relativi a mandati già attribuiti, sia per assenza di mandato precedente – potrà essere attribuito un mandato di prestazioni provvisorio, purché tutti gli altri criteri previsti dal presente rapporto e dal modulo d’offerta siano soddisfatti.

La rivalutazione avverrà secondo quanto definito nel capitolo 2.6 “Aggiornamento della pianificazione (*“Rollende Planung”*)”.

Il requisito relativo alla quota minima di mercato è considerato dal Cantone quale criterio di concentrazione e di copertura del fabbisogno, volto a garantire un’erogazione efficiente ed economicamente sostenibile delle prestazioni. Per questo motivo, ai fini della verifica sono presi in considerazione esclusivamente i pazienti domiciliati in Ticino la cui prestazione è coperta dalle assicurazioni sociali, includendo sia quelli trattati in istituti situati nel Cantone sia quelli ricoverati fuori Cantone.

L'adempimento del requisito della quota minima di mercato avviene applicando la seguente formula:

$$\frac{A_n^{(i,x,TI)} + A_{n-1}^{(i,x,TI)}}{\sum_{s=1}^m [A_n^{(i,s,TI)} + A_{n-1}^{(i,s,TI)}]} \geq 10\%$$

dove:

- $A_n^{(i,x,TI)}, A_{n-1}^{(i,x,TI)}$ = attività riferita **a pazienti domiciliati in Ticino**, svolta dall'istituto x nell'anno n e nell'anno $n - 1$ per la disciplina i ;
- $A_n^{(i,s,TI)}, A_{n-1}^{(i,s,TI)}$ = attività riferita **a pazienti domiciliati in Ticino**, svolta da ciascun istituto s (**in Cantone o fuori Cantone**) nell'anno n e nell'anno $n - 1$ per la disciplina i ;

Il calcolo considera anche i pazienti domiciliati in Ticino trattati fuori Cantone. Il risultato non viene arrotondato.