

Report sulle regioni 2020



Helsana

Impegnata per la vita.

Indice

4 Premessa

6 Obiettivi

8 Dati strutturali nelle statistiche pubbliche

12 Delucidazioni sul metodo impiegato

12 Analisi dei cluster

13 Definizioni

14 Fonti dei dati

16 Regioni di assistenza

16 Panoramica sulla Svizzera

18 Modello di assistenza cantonale: 26 cantoni

18 Prestazioni assicurative lorde e morbilità

20 Prestazioni assicurative lorde e densità dell'offerta

24 Volumi delle prestazioni e densità dell'offerta

28 Volumi delle prestazioni e morbilità

34 Fruizioni e contatti extracantonali

38 Conclusioni

Colophon

Autore: Pius Gyger, economista sanitario

Con la collaborazione di: Eva Blozik, Manuel Elmiger (gestione del progetto), Mathias Früh, Dragana Glavic-Johansen, Andri Signorell

Layout: Eigelb – Atelier für Gestaltung

Foto: iStock (AscentXmedia)

Stampa: Stämpfli AG

Agosto 2020

40 Regioni di assistenza

40 Contatti tra assicurati e fornitori di prestazioni nei diversi cantoni

44 Caratteristiche spaziali e movimenti dei pazienti

48 Confronto città-campagna

54 Contatti extraregionali

58 Confronto tra cantoni e varianti regionali

58 Variazioni

62 Volumi di prestazioni, morbilità e densità dell'offerta

70 Contatti extraregionali

72 Casi stazionari per regioni

75 Discussione

76 Responsabilità nell'assistenza sanitaria

78 Strumenti di gestione per area tematica

80 Strumenti di gestione in base ai settori dei fornitori di prestazioni

82 Iniziative politiche atte a creare regioni di assistenza a livello federale

83 Possibilità e limiti della gestione sulle regioni di assistenza

85 Regolamentazione statale delle regioni di assistenza?

88 Conclusioni

90 Allegati

90 Allegato 1: metodo dell'analisi dei cluster

92 Allegato 2: dettagli sulle regioni di assistenza

95 Allegato 3: iniziative della politica federale sulle regioni di assistenza

97 Allegato 4: indicatori cantonali

Premessa

La Svizzera è rinomata in tutto il mondo per la sua straordinaria organizzazione, che è premessa fondamentale per la gestione ottimale di uno stato federalista. Le regole sono concordate preferibilmente a livello locale anziché essere stabilite da un'istituzione centralista. Il settore sanitario non fa eccezione. Sebbene per quanto attiene alla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), le normative di base siano stabilite a livello centrale a titolo di quadro di riferimento nazionale, numerose funzioni sono delegate ai cantoni e ad attori privati e lo spazio di manovra a livello locale è ampio.

A fronte della situazione che si è verificata con la pandemia del nuovo virus e coll'incertezza che l'emergenza ha generato, le strutture storiche e le evidenti criticità del sistema sono state messe in discussione in alcuni casi. Si è reso necessario operare decisioni a breve termine per lo scenario «worst case» al fine di preservare l'apparato dell'assistenza sanitaria. Al contempo si è aperta l'opportunità di pensare al di fuori della famosa «scatola».

Le inefficienze imputabili alle duplicità o a interessi peculiari nei cantoni generano un doppio effetto negativo su assicurati e contribuenti. Ne risultano infatti non solo costi supplementari, ma spesso anche una qualità inadeguata. Un coordinamento dall'alto dei sistemi sanitari cantonali all'interno di regioni di assistenza sembrerebbe una possibile soluzione al problema.

Nella pratica già oggi esiste un implicito modello basato sulla suddivisione in regioni di assistenza. In questa pubblicazione gli autori presentano due proposte di organizzazione alternativa del panorama sanitario svizzero, valutando se e, se sì, dove e in quale forma

possa essere utile l'applicazione di questa formula assistenziale. Per avviare all'ottica aziendale o cantonale, le analisi si basano in prevalenza sui dati anonimizzati degli assicurati di Helsana. In questo modo è possibile esaminare in dettaglio l'assistenza fino a livello comunale e dei singoli gruppi di fornitori di prestazioni e analizzarla da punti di vista differenti.

Il dibattito, che da molti anni domina l'attualità sul tema che ruota attorno alle regioni di assistenza e alle regioni sanitarie, offre proprio in tempi di decisioni cantonali unilaterali e di misure straordinarie imposte dal Consiglio federale la possibilità di mettere in dubbio l'offerta esistente e sviluppare idee riformiste. Il presente report di Helsana sulle regioni migliora la trasparenza sui flussi di pazienti. Sono sostenute singole decisioni aziendali e politiche e si rende possibile un ulteriore lungimirante sviluppo del comparto dell'assistenza sanitaria. Tutto ciò è positivo, ma l'attivismo politico e le disposizioni delle autorità non sono in grado di soddisfare le esigenze reali e di conseguenza le preferenze degli assicurati.

Con l'auspicio che quanto qui proposto sia d'ispirazione a un dibattito mirato, auguriamo a tutti una buona lettura.



Daniel H. Schmutz
CEO



Wolfram Strüwe
Responsabile Politica sanitaria

Obiettivi

L'istituzione di regioni di assistenza costituisce da anni un tema ricorrente nella politica. L'obiettivo dichiarato è creare condizioni quadro atte a promuovere l'ottimizzazione delle strutture già esistenti nel settore sanitario.

«Promuovere il coordinamento e ridurre le sovracapacità con al massimo sei regioni di assistenza sanitaria». Questo il titolo della mozione presentata nel 2018 dalla consigliera nazionale Kathrin Bertschy. La motivazione adottata recita così: «Una pianificazione regionale del sistema sanitario svizzero con al massimo sei regioni di assistenza farebbe risparmiare centinaia di milioni l'anno. Gli assicurati si attendono dal Consiglio federale misure efficaci per mantenere finanziariamente sostenibili i costi della sanità.»

Le varie proposte politiche prevedono da cinque a sette regioni di assistenza. Tuttavia, nessuna proposta chiarisce le modalità di definizione del numero di regioni, le situazioni disfunzionali di pianificazione o di mercato che concretamente devono essere risolte e i criteri in base ai quali si dovrebbe procedere.

L'obiettivo del presente report sulle regioni è quello di raccogliere informazioni sui vantaggi di un modello di assistenza di tipo regionale per le istituzioni politiche e amministrative. Queste informazioni possono essere al contempo funzionali al processo decisionale in ambito aziendale privato.

Attraverso un'analisi dei cluster si raffronta la prospettiva cantonale con altre due varianti di regioni di assistenza. A fronte di vari indicatori numerici gli autori descrivono e mettono a confronto queste tre versioni. I quesiti chiave sono: quali caratteristiche contraddistinguono il modello di assistenza basato sui cantoni? Quali sono le regioni di assistenza osservate nella realtà sulla base di un'analisi orientata alle esigenze e ai comportamenti dei pazienti? Come si differenziano le une dalle altre?

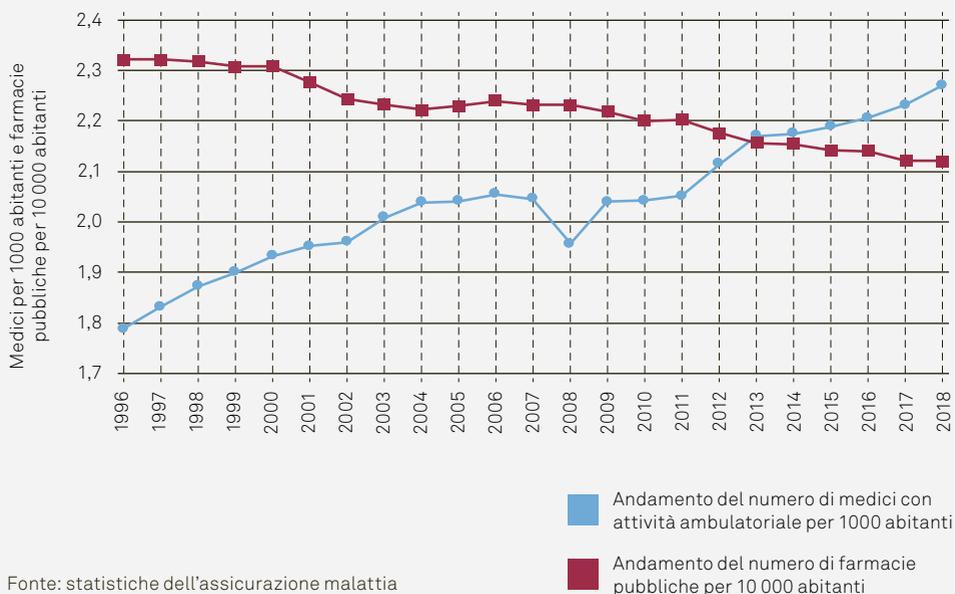
A ulteriore approfondimento di tali informazioni, si discute delle possibilità e dei limiti delle regioni di assistenza nel contesto politico reale. Il dibattito basato su dati oggettivi deve dare impulso all'agenda delle riforme di politica sanitaria a livello locale.

Dati strutturali nelle statistiche pubbliche

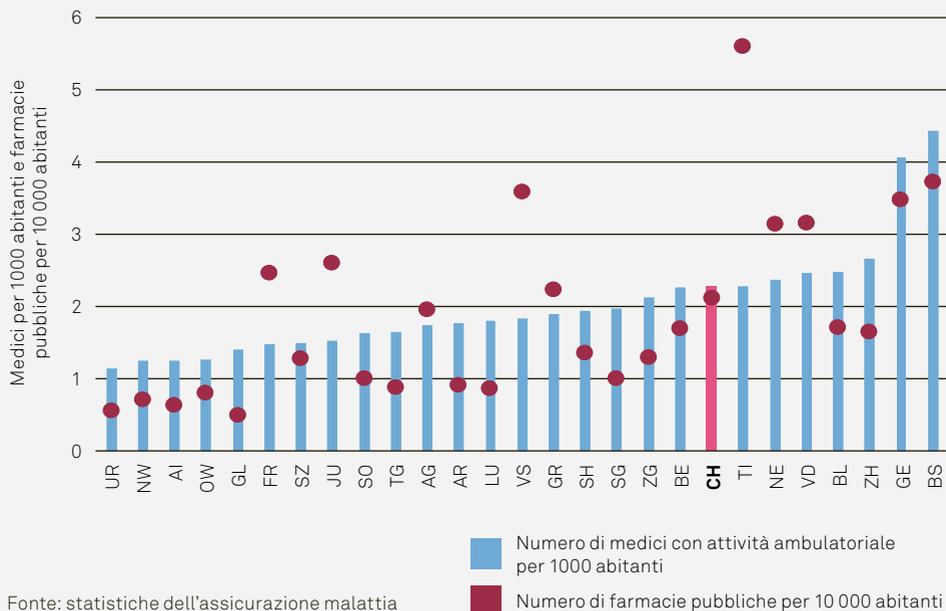
La Svizzera dispone di diversi dati sul settore sanitario. Ad esempio, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) divulga regolarmente nelle statistiche dell'assicurazione malattia il numero di farmacie pubbliche e il numero di medici che svolgono attività ambulatoriale. La statistica consente di osservare l'andamento delle relative offerte nel tempo. La tendenza mostra che i medici e le farmacie si stanno sviluppando in direzioni opposte. Le farmacie stanno concentrando la loro gamma di prodotti e servizi, mentre sono sempre più numerosi i medici che esercitano la professione, anche a causa dell'aumento del lavoro a tempo parziale.

La stessa fonte fornisce informazioni anche in merito alle differenze cantonali nell'offerta assistenziale.

1 Andamento della densità di farmacie e medici



2 Densità di farmacie e medici nel 2018



Sono disponibili le più disparate e dettagliate statistiche operative anche in ambito ospedaliero, come la statistica ospedaliera e la statistica medica.

Su tale base si evince come il numero di aziende tenda a diminuire, mentre aumentano le risorse umane impiegate.

Informazioni simili sono disponibili anche nell'ambito delle cure infermieristiche, ad esempio nella statistica Spitex o nella statistica degli istituti medico-sociali, che confermano la tendenza al rialzo in termini di impiego di risorse.

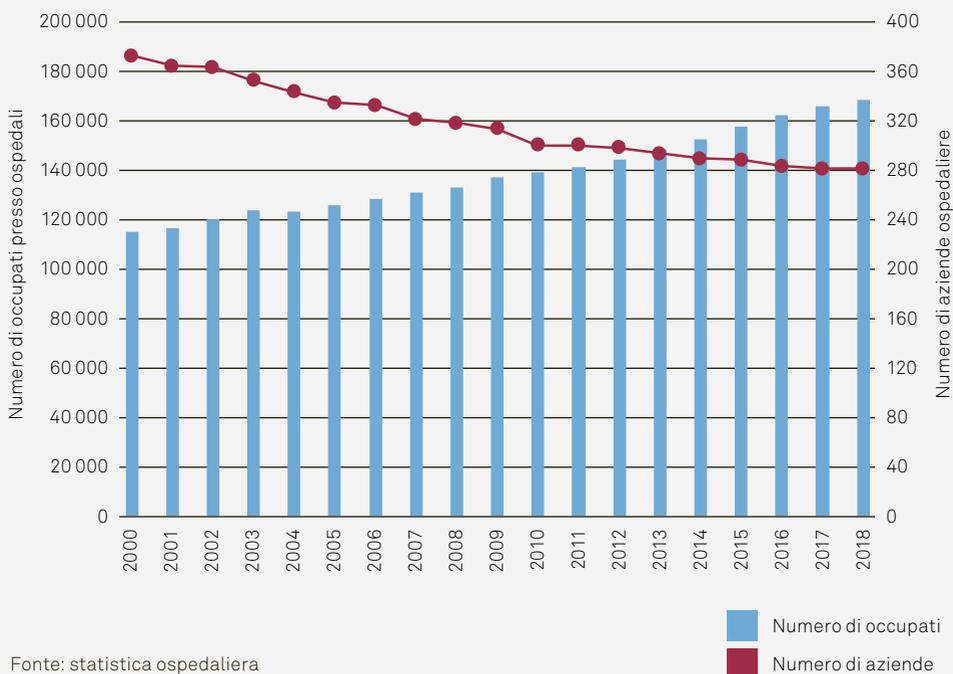
Da queste e altre statistiche di dominio pubblico emerge in linea generale un quadro caratterizzato da:

- Rilevazioni settoriali con focus di conseguenza limitato
- Rappresentazione frammentaria degli sviluppi temporali
- Focus su aspetti operativi
- Ottica inclusiva dell'intero territorio svizzero e/o cantonale

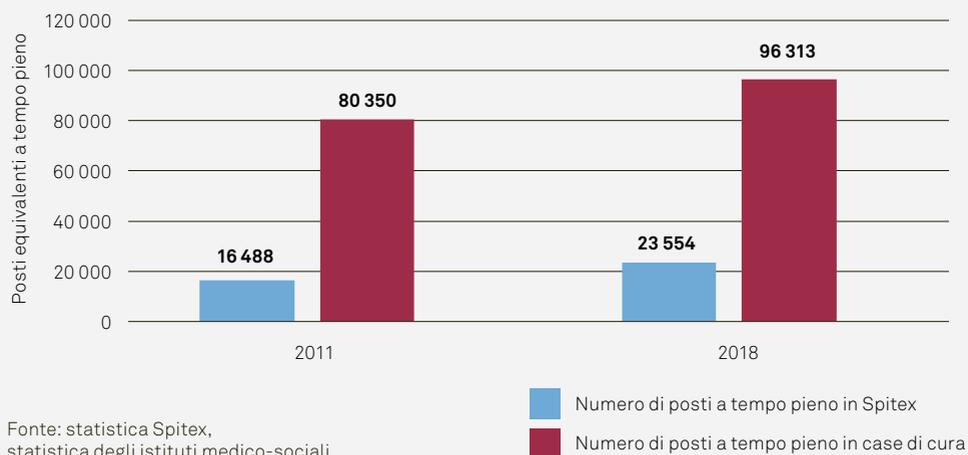
Alla luce di questi limiti risulta difficile delineare un quadro sulle specificità a livello di istituto e regionale. Peraltro, dalle statistiche non emergono i flussi di pazienti effettivi. Per questo motivo non è possibile definire una prospettiva regionale inerente alla situazione assistenziale sulla base di dati disponibili.

Per questo motivo saranno costituite e analizzate a livello regionale regioni di assistenza sulla base dei flussi di pazienti ricavati dai dati dei conteggi proiettati del gruppo Helsana.

3 Numero di aziende ospedaliere e di occupati presso gli ospedali



4 Numero di posti di lavoro a tempo pieno in case di cura e Spitex



Delucidazioni sul metodo impiegato

Il rapporto presente inizia, per così dire, con la prospettiva cantonale sui servizi sanitari. Due varianti sovraregionali vengono poi esaminate più in dettaglio. Mediante la tecnica di analisi dei cluster sono state calcolate da 2 a 25 varianti geografiche alternative e costituite regioni sovracantonali, al fine di raffrontare fra loro differenti raggruppamenti geografici dell'assistenza sanitaria svizzera. L'assegnazione dei comuni alle regioni avviene con procedura sequenziale nel rigoroso rispetto dei dati. Per semplificare le analisi di confronto sono state scelte e approfondite ai fini di questo report le varianti a 12 e 7 regioni. Il numero di regioni per il quale si è optato (7, 12 e 26) assicura alle analisi ampia capacità.

Analisi dei cluster

In parole semplici, la costituzione delle regioni avviene in modo tale che quei comuni in cui il contatto tra pazienti e fornitori di prestazioni è più frequente si trovino nella stessa regione di assistenza.

Quando una persona assicurata appartenente al comune A consulta un fornitore di prestazioni del comune B, ciò viene considerato un contatto tra il comune A e il comune B. Anche quando una persona si rivolge più volte al fornitore di prestazioni, si considera un solo contatto. I dettagli sul metodo dell'analisi dei cluster agglomerativi sono riportati nell'allegato 1. L'accorpamento generato dalla formazione delle regioni fa sì che interazioni tra fornitori di prestazioni e assicurati prima collocate a livello extracantonale o sovraregionale si ritrovino ora a far parte della stessa unità regionale. Con la riduzione del numero dei cluster, i vari indicatori tendono a convergere. Il metodo utilizzato determina un

Definizioni

Consultazioni

Tra le consultazioni si considerano quelle fatturate alla tariffa Tarmed. Non sono incluse le prestazioni in assenza del paziente.

Casi

Il concetto di «casi» viene utilizzato nel settore dell'assistenza ospedaliera stazionaria. Sono incluse nel conteggio tutte le degenze stazionarie delle persone assicurate.

Fruizioni

Con fruizioni si intende il ricorso arbitrario a prestazioni AOMS per assicurato e fornitore di prestazioni (ad es. tutte le consultazioni, la fruizione di medicinali o vaccini, degenze ospedaliere, test di laboratorio, ecc.). Ogni singola interazione corrisponde a una fruizione. Se però, ad esempio, un assicurato si reca in farmacia e acquista più medicinali o se vengono disposti ed eseguiti più test di laboratorio contemporaneamente, si conteggia una sola fruizione.

Contatti

Quando una persona assicurata interagisce con un fornitore di prestazioni, ciò viene conteggiato come un contatto. Le interazioni ripetute (ad es. consultazioni multiple) non incidono sulla quantità e il contatto si conteggia comunque come uno soltanto. Si misura così l'estensione delle «relazioni commerciali» tra fornitori di prestazioni e persone assicurate. Tenendo conto del fatto che lo studio esamina la struttura dell'assistenza sanitaria e non l'assistenza in sé, tale considerazione appare sensata.

Prevalenza

La prevalenza per anno indica l'incidenza in percentuale di persone assicurate che soffrono di una determinata malattia nell'arco di un determinato anno.

PCG

I gruppi di costi farmaceutici (PCG) sono gruppi di costo di malattie derivati dalle fruizioni di medicinali. Esistono, ad esempio, gruppi di costo per il diabete, l'asma o anche l'Alzheimer.

Volumi (delle prestazioni)

Con volumi si intendono le quantità osservate di vari indicatori numerici come, ad esempio, il numero di contatti, casi o consultazioni.

Definizioni

Densità

Con densità si intendono le strutture di offerta esistenti per assicurato: ad esempio, il numero di letti per casi acuti ogni 100 000 assicurati o il numero di medici di base in equivalenti a tempo pieno per assicurato.

Prestazioni assicurative lorde

Le prestazioni assicurative lorde corrispondono agli importi delle fatture dei fornitori di prestazioni che pervengono all'assicurazione per il disbrigo dei pagamenti. Una parte è pagata dall'assicurato in forma di partecipazione ai costi, l'altra parte è coperta dall'assicurazione malattia (prestazioni assicurative nette).

appianamento delle dispersioni osservate a livello cantonale. Di particolare interesse sono la differenza relativa degli indicatori presi in considerazione tra i tre cluster e l'entità della riduzione di tali dispersioni a seconda dell'indicatore.

Fonti dei dati

Le analisi si basano sui dati delle prestazioni per data di trattamento degli assicurati del gruppo Helsana nel 2018 (fonte: Helsana). I dati sono proiettati su scala nazionale. Le proiezioni mostrano una leggera sovrastima delle prestazioni rispetto alla statistica dell'assicurazione malattia dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). Il motivo di tale divergenza sta nel fatto che, rispetto alla statistica dell'UFSP, i dati sono utilizzati in base alla data del trattamento e non in base alle date di conteggio. Inoltre, gli assicuratori registrano le prestazioni in modo diverso: alcuni effettuano la registrazione solo al superamento della franchigia, altri già al ricevimento della fattura. Le proiezioni nei cantoni di piccole dimensioni devono altresì essere trattate con cautela in ragione della scarsa percentuale di assicurati.

Per fornire informazioni relative alla morbilità sono stati utilizzati, fra gli altri, i gruppi di costi farmaceutici (PCG). In particolare, per ragioni di disponibilità e applicabilità e quindi di semplificazione nel raggruppamento dei diversi dati, vengono utilizzati PCG sviluppati appositamente da Helsana¹, i quali non corrispondono a quelli utilizzati nella compensazione dei rischi.

Inoltre, le analisi si basano su equivalenti a tempo pieno (FTE) di medici di base e specialisti. I dati sono stati messi a disposizione dall'FMH (fonte: FMH).²

Le fonti per i dati dei comuni e le informazioni geografiche sono: «UST – Livelli geografici della Svizzera» e «UST – STAT-TAB», e non saranno ulteriormente citate in seguito.

Da ultimo ma non meno importante, occorre considerare che le analisi fanno riferimento alle statistiche ufficiali pubblicate su fonti federali dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e dell'Ufficio federale di statistica (UST):

- Statistiche dell'assicurazione malattia (cit.: statistiche dell'assicurazione malattia)
- «Indicatori degli ospedali svizzeri» (cit.: indicatori ospedali svizzeri)
- Statistica ospedaliera e statistica medica ospedaliera (cit.: statistica ospedaliera)
- Statistica Spitex (cit.: statistica Spitex)
- Statistica degli istituti medico-sociali (cit.: statistica istituti medico-sociali)

¹ Improved prediction of medical expenditures and health care utilization using an updated chronic disease score and claims data; Huber CA, Schneeweiss S, Signorell A, Reich OJ Clin Epidemiol. 2013 Oct;66(10):1118-27. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.04.011. Epub 2013 Jul 8.

² Gli equivalenti a tempo pieno utilizzati sono stati ricavati da un sondaggio dell'FMH con una copertura del 50 per cento circa e una proiezione sulle corrispondenti aree geografiche. I carichi di lavoro dei medici sono stati registrati in mezza giornata.

Regioni di assistenza

Panoramica sulla Svizzera

Le aree di approvvigionamento di servizi sanitari, indipendentemente dal fatto che coprano l'intera Svizzera, i cantoni o altre divisioni geografiche, devono essere descritte. Questo viene fatto utilizzando criteri selezionati. Poiché di seguito sono le regioni di assistenza a essere prese in considerazione, oltre ai comuni indicatori si fa riferimento a una selezione di parametri geografici e di criteri rilevanti ai fini dell'assistenza.

Gli indicatori di cui sopra mostrano la composizione della popolazione svizzera sotto diversi punti di vista e l'intensità del legame con le singole categorie di fornitori di prestazioni. Inoltre, specifici indici selezionati forniscono una panoramica dell'onere della malattia, della frequenza con la quale si usufruisce di determinate prestazioni e delle risorse disponibili per l'assistenza. Tali indicatori selezionati sono rappresentati di seguito in diverse combinazioni. Altri indici, invece, non verranno più utilizzati e avranno carattere puramente informativo.

Partendo dai 26 cantoni, le caratteristiche di valenza nazionale saranno applicate a raggruppamenti differenziati di regioni di assistenza con l'obiettivo di trarne conclusioni utili.

Tabella 1: panoramica degli indicatori 2018

Popolazione totale	8 502 982
Donne	4 286 422
Uomini	4 216 560
Età media di decesso	81,8
Età media	41,8
Percentuale di popolazione in aree ad alta densità abitativa	29,7%
Percentuale di popolazione in aree a media densità abitativa	51,9%
Percentuale di popolazione in aree a bassa densità abitativa	18,5%
Superficie totale dei comuni in km ²	39 828
Superficie verde (superficie abitata) dei comuni in km ²	25 726
Numero totale letti per casi acuti	23 037
Numero letti per casi acuti per 100 000 abitanti	271
Medici di base equivalenti a tempo pieno FMH estrapolati	6678
Specialisti equivalenti a tempo pieno FMH estrapolati	9056
Numero totale di contatti con fornitori di prestazioni	39 415 376
Numero medio di contatti con fornitori di prestazioni	4,64
Numero medio di contatti con medici di base	0,88
Numero medio di contatti con specialisti	1,29
Numero medio di contatti ospedaliero-ambulatoriali	0,55
Percentuale fruitori di prestazioni	84,9%
Numero medio di PCG	1.09
Prevalenza diabete (frequenza relativa nel 2018)	4,78%
Prevalenza cancro (frequenza relativa nel 2018)	0,95%

Modello di assistenza cantonale: 26 cantoni

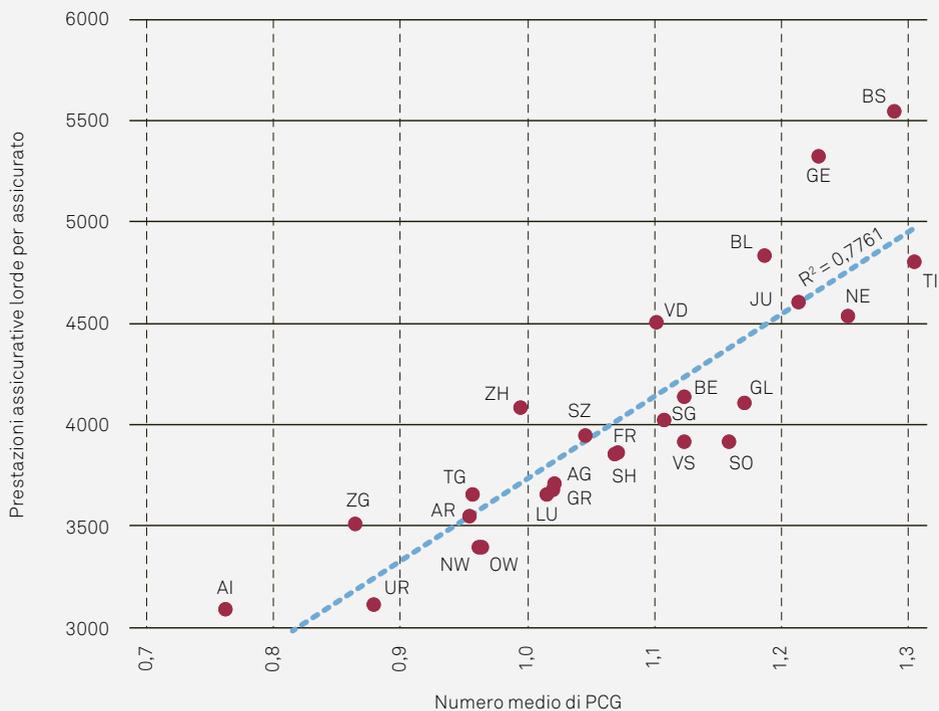
Prestazioni assicurative lorde e morbilità

I gruppi di costo farmaceutici (PCG) possono essere utilizzati per rappresentare l'onere della malattia, anche detto morbilità, di un gruppo con una diagnosi specifica e il percorso assistenziale. La figura seguente mostra la morbilità sulla base del numero medio di PCG per assicurato e le prestazioni assicurative lorde medie per assicurato nei diversi cantoni.

I PCG spiegano piuttosto bene le differenze nelle prestazioni lorde tra i cantoni.³ Le differenze tra i cantoni sono tuttavia significative: a Basilea Città e in Ticino si registra quasi il 50 per cento in più di PCG per persona assicurata rispetto, ad esempio, ad Appenzello Interno, Zugo e Uri. Tali discrepanze sono senz'altro riconducibili a una maggiore frequenza diagnostica da attribuirsi a un diverso modello comportamentale del paziente o a differenze sul piano dell'attività medica. Un'altra concausa potrebbero essere le diverse strutture di età. Tuttavia le dispersioni sono tali da escludere questi fattori quali unici determinanti di differenze tanto significative.

³ I PCG sono gruppi di costo per la cui costituzione si fa riferimento alle fruizioni ambulatoriali di medicinali. Pertanto, i costi delle prestazioni rappresentati nella figura 5 si spiegano almeno parzialmente con i costi delle prestazioni. Non deve pertanto sorprendere più di tanto il potere esplicativo relativamente alto. Degne di nota sono piuttosto le elevate differenze cantonali.

5 Prestazioni assicurative lorde medie e numero medio di PCG



In alcuni cantoni si osservano valori anomali nelle prestazioni lorde, difficili da spiegare con la morbilità osservata. Ad esempio, le prestazioni lorde a Basilea Città sono superiori di circa 600 franchi rispetto a quelle del Canton Ticino, anche se quest'ultimo presenta addirittura una morbilità leggermente superiore. Anche a Ginevra, Vaud, Zurigo e Basilea Campagna tali valori si discostano verso l'alto. Non è chiaro se la più alta morbilità sia dovuta a un effettivo maggior carico di malattia o a un trattamento più intensivo con un numero di medicinali superiore per la stessa malattia.

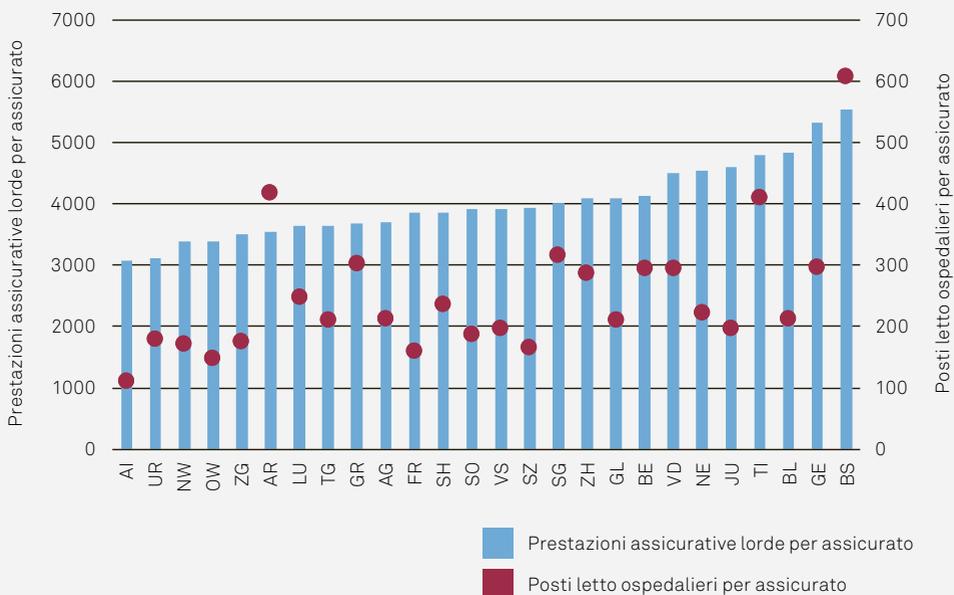
Prestazioni assicurative lorde e densità dell'offerta

Gli esperti sono soliti ritenere che i costi siano indotti, non da ultimo, dall'offerta. Per questo motivo, di seguito sono messi a confronto il numero di letti per assicurato e la densità di medici con le prestazioni lorde per assicurato.

I due valori anomali più sorprendenti relativi alla densità dei posti letto si osservano nei due semicantoni Appenzello Esterno e Basilea Città, con i due rispettivi semicantoni Appenzello Interno e Basilea Campagna che mostrano invece densità di posti letto piuttosto basse.

Tra un cantone e l'altro si riscontrano differenze sostanziali nell'incidenza delle malattie nella popolazione che non possono essere spiegate con il solo ricorso alla struttura demografica.

6 Prestazioni assicurative lorde medie e posti letto ospedalieri per assicurato per cantone

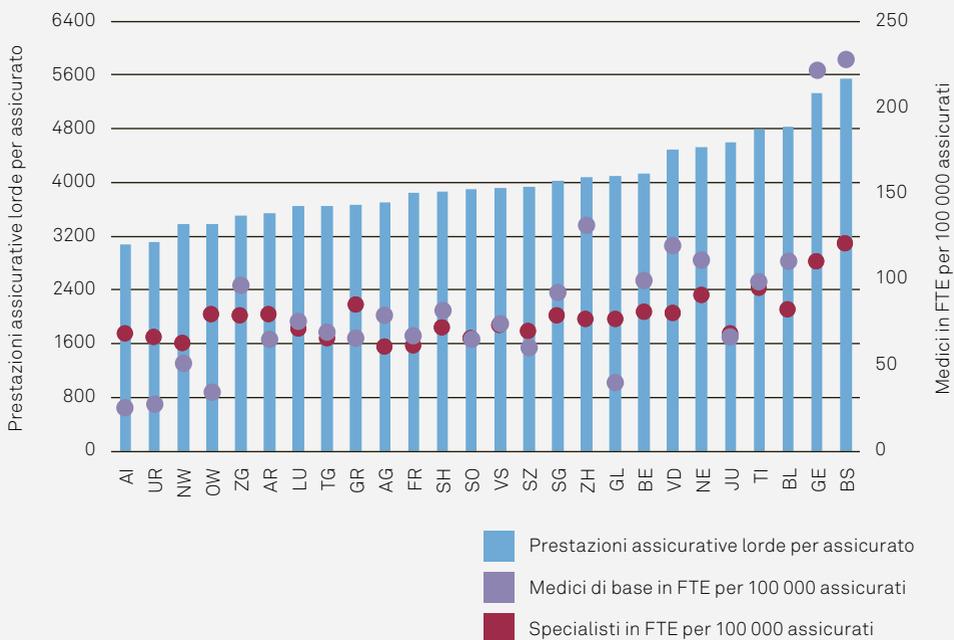


Non si evidenziano però correlazioni tra la densità cantonale di posti letto e le prestazioni assicurative lorde. Tuttavia ciò non significa che non trovi applicazione il principio di induzione dell'offerta. La rappresentazione indica comunque che molti ospedali, in particolare istituti altamente specializzati e universitari, dispongono per natura di bacini d'utenza sovracantionali in ragione appunto della specificità e specializzazione della loro offerta. Un quadro diverso si presenta per quanto riguarda la densità di medici nel settore ambulatoriale e le prestazioni assicurative lorde.

Basilea Città e Ginevra presentano una densità molto alta di specialisti e medici di base, mentre i cantoni rurali Appenzello Interno, Uri e Nidvaldo registrano la densità più bassa. Pur a fronte di fluttuazioni a livello cantonale, si osserva una debole tendenza verso l'aumento dei costi in relazione alle densità dei medici. Non è possibile stabilire in via definitiva in che misura ciò possa essere attribuito a fatturati medici indotti dall'offerta o a una domanda più elevata dovuta a una maggiore incidenza delle malattie tra gli abitanti del cantone. Si può perlomeno presumere che, similmente a quanto avviene per gli ospedali, gli specialisti abbiano un bacino di fruizione più sovracantonale rispetto ai medici di base. Per questo motivo, le variazioni cantionali nelle densità dei medici sono più marcate tra gli specialisti che tra i medici di base e riescono a spiegare meno le prestazioni assicurative lorde cantionali.

Sia le decisioni imprenditoriali degli ospedali,
sia quelle dei cantoni pianificatori devono basarsi
sulle specificità sovracantionali.

7 Prestazioni assicurative lorde medie e densità di medici



Volumi delle prestazioni e densità dell'offerta

Gli assicurati possono scegliere piuttosto liberamente il fornitore di prestazioni e non seguono i confini cantonali. Per tale ragione difficilmente le offerte cantonali risultano decisive ai fini dei costi cantonali. Le offerte cantonali possono invece incidere in misura significativa sui volumi delle prestazioni erogate a livello cantonale.

Di seguito sono rappresentati il numero di letti per casi acuti disponibili ogni 100 000 assicurati e il numero medio di degenze ospedaliere per assicurato per cantone.

Il numero di letti si presenta particolarmente alto a Basilea Città, così come il numero di degenze ospedaliere dei suoi residenti. Nei cantoni rurali come Lucerna, Nidvaldo e Obvaldo, il numero di posti letto e il numero di degenze sono relativamente bassi. Tuttavia, la dispersione tra i cantoni è elevata. Non dovrebbe esserci alcuna correlazione tra il numero di posti letto e il numero di degenze degli abitanti del cantone. Anche in questo caso, la spiegazione è data dal fatto che molti ospedali, in particolare quelli altamente specializzati e universitari, dispongono per natura di bacini d'utenza sovracantonali in ragione della specificità della loro offerta.

L'assistenza sanitaria specializzata ha un territorio di attività più ampio rispetto all'assistenza di base. Per questo motivo, le densità cantonali dell'offerta di cure specialistiche spiegano le spese cantonali in misura solo limitata.

8 Numero medio di degenze ospedaliere per assicurato e numero di letti per casi acuti per 100 000 assicurati



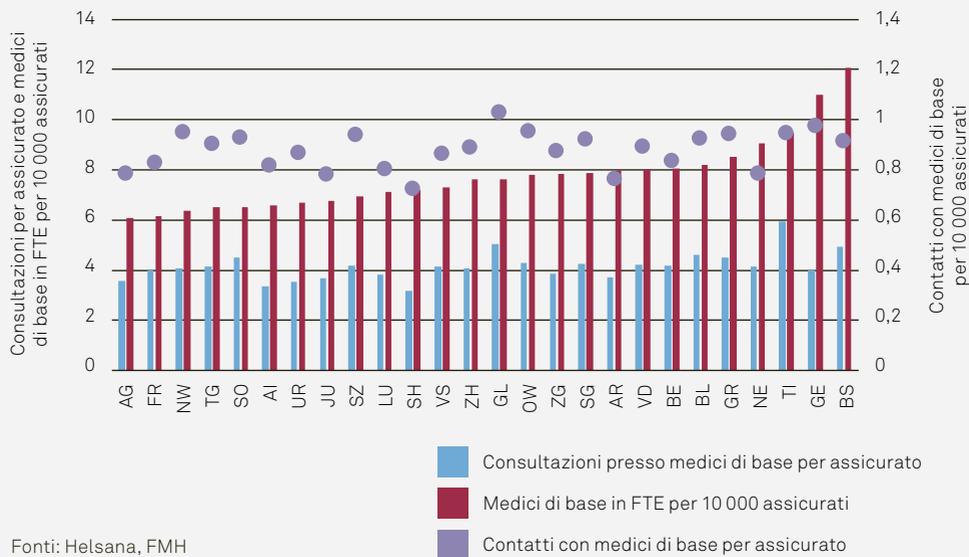
Anche nell'assistenza medica di base si osservano dispersioni più significative nella densità delle offerte, nel numero di consultazioni e nel numero di contatti tra i cantoni.

Nel Cantone di Basilea Città, la densità di medici di base è doppia rispetto al Canton Argovia, mentre il numero di contatti e il numero di consultazioni per assicurato è all'incirca lo stesso. Sebbene questa rappresentazione non tenga conto delle prestazioni ospedaliere ambulatoriali, non è plausibile spiegare differenze così evidenti con le diverse esigenze di assistenza medica della popolazione.

Per quanto concerne l'assistenza medica specialistica, al contrario dell'assistenza prestata dai medici di base, il numero di contatti con gli specialisti aumenta proporzionalmente all'aumentare della densità di specialisti cantonale. Una semplice spiegazione di questo fenomeno potrebbe risiedere nel fatto che i pazienti delle zone limitrofe hanno maggiori probabilità di essere assegnati a uno specialista perché lo specialista si trova nelle immediate vicinanze. La relazione tra le densità dell'offerta di specialisti e quella dei medici di base tende a confermare questa connessione. La densità degli specialisti è infatti tanto maggiore quanto più elevata è la densità dei medici di base (si veda la figura 31).

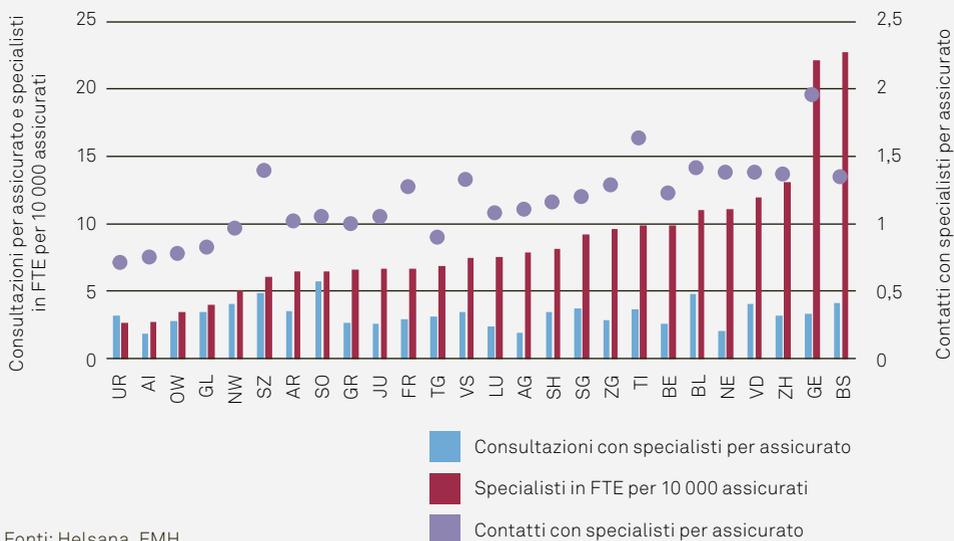
L'assistenza specialistica opera su un territorio di attività più ampio rispetto all'assistenza di base. Tuttavia, a livello cantonale, è invece riconoscibile una correlazione tra il numero di contatti degli assicurati e il numero di specialisti anziché tra il primo e il numero di medici di base.

9 Numero medio di consultazioni e di contatti per assicurato presso medici di base e densità di medici di base



Fonti: Helsana, FMH

10 Numero medio di consultazioni e di contatti per assicurato presso specialisti e densità di specialisti



Fonti: Helsana, FMH

Volumi delle prestazioni e morbilità

La morbilità è sotto molti aspetti un importante indicatore nel settore sanitario. Di seguito si valuta un'eventuale correlazione tra la morbilità e il numero di degenze ospedaliere e consultazioni nell'ambito dell'assistenza prestata dai medici di base e dagli specialisti.

Ospedale

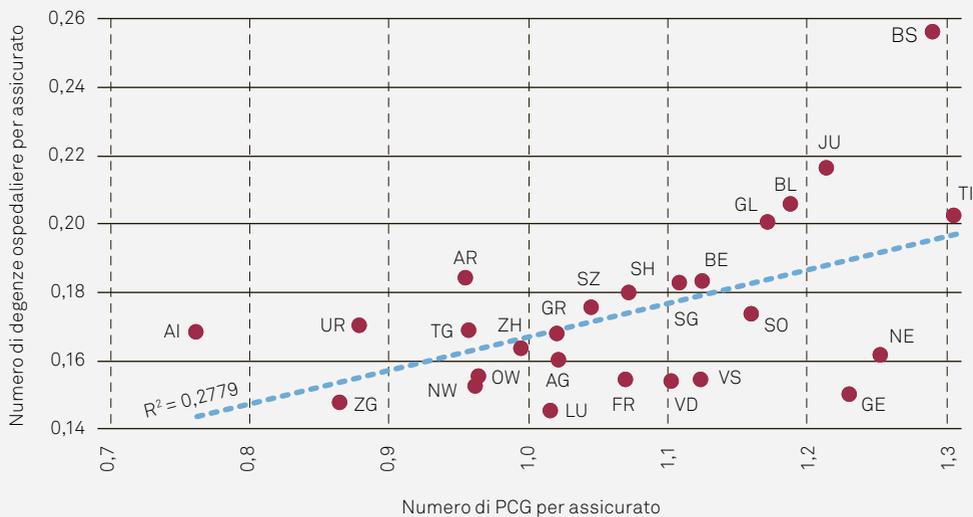
Il confronto di cui sopra fra PCG cantonali e il numero medio di degenze ospedaliere non evidenzia pressoché alcuna correlazione fra il numero delle degenze ospedaliere e la morbilità ($R^2 = 0,2779$).

Anche per quanto riguarda questo insieme di indicatori Basilea Città presenta valori alti. Rispetto ad altri cantoni, a Basilea Città il numero di degenze ospedaliere tra gli assicurati risulta sproporzionato. Al contrario, i cantoni Lucerna e Zugo presentano valori anomali tendenti al basso e un numero relativamente scarso di degenze ospedaliere.

Difficili da spiegare sono le grandi differenze nel numero medio di degenze ospedaliere nei cantoni con PCG pressoché identici, come Basilea Città e Ticino. Nei cantoni Ginevra e Giura, la spiegazione potrebbe risiedere nelle differenze a livello di strutture di assistenza ambulatoriale: a Ginevra, infatti, l'offerta di specialisti operanti in regime ambulatoriale è molto alta e i trattamenti ambulatoriali sono particolarmente avanzati.

Il numero medio di degenze ospedaliere per assicurato non può essere spiegato con i dati di morbilità.

11 Numero medio di degenze ospedaliere e PCG per assicurato



Medici di base

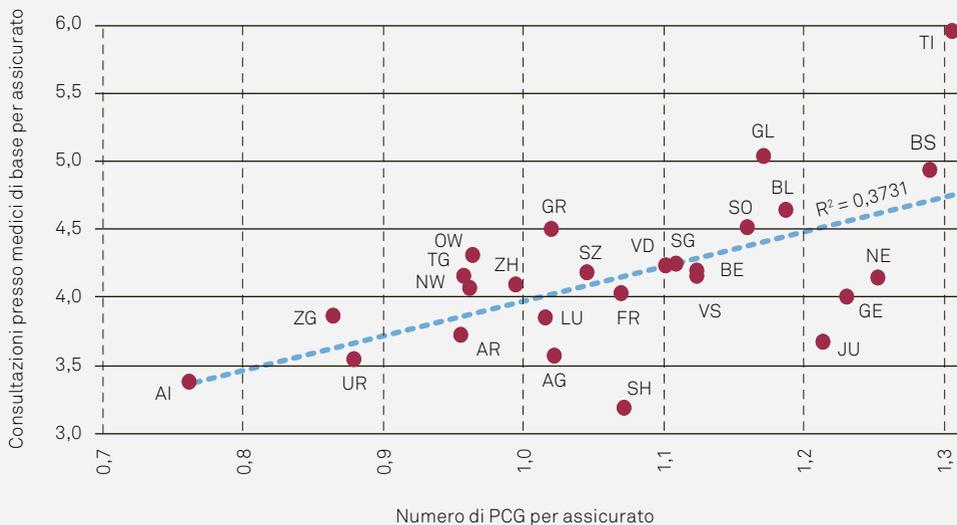
Come previsto, si registra tra i cantoni un ampio divario nel numero di consultazioni presso il medico di base e nel numero medio di PCG.

Anche se la correlazione statistica è piuttosto debole ($R^2 = 0,3731$), sembra che il numero di consultazioni tenda ad aumentare con la morbilità: come è ovvio, le persone malate solitamente si recano dal medico. Nonostante lievi discrepanze, spicca il fatto che nell'ambito delle degenze ospedaliere i cantoni si posizionino grosso modo nello stesso ordine. I valori anomali nei piccoli Cantoni del Giura e di Sciaffusa potrebbero dipendere dall'esito relativamente approssimativo della proiezione in virtù del minor numero di assicurati.

Ad esempio, nel Canton Argovia il numero medio di PCG per assicurato risulta inferiore di circa il 25 per cento rispetto al Canton Ticino. Se si considerano invece i due cantoni con il più alto numero di PCG, si nota come il Cantone Basilea Città e il Canton Ticino presentino all'incirca la stessa morbilità. Nel Canton Ticino, però, il numero di consultazioni per assicurato presso il medico di base è decisamente più alto. Questo dato rimette in discussione la correlazione fra morbilità e numero di consultazioni.

Nei cantoni il numero medio di consultazioni per assicurato presso i medici di base non è spiegabile con i dati di morbilità.

12 Numero medio di consultazioni presso medici di base e PCG per assicurato



Specialisti

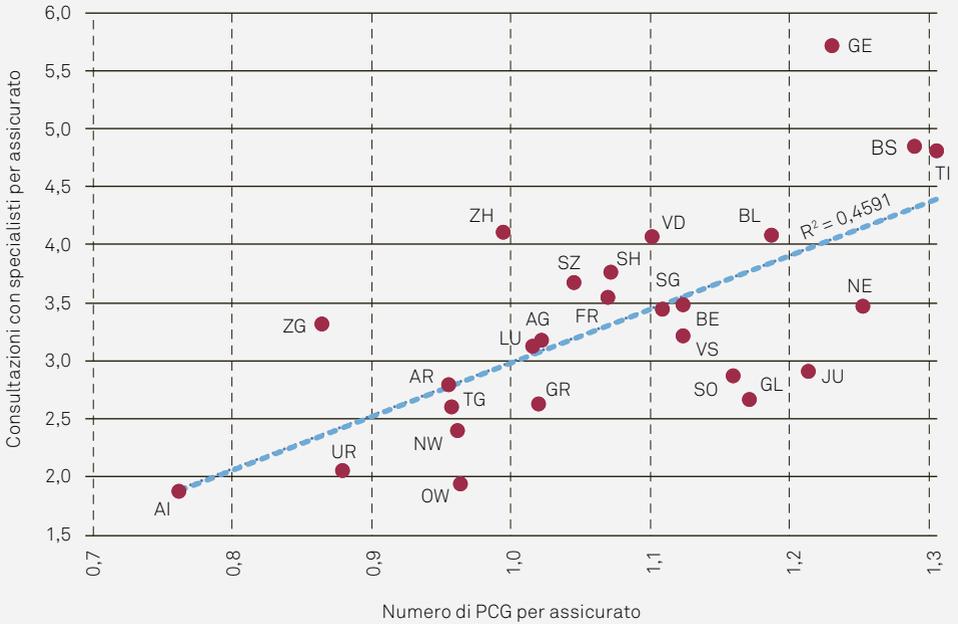
Il rapporto tra PCG e numero di consultazioni presso gli specialisti si presenta così:

I PCG spiegano solo in parte il numero medio di consultazioni presso lo specialista ($R^2 = 0,4591$). Inoltre la dispersione è maggiore rispetto al numero di consultazioni presso i medici di base. Gli assicurati dei Cantoni Basilea Città, Ticino e Ginevra consultano molto più di frequente gli specialisti nei propri cantoni rispetto agli assicurati dei Cantoni Uri e Appenzello Interno. In questi cantoni la morbilità, rapportata ai PCG, risulta maggiore di circa il 50 per cento. Spicca il fatto che i cantoni con le città più grandi, quali Ginevra, Basilea e Zurigo, si piazzano sempre nelle posizioni più alte per numero di consultazioni per assicurato presso gli specialisti. Questi sono anche i cantoni nei quali le densità di specialisti sono più elevate. Nei Cantoni Argovia, Lucerna e Turgovia i valori corrispondenti si attestano a un livello medio.

Le osservazioni riportate in relazione alle prestazioni assicurative lorde e ai volumi di prestazioni per densità di offerta e morbilità non rispecchiano i flussi di pazienti extracantonali (fruizioni, contatti), che vengono pertanto analizzati di seguito.

L'assistenza medico-specialistica
presenta un orientamento urbano.

13 Numero medio di consultazioni presso specialisti e PCG per assicurato



Fruizioni e contatti extracantonali

La seguente tabella mostra la percentuale di domanda extracantonale in ambito stazionario, ospedaliero ambulatoriale e ambulatoriale.

Il numero di contatti extracantonali comprende tutti i contatti tra una persona assicurata e un fornitore di prestazioni, ad esempio in ambulatori medici e in ospedale nonché in laboratori o per fruizioni di medicinali. I singoli contatti con un singolo fornitore di prestazioni vengono conteggiati una sola volta e comprendono in alcuni casi più fruizioni extracantonali o casi stazionari. In funzione delle modalità di ripartizione delle interazioni tra i diversi gruppi di fornitori di prestazioni, è perciò possibile che il numero di contatti extracantonali sia maggiore di quello delle fruizioni o dei casi extracantonali (ad es. Canton Ticino) o viceversa (ad es. Cantone Appenzello Interno).

Soltanto il 7 per cento dei contatti degli assicurati ticinesi con i fornitori di prestazioni avviene a livello extracantonale, mentre nel Canton Appenzello Interno il valore si attesta al 55 per cento. La percentuale di fruizioni ambulatoriali extracantonali presso il medico è generalmente minore di quella relativa alle altre categorie. Ciò dipende dal fatto che l'assistenza medica è erogata su un territorio più ristretto rispetto all'assistenza ospedaliera. Al contrario, le percentuali di casi stazionari extracantonali sono superiori a quelle per le fruizioni di prestazioni presso i medici, dato che conferma il carattere sovracantonale dell'assistenza ospedaliera.

Tabella 2:
casi, fruizioni e contatti extracantionali per cantone

	Percentuale di contatti extracantionali	Percentuale di casi stazionari extracantionali	Percentuale di fruizioni ambulatoriali extracantionali in ospedale	Percentuale di fruizioni ambulatoriali extracantionali presso il medico
TI	7%	5%	4%	2%
GE	8%	3%	3%	2%
ZH	9%	5%	4%	3%
VD	10%	7%	7%	6%
BE	10%	4%	5%	4%
NE	15%	23%	16%	6%
VS	17%	19%	18%	10%
CH	18%	16%	15%	9%
SG	18%	21%	16%	10%
LU	19%	15%	12%	8%
BS	22%	10%	8%	17%
SH	26%	29%	25%	14%
AG	27%	20%	20%	17%
GR	28%	19%	15%	13%
JU	29%	39%	36%	17%
ZG	31%	33%	30%	14%
FR	31%	34%	35%	20%
TG	32%	29%	28%	17%
UR	32%	29%	22%	11%
BL	35%	52%	53%	21%
SO	35%	36%	29%	19%
GL	37%	33%	26%	13%
SZ	42%	42%	36%	21%
NW	43%	39%	46%	19%
OW	45%	41%	39%	18%
AR	52%	45%	54%	32%
AI	55%	63%	65%	25%

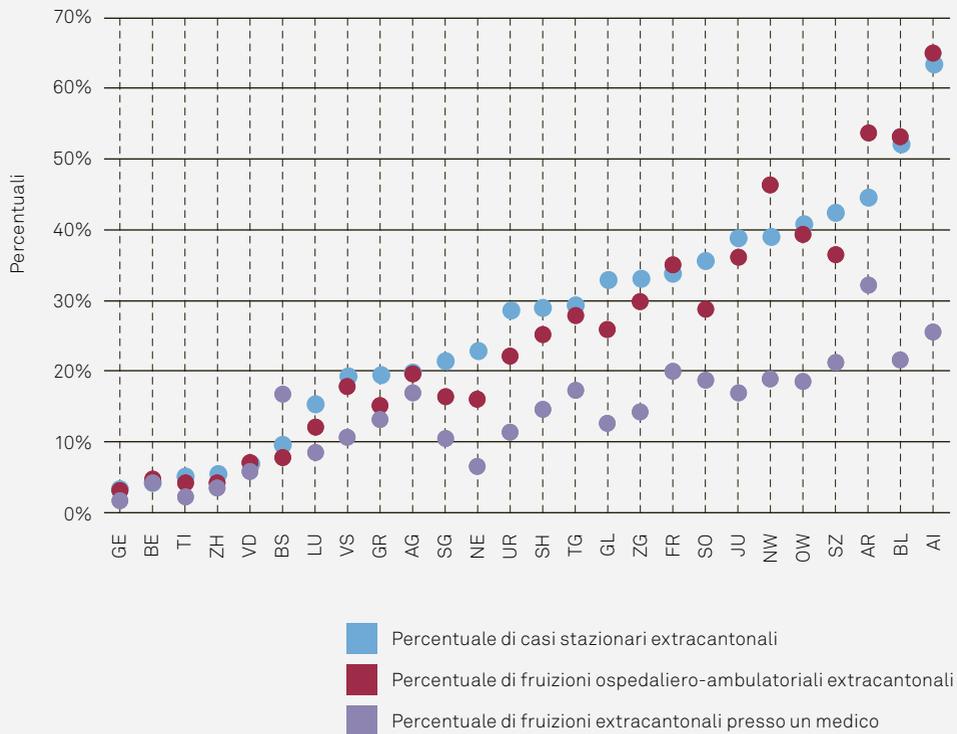
In generale, le percentuali extracantonali sono basse nei cantoni che offrono un ampio spettro di prestazioni mediche. Viceversa le rispettive percentuali sono per natura particolarmente elevate nei cantoni rurali come l'Appenzello Interno, l'Appenzello Esterno e Obvaldo, come conferma la rappresentazione distinta dei dati percentuali relativi a fruizioni e casi extracantonali.

A Basilea Città le fruizioni di prestazioni risultano basse in tutte le categorie, mentre sono molto alte a Basilea Campagna. Basilea Città fornisce assistenza in regime stazionario a gran parte degli assicurati del vicino Canton Basilea Campagna. I dati confermano il ricorso all'assistenza sanitaria intercantonale soprattutto in quei cantoni dotati di un'offerta medica piuttosto limitata. Non sorprende quindi che gli abitanti delle zone rurali abbiano maggiori probabilità di essere curati in città. È probabile che questo risultato sia influenzato anche dagli spostamenti dei pendolari tra la popolazione attiva.

La figura 14 mostra inoltre che la percentuale delle prestazioni ospedaliere ambulatoriali extracantonali è simile a quella delle degenze stazionarie extracantonali. Il fatto che le prestazioni ambulatoriali in ospedale «seguano» i casi stazionari suggerisce che buona parte dell'assistenza di base di questi cantoni è erogata nelle città.

I flussi di pazienti si orientano meno verso i confini cantonali e di più verso l'offerta di assistenza disponibile nel territorio di attività della popolazione.

14 Percentuali di casi e fruizioni extracantionali suddivise per cantoni



Per avere un quadro della situazione assistenziale, oltre alle fruizioni e ai casi si può prendere in considerazione anche il numero di contatti totale e la corrispondente percentuale extracantonale.

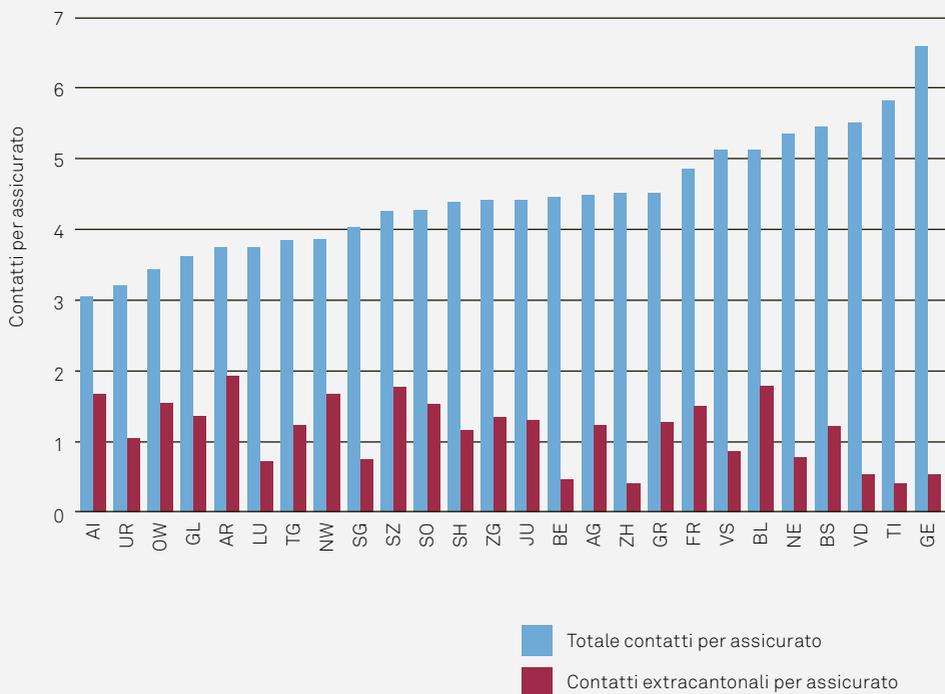
Ne risulta un quadro simile a quello delineatosi per le fruizioni ambulatoriali e i casi stazionari extracantonali. Zurigo, Ginevra, Ticino, Vaud e Berna presentano valori molto bassi per quanto riguarda i contatti extracantonali, denotando un'autonomia particolarmente alta nell'assistenza sanitaria.

Piuttosto spiccate risultano le differenze nel numero assoluto di contatti per assicurato dei diversi cantoni. Mentre in cantoni rurali quali l'Appenzello Interno e i Cantoni Uri e Obvaldo i contatti sono soltanto tre, questo numero è quasi doppio tra i capofila Basilea Città, Ticino, Ginevra e Vaud. Il dato ci dice che la popolazione di questi cantoni tende a consultare più spesso fornitori di prestazioni diversi. In sintesi, i pazienti dei Cantoni Vaud, Ticino e Ginevra sono trattati da tanti fornitori di prestazioni differenti, ma apparentemente comunque all'interno del cantone stesso.

Conclusioni

Il comportamento, misurato in base alla domanda di assistenza sanitaria, della popolazione nei cantoni (contatti dei pazienti con i fornitori di prestazioni), varia a seconda del settore dei fornitori di prestazioni. L'assistenza ospedaliera e quella medico-specialistica hanno un carattere per lo più intercantonale rispetto all'assistenza medica di base.

15 Contatti totali con fornitori di prestazioni e contatti extracantionali per assicurato



In un'ottica cantonale, i volumi di prestazioni e i costi relativi a ciascun cantone sono difficili da spiegare con parametri cantonali quali la densità dell'offerta o le morbidità, sia nel settore ambulatoriale che in quello stazionario.

Pertanto si può concludere così: healthcare is a regional business. I flussi di pazienti non seguono i confini cantonali. Le strutture dell'offerta si orientano in base ai flussi di pazienti e viceversa. Le informazioni utili che si possono ricavare da un'analisi cantonale dei vari indicatori sono quindi molto limitate.

Questo è anche il motivo per il quale le percentuali di contatti extracantonali variano di molto a seconda delle caratteristiche cantonali e delle strutture dell'offerta locali. Per ottenere una visione adeguata del quadro assistenziale è quindi necessaria una prospettiva sovregionale.

Regioni di assistenza

Contatti tra assicurati e fornitori di prestazioni nei diversi cantoni

Un'analisi a livello interregionale delle strutture assistenziali permette di delineare un quadro delle reali preferenze degli assicurati e offre la possibilità di riprodurre i flussi di pazienti nell'intero sistema sanitario. Nel capitolo che segue si fornisce una dimostrazione empirica della fruizione di prestazioni mediche fra i vari cantoni.

Le figure seguenti mostrano le interazioni tra pazienti e fornitori di prestazioni all'interno dei cantoni e fra cantoni. A sinistra dell'asse verticale del grafico è indicato il cantone del fornitore di prestazioni, mentre a destra è riportato il cantone di domicilio dell'assicurato. Il risultato è una sorta di diagramma di flusso tra offerta e domanda. I cantoni dei fornitori di prestazioni non menzionati sono raggruppati nella categoria «OTH».

La tabella 3 mostra che i Cantoni di Zurigo, Berna e San Gallo sono i maggiori importatori netti di contatti. Argovia, Friburgo e Vallese sono invece i maggiori esportatori netti.

Tabella 3: differenze nette tra le importazioni e le esportazioni cantonali di contatti

ZH	BE	SG	VD	BS	BL	LU	AI	GE
649 715	438 673	434 120	257 305	233 091	194 091	27 466	-3872	-16 304
ZG	SH	NW	UR	GL	OW	TI	AR	JU
-19 561	-32 900	-35 297	-36 734	-40 509	-47 692	-57 272	-61 265	-69 787
NE	TG	GR	SO	SZ	VS	FR	AG	
-84 449	-127 664	-159 697	-163 180	-174 350	-189 265	-377 082	-537 579	

Fonte: Helsana

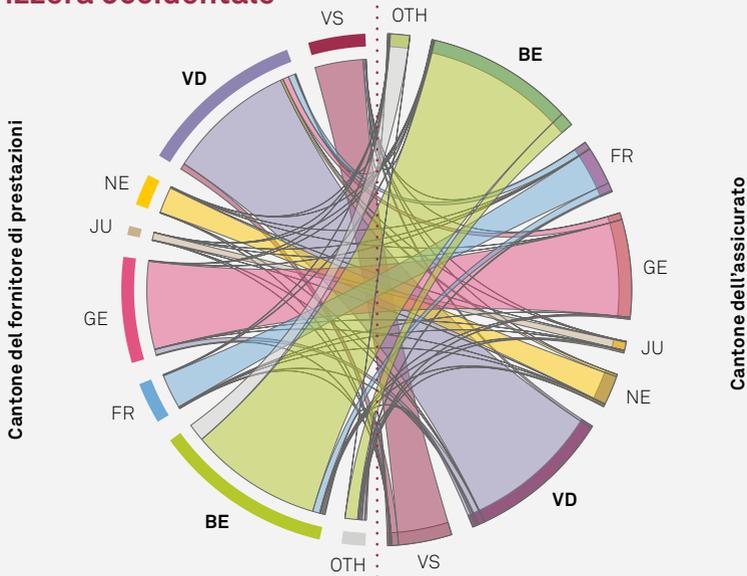
A seconda della strutturazione dell'offerta sanitaria cantonale così come del comportamento della popolazione cantonale, varia la distribuzione della fruizione di prestazioni mediche nel cantone di appartenenza e nel resto della Svizzera. Certi cantoni sono pienamente autosufficienti (ad es. Neuchâtel e Ticino), altri usufruiscono di molte prestazioni extracantonali (ad es. Turgovia e Soletta) oppure mettono le loro capacità a disposizione sia della popolazione cantonale interna sia del resto della Svizzera (ad es. Basilea Città e Zurigo).

Le consuete statistiche suddivise per cantoni, non li differenziano per il loro numero di abitanti. Lo si nota, ad esempio, nella rappresentazione delle densità di medici o delle consultazioni cantonali per assicurato.

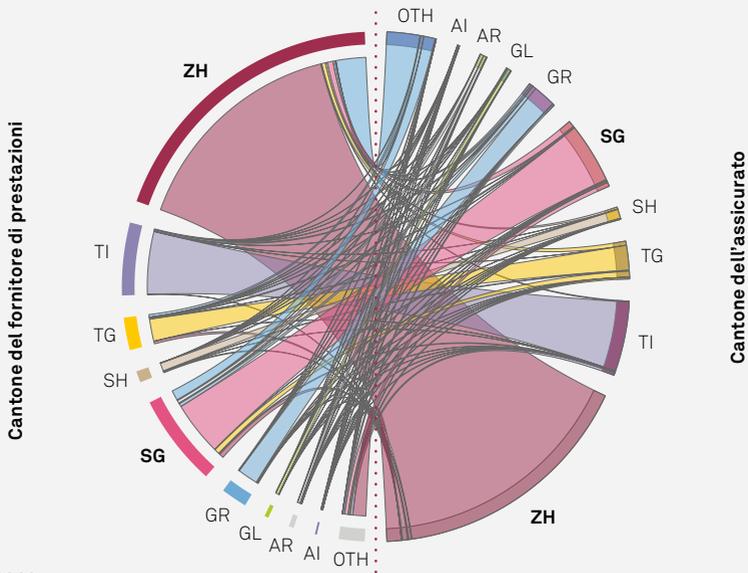
Ad esempio, quasi il 70 per cento di tutti i contatti da parte della popolazione cantonale di Friburgo si verifica all'interno del cantone di appartenenza. Un altro 15 per cento circa dei contatti avviene tuttavia anche con fornitori di prestazioni dei Cantoni Vaud e Berna e solo una piccola parte con quelli di altri cantoni.

L'esempio del Canton Berna mostra che la maggioranza degli assicurati bernesi si rivolge prevalentemente a fornitori di prestazioni nel cantone di appartenenza e solo una percentuale minore dei contatti avviene in altri cantoni. Questo dato potrebbe essere ascrivibile all'ampia offerta di assistenza di base e specialistica (si vedano le considerazioni nel capitolo precedente sui cantoni extracantionali).

16 Contatti tra pazienti e fornitori di prestazioni Svizzera occidentale

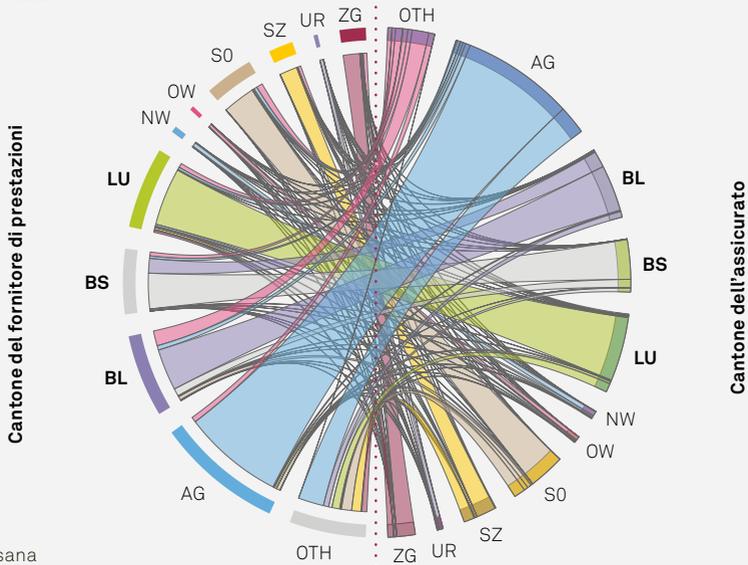


17 Contatti tra pazienti e fornitori di prestazioni Svizzera orientale/meridionale



Fonte: Helsana

18 Contatti tra pazienti e fornitori di prestazioni Svizzera centrale



Fonte: Helsana

I cantoni evidenziati in grassetto sono importatori netti di contatti. Si veda la tabella 3.

Da un lato i tre grafici sopra mostrano l'effettiva interconnessione nel settore sanitario e illustrano chiaramente che non tutti i cantoni dispongono di un sistema di assistenza sanitaria interno chiuso, sia esso più piccolo o più grande. Dunque è essenziale non trascurare le interrelazioni fra i cantoni.

D'altro canto è anche però chiaro quanto poco peso abbiano i piccoli cantoni in termini di contatti tra pazienti e fornitori di prestazioni rispetto ai cantoni più grandi.

Caratteristiche spaziali e movimenti dei pazienti

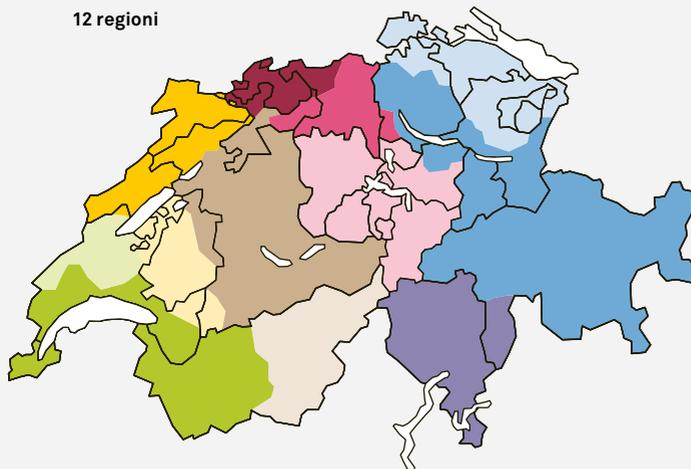
I numerosi contatti extracantonali sono suggestivi di un'ottica regionale. Le regioni di assistenza rappresentate di seguito si basano sull'analisi dei flussi di pazienti costruiti attraverso un'analisi dei cluster (si veda l'allegato 1 per informazioni esplicative sulla metodica impiegata).

La rappresentazione cartografica produce la seguente distribuzione geografica con riferimento alla variante da dodici regioni e alla variante da sette regioni.

I flussi sovracantonali dei pazienti e l'interconnessione dei sistemi sanitari mettono sostanzialmente in discussione l'organizzazione cantonale del sistema sanitario.

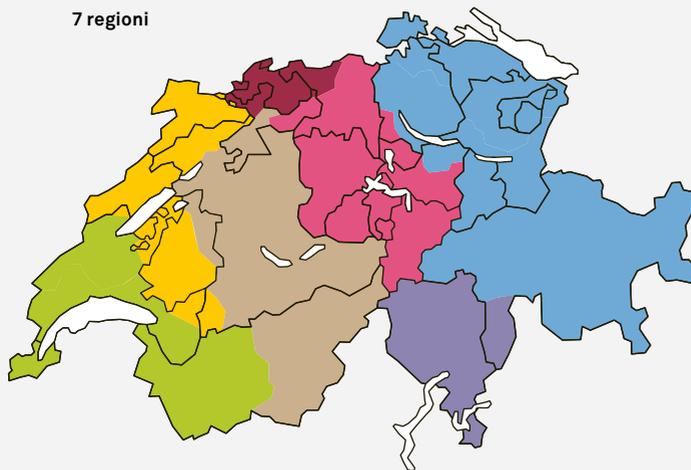
19 Panoramica delle regioni di assistenza

12 regioni



- Altopiano Nord
- Nord-est
- Svizzera centrale
- Grigioni-Zurigo
- Svizzera meridionale
- Canton Vallese tedesco
- Lemano
- Lemano Nord
- Friburgo-Vaud
- Arco giurassiano
- Berna Nord
- Svizzera nord-occidentale

7 regioni



- Centro
- Est
- Svizzera meridionale
- Berna Centrale
- Ovest
- Grande Giura
- Svizzera nord-occidentale

I flussi di pazienti seguono solo in misura limitata i confini cantonali. I confini delle regioni di assistenza corrispondono ai confini cantonali laddove questi, ad esempio, seguono i confini topografici (ad es. le Alpi) o linguistici. Le regioni costituite si discostano dai confini regionali laddove i confini storici e culturali caratterizzano la vita della popolazione. Ne sono esempi evidenti il Canton Vallese, la Val Mesolcina (Grigioni) a sud della catena alpina o anche il confine linguistico tra Berna/Friburgo di lingua tedesca e la Svizzera francofona.

I flussi di pazienti ricavati con il metodo descritto fanno emergere nel caso della variante a dodici regioni i seguenti dati di base:

La Svizzera centrale, il Nord-est e i Grigioni-Zurigo sono le regioni che raccolgono la maggior parte dei cantoni. Al contrario, la regione Svizzera meridionale comprende solo il Canton Ticino e parte del Cantone dei Grigioni (Val Mesolcina). A prima vista può sorprendere che il resto del Cantone dei Grigioni e l'intera Svizzera orientale con gran parte del Canton Zurigo formino la regione Grigioni-Zurigo. Questa è pertanto la più grande in termini di superficie con distanze relativamente notevoli. I contatti dei grigionesi al di fuori del cantone superano il 30 per cento. I territori montani sono chiaramente orientati verso Zurigo.

Nella variante con sette regioni, la regione orientale è la più grande per numero di assicurati, mentre la Svizzera nord-occidentale, il Grande Giura e la Svizzera meridionale sono le più piccole in termini di popolazione.

Tabella 4: dati di base 12 regioni

12 regioni	Cantoni coinvolti	Assicurati, in migliaia
Canton Vallese tedesco	VS	82
Altopiano Nord	ZH, BE, LU, SO, AG	770
Svizzera centrale	BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, AG	727
Friburgo-Vaud	BE, FR, VD	294
Nord-est	ZH, SH, AR, AI, SG, TG	867
Grigioni-Zurigo	ZH, SZ, GL, SG, GR, AG	1820
Lemano	VD, VS, GE	1345
Svizzera nord-occidentale	SO, BS, BL, AG	598
Berna Nord	BE, FR, SO	1162
Lemano Nord	FR, VD	181
Svizzera meridionale	GR, TI	358
Arco giurassiano	BE, BL, VD, NE, JU	302

Tabella 5: dati di base 7 regioni

7 regioni	Cantoni coinvolti	Assicurati, in migliaia
Centro	ZH, BE, LU, UR, SZ, OW, NW, ZG, SO, AG	1496
Est	ZH, SZ, GL, SH, AR, AI, SG, GR, AG, TG	2687
Ovest	FR, VD, VS, GE	1525
Svizzera nord-occidentale	SO, BS, BL, AG	598
Grande Giura	BE, FR, BL, VD, NE, JU	595
Berna Centrale	BE, FR, SO, VS	1243
Svizzera meridionale	GR, TI	358

Il numero di assicurati e il numero di cantoni coinvolti nelle regioni di assistenza sono molto diversi. Questi parametri non influiscono sulla formazione delle regioni. L'unica variabile che determina l'appartenenza a una regione di assistenza sono i flussi di pazienti.

Confronto città-campagna

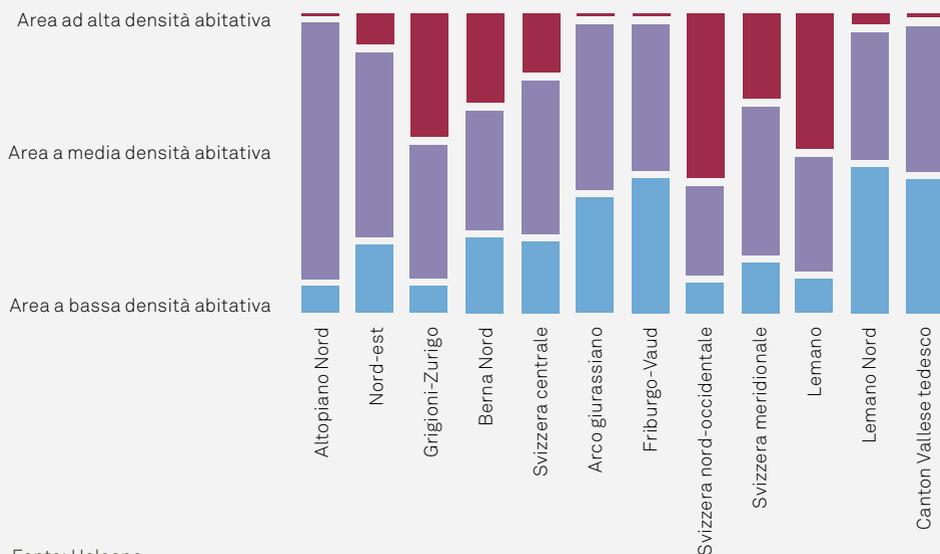
Le diverse regioni possono anche essere analizzate sulla base della densità di insediamento.

Nel modello a dodici regioni, quelle con la più alta percentuale di popolazione urbana sono i Grigioni-Zurigo, la Svizzera nord-occidentale e la regione del Lemano, mentre nel modello a sette sono l'Ovest, la Svizzera meridionale e la Svizzera nord-occidentale. In entrambe le varianti, la percentuale più alta di zone scarsamente popolate o rurali è nella regione del Giura.

Se si dovessero sviluppare attività di pianificazione cantonale sulla base delle regioni di assistenza, lo sforzo di coordinamento richiesto ai cantoni sarebbe notevole. Soprattutto perché nella realtà i flussi di pazienti di molti cantoni confluiscono verso più regioni di assistenza.

20 Percentuale della popolazione in zone di insediamento per 12 regioni

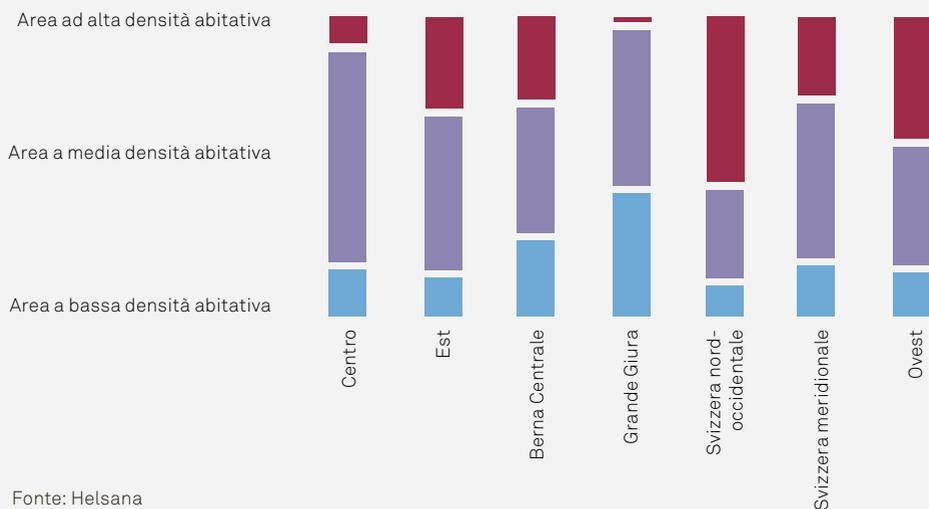
Percentuale della popolazione in zone di insediamento



Fonte: Helsana

21 Percentuale della popolazione in zone di insediamento per 7 regioni

Percentuale della popolazione in zone di insediamento



Fonte: Helsana

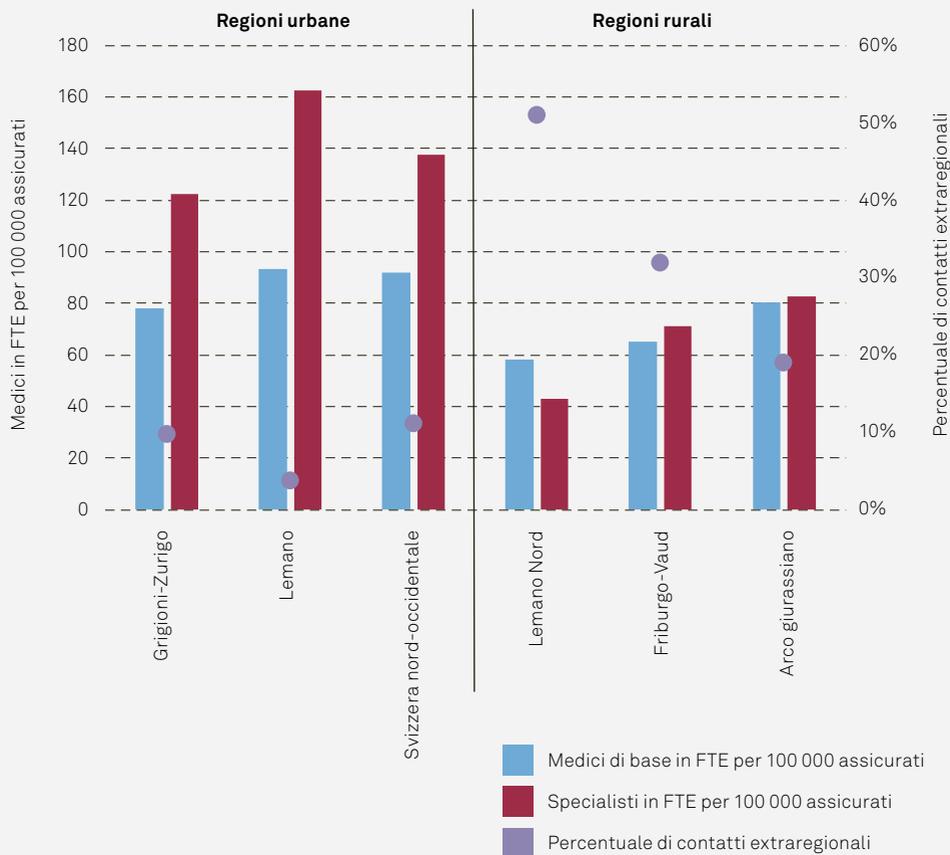
Se nel modello a dodici regioni si confrontano le tre zone più urbanizzate con le tre aree più rurali, si registrano differenze marcate in relazione alle densità di medici.

Come previsto, le densità di medici nelle regioni rurali sono inferiori rispetto a quelle nelle aree urbane. Al contrario, nelle regioni urbane le percentuali di contatti extraregionali risultano sensibilmente minori. Particolarmente alta è la percentuale di contatti extraregionali a Lemano Nord, regione ampiamente rurale nella Svizzera romanda. La popolazione è relativamente giovane e, con 181 000 abitanti, la regione è scarsamente popolata. Essa confina con il Giura e la Francia, e si distingue per una percentuale elevata di fruizioni ospedaliere ambulatoriali extraregionali, ma anche per un numero di casi stazionari per assicurato generalmente molto basso nel 2018.

Particolarmente marcate sono le differenze fra regioni rurali e urbane in termini di assistenza specialistica. Mentre nel Lemano Nord gli specialisti sono poco più di 40 ogni 100 000 assicurati, nella vicina Lemano sono oltre 160, cioè quattro volte di più. Ne consegue che sono soprattutto gli specialisti a offrire i loro servizi in modo prevalente nelle regioni urbane.

Il fatto che la percentuale di contatti extraregionali nelle regioni Grigioni-Zurigo e Lemano sia relativamente bassa non sorprende, considerata la vasta offerta strutturale.

22 Densità di medici e percentuale di contatti extraregionali in zone urbane e rurali per 12 regioni



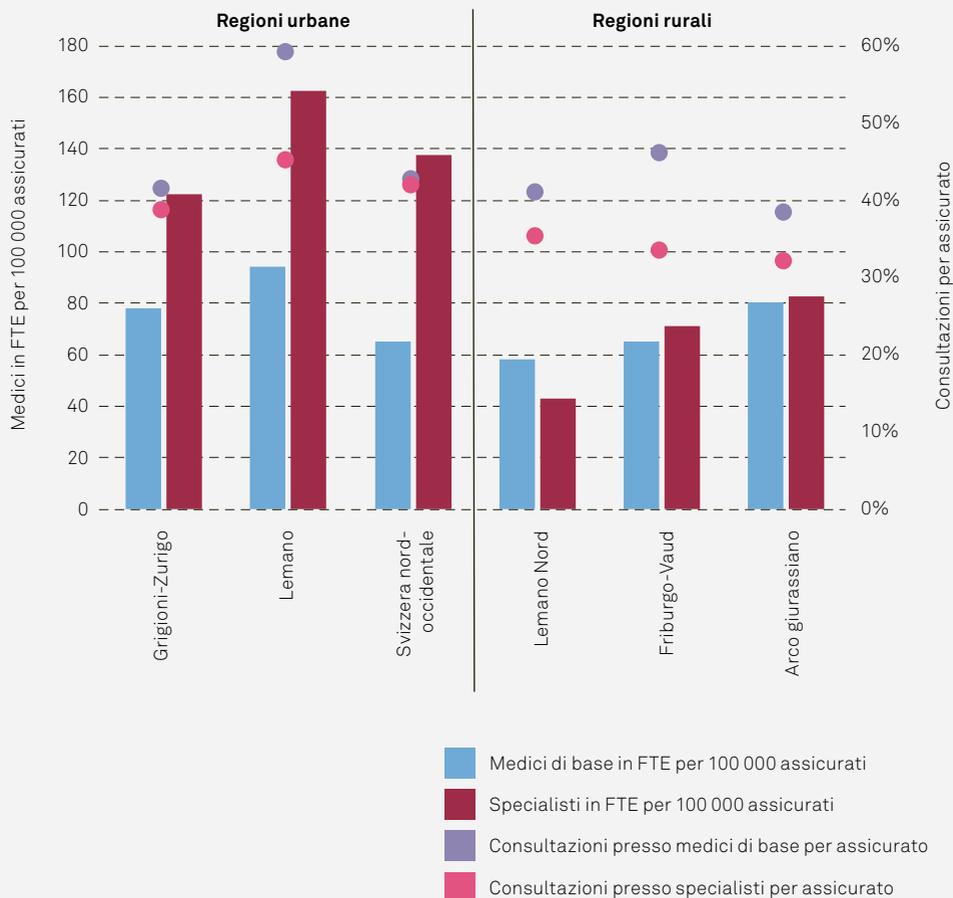
Si può effettuare un confronto città-campagna anche in riferimento al numero di consultazioni nell'assistenza medica di base. La figura seguente mette a confronto il numero di medici di base e specialisti presenti ogni 100 000 assicurati, nonché il rispettivo numero medio di consultazioni, differenziati per regioni di assistenza urbane e rurali.

Ad eccezione della regione del Lemano, il numero medio di consultazioni presso medici di base è all'incirca lo stesso nelle zone urbane e rurali. La densità di medici di base è invece leggermente più elevata nelle regioni urbane rispetto a quelle rurali. Per lo stesso numero di consultazioni è necessario un maggior numero di medici. È evidente che l'assistenza medica di base funziona in modo diverso nelle regioni rurali. È possibile che esistano differenze nell'organizzazione degli studi medici e dei loro processi, nel ruolo dell'assistenza in studio medico o anche negli orari di lavoro.

Dal confronto risulta inoltre evidente quanto siano marcate le differenze della densità medico-specialistica tra città e campagna, cosa che va di pari passo con un numero maggiore di consultazioni per assicurato presso gli specialisti.

La densità di medici base è inferiore nelle regioni rurali. Tuttavia, questi forniscono all'incirca lo stesso numero di consultazioni per assicurato. Nelle regioni urbane, l'assicurato consulta molto più spesso la fitta rete di specialisti.

23 Densità di medici e numero di consultazioni presso specialisti e medici di base nelle zone urbane e rurali nel modello a 12 regioni



Contatti extraregionali

Le densità di medici e il numero di consultazione analizzati nei capoversi precedenti mostrano una correlazione soltanto limitata con i flussi di pazienti regionali e sovraregionali. Da questi dati si evince poco riguardo la rilevanza di una regione in termini di assistenza per la popolazione che vi abita e per quella delle altre regioni.

Le tabelle seguenti offrono una panoramica delle percentuali della domanda extraregionale per regione di assistenza.

Prendendo in considerazione i contatti extracantionali tra dodici regioni, emerge il fatto che, in confronto alla ripartizione cantonale, il campo di variazione presenta delle diminuzioni irrisorie (cfr. tabella 2). Per il Lemano il valore più basso è pari al 4% e quello più alto al 51% (Lemano Nord), mentre nella suddivisione cantonale si registrano un valore del 7% (Ticino) e uno del 55% (Appenzello Interno). Il valore medio per l'intero territorio svizzero è sceso dal 18% al 13%. La quota di assicurati che si fa curare al di fuori della propria regione varia ancora considerevolmente. Tale dato trova una spiegazione nell'offerta strutturale delle regioni.

Nel modello a sette regioni anziché dodici, il numero medio di contatti presenta solo una leggera variazione. La dispersione tra le regioni rimane quindi pressoché la stessa.

Tabella 6: contatti extracantionali nel modello a 12 regioni

12 regioni	Percentuale di contatti extraregionali
Lemano	4%
Svizzera meridionale	7%
Berna Nord	10%
Grigioni-Zurigo	10%
Svizzera nord-occidentale	11%
CH	13%
Nord-est	17%
Svizzera centrale	18%
Arco giurassiano	19%
Altopiano Nord	29%
Canton Vallese tedesco	29%
Friburgo-Vaud	31%
Lemano Nord	51%

Tabella 7: contatti extracantionali nel modello a 7 regioni

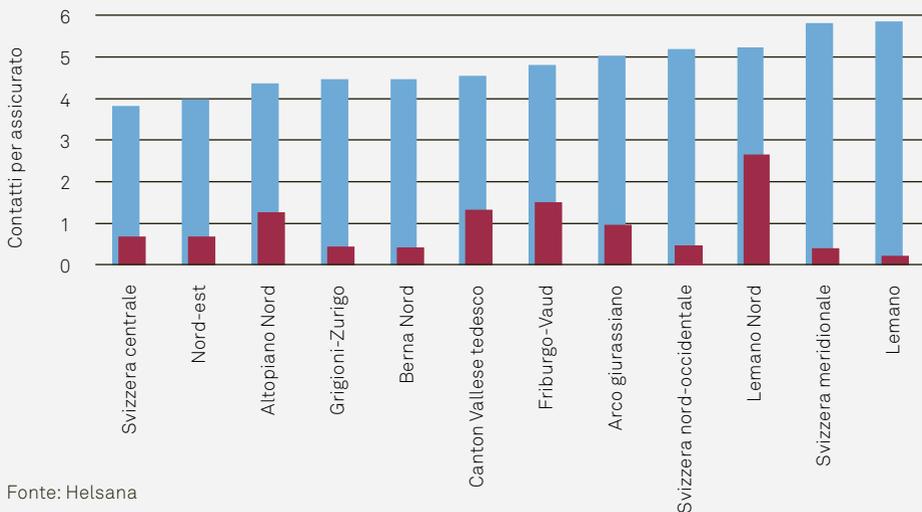
7 regioni	Percentuale di contatti extraregionali
Ovest	3%
Est	5%
Svizzera meridionale	7%
Berna Centrale	10%
CH	10%
Svizzera nord-occidentale	11%
Centro	21%
Grande Giura	25%

Le differenze tra le regioni in termini di contatti tendono a diminuire al ridursi del numero di regioni e presentano in generale una leggera regressione.

Nelle regioni con un'ampia offerta terapeutica, la percentuale di contatti extraregionali è relativamente bassa. Pertanto in questo caso la necessità di contatti interregionali è minore. Misurato rispetto alla percentuale di contatti, il grado di autosufficienza nell'assistenza sale a oltre l'80 per cento in tutte le regioni, ad eccezione del Grande Giura. Con il modello a sette regioni il numero di contatti extraregionali corrisponde al 10 per cento circa dei contatti. L'assistenza interregionale rimane quindi significativa anche quando si vanno a costituire delle regioni più ampie.

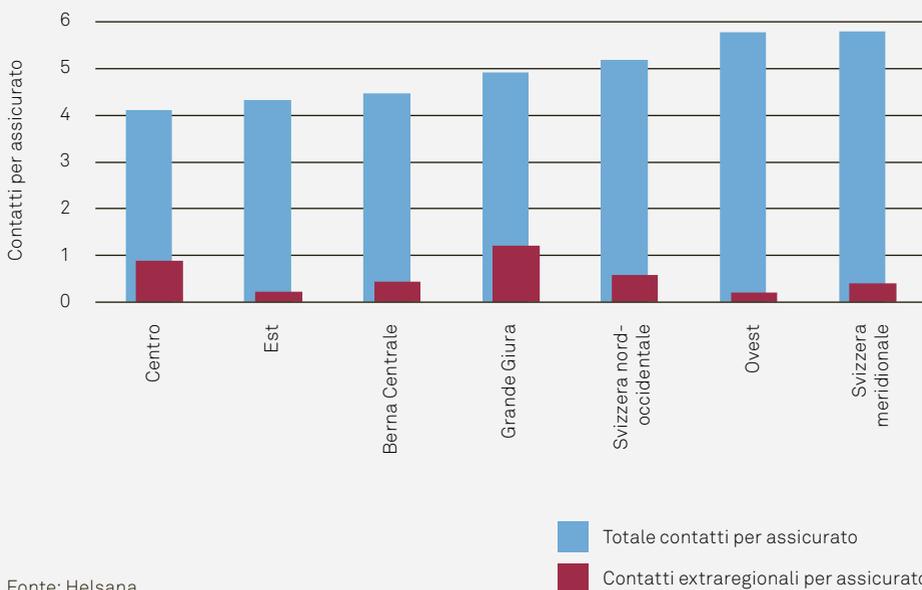
Il grado di autonomia assistenziale delle regioni aumenta con l'istituzione delle regioni di assistenza. L'assistenza extraregionale rimane comunque significativa.

24 Contatti totali ed extraregionali con fornitori di prestazioni per assicurato per 12 regioni



Fonte: Helsana

25 Contatti totali ed extraregionali con fornitori di prestazioni per assicurato per 7 regioni



Fonte: Helsana

■ Totale contatti per assicurato
■ Contatti extraregionali per assicurato

Confronto tra cantoni e varianti regionali

Nei capitoli precedenti sono state descritte le peculiarità del modello a suddivisione cantonale e quelle delle due varianti che prevedono la costituzione di regioni di assistenza. A questo punto mettiamo a confronto questi tre modelli.

Variazioni

Per mezzo della deviazione standard, è possibile stabilire se il valore medio di un insieme di dati costituisce un valore atteso rappresentativo. Le deviazioni standard non possono però essere confrontate su scale diverse, poiché numeri in assoluto più grandi in una serie di numeri danno automaticamente come risultato deviazioni standard più elevate rispetto a serie di numeri più piccoli con la stessa distribuzione. Il coefficiente di variazione, invece, è un parametro adeguato a una descrizione indipendente della dispersione di una caratteristica. Le differenze tra le regioni di assistenza, diversamente costituite, possono essere confrontate facendo ricorso ai coefficienti di variazione (deviazione standard/media) come misura relativa della dispersione.

La rappresentazione delle percentuali regionali dei pazienti diabetici e oncologici e il numero di PCG è riportata nell'allegato 4.

La dispersione risulta piuttosto elevata per quanto riguarda il numero dei posti letto e la densità di specialisti e si riduce al minimo al diminuire del numero delle regioni. Qui l'orientamento extracantonale risulta particolarmente marcato e in tal senso la regionalizzazione della strut-

Se si devono prendere decisioni in merito alle capacità degli ospedali e alle offerte degli specialisti (orari di apertura degli studi medici, ecc.) è particolarmente utile analizzare la situazione da una prospettiva regionale.

Tabella 8: coefficienti di variazione⁴

	Coefficients di variazione		
	7 regioni	12 regioni	26 cantoni
Numero letti per casi acuti per 100 000 assicurati	0,228	0,274	0,413
Numero medici di base equivalenti a tempo pieno per 100 000 assicurati	0,123	0,156	0,180
Numero specialisti equivalenti a tempo pieno per 100 000 assicurati	0,254	0,387	0,522
Prestazioni lorde per assicurato	0,104	0,117	0,152
Prestazioni lorde stazionarie per assicurato	0,124	0,120	0,158
Prestazioni lorde ambulatoriali per assicurato	0,108	0,126	0,168
Numero medio di PCG	0,087	0,088	0,124
Percentuale diabetici per assicurato	0,077	0,097	0,157
Percentuale pazienti oncologici per assicurato	0,164	0,166	0,185
Numero contatti fornitori di prestazioni per assicurato	0,128	0,129	0,185
Numero contatti extracantonali/extraregionali	0,609	0,706	0,369

Fonte: Helsana

⁴ I coefficienti di variazione di determinati indicatori numerici della tabella 1 non vengono qui elencati, poiché il loro confronto non è né significativo, né utile (ad esempio l'età media).

tura assistenziale in base ai flussi dei pazienti rende il quadro molto più omogeneo. Importanti a questo proposito sono le capacità ospedaliere cantonali con funzione centrale per un'intera regione.

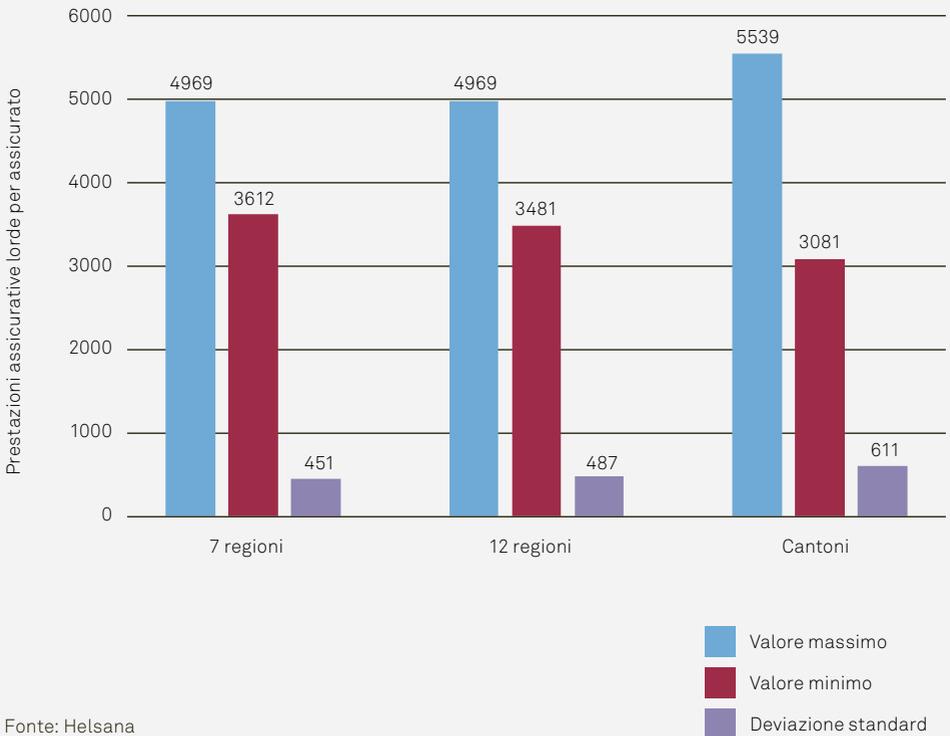
A prescindere dal numero di regioni, la variazione nel numero medio di PCG e nella percentuale di diabetici è piuttosto bassa. Nella rappresentazione cantonale la variazione dei PCG è tuttavia più alta. Ammettendo che i PCG forniscano una misura della morbilità, la loro distribuzione è molto più omogenea nei due modelli a suddivisione regionale. Per quanto concerne il parametro percentuale di pazienti oncologici la variazione sul piano di tutte le osservazioni regionali è pressoché costante.

Analizzando la situazione assistenziale sulla base dei flussi di pazienti, la morbilità nelle regioni costituite è distribuita in modo molto più omogeneo rispetto a quanto osservato in una visione cantonale. Le strutture di assistenza orientate alla morbilità non possono quindi seguire i confini cantonali

Le differenze relative nelle prestazioni assicurative lorde si assottigliano anche se considerate a livello regionale.

Le prestazioni assicurative lorde delle zone più costose delle varianti regionali sono perciò in egual misura elevate, perché sono composte dagli stessi comuni e pertanto sono identiche (per ulteriori dettagli, si veda l'allegato 4). Si tratta della regione Svizzera nord-occidentale. Le differenze rimangono sorprendenti: con sette regioni di assistenza, le prestazioni assicurative lorde nella regione più costosa restano maggiori di quasi il 50 per cento rispetto alla regione meno cara. Se ne deduce che i fattori che incidono sui costi, come le strutture, il livello generale dei costi, gli affitti, i salari, le inefficienze, ecc., non producono a livello regionale pressoché alcun cambiamento sulle prestazioni assicurative lorde.

26 Prestazioni assicurative lorde per assicurato massime e minime e deviazione standard



Malgrado le tendenze all'allineamento derivante dall'approccio regionale, fra le regioni di assistenza sono rilevabili sostanziali differenze di costi.

Volumi di prestazioni, morbilità e densità dell'offerta

Numero di consultazioni presso medici di base e morbilità

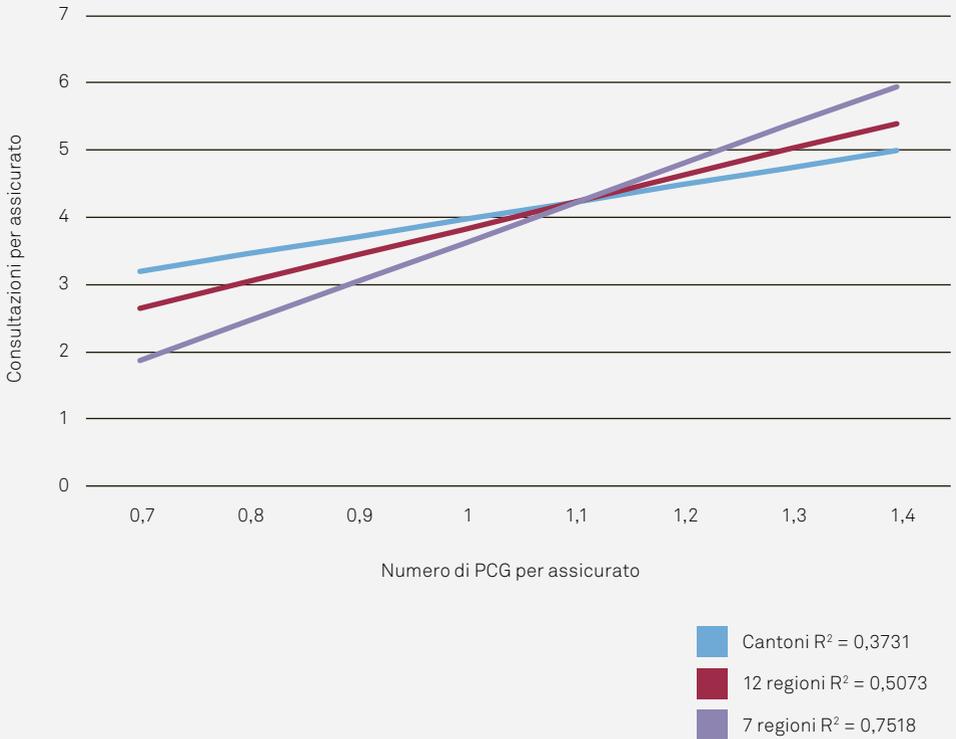
La figura seguente mostra i risultati di tre regressioni lineari con le variabili numero medio di consultazioni presso medici di base e numero medio di PCG.

Nel modello a suddivisione cantonale, il coefficiente di determinazione R^2 è relativamente basso (0,3731). Il numero medio di PCG erogati a livello cantonale non è quindi adatto a spiegare il numero di consultazioni svolte. In entrambi questi modelli regionali il valore R^2 è più alto, la qualità della regressione è migliore e la correlazione fra PCG e consultazioni è più chiara (per cui il valore R^2 sale a 0,5073 con il modello a dodici regioni e a 0,7518 con il modello a sette).

La figura mostra secondo un modello a suddivisione regionale una maggiore correlazione fra PCG e consultazioni presso i medici di base. Trattasi di un attributo centrale dell'analisi dei cluster. Il modello regionale consente di riprodurre il comportamento dei pazienti meglio del modello cantonale.

Nell'ottica regionale, la fruizione di prestazioni assistenziali di base può essere meglio spiegata dalla morbilità. La prospettiva cantonale oscura e distorce tale correlazione.

27 Numero di consultazioni presso medici di base e PCG per assicurato



Si pone la questione se tale correzione valga anche per altri raffronti, come ad esempio quella tra la densità di medici di base e il numero medio di consultazioni presso i medici di base.

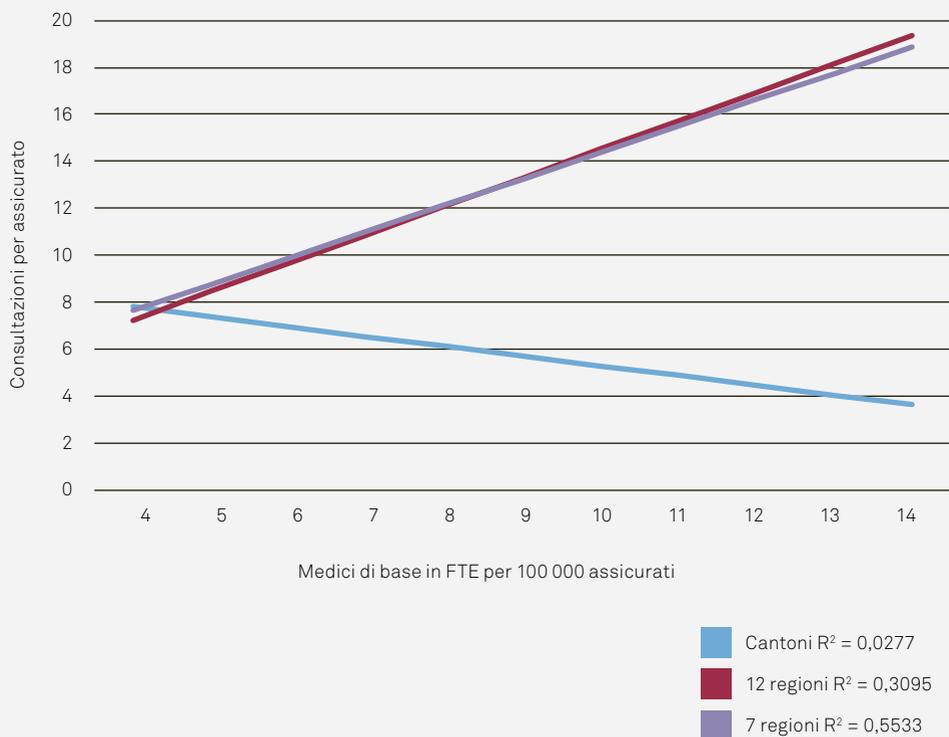
Densità di medici di base e numero di consultazioni

Sulla base dei dati cantonali si delinea una correlazione debolmente negativa fra numero di medici di base e numero di consultazioni. Questo significherebbe che il numero di consultazioni diminuisce all'aumentare della densità dei medici di base. Il valore R^2 risulta tuttavia pressoché nullo, dunque la correlazione è altamente inattendibile e non è possibile trarre una tale conclusione.

In un'ottica regionale, emerge una connessione positiva più forte tra il numero medio di consultazioni presso i medici di base e il loro numero, fatto che è plausibile, poiché le strutture di assistenza regionali tendono ad adattarsi alla domanda regionale e non a seguire i confini cantonali. Quando il modello è regionale, diventa di fatto più facile prevedere il numero di consultazioni che verranno effettuate.

Resta da chiedersi se, in un'ottica regionale, le densità di medici si spieghino meglio con i dati di morbilità.

28 Consultazioni per assicurato e densità di medici di base



Densità di medici e morbidità

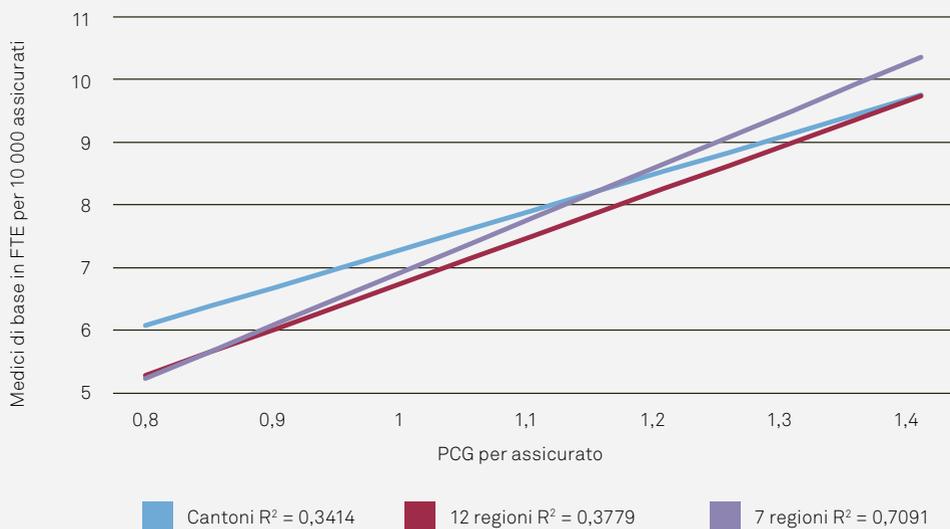
La correlazione tra questi due indicatori può essere rappresentata con una regressione lineare avente come variabili il numero medio di PCG e il numero medio di medici di base ogni 10 000 assicurati.

Se confrontiamo le tre varianti rispetto alla morbidità e alla densità dei medici di base, si delinea, con la variante a sette regioni di assistenza, una correlazione lievemente più positiva e nettamente più stabile ($R^2 = 0,7091$) rispetto al modello a dodici regioni di assistenza e alla suddivisione cantonale. La densità di medici di base è quindi spiegata in modo più preciso dalla morbidità nell'ottica interregionale rispetto all'ottica cantonale. La morbidità è apparentemente un importante fattore determinante ai fini dell'offerta dell'assistenza di base.

Lo stesso confronto applicato agli specialisti non determina un risultato chiaro.

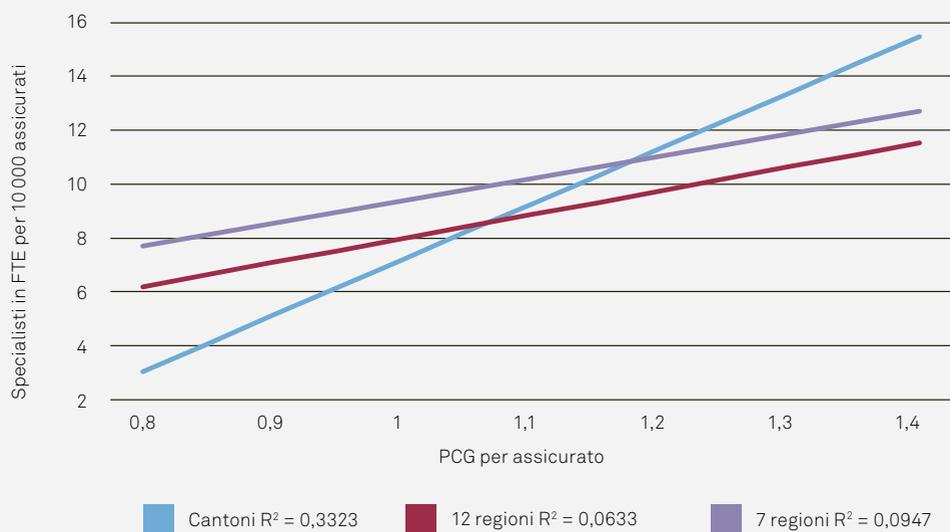
Tutte e tre le relazioni presentano coefficienti di determinazione bassi. A differenza dell'assistenza di base, il numero di specialisti è difficilmente spiegabile con i PCG. È verosimile che questo dato sia in parte da correlarsi allo spettro di indicazioni molto più contenuto, che non viene riportato per i PCG correlati agli specialisti. Caratterizzandosi per la gestione di un numero maggiore e di un ventaglio più vario di patologie, l'attività dei medici di base può godere di una copertura più ampia in termini di PCG.

29 Densità di medici di base e morbidità



Fonti: Helsana, FMH

30 Densità di specialisti e morbidità



Fonti: Helsana, FMH

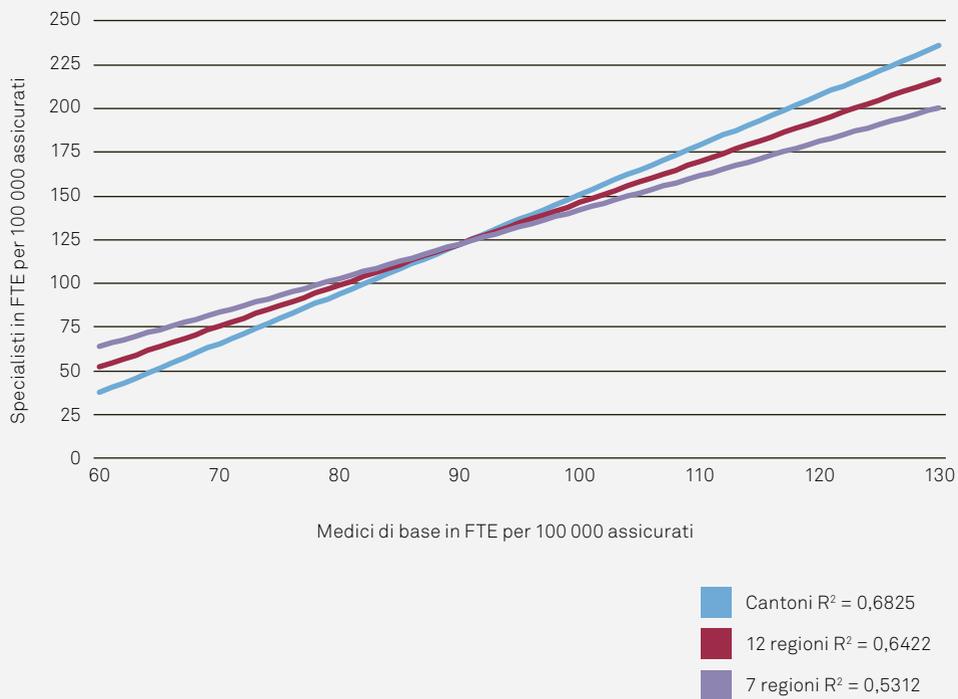
Densità di medici di base e di specialisti

Sia nell'ottica cantonale sia in quella regionale, la densità degli specialisti aumenta con la densità dei medici di base. Il potere esplicativo, tuttavia, misurato sulla base del parametro di qualità R^2 , diminuisce lievemente al ridursi del numero di regioni.

Un dato certo che determina questa correlazione positiva è legato all'interdipendenza, perlomeno parziale, fra densità di medici di base e densità di specialisti. Le ragioni sono probabilmente plurime e difficili da individuare. In gioco ci sono fattori quali l'attrattiva del luogo, i flussi di pazienti, la procedura di assegnazione, le offerte ospedaliere esistenti o mancanti, ecc.

Maggiore è la densità di medici di base, maggiore è la densità degli specialisti. Inoltre, la visione cantonale dell'assistenza presenta lo svantaggio decisivo di non riflettere in modo adeguato il comportamento dei pazienti.

31 Densità di medici di base e specialisti



Contatti extraregionali

Nel 2018 la percentuale di contatti extracantionali da parte dei pazienti è stata del 17,6 per cento sull'intero territorio nazionale. Rimane da chiedersi quali siano tali percentuali in un'ottica regionale.

Con 12 regioni la percentuale diminuisce al 13,3 per cento, mentre con sette regioni si attesta al 9,8 per cento. Permane dunque una certa base di contatti extraregionali. In definitiva è inevitabile che certe prestazioni mediche intervengano a livello extraregionale, poiché a questo livello si rileva logicamente una concentrazione dell'offerta di prestazioni altamente specializzate in centri ben precisi che servono l'intero territorio svizzero.

Dalle analisi si può concludere che dal modello a suddivisione regionale risultano strutture assistenziali notevolmente migliori. Le strutture assistenziali sulla base dei flussi di pazienti permettono investimenti più mirati. Per questo serve adottare un modello a suddivisione regionale.

Le strutture di assistenza coincidono di più con le esigenze dei pazienti se si basano sui flussi di pazienti intercantionali.

Tabella 9: contatti extracantionali ed extraregionali

26 cantoni	17,6%
12 regioni	13,3%
7 regioni	9,8%

Casi stazionari per regioni

La pianificazione quantitativa cantonale in termini di offerta strutturale o valori di riferimento delle capacità viene effettuata principalmente nell'ambito della pianificazione ospedaliera. Questo sarebbe relativamente semplice se nel cantone di appartenenza si prestasse assistenza ai soli cittadini del cantone. Tuttavia, poiché in una visione cantonale di questo tipo tutti i cantoni dovrebbero disporre di tutte le offerte altamente specifiche per essere autosufficienti, le strutture assistenziali diverrebbero altamente inefficienti.

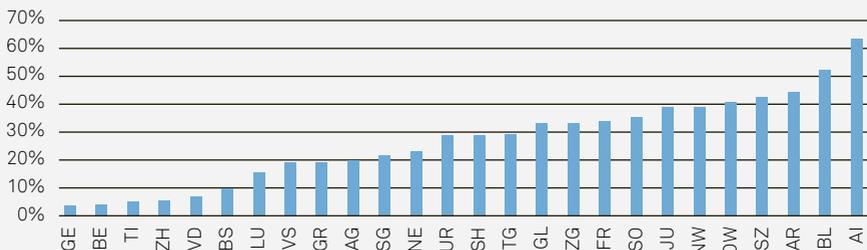
Di seguito sono mostrati i trattamenti stazionari extracantionali ed extra-regionali risultanti dalla formazione delle regioni.

Non sorprende che le percentuali di casi stazionari extraregionali diminuiscano con l'istituzione di un maggior numero di regioni. Molti ospedali hanno bacini di utenza prettamente interregionali. Diventa altresì evidente fino a che punto il grado di autosufficienza nei trattamenti stazionari aumenti a seconda della regione. Tale effetto risulta più definito nei cantoni e nelle zone che presentano alte percentuali di degenze extracantionali.

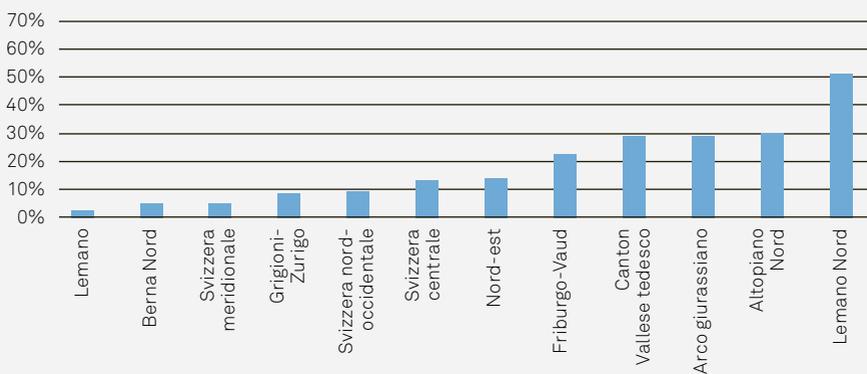
Proprio in ambito stazionario risulta che la concezione cantonale non corrisponde alla realtà assistenziale.

32 Casi stazionari extraregionali per cantoni, 12 regioni e 7 regioni

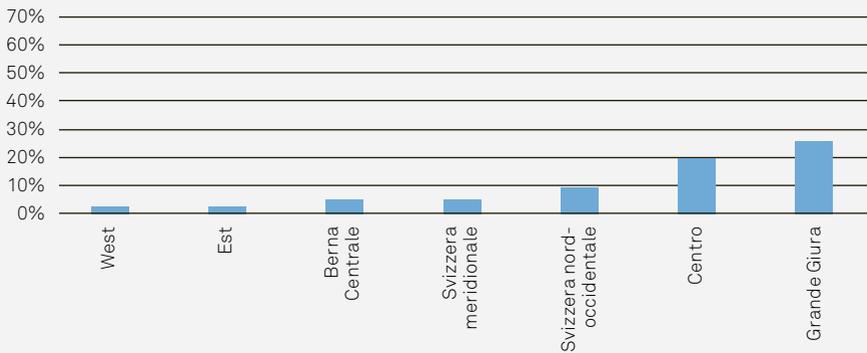
Percentuale di casi stazionari extracantionali



Percentuale di casi stazionari extraregionali per 12 regioni



Percentuale di casi stazionari extraregionali per 7 regioni



Discussione

Il comportamento dei pazienti è fortemente influenzato da fattori topografici, linguistici e culturali. I flussi di pazienti rispecchiano solo parzialmente i confini cantonali. Le strutture delle regioni di assistenza basate sul comportamento e sulle decisioni dei pazienti sono più omogenee. Le analisi evidenziano che i valori di vari indicatori, in particolare quantità e densità, sembrano essere in qualche modo più facili da spiegare e comprendere in un'ottica regionale.

Le strutture di offerta regionali si basano sui bisogni regionali dei pazienti anche senza interventi di pianificazione (ad esempio elenchi di ospedali). Ragion per cui regolamentare le capacità di offerta non è strettamente necessario o è comunque una questione che in generale va messa in discussione.

Ciononostante si sente regolarmente parlare di necessità di regolamentare il settore attraverso la costituzione di regioni di assistenza. A tal proposito gli interrogativi sono diversi:

- Di quali strumenti di gestione dispone il nostro sistema sanitario e come interagiscono tra loro?
- Quale rilevanza hanno le regioni di assistenza per le attività politiche e le misure normative nel settore della gestione delle capacità e della pianificazione dell'offerta?
- Occorre costituire regioni di assistenza e, in caso affermativo, con quali strumenti politici?

L'attuale realtà assistenziale riflette già un modello di tipo regionale.

Responsabilità nell'assistenza sanitaria

Nel sistema sanitario svizzero, le responsabilità si fondano su diverse basi. «I Cantoni sono sovrani per quanto la loro sovranità non sia limitata dalla Costituzione federale». Questo rappresenta il pilastro costituzionale che attribuisce ai cantoni la responsabilità dell'assistenza sanitaria, includendo la pianificazione, la gestione e il cofinanziamento delle prestazioni di ospedali, cliniche e istituti di assistenza di lunga durata.

Tuttavia, l'effettiva responsabilità dell'assistenza sanitaria non è di esclusiva prerogativa dei cantoni. La Costituzione federale afferma infatti: «A complemento della responsabilità e dell'iniziativa privata, la Confederazione e i Cantoni si adoperano affinché ognuno fruisca delle cure necessarie alla sua salute.» Inoltre, nell'ambito delle loro competenze, la Confederazione e i cantoni si adoperano a favore di una medicina di base di alta qualità accessibile a tutti. Entrambe le parti riconoscono e promuovono la medicina di famiglia come componente fondamentale dell'assistenza di base.

La Costituzione prevede inoltre che la Confederazione emani norme sull'assicurazione malattia e infortuni. La legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) si fonda su tali basi. Gli assicuratori malattia e i fornitori di prestazioni negoziano pertanto le tariffe (cosiddetto «partenariato tariffale»), che garantiscono un'assistenza di alta qualità. In questo modo, la responsabilità dell'assistenza sanitaria è ripartita anche tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori.

In quest'ottica, si può concludere che i Cantoni non siano gli unici responsabili dell'assistenza sanitaria: essi comunicano con tutti gli attori del settore sanitario, logica che può comportare una sovrapposizione di responsabilità.

Se, ad esempio, i cantoni subordinassero le autorizzazioni per i medici specialisti alla densità cantonale degli stessi, ma i medici e i pazienti basassero la propria scelta su specificità regionali, ciò porterebbe a una pianificazione errata ovvero a una scarsità o a un'eccedenza dell'assistenza. Un ulteriore esempio: se i singoli cantoni adottassero misure per promuovere l'assistenza di base e la Confederazione adottasse al contempo una tariffa o stabilisse standard qualitativi gravosi per la medicina di famiglia, ciò potrebbe avere un effetto controproducente.

Nessuna delle parti coinvolte ha da sola la responsabilità dell'assistenza sanitaria. Se esse non agiscono di comune accordo, le decisioni riguardanti l'offerta e quelle provenienti dalla domanda possono entrare in contraddizione o neutralizzarsi a vicenda. In una situazione di questo tipo accadrebbe di rado che domanda e offerta corrispondono.

L'assistenza sanitaria funziona secondo un modello regionale e non cantonale. Tuttavia, la responsabilità dell'assistenza è principalmente dei cantoni e non delle regioni.

Strumenti di gestione per area tematica

Nel settore sanitario si leva regolarmente la richiesta che «la sanità sia gestita dall'alto». Nei fatti, tuttavia, già sotto svariati aspetti, sia per quanto riguarda la domanda sia per quanto riguarda l'offerta, la gestione giunge direttamente o indirettamente «dal basso». Il seguente elenco raccoglie sommariamente varie responsabilità afferenti al settore sanitario:

L'elenco evidenzia la varietà di fattori che influenzano sia il comportamento della domanda e i flussi dei pazienti, sia lo sviluppo dell'offerta. Dall'altro, si evince come la struttura risultante dalle varie attività delle parti coinvolte sia difficilmente prevedibile.

Le libertà di scelta delle parti ostacola
una gestione statale efficace delle strutture
a livello sovraregionale.

Tabella 10: strumenti di gestione per area tematica

Cosa	Chi	Come
Formazione/ perfezionamento	Confederazione/ cantoni	Requisiti specialistici/ finanziamenti
Blocco delle autoriz- zazioni dei medici	Confederazione/ cantoni	Contingentamento, requisiti specialistici
Pianificazione ospedaliera	Cantoni	Requisiti specialistici, quantità, qualità
Modelli alternativi d'assicurazione/ prodotti con lista	Assicuratori	Limitazione delle libertà di scelta, gestione dei pazienti
Organizzazioni managed care	Medici/altri fornitori di prestazioni	Interconnessioni, gestione dei pazienti
Case Management	Assicuratori, altre organizzazioni	Gestione dei pazienti
Convenzioni tariffali	Assicuratori/forni- tori di prestazioni	Indennizzi/requisiti richiesti ai fornitori di prestazioni

Strumenti di gestione in base ai settori dei fornitori di prestazioni

Le forze che influenzano lo sviluppo dell'offerta si configurano diversamente anche in base al settore del fornitore di prestazioni. Funge da esempio il seguente raggruppamento:

Dall'analisi è emerso come ogni settore parta da una situazione diversa. I diversi fornitori di prestazioni si influenzano invece fortemente a vicenda: ad esempio, la pianificazione cantonale delle capacità stazionarie è correlata alle già implementate regole di trasferimento nel settore ambulatoriale e all'offerta esistente di medici generici e specialisti. La distribuzione regionale delle farmacie è altrettanto correlata alla struttura cantonale, e non appunto regionale, della dispensazione diretta. Allo stesso modo, la pianificazione di case di cura deve essere vista in relazione alle offerte Spitex.

Le dipendenze intersettoriali relativizzano l'efficacia della gestione isolata di un singolo settore del fornitore di prestazioni.

Tabella 11: strumenti di gestione in base al settore del fornitore di prestazioni

Fornitore di prestazioni	Chi	Come
Medici	Cantoni/assicuratori	Blocco delle autorizzazioni dei medici/modelli alternativi d'assicurazione
Cure ospedaliere stazionarie	Cantoni/assicuratori	Pianificazione ospedaliera/ ospedali convenzionati
Ospedaliero-ambulatoriale	Cantoni/assicuratori	Elenchi di interventi ambulatoriali/remunerazione
Centri di consegna di medicinali	Cantoni/assicuratori	SD/non-SD, modelli alternativi d'assicurazione
Case di cura	Cantoni/comuni	Elenchi/remunerazione
Spitex	Comuni	Finanziamento
Altri fornitori di prestazioni	Assicuratori	Remunerazione

Iniziative politiche atte a creare regioni di assistenza a livello federale

Per quanto riguarda la discussione politica sulla formazione di regioni di assistenza, sorgono in tali circostanze questioni centrali:

- Quali obiettivi devono essere perseguiti con un provvedimento di questo tipo? Influenza sui costi? Prevenzione delle sovracapacità? Garanzia di un'assistenza di elevata qualità?
- Con quali misure concrete volte alla formazione di regioni di assistenza dovrebbero essere raggiunti questi obiettivi?
- Quali responsabilità oggi esistenti di quali parti coinvolte sarebbero interessate da tali misure e in che modo?

La valutazione di varie iniziative politiche (si veda l'allegato 3) mostra orientamenti diversi sia in termini di obiettivi e di misure, sia di distribuzione delle competenze. Sebbene tutte mirino alla riduzione dei costi, all'aumento dell'efficienza e al raggiungimento di un'assistenza di qualità ottimale, i campi di azione cui fanno riferimento sono diversi: pianificazione ospedaliera, pianificazione del numero di medici oppure l'intera offerta. Le iniziative sono diverse anche per quanto riguarda le misure proposte. Comunque sia, tutte le proposte non rispondono alla domanda su come la creazione di regioni di assistenza possa effettivamente raggiungere i vari obiettivi formulati.

Tutte le iniziative politiche a livello federale non tengono conto del fatto che anche i restanti stakeholder hanno potere decisionale. Così continua a non essere presa in considerazione nella discussione politica la loro influenza sulle strutture assistenziali.

Possibilità e limiti della gestione sulle regioni di assistenza

A prima vista, i vantaggi della formazione di regioni di assistenza sembrano evidenti:

- Assistenza basata sul fabbisogno
- Prevenzione delle sovracapacità
- Aumento dell'efficienza
- Semplificazione delle misure di gestione

Il sistema sanitario svizzero è plasmato da un gran numero di decisioni di imprese ed enti privati. I pazienti hanno libertà decisionale per quanto riguarda il fornitore di prestazioni. I fornitori di prestazioni pubblici e privati prendono autonomamente decisioni di investimento entro il contesto legislativo e politico. Anche gli assicuratori, con i loro prodotti e le loro iniziative, influiscono su queste decisioni. Questa giustapposizione di attività statali e private mostra la presenza di limiti alle azioni federali e a quelle cantonali per la gestione delle regioni di assistenza.

Anche il braccio di ferro politico sulla ripartizione delle competenze tra Confederazione e cantoni e il campanilismo cantonale imperante rendono più difficile l'attuazione di un simile piano. Se il compromesso è la carta vincente, qualsiasi intervento di ordine superiore non può essere efficace se non si interviene massicciamente anche nell'organizzazione delle competenze esistenti.

Anche se la concorrenza nel settore sanitario è imperfetta, le forze di mercato condizionano il «gioco», impedendo un'efficace progettazione statale dell'assistenza.

Proprio in un sistema sanitario di stampo fundamentalmente privato e imprenditoriale con un meccanismo decisionale decentralizzato su varie unità, il modello basato sui flussi regionali di pazienti offre numerosi vantaggi. In particolare, può essere d'aiuto in diversi ambiti funzionali:

- Decisioni di investimento da parte dei fornitori di prestazioni
- Misure di gestione dei vari stakeholder coinvolti
- Coordinamento della pianificazione ospedaliera dei cantoni
- Decisioni sulla posizione degli istituti di assistenza
- Decisioni delle organizzazioni managed care
- Organizzazione di modelli alternativi di assicurazione

I flussi di pazienti e le corrispondenti regioni di assistenza sono rilevanti e utili ai fini delle analisi di mercato e prognostici.

L'utilità del modello a regioni di assistenza nell'attuale sistema di ripartizione delle competenze risiede principalmente nel fatto di poter fornire un aiuto nel processo decisionale delle imprese. Nell'attuale contesto politico reale non è pensabile poter dotare l'assistenza di un sistema politico di gestione completo e sovrano.

Regolamentazione statale delle regioni di assistenza?

In un'ottica di regionalità del sistema assistenziale, è difficile pensare che le 26 amministrazioni cantonali possano lavorare in modo efficiente sulla base di 26 diverse normative che disciplinano compiti quali le procedure di approvazione cantonali, le attività di controllo da parte dei medici cantonali, i farmacisti cantonali, ecc. Viene quindi spontaneo chiedersi quanto abbia senso, da un punto di vista strettamente assistenziale, l'organizzazione cantonale del sistema sanitario.

Una cosa è certa: se si costituissero delle regioni di assistenza basate sui flussi di pazienti, fatta eccezione per la regione della Svizzera meridionale, tutte le altre ingloberebbero un numero relativamente elevato di cantoni. Il coordinamento cantonale in materia sanitaria diverrebbe quindi piuttosto complesso senza una modifica dell'attuale sistema di ripartizione delle competenze. Se è vero che i cantoni dovrebbero cedere alcuni settori di attività, è vero anche che ne deriverebbero da un lato vantaggi economico-amministrativi e dall'altro, con l'introduzione di norme uniformi in tutta la Svizzera, vantaggi economico-assistenziali per effetto del mercato interno.

Le attività amministrative derivanti dalla sovranità dei 26 cantoni comportano costi che potrebbero essere ridotti se le attività o parti di esse venissero raggruppate. Ciò diventa particolarmente evidente se si considera l'esiguità dei contatti nei piccoli cantoni.

Il Parlamento ha concesso ai cantoni competenze di gestione in merito alle autorizzazioni nel settore ambulatoriale. Alla luce dei risultati del presente report, la ragionevolezza di queste richieste deve essere messa in discussione. Se i flussi di pazienti non seguono i confini cantonali, l'offerta soddisfa una domanda intercantonale.

Il rischio di un intervento statale nella gestione dell'assistenza medica sta nello scollamento rispetto alle esigenze dei pazienti e quindi in un'erogazione inefficiente dell'assistenza. Le esperienze maturate finora nella pianificazione ospedaliera cantonale dimostrano che i cantoni sono estremamente riluttanti a impegnarsi per un coordinamento intercantonale, nonostante i solleciti legislativi in tal senso.

Al contempo il fatto che in ogni settore dei fornitori di prestazioni vi siano diversi stakeholder con competenze gestionali diverse solleva dubbi sull'efficacia di una gestione coordinata da parte dei cantoni, perché è ovvio che se la pianificazione delle capacità è riferita sempre e solo a un singolo settore la sua efficacia è inevitabilmente limitata.

L'analisi dei flussi di pazienti evidenzia quanto segue: risulta opportuno pianificare le capacità ospedaliere sulla base delle informazioni intercantionali. Nell'ambito della pianificazione ospedaliera, il coordinamento comporta un notevole sforzo amministrativo, soprattutto perché nella realtà i flussi di pazienti di molti cantoni confluiscono verso più regioni di assistenza. E comunque la pianificazione ospedaliera basata sui flussi di pazienti è inefficace fintanto che altri stakeholder (ad es. organizzazioni managed care o assicuratori) veicolano i flussi di pazienti nella direzione opposta. Le conseguenze finanziarie di una pianificazione interregionale sulle finanze cantonali ostacolano anche l'effettiva attuazione di questo approccio.

Nell'insieme si evidenzia quanto sia complesso realizzare una pianificazione globale dell'assistenza orientata alle esigenze dei pazienti:

- Il comportamento decisionale dei pazienti non è propriamente prevedibile.
- L'assistenza sanitaria è attualmente in una fase di ambulatorializzazione delle prestazioni ospedaliere. Le prestazioni di natura stazionaria in futuro saranno sempre più erogate in regime ambulatoriale.
- Gli altri attori dell'assistenza sanitaria continuano a influenzare i flussi di pazienti, cosa che né la Confederazione né i cantoni possono impedire.

Le iniziative politiche volte alla formazione delle regioni di assistenza hanno tutte come finalità quella del controllo o della riduzione dei costi. Dall'introduzione della LAMal, anche l'Istituto di pianificazione ospedaliera ha avuto come obiettivo il controllo dei costi. C'è da dubitare se sia riuscito nell'intento. Per questo motivo deve essere respinta una qualsivoglia pianificazione totale da parte dello Stato, dato che, più che avvantaggiare l'assistenza offerta alla popolazione, la danneggerebbe.

Il presente report mostra che alcune correlazioni si spiegano decisamente meglio attraverso il modello delle regioni di assistenza piuttosto che in un'ottica cantonale. Il potere esplicativo aggiuntivo reso attraverso la formazione del modello regionale presenta comunque dei limiti, perché le correlazioni sono talmente complesse da essere difficilmente riconoscibili sulla base delle relazioni tra singole variabili. E questo vale non da ultimo anche per i costi della sanità.

Con le innumerevoli interdipendenze e una tale complessa situazione è impossibile gestire i costi con approcci di pianificazione a livello regionale.

Conclusioni

Le regioni di assistenza esistono già e per vari aspetti sono più omogenee delle zone di assistenza cantonale. Le strutture di offerta nelle regioni si adattano ai modelli comportamentali regionali. Questi sono condizionati in particolare da fattori topografici, linguistici e culturali, ma dipendono anche dall'offerta esistente nelle rispettive regioni.

Allo stesso tempo, la distribuzione delle capacità mediche si basa in gran parte sulla morbilità e sulle esigenze degli assicurati nella regione. La densità di medici nelle aree rurali è inferiore rispetto a quella nelle aree urbane, ma nonostante ciò i medici forniscono all'incirca lo stesso numero di consultazioni per assicurato. Gli ospedali si rivolgono già oggi a un bacino di utenza ampio. Fintanto che la pianificazione ospedaliera è materia di direttive politiche, il riferimento dovrebbero essere le regioni di assistenza.

Nelle discussioni politiche a livello federale riguardanti la formazione delle regioni di assistenza, gli obiettivi, la procedura e il vantaggio delle misure sono alquanto nebulosi. In particolare, tutte le proposte ignorano il fatto che anche i restanti stakeholder hanno potere decisionale e influenzano le strutture assistenziali. Il loro ruolo e le loro responsabilità sono del tutto ignorati nella discussione politica.

Il sistema sanitario svizzero è in gran parte di natura imprenditoriale nonostante un alto livello di regolamentazione. La presenza di tanti soggetti, ciascuno con ampio potere decisionale autonomo, ha come conseguenza il fatto che il nostro sistema sanitario non può essere controllato in modo esaustivo e specifico attraverso misure dall'alto, che siano esse prese a livello cantonale, regionale o centrale. Visto l'orientamento dei

flussi di pazienti verso strutture assistenziali regionali, sarebbe opportuno evitare misure parlamentari federali tese a istituire regioni di assistenza arbitrarie o una gestione delle autorizzazioni a livello cantonale nel settore ambulatoriale.

Con l'attuale distribuzione delle competenze, il modello delle regioni di assistenza mostra la propria utilità in primo luogo come strumento per le singole decisioni imprenditoriali e politiche. Nell'attività cantonale di pianificazione ospedaliera, la legge prevede, a ragione, che si facciano valutazioni di tipo regionale, ma nella realtà i cantoni ne tengono conto in misura solo limitata. Il modello delle regioni di assistenza risulta di particolare utilità anche per decisioni private da parte dei fornitori di prestazioni.

Allegati

Allegato 1: metodo dell'analisi dei cluster

L'obiettivo dell'analisi è determinare empiricamente l'intensità dei contatti nella fruizione di prestazioni assistenziali tra le regioni. Come base per la valutazione, per il 2018 è stato stilato un elenco di tutti i comuni partner di assicurati e fornitori di prestazioni, con l'ausilio dei dati delle prestazioni di Helsana. Quando una persona assicurata appartenente al comune A consulta un fornitore di prestazioni del comune B, ciò viene considerato un contatto tra il comune A e il comune B. Se una persona si rivolge più volte al fornitore di prestazioni (consultazioni multiple), l'effetto sullo studio è nullo: lo si considera come un solo contatto. Tenendo conto del fatto che lo studio esamina la struttura dell'assistenza sanitaria e non l'assistenza in sé, tale considerazione appare sensata. Tutti i contatti tra il comune della persona assicurata e quello del fornitore di prestazioni vengono quindi sommati e viene creata una matrice quadrata con il numero totale di contatti osservati:

Comune della persona assicurata	Comune del fornitore di prestazioni		
	A	B	C
A	5	2	0
B	3	4	1
C	0	0	0

Il numero 5 nella cella in alto a sinistra indica che 5 persone del comune A hanno contatti con un fornitore di prestazioni nello stesso comune (A). 2 persone del comune A hanno contatto con un fornitore di prestazioni nel comune B. Una persona può avere contatti con diversi fornitori di prestazioni in comuni differenti.

Da questa matrice si determina infine riga per riga la correlazione per ranghi di Spearman. I comuni che si uniscono agli stessi comuni partner ottengono un valore più elevato (coefficiente di correlazione) rispetto a quelli che si uniscono a comuni partner diversi.

Comune della persona assicurata	Comune del fornitore di prestazioni		
	A	B	C
A	1,000	0,658	-0,516
B	0,658	1,000	-0,860
C	-0,516	-0,860	1,000

Il comune B è molto più simile al comune A rispetto al comune C ($r_{s B,A} = 0,658$ vs. $r_{s B,C} = -0,860$), ovvero gli assicurati del comune B hanno comuni partner simili a quelli del comune A e del tutto diversi da quelli del comune C.

Questa matrice di correlazione viene impiegata come matrice di similarità di un'analisi dei cluster agglomerativi (distanza euclidea, metodo dei cluster di «Ward»).

Per ragioni numeriche, sono stati esclusi dalla matrice dei contatti i comuni nei quali si sono osservati meno di cinque contatti nel corso dell'intero anno (98 su un totale di 2328).

Detto in parole semplici, le regioni sono formate in modo tale da tenere conto di quei comuni in cui pazienti e fornitori di prestazioni sono in contatto frequente. A seconda che si formino 7 o 12 regioni, un comune può non appartenere alla regione vicina perché presenta più contatti con i comuni di un'altra regione.

Allegato 2: dettagli sulle regioni di assistenza

Dettagli su 12 regioni

Arco giurassiano



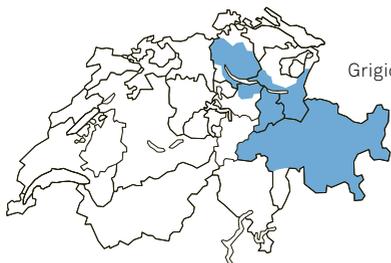
Svizzera nord-occidentale



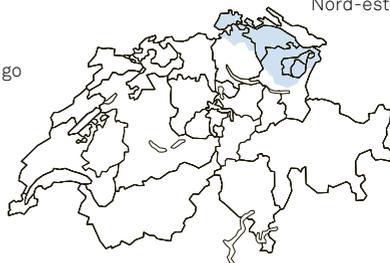
Altopiano Nord



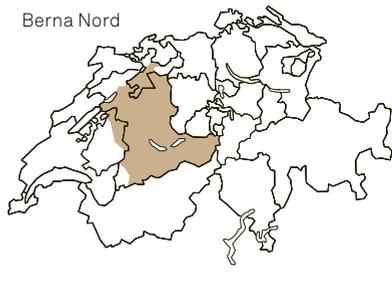
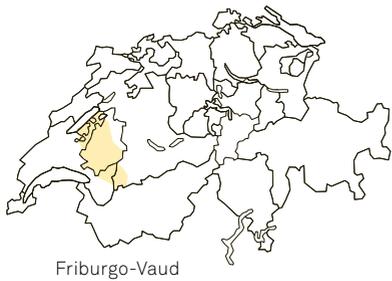
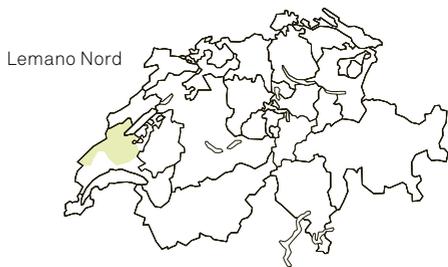
Svizzera centrale



Grigioni-Zurigo

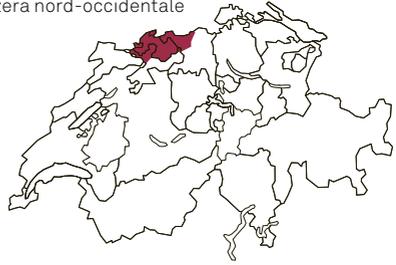


Nord-est



Dettagli su 7 regioni

Svizzera nord-occidentale



Grande Giura



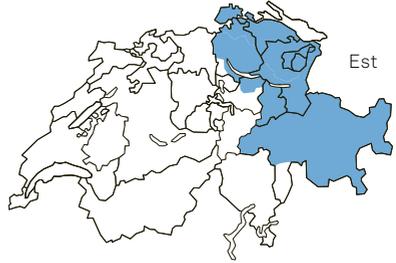
Centro



Ovest



Est



Berna Centrale



Svizzera meridionale



Allegato 3:

iniziative della politica federale sulle regioni di assistenza

03.3042 Postulato dell'11.03.2003

Formazione di regioni di assistenza per il trattamento stazionario secondo la LAMal. Verifica da parte del Consiglio federale.

Azione	Obiettivi	Misure	Competenze
Regioni di assistenza nel settore della pianificazione ospedaliera	Migliore utilizzo delle capacità	Miglioramento del coordinamento dei cantoni	Cantoni

10.3449 Mozione del 16.06.2010

Istituzione di regioni per ottimizzare la fornitura delle prestazioni di cura.

Azione	Obiettivi	Misure	Competenze
Formazione di 5-7 regioni di assistenza	Fornitura efficiente delle prestazioni, utilizzo e occupazione delle strutture, qualità, miglior prezzo possibile	Creazione di meccanismi per il processo decisionale nella pianificazione del fabbisogno	Cantoni, Confederazione, Confederazione in via sussidiaria

12.3564 Postulato del 14.06.2012

Regioni sanitarie. Una soluzione per prezzi equi nella sanità.

Azione	Obiettivi	Misure	Competenze
Ripartizione della Svizzera in regioni sanitarie	Costi, miglior assistenza possibile, solidarietà per gli assicurati, qualità	Orientamento dell'assistenza sanitaria verso gli ospedali centrali delle regioni	?

17.3380 Postulato dell'01.06.2017

Vantaggi e svantaggi della creazione di regioni di assistenza sovracantonali nel contesto della gestione del sistema sanitario.

Azione	Obiettivi	Misure	Competenze
Regioni di assistenza sovracantonali	Qualità, economicità, capacità gestionale	Verificare	Verificare

18.3294 Mozione del 15.03.2018

Promuovere il coordinamento e ridurre le sovracapacità con al massimo sei regioni di assistenza sanitaria.

Azione	Obiettivi	Misure	Competenze
Regioni di assistenza sovracantonali	Qualità, economicità, capacità gestionale	Verificare	Verificare

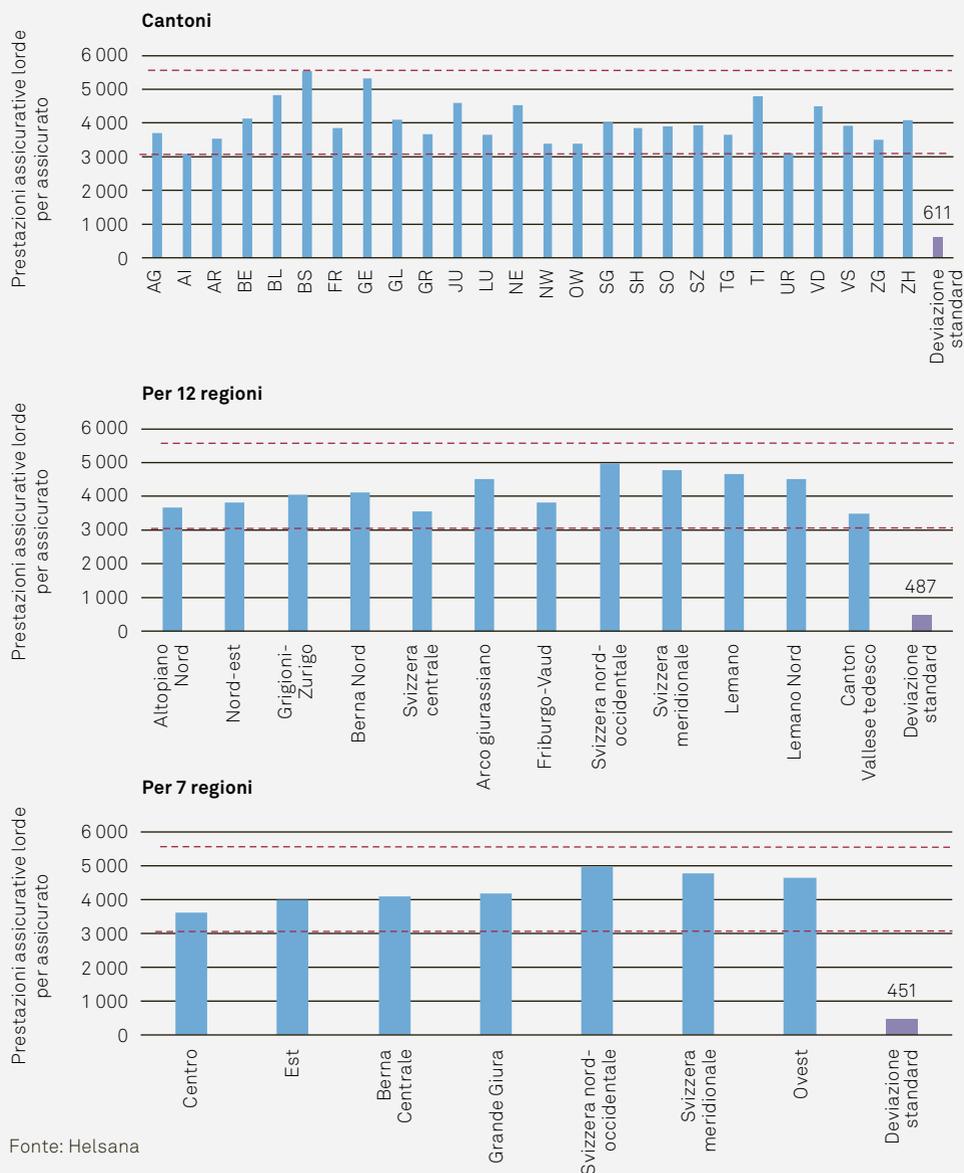
19.3423 Postulato del 03.05.2019

Un'assicurazione malattie a prezzi accessibili a lungo termine. Le misure in materia di efficienza e riduzione dei costi sono efficaci se si basano su modelli e scenari futuri.

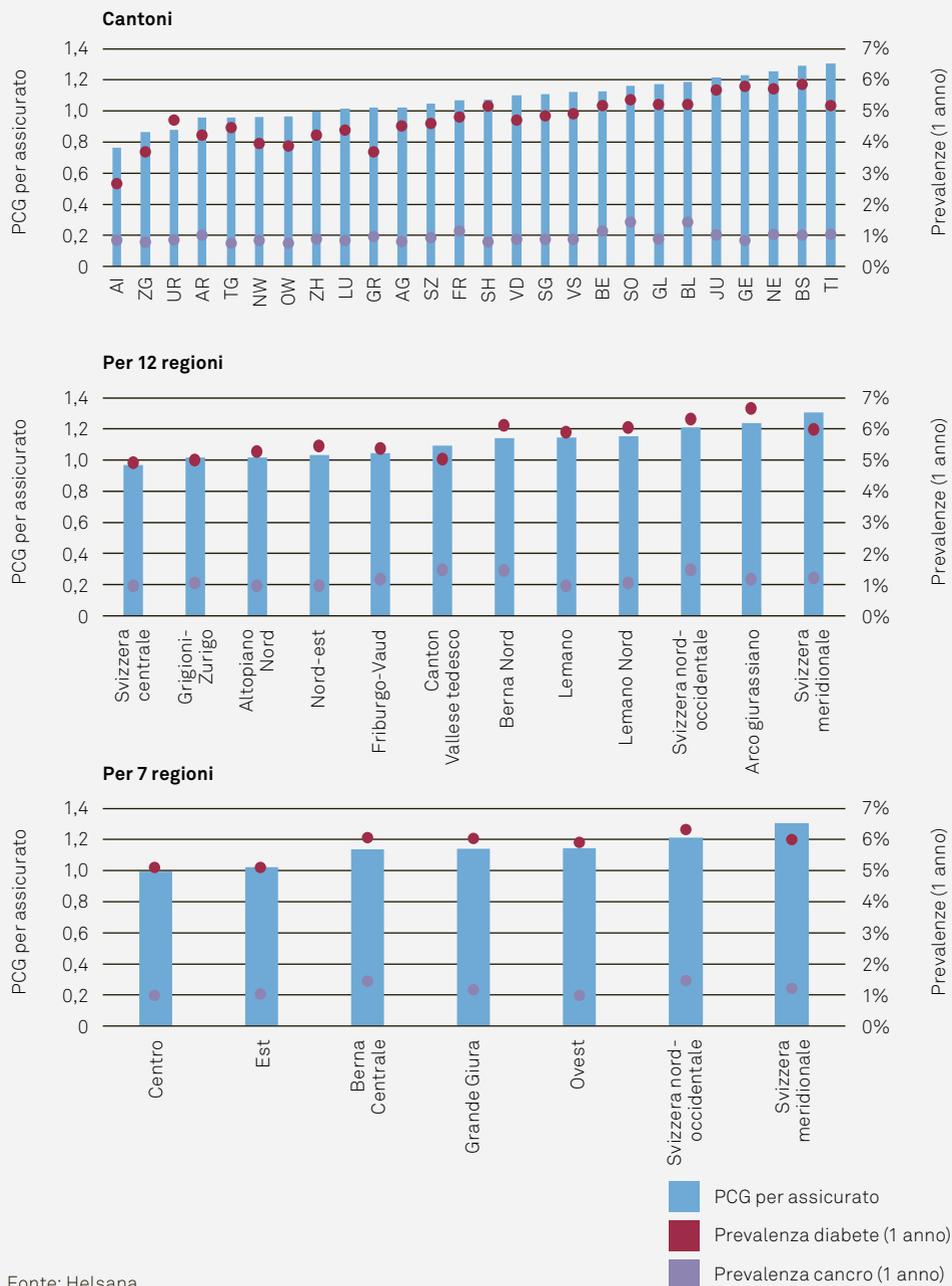
Azione	Obiettivi	Misure	Competenze
Ottimizzazione dell'assistenza stazionaria sulla base delle regioni di assistenza	Riduzione dei costi, aumento dell'efficienza, assistenza ottimale	Disposizioni di pianificazione ai cantoni	Dai cantoni al Consiglio federale

Allegato 4: indicatori cantonali

33 Prestazioni assicurative lorde medie per assicurato nei cantoni e nelle regioni



34 Morbilità e prevalenze di diabete e cancro per cantoni e regioni



35 Densità di medici e morbidità per cantoni e regioni



Fonti: Helsana, FMH

**Con il nostro impegno ci
adoperiamo per la società
in maniera duratura.**

Gruppo Helsana

Casella postale
8081 Zurigo
helsana.ch

Il gruppo Helsana comprende Helsana Assicurazioni SA,
Helsana Assicurazioni integrative SA, Helsana Infortuni SA
e Progrès Assicurazioni SA.