



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Berna, 28 gennaio 2026

---

## **Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale**

Rapporto del Consiglio federale

in adempimento dei postulati 15.3464 Cassis del 6 maggio 2015, 17.4160 Carobbio Guscetti del 14 dicembre 2017, 19.3423 CSSS-N del 3 maggio 2019, 23.4275 de Montmollin del 29 settembre 2023 e 24.3029 Wyss del 26 febbraio 2024

---

## Indice

Elenco delle abbreviazioni.....	2
<b>Sintesi .....</b>	<b>4</b>
<b>1      Situazione iniziale.....</b>	<b>9</b>
1.1      Interventi parlamentari.....	10
1.2      Ripartizione generale delle competenze nel settore sanitario .....	12
1.3      Procedura e coinvolgimento degli attori.....	13
1.4      Contenuto e struttura del rapporto.....	14
<b>2      Investimenti degli ospedali svizzeri.....</b>	<b>15</b>
2.1      Investimenti passati degli ospedali .....	15
2.2      Analisi degli investimenti previsti dagli ospedali .....	16
2.3      Prospettiva cantonale e possibilità di intervento.....	20
2.4      Conclusioni e necessità di intervento .....	21
<b>3      Punti essenziali della pianificazione ospedaliera cantonale .....</b>	<b>24</b>
3.1      Direttive generali e raccomandazioni.....	24
3.2      Determinazione del fabbisogno .....	26
3.3      Attribuzione dei mandati di prestazioni .....	34
3.4      Procedura.....	42
3.5      Offerta eccedentaria o insufficiente .....	44
3.6      Conclusioni e necessità di intervento.....	50
<b>4      Molteplicità dei ruoli dei Cantoni .....</b>	<b>59</b>
4.1      Autorità di pianificazione.....	59
4.2      Proprietari pubblici .....	61
4.3      Autorità di approvazione e fissazione delle tariffe.....	62
4.4      Attore finanziario .....	63
4.5      Conclusioni e necessità di intervento.....	63
<b>5      Coordinamento intercantonale.....</b>	<b>65</b>
5.1      Quadro giuridico .....	65
5.2      Forme di coordinamento .....	67
5.3      Medicina altamente specializzata .....	72
5.4      Conclusioni e necessità di intervento.....	73
<b>6      Valutazione complessiva .....</b>	<b>82</b>
Riferimenti bibliografici.....	84

### Elenco delle abbreviazioni

ANQ	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
AvS	«Ambulatoriale prima di stazionario»
CDS	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
CHOP	Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici
CIMAS	Convenzione intercantionale sulla medicina altamente specializzata
Cost.	Costituzione federale della Confederazione Svizzera (RS 101)
CSSS-N	Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale
DFI	Dipartimento federale dell'interno
DRG	Diagnosis Related Groups (gruppi diagnostici omogenei)
DTF	Raccolta Ufficiale delle Decisioni del Tribunale federale
EBITDA	Earning Before Interest, Tax, Depreciation and Amortization
GDZH	Direzione della sanità del Cantone di Zurigo
GPPO	Gruppi di prestazioni per la pianificazione ospedaliera
HRR	Hospital Referral Regions (regioni di riferimento ospedaliero)
HSA	Hospital Service Areas (bacini di utenza ospedalieri)
ICD	International Classification of Diseases (classificazione internazionale delle malattie)
IE	Indice di esportazione
IL	Indice di localizzazione
ITAR_K	Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione
KS	Statistica ospedaliera
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie (RS 832.10)
MAS	Medicina altamente specializzata
MRI	Imaging a risonanza magnetica
MSI	Market Share Index
Nmin	Numero minimo di casi
Obsan	Osservatorio svizzero della salute
OCPre	Ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (RS 832.104)
OPre	Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni; RS 832.112.31)
PA	Legge federale sulla procedura amministrativa (RS 172.021)

## **Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale**

PEIG	Prestazioni economicamente di interesse generale
PET	Tomografia a emissione di positroni
REKOLE	Revisione della contabilità analitica e della registrazione delle prestazioni
SM	Statistica medica ospedaliera
SPECT	Single-photon emission computed tomography (tomografia a emissione di fotone singolo)
SPPO	Settori di prestazioni per la pianificazione ospedaliera
STATPOP	Statistica della popolazione e delle economie domestiche
TAF	Tribunale amministrativo federale
TC	Tomografia computerizzata
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UST	Ufficio federale di statistica

### Sintesi

Il forte aumento dei costi nel settore sanitario grava in modo particolare sui bilanci privati e pubblici. I postulati qui trattati partono dal presupposto che l'aumento dei costi sanitari nel settore stazionario sia dovuto a inefficienze nella pianificazione politica dell'assistenza sanitaria (in particolare a sovracapacità). Di conseguenza, la presunta allocazione inefficiente delle risorse sarebbe riconducibile alle seguenti cause: la molteplicità problematica dei ruoli dei Cantoni nel sistema sanitario (regolatori, fornitori di prestazioni e finanziatori); le sovracapacità e gli investimenti non necessari nelle infrastrutture e nelle tecnologie ospedaliere; la mancanza di modelli e scenari futuri attendibili per un'assistenza stazionaria ottimale e, infine, lo scarso coordinamento intercantonale nella pianificazione ospedaliera.

La pianificazione ospedaliera è una questione molto complessa in cui sono coinvolti numerosi attori (pazienti, ospedali, assicuratori, Cantoni, Confederazione). In questo contesto entrano in gioco numerosi fattori diversi, in parte correlati fra loro. Il Consiglio federale ritiene pertanto che un esame separato dei temi sopra citati fornirebbe un quadro incompleto delle sfide da affrontare e che sia opportuno trattare tali questioni in modo congiunto. Il presente rapporto ha quindi l'obiettivo di approfondire queste diverse proposte (di soluzioni) e di identificare eventuali necessità di intervento. A tal fine, l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha commissionato due studi per esaminare gli investimenti degli ospedali svizzeri: uno per analizzare gli investimenti effettuati finora e l'altro per identificare gli investimenti previsti. Inoltre, l'UFSP ha effettuato presso i Cantoni un sondaggio approfondito su numerosi aspetti della pianificazione ospedaliera. Sulla base di questi lavori preparatori e dell'analisi che ne è scaturita, il Consiglio federale formula raccomandazioni all'indirizzo dei Cantoni. Nel farlo occorre tenere conto delle competenze stabilite nella Costituzione federale. La competenza della Confederazione si limita infatti sostanzialmente alla regolamentazione dell'assicurazione contro le malattie e gli infortuni, mentre spetta ai Cantoni garantire l'assistenza sanitaria alla popolazione.

Per quanto riguarda gli investimenti degli ospedali, i lavori preparatori non forniscono indicazioni secondo le quali tra gli ospedali sarebbe in atto una corsa agli investimenti che porterebbe a sovracapacità. L'analisi degli investimenti passati mostra che gli ospedali seguono cicli di investimenti. Ne emerge inoltre che negli ultimi decenni la struttura degli investimenti è cambiata: la quota degli investimenti in impianti medico-tecnici e informatici è infatti notevolmente aumentata. Questa tendenza generale è confermata anche per gli investimenti previsti in futuro. Sebbene i dati in questo settore siano in parte incompleti, il Consiglio federale non ritiene necessario intervenire nel campo degli investimenti ospedalieri. È invece consapevole del fatto che in Svizzera esiste un'ampia offerta di apparecchiature medico-tecniche. Questa problematica deve tuttavia essere considerata nel suo insieme, poiché molte di queste apparecchiature sono gestite da studi medici e centri ambulatoriali, non soltanto dagli ospedali. In linea di principio, un ospedale può coprire i propri costi o ammortizzare i propri investimenti solo se è in grado di fornire le prestazioni che ne derivano in modo economicamente redditizio. Nell'ambito della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), gli ospedali non hanno quindi alcun incentivo a effettuare investimenti eccessivi.

Il mercato della salute è caratterizzato dall'interazione tra pianificazione statale ed elementi di concorrenza. Questo mercato è contraddistinto, tra l'altro, da una domanda indotta dall'offerta; inoltre, i prezzi non hanno un ruolo diretto per i consumatori/assicurati. Per ragioni di politica sociale, il sistema è tenuto inoltre a garantire all'insieme della popolazione l'accesso a un'assistenza sanitaria qualitativamente elevata. In vista di un impiego razionale delle risorse, questo implica un ruolo guida dello Stato nella pianificazione delle infrastrutture, in particolare nel settore stazionario (FF 2004 4903 pag. 4939). Se il Cantone deve cofinanziare in misura significativa i costi delle prestazioni LAMal, è

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

inoltre legittimo che gli spetti anche la responsabilità di contribuire a regolare l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni, le modalità dell'assistenza e l'ammontare dei costi. Negli ultimi anni, diversi fattori hanno contribuito ad attenuare i possibili conflitti di interessi derivanti dai molteplici ruoli dei Cantoni. In qualità di autorità di pianificazione, il Cantone deve rispettare chiare disposizioni del diritto federale; gli ospedali interessati e ora anche le associazioni di assicuratori possono ricorrere contro le sue decisioni al Tribunale amministrativo federale. Inoltre, nel suo ruolo di autorità di approvazione e fissazione delle tariffe, il Cantone è vincolato ai requisiti di economicità ed equità delle tariffe; attualmente i partner tariffali e i Cantoni stanno lavorando allo sviluppo di una metodologia uniforme a livello nazionale per un adeguato confronto dell'efficienza degli ospedali. Con la riforma per il finanziamento uniforme delle prestazioni, il ruolo del Cantone come attore finanziario in tutti i settori dell'assistenza sanitaria sarà regolamentato in modo uniforme, eliminando così le attuali differenze di finanziamento e gli incentivi controproducenti che ne derivano. I Cantoni hanno così un incentivo finanziario a pianificare l'assistenza sanitaria in modo globale. Inoltre, con il nuovo finanziamento ospedaliero, ovvero con il sistema di remunerazione forfettaria, dal 2012 il ruolo del Cantone come proprietario di strutture ospedaliere è cambiato fondamentalmente. Per i Cantoni esiste un chiaro incentivo ad attribuire i mandati di prestazioni alle istituzioni che soddisfano i requisiti nel modo più efficiente. Queste misure hanno già provocato in parte cambiamenti significativi nel panorama ospedaliero stazionario.

I Cantoni continuano tuttavia a disporre di un ampio margine di manovra nell'ambito di questi compiti centrali, per esempio per quanto riguarda la definizione precisa dei criteri determinanti per l'attribuzione dei mandati di prestazioni, le sovvenzioni agli ospedali per le prestazioni economicamente di interesse generale (PEIG) o la definizione del loro ruolo di proprietari di strutture ospedaliere. Ciononostante, i Cantoni non hanno nessun interesse finanziario a mantenere strutture inadeguate o superflue. Se ciò dovesse comunque verificarsi, secondo il messaggio relativo alla riforma del finanziamento ospedaliero ciò non avverrebbe nell'interesse dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), ma sulla base di un altro interesse del Cantone. Ciò evidenzia anche il fatto che i Cantoni nella pianificazione ospedaliera non perseguono solo obiettivi meramente economici. Le decisioni in materia di pianificazione ospedaliera sono decisioni politiche e, in quanto tali, rappresentano il risultato di una ponderazione tra obiettivi diversi, a volte in contraddizione tra loro. In questo senso, la critica secondo cui la molteplicità dei ruoli dei Cantoni condurrebbe inesorabilmente a conflitti di interessi e a distorsioni della concorrenza deve essere relativizzata. Il fatto che i Cantoni o i loro organi esecutivi in questo settore assumano molteplici ruoli e perseguano interessi diversi, non solo puramente economici, è in una certa misura nella natura delle cose. Le misure sopra descritte hanno già attenuato a diversi livelli i problemi legati ai molteplici ruoli dei Cantoni. Il Consiglio federale ritiene pertanto che non siano necessarie ulteriori regolamentazioni in questo ambito.

Negli ultimi anni sono stati compiuti notevoli sforzi per uniformare le diverse prassi cantonali nel settore della pianificazione ospedaliera. Ciò è avvenuto da un lato a livello federale, con lo sviluppo dei criteri di pianificazione nel 2021, e dall'altro a livello intercantonale, con l'aggiornamento delle raccomandazioni della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) nel 2022 e nel 2025. Queste disposizioni e raccomandazioni non solo promuovono l'armonizzazione attraverso la definizione di requisiti minimi, ma favoriscono anche la chiarezza e la trasparenza della procedura di pianificazione ospedaliera. Per esempio, è stata raggiunta una certa uniformità nella sistematica di pianificazione. Tuttavia, secondo il Consiglio federale sarebbe auspicabile un'ulteriore armonizzazione di tale sistematica. Inoltre, per determinare il fabbisogno nella propria pianificazione ospedaliera la stragrande maggioranza dei Cantoni utilizza il modello di previsione dell'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) o quello del Cantone di Zurigo, che presentano una metodologia simile. Entrambi i modelli di previsione si basano su dati e confronti statisticamente provati e tengono conto dei fattori d'influenza

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

rilevanti per la previsione del fabbisogno (sviluppi demografici, epidemiologici, medico-tecnici ed economici, nonché correzioni di un'eventuale offerta inappropriata). In questo contesto viene effettuata anche un'analisi approfondita dei flussi di pazienti e vengono calcolati in particolare indicatori che consentono di illustrare le interdipendenze tra i sistemi di assistenza cantonali. Secondo il Consiglio federale, occorre verificare se, nell'ottica di un'ulteriore armonizzazione, sarebbe indicato introdurre un modello di previsione uniforme a livello nazionale. Occorre inoltre verificare quali dati aggiuntivi o quali basi di dati, in particolare relativi al settore ambulatoriale, consentirebbero di migliorare la determinazione del fabbisogno. In questo contesto si pone anche la questione se sia opportuno tenere in maggior considerazione l'evoluzione nel settore ambulatoriale ospedaliero e come si potrebbe farlo, anche nell'ottica di una pianificazione globale dell'assistenza.

Dopo aver accuratamente determinato il fabbisogno, il Cantone deve valutare e selezionare i fornitori di prestazioni. I criteri per l'attribuzione dei mandati di prestazioni sono stati precisati sia nella giurisprudenza che nel diritto federale. Nella selezione, i Cantoni devono tenere conto in particolare dell'economicità e della qualità della fornitura di prestazioni, nonché dell'accesso dei pazienti alle cure entro un termine utile. Anche in questo caso il Consiglio federale intravede in singoli casi un potenziale di miglioramento e raccomanda ai Cantoni di verificare se tali criteri necessitano di una precisazione, per esempio fissando valori di riferimento comuni. Ciò consentirebbe da un lato di armonizzare la prassi dei Cantoni e dall'altro di chiarire la situazione, in particolare alla luce dei ricorsi presentati al Tribunale amministrativo federale. Potrebbe quindi essere opportuno stabilire a livello nazionale valori di riferimento minimi per quanto riguarda la raggiungibilità. Per quanto riguarda l'economicità, i partner tariffali e i Cantoni stanno attualmente lavorando allo sviluppo di una metodologia uniforme a livello nazionale per un confronto adeguato dell'efficienza degli ospedali. Questi lavori sono seguiti dalla Confederazione e prevedono già una regolamentazione uniforme a livello federale. Infine, occorre puntare a miglioramenti nel settore della qualità: si potrebbe verificare l'opportunità di fissare valori di riferimento uniformi a livello svizzero (compresi i numeri minimi di casi) per la valutazione della qualità da un lato e l'analisi della qualità tramite indicatori di qualità dei risultati dall'altro, e promuovere ulteriormente la comparabilità della qualità degli ospedali mediante indicatori di qualità uniformi a livello nazionale.

I Cantoni sono tenuti a rivedere periodicamente la loro pianificazione. Tuttavia, i diversi orizzonti di pianificazione rappresentano un ostacolo significativo per un efficace coordinamento intercantonale. Il Consiglio federale raccomanda quindi ai Cantoni di elaborare possibili approcci per un migliore coordinamento temporale della loro pianificazione ospedaliera, per esempio nell'ambito di regioni di assistenza più ampie.

Negli ultimi vent'anni la procedura di pianificazione ospedaliera si è notevolmente professionalizzata. In questo contesto, anche gli aspetti di diritto procedurale hanno acquisito maggiore importanza. La procedura di candidatura è diventata parte integrante del processo: deve essere garantito il diritto di audizione ai fornitori di prestazioni che presentano la loro candidatura. Contro le decisioni relative agli elenchi degli ospedali può essere presentato ricorso al Tribunale amministrativo federale. Da un lato, le condizioni quadro qui applicabili devono garantire la flessibilità necessaria per consentire la considerazione e la ponderazione delle diverse situazioni di partenza, esigenze e sviluppi nel settore sanitario. Dall'altro, la pianificazione ospedaliera deve essere comprensibile ed efficace; ciò richiede la definizione di criteri oggettivi, la loro armonizzazione e il controllo del loro rispetto. Il Consiglio federale ritiene che le norme vigenti in materia di procedura tengano adeguatamente conto di questa difficile situazione iniziale.

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Data la sua portata, la questione dell'offerta eccedentaria è stata esaminata in modo approfondito. Una pianificazione ospedaliera accurata è il primo e più efficace strumento per prevenire o ridurre un'eventuale offerta eccedentaria. I modelli di previsione utilizzati nella fase di determinazione del fabbisogno prevedono infatti correzioni, in particolare in presenza di un'eventuale offerta eccedentaria. Successivamente, nell'attribuzione dei mandati di prestazioni, occorre tenere conto del potenziale di concentrazione delle prestazioni; l'offerta disponibile è regolata tramite il numero di mandati di prestazioni aggiudicati. Inoltre, i Cantoni possono adottare misure specifiche, in particolare misure di controllo dei volumi, per contrastare un'eventuale offerta eccedentaria. Tuttavia, nella pratica risulta talvolta difficile determinare in che misura sussista un'offerta inappropriata. Per poter introdurre misure adeguate è indispensabile una valutazione o un'analisi accurata e il più possibile precisa della situazione dell'assistenza sanitaria. In questo contesto, il Consiglio federale raccomanda ai Cantoni di sviluppare ulteriormente gli strumenti e gli indicatori per individuare un'offerta inappropriata; in questo ambito potrebbero essere avviate, per esempio, indagini sulle cause delle differenze regionali nell'offerta o l'elaborazione di indicatori sulla qualità dell'indicazione.

Secondo l'articolo 39 capoverso 2 LAMal, i Cantoni coordinano le loro pianificazioni. Questo obbligo di coordinamento è stato precisato a livello di ordinanza. Inoltre, il Tribunale amministrativo federale ha stabilito linee guida chiare per quanto riguarda il contenuto di questo obbligo di coordinamento previsto dalla legge. Una parte avente diritto di ricorso può far valere la violazione dell'obbligo di coordinamento dinanzi al Tribunale amministrativo federale. Ciò costituisce un forte incentivo per i Cantoni a coordinare di conseguenza le loro pianificazioni ospedaliere.

A seguito di ciò, gli sforzi di coordinamento intercantonale sono aumentati in tutti i settori della pianificazione ospedaliera. Il presente rapporto mostra che, dopo l'introduzione dell'obbligo di coordinamento, tali sforzi si sono concentrati a lungo piuttosto sugli aspetti metodologici e procedurali e sullo scambio di informazioni relative ai flussi di pazienti, contribuendo in modo significativo all'armonizzazione delle pianificazioni ospedaliere cantonali. Sono stati così elaborati piani e standard comuni a livello intercantonale (raccomandazioni della CDS, introduzione dei gruppi di prestazioni per la pianificazione ospedaliera del Cantone di Zurigo, utilizzo di modelli di previsione uguali o simili, qualità dei dati, applicazione di requisiti uguali o simili in materia di strutture, processi e personale), creando anche le basi necessarie per progetti più ambiziosi. Negli ultimi anni si è assistito a un'intensificazione e, soprattutto, a un approfondimento delle attività di coordinamento. Finora, tali progetti di coordinamento di ampia portata si erano concentrati principalmente sulla fornitura congiunta di prestazioni in consorzi ospedalieri (Hôpital intercantonal de la Broye, Hôpital intercantonal Riviera-Chablais Vaud-Valais, a cui si è recentemente aggiunto anche il consorzio ospedaliero Lucerna/Nidvaldo). Ora si sta prendendo sempre più in considerazione anche una pianificazione ospedaliera comune. A questo proposito, sono d'esempio il concordato psichiatrico tra Svitto, Uri e Zugo e la pianificazione ospedaliera comune nelle regioni GGR (Basilea Città e Basilea Campagna) e ARAISG (Appenzello Esterno, Appenzello Interno e San Gallo).

Un coordinamento intercantonale approfondito, per esempio sotto forma di elenchi comuni degli ospedali, è però ancora agli inizi. I Cantoni citano diversi fattori come ostacoli a un coordinamento intercantonale approfondito, tra cui situazioni iniziali diverse con i conseguenti oneri aggiuntivi, possibili conflitti di interessi o interessi di politica regionale. Gli interessi di politica regionale non sempre sono compatibili con una concentrazione sovracantonale dell'offerta e con le conseguenti chiusure di ospedali. Le chiusure di ospedali suscitano dibattiti controversi ed emotivi nella popolazione. In quest'ottica, è lecito chiedersi se e in che misura una concentrazione del panorama ospedaliero ordinata dalla Con-



## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

federazione sarebbe accettata dalla popolazione. L'accettazione da parte della popolazione – che, dopotutto, usufruisce delle cure ospedaliere e, con i premi e le imposte, le finanzia – è in questo senso un fattore di successo fondamentale. Una concentrazione del panorama ospedaliero percepita dalla popolazione come imposta «dall'alto» provoca invece resistenza. Una pianificazione ospedaliera a livello nazionale da parte della Confederazione sarebbe inoltre in contraddizione con la ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni sancita dalla Costituzione. Il Consiglio federale è quindi sostanzialmente del parere che la pianificazione ospedaliera debba continuare a essere di competenza dei Cantoni.

Allo stesso tempo, il Consiglio federale ritiene però che vi sia ancora un margine di ottimizzazione nel coordinamento delle pianificazioni ospedaliere tra i Cantoni, margine che va sfruttato. Considerate le pressioni economiche che gravano su numerosi ospedali e il costante aumento dei premi, senza una collaborazione approfondita e più intensa al di là dei confini cantonali sarà ancora più difficile garantire un'assistenza sanitaria di alta qualità a costi ragionevoli. In questo contesto, il Consiglio federale ritiene che i Cantoni debbano promuovere in particolare l'approccio basato sulle regioni di assistenza. Esistono metodi statistici che definiscono regioni di assistenza adeguate sulla base dei flussi concreti di pazienti. Per esempio, nell'Atlante dell'assistenza sanitaria svizzera è possibile visualizzare regioni di analisi che rappresentano bene le aree di assistenza rilevanti per la popolazione svizzera sulla base dei flussi di pazienti esistenti. Il Consiglio federale raccomanda quindi ai Cantoni di verificare se sia opportuno armonizzare alcuni aspetti della pianificazione ospedaliera cantonale (p. es. il coordinamento temporale) e/o elaborare una pianificazione ospedaliera comune per prestazioni specialistiche all'interno del territorio di tali regioni di assistenza.

Infine, nel presente rapporto viene illustrata in modo più dettagliato la pianificazione nel settore della medicina altamente specializzata (MAS) che, secondo la LAMal, deve essere approntata per tutta la Svizzera congiuntamente dai Cantoni. Dal punto di vista dei Cantoni, la pianificazione congiunta nella MAS ha dato buoni risultati. Nel 2022 anche il Consiglio federale è giunto alla conclusione che, alla luce dell'evoluzione positiva in questo settore, per il momento non abbia motivo di avvalersi della sua competenza sussidiaria. Il Consiglio federale ritiene tuttavia che, per quanto riguarda l'obiettivo di concentrare la MAS, vi potrebbe essere ancora margine di miglioramento sia per quanto riguarda le assegnazioni che, in parte, per le attribuzioni e raccomanda all'assemblea plenaria della Convenzione intercantionale sulla medicina altamente specializzata (CIMAS) di esaminare in modo approfondito il potenziale di concentrazione nella MAS e di adottare le misure eventualmente necessarie.

Alla luce della presente analisi si può affermare che, dal punto di vista del contenimento dei costi, esiste un potenziale di miglioramento anche nel settore stazionario. I Cantoni hanno già avviato lavori in tal senso (in particolare per l'attuazione delle raccomandazioni rivedute della CDS del 27 novembre 2025) che sono sostenuti dal Consiglio federale con le sue raccomandazioni. Il Consiglio federale seguirà i lavori concreti di attuazione dei Cantoni e su questa base deciderà se sarà opportuno precisare ulteriormente le attuali condizioni quadro, estendendole fino a una pianificazione ospedaliera a livello nazionale come quella già prevista oggi nel settore della MAS.

## 1 Situazione iniziale

Secondo la Costituzione federale della Confederazione Svizzera (Cost.; RS 101), la Confederazione ha la responsabilità di garantire alla popolazione la possibilità di assicurarsi a condizioni sostenibili contro i rischi di malattia e infortunio (art. 117 Cost.). Ciò comprende in particolare l'emanazione di prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie, come in particolare la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10). In base alla ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni, la garanzia dell'assistenza sanitaria è invece un compito pubblico dei Cantoni. Ciò comprende, tra l'altro, il compito di pianificare l'assistenza sanitaria stazionaria.

I costi nel settore sanitario sono in costante aumento non solo a causa dei cambiamenti demografici e dei progressi medico-tecnici, ma anche per fattori che non possono essere giustificati dal punto di vista medico, come strutture inefficienti o incentivi sbagliati. Uno studio commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) è giunto alla conclusione che il potenziale di efficienza è considerevole, con una percentuale stimata tra il 16 % e il 19 % delle prestazioni che rientrano nel campo di applicazione della LAMal. Esiste un potenziale in quasi tutti i settori delle prestazioni ed è causato sia da quantità eccessive che da prezzi troppo elevati di prestazioni e prodotti sanitari (WIG / INFRAS 2019: 11-12).

Il Consiglio federale ha avviato una serie di misure per contrastare questo crescente onere per i bilanci pubblici e privati. Alla fine di marzo 2018 ha dunque approvato un programma di contenimento dei costi che responsabilizza tutti gli attori del settore sanitario e mira a garantire che i costi aumentino solo nella misura in cui ciò sia giustificabile dal punto di vista medico. Le modifiche della LAMal del 18 giugno 2021 (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1a; RU 2021 837) e del 30 settembre 2022 (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1b; RU 2023 630), che comprendono complessivamente dieci misure, sono già entrate in vigore. La modifica della LAMal relativa alle Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 2 (FF 2025 1108) è stata approvata dal Parlamento il 21 marzo 2025 e comprende 16 misure. Attualmente sono in fase di elaborazione le disposizioni esecutive. Inoltre, nel settembre 2023 il Parlamento ha approvato il controprogetto indiretto all'iniziativa per un freno ai costi, che prevede l'introduzione di obiettivi per l'evoluzione dei costi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). Dopo che il 9 giugno 2024 il popolo ha respinto l'iniziativa per un freno ai costi, il Consiglio federale deve porre in vigore il controprogetto indiretto. Di conseguenza, l'UFSP ha avviato i lavori per l'entrata in vigore della modifica della LAMal relativa alla definizione di obiettivi di costo e di qualità. Gli obiettivi saranno fissati dal Consiglio federale ogni quattro anni. Inoltre, nell'ambito della sua strategia «Sanità2020», il Consiglio federale aveva già avviato e attuato una serie di misure che hanno ridotto i costi sanitari di diverse centinaia di milioni di franchi all'anno e saranno portate avanti con la strategia successiva «Sanità2030».

I cinque postulati elencati di seguito partono dal presupposto che l'aumento dei costi sanitari nel settore stazionario sia dovuto a inefficienze nella pianificazione politica dell'assistenza sanitaria (in particolare a sovracapacità). Secondo quanto esposto nei postulati, le cause alla base di questa presunta cattiva allocazione delle risorse possono essere riassunte come segue:

- la molteplicità problematica dei ruoli dei Cantoni nel settore sanitario in qualità di regolatori, fornitori di prestazioni e finanziatori, che condurrebbe a conflitti di interessi, distorsioni della concorrenza e minori incentivi al controllo dei costi;
- le sovracapacità e gli eccessivi investimenti infrastrutturali e tecnologici degli ospedali, causati dall'aumento della concorrenza, che contribuirebbero all'aumento dei costi;

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

- la mancanza di modelli e scenari futuri attendibili per un'assicurazione malattie a prezzi accessibili a lungo termine e un'offerta di cure stazionarie ottimale;
- la mancanza di coordinamento intercantonale nella pianificazione ospedaliera, che porta a un'offerta insufficiente o eccedentaria e rende necessario l'esame di modelli di pianificazione alternativi.

Il presente rapporto ha l'obiettivo di approfondire queste diverse proposte (di soluzioni) e identificare eventuali necessità di intervento. La pianificazione ospedaliera è una questione molto complessa in cui sono coinvolti numerosi attori (pazienti, ospedali, assicuratori, Cantoni, Confederazione). In questo contesto entrano in gioco numerosi fattori diversi, in parte correlati fra loro. Il Consiglio federale ritiene pertanto che un esame separato di questi temi fornirebbe un quadro incompleto delle sfide e dei problemi da affrontare e che sia opportuno trattare tali questioni in modo congiunto.

### 1.1 Interventi parlamentari

#### 1.1.1 Postulato 15.3464 Cassis

Il 6 maggio 2015 il consigliere nazionale Ignazio Cassis ha depositato il postulato 15.3464 «Legge federale sull'assicurazione malattie. Roadmap per eliminare le incompatibilità tra i molteplici ruoli dei Cantoni». Nella motivazione ritiene problematica la molteplicità dei ruoli assunti dai Cantoni nell'ambito della sanità (regolatori, fornitori di prestazioni e finanziatori). Questa moltitudine di funzioni porterebbe inesorabilmente a conflitti di interessi e a distorsioni della concorrenza (in particolare tra la medicina ambulatoriale e quella stazionaria) e ridurrebbe l'incentivo al controllo dei costi. Il ruolo storicamente consolidato di finanziatori diretti e fornitori di prestazioni andrebbe quindi messo in discussione. Il finanziamento tramite l'impiego di entrate fiscali potrebbe assumere altre forme, per esempio nel quadro dello sviluppo del sistema monistico.

##### **Testo depositato del postulato 15.3464 Cassis**

Il Consiglio federale è incaricato di redigere un rapporto che, in forma di roadmap, illustri ai Cantoni come eliminare le incompatibilità tra i loro molteplici ruoli nel sistema sanitario, da più parti criticati. Il rapporto deve spiegare, sulla base di chiare strutture di governance, in quale modo sia possibile evitare conflitti di interesse cruciali in modo da rafforzare la concorrenza e accrescere l'efficacia dell'assistenza sanitaria.

Nel suo parere del 18 settembre 2015, il Consiglio federale aveva proposto di respingere il postulato, richiamando in particolare la ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni prevista dalla Costituzione e la modifica del 21 dicembre 2007 della LAMal concernente il finanziamento ospedaliero. Il Consiglio federale riteneva inoltre che la richiesta di un uguale finanziamento delle prestazioni ospedaliere in regime stazionario e ambulatoriale dovesse essere sostanzialmente sostenuta. Il postulato è stato accolto dal Consiglio nazionale il 2 maggio 2017. Sulla base delle modifiche della LAMal del 22 dicembre 2023 (finanziamento uniforme delle prestazioni) e del 30 settembre 2022 (Misure di contenimento dei costi – Pacchetto 1b; diritto di ricorso degli assicuratori contro le decisioni dei governi cantonali in materia di pianificazione ospedaliera), il Consiglio federale ha ritenuto adempiuto il postulato e ne ha chiesto lo stralcio il 1° marzo 2024. Il Consiglio nazionale ha respinto la richiesta di stralcio il 5 giugno 2024.

### 1.1.2 Postulato 17.4160 Carobbio Guscetti

Il 14 dicembre 2017 la consigliera nazionale Marina Carobbio Guscetti ha depositato il postulato 17.4160 «Sovracapacità e investimenti infrastrutturali e tecnologici negli ospedali». Nella motivazione ricorda che uno degli obiettivi della legge sul finanziamento ospedaliero era di agire tramite la concorrenza per distribuire in maniera più efficace i servizi ospedalieri. Ritiene però che di fatto l'aumento della concorrenza abbia generato una spirale di crescenti investimenti infrastrutturali e tecnologici, non sempre necessari, che contribuiscono a un aumento dei costi.

#### Testo depositato del postulato 17.4160 Carobbio Guscetti

Il Consiglio federale è incaricato di presentare un rapporto che illustri la situazione per quanto riguarda gli investimenti infrastrutturali e tecnologici previsti dagli ospedali in Svizzera nei prossimi anni e quali misure sono necessarie per evitare una corsa agli investimenti che potrebbe causare sovracapacità.

Nel suo parere del 14 febbraio 2018, il Consiglio federale ha raccomandato di accogliere il postulato e ha sottolineato in particolare la necessità di ulteriori rilevazioni sugli investimenti ospedalieri previsti nei prossimi anni, così da poter valutare se e quali misure potrebbero essere necessarie per evitare sovracapacità e conseguenti aumenti dei costi. Il postulato è stato accolto dal Consiglio nazionale il 16 marzo 2018.

### 1.1.3 Postulato 19.3423 CSSS-N

Il 3 maggio 2019 la Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio nazionale (CSSS-N) ha depositato il postulato 19.3423 «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 attendibili». Nella motivazione, la CSSS-N si chiede come la Confederazione intenda assumersi la propria responsabilità per l'AOMS e quindi anche per il suo finanziamento e l'evoluzione dei suoi costi, nonché fissare obiettivi concreti per i Cantoni, se non sviluppa essa stessa modelli e scenari futuri attendibili per cure ottimali nel mercato della salute gestito in funzione dell'offerta in tutta la Svizzera.

#### Testo depositato del postulato 19.3423 CSSS-N

Il Consiglio federale è incaricato di esaminare le modalità in base a cui, con l'ausilio di modelli elaborati periodicamente e scenari a lunga scadenza, si potrebbe assicurare un'offerta ottimale di cure stazionarie in Svizzera, e di presentare un rapporto in merito. A tal fine tiene conto dei reali flussi di pazienti e delle regioni di assistenza.

Nel suo parere del 29 maggio 2019, il Consiglio federale si è dichiarato disposto a redigere un rapporto in tal senso, coinvolgendo i Cantoni senza metterne in discussione la competenza in materia di pianificazione. Il postulato è stato accolto dal Consiglio nazionale il 5 giugno 2019.

### 1.1.4 Postulato 23.4275 de Montmollin

Il 29 settembre 2023 la consigliera nazionale Simone de Montmollin ha depositato il postulato 23.4275 «Per una regione sanitaria romanda». Nella motivazione sostiene che la pianificazione cantonale freni il miglioramento della qualità delle cure e la razionalizzazione dei costi. Per esempio, in Romandia (con due ospedali universitari e diverse strutture ospedaliere per una popolazione complessiva di poco superiore ai due milioni di abitanti) realizzare economie di scala sarebbe auspicabile e possibile.

### Testo depositato del postulato 23.4275 de Montmollin

Il Consiglio federale è incaricato di sottoporre al Parlamento un rapporto in cui illustra i contorni e i potenziali vantaggi della creazione di una regione sanitaria sovracantonale che copra, per esempio, la Svizzera romanda. Il progetto dovrà prevedere una pianificazione intercantonale dell'offerta stazionaria e ambulatoriale e valutare l'opportunità di costituire un solo ente ospedaliero universitario multisito per tutta la regione, incaricato anche della formazione, al posto delle strutture attuali. Il Consiglio federale dovrà altresì presentare gli adeguamenti legislativi necessari per la realizzazione di questi obiettivi.

Nel suo parere del 15 novembre 2023, il Consiglio federale ha proposto di respingere il postulato, richiamando in particolare la ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni prevista dalla Costituzione e la modifica del 23 giugno 2021 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102) che ha portato a un ulteriore sviluppo dei criteri di pianificazione e obbliga i Cantoni a tenere conto, nell'ambito della pianificazione ospedaliera, del potenziale rappresentato dalla concentrazione delle prestazioni non soltanto a livello cantonale, ma anche oltre i propri confini. Il postulato è stato accolto dal Consiglio nazionale il 7 maggio 2025.

### 1.1.5 Postulato 24.3029 Wyss

Il 26 febbraio 2024 la consigliera nazionale Sarah Wyss ha depositato il postulato 24.3029 «Pianificazione ospedaliera intercantonale per un'assistenza migliore e più efficiente». Nella motivazione afferma che la pianificazione commisurata al fabbisogno nell'assistenza ospedaliera è ancora disciplinata prevalentemente a livello cantonale, nonostante l'evidente mobilità dei pazienti. Ritiene che a medio termine, un'assistenza pianificata esclusivamente a livello cantonale porterebbe ad avere settori specializzati con un'offerta insufficiente e altri con un'offerta eccedentaria. Questo danneggerebbe la qualità dell'assistenza sanitaria, provocando un aumento dei costi, senza alcun valore aggiunto dal punto di vista medico.

### Testo depositato del postulato 24.3029 Wyss

Il Consiglio federale è incaricato di presentare proposte su come si possa approntare una pianificazione ospedaliera intercantonale migliore e moderna, esaminando in particolare i seguenti modelli:

- pianificazione intercantonale vincolante (art. 39 LAMal);
- pianificazione in base alle regioni sanitarie;
- pianificazione nazionale coordinata (analoga alla medicina altamente specializzata).

Nel suo parere del 24 aprile 2024, il Consiglio federale ha raccomandato di accogliere il postulato e ha sottolineato in particolare che, con la modifica dell'OAMal del 23 giugno 2021 (RU 2021 439), ha sviluppato ulteriormente i criteri di pianificazione e sollecitato i Cantoni a migliorare il coordinamento della loro pianificazione ospedaliera. Si è dichiarato disposto a prendere in considerazione le richieste del postulato insieme a una prima valutazione dell'attuazione dei nuovi criteri di pianificazione ospedaliera. Il postulato è stato accolto dal Consiglio nazionale l'11 settembre 2024.

## 1.2 Ripartizione generale delle competenze nel settore sanitario

In base alla ripartizione delle competenze sancita dall'articolo 3 Cost., la garanzia dell'assistenza sanitaria costituisce un compito pubblico dei Cantoni. Ciò comprende, tra l'altro, il compito di pianificare l'assistenza sanitaria stazionaria. La Confederazione ha da parte sua la responsabilità di garantire alla popolazione la possibilità di assicurarsi a condizioni sostenibili contro i rischi di malattia e infortunio

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

(art. 117 Cost.). Questo compito include in particolare l'emanazione di prescrizioni sull'assicurazione contro le malattie. La legislazione federale deve tener conto di questa ripartizione delle competenze.

Spetta quindi ai Cantoni decidere se la pianificazione ospedaliera debba essere effettuata da un singolo Cantone o da più Cantoni congiuntamente. A questo proposito si rimanda all'articolo 46 capoverso 1 Cost., secondo cui i Cantoni devono attuare il diritto federale secondo quanto previsto dalla Costituzione e dalla legge. Il capoverso 3 stabilisce che la Confederazione lascia ai Cantoni la massima libertà d'azione possibile e tiene conto delle loro particolarità. L'articolo 47 Cost. statuisce inoltre che la Confederazione salvaguarda l'autonomia dei Cantoni. L'articolo 48 Cost. stabilisce invece che i Cantoni hanno la possibilità di concludere trattati intercantionali nonché creare organizzazioni e istituzioni in comune. In particolare possono adempiere insieme compiti d'interesse regionale.

Né la Costituzione né la legge conferiscono alla Confederazione la competenza di imporre ai Cantoni una pianificazione intercantionale. La LAMal prevede solo l'obbligo per i Cantoni di coordinare la loro pianificazione (art. 39 cpv. 2 LAMal). Già oggi nel settore della medicina altamente specializzata (MAS) approntano insieme una pianificazione per tutta la Svizzera (art. 39 cpv. 2<sup>bis</sup> LAMal). Inoltre, nell'ambito dell'OAMal (art. 58a segg. OAMal) il Consiglio federale ha definito criteri di pianificazione uniformi, intervenendo dunque già nel proprio ambito di competenza.

Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP (cfr. punto 1.3), quasi tutti i Cantoni sono favorevoli all'attuale ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni. Diversi Cantoni rimandano al principio dell'equivalenza fiscale, secondo cui il livello statale al quale compete un compito è quello che dispone della relativa competenza finanziaria. Il compito della pianificazione ospedaliera dovrebbe inoltre rimanere di competenza cantonale, poiché i Cantoni dispongono delle conoscenze necessarie riguardo alle strutture e alle offerte di assistenza preospedaliera, ospedaliera e post-ospedaliera a livello locale e regionale, necessarie per garantire un'adeguata pianificazione dell'assistenza e degli ospedali. Per questo è opportuno mantenere in linea di principio l'attuale ripartizione di competenze tra la Confederazione (definizione delle condizioni quadro) e i Cantoni (attuazione della pianificazione ospedaliera ed emanazione degli elenchi degli ospedali). La Confederazione dovrebbe continuare a essere responsabile della definizione delle condizioni quadro.

### 1.3 Procedura e coinvolgimento degli attori

Per procedere agli accertamenti richiesti nei postulati citati, l'UFSP ha commissionato due studi sugli investimenti degli ospedali svizzeri. Da un lato, l'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) ha esaminato le statistiche ospedaliere (KS) dell'Ufficio federale di statistica (UST) per analizzare retrospettivamente gli investimenti effettuati finora (Roth/Pellegrini 2024). Dall'altro, INFRAS ha condotto un'indagine presso gli ospedali svizzeri tramite un questionario online, interviste a esperti e analisi di documenti, al fine di ottenere informazioni prospettiche sugli investimenti previsti (Vettori/Ramseier/Ehmann/von Stokar 2025). Tutti gli ospedali sono stati invitati individualmente a partecipare al sondaggio e hanno quindi avuto l'opportunità di specificare in dettaglio i loro progetti di investimento futuri. Nelle 14 interviste sono stati coinvolti ospedali, assicuratori e Cantoni, in parte a livello associativo e in parte individualmente.

All'inizio del 2025 l'UFSP ha inoltre condotto un sondaggio presso i Cantoni (di seguito: sondaggio dell'UFSP). Le domande centrali riguardavano la pianificazione ospedaliera attuale e futura, in particolare la determinazione del fabbisogno, compresi i modelli e i criteri di pianificazione, la copertura del fabbisogno, compresa l'economicità, la qualità e gli investimenti, il coordinamento intercantionale e le sfide in tutti e tre i settori stazionari (cure somatiche acute, riabilitazione e psichiatria). Il sondaggio è

## **Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale**

stato condotto in accordo con la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS). Nell'ambito di un test preliminare, quattro esperti provenienti da diversi Cantoni hanno inoltre potuto esprimersi sul contenuto e sulla struttura concreta del sondaggio. Ad eccezione del Cantone di Turgovia, tutti i Cantoni hanno partecipato al sondaggio.

Anche l'attuazione dei criteri di pianificazione ulteriormente sviluppati di cui all'articolo 58a segg. OAMal è stata oggetto del sondaggio condotto presso i Cantoni. Con la modifica dell'OAMal del 23 giugno 2021, il Consiglio federale ha sviluppato ulteriormente i criteri di pianificazione di cui all'articolo 58a segg. OAMal. Questa modifica dell'OAMal è entrata in vigore il 1° gennaio 2022. Gli elenchi degli ospedali di cure somatiche acute e delle case per partorienti dovevano essere conformi ai nuovi criteri di pianificazione entro il 1° gennaio 2026, mentre quelli relativi alla psichiatria e alla riabilitazione devono adeguarsi entro il 1° gennaio 2028. In vista dell'elaborazione del presente rapporto, è stato quindi determinato un primo bilancio intermedio dell'attuazione a livello cantonale dei criteri di pianificazione ulteriormente sviluppati. Tuttavia, il bilancio definitivo sull'attuazione di questi criteri di pianificazione sarà opportunamente stilato solo dopo la scadenza del termine di attuazione.

### **1.4 Contenuto e struttura del rapporto**

Al punto 2 vengono analizzati gli investimenti degli ospedali svizzeri, passati e futuri, nonché le prospettive e le possibilità d'azione dei Cantoni in questo contesto. Gli strumenti e i criteri della pianificazione ospedaliera cantonale sono illustrati al punto 3. I molteplici ruoli dei Cantoni sono analizzati più approfonditamente al punto 4. Il punto 5 tratta poi della cooperazione intercantonale, in particolare delle forme di cooperazione e dell'attuazione delle disposizioni federali in questo ambito. Per ogni argomento citato vengono illustrati i potenziali e le sfide emersi in particolare dai vari studi e sondaggi, nonché le eventuali necessità di intervento che ne derivano. Infine, al punto 6 il Consiglio federale procede a una valutazione complessiva delle questioni sollevate.

## 2 Investimenti degli ospedali svizzeri

In risposta al postulato 17.4160 Carobbio Guscetti, qui di seguito vengono analizzati nel dettaglio gli investimenti degli ospedali svizzeri. Il punto 2.1 presenta innanzitutto un'analisi degli investimenti passati degli ospedali sulla base della KS. Il punto 2.2 illustra poi i risultati dell'analisi degli investimenti futuri previsti dagli ospedali. Al punto 2.3 vengono esposte le prospettive a livello dei Cantoni e le loro possibilità di intervento. Infine, vengono presentate le conclusioni principali e vengono identificate le eventuali necessità di intervento in questo settore (punto 2.4).

### 2.1 Investimenti passati degli ospedali

L'UFSP ha incaricato l'Obsan di analizzare i dati disponibili nella KS per illustrare l'evoluzione degli investimenti effettuati dagli ospedali nel periodo 2012 – 2022, in particolare nell'infrastruttura e nelle tecnologie. Dal rapporto dell'Obsan emerge che la KS rileva solo i dati relativi agli investimenti superiori a 10 000 franchi, conformemente a quanto previsto dall'articolo 10 capoverso 5 dell'ordinanza sul calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni da parte degli ospedali, delle case per partorienti e delle case di cura nell'assicurazione malattie (OCPre; RS 832.104) e che questi sono suddivisi in grandi categorie, senza una nomenclatura uniforme, il che non consente una descrizione precisa degli investimenti e un'analisi dettagliata di una particolare tecnologia. La KS contiene anche informazioni sui seguenti otto apparecchi medico-tecnici: risonanza magnetica, TC, tomografia a emissione di positroni (PET), gamma camera (scintigrafia e scanner SPECT compresi), acceleratore lineare (radioterapia), litotritore, apparecchi per angiografia e per dialisi. Altri dispositivi medico-tecnici, come i robot chirurgici, non rientrano in questa rilevazione, il che limita la portata delle analisi sull'evoluzione degli investimenti medico-tecnici.

Secondo il rapporto dell'Obsan, i dati della KS sono raccolti e presentati in modo trasparente, ma presentano comunque alcuni limiti. Per esempio, nel 2022 l'82 % degli ospedali, che totalizza quasi il 99 % di tutte le ospedalizzazioni, ha partecipato al rilevamento. I dati non sono quindi esaustivi, anche se gli ospedali che non hanno fornito informazioni sui loro investimenti sono generalmente strutture di piccole dimensioni che coprono solo una parte infinitesimale di tutte le ospedalizzazioni. Peraltro, nella KS figurano solo gli investimenti finanziati dagli ospedali. Gli investimenti finanziati da terzi, in particolare dai Cantoni o nell'ambito di progetti di partenariato pubblico-privato, non sono rilevati. Anche la qualità dei dati rimane un fattore di incertezza: l'UST verifica la plausibilità solo dei grandi aggregati. L'Obsan ne deduce che questi diversi limiti attenuano la portata delle analisi e invitano a una certa cautela nell'interpretazione dei risultati ottenuti dall'analisi degli investimenti tramite la KS.

#### 2.1.1 Analisi degli investimenti degli ospedali sul lungo termine

L'analisi della KS sul lungo periodo, a partire dal 1980, effettuata dall'Obsan mostra che gli investimenti evolvono ciclicamente e variano tra 2 e 5 milioni di franchi annui per ospedale. Da questa analisi sono emersi due cicli di investimenti: il primo ciclo significativo negli anni 1986 – 1993 e il secondo ciclo, con importi paragonabili a quelli del primo ciclo, a partire dal 2012. Secondo l'Obsan, la crescita potrebbe aver raggiunto il suo apice nel ciclo attuale nel 2022 oppure essere tuttora in atto. Il sondaggio sugli investimenti futuri dovrebbe fornire una risposta a questa domanda (cfr. punto 2.2).

L'Obsan ha analizzato anche l'evoluzione degli investimenti per categoria a partire dal 1998. Ne emerge in particolare che la percentuale degli investimenti medico-tecnici e informatici è aumentata notevolmente, passando rispettivamente dal 3 % nel 1998 a oltre il 20 % nel 2022 e dallo 0,5 % nel 1998 all'11 % nel 2022.



## **Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale**

Questi risultati a lungo termine devono tuttavia essere considerati con una certa cautela, da un lato perché il tasso di copertura (numero di ospedali che indicano i propri investimenti) diminuisce continuamente man mano che si va indietro negli anni, dall'altro perché il rilevamento include solo gli investimenti finanziati dagli ospedali.

### **2.1.2 Analisi degli investimenti degli ospedali per gli anni 2012 – 2022**

Dal rapporto dell'Obsan emerge che gli investimenti nel settore immobiliare influiscono fortemente sugli investimenti totali. L'Obsan rileva in particolare due picchi di investimenti immobiliari, nel 2014 e nel 2020. Tuttavia, gli investimenti medi per ospedale sono relativamente costanti dal 2012 al 2022, attestandosi a circa 7 milioni di franchi per ospedale, con un calo degli investimenti nel 2021 e nel 2022. L'analisi di Obsan mostra anche che gli importi investiti dagli ospedali nel ciclo iniziato nel 2012 rimangono nella fascia storica, ma la loro struttura è diversa. Si è infatti registrato un forte aumento degli investimenti nel settore informatico, la cui percentuale del totale degli investimenti è passata dal 4 % circa nel 2012 all'11 % nel 2022.

Il rapporto dell'Obsan rileva inoltre che l'ammontare degli investimenti degli ospedali varia a seconda delle dimensioni e della categoria dell'ospedale secondo la tipologia degli ospedali dell'UST (ospedale universitario, presa in carico centralizzata [livello 2], cure di base, cliniche psichiatriche, cliniche di riabilitazione e altre cliniche specializzate). Tuttavia, anche se gli ospedali universitari sono quelli che investono gli importi più elevati in valore assoluto, le differenze tra le categorie si attenuano se si tiene conto del volume di investimento per ospedalizzazione. Inoltre, la ripartizione degli investimenti varia poco a seconda della categoria di ospedale. Sull'intero periodo considerato, gli investimenti immobiliari rappresentano il 65 % degli investimenti, quelli in immobilizzazioni medico-tecniche circa il 20 % e gli investimenti in mobili e informatica rispettivamente il 5 % e l'8 %. Come principali differenze l'Obsan ha rilevato, da un lato, che le cliniche psichiatriche e di riabilitazione investono proporzionalmente di più in mobili e meno in immobilizzazioni medico-tecniche e, dall'altro, che le cliniche di riabilitazione e le altre cliniche specializzate investono proporzionalmente di più in immobilizzazioni informatiche.

Per quanto riguarda l'evoluzione del numero di apparecchiature medico-tecniche nel settore ospedaliero, occorre innanzitutto ricordare che gli apparecchi acquistati da studi privati o centri ambulatoriali non sono inclusi nell'analisi. La KS non fornisce dunque un elenco esaustivo del numero di tali apparecchi e non offre quindi un quadro completo della situazione a livello svizzero. Per il periodo considerato, l'Obsan ha constatato che il numero di apparecchiature medico-tecniche pro capite nel settore ospedaliero è aumentato del 38 % per le PET, del 32 % per le MRI e del 18 % per gli acceleratori lineari, mentre il numero di litotrittori e gamma camere è diminuito rispettivamente del 25 % e del 19 %. L'Obsan conclude che l'aumento osservato nel numero di apparecchi è dovuto più all'aumento del numero di apparecchi per ospedale che non al fatto che molti più ospedali dispongono di almeno un apparecchio di questo tipo.

## **2.2 Analisi degli investimenti previsti dagli ospedali**

La partecipazione al sondaggio condotto presso gli ospedali svizzeri (cfr. punto 1.2), in particolare per quanto riguarda alcuni tipi di ospedali, non è stata sufficientemente elevata, il che significa che il campione non è abbastanza rappresentativo per poter effettuare proiezioni attendibili sull'intera popolazione statistica degli ospedali. A causa del basso tasso di risposta, anche le analisi di singole categorie di ospedali o regioni sono possibili solo in misura limitata. Grazie all'intenso lavoro di follow-up svolto dall'istituto incaricato, è stato comunque possibile raggiungere un tasso di partecipazione che consente di trarre alcune conclusioni. Su 238 ospedali interpellati, 68 hanno partecipato, con un tasso

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

di risposta del 29 %. Questi ospedali coprono il 34 % dei casi stazionari e il 38 % delle consultazioni ambulatoriali in Svizzera. Tanto più lontani nel futuro sono gli investimenti previsti a cui si riferisce una domanda, tanto minore è il numero di ospedali che vi ha risposto. Inoltre, è ovvio che le previsioni sono tanto più incerte quanto più si spingono avanti nel tempo. Pertanto, i risultati e le conclusioni dell'indagine diventano meno affidabili con l'aumentare dell'orizzonte temporale.

### 2.2.1 Investimenti previsti

I 54 ospedali che hanno fornito le risposte corrispondenti prevedono di investire nel periodo 2024 – 2029 un totale di 6 miliardi di franchi, ovvero circa 1 miliardo di franchi all'anno. Nei prossimi anni investiranno in media molto di più rispetto agli anni passati, ma va notato che la media è fortemente influenzata dal più grande degli ospedali partecipanti. Solo partendo dal presupposto incerto che la quota degli ospedali partecipanti (campione) sul totale degli investimenti di tutti gli ospedali (popolazione statistica) rimanga invariata, è possibile stimare un volume di investimenti complessivo per tutti gli ospedali che nei prossimi cinque anni dovrebbe essere superiore a quello del passato. Entro il 2029, gli ospedali partecipanti che forniscono presa in carico centralizzata e cure di base<sup>1</sup> prevedono di investire annualmente in media l'8,5 % del loro reddito<sup>2</sup>. Questa percentuale è più alta per l'ospedale universitario partecipante<sup>3</sup>, così come per le cliniche psichiatriche (14,5 %) e le cliniche di riabilitazione (10,8 %). È invece più bassa per le cliniche specializzate (4,9 %).

Circa la metà degli investimenti previsti fino al 2029 sarà destinata a immobilizzazioni materiali immobiliari, ossia edifici. Strettamente legati agli edifici sono gli impianti (come ventilazione, riscaldamento, rete elettrica ecc.) ai quali sarà destinato il 14 % circa degli investimenti. Un altro 14 % circa delle somme indicate sarà investito in impianti medico-tecnici (apparecchi, dispositivi, strumenti) e informatici. La prima categoria dovrebbe essere in gran parte legata alle innovazioni nella chirurgia robotica assistita e nella tecnologia diagnostica, la seconda alla digitalizzazione sotto forma di sistemi informativi sanitari e di pianificazione delle risorse. Le percentuali rimangono relativamente stabili nel periodo di osservazione, a eccezione di alcune fluttuazioni dovute a singoli investimenti di grande entità. Al momento non si nota alcuna tendenza che indichi che gli investimenti futuri saranno effettuati in misura maggiore specificamente per le cure ambulatoriali.

Se l'orizzonte viene esteso fino al 2044, si osserva una diminuzione della percentuale per le immobilizzazioni materiali immobiliari. D'altro canto, aumentano le percentuali per gli impianti informatici e medico-tecnici. Le percentuali cambiano soprattutto perché il totale degli investimenti in immobilizzazioni materiali immobiliari diminuisce. Gli altri importi totali rimangono stabili. Come detto, tuttavia, con un orizzonte temporale così lungo i risultati sono soggetti a incertezze.

Il rapporto di INFRAS mostra che gli ospedali considerano il finanziamento degli investimenti estremamente difficile. Molti ospedali non sono in grado di accantonare sufficienti profitti dalla loro attività per poter finanziare autonomamente soprattutto gli investimenti di grande entità, che tuttavia, a causa dei cicli di investimento negli edifici e negli impianti, in alcuni ospedali saranno necessari nei prossimi anni. Negli ultimi cinque anni, circa la metà dei Cantoni ha sostenuto ospedali che hanno affrontato grandi investimenti, per esempio fornendo garanzie per la richiesta di crediti o mettendo a disposi-

---

<sup>1</sup> Denominazione secondo la tipologia degli ospedali dell'UST, Neuchâtel, novembre 2006.

<sup>2</sup> Lo studio si basava sull'ultimo reddito pubblicato per il 2022.

<sup>3</sup> Il valore esatto non è stato indicato nel rapporto per motivi di protezione dei dati.

zione liquidità. Su 67 ospedali, 19 hanno potuto beneficiare di tale sostegno. Le valutazioni degli investimenti per tipo di ospedale non forniscono risultati significativi a causa delle differenze nei tassi di risposta dei diversi tipi di ospedale.

### 2.2.2 Confronto con gli investimenti precedenti

Se si estende la sequenza temporale anche al passato, per i 35 ospedali che hanno fornito dati per il periodo 2014 – 2044 si nota che nei prossimi cinque anni (2025 – 2029) saranno effettuati gli investimenti più consistenti. Ciò è dovuto principalmente alle immobilizzazioni materiali immobiliari e agli impianti informatici. Fino ad allora, il volume degli investimenti sarà in costante aumento. Successivamente, il volume subirà una certa flessione, prima di tornare a crescere nel periodo 2035 – 2039 a causa degli investimenti in immobilizzazioni materiali immobiliari e in impianti. Mentre la percentuale degli investimenti nelle infrastrutture edilizie, dopo un volume di investimenti elevato nel periodo 2025 – 2029 (che tuttavia è fortemente influenzato da un grande ospedale) diminuirà, quella degli investimenti in impianti informatici aumenterà. Tuttavia, a causa del numero esiguo di ospedali nel campione fino al 2044, combinato con l'orizzonte temporale lungo e la conseguente crescente imprecisione delle previsioni, l'affidabilità dei risultati di questo sondaggio è limitata.

### 2.2.3 Sovracapacità e sottocapacità, investimenti eccessivi o insufficienti

Per verificare l'esistenza di sovracapacità o sottocapacità sono noti solo pochi indicatori, peraltro poco affidabili. Sulla base dei colloqui con gli esperti, sono stati presi come parametri di riferimento i tempi di attesa per esami o trattamenti con apparecchiature mediche di grandi dimensioni (TC, MRI, dispositivi per angiografia, litotritori, PET, acceleratori lineari e gamma camera). Tempi di attesa brevi o inesistenti indicano sovracapacità, mentre tempi di attesa lunghi indicano sottocapacità. Questo approccio sembra plausibile per ottenere indicazioni su sovracapacità o sottocapacità, anche se naturalmente solo una parte degli investimenti è destinata a tali apparecchiature. Lo studio non può quindi fornire un quadro completo.

La maggior parte delle apparecchiature di grandi dimensioni esaminate (59) ha una durata di funzionamento lunga, pari ad almeno 40 ore settimanali. 32 apparecchiature sono in funzione per meno di 40 ore alla settimana. In caso di durata di funzionamento ridotta, si tende a ipotizzare una sovracapacità, poiché per ragioni economiche un'azienda dovrebbe sfruttare al massimo le proprie apparecchiature per generare margini di contribuzione e ammortizzare così l'investimento. Se si tiene conto dei tempi di attesa, 16 dei 59 apparecchi con una durata di funzionamento lunga presentano un tempo di attesa relativamente lungo, superiore a 5 giorni, dalla richiesta all'esame o al trattamento. Una durata di funzionamento lunga associata a un tempo di attesa lungo tende a indicare una sottocapacità, poiché la domanda non può essere pienamente soddisfatta nonostante l'apparecchiatura sia ben utilizzata. Nel complesso, lo studio giunge quindi alla conclusione che le sovracapacità sono piuttosto rare per le apparecchiature mediche esaminate<sup>4</sup>. Poiché le apparecchiature esaminate costituiscono solo

---

<sup>4</sup> La «Valutazione di meccanismi volti a un impiego appropriato dell'imaging» del Controllo federale delle finanze (CDF) del 31 gennaio 2025 giunge alla conclusione che la Svizzera ha la più alta densità di apparecchiature per TC e MRI in Europa e rileva un tasso di occupazione medio approssimativo del 50 % per le TC e del 70 % per le MRI (con una durata di funzionamento di otto ore al giorno). Gli studi non sono direttamente comparabili, tra l'altro a causa delle seguenti differenze:

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

una piccola parte dell'insieme degli impianti degli ospedali, lo studio non consente di trarre conclusioni generali sul grado di utilizzo della capacità degli ospedali.

Rispondere alla domanda relativa agli investimenti eccessivi o insufficienti risulta difficile. Durante i colloqui con gli esperti, come possibili indicatori di investimenti eccessivi sono stati citati i progetti edilizi troppo generosi. Le crescenti esigenze dei pazienti hanno generato ulteriori investimenti nelle infrastrutture e nei servizi alberghieri, poiché gli ospedali cercavano di superarsi a vicenda. Un altro indicatore potrebbe essere rappresentato dalle rettifiche di valore sulle infrastrutture sottoutilizzate. Secondo gli esperti, un possibile indicatore di investimenti insufficienti potrebbe essere l'utilizzo di apparecchiature oltre la durata di ammortamento. Altri esperti hanno citato il calo del numero di casi in un mercato in crescita e le difficoltà nel reclutamento di personale come possibili indicatori di investimenti insufficienti. Tuttavia, questi segnali potrebbero essere influenzati principalmente da altri fattori, come la gestione o le condizioni di lavoro dei singoli ospedali. Tutti gli indicatori citati non consentono tuttavia di trarre conclusioni chiare e dirette sulle attività di investimento. Lo studio non ha quindi potuto effettuare valutazioni sulla questione degli investimenti eccessivi o insufficienti.

### 2.2.4 Pianificazione del fabbisogno di investimenti ospedalieri

Considerato il rischio di effettuare investimenti eccessivi, gli esperti sottolineano l'importanza di pianificare il fabbisogno di investimenti. Solo una pianificazione preventiva del fabbisogno consente di effettuare investimenti mirati e adeguati. La maggior parte degli ospedali dichiara di elaborare una propria pianificazione del fabbisogno sulla base dell'andamento demografico e dell'evoluzione dei numeri di casi e delle durate delle degenze. Tengono conto anche della pianificazione cantonale del fabbisogno di investimenti ospedalieri, se ne esiste una<sup>5</sup>. Nel complesso, i Cantoni o altre autorità politiche sembrano influire solo di rado direttamente su decisioni relative a investimenti di grande entità. Per 27 investimenti di grande entità su 181 è stato indicato che l'investimento è stato deciso da un'autorità politica. Di norma, gli ospedali decidono in modo autonomo in merito ai propri investimenti, ma si orientano in base all'offerta di prestazioni secondo la pianificazione ospedaliera cantonale o in base ai mandati di prestazioni cantonali.

### 2.2.5 Ripercussioni sull'AOMS

Gli investimenti possono avere ripercussioni sia positive che negative sui costi a carico dell'AOMS. Se gli investimenti creano capacità di trattamento supplementari, in linea di massima sono da attendersi costi aggiuntivi. Nel caso di investimenti di sostituzione si prevede un effetto neutro. Gli investimenti in immobilizzazioni materiali immobiliari o impianti servono spesso a sostituire o ampliare le capacità.

	Infras	CDF
Apparecchiature esaminate	Angiografia, litotritore, acceleratore lineare, gamma camera, PET, TC, MRI	Apparecchi MRI e TC
Campione	Ospedali partecipanti	Tutti gli ospedali e gli studi medici in Svizzera
Metodo	Rapporto tra durata di funzionamento e tempo d'attesa per apparecchio	Tasso di occupazione in base al numero di apparecchi e del numero di esami in Svizzera

<sup>5</sup> La pianificazione del fabbisogno di investimenti qui menzionata non deve essere confusa con la pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero secondo l'articolo 39 capoverso 1 lettera d LAMal o con la pianificazione del fabbisogno secondo l'articolo 58b OAMal.

## **Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale**

Se invece gli investimenti migliorano o rendono più efficienti i processi terapeutici o ospedalieri si prevede un risparmio sui costi, poiché l'ospedale può fornire le stesse prestazioni con un minore impiego di risorse. A tal fine vengono effettuati soprattutto investimenti in impianti informatici. Tuttavia, il risparmio sui costi a favore dell'AOMS risulta solitamente evidente solo sul lungo termine.

Considerando complessivamente 177 investimenti di grande entità, gli ospedali intervistati tendono a prevedere un leggero aumento dei costi per l'AOMS. Allo stesso tempo, le persone intervistate ritengono che l'andamento dei costi sanitari sarà influenzato in misura maggiore da altri fattori, quali remunerazione, strutture tariffali, incentivi controproducenti e ambulatorializzazione, piuttosto che dagli investimenti degli ospedali.

### **2.3 Prospettiva cantonale e possibilità di intervento**

#### **2.3.1 Informazione**

Solo due Cantoni, piuttosto piccoli, hanno dichiarato nell'ambito del sondaggio dell'UFSP di essere pienamente informati sulle attività di investimento dei propri ospedali. La maggior parte dei Cantoni è a conoscenza degli investimenti solo di una parte degli ospedali, in particolare di quelli di cui sono proprietari o comproprietari. In alcuni casi, tuttavia, anche altri ospedali sono tenuti a comunicare al Cantone le loro attività di investimento. Nella maggior parte dei casi, lo scambio di informazioni avviene regolarmente in un contesto istituzionalizzato. Sulla base di queste informazioni, una buona metà dei Cantoni ritiene di essere in grado di valutare, almeno in parte, l'appropriatezza degli investimenti. Cinque Cantoni hanno dichiarato che, sulla base di questa valutazione, sono stati infine riscontrati investimenti eccessivi o insufficienti.

#### **2.3.2 Mezzi / strumenti**

Dieci Cantoni hanno dichiarato, nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, di disporre di competenze legali o altri strumenti per controllare o indirizzare gli investimenti degli ospedali che figurano nell'elenco cantonale. Alcuni altri Cantoni, che hanno risposto negativamente a questa domanda, possono tuttavia influenzare l'attività di investimento degli ospedali di cui sono (com)proprietari. Sono stati citati i seguenti strumenti:

- autorizzazione / obbligo di consultazione per la pianificazione degli investimenti e la strategia immobiliare;
- obbligo di consultazione in caso di investimenti di grande entità;
- direttive per la pianificazione e il finanziamento delle strutture sanitarie;
- strategia del Cantone in quanto proprietario;
- accordi di prestazioni;
- direttive / commissioni per l'acquisto di grandi apparecchiature medico-tecniche.

#### **2.3.3 Finanziamento**

Nel settore stazionario, le prestazioni fornite vengono generalmente remunerate con importi forfettari per caso. Questi importi forfettari sono determinati prendendo come riferimento gli ospedali che forniscono la prestazione nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso. Negli importi forfettari sono inclusi anche gli investimenti e i costi d'utilizzazione delle immobilizzazioni. La definizione dei gruppi di casi e l'ammontare dei cost-weight sono uniformi in tutta la Svizzera e insieme costituiscono

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

la struttura tariffale del sistema di remunerazione. L'elaborazione e l'aggiornamento annuale della struttura tariffale a livello nazionale è uno dei compiti principali della SwissDRG AG, un'organizzazione comune dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e dei Cantoni. I partner tariffali devono sottoporre la struttura tariffale all'approvazione del Consiglio federale.

Secondo l'articolo 49 capoverso 3 LAMal, le partecipazioni ai costi delle prestazioni economicamente di interesse generale (PEIG) non possono essere incluse negli importi forfettari; come esempi l'articolo cita il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale nonché la ricerca e l'insegnamento universitario. Queste attività devono quindi essere finanziate separatamente. La competenza della Confederazione in materia di regolamentazione dei sussidi cantionali ai fornitori di prestazioni stazionarie si limita alla creazione delle basi giuridiche per l'esclusione dei costi causati dalle PEIG e quindi i presupposti per il rimborso uniforme dei costi efficienti delle prestazioni secondo la LAMal. I Cantoni e gli enti ospedalieri sono liberi di decidere quali sovvenzioni concedere. Di conseguenza, tali sovvenzioni – se riportate in modo trasparente e non incluse nelle tariffe secondo la LAMal – non sono contrarie né alla Costituzione né alla LAMal.

Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, 9 Cantoni hanno dichiarato di non sostenere gli ospedali nel finanziamento degli investimenti. 15 Cantoni prevedono possibilità di sostegno in tal senso, nella maggior parte dei casi sotto forma di liquidità tramite prestiti o capitale proprio oppure con la concessione di garanzie per la richiesta di crediti. In passato 12 Cantoni hanno fatto ricorso a queste possibilità e hanno sostenuto gli ospedali nelle loro attività di investimento.

Secondo uno studio di Ecoplan, la ricerca e l'insegnamento universitario costituiscono di gran lunga la componente più importante delle attività di finanziamento cantionali nel periodo di riferimento 2015 – 2016, in particolare per i Cantoni con ospedali universitari. Altre importanti componenti di spesa sono il perfezionamento medico e farmaceutico, le prestazioni ambulatoriali, nonché i servizi di emergenza e soccorso. Suddivisi per enti gestori, gli ospedali pubblici riceverebbero i contributi cantionali più elevati; inoltre, il gruppo degli ospedali con più di 250 posti letto riceverebbe contributi finanziari cantionali nettamente superiori rispetto agli ospedali più piccoli. Ciò sarebbe da ricondursi in primo luogo all'importanza dei contributi per la ricerca e l'insegnamento universitario, che vengono versati principalmente ai grandi ospedali universitari. Inoltre, nel periodo considerato le attività di finanziamento cantionali relative alle coperture di deficit e ai costi d'utilizzazione delle immobilizzazioni avrebbero avuto poco peso (Ecoplan 2019: 8). Questi risultati devono tuttavia essere considerati con cautela, poiché il tasso di risposta al sondaggio condotto presso gli ospedali e i Cantoni nell'ambito dello studio citato era stato in parte piuttosto basso. Inoltre, il periodo di riferimento di questo studio (2015 – 2016) risale già a qualche tempo fa.

### 2.4 Conclusioni e necessità di intervento

La significatività dei lavori preparatori commissionati dall'UFSP per rispondere al postulato 17.4160 Carobbio Guscetti, ovvero lo studio dell'Obsan sulla KS e il sondaggio presso gli ospedali svizzeri, è limitata, in particolare a causa dell'incompletezza dei dati e del basso tasso di risposta. Le conclusioni qui di seguito devono quindi essere valutate con cautela.

L'analisi degli investimenti passati mostra che gli ospedali seguono cicli di investimenti. Ne emerge inoltre che negli ultimi decenni la struttura degli investimenti si è evoluta: la quota degli investimenti medico-tecnici e informatici è infatti aumentata notevolmente. Sebbene gli investimenti degli ospedali varino a seconda della loro dimensione e categoria, la ripartizione degli investimenti varia poco a seconda della categoria di ospedale (ospedali universitari, presa in carico centralizzata [livello 2], cure di

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

base, cliniche psichiatriche, cliniche di riabilitazione e altre cliniche specializzate). Nel periodo 2012 – 2022, gli investimenti immobiliari rappresentano il 65 % degli investimenti, quelli in immobilizzazioni medico-tecniche circa il 20 %, gli investimenti in mobili il 5 % e quelli nell'informatica l'8 %.

Questa tendenza generale è confermata anche per gli investimenti previsti in futuro. La metà circa degli investimenti previsti fino al 2029 sarà infatti destinata a immobilizzazioni materiali immobiliari, in particolare edifici. Strettamente legati agli edifici sono gli impianti (come ventilazione, riscaldamento, rete elettrica ecc.) ai quali sarà destinato il 14 % circa degli investimenti. Un altro 14 % circa delle somme indicate sarà investito in impianti medico-tecnici e informatici.

Per lo studio svolto presso gli ospedali al fine di verificare l'esistenza di sovracapacità o sottocapacità sono noti solo pochi indicatori, peraltro poco affidabili. Nel complesso, lo studio giunge alla conclusione che sono piuttosto rare le sovracapacità per le apparecchiature mediche di grandi dimensioni. Rispondere anche alla domanda relativa agli investimenti eccessivi o insufficienti risulta difficile. Gli indicatori citati nei colloqui con gli esperti non permettono di trarre conclusioni dirette sulle attività di investimento. Nel complesso, tuttavia, non sono emersi risultati indicanti sovracapacità o investimenti eccessivi significativi. Questa constatazione va distinta dalla densità generalmente elevata di determinate apparecchiature medico-tecniche, per esempio per la MRI o la TC. Tale densità non è però influenzata solo dagli ospedali ma anche dall'offerta degli studi medici e dei centri ambulatoriali che utilizzano anch'essi tali apparecchiature (cfr. punto 2.2.3)

A questo punto è opportuno ricordare che le prestazioni fornite dagli ospedali nel settore stazionario sono generalmente remunerate con importi forfettari per caso. Gli investimenti e i costi d'utilizzazione delle immobilizzazioni sono inclusi negli importi forfettari o sono compensati dalle tariffe remunerate. Questi importi forfettari sono determinati prendendo come riferimento gli ospedali che forniscono la prestazione nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso (cfr. anche il punto 4.3). A tal fine, nel settore stazionario i costi standard per caso degli ospedali vengono confrontati tra loro mediante benchmarking. Gli ospedali con sovracapacità possono sfruttare solo in misura limitata i propri impianti. I costi d'utilizzazione delle immobilizzazioni possono quindi essere ripartiti su un numero minore di casi, il che aumenta i costi standard per caso. Il valore di benchmark, che costituisce la base per la definizione delle tariffe, è determinato dagli ospedali che utilizzano gli impianti in modo ottimale e quindi hanno costi standard per caso più bassi. Applicando queste tariffe, l'ospedale con sovracapacità non è in grado di coprire i propri costi. Lo stesso incentivo vale anche per le tariffe ambulatoriali, che comprendono anch'esse gli investimenti e i costi d'utilizzazione delle immobilizzazioni. Nelle strutture tariffali ambulatoriali, per gli impianti vengono generalmente considerate durate di esercizio economiche. Solo gli ospedali che raggiungono queste durate di esercizio grazie a un utilizzo sufficiente dei propri impianti possono coprire i costi con le tariffe ambulatoriali. Gli ospedali con sovracapacità che non utilizzano i propri impianti per il tempo previsto dalla struttura tariffale non sono in grado di coprire i propri costi.

In linea di principio, un ospedale può quindi coprire i propri costi o ammortizzare i propri investimenti solo se è anche in grado di fornire davvero le prestazioni che ne derivano in modo economicamente redditizio. Nell'ambito della LAMal, gli ospedali non hanno quindi alcun incentivo a effettuare investimenti eccessivi. Quanto esposto da molti ospedali dà l'impressione che, data la loro situazione finanziaria, sia già di per sé difficile effettuare gli investimenti di sostituzione necessari. Di conseguenza, il rischio di investimenti eccessivi sembra attualmente essere basso.

I Cantoni e gli enti ospedalieri sono tuttavia sostanzialmente liberi di decidere se e quali sovvenzioni concedere. Tali sovvenzioni – se riportate in modo trasparente e non incluse nelle tariffe secondo la LAMal – non sono contrarie né alla Costituzione né alla LAMal. Secondo le dichiarazioni dei Cantoni

## **Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale**

fatte nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, 15 Cantoni prevedono possibilità di sostegno in tal senso; in passato 12 Cantoni vi hanno fatto ricorso e hanno sostenuto gli ospedali nelle loro attività di investimento. Come illustrato anche più sotto al punto 4, il Consiglio federale non ritiene necessario intervenire per quanto riguarda le possibilità di finanziamento da parte dei Cantoni. Si può presumere in particolare che nemmeno i Cantoni abbiano interesse a sostenere progetti di investimento sovradimensionati. Nel presente capitolo sono stati esaminati gli investimenti e l'eventuale offerta eccedentaria che ne deriva dal punto di vista degli ospedali. Qui occorre tuttavia ricordare anche la prospettiva dei Cantoni. I Cantoni dispongono infatti di strumenti in parte efficaci per identificare eventuali offerte inappropriate e porvi rimedio (cfr. punto 3.5). Il Consiglio federale ritiene che in questo ambito sia necessario intervenire; pertanto in questa sede si rimanda alle raccomandazioni di cui al punto 3.6.5.



### 3 Punti essenziali della pianificazione ospedaliera cantonale

In risposta al postulato 19.3423 CSSS-N, qui di seguito vengono esaminati in modo approfondito i modelli e i processi utilizzati nell'ambito della pianificazione ospedaliera cantonale. Innanzitutto vengono rammentate le basi legali rilevanti e le raccomandazioni della CDS in questo settore (punto 3.1). Successivamente sono illustrate in dettaglio le singole fasi della pianificazione ospedaliera, ovvero la determinazione del fabbisogno (punto 3.2), la successiva valutazione e selezione dell'offerta tenendo conto dei criteri di copertura del fabbisogno, qualità, economicità e accesso alle cure entro un termine utile (punto 3.3), il tutto nel rispetto di determinate direttive procedurali (punto 3.4). Data la sua rilevanza nel dibattito pubblico, la questione dell'offerta insufficiente o eccedentaria, aspetto importante della pianificazione ospedaliera, è trattata separatamente al punto 3.5. Sulla base di questa analisi, vengono infine presentate le conclusioni principali e vengono identificate le eventuali necessità di intervento in questo settore (punto 3.6).

#### 3.1 Direttive generali e raccomandazioni

##### 3.1.1 Criteri di pianificazione del Consiglio federale

Secondo il diritto federale, i Cantoni sono tenuti a garantire alla popolazione cantonale la copertura del fabbisogno ospedaliero e a emanare un elenco degli ospedali classificante le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati (art. 39 cpv. 1 lett. d ed e LAMal). Con la revisione del finanziamento ospedaliero, il Consiglio federale è stato incaricato di emanare criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità (art. 39 cpv. 2<sup>ter</sup> LAMal). Il 22 ottobre 2008, il Consiglio federale ha emanato i relativi criteri di pianificazione che consentono ai Cantoni di elaborare una pianificazione conforme alla legge. Essi sono sanciti dagli articoli 58a – 58e OAMal e sono in vigore dal 1° gennaio 2009.

Sulla base degli strumenti sviluppati nel settore della pianificazione e della recente giurisprudenza del Tribunale federale e del Tribunale amministrativo federale, i criteri di pianificazione sono stati valutati e ulteriormente sviluppati con la modifica dell'OAMal del 23 giugno 2021. In questo modo, i requisiti minimi aggiornati sono stati fissati in modo trasparente nell'OAMal. Ciò ha consentito di uniformare ulteriormente i criteri per la pianificazione ospedaliera dei Cantoni. L'obiettivo è ridurre le differenze tra i sistemi di pianificazione dei Cantoni e promuovere un impiego efficiente delle risorse. Tutti i Cantoni devono elaborare le loro pianificazioni sulla base degli strumenti e dei principi attuali, soddisfacendo così a livello nazionale i requisiti per una fornitura di prestazioni conveniente e di alta qualità, in linea con la revisione del finanziamento ospedaliero (UFSP 2021: 8). I Cantoni sono inoltre tenuti a coordinare maggiormente la loro pianificazione ospedaliera. A questo proposito, i requisiti uniformi consentono un migliore coordinamento della pianificazione tra i Cantoni.

La modifica dell'OAMal è entrata in vigore il 1° gennaio 2022. Gli elenchi degli ospedali di cure somatiche acute e delle case per partorienti devono essere conformi ai nuovi criteri di pianificazione entro il 1° gennaio 2026, mentre quelli relativi alla psichiatria e alla riabilitazione devono adeguarsi entro il 1° gennaio 2028. Secondo il sondaggio condotto dall'UFSP presso i Cantoni, la stragrande maggioranza di essi ha già potuto attuare i criteri di pianificazione ulteriormente sviluppati. I restanti Cantoni potranno attuarli nell'ambito di pianificazioni in corso o imminenti.

I singoli criteri di pianificazione sono illustrati più in dettaglio nelle seguenti spiegazioni.

### 3.1.2 Raccomandazioni della CDS

Al fine di sostenere i Cantoni nel coordinamento e nella collaborazione intercantionale nel settore della pianificazione ospedaliera, il 14 maggio 2009 la CDS ha emanato per la prima volta raccomandazioni in materia. Queste raccomandazioni mirano a promuovere una visione comune del compito cantonale di pianificazione ospedaliera e intendono quindi anche contribuire al coordinamento intercantionale della pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 capoverso 2 LAMal. A seguito della modifica dell'OAMal relativa allo sviluppo dei criteri di pianificazione e tenendo conto della giurisprudenza del Tribunale federale e del Tribunale amministrativo federale, queste raccomandazioni sono state riviste il 20 maggio 2022 (CDS 2022a). In vista di un coordinamento più vincolante e sistematico della pianificazione ospedaliera cantonale e tenendo conto della giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale e delle modifiche delle basi legali a livello federale, la CDS ha nuovamente aggiornato e integrato le sue raccomandazioni sulla pianificazione ospedaliera (disponibili in tedesco e francese) il 27 novembre 2025 (CDS 2025)<sup>6</sup>. Si tratta delle seguenti 16 raccomandazioni:

- Raccomandazione 1 sulla pianificazione ospedaliera riferita alle prestazioni
- Raccomandazione 2 sulla pianificazione ospedaliera intesa a coprire il fabbisogno
- Raccomandazione 3 sulla gamma di prestazioni
- Raccomandazione 4 sull'economicità
- Raccomandazione 5 sulla qualità
- Raccomandazione 6 sulla raggiungibilità
- Raccomandazione 7 sui numeri minimi di casi
- Raccomandazione 8 sulla gestione dei volumi
- Raccomandazione 9 sull'obbligo di ammissione
- Raccomandazione 10 sui servizi di pronto soccorso
- Raccomandazione 11 sul coordinamento intercantionale della pianificazione ospedaliera e dei flussi di pazienti
- Raccomandazione 12 sulla fornitura di dati
- Raccomandazione 13 sulle condizioni di lavoro
- Raccomandazione 14 sulle prestazioni di formazione
- Raccomandazione 15 su controlling, sorveglianza e sanzioni
- Raccomandazione 16 sulla protezione dei dati e la sicurezza dell'informazione

Secondo la giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale, le raccomandazioni della CDS non sono vincolanti per i Cantoni e non contengono un'interpretazione vincolante del diritto in materia di assicurazione malattie. Tuttavia, in assenza di disposizioni di legge federali e purché le raccomandazioni della CDS non siano in contrasto con il diritto federale, non vi è nulla da eccepire se l'autorità competente si basa su di esse (sentenza del Tribunale amministrativo federale [TAF] C-1319/2018 del

---

<sup>6</sup> [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > Gesundheitsversorgung > Spitäler > Planung > Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung

6 settembre 2019, consid. 7.4.3). Nella misura in cui non esistono disposizioni federali contrarie in materia di pianificazione ospedaliera conforme alla LAMal, le raccomandazioni della CDS possono garantire una certa uniformità a livello nazionale in quest'ambito.

Sebbene queste raccomandazioni non siano vincolanti, secondo il sondaggio dell'UFSP sono pienamente attuate dai Cantoni, con poche eccezioni. Alcune raccomandazioni hanno tuttavia una formulazione di carattere potestativo, in particolare le raccomandazioni 7 (determinazione dei numeri minimi di casi), 8 (misure di gestione dei volumi) e 13 (condizioni di lavoro). Diversi Cantoni hanno quindi deciso di non seguirle.

### 3.2 Determinazione del fabbisogno

#### 3.2.1 Basi giuridiche

Nella prima fase di pianificazione viene determinato il futuro fabbisogno di prestazioni mediche della popolazione di uno o più Cantoni che elaborano congiuntamente una pianificazione. Secondo l'articolo 58b capoverso 1 OAMal, i Cantoni determinano il fabbisogno secondo una procedura trasparente. Si basano in particolare su confronti e dati statistici fondati e considerano segnatamente i fattori d'influenza rilevanti per la previsione del fabbisogno.

Nel quadro di una pianificazione ospedaliera riferita alle prestazioni, vengono privilegiati i dati relativi alle prestazioni, come i dati relativi ai casi o alle diagnosi, mentre nel quadro di una pianificazione riferita alle capacità vengono privilegiati i dati operativi, come la durata di degenza o l'occupazione dei posti letto. L'articolo 58c OAMal stabilisce quando la pianificazione, e quindi anche la determinazione del fabbisogno, debbano essere riferite alle prestazioni o alle capacità. Nelle cure somatiche acute la pianificazione è riferita alle prestazioni (art. 58c lett. a OAMal). Per quanto riguarda la psichiatria e la riabilitazione (art. 58c lett. b OAMal), i Cantoni possono decidere se la pianificazione debba essere riferita alle prestazioni o alle capacità. Questa possibilità di scelta è dovuta al fatto che le corrispondenti strutture tariffali TARPSY e ST Reha presentano una forte componente giornaliera, motivo per cui la pianificazione nel settore psichiatrico e riabilitativo può continuare a essere riferita anche alle capacità (UFSP 2021: 15). Tuttavia, a eccezione di uno, tutti i Cantoni hanno dichiarato nell'ambito del sondaggio dell'UFSP di attuare in linea di massima una pianificazione riferita alle prestazioni in entrambi i settori.

Limitarsi a presupporre che l'offerta esistente debba essere equiparata al fabbisogno da determinare o che le tendenze attuali continueranno invariate non soddisfa i requisiti di una pianificazione intesa a coprire il fabbisogno. In questo senso, l'articolo 58b capoverso 1 OAMal precisa che per determinare il fabbisogno i Cantoni devono tenere conto dei fattori che lo influenzano. Secondo il rapporto esplicativo, essi devono verificare in che misura influisce sulle grandezze rilevanti per la determinazione del fabbisogno (determinanti del fabbisogno, p. es. tassi di ricoveri ospedalieri o in casa di cura e durata di degenza) l'evoluzione dei seguenti fattori d'influenza: demografia, epidemiologia, tecnica medica, ammontare della remunerazione per un intervento chirurgico ambulatoriale e stazionario, prassi di prescrizione e di garanzia di assunzione dei costi nell'ottica di un trattamento di riabilitazione stazionario oppure offerta di cure a domicilio. Devono anche considerare che i fattori d'influenza non possono essere predetti con precisione e devono quindi ricorrere a scenari (UFSP 2021: 14).

### 3.2.2 Sistematica di pianificazione

Le numerose prestazioni mediche devono essere classificate ai fini della pianificazione. Solo con una tale classificazione il Cantone è in grado di formulare e distribuire in modo opportuno i mandati di prestazioni e di stabilire requisiti specifici per i fornitori di prestazioni nei rispettivi settori.

#### Cure somatiche acute

Nel settore delle cure somatiche acute, la Direzione della sanità del Cantone di Zurigo, con il contributo di numerosi esperti del settore, ha elaborato un piano che prevede gruppi di prestazioni per la pianificazione ospedaliera (GPPO) e requisiti specifici per i singoli GPPO<sup>7</sup>. I GPPO sono definiti sulla base della Classificazione Svizzera degli Interventi Chirurgici (CHOP) e della classificazione internazionale delle malattie (ICD) e raggruppati in settori di prestazioni (dermatologia, neurologia, pneumologia ecc.). In questo contesto, le prestazioni mediche sono raggruppate in circa 150 GPPO. Questa attribuzione viene aggiornata ogni anno. La Direzione della sanità del Cantone di Zurigo ha inoltre sviluppato un software di raggruppamento e lo mette a disposizione di tutti gli ospedali e Cantoni interessati, dietro pagamento di una tassa di licenza. Sulla base della diagnosi ICD e dei codici chirurgici CHOP, il software Grouper assegna tutti i pazienti stazionari in modo univoco a un GPPO.

La CDS raccomanda ai dipartimenti cantonali della sanità di applicare il piano GPPO sviluppato dal Cantone di Zurigo, compresi i requisiti associati ai singoli GPPO (CDS 2025: 12; Raccomandazione 3 sulla gamma di prestazioni). Secondo questa raccomandazione, inoltre, i requisiti definiti in materia di strutture, processi e personale dei singoli GPPO dovrebbero essere attuati in modo il più possibile uniforme in tutta la Svizzera. In considerazione dei diversi presupposti cantonali e regionali per quanto riguarda l'assistenza medica, i Cantoni possono tuttavia derogare a requisiti specifici delle prestazioni.

Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, tutti i Cantoni partecipanti hanno dichiarato di utilizzare il piano GPPO Cure somatiche acute del Cantone di Zurigo raccomandato dalla CDS. Ciò costituisce una base importante per il coordinamento intercantonale. Inoltre, l'onere amministrativo per gli ospedali è alleggerito dal fatto che i mandati di prestazioni dei diversi Cantoni sono armonizzati.

#### Psichiatria

Il quadro è diverso nel settore psichiatrico, dove non è (ancora) stata realizzata un'armonizzazione così completa. Per il settore psichiatrico, 9 Cantoni hanno dichiarato nell'ambito del sondaggio dell'UFSP di utilizzare il piano GPPO Psichiatria del Cantone di Zurigo<sup>8</sup>. Circa 6 Cantoni utilizzano il cosiddetto modello bernese<sup>9</sup>. Per quanto risulta, gli altri Cantoni utilizzano modelli propri o riprendono i corrispondenti codici diagnostici ICD-10-F. Nell'ambito della suddetta raccomandazione 3, la CDS indica che deciderà se raccomandare ai Cantoni l'utilizzo di gruppi di prestazioni basati su criteri medici anche ai fini della pianificazione psichiatrica non appena ve ne saranno di disponibili.

#### Riabilitazione

Anche nel settore della riabilitazione, negli ultimi anni sono state gettate le basi per una certa armonizzazione e per il coordinamento della pianificazione cantonale. L'assemblea plenaria della CDS del 24 novembre 2022 ha approvato tre raccomandazioni a tal fine. La prima raccomandazione, relativa a

---

<sup>7</sup> [www.zh.ch](http://www.zh.ch) > Gesundheit > Spitler und Kliniken > SPLG & Grouper-Software

<sup>8</sup> [www.zh.ch](http://www.zh.ch) > Gesundheit > Spitler und Kliniken > SPLG & Grouper-Software

<sup>9</sup> [www.zh.ch](http://www.zh.ch) > Themen > Gesundheit > Gesundheitsversorger > Spitler, Psychiatrie und Rehabilitation > Spitallisten > Spitalliste Psychiatrie > Grundlagendokumente Spitalliste Psychiatrie

un modo di intendere la «riabilitazione» comune ai Cantoni, mira a creare una base uniforme su cui i Cantoni possano basarsi per la pianificazione e l'attribuzione dei mandati di prestazioni in questo settore (CDS 2022b). Non essendoci stata finora una definizione di riabilitazione nel diritto federale, il modo di intenderla variava da un Cantone all'altro e anche i requisiti per i fornitori di prestazioni e i mandati di prestazioni in questo settore non erano uguali in tutti i Cantoni. La seconda raccomandazione, relativa al modello di sistematica di pianificazione nell'ambito riabilitativo e alla definizione dei settori di riabilitazione, definisce settori di riabilitazione uniformi (CDS 2022c). Sulla base dei settori di riabilitazione del modello, in un'ulteriore raccomandazione vengono poi definiti i requisiti di qualità. In questo modo vengono uniformati i requisiti per le cliniche e i reparti di riabilitazione, nonché i mandati di prestazioni in questo settore (CDS 2022d).

Secondo le informazioni fornite dai Cantoni nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, nella maggior parte dei casi queste tre raccomandazioni sono già attuate o lo saranno con la prossima pianificazione nel settore della riabilitazione. 18 Cantoni dichiarano di applicare il modello di sistematica di pianificazione per la riabilitazione e la definizione dei settori di riabilitazione della CDS. In questo contesto vengono tuttavia applicate sistematiche diverse per i gruppi di prestazioni, che corrispondono però in gran parte alle raccomandazioni della CDS per il settore. Anche in questo caso, diversi Cantoni si basano sulla sistematica per gruppi di prestazioni elaborata dal Cantone di Zurigo.

La CDS indica sul suo sito web che, come prossima tappa, è prevista l'elaborazione di una raccomandazione relativa all'operationalizzazione: in questo modo i settori di riabilitazione del modello di sistematica di pianificazione saranno definiti in modo chiaro e legato alle prestazioni, ovvero tramite sistemi di classificazione medica generalmente riconosciuti (p. es. CHOP e ICD)<sup>10</sup>.

### 3.2.3 Punti essenziali dei modelli di previsione utilizzati

Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, circa la metà dei Cantoni (12) dichiara di utilizzare attualmente il modello di previsione dell'Obsan per determinare il fabbisogno nella propria pianificazione ospedaliera. L'altra metà (12 Cantoni) utilizza un altro modello di previsione, prevalentemente quello della Direzione della sanità del Cantone di Zurigo (GDZH) (8 Cantoni). La metodologia del modello di previsione del Cantone di Zurigo è in molti punti uguale o simile a quella dell'Obsan. Vi sono differenze, per esempio, nel trattamento dei GPPO con un basso numero di casi o nella stima dell'evoluzione della durata di degenza.

L'Obsan è un'istituzione sostenuta dalla Confederazione e dai Cantoni. Analizza le informazioni sanitarie disponibili in Svizzera e sostiene l'attività di pianificazione, i processi decisionali e l'azione della Confederazione, dei Cantoni e di altre istituzioni della sanità pubblica. In vista dell'introduzione del finanziamento ospedaliero nel 2012, l'Obsan aveva elaborato, in collaborazione con Statistique Vaud, un modello per la previsione del fabbisogno nel settore stazionario (Weaver/Cerboni/Oettli/Andenmaten/Widmer 2009) che è stato ulteriormente sviluppato negli anni successivi. Sulla base di questo modello di previsione, l'Obsan elabora per i Cantoni interessati rapporti sull'assistenza sanitaria che servono come base per la pianificazione ospedaliera cantonale nei settori delle cure somatiche acute, della psichiatria e della riabilitazione. Tali rapporti includono un'analisi del fabbisogno dell'attuale assistenza sanitaria stazionaria nel Cantone in questione e una previsione del fabbisogno. La seguente rappresentazione schematica del modello di previsione dell'Obsan, compresi la base di dati e i fattori

---

<sup>10</sup> [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > Gesundheitsversorgung > Rehabilitation

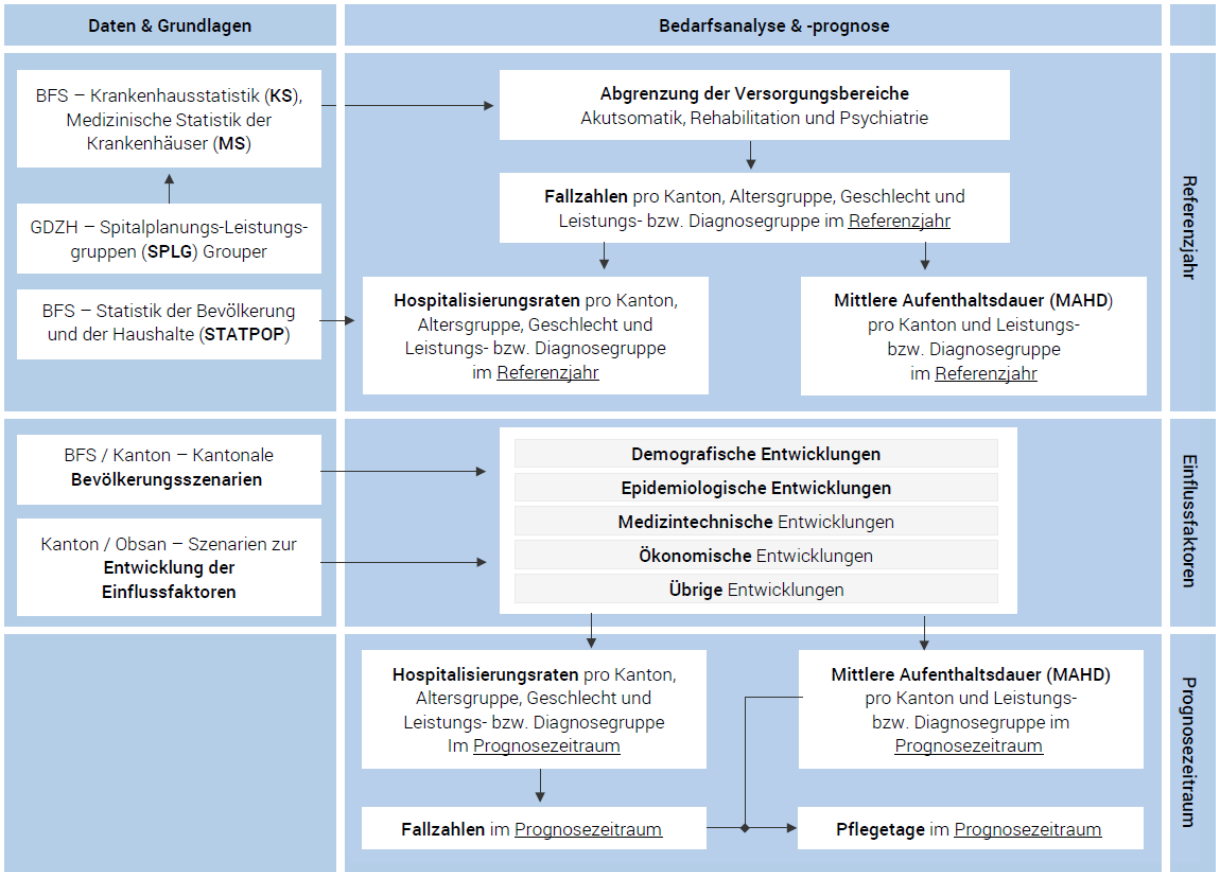
Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

d'influenza, si basa sul rapporto del 2024 sull'assistenza sanitaria del Cantone di Lucerna elaborato dall'Obsan (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024)<sup>11</sup>.

Rappresentazione schematica

La seguente figura 1 illustra schematicamente il modello di previsione dell'Obsan. Per illustrare le analogie tra i due modelli, di seguito è riportata anche una rappresentazione schematica del modello di previsione del Cantone di Zurigo (figura 2).

Figura 1: Modello Obsan per la previsione del fabbisogno<sup>12</sup>



Fonte: Obsan 2024 (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 18)

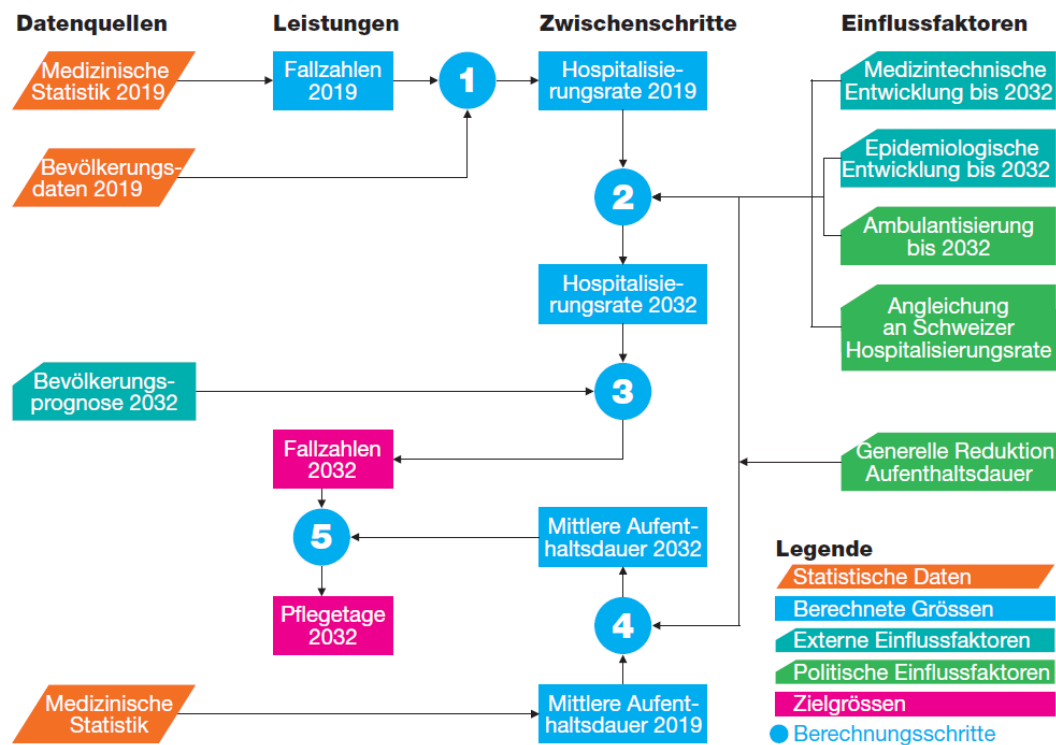
<sup>11</sup> Altri rapporti sull'assistenza sanitaria (in tedesco) sono disponibili su [www.obsan.admin.ch](http://www.obsan.admin.ch) > Pubblicazioni. La versione francese del presente rapporto si basa, ad esempio, sul rapporto sull'assistenza sanitaria del Cantone di Friburgo elaborato dall'Obsan (Füglister-Dousse/Merçay, 2023).

<sup>12</sup> Traduzione libera:

Daten & Grundlagen	Dati e basi
Bedarfsanalyse & -prognose	Analisi e previsione del fabbisogno
Referenzjahr	Anno di riferimento
Einflussfaktoren	Fattori d'influenza
Prognosezeitraum	Periodo di previsione
BFS – Krankenhausstatistik (KS), Medizinische Statistik der Krankenhäuser (MS)	UST – Statistica ospedaliera (KS), statistica medica ospedaliera (SM)
Abgrenzung der Versorgungsbereiche	Distinzione dei settori di cura
Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie	Cure somatiche acute, psichiatria e riabilitazione

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Figura 2: Modello zurighese di previsione del fabbisogno nel settore delle cure somatiche acute



Fonte: GDZH (GDZH 2021: 41)

GDZH – Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG) Grupper	GDZH – Grouper per i gruppi di prestazioni per la pianificazione ospedaliera (GPPO)
<b>Fallzahlen</b> pro Kanton, Altersgruppe, Geschlecht und Leistungs- bzw. Diagnosegruppe im Referenzjahr	<b>Numeri di casi</b> per Cantone, fascia d'età, sesso e gruppo di prestazioni o di diagnosi nell'anno di riferimento
BFS – Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (STATPOP)	UST – Statistica della popolazione e delle economie domestiche (STATPOP)
<b>Hospitalisierungsraten</b> pro Kanton, Altersgruppe, Geschlecht und Leistungs- bzw. Diagnosegruppe im Referenzjahr	<b>Tassi di ospedalizzazione</b> per Cantone, fascia d'età, sesso e gruppo di prestazioni o di diagnosi nell'anno di riferimento
<b>Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)</b> pro Kanton und Leistungs- bzw. Diagnosegruppe im Referenzjahr	<b>Durata di degenza media</b> per Cantone e gruppo di prestazioni o di diagnosi nell'anno di riferimento
BFS / Kanton – Kantonale <b>Bevölkerungsszenarien</b>	UST / Cantone – <b>Scenari demografici</b> cantonali
Kanton / Obsan – Szenarien zur <b>Entwicklung der Einflussfaktoren</b>	Cantone / Obsan – Scenari relativi all' <b>evoluzione dei fattori d'influenza</b>
<b>Demografische Entwicklungen</b>	<b>Sviluppi demografici</b>
<b>Epidemiologische Entwicklungen</b>	<b>Sviluppi epidemiologici</b>
<b>Medizintechnische Entwicklungen</b>	<b>Sviluppi medico-tecnici</b>
<b>Ökonomische Entwicklungen</b>	<b>Sviluppi economici</b>
<b>Übrige Entwicklungen</b>	<b>Altri sviluppi</b>
<b>Hospitalisierungsraten</b> pro Kanton, Altersgruppe, Geschlecht und Leistungs- bzw. Diagnosegruppe im Prognosezeitraum	<b>Tassi di ospedalizzazione</b> per Cantone, fascia d'età, sesso e gruppo di prestazioni o di diagnosi nel <u>periodo di previsione</u>
<b>Mittlere Aufenthaltsdauer (MAHD)</b> pro Kanton und Leistungs- bzw. Diagnosegruppe im Prognosezeitraum	<b>Durata di degenza media</b> per Cantone e gruppo di prestazioni o di diagnosi nel <u>periodo di previsione</u>
<b>Fallzahlen</b> im Prognosezeitraum	<b>Numeri di casi</b> nel periodo di previsione
<b>Pflegetage</b> im Prognosezeitraum	<b>Giornate di cura</b> nel periodo di previsione

### Basi di dati

Nel modello di previsione dell'Obsan, le seguenti basi di dati sono fondamentali per l'analisi della situazione attuale dell'offerta nell'anno di riferimento (stato attuale) (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 13):

- Statistica medica ospedaliera (SM)<sup>13</sup> dell'UST: la SM censisce ogni anno i dati delle ospedalizzazioni effettuate in Svizzera. Questa rilevazione viene effettuata da ogni ospedale. Vengono raccolte le informazioni sociodemografiche dei pazienti, quali l'età, il sesso e la regione di domicilio, i dati amministrativi come il tipo di assicurazione e il luogo di soggiorno prima dell'ammissione, nonché le informazioni mediche costituite da diagnosi e trattamenti.
- Statistica ospedaliera (KS)<sup>14</sup> dell'UST: la KS serve principalmente a descrivere le infrastrutture e le attività degli ospedali e delle case per partorienti in Svizzera. Ogni anno gli stabilimenti sono tenuti a fornire dati, in particolare sulle prestazioni ambulatoriali e stazionarie, sul personale e sui conti di gestione. In combinazione con la SM, questi dati consentono di attribuire i ricoveri ospedalieri ai singoli ospedali e di distinguere tra i settori delle cure somatiche acute, della psichiatria e della riabilitazione.
- Statistica della popolazione e delle economie domestiche (STATPOP)<sup>15</sup> dell'UST: la STATPOP fa parte del sistema di censimento della popolazione federale. Fornisce le informazioni sull'effettivo e sulla struttura della popolazione residente alla fine dell'anno nonché sui movimenti della popolazione durante l'anno in corso. Sulla base di questi dati è possibile calcolare i tassi di ospedalizzazione standardizzati nell'ambito dell'analisi della situazione attuale e i tassi per fascia d'età e gruppo di prestazioni come base per le previsioni del fabbisogno.

### Fattori d'influenza

Sulla base della situazione attuale, per la previsione del fabbisogno nel periodo di previsione vengono presi in considerazione i seguenti fattori d'influenza:

- Sviluppi demografici (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 18): in questo contesto le basi di dati centrali sono costituite di regola dagli scenari demografici cantonali dell'UST<sup>16</sup>. L'UST calcola tre diversi scenari sulla base di ipotesi relative all'andamento futuro della natalità, della mortalità, dei movimenti migratori e dell'acquisizione della cittadinanza svizzera. Lo scenario di riferimento illustra la continuazione dell'evoluzione osservata nel corso degli ultimi decenni. Lo scenario «alto» combina le ipotesi che favoriscono la crescita demografica. Lo scenario «basso» parte da ipotesi meno favorevoli a tale crescita. Se necessario e in base alla disponibilità, vengono utilizzate in alternativa previsioni demografiche del Cantone in questione.
- Sviluppi epidemiologici (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 21): tra questi figurano gli sviluppi che porteranno in futuro a un cambiamento nel fabbisogno di determinati trattamenti o interventi (p. es. l'evoluzione della percentuale di fumatori). A questo proposito l'Obsan, basandosi sui lavori della GDZH (cfr. GDZH 2021: 47), giunge alla conclusione che la quantificazione degli effetti degli sviluppi epidemiologici è estremamente difficile e che anche nella letteratura specialistica vi sono poche evidenze empiriche a sostegno di tali previsioni. Inoltre, molti quadri clinici e fattori di

---

<sup>13</sup> [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Statistiche > Salute > Rilevazioni > Statistica medica ospedaliera

<sup>14</sup> [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Statistiche > Salute > Rilevazioni > Statistica ospedaliera

<sup>15</sup> [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Statistiche > Popolazione > Rilevazioni > Statistica della popolazione e delle economie domestiche

<sup>16</sup> [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) > Statistiche > Popolazione > Evoluzione futura > Scenari per i Cantoni



rischio dipendono dall'età e dal sesso, motivo per cui esiste una stretta interrelazione tra epidemiologia e demografia. Grazie agli scenari demografici, gli effetti degli sviluppi epidemiologici sono quindi già inclusi in misura significativa nelle previsioni sul futuro fabbisogno di prestazioni. Per questo motivo, di regola l'Obsan rinuncia a integrare nel modello ulteriori sviluppi epidemiologici. Tuttavia, se il Cantone committente dispone di basi quantificabili per includere determinati sviluppi epidemiologici, questi possono essere rappresentati nel modello di previsione dell'Obsan.

- **Sviluppi medico-tecnici** (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 21-22): per sviluppi medico-tecnici si intendono l'introduzione e la diffusione di nuove tecnologie per la diagnostica, la terapia o la prevenzione. Nuovi metodi diagnostici e terapeutici possono aumentare o diminuire i numeri di casi e/o determinare un trasferimento dal settore stazionario a quello ambulatoriale. Nel modello dell'Obsan, gli effetti di trasferimento dovuti agli sviluppi medico-tecnici sono integrati nella previsione con riferimento all'introduzione di elenchi di interventi da eseguire in regime ambulatoriale (si veda la sezione seguente sugli sviluppi economici). A complemento degli effetti di trasferimento, il modello di previsione dell'Obsan consente l'integrazione di altri sviluppi medico-tecnici. Ciò presuppone tuttavia la disponibilità di ipotesi quantitative sugli effetti di tali sviluppi. Come base per la quantificazione degli sviluppi medico-tecnici sono particolarmente adatti i colloqui con gli esperti, eventualmente abbinati a un'analisi sistematica della letteratura scientifica. Secondo i lavori preparatori nell'ambito della pianificazione ospedaliera del Cantone di Zurigo, nelle cure somatiche acute vi sono solo pochi sviluppi molto specifici i cui effetti sui numeri di casi siano quantificabili e possano quindi essere presi in considerazione; inoltre, gli sviluppi medico-tecnici non sembrano avere alcun effetto sui numeri di casi stazionari in psichiatria e riabilitazione (GDZH 2021: 45-47). In questi settori, tuttavia, è possibile tenere conto degli effetti derivanti dagli sviluppi previsti nelle cure somatiche acute. Per esempio, l'aumento degli interventi di sostituzione di protesi dell'anca e del ginocchio comporta un aumento delle successive degenze in riabilitazione (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 22). Nel complesso, tuttavia, gli sviluppi medico-tecnici hanno un'influenza piuttosto limitata sulla previsione del fabbisogno.
- **Sviluppi economici** (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 22-24): sono determinanti soprattutto la potenziale sostituzione delle cure ospedaliere con prestazioni ambulatoriali e la riduzione della durata di degenza:
  - **Ambulatorializzazione.** Dal 1° gennaio 2019 è in vigore la regolamentazione «ambulatoriale prima di stazionario» (AvS) secondo l'articolo 3c e l'allegato 1a dell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31). Questa regolamentazione definisce gruppi selezionati di interventi elettivi, cioè non urgenti, per i quali l'AOMS rimborsa solo l'esecuzione ambulatoriale, a meno che circostanze particolari non richiedano un'esecuzione stazionaria. Nel 2023 l'elenco degli interventi da eseguire in regime ambulatoriale è stato ampliato dagli originali sei a diciotto gruppi, ottenendo così un'armonizzazione a livello nazionale dei diversi elenchi dei Cantoni e della Confederazione. Su mandato dell'UFSP, l'Obsan conduce ogni anno un monitoraggio in cui vengono osservati gli effetti di questa regolamentazione sul numero di interventi e sui costi<sup>17</sup>. Il potenziale di trasferimento confluisce nella previsione del fabbisogno del modello di previsione dell'Obsan. La previsione si basa, da un lato, sull'elenco sopra citato degli esami e dei trattamenti da effettuare in regime ambulatoriale secondo l'allegato 1a OPre e, dall'altro, su diversi scenari per lo sfruttamento del potenziale di trasferimento. Per rilevare ulteriori sviluppi nell'ambito dell'ambulatorializzazione, se necessario e a seconda delle esigenze del

---

<sup>17</sup> [www.obsan.admin.ch](http://www.obsan.admin.ch) > Indicatori > Ambulatoriale prima di stazionario (AvS)

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Cantone committente, viene utilizzato anche il catalogo tedesco degli interventi chirurgici eseguibili in regime ambulatoriale come base per la previsione delle tendenze di trasferimento (Fischer/Jörg 2025: 31).

- *Riduzione della durata di degenza.* A differenza delle forme di remunerazione basate sul tempo (come i forfait giornalieri) o della remunerazione di singole prestazioni (remunerazione per singola prestazione), con gli importi forfettari per caso la remunerazione delle prestazioni mediche avviene in modo forfettario per ogni caso di trattamento. Ciò costituisce un incentivo per i fornitori di prestazioni a ridurre la durata di degenza. Negli anni successivi all'introduzione degli importi forfettari per caso nella somatica acuta (SwissDRG) si è registrata, come previsto, una diminuzione continua della durata media di degenza in quasi tutti i Cantoni, anche se questo fenomeno era stato osservato già prima. Attualmente è tuttavia difficile valutare se la pressione sulla durata di degenza in un sistema a importi forfettari per caso continuerà a sussistere o se il potenziale di riduzione sia ormai ampiamente esaurito. Al fine di rappresentare una gamma realistica di possibili sviluppi, per la previsione del fabbisogno l'Obsan implementa diverse ipotesi in vari scenari.
- Fabbisogno e ricorso alle prestazioni (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 24): il modello dell'Obsan utilizza i tassi di ospedalizzazione nell'anno di riferimento (per gruppo di prestazioni, Cantone di domicilio, sesso e fascia d'età) come base per la previsione del fabbisogno. Questi tassi di ospedalizzazione risultano dall'effettivo ricorso alle prestazioni da parte della popolazione residente nel Cantone nell'anno di riferimento. Ciò non riflette necessariamente in modo adeguato il fabbisogno effettivo di quest'ultima, in particolare in caso di offerta insufficiente, eccedentaria o inappropriata. Vi è quindi il rischio che le situazioni di offerta eccedentaria o insufficiente esistenti al momento di riferimento vengano riprodotte nella previsione del fabbisogno. Per tenere conto di possibili distorsioni nella stima del fabbisogno, i valori cantonali vengono confrontati con quelli nazionali. È tuttavia difficile determinare in che misura le differenze regionali in uno specifico settore di prestazioni siano dovute a un'offerta inappropriata. Nel modello di previsione dell'Obsan si tiene conto di questa circostanza grazie a diversi scenari per equiparare i tassi di ospedalizzazione. A seconda dello scenario, si applicano ipotesi diverse per quanto riguarda l'allineamento dei tassi cantonali ai tassi di ospedalizzazione nazionali per sesso, fascia d'età e GPPO. Anche il modello zurighese segue un approccio simile e corregge l'eventuale offerta eccedentaria cantonale allineando alla media svizzera i tassi di ospedalizzazione e la durata media di degenza per GPPO e fascia d'età (GDZH 2021: 85-86).

Nel modello di previsione dell'Obsan, così come nel modello zurighese, i fattori d'influenza sulla stima del fabbisogno vengono considerati sotto forma di tre scenari di previsione (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 49). Al centro della previsione del fabbisogno vi è lo scenario di base, che rappresenta lo scenario più plausibile. Lo scenario minimo e quello massimo illustrano il range delle possibili evoluzioni. Lo scenario minimo combina ipotesi e scenari relativi ai fattori d'influenza che portano a una stima del fabbisogno relativamente bassa, mentre lo scenario massimo indica il limite superiore della gamma delle possibili evoluzioni.

### 3.2.4 Flussi di pazienti

L'analisi dei flussi di pazienti è una componente importante della pianificazione ospedaliera. Le informazioni sui flussi di pazienti costituiscono infatti la base per valutare l'offerta a cui ricorrono i pazienti con la libera scelta di strutture non figuranti nell'elenco degli ospedali del Cantone, e quindi anche per determinare quale offerta debba essere garantita nell'elenco cantonale (cfr. punto 3.3.1).

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

In questo contesto, nell'ambito dei rapporti sull'assistenza sanitaria l'Obsan determina il grado di copertura dell'elenco cantonale degli ospedali. Il grado di copertura fornisce informazioni sulla percentuale di pazienti residenti nel Cantone che sono stati curati in un ospedale che dispone di un mandato di prestazioni del Cantone nel gruppo di prestazioni in questione. Il grado di copertura consente di verificare l'adeguatezza dell'offerta di assistenza definita dall'elenco cantonale degli ospedali e quindi se la pianificazione ospedaliera cantonale è intesa a coprire il fabbisogno (cfr. Füglistler-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 35-37).

L'Obsan offre inoltre ai Cantoni interessati la possibilità di analizzare e valutare in modo dettagliato i flussi di pazienti sulla base dei dati della SM nell'ambito dei rapporti sull'assistenza sanitaria (come esempio per le cure somatiche acute nel Cantone di Lucerna si veda Füglistler-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 40-47). In particolare, vengono calcolati i seguenti indicatori, che consentono di illustrare le interdipendenze tra i sistemi di assistenza cantonali (Füglistler-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 40):

- *Afflusso*. L'afflusso descrive il numero di ospedalizzazioni di pazienti domiciliati al di fuori di un Cantone in ospedali situati all'interno di esso.
- *Percentuale di afflusso*. Indica la percentuale di pazienti domiciliati al di fuori di un Cantone sul totale delle ospedalizzazioni in strutture situate all'interno del Cantone.
- *Deflusso*. Il deflusso descrive il numero di ospedalizzazioni fuori Cantone di pazienti domiciliati nel Cantone.
- *Percentuale di deflusso*. Indica la percentuale di casi ospedalizzati fuori Cantone rispetto al totale delle ospedalizzazioni di pazienti domiciliati nel Cantone.
- *Market Share Index (MSI)*. L'MSI indica quanti dei casi ospedalizzati in un Cantone sono anche domiciliati in quel Cantone e rappresenta quindi la percentuale di pazienti domiciliati nel Cantone che vengono curati in un ospedale situato all'interno di esso.
- *Indice di localizzazione (IL)*. L'IL indica la percentuale di casi domiciliati in un Cantone che vengono ospedalizzati all'interno di esso, rispetto al totale delle ospedalizzazioni di pazienti domiciliati nel Cantone. Questo indicatore mostra la percentuale della popolazione ospedalizzata che viene ricoverata nel proprio Cantone di domicilio e quindi «rimane» nel Cantone.
- *Saldo netto del flusso*. Il saldo netto del flusso di pazienti indica la differenza tra i casi provenienti da fuori Cantone (afflusso) e i casi che lasciano il Cantone (deflusso).
- *Indice di esportazione (IE)*. L'IE indica il rapporto tra deflusso e afflusso.

### 3.3 Attribuzione dei mandati di prestazioni

#### 3.3.1 Copertura del fabbisogno

Secondo l'articolo 39 capoverso 1 lettera d LAMal, i Cantoni devono approntare una pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero. Secondo l'articolo 58a capoverso 1 OAMal, la pianificazione intesa a coprire il fabbisogno garantisce le cure ospedaliere in ospedale agli abitanti dei Cantoni che effettuano la pianificazione. Secondo l'articolo 58b capoverso 3 OAMal, i Cantoni devono determinare quali ospedali cantonali ed extracantonali debbano essere inseriti nei loro elenchi degli ospedali, affinché la copertura del fabbisogno sia garantita. Solo con l'attribuzione di un corrispondente mandato di

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

prestazioni gli ospedali sono tenuti a garantire la presa a carico della popolazione residente interessata (obbligo di ammissione, cfr. art. 41a LAMal).

Secondo l'articolo 58b capoverso 3 OAMal, l'offerta da garantire corrisponde al fabbisogno determinato (art. 58b cpv. 1 OAMal, cfr. punto 3.2), dedotta l'offerta utilizzata in istituti che non figurano nell'elenco emanato dai Cantoni (art. 58b cpv. 2 OAMal). Secondo il commento a questa disposizione, ciò tiene conto del fatto che una parte della popolazione cantonale ricorrerà all'offerta di ospedali convenzionati conformemente all'articolo 49a capoverso 4 LAMal e a quella di ospedali figuranti esclusivamente nell'elenco di altri Cantoni, questo in virtù della libera scelta e delle ospedalizzazioni indicate dal punto di vista medico (UFSP 2008: 8). In questo contesto, l'analisi dei flussi di pazienti sopra menzionata rappresenta una componente importante della determinazione del fabbisogno (cfr. punto 3.2.4).

L'allestimento di un elenco cantonale degli ospedali presuppone che i Cantoni conoscano la percentuale della loro popolazione residente che ricorre a cure ospedaliere in altri Cantoni. In questo contesto – determinazione dell'offerta da garantire che figura nell'elenco – sono determinanti i flussi di pazienti e in particolare il deflusso. L'afflusso di pazienti è invece rilevante per garantire che pazienti extracantonali non usufruiscano di prestazioni destinate alla popolazione del Cantone in cui gli ospedali hanno sede o di una determinata regione, prendendo così il posto dei pazienti per i quali tali prestazioni erano state pianificate (UFSP 2008: 9). Secondo il Tribunale amministrativo federale, una pianificazione ospedaliera che non tenga conto della domanda extracantonale (cioè dell'afflusso di pazienti) non può essere ritenuta intesa a coprire il fabbisogno (sentenza TAF C-7017/2015 del 17 settembre 2021 consid. 6.6.2).

Secondo le raccomandazioni della CDS, a seconda del ricorso a prestazioni al di fuori dell'elenco cantonale degli ospedali, i Cantoni possono discostarsi da una copertura del 100 % dei trattamenti stazionari della popolazione del Cantone. Una copertura inferiore all'80 % dei trattamenti stazionari della popolazione cantonale, o inferiore al 70 % nei Cantoni con meno di 300 000 abitanti, deve tuttavia essere giustificata in modo adeguato (CDS 2025: 10; Raccomandazione 2 sulla pianificazione ospedaliera intesa a coprire il fabbisogno, lett. e). In base a questo valore di riferimento, un Cantone deve quindi fornire una spiegazione plausibile del motivo per cui, per un determinato gruppo di prestazioni, meno dell'80 % della popolazione cantonale si fa curare negli ospedali figuranti nell'elenco.

### 3.3.2 Margine di discrezionalità dell'autorità competente

Secondo l'articolo 58b capoverso 4 OAMal, nel determinare l'offerta da garantire che figura nell'elenco, i Cantoni considerano in particolare l'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni (lett. a), l'accesso dei pazienti alle cure entro un termine utile (lett. b) e la disponibilità e la capacità dell'istituto ad adempiere il mandato di prestazioni (lett. c).

L'attribuzione dei mandati di prestazioni è quindi il risultato di una ponderazione di diversi criteri che, in determinate circostanze, possono essere parzialmente in contrasto tra loro. A questo proposito, l'articolo 58b capoverso 4 OAMal non prevede, né sostanzialmente consente, che un criterio abbia maggiore importanza rispetto agli altri. Nella sua giurisprudenza, il Tribunale amministrativo federale è giunto ripetutamente alla conclusione che l'articolo 58b capoverso 4 OAMal non prevede una gerarchizzazione dei criteri menzionati e non consente in linea di principio alle autorità competenti di stabilire un ordine di priorità tra questi criteri, che devono piuttosto servire contemporaneamente alla valutazione e alla selezione dei fornitori di prestazioni (sentenza TAF C-7017/2015 del 17 settembre 2021 consid. 7.1.3.4 e 9.2.9; sentenza TAF C-224/2020 del 30 aprile 2024 consid. 10.1; cfr. anche DTF 138 II 398 consid. 7.2.2).

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, la decisione di inserire un istituto nell'elenco degli ospedali riveste un'importanza fondamentale non solo sul piano della politica sanitaria e sociale, ma regolarmente anche sotto il profilo della politica generale, regionale e dell'occupazione. Secondo la giurisprudenza costante, si tratta di una decisione di natura prevalentemente politica, per la quale le autorità competenti dispongono di un ampio margine di discrezionalità (sentenza TAF C-2731/2019 del 30 agosto 2022 consid. 3.1). Anche nella ponderazione dei diversi criteri che devono effettuare, esse dispongono di un ampio margine di discrezionalità.

Di conseguenza, la legge non conferisce ai singoli ospedali un diritto legale a essere inseriti nell'elenco degli ospedali (DTF 132 V 6 consid. 2.4.1). Né le basi legali né la giurisprudenza precedente prevedono il diritto all'attribuzione di un mandato di prestazioni, indipendentemente dal fatto che tutti i requisiti richiesti possano essere soddisfatti o meno (sentenza TAF C-2731/2019 del 30 agosto 2022 consid. 6.2.2). Va inoltre notato che l'uguaglianza giuridica riveste un'importanza solo limitata in relazione alla pianificazione ospedaliera. È sufficiente che una pianificazione sia oggettivamente giustificabile, ossia non arbitraria (sentenza TAF C-2818/2019 del 2 aprile 2012 consid. 7.11).

### 3.3.3 Accesso alle cure entro un termine utile

Il criterio dell'accesso dei pazienti alle cure entro un termine utile consente ai Cantoni di tenere conto, nella scelta dei fornitori di prestazioni, della loro vicinanza geografica alla popolazione.

Secondo la giurisprudenza, il criterio dell'accesso dei pazienti alle cure «entro un termine utile» richiede una valutazione delle cure necessarie, data la formulazione indeterminata di questa espressione. A questo proposito occorre tenere presente che l'accesso alle cure «entro un termine utile» non dipende solo dal tempo di percorrenza per raggiungere il fornitore di prestazioni, ma per lo meno anche dalle circostanze concrete in cui viene formulata la diagnosi, dalla raggiungibilità e disponibilità dei servizi di trasporto pazienti eventualmente necessari e dal percorso di trasporto scelto e, infine, dalla disponibilità del personale necessario in loco (sentenza TAF C-1405/ 2019 del 4 aprile 2022, consid. 10.4).

Nella ponderazione da effettuare, al criterio della raggiungibilità deve essere attribuito un peso minore per le prestazioni specialistiche rispetto alle prestazioni di base e di emergenza (sentenza TAF C-2887/2019 del 26 gennaio 2021 consid. 7.6). Ne consegue, in linea di principio, che le prestazioni frequenti e/o urgenti devono essere pianificate in prossimità del luogo di residenza, mentre per le prestazioni rare o non urgenti sono accettabili distanze maggiori e le prestazioni possono quindi essere concentrate. Secondo le raccomandazioni della CDS (CDS 2025: 18; raccomandazione 6 sulla raggiungibilità), i criteri di raggiungibilità sono particolarmente importanti per l'assistenza di base e di emergenza orientata al fabbisogno. Il Cantone può applicare diversi valori di riferimento in materia di raggiungibilità, tenendo conto del tipo di prestazione (assistenza di base o specialistica), al fine di differenziare adeguatamente tra assistenza di base e di emergenza e assistenza specialistica da un lato, e i settori cure somatiche acute, psichiatria e riabilitazione dall'altro.

Come esempio per la valutazione di questo criterio si può citare la metodologia della GDZH. Per dimostrare l'adeguata accessibilità alle cure di base, vengono calcolati i tempi medi di percorrenza dal luogo di residenza o di lavoro degli abitanti del Cantone alla sede dell'ospedale. A tal fine viene utilizzato un modello di traffico basato sui dati relativi al traffico motorizzato individuale, ipotizzando un carico di traffico medio sulla rete stradale cantonale. Per ogni sede di ospedale e ogni numero postale d'avviamento il tempo di percorrenza più favorevole viene determinato mediante una ricerca del percorso più breve e sintetizzato in un tempo di percorrenza ponderato tenendo conto della distribuzione geografica dei luoghi di residenza o di lavoro a livello di numero postale d'avviamento (GDZH 2021:

54). Per il Cantone di Zurigo, questa analisi mostra che l'accesso della popolazione residente all'assistenza ospedaliera è garantito ad un livello elevato. Il tempo di percorrenza medio tra il luogo di residenza o di lavoro e l'ospedale raggiungibile nel minor tempo possibile è inferiore a 20 minuti per oltre il 99 % della popolazione residente e per oltre il 99 % di tutti i posti di lavoro situati nel Cantone di Zurigo. Nelle zone in cui il tempo di percorrenza è superiore ai 30 minuti, al momento dell'analisi non risiedeva nessuna persona (GDZH 2021: 104).

### 3.3.4 Economicità

#### Confronti dei costi corretti per il grado di gravità

L'articolo 58d OAMal contiene disposizioni più dettagliate sull'attuazione del criterio di qualità di cui all'articolo 58b capoverso 4 lettera a nell'ambito della determinazione dell'offerta da garantire che figura nell'elenco. Secondo l'articolo 58d capoverso 1 OAMal, la valutazione dell'economicità degli ospedali è effettuata segnatamente mediante confronti dei costi corretti per il grado di gravità.

Secondo l'articolo 49 capoverso 8 LAMal, il Consiglio federale, in collaborazione con i Cantoni, ordina comparazioni tra ospedali a livello svizzero in particolare sui costi e la qualità dei risultati medici. L'UFSP e la CDS hanno concordato un metodo in tal senso: la CDS assume il ruolo di organo di coordinamento per conto dei Cantoni e mette a disposizione dell'UFSP i dati necessari relativi ai fornitori di prestazioni; l'UFSP è incaricato di pubblicare le comparazioni (UFSP 2019). Al momento vengono presi in considerazione solo gli ospedali di cure somatiche acute e le case per partorienti della Svizzera. È prevista l'estensione delle comparazioni alla psichiatria stazionaria e alla riabilitazione. Il presupposto è che i dati sui costi consentano un benchmarking significativo.

Affinché tale confronto possa essere effettuato in modo adeguato, i dati relativi ai costi e alle prestazioni devono essere determinati secondo un metodo uniforme. L'articolo 49 capoverso 7 LAMal prevede dunque che gli ospedali dispongano di strumenti di gestione adeguati. In questo contesto, il Tribunale amministrativo federale ha stabilito che l'impiego dei modelli di presentazione dei conti e di determinazione delle tariffe REKOLE (Revisione della contabilità analitica e della registrazione delle prestazioni) e ITAR\_K (Modello integrato di allestimento delle tariffe sulla base della contabilità analitica per unità finali d'imputazione) di H+ Gli ospedali svizzeri non deve sostanzialmente essere messo in discussione, date l'importanza e la diffusione di tali modelli (sentenza TAF C-1698/2013 del 7 aprile 2014 consid. 3.4.3).

I Cantoni effettuano la successiva elaborazione e il trattamento dei dati degli ospedali secondo una metodologia uniforme a livello nazionale. A tal fine, il 27 giugno 2019 il Comitato direttivo della CDS ha approvato delle raccomandazioni relative alla verifica dell'economicità (CDS 2019). Queste raccomandazioni precisano, tra l'altro, come vengono calcolati i costi d'esercizio rilevanti per l'AOMS nel settore stazionario, ovvero cosa può essere considerato costo d'esercizio, e stabiliscono i criteri minimi per la verifica della plausibilità dei dati relativi ai costi. In questo modo viene garantita la necessaria uniformità nella determinazione dei costi.

Le prestazioni stazionarie degli ospedali e delle case per partorienti nel settore delle cure somatiche acute sono remunerate tramite gli importi forfettari per caso della struttura tariffale SwissDRG. Per tenere conto della diversa complessità dei casi, vengono formati gruppi omogenei di casi, che vengono ponderati in modo diverso. Ai fini del confronto, i costi per caso di un ospedale vengono corretti in base alle diverse ponderazioni dei suoi casi (costi per caso corretti per il grado di gravità). In questo modo è possibile confrontare tra loro i costi degli ospedali per un caso standardizzato.

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

La ponderazione delle prestazioni ospedaliere in base alla gravità del caso consente di confrontare tra loro i costi per caso di tutti gli ospedali, indipendentemente dalla loro gamma di prestazioni e dalle loro dimensioni. In questo contesto occorre tuttavia tenere presente che la remunerazione tramite importi forfettari (p. es. struttura tariffale SwissDRG) comporta, per motivi legati al sistema, imprecisioni nella rappresentazione di determinate prestazioni. Gli ospedali che forniscono un'elevata percentuale di prestazioni non rappresentate in modo adeguato possono presentare costi per caso che non consentono necessariamente di trarre conclusioni sulla loro efficienza. Sulla base delle analisi e delle esperienze finora raccolte, si può presumere che esistano differenze sistematiche nella situazione dei costi almeno tra gli ospedali alla fine della catena di assistenza (ospedali fornitori finali di prestazioni) e gli altri ospedali, differenze che non possono ancora essere rappresentate in modo adeguato con l'attuale struttura tariffale (CDS 2019: 11). Ragion per cui, non necessariamente costi elevati (p. es. negli ospedali fornitori finali di prestazioni) indicano una bassa efficienza, né costi ridotti ne indicano una elevata. Quando si confrontano i costi per caso corretti per il grado di gravità dei singoli ospedali va tenuto conto di questo aspetto.

Secondo l'articolo 58d capoverso 5 OAMal, la valutazione dell'economicità può basarsi su valutazioni recenti di altri Cantoni. Di norma, per un dato ospedale sono determinanti le valutazioni del Cantone in cui ha sede; i Cantoni che inseriscono un istituto extracantonale nel proprio elenco degli ospedali si basano sulla valutazione del Cantone in cui esso ha sede.

### Benchmarking

Secondo quanto emerge dal sondaggio dell'UFSP, nella stragrande maggioranza dei Cantoni per valutare l'economicità viene utilizzato un benchmark in tutti i settori stazionari (cure somatiche acute: 23 Cantoni, riabilitazione: 21 Cantoni, psichiatria: 18 Cantoni). Nella maggior parte dei casi viene utilizzato un metodo basato sui valori percentili, simile o identico a quello utilizzato per la determinazione delle tariffe.

A questo proposito va osservato che il raffronto dei costi corretti per il grado di gravità – anche senza l'applicazione di un benchmark – consente già di effettuare un confronto. Inoltre, in molti casi l'utilizzo di un tale benchmark non deve essere inteso come un criterio di esclusione assoluto: come già menzionato sopra, talvolta i costi per caso non sono necessariamente indicativi dell'efficienza. Per la selezione vengono poi presi in considerazione anche altri criteri (p. es. rilevanza per la copertura del fabbisogno, raggiungibilità, qualità).

### Stabilità economica

Secondo il commento alla modifica dell'OAMal, nell'ambito della valutazione dell'economicità oltre al confronto dei costi corretti per il grado di gravità, per esempio, è possibile valutare anche la stabilità economica nell'ottica dell'economicità a lungo termine e quindi la sicurezza dell'offerta (UFSP 2021: 16). Anche nelle raccomandazioni della CDS (CDS 2025: 14; Raccomandazione 4 sull'economicità, lett. c) si fa riferimento alla possibilità che il Cantone, nell'ambito della verifica dell'economicità, possa valutare e includere tra i criteri anche la stabilità economica di un ospedale (p. es. dotazione di capitale proprio sufficiente, margine EBITDA/EBITDAR o simili). L'EBITDA (*Earning Before Interest, Tax, Depreciation and Amortization*) è l'utile al lordo degli interessi, delle imposte, del deprezzamento di impianti e beni immateriali e degli ammortamenti. È calcolato dalla differenza tra i ricavi e le spese per il personale e per i beni materiali e si riferisce all'intera azienda. Diversi Cantoni indicano, nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, di tenere conto dei dati relativi alla stabilità economica degli ospedali (p. es. margine EBITDAR, quota di capitale proprio, quota di riserva, pianificazione della liquidità ecc.).

### 3.3.5 Qualità

L'articolo 58*d* OAMal contiene disposizioni più dettagliate sull'attuazione del criterio di qualità di cui all'articolo 58*b* capoverso 4 lettera a nell'ambito della determinazione dell'offerta da garantire che figura nell'elenco. Secondo l'articolo 58*d* capoverso 2 OAMal, nella valutazione della qualità degli istituti occorre in particolare esaminare se l'insieme dell'istituto adempie le esigenze seguenti: disporre del necessario personale qualificato (lett. a); disporre di un adeguato sistema di gestione della qualità (lett. b); disporre di un sistema interno di rapporti e d'apprendimento appropriato e aver aderito a una rete di notifica di eventi indesiderabili uniforme a livello svizzero, per quanto tale rete esista (lett. c); disporre delle attrezzature che consentono di partecipare alle misurazioni nazionali della qualità (lett. d); disporre dell'attrezzatura per garantire la sicurezza delle terapie farmacologiche, in particolare mediante il rilevamento elettronico dei medicinali prescritti e dispensati (lett. e).

L'articolo 58*d* capoverso 2 OAMal contiene quindi i requisiti minimi per la valutazione della qualità dei fornitori di prestazioni. Secondo il rapporto esplicativo, ciò dovrebbe garantire che la loro autorizzazione sia rilasciata in conformità a requisiti uniformi in tutta la Svizzera. Questi requisiti dovrebbero contribuire, tra l'altro, a ridurre il numero di eventi indesiderati. I Cantoni sono obbligati a controllare il rispetto dei requisiti minimi, la ponderazione di tali requisiti è tuttavia a loro discrezione. Anche nella definizione delle esigenze, i Cantoni dispongono di un ampio margine di discrezionalità (UFSP 2021: 17).

Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, quasi tutti i Cantoni hanno dichiarato di applicare tutti i criteri elencati per la valutazione dei fornitori di prestazioni. L'elenco dei requisiti minimi di cui all'articolo 58*d* capoverso 2 OAMal non è esaustivo; di conseguenza, i Cantoni possono stabilire anche ulteriori requisiti minimi. Nel piano GPPO (cfr. sopra al punto 3.2.2), per i singoli GPPO sono spesso già definiti numerosi requisiti strutturali, procedurali e di personale. Inoltre, 16 Cantoni dichiarano di applicare ulteriori criteri per la valutazione della qualità, per esempio per quanto riguarda la gestione dei reclami, la partecipazione a programmi di qualità specifici, il piano di igiene o l'organizzazione di corsi di formazione per il personale sulla qualità e l'igiene.

Secondo quanto indicato, nell'ambito del processo di candidatura per i mandati di prestazioni i Cantoni verificano il rispetto di questi requisiti di qualità soprattutto sulla base delle autodichiarazioni dei candidati (eventualmente con prove corrispondenti). Secondo le raccomandazioni della CDS (CDS 2025: 16; Raccomandazione 5 sulla qualità, commento alla lett. a), i Cantoni devono verificare in modo approfondito le informazioni fornite dagli ospedali se l'autodichiarazione non è di qualità sufficiente (p. es. informazioni incomplete, mancanza di giustificativi) o se vi sono indicazioni di un'autodichiarazione non veritiera. Dopo l'assegnazione dei mandati di prestazioni, il rispetto dei requisiti di qualità richiesti viene controllato dai Cantoni nell'ambito di audit, ispezioni o monitoraggi.

Secondo l'articolo 58*d* capoverso 3 OAMal, i risultati delle misurazioni della qualità condotte su scala nazionale possono essere utilizzati come criteri di selezione degli istituti. Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, la stragrande maggioranza dei Cantoni ha dichiarato anche di tenere conto dei risultati di tali misurazioni della qualità condotte su scala nazionale.

Secondo le raccomandazioni della CDS (CDS 2025: 15; Raccomandazione 5 sulla qualità, lett. e), nel mandato di prestazioni cantonale i Cantoni dovrebbero obbligare gli ospedali a partecipare alle misurazioni nazionali coordinate dall'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ). Ciò permetterebbe di creare un'ampia base per la comparabilità degli indicatori di qualità a



## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

livello nazionale. L'ANQ è stata fondata nel 2009<sup>18</sup>. I membri dell'associazione sono l'associazione ospedaliera H+ Gli ospedali svizzeri, le associazioni degli assicuratori (santésuisse, prio.swiss, CTM, gli assicuratori federali sociali) e tutti i 26 Cantoni. L'ANQ effettua misurazioni uniformi della qualità nei settori della medicina somatica acuta, della riabilitazione e della psichiatria. Nella medicina somatica acuta, queste misurazioni riguardano per esempio le riospedalizzazioni e i reinterventi potenzialmente evitabili, le infezioni delle ferite, le piaghe da decubito, le cadute o la soddisfazione dei pazienti. I risultati delle misurazioni vengono pubblicati e consentono un confronto a livello nazionale tra ospedali e cliniche. Forniscono così agli ospedali le basi per sviluppare misure volte a migliorare la qualità e possono anche essere utili agli assicuratori nelle trattative tariffali e ai Cantoni nella pianificazione ospedaliera.

Con l'entrata in vigore, il 1° aprile 2021, dell'articolo 58a LAMal, le federazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori sono tenute a concludere convenzioni sullo sviluppo della qualità (convenzioni sulla qualità) valide per tutta la Svizzera. Le convenzioni sulla qualità disciplinano, tra l'altro, le misure concrete di sviluppo della qualità, le misurazioni della qualità e le sanzioni in caso di violazione della convenzione. Il 22 maggio 2024, il Consiglio federale ha approvato la prima convenzione sulla qualità tra l'associazione H+ Gli ospedali svizzeri e le associazioni degli assicuratori curafutura e santésuisse. Questa convenzione sulla qualità integra le misurazioni della qualità ANQ già esistenti negli ospedali e nelle cliniche svizzeri. Essa definisce inoltre in modo vincolante i requisiti specifici per un sistema di gestione della qualità adeguato e prevede l'elaborazione di strategie di qualità interne all'azienda, l'attuazione di misure di miglioramento e lo svolgimento di verifiche esterne.

Inoltre, sulla base dell'articolo 59a LAMal, l'UFSP pubblica indicatori di qualità nel settore ospedaliero<sup>19</sup>. Per l'analisi degli indicatori in base a diagnosi e interventi selezionati si ricorre a dati di routine già disponibili. Il sistema scelto consente un confronto sistematico e uniforme in tutta la Svizzera della qualità dei risultati degli ospedali per cure acute.

### 3.3.6 Sfruttamento delle sinergie, numero minimo di casi e potenziale di concentrazione di prestazioni

Secondo l'articolo 58d capoverso 4 OAMal, nella valutazione degli ospedali occorre in particolare tener conto dello sfruttamento di sinergie, del numero minimo di casi e del potenziale di concentrazione di prestazioni al fine di rafforzare l'economicità e la qualità delle cure. Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, la stragrande maggioranza dei Cantoni dichiara di applicare questi criteri (sfruttamento delle sinergie: 19 Cantoni; numero minimo di casi: 22 Cantoni; potenziale di concentrazione di prestazioni: 23 Cantoni) anche se, a seconda della posizione geografica, tenerne conto può risultare più difficile.

Dalla giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale si può dedurre che la concentrazione dell'offerta è considerata fondamentalmente conforme alla LAMal (sentenza TAF C-3413/2014 dell'11 maggio 2017, consid. 11.4.4). Tuttavia, il potenziale di concentrazione ha dei limiti. Da un lato, nella pianificazione del fabbisogno i Cantoni devono tener conto del criterio di accesso entro un termine utile (art. 58b cpv. 4 lett. b OAMal, cfr. punto 3.3.3) valutando i requisiti relativi alle prestazioni da

---

<sup>18</sup> [www.anq.ch](http://www.anq.ch)

<sup>19</sup> [www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch) > Servizi > Dati & statistiche > Fatti & cifre sugli ospedali > Indicatori di qualità degli ospedali per cure acute svizzeri

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

fornire, comprese le particolarità dei pazienti. Dall'altro, occorre tenere conto anche delle capacità disponibili (future) dei fornitori di prestazioni candidati.

Secondo il commento alla modifica dell'OAMal, i Cantoni devono pure considerare il potenziale di concentrazione delle prestazioni, che può essere sfruttato appieno con le necessarie misure strutturali e organizzative a livello di offerta. È così possibile tenere conto in un'ottica prospettica dell'effetto dell'adeguamento della struttura dell'offerta ai sensi della pianificazione ospedaliera e del previsto elenco degli ospedali sull'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni attese (UFSP 2021: 20). Anche la CDS raccomanda di tenere conto del potenziale di ottimizzazione prospettico che può essere raggiunto concentrando settori di prestazioni correlati su un numero ridotto di fornitori di prestazioni (CDS 2025: 14; Raccomandazione 4 sull'economicità, lett. d).

I Cantoni tengono conto del numero minimo di casi nella selezione dei fornitori di prestazioni (art. 58d cpv. 4 OAMal) ma possono anche prevedere un numero minimo di casi nello stabilire gli oneri che i fornitori di prestazioni selezionati devono soddisfare (art. 58f cpv. 4 lett. f OAMal). Il requisito concernente il numero minimo di casi può riferirsi non solo all'ospedale, ma anche ad altri parametri, come la persona che opera o il team operatorio. (UFSP 2021: 22). Secondo le raccomandazioni della CDS (CDS 2025: 19; Raccomandazione 7 sui numeri minimi di casi, commento alla lett. a) è possibile definire un numero minimo di casi solo nella misura in cui ciò sia rilevante nel contesto dello sfruttamento delle sinergie e della concentrazione delle prestazioni. Di conseguenza, non si applica obbligatoriamente a tutte le prestazioni, ma solo a quelle designate dai Cantoni o ai gruppi di queste ultime.

Secondo il Tribunale amministrativo federale, la disposizione relativa al numero minimo di casi introduce espressamente un criterio con cui è possibile valutare o garantire la qualità di una prestazione. Tuttavia, la disposizione non impone ai Cantoni i criteri in base ai quali valutare la qualità della fornitura di prestazioni. Questi ultimi decidono quali parametri utilizzare per valutare la qualità degli ospedali; a seconda della gamma di prestazioni o dei gruppi di prestazioni per i quali un ospedale riceve un mandato di prestazioni, il Cantone può fissare requisiti specifici di qualità, come un numero minimo di casi (sentenza TAF C-5603/2017 del 14 settembre 2018 consid. 7.6.6.2 con ulteriori rinvii). La prescrizione di un numero minimo di casi non mira solo a promuovere la qualità, ma anche l'efficienza e l'economicità (sentenza TAF C-5603/2017 del 14 settembre 2018, consid. 7.6.6). Trattando un numero minimo di casi, un ospedale o il team medico acquisiscono routine ed esperienza, garantendo così la qualità delle cure (sentenza TAF C-2731/2019 del 30 agosto 2022, consid. 7.3.3.1). Per questo motivo, in Svizzera si prevede sempre più spesso un numero minimo di casi per le cure ospedaliere. I numeri minimi di casi fanno anche parte dei requisiti specifici delle prestazioni del piano GPPO e come tali vengono applicati dalla maggior parte dei Cantoni (cfr. punto 3.2.2)

### 3.3.7 Rilevanza per la copertura del fabbisogno

Secondo le raccomandazioni della CDS, la rilevanza di un ospedale nel soddisfare il fabbisogno necessario è un possibile criterio per l'assegnazione di un mandato di prestazioni (CDS 2025: 9; Raccomandazione 2 sulla pianificazione ospedaliera intesa a coprire il fabbisogno, lett. b). I Cantoni possono fissare un valore soglia per il fabbisogno che deve essere coperto da un fornitore di prestazioni. Un ospedale intracantonale non è quindi considerato rilevante per la copertura del fabbisogno se la sua quota nel gruppo di prestazioni interessato non raggiunge almeno il 5 % (e almeno 10 casi) dei trattamenti stazionari di persone residenti del Cantone (lett. c). Per un ospedale extracantonale, tale valore soglia è fissato ad almeno il 10 % (e almeno 10 casi). A questo proposito, il Tribunale ammini-

strativo federale ha indicato che il criterio della rilevanza per la copertura del fabbisogno è ammissibile, poiché serve a valutare la qualità e l'economicità di una prestazione (sentenza TAF C-401/2012 del 28 gennaio 2014, consid. 9.2).

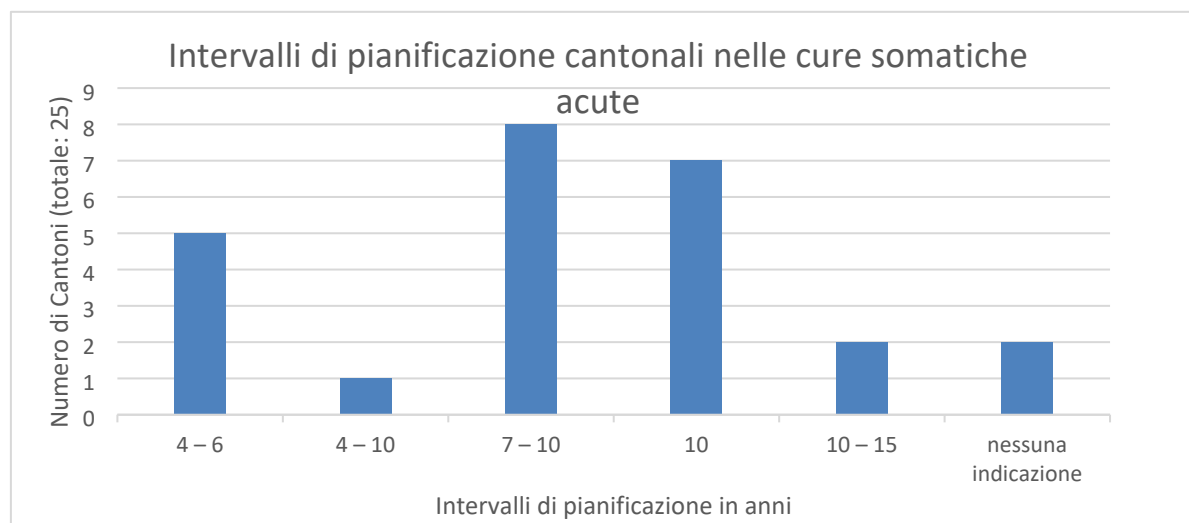
### 3.4 Procedura

#### 3.4.1 Intervalli di pianificazione

Secondo l'articolo 58a capoverso 2 OAMal, i Cantoni sono tenuti a verificare periodicamente la loro pianificazione. Secondo le raccomandazioni della CDS (CDS 2025: 7; Raccomandazione 1 sulla pianificazione ospedaliera riferita alle prestazioni, commento alla lett. a), tale verifica può portare alla conclusione che la pianificazione ospedaliera non necessiti di adeguamenti. Una nuova versione della pianificazione con un'analisi completa del fabbisogno e un nuovo bando di concorso per tutti i mandati di prestazioni ha senso solo a intervalli di tempo di una certa entità o se si riscontrano scostamenti significativi tra la previsione e gli sviluppi effettivi del fabbisogno. La determinazione degli intervalli di tempo tra queste pianificazioni complete con nuovi bandi di concorso è a discrezione dei Cantoni.

Secondo le informazioni fornite dai Cantoni nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, gli intervalli di pianificazione nel settore delle cure somatiche acute variano notevolmente da un Cantone all'altro e sono compresi tra circa 4 e 15 anni. La maggior parte dei Cantoni dispone di un ampio margine di manovra in questo ambito. In circa la metà dei Cantoni, le pianificazioni nei settori delle cure somatiche acute, della psichiatria e della riabilitazione sono separate nel tempo. Di norma, tuttavia, gli intervalli di pianificazione nei settori della psichiatria e della riabilitazione sono simili a quelli del settore delle cure somatiche acute.

Figura 3: Intervalli di pianificazione cantonali nelle cure somatiche acute



Fonte: rappresentazione propria

#### 3.4.2 Procedura di candidatura

Secondo le raccomandazioni della CDS (CDS 2025: 7; Raccomandazione 1 sulla pianificazione ospedaliera riferita alle prestazioni, commento alla lett. a), la procedura di candidatura è parte integrante

## **Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale**

della procedura di pianificazione ospedaliera. Occorre garantire che tutti i fornitori di prestazioni interessati siano coinvolti nella procedura di candidatura. Gli inviti alla procedura di candidatura devono essere pubblicati nell'organo di pubblicazione ufficiale.

Nell'ambito della procedura di candidatura, le parti interessate hanno diritto di essere sentite conformemente all'articolo 29 Cost. e all'articolo 29 della legge federale sulla procedura amministrativa (PA; RS 172.021). Il principio del diritto di audizione esige, tra l'altro, che l'autorità senta effettivamente le allegazioni di coloro che sono toccati nella loro posizione giuridica dalla decisione, le esamini e ne tenga conto nella formazione della propria decisione (art. 32 cpv. 1 PA). Ne deriva l'obbligo per l'autorità di motivare la propria decisione (art. 35 PA).

Secondo la giurisprudenza, la densità della motivazione richiesta nel singolo caso dipende, tra l'altro, dalla complessità delle questioni da valutare, dal margine di discrezionalità dell'autorità decisionale e dalla densità delle argomentazioni delle parti. Nel caso delle decisioni relative agli elenchi degli ospedali, occorre inoltre tenere conto della particolarità per cui non si tratta di una singola decisione individuale, poiché di norma viene deciso contemporaneamente in merito alle richieste di tutti gli ospedali che hanno presentato candidatura per un mandato di prestazioni. In una procedura di audizione così ampia non è praticabile entrare nel dettaglio delle osservazioni di tutti i partecipanti all'audizione (sentenza TAF C-4967/2019 dell'8 giugno 2021, consid. 4.2).

Nella stragrande maggioranza dei Cantoni, i fornitori di prestazioni possono esprimersi nell'ambito di una procedura di consultazione formale sul rapporto di pianificazione, compresa l'analisi del fabbisogno. In questo contesto vengono solitamente coinvolti anche altri attori, per esempio gli assicuratori-malattie o le associazioni delle professioni sanitarie. Alcuni Cantoni indicano inoltre che, prima di tali procedure di consultazione, ossia nella fase di determinazione del fabbisogno, coinvolgono sporadicamente anche specialisti o fornitori di prestazioni, in modo formale (sondaggi, perizie, gruppi di lavoro) o informale (colloqui esplorativi).

### **3.4.3 Rimedi giuridici**

Secondo l'articolo 53 capoverso 1 LAMal, contro le decisioni in merito agli elenchi di ospedali ai sensi dell'articolo 39 LAMal può essere interposto ricorso al Tribunale amministrativo federale.

#### **Diritto di ricorrere**

Secondo l'articolo 48 capoverso 1 PA in combinato disposto con l'articolo 53 capoverso 2 LAMal, ha diritto a ricorrere chi ha partecipato al procedimento dinanzi all'autorità inferiore o è stato privato della possibilità di farlo (lett. a); è particolarmente toccato dalla decisione impugnata (lett. b); e ha un interesse degno di protezione all'annullamento o alla modificazione della stessa (lett. c). Secondo la giurisprudenza, il diritto di ricorrere nel settore degli elenchi degli ospedali deve essere valutato secondo criteri rigorosi (sentenza TAF C-6266/2013 del 23 luglio 2014, consid. 4.2).

Un fornitore di prestazioni è sostanzialmente toccato dalla decisione del Governo di non essere inserito nell'elenco degli ospedali e ha quindi diritto di ricorrere. Un fornitore di prestazioni può quindi, in linea di principio, impugnare la decisione che lo riguarda. Secondo la giurisprudenza costante, tuttavia, un ospedale non ha un interesse degno di protezione a che un altro ospedale sia stralciato dall'elenco degli ospedali o che il mandato di prestazioni di quest'ultimo sia ridotto, e non è quindi legittimato a impugnare una decisione favorevole che riguarda un altro fornitore di prestazioni (sentenza TAF C-245/2012 del 3 ottobre 2012, consid. 4.4).

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Dal 1° gennaio 2024 anche le associazioni di assicuratori hanno il diritto di ricorrere contro le decisioni cantonali relative agli elenchi (art. 53 cpv. 1<sup>bis</sup> LAMal). A tal fine è stata creata una base legale speciale per un diritto di ricorso ideale delle organizzazioni degli assicuratori. In questo modo si intende garantire che nella pianificazione e nella compilazione degli elenchi di ospedali siano adeguatamente presi in considerazione non solo gli interessi dei fornitori di prestazioni, ma anche quelli degli assicuratori.

### Motivo di ricorso

Secondo la giurisprudenza costante, una decisione relativa agli elenchi di ospedali è una decisione di natura prevalentemente politica, per la quale le autorità competenti dispongono di un ampio margine di discrezionalità (sentenza TAF C-2731/2019 del 30 agosto 2022 consid. 3, cfr. punto 3.3.2). Di conseguenza, la legge non conferisce ai singoli ospedali un diritto legale a essere inseriti nell'elenco degli ospedali (DTF 132 V 6 consid. 2.4.1).

Per questo motivo, in caso di ricorsi contro le decisioni relative agli elenchi di ospedali di cui all'articolo 39 LAMal, occorre tenere conto anche dell'articolo 53 capoverso 2 lettera e LAMal secondo cui – in deroga all'ordinamento procedurale della PA – non può essere invocata l'inadeguatezza (cfr. sentenza TAF C-5301/2010 del 2 aprile 2012 consid. 4.3 segg.). Con il ricorso contro una decisione relativa all'elenco di ospedali possono quindi essere contestati solo la violazione del diritto federale, compresi l'abuso, l'eccesso di discrezionalità o il divieto d'arbitrio (art. 9 Cost.) e l'accertamento errato o incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti (sentenza TAF C-2731/2019 del 30 agosto 2022 consid. 3.1).

Secondo la giurisprudenza costante, l'uguaglianza giuridica riveste un'importanza solo limitata nel contesto della pianificazione ospedaliera. È nella natura stessa della pianificazione che potenziali fornitori di prestazioni che si trovano in circostanze simili possano essere trattati in modo diverso. È quindi sufficiente che una pianificazione sia oggettivamente giustificabile, ossia non arbitraria (sentenza TAF C-2818/2019 del 2 aprile 2012 consid. 7.11 con ulteriori rinvii).

## 3.5 Offerta eccedentaria o insufficiente

L'obiettivo della pianificazione ospedaliera è innanzitutto quello di garantire alla popolazione un'assistenza adeguata a coprire il fabbisogno; nell'ambito del suo obbligo di pianificazione ospedaliera, un Cantone deve impedire che gli assicurati residenti nel suo territorio e che sono soggetti all'obbligo assicurativo usufruiscano di un'offerta insufficiente. Tuttavia, secondo la giurisprudenza, anche il contenimento dei costi e, in particolare, la riduzione delle sovracapacità rientrano tra gli obiettivi della pianificazione ospedaliera. Una pianificazione del fabbisogno è quindi in linea di principio adeguata alle esigenze quando copre il fabbisogno, ma non più di questo (sentenza TAF C-1405/2019 del 4 aprile 2022 consid. 10.3.2).

### 3.5.1 Identificazione di un'offerta inappropriata

Possono essere utilizzati come indicatori di un'offerta inappropriata, per esempio, il numero di casi effettivi rispetto al fabbisogno determinato, il numero o la percentuale di ricoveri ospedalieri fuori Cantone, un tasso di occupazione dei posti letto molto elevato, i tempi di attesa, i risultati insoddisfacenti dei sondaggi sulla soddisfazione della popolazione cantonale, i risultati di un controlling dei mandati di prestazioni o un dialogo regolare con i fornitori di prestazioni all'interno del Cantone. Come già illu-

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

strato al punto 3.2.3, i modelli di previsione utilizzati per determinare il fabbisogno si basano sul presupposto che le differenze regionali nel ricorso alle prestazioni stazionarie possano essere indizio di un'eventuale offerta inappropriata.

Nella pratica è talvolta difficile determinare in che misura sussista un'offerta inappropriata. Secondo le informazioni fornite dai Cantoni, 8 di essi non sono in grado di determinare, nell'ambito della loro pianificazione del fabbisogno, se nel loro Cantone vi sia stata in passato un'offerta eccedentaria o insufficiente in determinati settori. Per contro, 6 Cantoni sono totalmente e 11 parzialmente in grado di determinare questo dato.

Tabella 1: Identificazione di un'offerta inappropriata: risultati del sondaggio dell'UFSP presso i Cantoni

Offerta eccedentaria		
<i>In passato, nell'ambito della pianificazione del fabbisogno, nel Cantone è già stata riscontrata un'offerta eccedentaria in determinati settori? (numero di Cantoni)</i>		
Sì	No	Non valutabile
10 <sup>20</sup>	9	6
<i>Si prevede che in futuro gli ospedali del Cantone potrebbero trovarsi in una situazione di offerta eccedentaria?</i>		
Sì	No	Non valutabile
11 <sup>21</sup>	10	3
Offerta insufficiente		
<i>In passato, nell'ambito della pianificazione del fabbisogno, nel Cantone è già stata riscontrata un'offerta insufficiente in determinati settori? (numero di Cantoni)</i>		
Sì	No	Non valutabile
11 <sup>22</sup>	9	5
<i>Si prevede che in futuro gli ospedali del Cantone potrebbero trovarsi in una situazione di offerta insufficiente?</i>		
Sì	No	Non valutabile
15 <sup>23</sup>	7	3

Fonte: rappresentazione propria basata sui dati forniti dai Cantoni (sondaggio dell'UFSP, 2025)

### 3.5.2 Strumenti contro l'offerta eccedentaria

<sup>20</sup> In questo contesto viene menzionato in particolare il settore della chirurgia dell'apparato locomotore (5 Cantoni).

<sup>21</sup> In questo contesto vengono menzionati in particolare il settore della chirurgia dell'apparato locomotore (9 Cantoni) e della cardiocirurgia (5 Cantoni).

<sup>22</sup> In questo contesto viene menzionato in particolare il settore della psichiatria (9 Cantoni).

<sup>23</sup> In questo contesto vengono menzionati in particolare il settore della psichiatria (9 Cantoni), delle cure di base e di emergenza (6 Cantoni) e della pediatria (3 Cantoni). Inoltre, diversi Cantoni indicano che il progressivo invecchiamento della popolazione potrebbe portare a un'offerta insufficiente in tutti i settori ai quali si ricorre maggiormente con l'avanzare dell'età.

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Una pianificazione ospedaliera accurata è il primo – e più efficace – strumento per prevenire o ridurre un'eventuale offerta eccedentaria. Il contenimento dei costi e, in particolare, la riduzione delle sovracapacità rientrano tra gli obiettivi primari della pianificazione ospedaliera. Come già illustrato al punto 3.2.3, i modelli di previsione utilizzati prevedono correzioni nella fase di determinazione del fabbisogno, in particolare in presenza di un'eventuale offerta eccedentaria. Nel modello di previsione dell'Obsan si tiene conto di questa circostanza grazie a diversi scenari per equiparare i tassi di ospedalizzazione. A seconda dello scenario, si applicano ipotesi diverse per quanto riguarda l'allineamento dei tassi cantonali ai tassi di ospedalizzazione nazionali per sesso, fascia d'età e GPPO (Füglister-Dousse/Fischer/Spiess/Tuch/Roth/Jörg 2024: 24). Anche il modello zurighese segue un approccio simile e corregge l'eventuale offerta eccedentaria cantonale allineando alla media svizzera i tassi di ospedalizzazione e la durata media di degenza per GPPO e fascia d'età (GDZH 2021: 85).

Nella fase di attribuzione dei mandati di prestazioni, nella scelta dei fornitori i Cantoni devono prestare attenzione in particolare al potenziale di concentrazione delle prestazioni (art. 58d cpv. 4 OAMal, cfr. sopra al punto 3.3.6), il che porta a una concentrazione orizzontale e verticale dei mandati di prestazioni stazionari e quindi a un'offerta più efficiente. In questo contesto, l'offerta disponibile viene regolata con il numero di mandati di prestazioni assegnati per ogni GPPO, cercando in questo modo di ridurre le sovracapacità o di impedirne la formazione.

Inoltre, secondo l'articolo 58a capoverso 2 OAMal, viene effettuata una verifica periodica della pianificazione ospedaliera, anche al fine di individuare tempestivamente e correggere un'eventuale offerta inappropriata che si stia delineando. La pianificazione è un processo che deve essere periodicamente aggiornato e adattato alle nuove condizioni affinché possa raggiungere il suo obiettivo legale, ovvero un'offerta intesa a coprire il fabbisogno (UFSP 2008: 7).

Secondo le raccomandazioni della CDS (CDS 2025: 19 seg.; Raccomandazione 8 sulla gestione dei volumi), i Cantoni possono inoltre adottare misure specifiche per evitare trattamenti stazionari non indicati dal punto di vista medico, aumenti sproporzionati dei volumi o sovracapacità. Possibili punti di partenza per tali strumenti sono, per esempio, la definizione di un budget annuale per il volume complessivo delle remunerazioni del Cantone, numeri massimi di casi, l'obbligo di autorizzazione per gli investimenti di ampliamento o il controllo dell'aumento del numero di posti letto. Tali strumenti di gestione dei volumi devono tuttavia essere utilizzati con moderazione, poiché possono comportare una (eccessiva) riduzione dell'offerta e di conseguenza un razionamento e una limitazione della concorrenza.

Il Tribunale federale ha ritenuto ammissibile la gestione dei volumi (DTF 138 II 398 consid. 3.5.2 e 4.1). Il Tribunale amministrativo federale (sentenza C-5017/2015 del 16 gennaio 2019 consid. 6.1, 6.2, 19.3.4, 20.2.1, 21.3.2 e 25.3) ha precisato, per il settore delle cure somatiche acute, che la gestione dei volumi o lo stanziamento globale di bilancio possono essere applicati solo purché non provochino un mantenimento delle strutture e non impediscano ogni concorrenza. La pratica di suddividere sistematicamente il mercato e assegnare a ogni ospedale un numero fisso di prestazioni fa parte del vecchio sistema di finanziamento ospedaliero. Una delimitazione quantitativa sistematica e l'applicazione sistematica di quote impedirebbero la concorrenza richiesta dal nuovo sistema di finanziamento ospedaliero e porterebbero a una pianificazione ospedaliera statica. Come strumento di gestione, quest'ultima deve continuare a essere basata sulle prestazioni e non orientata a una delimitazione quantitativa dei casi. Per evitare il mantenimento di strutture che impediscono la concorrenza, è quindi necessario considerare i fattori che non possono essere influenzati e che richiedono una maggiore flessibilità. Per esempio, la qualità dell'ospedale e i flussi di pazienti nella libera scelta dell'ospedale possono

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

essere citati come possibili motivi per il superamento di volumi di prestazioni limitati. I Cantoni non devono quindi applicare una gestione dei volumi troppo rigida e devono considerare gli aspetti che promuovono una maggiore flessibilità (UFSP 2021: 23). Con questa riserva, i Cantoni hanno a disposizione i seguenti strumenti:

- *Stanziamenti globali di bilancio.* Secondo l'articolo 51 LAMal, quale strumento di gestione delle finanze il Cantone può fissare un importo complessivo per il finanziamento degli ospedali (cpv. 1). Il Cantone sente dapprima i fornitori di prestazioni e gli assicuratori (cpv. 2). Secondo l'articolo 58f capoverso 6 OAMal i Cantoni possono prevedere nei mandati di prestazioni per gli ospedali uno stanziamento globale di bilancio ai sensi dell'articolo 51 LAMal, purché esso non provochi un mantenimento delle strutture e non impedisca ogni concorrenza. Solo due Cantoni indicano, nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, di prevedere stanziamenti globali di bilancio secondo l'articolo 58f capoverso 6 OAMal, segnatamente per tutti gli ospedali figuranti nei loro elenchi cantonali per i settori delle cure somatiche acute, della psichiatria e della riabilitazione. Come vantaggi di un tale sistema, i Cantoni citano la prevedibilità, la sicurezza della pianificazione – sia per le finanze cantonali che per gli ospedali –, le maggiori possibilità di controllo e l'incentivo ad aumentare l'efficienza. La maggior parte dei Cantoni esprime tuttavia un giudizio critico e cita tra gli svantaggi, per esempio, il rischio di offerte inappropriate e di perdita di qualità, la complessità di un sistema di questo tipo (in particolare a causa della necessaria limitazione ai pazienti all'interno del Cantone), la mancanza di flessibilità e le possibili ripercussioni sulla concorrenza.
- *Numeri massimi di casi.* Secondo l'articolo 58f capoverso 6 OAMal i Cantoni possono prevedere nei mandati di prestazioni per gli ospedali di cure somatiche acute (lett. a) e per gli ospedali nei settori della psichiatria e della riabilitazione (lett. b) i volumi massimi delle prestazioni, purché essi non provochino un mantenimento delle strutture e non impediscano ogni concorrenza. Tali numeri massimi di casi sono previsti da 5 Cantoni.
- *Controllo dell'aumento del numero di posti letto.* Secondo l'articolo 58f capoverso 6 lettera b OAMal i Cantoni possono prevedere nei mandati di prestazioni per gli ospedali nei settori della psichiatria e della riabilitazione le capacità massime, purché esse non provochino un mantenimento delle strutture e non impediscano ogni concorrenza. In psichiatria e riabilitazione, l'aumento del numero di posti letto può essere limitato rispetto al numero di posti letto per ospedale considerato al momento della pianificazione ospedaliera (CDS 2025: 20; Raccomandazione 8 sulla gestione dei volumi, commento alla lett. a). Tali controlli dell'aumento del numero di posti letti sono previsti da due Cantoni.

Anche in materia di investimenti i Cantoni possono prevedere delle limitazioni:

- *Obbligo di autorizzazione per gli investimenti di ampliamento.* Secondo le raccomandazioni della CDS, i Cantoni possono prevedere per tutti gli ospedali dell'elenco un obbligo di autorizzazione per gli investimenti di ampliamento, ossia gli investimenti che comportano un aumento delle capacità (CDS 2025: 20; Raccomandazione 8 sulla gestione dei volumi, commento alla lett. a). Nel quadro del sondaggio dell'UFSP, un Cantone indica di prevedere un tale obbligo di autorizzazione.
- *Acquisto di grandi apparecchiature.* Secondo le raccomandazioni della CDS, il mandato di prestazioni può contenere requisiti relativi al rispetto della pianificazione cantonale in materia di apparecchiature. A tal proposito occorre distinguere tra investimenti di sostituzione e acquisti correnti fino a un determinato valore, che gli ospedali possono effettuare di propria competenza, e acquisti di apparecchiature di una certa entità che può essere di interesse pubblico influenzare (CDS 2025: 20;



## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Raccomandazione 8 sulla gestione dei volumi, lett. e). Due Cantoni dichiarano di prevedere un controllo dell'acquisto di apparecchiature di una certa entità.

Inoltre, in tutta la Svizzera si applicano le seguenti disposizioni:

- *Divieto di incentivi economici controproducenti.* Secondo l'articolo 58f capoverso 7 OAMal, i Cantoni prevedono che i mandati di prestazioni per gli ospedali contengano come onere il divieto dei sistemi di incentivi economici che portano a un aumento del volume delle prestazioni ingiustificato dal punto di vista medico a carico dell'AOMS o all'elusione dell'obbligo di ammissione ai sensi dell'articolo 41a LAMal. Si deve quindi impedire, per esempio, che i medici siano influenzati nelle loro decisioni relative alle cure stazionarie da incentivi economici inappropriati (UFSP 2021: 24).
- *Limitazione delle prestazioni stazionarie in caso di fornitura equivalente di prestazioni ambulatoriali.* Secondo le raccomandazioni della CDS, la fornitura di prestazioni stazionarie può essere limitata nei casi in cui la fornitura di prestazioni ambulatoriali sia generalmente più efficace, appropriata ed economica. Sistemi di finanziamento diversi e non coordinati tra loro nei settori di cura stazionario e ambulatoriale possono indurre gli ospedali a decidersi per ospedalizzazioni non indicate dal punto di vista medico al fine di ottenere una remunerazione più lucrativa. Nella misura in cui tali sviluppi non sono limitati o resi impossibili dalla legislazione federale, i Cantoni possono disporre limitazioni adeguate (CDS 2025: 20 e 22; Raccomandazione 8 sulla gestione dei volumi, lett. f e commento alla lett. f). Come illustrato al punto 3.2.3, in questo contesto occorre prestare particolare attenzione alla regolamentazione «ambulatoriale prima di stazionario» (AvS) di cui all'articolo 3c e all'allegato 1a OPre. Questa regolamentazione definisce 18 gruppi di interventi elettivi, cioè non urgenti, per i quali l'AOMS rimborsa solo l'esecuzione ambulatoriale, a meno che circostanze particolari non richiedano un'esecuzione stazionaria. Il potenziale di trasferimento che ne deriva confluisce nella previsione del fabbisogno del modello di previsione dell'Obsan.
- *Misurazione della qualità dell'indicazione.* La qualità dell'indicazione indica l'adeguatezza e la necessità degli interventi medici. Gli indicatori relativi alla qualità dell'indicazione contribuiscono quindi in modo importante alla prevenzione di un'offerta eccedentaria. Secondo le raccomandazioni della CDS, i Cantoni possono stabilire direttive relative agli oneri richiesti per la documentazione della qualità dell'indicazione (CDS 2025: 15; Raccomandazione 5 sulla qualità, lett. c). Da alcuni anni sono in corso iniziative volte a ottenere una misurazione affidabile della qualità dell'indicazione sulla base di dati di routine, al fine di individuare le sovracapacità e, su questa base, poter introdurre misure adeguate per la gestione e la valutazione dell'assistenza sanitaria (CDS 2020: 7).

Nell'ambito del programma di contenimento dei costi del Consiglio federale, basato sul rapporto degli esperti del 24 agosto 2017, sono previste diverse misure per promuovere e migliorare la qualità dell'indicazione. Tra queste figurano l'introduzione e la promozione di riunioni consiliari mediche / riunioni consiliari per valutare le indicazioni per prevenire trattamenti non necessari (M11; EG «Kostendämpfungsmassnahmen» 2017: 47-49), la promozione di linee guida terapeutiche o raccomandazioni per la diagnosi e il trattamento di malattie (M12; EG «Kostendämpfungsmassnahmen» 2017: 49-51; l'attuazione avviene in parte nell'ambito del controprogetto indiretto all'iniziativa per un freno ai costi) e la promozione della richiesta della seconda opinione per migliorare la qualità dell'indicazione e ridurre i costi inutili (M13; EG «Kostendämpfungsmassnahmen» 2017: 51-52).

- *Ulteriori misure.* Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, i Cantoni citano come ulteriori possibili strumenti per prevenire o ridurre un'offerta eccedentaria per esempio anche la sensibilizzazione e l'informazione negli ospedali.

### 3.5.3 Strumenti contro l'offerta insufficiente

Anche in questo caso, una pianificazione ospedaliera accurata è il primo e più efficace strumento per prevenire o ridurre un'eventuale offerta insufficiente. Se è presente o si prospetta un'offerta insufficiente in un determinato settore di prestazioni, è possibile inserire nell'elenco altri ospedali (eventualmente anche extracantonali) o ampliare di conseguenza i mandati di prestazioni degli ospedali già figuranti nell'elenco.

Quali ulteriori misure specifiche i Cantoni citano in particolare le seguenti:

- misure contro la carenza di personale qualificato, tra cui l'attuazione dell'iniziativa sulle cure infermieristiche, ma anche programmi specifici per la formazione dei medici;
- misure di sostegno finanziario, per esempio garanzia per un rischio di insolvenza in progetti infrastrutturali, sovvenzioni, concessione di prestiti o altre forme di immissione di liquidità;
- ricerca di modelli alternativi, per esempio impiego di team mobili o collaborazione temporanea con altri fornitori di prestazioni;
- informazione e collaborazione con le associazioni specialistiche;
- informazione e collaborazione nell'ambito del coordinamento intercantonale.

### 3.5.4 Utilizzo delle capacità degli ospedali dell'elenco

Nella pubblicazione dell'UFSP «Cifre chiave degli ospedali svizzeri» vengono pubblicate ogni anno informazioni su tutti gli ospedali<sup>24</sup>. Le informazioni si basano sui dati della KS e della SM e forniscono una panoramica su struttura, pazienti, prestazioni, offerta, personale e situazione finanziaria degli ospedali, nonché sulla gravità media delle patologie che hanno richiesto un'ospedalizzazione acuta. In questa pubblicazione vengono riportati annualmente per ogni ospedale svizzero il numero di posti letto e il loro tasso di occupazione nel settore stazionario. Ogni primavera vengono pubblicati i dati relativi a due anni prima.

Secondo le informazioni fornite dai Cantoni nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, l'utilizzo delle capacità degli ospedali e in particolare il tasso di occupazione dei posti letti rivestono un'importanza piuttosto secondaria per la pianificazione ospedaliera. L'utilizzo delle capacità di un ospedale dell'elenco è molto dinamico e dipende da molti fattori, come per esempio le risorse di personale o le fluttuazioni stagionali della domanda. Il numero di posti letto non è necessariamente significativo, poiché molti ospedali hanno difficoltà a mantenere le loro capacità a causa della carenza di personale qualificato. Di conseguenza, il numero di posti letto gestiti negli ospedali dell'elenco viene generalmente adattato alle circostanze in modo flessibile.

Inoltre, con la revisione della LAMal del 21 dicembre 2007 e la corrispondente modifica dell'OAMal del 22 ottobre 2008, è stato introdotto un cambiamento di sistema verso un finanziamento ospedaliero basato sulle prestazioni con importi forfettari per caso. Nel quadro di una pianificazione ospedaliera riferita alle prestazioni, vengono ora privilegiati i dati relativi alle prestazioni, come i dati relativi ai casi o alle diagnosi, e non più, come nel quadro di una pianificazione riferita alle capacità, i dati operativi come la durata di degenza o l'occupazione dei posti letto. Nelle cure somatiche acute la pianificazione è riferita alle prestazioni (art. 58c cpv. a OAMal). Anche in psichiatria e riabilitazione (art. 58c lett. b

---

<sup>24</sup> [www.ufsp.admin.ch](http://www.ufsp.admin.ch) > Servizi > Dati & statistiche > Fatti & cifre sugli ospedali > Cifre chiave degli ospedali svizzeri

OAMal) quasi tutti i Cantoni attuano in linea di principio una pianificazione riferita alle prestazioni (cfr. sopra al punto 3.2.1).

L'utilizzo delle capacità degli ospedali non viene quindi preso direttamente in considerazione dalla maggior parte dei Cantoni e tutt'al più confluisce in modo indiretto nella determinazione del fabbisogno o nel modello di pianificazione, per esempio come indizio di una possibile offerta inadeguata. Per esempio, un tasso di occupazione dei posti letto molto elevato, così come lunghi tempi di attesa, possono indicare un'offerta insufficiente a livello cantonale, che deve poi essere corretta nel modello di previsione (GDZH 2021: 85).

### 3.6 Conclusioni e necessità di intervento

Come illustrato sopra, in risposta al postulato 19.3423 CSSS-N il Consiglio federale ha esaminato in modo approfondito i modelli e i processi utilizzati nell'ambito della pianificazione ospedaliera cantonale. Sulla base di questa analisi, qui di seguito vengono identificati i principali risultati, le sfide e le potenzialità in questo settore.

#### 3.6.1 Disposizioni generali

Negli ultimi anni sono stati compiuti notevoli sforzi per uniformare le diverse prassi cantonali nel settore della pianificazione ospedaliera. Ciò è avvenuto da un lato a livello federale con l'ulteriore sviluppo dei criteri di pianificazione nel 2021 e dall'altro a livello intercantonale con l'aggiornamento delle raccomandazioni della CDS nel 2022 e nel 2025. La stragrande maggioranza dei Cantoni ha già potuto attuare questi criteri di pianificazione ulteriormente sviluppati e le raccomandazioni della CDS. Questi strumenti non solo promuovono l'armonizzazione attraverso la definizione di requisiti minimi, ma favoriscono anche la chiarezza e la trasparenza della procedura.

#### 3.6.2 Determinazione del fabbisogno

##### Sistematica di pianificazione

Le numerose prestazioni mediche devono essere classificate ai fini della pianificazione. Nel settore delle cure somatiche acute, tutti i Cantoni utilizzano il piano GPPO Cure somatiche acute del Cantone di Zurigo raccomandato dalla CDS, ma in alcuni punti possono derogare a requisiti specifici delle prestazioni. Anche nel settore della riabilitazione, negli ultimi anni sono state gettate le basi per una certa armonizzazione e per il coordinamento della pianificazione cantonale. Nel settore psichiatrico, invece, vengono seguiti approcci molto diversi. In questo contesto sarebbe auspicabile un'ulteriore armonizzazione della sistematica di pianificazione. Circa un quarto dei Cantoni indica espressamente nel sondaggio dell'UFSP che un'armonizzazione delle diverse sistematiche di pianificazione faciliterebbe il coordinamento intercantonale.

*Necessità di intervento nell'ambito della sistematica di pianificazione: raccomandazione ai Cantoni di portare avanti l'armonizzazione già avviata della sistematica per gruppi di prestazioni – compresi i requisiti, generali e specifici per i gruppi di prestazioni, richiesti ai fornitori di prestazioni – in particolare:*

- *cure somatiche acute: verificare se le deroghe cantonali ad alcuni punti dei requisiti specifici delle prestazioni nel piano GPPO siano necessarie o giustificate e, a questo proposito, verificare anche se il quadro esistente consenta la partecipazione o il coinvolgimento di tutti i Cantoni nell'ulteriore sviluppo del piano GPPO, il che favorirebbe l'accettazione di tali sviluppi;*

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

- *psichiatria: portare avanti lo sviluppo di un piano GPPO uniforme;*
- *riabilitazione: portare avanti l'operazionalizzazione e l'utilizzo di un piano GPPO uniforme.*

### Modelli di previsione per la determinazione del fabbisogno

Per determinare il fabbisogno nella loro pianificazione ospedaliera, la stragrande maggioranza dei Cantoni utilizza il modello di previsione dell'Obsan o quello del Cantone di Zurigo, che presentano una metodologia simile. Entrambi i modelli di previsione si basano infatti su dati e confronti statisticamente provati (SM, KS, STATPOP) e tengono conto dei fattori d'influenza rilevanti per la previsione del fabbisogno (sviluppi demografici, epidemiologici, medico-tecnici ed economici, nonché correzioni di eventuali offerte inappropriate). In questo contesto viene effettuata anche un'analisi approfondita dei flussi di pazienti basata sui dati della SM e vengono calcolati in particolare indicatori che consentono di illustrare le interdipendenze tra i sistemi di assistenza cantonali.

Diversi Cantoni dichiarano, nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, che l'utilizzo di un modello uniforme consentirebbe un migliore coordinamento intercantonale.

Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP è stato tra l'altro chiesto ai Cantoni anche quali altri dati o informazioni, ai quali oggi non hanno accesso, li aiuterebbero a migliorare la determinazione del fabbisogno. Undici Cantoni hanno segnalato la necessità di dati affidabili sul ricorso alle prestazioni ambulatoriali (dati singoli degli ambulatori ospedalieri, suddivisi per GPPO; accesso e utilizzo sistematico dei dati SASIS; dati sull'evoluzione del trasferimento verso il settore ambulatoriale; statistiche sui casi AvS di cui all'art. 3c e all'all. 1a OPre), soprattutto per valutare meglio le offerte sostitutive ambulatoriali.

In alcuni casi è stata menzionata anche la necessità di ulteriori dati o informazioni: l'integrazione o il collegamento dei diversi set di dati (SM, SOMED, PSA, MAS ecc.) con i modelli di previsione; il numero di posti letto gestiti; i tempi di attesa per settore specialistico; dati sugli sviluppi medico-tecnici ed epidemiologici a livello nazionale che consentirebbero anche di trarre conclusioni a livello cantonale; nonché indicatori sulle degenze evitabili.

Come affermato dal Consiglio federale nel suo rapporto in adempimento al postulato Humbel 15.4225 «Utilizzare meglio i dati medici per un'assistenza sanitaria efficiente e di alta qualità», oggi è urgente migliorare la disponibilità e l'utilizzabilità di dati sanitari, per la ricerca e anche per la pianificazione e la gestione del sistema sanitario. In questo contesto, il programma DigiSanté mira a promuovere la creazione di un sistema sanitario digitale in cui tutti i dati rilevanti possano essere scambiati senza soluzione di continuità e letti da tutti i sistemi. Lo spazio svizzero dei dati sanitari (SwissHDS) costituisce l'elemento centrale di DigiSanté. L'obiettivo è quello di avere uno spazio dei dati che sia utile per l'assistenza sanitaria, sia attuabile e rafforzi la capacità innovativa del settore. Con una durata di 10 anni e l'avvio della fase di attuazione all'inizio del 2025, il programma è ancora agli inizi di questo processo di trasformazione. In questo contesto, dovrebbero tra l'altro essere attuate misure volte, da un lato, a migliorare l'utilizzo dei dati per la pianificazione e la gestione del sistema sanitario da parte delle autorità e degli attori coinvolti e, dall'altro, a migliorare l'accesso ai dati rilevanti per la salute da parte dei ricercatori del mondo accademico e dell'economia privata.

*Necessità di intervento nell'ambito della determinazione del fabbisogno: raccomandazione ai Cantoni di verificare:*

- *se sarebbe opportuno elaborare un modello di previsione uniforme a livello nazionale;*

- *quali dati aggiuntivi o quali basi di dati, in particolare relativi al settore ambulatoriale, consentirebbero di migliorare la determinazione del fabbisogno.*

### Considerazione del settore ambulatoriale ospedaliero

Il 24 novembre 2024 il popolo ha accettato la modifica della LAMal per il finanziamento uniforme delle prestazioni (cfr. sotto al punto 4.4). Poiché con la riforma i Cantoni e gli assicuratori-malattie finanzieranno congiuntamente tutte le prestazioni, aumenterà per entrambi l'incentivo a promuovere il trattamento più appropriato dal punto di vista medico e più conveniente. Inoltre, il nuovo sistema tariffale globale per le prestazioni mediche ambulatoriali (struttura tariffale per singola prestazione, TARDOC, e struttura tariffale forfettaria per paziente, importi forfettari nel settore ambulatoriale) entrerà in vigore il 1° gennaio 2026 e sostituirà la struttura tariffale TARMED, che da circa 20 anni non è stata sottoposta a una revisione approfondita.

Ciò dovrebbe, tra le altre cose, promuovere il trasferimento delle prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale e incrementare l'importanza del settore ambulatoriale ospedaliero e non ospedaliero. In questo contesto, numerosi Cantoni si sono espressi nell'ambito del sondaggio dell'UFSP a favore di una maggiore considerazione del settore ambulatoriale ospedaliero nella pianificazione ospedaliera e, in alcuni casi, addirittura a favore dell'integrazione della pianificazione ospedaliera in una pianificazione globale dell'assistenza sanitaria.

Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, alcuni Cantoni fanno notare inoltre che alcuni importanti incentivi per un cambiamento strutturale – in particolare nell'ottica dell'auspicata ambulatorializzazione – risiedono nelle strutture tariffali, sulle quali i Cantoni non hanno alcuna influenza. Sarebbe necessario un obiettivo comune per i principali attori così da armonizzare meglio gli elementi esistenti del sistema complessivo, compresi i sistemi di incentivazione e la pianificazione ospedaliera. A questo proposito, il Consiglio federale ritiene che le riforme menzionate all'inizio (finanziamento uniforme delle prestazioni e nuovo sistema tariffale globale per le prestazioni mediche ambulatoriali) abbiano eliminato importanti incentivi controproducenti. Ciò ha migliorato notevolmente le condizioni quadro, in particolare per quanto riguarda l'auspicato trasferimento dalle prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale.

*Necessità di intervento nel settore ambulatoriale ospedaliero: raccomandazione ai Cantoni di verificare se sia opportuno tenere in maggior considerazione nella pianificazione ospedaliera l'evoluzione nel settore ambulatoriale ospedaliero per determinare il fabbisogno stazionario, e in che modo ciò potrebbe essere realizzato.*

### 3.6.3 Attribuzione dei mandati di prestazioni

Dopo aver accuratamente determinato il fabbisogno, il Cantone deve valutare e selezionare i fornitori di prestazioni. I criteri per l'attribuzione dei mandati di prestazioni sono stati precisati sia nella giurisprudenza che nel diritto federale: nella selezione, i Cantoni devono tenere conto in particolare dell'economicità e della qualità della fornitura di prestazioni, nonché dell'accesso dei pazienti alle cure entro un termine utile. Secondo la giurisprudenza costante, si tratta di una decisione di natura prevalentemente politica, per la quale le autorità competenti dispongono di un ampio margine di discrezionalità.

Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, circa un quarto dei Cantoni si è detto espressamente a favore di un'ulteriore definizione a livello federale dei criteri esistenti per l'attribuzione dei mandati di prestazioni,

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

per esempio tramite raccomandazioni e valori di riferimento specialistici. Ciò consentirebbe da un lato di armonizzare la prassi dei Cantoni e dall'altro di chiarire la situazione, in particolare alla luce dei ricorsi presentati al Tribunale amministrativo federale.

Secondo uno studio dell'Obsan sul panorama ospedaliero, tra il 2013 e il 2023 si osserva una crescente concentrazione delle prestazioni ospedaliere nelle cure somatiche acute. In 19 dei 24 settori di prestazioni per la pianificazione ospedaliera (SPPO) si riscontrano chiare tendenze alla concentrazione. La concentrazione osservata è dovuta, da un lato, alla riduzione del numero di ospedali e, dall'altro, alla crescente specializzazione degli stessi, anche se è difficile stabilire con certezza cause ed effetti delle singole misure (Jörg/Fischer/Tuch/Haldimann 2025).

Nel confronto internazionale, con 4,37 posti letto ospedalieri ogni 1000 abitanti nel 2023, la Svizzera si colloca al di sotto della media europea<sup>25</sup>. Anche nel confronto OCSE la Svizzera si colloca a metà classifica (OECD 2025: 117)<sup>26</sup>. Tali confronti vanno tuttavia considerati con cautela, poiché il numero di posti letto ospedalieri dipende in modo determinante dal fabbisogno di prestazioni mediche, in particolare di prestazioni stazionarie, e dall'organizzazione dell'assistenza medica. Tale fabbisogno è a sua volta fortemente influenzato dalla struttura demografica (p. es. età), ma anche da altri fattori di rischio specifici del Paese (p. es. consumo di alcol e tabacco, inquinamento atmosferico, attività del tempo libero), che non risultano evidenti in confronti di questo tipo. Per un confronto significativo, occorrerebbe inoltre considerare non solo il numero di posti letto, ma anche la qualità dell'assistenza stazionaria (p. es. accessibilità, tempi di attesa, soddisfazione dei pazienti, mortalità...) <sup>27</sup>. Anche la topografia specifica di ciascun Paese ricopre un ruolo importante nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria. Infine, questo dato dovrebbe essere analizzato anche nel contesto del rispettivo sistema sanitario (p. es. struttura del sistema di finanziamento e tariffario, grado di ambulatorializzazione, gamma di prestazioni ecc.).

### Accesso alle cure entro un termine utile

Il criterio dell'accesso dei pazienti alle cure entro un termine utile richiede una valutazione delle cure necessarie. Ne consegue, in linea di principio, che le prestazioni frequenti e/o urgenti devono essere pianificate in prossimità del luogo di residenza, mentre per le prestazioni rare o non urgenti sono accettabili distanze maggiori e le prestazioni possono quindi essere concentrate. Per la valutazione di questo criterio possono essere utilizzati modelli specifici per il calcolo dell'accessibilità adeguata.

Per motivi di raggiungibilità, il Cantone può applicare diversi valori di riferimento in base al tipo di prestazione. In questo contesto, nell'ambito del sondaggio dell'UFSP alcuni Cantoni si sono espressi a favore della definizione di valori di riferimento minimi (p. es. per quanto riguarda la raggiungibilità per specialità o la raggiungibilità per una percentuale della popolazione da definire).

---

<sup>25</sup> La media UE per il 2023 è di 5,11 posti letto ospedalieri ogni 1000 abitanti (fonte: Eurostat, cfr. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00046/default/table?lang=en&category=t\\_hlth.t\\_hlth\\_care.t\\_hlth\\_care](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00046/default/table?lang=en&category=t_hlth.t_hlth_care.t_hlth_care)).

<sup>26</sup> Secondo la pubblicazione dell'OCSE, la Svizzera conta 4,4 posti letto ospedalieri ogni 1000 abitanti, mentre la media OCSE è di 4,2 posti letto ospedalieri ogni 1000 abitanti per il 2023. Inoltre, con un tasso di occupazione dei posti letto dell'81 %, la Svizzera è nettamente al di sopra della media OCSE che si attesta al 71 % (OECD 2025: 117).

<sup>27</sup> La pubblicazione dell'OCSE elenca tali indicatori (OECD 2025).

*Necessità di intervento nell'ambito della raggiungibilità: raccomandazione ai Cantoni di verificare se sia appropriato definire a livello nazionale valori di riferimento minimi per la raggiungibilità.*

### Economicità

Secondo l'articolo 58d capoverso 1 OAMal, la valutazione dell'economicità degli ospedali è effettuata segnatamente mediante confronti dei costi corretti per il grado di gravità. La correzione del grado di gravità delle prestazioni ospedaliere consente di confrontare tra loro i costi per caso di tutti gli ospedali. Negli ultimi anni sono state intraprese numerose iniziative per determinare questi dati secondo un metodo uniforme e renderli facilmente accessibili. Per esempio, l'impiego dei modelli di presentazione dei conti e di determinazione delle tariffe REKOLE e ITAR\_K si è affermato negli ospedali. I Cantoni effettuano la successiva elaborazione e il trattamento dei dati degli ospedali secondo una metodologia uniforme a livello nazionale. In seguito, l'UFSP pubblica, secondo un piano comune con i Cantoni, i costi per caso come possibile strumento di verifica dell'economicità.

In questo contesto occorre tuttavia tenere presente che la remunerazione tramite importi forfettari (p. es. struttura tariffale SwissDRG) comporta, per motivi legati al sistema, imprecisioni nella rappresentazione di determinate prestazioni. Le differenze di costo regionali e dovute a ragioni organizzative non sono pienamente considerate nei costi corretti per il grado di gravità, il che riduce la significatività di questo strumento.

Questa questione è stata approfondita nell'ambito di lavori di ricerca. Si è per esempio esaminato quali variabili strutturali degli ospedali possono spiegare le differenze di costo tra le strutture. L'obiettivo è quello di poter distinguere tra differenze di costo giustificate da un lato e differenze di costo dovute a inefficienze dall'altro. Un tale approccio consentirebbe di inquadrare meglio le differenze di costo esistenti tra gli ospedali e di tenere conto, nel confronto, delle differenze di costo strutturali e giustificate (Havranek/Ondrej/Bollmann/Widmer/Spika/Boes 2022; Havranek/Ondrej/Bollmann/Widmer/Spika/Boes 2023).

Come menzionato anche più sotto al punto 4.3, nell'ambito della determinazione delle tariffe e della valutazione dell'efficienza, i partner tariffali e i Cantoni stanno lavorando allo sviluppo di una metodologia uniforme a livello nazionale per un confronto adeguato dell'efficienza degli ospedali. Questi lavori sono seguiti dalla Confederazione e prevedono una regolamentazione uniforme a livello federale. Pertanto, al momento non è necessario intervenire ulteriormente in questo settore.

### Qualità

Anche il criterio della qualità è stato precisato in modo dettagliato con la modifica dell'OAMal del 23 giugno 2021. L'articolo 58d capoverso 2 OAMal contiene i requisiti minimi di qualità applicabili in tutta la Svizzera per l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni. I Cantoni possono stabilire anche ulteriori requisiti minimi. Nel piano GPPO sono spesso già definiti numerosi requisiti strutturali, procedurali e di personale per i singoli GPPO. I numeri minimi di casi fanno anche parte dei requisiti specifici delle prestazioni del piano GPPO e come tali vengono applicati dalla maggior parte dei Cantoni.

Sebbene questi sforzi siano solo all'inizio, negli ultimi anni si sono registrati sviluppi positivi per misurare la qualità degli ospedali e consentire confronti. Secondo l'articolo 58d capoverso 3 OAMal, i risultati delle misurazioni della qualità condotte su scala nazionale possono per esempio essere utilizzati come criteri di selezione degli istituti; la maggior parte dei Cantoni si avvale di questa possibilità. Secondo l'articolo 58a LAMal, poi, dal 2021 le federazioni dei fornitori di prestazioni e degli assicuratori

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

sono tenute a concludere convenzioni sullo sviluppo della qualità (convenzioni sulla qualità) valide per tutta la Svizzera. Inoltre, sulla base dell'articolo 59a LAMal, l'UFSP pubblica indicatori della qualità nel settore ospedaliero che consentono un confronto sistematico della qualità dei risultati degli ospedali per cure acute.

Sebbene attualmente ci si basi sulla dimostrazione del rispetto dei requisiti di qualità strutturale e di processo, per il futuro si punta in parte a una valutazione tramite indicatori di qualità dei risultati (p. es. nel Cantone di Zurigo nel settore delle cure somatiche acute). Con la creazione e l'utilizzo di indicatori più specifici, adattati ai rispettivi settori, la gestione tramite numeri minimi di casi dovrebbe potenzialmente diventare meno rilevante (GDZH 2021: 51).

### Necessità di intervento nell'ambito della qualità: raccomandazione ai Cantoni di verificare

- come sia possibile attuare una definizione uniforme a livello nazionale di valori di riferimento (numeri minimi di casi inclusi) per la valutazione della qualità;
- come sia possibile promuovere ulteriormente la comparabilità della qualità degli ospedali mediante indicatori di qualità uniformi a livello nazionale;
- se sia opportuna una valutazione tramite indicatori di qualità dei risultati e come dovrebbe essere strutturata tale valutazione.

## 3.6.4 Procedura

### Intervalli di pianificazione

Gli intervalli di pianificazione variano notevolmente da un Cantone all'altro e sono compresi tra circa 4 e 15 anni. Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, un quarto dei Cantoni ha indicato che i diversi orizzonti di pianificazione rappresentano un ostacolo significativo per un efficace coordinamento intercantonale. Già nel rapporto esplicativo sulla modifica dell'OAMal del 23 giugno 2021 è stato osservato che più i Cantoni coordinano le loro pianificazioni anche sul piano temporale, maggiore è il loro margine di manovra per sfruttare in misura ottimale il potenziale delle cure extracantonali, ad esempio grazie a una maggiore flessibilità nella concentrazione di gruppi di prestazioni o alla creazione di offerte sovracantonali (UFSP 2021: 20-21). In questo contesto, un certo coordinamento temporale è indispensabile per il coordinamento dei contenuti.

Necessità di intervento nell'ambito degli intervalli di pianificazione: raccomandazione ai Cantoni di elaborare possibili approcci per un migliore coordinamento temporale delle loro pianificazioni ospedaliere, per esempio nell'ambito di regioni di assistenza più ampie.

### Procedura di pianificazione ospedaliera

Negli ultimi vent'anni la procedura di pianificazione ospedaliera si è notevolmente professionalizzata. I criteri per l'attribuzione dei mandati di prestazioni sono per esempio stati precisati sia nella giurisprudenza che nel diritto federale. Inoltre, gli aspetti di diritto procedurale hanno acquisito maggiore importanza. La procedura di candidatura è quindi diventata parte integrante del processo. In questo contesto deve essere garantito il diritto di audizione ai fornitori di prestazioni che presentano la loro candidatura. Inoltre, è necessario un coordinamento con i Cantoni sulla cui situazione del fabbisogno tali misure potrebbero andare a incidere. Contro le decisioni relative agli elenchi degli ospedali possono



## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

presentare ricorso al Tribunale amministrativo federale gli ospedali interessati e ora anche le associazioni di assicuratori.

In questo contesto diversi Cantoni, soprattutto di piccole dimensioni, hanno segnalato nell'ambito del sondaggio dell'UFSP che il processo di pianificazione ospedaliera richiede molte risorse. Un quarto dei Cantoni segnala inoltre che i ricorsi al Tribunale amministrativo federale generano grandi incertezze e in alcuni casi rallentano notevolmente il processo di pianificazione ospedaliera.

Come menzionato anche più sotto al punto 4.5, la pianificazione ospedaliera deve tenere conto di interessi diversi, in parte in contraddizione tra loro. Da un lato, le condizioni quadro qui applicabili devono garantire la flessibilità necessaria per consentire la considerazione e la ponderazione delle diverse situazioni di partenza ed esigenze e dei diversi sviluppi nel settore sanitario; per decisioni politiche così complesse è indispensabile un ampio margine di manovra. Dall'altro, la pianificazione ospedaliera deve essere comprensibile ed efficace; ciò richiede la definizione di criteri oggettivi, la loro armonizzazione e il controllo del loro rispetto.

Il Consiglio federale ritiene che le norme vigenti in materia di procedura tengano adeguatamente conto di questa difficile situazione iniziale. Nell'interesse della trasparenza e dell'efficacia, la Confederazione e i Tribunali hanno in parte precisato i criteri per l'attribuzione dei mandati di prestazioni. Inoltre, le decisioni in materia di pianificazione ospedaliera sono soggette a un controllo giudiziario. I Cantoni continuano tuttavia a essere liberi di determinare l'esatta definizione e ponderazione dei criteri di attribuzione. Questo ampio margine di discrezionalità da parte dei Cantoni è preservato anche nei procedimenti giudiziari. In questo settore il Tribunale amministrativo federale non può quindi verificare l'adeguatezza delle decisioni (cognizione limitata); possono essere contestati solo la violazione del diritto federale, compresi l'abuso, l'eccesso di discrezionalità o il divieto d'arbitrio (art. 9 Cost.) e l'accertamento errato o incompleto dei fatti.

### 3.6.5 Offerta eccedentaria o insufficiente

Una pianificazione ospedaliera accurata è lo strumento più efficace per prevenire o ridurre un'eventuale offerta eccedentaria. I modelli di previsione utilizzati nella fase di determinazione del fabbisogno prevedono infatti correzioni, in particolare in presenza di un'eventuale offerta eccedentaria. Successivamente, nell'attribuzione dei mandati di prestazioni, occorre tenere conto del potenziale di concentrazione delle prestazioni. Il diritto di ricorso delle associazioni di assicuratori potrebbe, a questo proposito, conferire a questo criterio una maggiore importanza pratica. Infine, i Cantoni sono tenuti a effettuare una verifica periodica della pianificazione ospedaliera, anche al fine di individuare tempestivamente e correggere un'eventuale offerta inappropriata che si stia delineando.

I Cantoni possono inoltre adottare misure specifiche contro un'eventuale offerta eccedentaria, in particolare misure di gestione dei volumi. Tali strumenti di gestione dei volumi devono tuttavia essere utilizzati con moderazione, poiché possono comportare una (eccessiva) riduzione dell'offerta e di conseguenza un razionamento e una limitazione della concorrenza. Le attuali disposizioni prevedono anche in tutta la Svizzera il divieto di incentivi economici controproducenti negli ospedali nonché limitazioni delle prestazioni stazionarie in caso di fornitura equivalente di prestazioni ambulatoriali (regolamentazione «ambulatoriale prima di stazionario» [AvS] secondo l'art. 3c e l'allegato 1a OPre).

Nella pratica risulta talvolta difficile determinare in che misura sussista un'offerta inappropriata. Per tenere conto di eventuali offerte inappropriato nella stima del fabbisogno, nei modelli di previsione i valori cantonali vengono confrontati con quelli nazionali e si procede a un allineamento (di norma al ribasso) alla media svizzera, per esempio dei tassi di ospedalizzazione per GPPO e fascia d'età. Tale

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

procedura si basa sul presupposto che la media svizzera corrisponda a un'offerta ottimale, fatto non dimostrato. Si dimentica inoltre che le differenze regionali nell'offerta possono avere molte cause diverse, e l'offerta inappropriata è solo una di esse<sup>28</sup>. Le informazioni sulle differenze regionali nell'offerta forniscono basi importanti per la pianificazione ospedaliera. L'Atlante dell'assistenza sanitaria svizzera, un progetto di cooperazione tra l'UFSP e l'Obsan, documenta le differenze regionali nel ricorso alle prestazioni sanitarie e funge da base per la ricerca sull'assistenza sanitaria e da punto di partenza, per le autorità competenti ai fini della pianificazione e gestione di un'offerta intesa a coprire il fabbisogno<sup>29</sup>. Tuttavia, le cause di tali differenze regionali devono essere studiate in modo approfondito per poterne dedurre le misure adeguate.

Per poter introdurre misure adeguate è indispensabile una valutazione o un'analisi accurata e il più possibile precisa della situazione dell'assistenza sanitaria. In questo contesto, è necessario sviluppare ulteriormente gli strumenti e gli indicatori per individuare le offerte inappropriato. Oltre all'analisi delle differenze regionali nell'offerta sopra menzionata, un altro approccio interessante potrebbe consistere, per esempio, nell'ottenere una misurazione affidabile della qualità dell'indicazione sulla base di dati di routine; sono in corso sforzi anche in tal senso (CDS 2020: 7). La qualità dell'indicazione indica l'adeguatezza e la necessità degli interventi medici. Gli indicatori relativi alla qualità dell'indicazione contribuiscono quindi in modo importante alla prevenzione di un'offerta eccedentaria.

*Necessità di intervento nell'ambito di possibili offerte inappropriato: raccomandazione ai Cantoni di verificare come gli strumenti e gli indicatori per individuare le offerte inappropriato possano essere ulteriormente sviluppati e migliorati. In questo contesto potrebbero essere avviate, per esempio, indagini sulle cause delle differenze regionali nell'offerta oppure l'elaborazione di indicatori della qualità dell'indicazione.*

### 3.6.6 Conclusione

Sulla base della presente analisi, il Consiglio federale constata che per quanto riguarda i modelli e i processi utilizzati nell'ambito della pianificazione ospedaliera cantonale vi è necessità di intervento. Per questo motivo, ha formulato raccomandazioni in tal senso all'indirizzo dei Cantoni.

Un primo passo in questa direzione è rappresentato dalla recente modifica delle raccomandazioni della CDS del 27 novembre 2025. In questo contesto, nella esistente raccomandazione 2 sulla pianificazione ospedaliera intesa a coprire il fabbisogno è stato integrato che i Cantoni elaborano un'analisi del fabbisogno a livello nazionale ogni cinque anni e una previsione nazionale del fabbisogno per le prestazioni mediche stazionarie ogni dieci anni tenendo conto dei flussi di pazienti. Su queste basi, i Cantoni devono sviluppare le loro pianificazioni del fabbisogno (CDS 2025: 9; lett. a). Secondo la CDS, l'analisi e la previsione del fabbisogno a livello nazionale forniranno ai Cantoni basi statistiche uniformi nell'ambito delle loro pianificazioni ospedaliere (CDS 2025: 9; Raccomandazione 2 sulla pianificazione ospedaliera intesa a coprire il fabbisogno, commento alla lett. a).

---

<sup>28</sup> L'Atlante dell'assistenza sanitaria svizzera distingue tra diverse fonti e cause delle variazioni regionali, ovvero: variazioni casuali (incertezza statistica e numero esiguo di casi), variazioni legate ai dati (p. es. diversa qualità dei dati), variazioni legate alla domanda (esigenze e preferenze dei pazienti) e variazioni legate all'offerta (differenze regionali nell'accesso alle cure e nell'offerta quantitativa di prestazioni mediche, nonché differenze nella pratica medica) ([www.versorgungsatlas.ch](http://www.versorgungsatlas.ch) > Methodik > Interpretation des Versorgungsatlas).

<sup>29</sup> [www.versorgungsatlas.ch](http://www.versorgungsatlas.ch)

## **Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale**

È stata inoltre aggiornata anche la raccomandazione 11 sul coordinamento intercantonale della pianificazione ospedaliera e dei flussi di pazienti. Non appena saranno disponibili le basi necessarie, i Cantoni dovranno orientarsi sui bacini di utenza ospedalieri nelle loro pianificazioni ospedaliere per il settore delle cure somatiche acute (cfr. anche punto 5.4.6). In un primo momento, i Cantoni dovranno elaborare un'assegnazione uniforme a livello nazionale dei GPPO ai livelli di assistenza sanitaria di base e specialistica nonché criteri uniformi a livello nazionale per l'attribuzione dei mandati di prestazioni nell'assistenza sanitaria specialistica. In questo contesto, i Cantoni dovranno tenere conto dei flussi di pazienti, dell'analisi e della previsione del fabbisogno a livello nazionale e, in particolare, dei criteri di raggiungibilità, complessità delle prestazioni e numero di casi (CDS 2025: 23-24; Raccomandazione 11 sul coordinamento intercantonale della pianificazione ospedaliera e dei flussi di pazienti], lett. a).

Nei settori della psichiatria e della riabilitazione, al momento opportuno i Cantoni dovranno procedere in modo analogo. A questo proposito, la CDS prevede che anche in questi settori seguiranno classificazioni delle prestazioni mediche a fini di pianificazione, poiché finora un approccio coordinato dei Cantoni sulla base di bacini di utenza ospedalieri è stato possibile solo in misura limitata a causa della mancanza di una sistematica comune (CDS 2025: 25; Raccomandazione 11 sul coordinamento intercantonale della pianificazione ospedaliera e dei flussi di pazienti, commento alla lett. a).

Secondo il comunicato stampa della CDS del 1° dicembre 2025, i lavori di attuazione avranno luogo nei prossimi anni. Il Consiglio federale continuerà a seguirli e deciderà anche su questa base se sarà necessario precisare il quadro giuridico federale relativo alla pianificazione ospedaliera cantonale.

## 4 Molteplicità dei ruoli dei Cantoni

Come indicato nel postulato 15.3464 Cassis, i Cantoni assumono compiti centrali nella pianificazione ospedaliera. Essi sono infatti contemporaneamente autorità decisionali in materia di pianificazione ospedaliera (punto 4.1), in parte (com)proprietari di determinate strutture ospedaliere (punto 4.2), approvano o fissano le tariffe (punto 4.3) e finanziano (per ora) la maggior parte delle prestazioni ospedaliere (punto 4.4). Questi molteplici ruoli sono talvolta criticati aspramente, come nel postulato citato: condurrebbero inesorabilmente a conflitti di interessi e a distorsioni della concorrenza e ridurrebbero l'incentivo al controllo dei costi. Qui di seguito si analizza, per ognuno di questi ruoli, in che misura questo timore sia (per ora) giustificato. Il Consiglio federale trae le sue conclusioni al punto 4.5.

A titolo introduttivo occorre ricordare che il legislatore si è prefissato l'obiettivo sociopolitico di garantire un'assistenza medica solidale, accessibile a tutti e di alta qualità. Le disposizioni normative che ne derivano per i fornitori di prestazioni, i finanziatori delle prestazioni e la formazione dei prezzi rendono impossibile avere nel settore sanitario un regime di concorrenza perfetta.

Il mercato della salute è quindi caratterizzato dall'interazione tra pianificazione statale ed elementi di concorrenza. Ciò considerato, il Tribunale amministrativo federale ha riassunto le peculiarità del mercato sanitario come segue (sentenza TAF C-2283/2013, C-3617/2013 dell'11 settembre 2014, consid. 3.2): in caso di mancato accordo sui prezzi, le parti contraenti non possono esimersi dal fornire le prestazioni di cura o dal concedere le remunerazioni. Gli ospedali figuranti negli elenchi sono tenuti ad ammettere i pazienti (obbligo di ammissione; art. 41a LAMal) e a fatturare le prestazioni secondo le tariffe stabilite (protezione tariffale; art. 44 LAMal). Nel settore dell'AOMS, coloro che decidono in merito all'utilizzo delle prestazioni ospedaliere (pazienti, medici ecc.) non sostengono direttamente i costi che ne derivano. Sebbene i pazienti possano scegliere tra i fornitori di prestazioni autorizzati (art. 41 cpv. 1<sup>bis</sup> LAMal), gli assicuratori-malattie, in qualità di pagatori, hanno invece solo una possibilità limitata di influenzare la scelta dell'ospedale e di orientarla verso offerte comparabili. In assenza di una formazione dei prezzi basata su una concorrenza efficace, le tariffe e i prezzi delle prestazioni devono essere verificati o, in via sussidiaria, stabiliti dall'autorità competente (titolo 2, capitolo 4, sezione 4 LAMal).

### 4.1 Autorità di pianificazione

L'obbligo per i Cantoni di pianificare l'offerta ospedaliera è stato sancito dalla legge con l'entrata in vigore della LAMal il 1° gennaio 1996. Come illustrato al punto 3, la pianificazione ospedaliera consiste sostanzialmente nel fatto che per ogni mandato di prestazioni stazionarie il Cantone effettua una procedura di bando tra più ospedali candidati. Lo Stato – in questo caso i Cantoni – decide quali ospedali sono in grado di soddisfare al meglio il fabbisogno di determinate prestazioni stazionarie. I seguenti fattori depongono a favore di un ruolo guida dello Stato nella pianificazione delle infrastrutture, in particolare nel settore stazionario:

- **Garanzia dell'assistenza sanitaria.** Secondo l'articolo 117a Cost. la Confederazione e i Cantoni devono provvedere, nell'ambito delle loro competenze, affinché tutti abbiano accesso a cure mediche di base sufficienti e di qualità. In base alla ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni, la garanzia dell'assistenza sanitaria è un compito pubblico dei Cantoni. Questi ultimi sono quindi tenuti a garantire alla popolazione cantonale un'assistenza ospedaliera intesa a coprire il fabbisogno. L'obbligo di assicurarsi introdotto dalla LAMal entrata in vigore nel 1996 garantisce a tutte le persone domiciliate in Svizzera l'accesso a una vasta gamma di prestazioni mediche e la relativa assunzione dei costi. L'obbligo di pianificazione ospedaliera dei Cantoni introdotto

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

contemporaneamente dalla LAMal garantisce la presenza della necessaria infrastruttura sanitaria (FF 2004 4903 pag. 4916). Con la pianificazione ospedaliera e il conferimento di mandati di prestazioni, il Cantone fa in modo che siano a disposizione capacità sufficienti per curare gli abitanti del Cantone in presenza di qualsiasi tipo di malattia (FF 2004 4903 pag. 4928). L'assistenza di emergenza per una determinata regione ha, in particolare, le caratteristiche di un monopolio naturale che deve essere regolamentato di conseguenza.

- *Ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e contenimento dei costi.* Il mercato della salute è contraddistinto, tra l'altro, da una domanda indotta dall'offerta; inoltre, i prezzi non hanno un ruolo diretto per i consumatori/assicurati (FF 2004 4903 pag. 4939). In questo contesto, lo strumento della pianificazione ospedaliera consente di contribuire a livello nazionale in modo rilevante alla coordinazione dei fornitori di prestazioni, a una migliore utilizzazione delle risorse e al contenimento dei costi (FF 1992 I 65 pag. 137). Nell'ambito della pianificazione ospedaliera, i Cantoni hanno quindi anche la possibilità di limitare i volumi per evitare un aumento illimitato dei costi (DTF 138 II 398, consid. 3.5.2). Inoltre, nella selezione dei fornitori di prestazioni i Cantoni possono e devono tenere conto anche dell'economicità della fornitura di prestazioni.
- *Garanzia della qualità.* Lo strumento della pianificazione ospedaliera garantisce che i Cantoni possano verificare regolarmente la qualità della fornitura di prestazioni. Nell'ambito della procedura di pianificazione ospedaliera, gli ospedali candidati devono dimostrare di soddisfare determinati requisiti minimi in tal senso. Nella successiva selezione dei fornitori di prestazioni, i Cantoni possono e devono tenere conto anche della qualità della fornitura di prestazioni.
- *Responsabilità del finanziamento.* La principale priorità della LAMal entrata in vigore nel 1996 era il rafforzamento della solidarietà (FF 1992 I 65 pag. 67 e 96). La solidarietà può essere completa e giusta soltanto se tutti vi partecipano. In questo senso l'assicurazione obbligatoria non è fine a sé stessa, ma è soltanto il mezzo indispensabile per garantire una solidarietà divenuta ormai necessaria (FF 1992 I 65 pag. 97). Oltre ai pagatori dei premi, i cui premi (ad eccezione delle riduzioni dei premi) non dipendono dal reddito, come ulteriore elemento di solidarietà anche i Cantoni hanno partecipato fin dall'inizio con risorse fiscali al finanziamento dei costi delle prestazioni LAMal. Con il finanziamento uniforme delle prestazioni approvato in votazione popolare, è stato rinnovato il riconoscimento della corresponsabilità finanziaria dei Cantoni per il finanziamento delle prestazioni LAMal (cfr. punto 4.4). Se il Cantone deve cofinanziare in misura significativa i costi delle prestazioni LAMal, è legittimo che gli spetti anche la responsabilità di contribuire a regolare l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni, le modalità dell'assistenza e l'ammontare dei costi. Nel settore stazionario ciò è garantito, tra l'altro, dal fatto che i Cantoni possono contribuire a orientare il panorama ospedaliero grazie allo strumento della pianificazione ospedaliera.
- *Sicurezza di pianificazione per i fornitori di prestazioni.* Lo strumento della pianificazione ospedaliera garantisce ai fornitori di prestazioni una certa sicurezza per poter pianificare su diversi anni. Dati gli elevati costi di investimento (in particolare nelle infrastrutture e negli impianti medico-tecnici), gli ospedali necessitano di un orizzonte di pianificazione a lungo termine. Senza una certa sicurezza di poter pianificare su diversi anni, gli investimenti importanti non verrebbero effettuati o sarebbero più costosi, il che a sua volta potrebbe avere un impatto negativo sulla sicurezza dell'assistenza e sui costi.

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Come illustrato in dettaglio al punto 3, la pianificazione ospedaliera cantonale deve avvenire nell'ambito di una procedura definita e soddisfare requisiti chiari. In una prima fase, i Cantoni devono determinare il fabbisogno sulla base di dati e confronti statisticamente provati, tenendo conto anche dei fattori d'influenza rilevanti. Devono essere analizzati con attenzione anche i flussi di pazienti. A tal fine vengono utilizzati modelli di previsione solidi e accuratamente concepiti. Dopo una procedura di candidatura, vengono poi attribuiti i mandati di prestazioni. Secondo l'articolo 39 capoverso 1 lettera d LAMal, gli enti privati devono essere adeguatamente presi in considerazione. Inoltre, nella selezione dei fornitori di prestazioni devono essere obbligatoriamente considerati determinati criteri, tra cui per esempio l'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni, che vengono specificati a livello federale.

Contro le decisioni relative agli elenchi degli ospedali può essere presentato ricorso al Tribunale amministrativo federale. Sebbene la sua cognizione sia limitata, il Tribunale amministrativo federale verifica, tra l'altro, se le disposizioni del diritto federale sono rispettate e se la pianificazione è oggettivamente giustificabile, ovvero non arbitraria. Le decisioni del Tribunale amministrativo federale sono state quindi descritte come motore dell'armonizzazione (Haenni 2023: 120) e hanno contribuito in modo determinante alla rielaborazione delle raccomandazioni della CDS (CDS 2022a: 2) e all'ulteriore sviluppo dei criteri di pianificazione dell'OAMal (UFSP 2021: 3).

Sono legittimati a interporre ricorso i fornitori di prestazioni non inseriti nell'elenco degli ospedali e, dal 1° gennaio 2024, anche le associazioni di assicuratori (art. 53, cpv. 1<sup>bis</sup> LAMal). In questo modo si intende garantire che gli interessi degli assicuratori siano adeguatamente presi in considerazione nella pianificazione e nella compilazione degli elenchi degli ospedali. I ricorsi dei fornitori di prestazioni mirano di norma all'ampliamento dell'offerta autorizzata. Questo diritto di ricorso ideale delle associazioni sancisce la possibilità di un riesame giudiziario di ricorsi contro decisioni cantonali affinché esse portino a una pianificazione che comporti una riduzione e una concentrazione dell'offerta, un aumento dell'efficienza e della qualità e la prevenzione di un aumento dei volumi. Il diritto di ricorso delle associazioni mira quindi a dare maggiore peso alla tutela degli interessi dell'AOMS, affinché i Cantoni rispettino i principi per una fornitura di prestazioni intesa a coprire il fabbisogno, economica e di alta qualità.

Nelle raccomandazioni recentemente riviste della CDS, si raccomanda ai Cantoni di garantire agli assicuratori, tramite la loro associazione o le loro associazioni, il diritto di audizione nell'ambito della consultazione relativa alla procedura di pianificazione (CDS 2025: 7; Raccomandazione 1 sulla pianificazione ospedaliera riferita alle prestazioni, commento alla lett. a).

### 4.2 Proprietari pubblici

Con l'attuazione del nuovo finanziamento ospedaliero a partire dal 2012, il sistema di finanziamento ospedaliero è cambiato radicalmente. Il finanziamento in funzione della prestazione ha determinato un allontanamento dal tradizionale sistema di finanziamento dell'oggetto: non vengono più finanziati i fornitori di prestazioni, ma le prestazioni fornite.

Le prestazioni fornite vengono in linea di principio remunerate con importi forfettari per caso (cfr. punto 2.4). Questi importi forfettari sono determinati prendendo come riferimento gli ospedali che forniscono la prestazione nella qualità necessaria, in modo efficiente e vantaggioso. Negli importi forfettari sono inclusi anche gli investimenti e i costi d'utilizzazione delle immobilizzazioni. Questo cambiamento di paradigma comporta quindi che un ospedale può coprire i propri costi solo se è anche davvero in grado di fornire le prestazioni in modo economicamente redditizio.

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Come indicato sopra al punto 2.3.3, secondo l'articolo 49 capoverso 3 LAMal le partecipazioni ai costi delle PEIG non possono essere incluse nelle remunerazioni; come esempi l'articolo cita il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale nonché la ricerca e l'insegnamento universitario. Queste attività devono quindi essere finanziate separatamente, ossia non tramite le tariffe LAMal. Per il Consiglio federale è fuori discussione che vi sia un fabbisogno sociale di PEIG, siano esse finanziate dai Cantoni o da altri attori, e che esse costituiscano beni pubblici importanti. Di conseguenza, la LAMal concede ai Cantoni una grande autonomia nell'organizzazione delle PEIG, purché queste non siano imputate alle tariffe a carico dell'AOMS (Consiglio federale 2019: 8). A tal fine, le disposizioni corrispondenti nella LAMal e nell'OCPre hanno creato i presupposti giuridici per una ripartizione dei costi e una registrazione delle prestazioni uniformi. Gli ospedali sono quindi tenuti a distinguere adeguatamente i propri costi.

Va inoltre osservato che negli ultimi anni sembra esserci stato un aumento dell'indipendenza degli ospedali di proprietà pubblica. Secondo una relazione di Haenni, tre anni dopo l'introduzione del nuovo finanziamento ospedaliero in 13 Cantoni nel comitato direttivo degli ospedali cantonali erano ancora rappresentati membri del Governo (Haenni 2023: 55-56 con rinvii).

Inoltre, nell'attribuzione dei mandati di prestazioni, ossia nella selezione dei fornitori di prestazioni, i Cantoni devono obbligatoriamente tenere conto di determinati criteri specificati a livello federale, tra cui per esempio l'economicità e la qualità delle prestazioni (cfr. punti 3.3 e 3.4). In questo contesto, i Cantoni sono tenuti per legge a prendere adeguatamente in considerazione gli enti privati (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal). Poiché le prestazioni di tutti gli ospedali degli elenchi – indipendentemente dalla loro forma giuridica e dalla proprietà – sono cofinanziate dai Cantoni, anche questi ultimi hanno interesse a che il rapporto tra costi e qualità delle prestazioni sia il più vantaggioso possibile. In questo senso, i Cantoni sono incentivati ad attribuire i mandati di prestazioni alle istituzioni che soddisfano i requisiti nel modo più efficiente. I Cantoni non hanno nessun interesse finanziario a tenere aperte strutture inadeguate o superflue (FF 2004 4927).

### 4.3 Autorità di approvazione e fissazione delle tariffe

Secondo la LAMal, le cure stazionarie, comprese la degenza e le cure in ospedale, devono essere remunerate tramite importi forfettari. L'elaborazione e l'aggiornamento annuale della struttura tariffale a livello nazionale è uno dei compiti principali della SwissDRG AG, un'organizzazione comune dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e dei Cantoni. I partner tariffali devono sottoporre la struttura tariffale e il suo aggiornamento all'approvazione del Consiglio federale.

Il prezzo base (baserate) è una sorta di valore medio per le cure stazionarie in un determinato ospedale. I prezzi base possono variare a seconda dell'ospedale. Il prezzo base viene concordato dai partner tariffali (assicuratori e fornitori di prestazioni) e approvato dal Cantone competente. Se i partner tariffali non riescono a concordare un prezzo base, il Cantone lo fissa dopo aver sentito le parti interessate. I Cantoni verificano se la convenzione tariffale, quindi il prezzo base, è conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità.

Nell'ambito della determinazione delle tariffe, e quindi anche della loro approvazione o fissazione, nella pratica e nella giurisprudenza si è affermato il calcolo mediante benchmarking. Sebbene alcuni punti siano già stati chiariti, in particolare dalla giurisprudenza, oggi manca una metodologia uniforme a livello nazionale per la determinazione delle tariffe e, in particolare, mancano anche disposizioni uniformi per la valutazione dell'efficienza. Per affrontare queste questioni aperte, i partner tariffali hanno

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

avviato, su iniziativa della Confederazione, un progetto per l'elaborazione congiunta di una metodologia per un confronto adeguato dell'efficienza a livello nazionale. Questo progetto costituisce la continuazione dei lavori per la creazione di una normativa a livello nazionale, avviati dalla Confederazione nel 2020 e poi portati avanti in collaborazione con le parti interessate. Attualmente si presume che il Consiglio federale potrà decidere in merito a una normativa in materia alla fine del 2026.

Alla luce di questi lavori in corso, il Consiglio federale non ritiene attualmente necessario intervenire ulteriormente in questo ambito.

### 4.4 Attore finanziario

In Svizzera, le prestazioni dell'AOMS sono attualmente finanziate in modo diverso a seconda del tipo di cure. Di conseguenza, la partecipazione finanziaria del Cantone varia a seconda del tipo di prestazioni fornite. Le cure ambulatoriali sono interamente finanziate dagli assicuratori-malattie, senza alcuna partecipazione del Cantone. Nel caso delle cure stazionarie, il Cantone partecipa coprendo almeno il 55 % della remunerazione, mentre il resto è a carico dell'assicuratore-malattie (art. 49a cpv. 2<sup>ter</sup> 2° periodo LAMal). Nel caso delle cure a domicilio e in case di cura, gli assicuratori-malattie versano un contributo fisso, i pazienti partecipano con un massimo del 20 % del contributo massimo dell'AOMS e i Cantoni sono responsabili del disciplinamento del finanziamento residuo, che attualmente rappresenta poco meno della metà dei costi (art. 25a cpv. 5 LAMal).

Il 24 novembre 2024, l'elettorato ha accettato la modifica della LAMal per il finanziamento uniforme delle prestazioni. Con questa riforma, tutte le prestazioni dell'AOMS – a prescindere che siano dispensate in regime ambulatoriale, stazionario o nelle case di cura – saranno finanziate secondo la stessa chiave di ripartizione. I Cantoni si faranno sempre carico di almeno il 26,9 % dei costi, mentre gli assicuratori-malattie di al massimo il 73,1 %.

Le attuali differenze di finanziamento incentivano i vari attori a privilegiare i propri interessi piuttosto che considerare il quadro generale. Per esempio, gli assicuratori sono riluttanti a privilegiare le prestazioni ambulatoriali, che sono generalmente meno costose delle cure stazionarie, poiché i Cantoni coprono più della metà dei costi delle degenze ospedaliere.

Poiché con la riforma i Cantoni e gli assicuratori-malattie finanzieranno congiuntamente tutte le prestazioni, aumenterà per entrambi l'incentivo a promuovere il trattamento più appropriato dal punto di vista medico e più conveniente. Ciò dovrebbe accelerare il trasferimento dalle prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale, il che sovente per i pazienti è più appropriato dal punto di vista medico e complessivamente più conveniente. Oltre che di ulteriori possibilità di regolazione, i Cantoni dispongono ora anche di un incentivo finanziario a gestire anche l'offerta ambulatoriale e a pianificare il fabbisogno in modo globale.

### 4.5 Conclusioni e necessità di intervento

Il mercato della salute è caratterizzato dall'interazione tra pianificazione statale ed elementi di concorrenza. Questo mercato è contraddistinto, tra l'altro, da una domanda indotta dall'offerta; inoltre, i prezzi non hanno un ruolo diretto per i consumatori/assicurati. Per ragioni di politica sociale, il sistema è tenuto inoltre a garantire all'insieme della popolazione l'accesso a un'assistenza sanitaria qualitativamente elevata. In vista di un impiego razionale delle risorse, questo implica un ruolo guida dello Stato nella pianificazione delle infrastrutture, in particolare nel settore stazionario (FF 2004 4903 pag. 4939). Se il Cantone deve cofinanziare in misura significativa i costi delle prestazioni LAMal, è



## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

inoltre legittimo che gli spetti anche la responsabilità di contribuire a regolare l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni, le modalità dell'assistenza e l'ammontare dei costi.

Negli ultimi anni, diversi fattori hanno contribuito ad attenuare i possibili conflitti di interessi derivanti dai molteplici ruoli dei Cantoni, illustrati anche nel postulato 15.3464 Cassis. Infatti, in qualità di autorità di pianificazione, il Cantone deve rispettare chiare disposizioni del diritto federale; gli ospedali interessati e ora anche le associazioni di assicuratori possono ricorrere contro le sue decisioni al Tribunale amministrativo federale. Inoltre, nel suo ruolo di autorità di approvazione e fissazione delle tariffe, il Cantone è vincolato ai requisiti di economicità ed equità di queste ultime. In particolare, deve valutare le tariffe tenendo conto dell'efficienza della fornitura di prestazioni. Con la riforma per il finanziamento uniforme delle prestazioni, il ruolo del Cantone come attore finanziario attivo in tutti i settori dell'assistenza sanitaria sarà in futuro regolamentato in modo uniforme, eliminando così le attuali differenze di finanziamento e gli incentivi controproducenti che ne derivano. I Cantoni hanno così un incentivo finanziario a pianificare l'assistenza sanitaria in modo globale. Inoltre, con il nuovo finanziamento ospedaliero, ovvero con il sistema di remunerazione forfettaria, dal 2012 il ruolo del Cantone come proprietario di strutture ospedaliere è cambiato fundamentalmente. Questo cambiamento di paradigma comporta che un ospedale può coprire i propri costi solo se è anche davvero in grado di fornire le prestazioni in modo economicamente redditizio. Per i Cantoni esiste un chiaro incentivo ad attribuire i mandati di prestazioni alle istituzioni che soddisfano i requisiti nel modo più efficiente.

I Cantoni continuano tuttavia a disporre di un ampio margine di manovra nell'ambito di questi compiti centrali, per esempio per quanto riguarda la definizione precisa dei criteri determinanti per l'assegnazione dei mandati di prestazioni, le sovvenzioni agli ospedali per le PEIG o la definizione del loro ruolo di proprietari di strutture ospedaliere.

Ciononostante, i Cantoni non hanno nessun interesse finanziario a mantenere strutture inadeguate o superflue. Se ciò dovesse comunque verificarsi, secondo il messaggio relativo alla riforma del finanziamento ospedaliero ciò non avverrebbe nell'interesse dell'AOMS, ma sulla base di un altro interesse del Cantone (FF 2004 4927). Ciò evidenzia anche il fatto che i Cantoni nella pianificazione ospedaliera non perseguono solo obiettivi meramente economici. Le decisioni in materia di pianificazione ospedaliera sono decisioni politiche e, in quanto tali, rappresentano il risultato di una ponderazione tra obiettivi diversi, a volte in contraddizione tra loro. Anche i tribunali giungono alla stessa conclusione. Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, la decisione di inserire un istituto nell'elenco degli ospedali ha effettivamente un'importanza fondamentale dal punto di vista della politica sanitaria e sociale, ma regolarmente anche sotto il profilo della politica generale, regionale e dell'occupazione. Secondo la giurisprudenza costante, si tratta di una decisione di natura prevalentemente politica, per la quale le autorità competenti dispongono di un ampio margine di discrezionalità (sentenza TAF C-2731/2019 del 30 agosto 2022 consid. 3.1, cfr. punto 3.3.2).

Inoltre, la critica secondo cui la molteplicità dei ruoli dei Cantoni condurrebbe inesorabilmente a conflitti di interessi e a distorsioni della concorrenza deve essere relativizzata. Il fatto che i Cantoni o i loro organi esecutivi in questo settore assumano molteplici ruoli e perseguano interessi diversi, non solo puramente economici, è in una certa misura nella natura delle cose.

Alla luce di queste considerazioni, il Consiglio federale non ritiene attualmente necessario intervenire ulteriormente in questo ambito.

## 5 Coordinamento intercantonale

In risposta ai postulati 23.4275 de Montmollin e 24.3029 Wyss, qui di seguito viene esaminato in modo approfondito il coordinamento intercantinale. In primo luogo, ne viene illustrato il quadro giuridico e in particolare l'importanza dei flussi di pazienti per tale coordinamento (punto 5.1). Il punto 5.2 presenta le diverse forme di coordinamento intercantinale con esempi concreti. Al punto 5.3 viene poi illustrata in modo più dettagliato la pianificazione nel settore della medicina altamente specializzata che, secondo la LAMal, deve essere approntata per tutta la Svizzera congiuntamente dai Cantoni. Sulla base di questa analisi, vengono infine presentate le conclusioni principali e vengono identificate le eventuali necessità di intervento in questo settore (punto 5.4).

### 5.1 Quadro giuridico

La competenza in materia di pianificazione spetta in linea di principio ai Cantoni (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal). Secondo l'articolo 39 capoverso 2 LAMal, i Cantoni coordinano le loro pianificazioni. Con questa disposizione, il legislatore ha voluto sottolineare che un Cantone può pianificare quanto necessario solo se conosce i dati relativi ai flussi di pazienti ed è in grado di coordinare le proprie capacità con i Cantoni vicini (FF 2004 4927). L'obbligo di coordinamento previsto dalla legge è concretizzato a livello di ordinanza dal 1° gennaio 2022 nell'articolo 58e OAMal. L'articolo 58e OAMal rientra nei criteri di pianificazione di cui all'articolo 58a segg. OAMal, che il Consiglio federale ha emanato sulla base dell'articolo 39 capoverso 2<sup>ter</sup> LAMal.

#### 5.1.1 Flussi di pazienti

Secondo l'articolo 58e capoverso 1 lettera a OAMal, per coordinare le loro pianificazioni i Cantoni devono segnatamente analizzare le necessarie informazioni sui flussi di pazienti e scambiarle con i Cantoni interessati. L'articolo 58e capoverso 2 OAMal stabilisce con quali Cantoni deve avvenire il coordinamento. Ogni Cantone deve coordinarsi segnatamente con i Cantoni in cui hanno sede istituti che figurano nel suo elenco o che è previsto di far figurare nell'elenco oppure nei quali un numero importante di assicurati provenienti dal suo territorio si fanno curare o presumibilmente si faranno curare (n. 1 e 3). Analogamente, ogni Cantone deve coordinarsi con i Cantoni nel cui elenco figurano uno o più istituti che hanno sede sul suo territorio o che prevedono di farvi figurare tali istituti, oppure dai quali proviene un numero importante di assicurati che si fanno curare o presumibilmente si faranno curare in istituti con sede sul suo territorio (n. 2 e 4).

Secondo le informazioni fornite nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, finora 22 Cantoni hanno avviato un coordinamento intercantinale sulla base di almeno uno dei criteri sopra citati.

Poiché con l'entrata in vigore della revisione del finanziamento ospedaliero il 1° gennaio 2009 è stata ampliata la libera scelta per i pazienti, il coordinamento intercantinale della pianificazione è particolarmente importante. Le informazioni sui flussi di pazienti costituiscono infatti la base per la valutazione dell'offerta che viene utilizzata nell'ambito dell'estensione della libera scelta dell'ospedale (cfr. art. 58b cpv. 2 OAMal). Sulla base di queste informazioni, i Cantoni possono determinare quale offerta deve essere garantita nel loro elenco per assicurare cure intese a coprire il fabbisogno della popolazione cantonale (cfr. art. 58b cpv. 3 OAMal). I flussi di pazienti possono essere determinati sulla base dei dati della SM, che sono a disposizione di tutti i Cantoni. Pertanto, in realtà questi dati non devono (più) essere scambiati tra i Cantoni. L'Obsan offre ai Cantoni interessati la possibilità di rilevare e valutare per loro anche questi dati nell'ambito dei rapporti sull'assistenza sanitaria (cfr. punto 3.2.4).

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Data la possibilità di ricorrere all'offerta extracantonale, i Cantoni devono intensificare il coordinamento nell'ambito della loro pianificazione. Per esempio, occorre evitare che i pazienti extracantonali usufruiscano di prestazioni destinate alla popolazione del Cantone di ubicazione o di una determinata regione, prendendo così il posto dei pazienti per i quali tali prestazioni erano state pianificate. In particolare, l'obbligo per un ospedale di ammettere pazienti extracantonali sancito dall'articolo 41a LAMal, che si applica solo se previsto nel mandato di prestazioni (a eccezione dei casi d'urgenza), consente di gestire i flussi di pazienti attraverso la pianificazione (UFSP 2008: 9).

Secondo la giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale, è necessario un coordinamento intercantonale quando si valuta una misura che può avere ripercussioni sui flussi di pazienti tra Cantoni confinanti oppure all'interno di una regione di assistenza. Ciò avviene, per esempio, quando vengono create nuove capacità (sentenza TAF C-5379/2018 del 2 luglio 2019 consid. 5.3). Si può quindi spesso presumere che la pianificazione ospedaliera di un Cantone abbia un impatto sui flussi di pazienti, il che giustifica un obbligo di coordinamento intercantonale. Il tribunale parte fondamentalmente dal presupposto che ogni volta che viene assegnato un mandato di prestazioni sussista un obbligo di coordinamento, che sia all'interno o all'esterno della procedura globale di pianificazione ospedaliera, nonché con o senza ampliamento contabile della capacità (Gfeller 2025: 7). Il Tribunale amministrativo federale ha anche precisato che un Cantone non può decidere liberamente di rinunciare al coordinamento e limitare la propria pianificazione alla domanda intracantonale (sentenza TAF C-7017/2015 del 17 settembre 2021 consid. 6.6.2).

Il Tribunale amministrativo federale si è espresso chiaramente anche sul contenuto di questo obbligo di coordinamento previsto dalla legge. Secondo la sua giurisprudenza, non è sufficiente che il Cantone che effettua la pianificazione valuti da solo i flussi di pazienti e ne tragga le sue conclusioni. Esso deve intavolare un dialogo con i Cantoni interessati e coordinare con essi le sue misure di pianificazione. Se nell'ambito del coordinamento i Cantoni non riescono a trovare un accordo, ciò non comporta che il Cantone che effettua la pianificazione non possa assegnare un mandato di prestazioni controverso, a condizione che questo possa basarsi su una pianificazione ospedaliera conforme alla legge federale. Tuttavia, nella sua decisione deve esaminare le obiezioni sollevate dagli altri Cantoni e motivare in modo comprensibile perché le ritiene infondate (sentenza TAF C-1565/2017 del 6 giugno 2019 consid. 4.9.2).

Secondo le raccomandazioni della CDS (CDS 2025: 24; Raccomandazione 11 sul coordinamento intercantonale della pianificazione ospedaliera e dei flussi di pazienti, lett. c), nell'ambito di una nuova pianificazione ospedaliera, il Cantone che effettua la pianificazione invita tra l'altro a esprimere un parere i Cantoni confinanti e quelli da cui provengono o verso cui sono diretti flussi di pazienti significativi e/o che si prevede saranno interessati da tali flussi. Per valutare l'importanza si possono utilizzare i valori di rilevanza per la copertura del fabbisogno, ovvero si considera importante il 10 % (e almeno 10 casi) delle cure stazionarie della popolazione del Cantone (CDS 2025: 24; nota 11).

Su questo punto non è possibile individuare una prassi uniforme dei Cantoni. Secondo le informazioni fornite nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, alcuni Cantoni applicano valori soglia compresi tra l'1 % e il 15 %, di norma il 10 %. Altri Cantoni rinunciano a fissare un valore soglia specifico e analizzano l'opportunità di un coordinamento caso per caso, per esempio in base al fabbisogno e ai gruppi di prestazioni.

### 5.1.2 Potenziale di coordinamento

Secondo l'articolo 58e capoverso 1 lettera b OAMal, per coordinare le loro pianificazioni i Cantoni devono segnatamente prendere in considerazione il potenziale di coordinamento con altri Cantoni per il

rafforzamento dell'economicità e della qualità della fornitura di prestazioni in ospedale. L'articolo 58e capoverso 2 numero 5 OAMal stabilisce che la pianificazione deve essere coordinata con quei Cantoni con i quali il coordinamento delle misure di pianificazione permette un rafforzamento dell'economicità e della qualità della fornitura di prestazioni in ospedale. Queste disposizioni completano quelle dell'articolo 58d capoverso 4 OAMal. Il legislatore ha così chiaramente espresso che i Cantoni devono tenere conto del potenziale di concentrazione delle prestazioni anche oltre i confini cantonali, per esempio per sfruttare le possibilità di concentrare le prestazioni in determinati gruppi di prestazioni in un Cantone, invece di erogare queste prestazioni in parallelo in entrambi i Cantoni. Con gli sviluppi medico-tecnici, la concentrazione dell'offerta dovrebbe acquisire sempre maggiore importanza (UFSP 2021: 20-21).

Secondo le informazioni fornite nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, finora 13 Cantoni hanno avviato un coordinamento intercantonale sulla base di questo criterio. Nella pratica, il potenziale di tale coordinamento deriva dalla valutazione dei flussi di pazienti, dall'applicazione di numeri minimi di casi e dalle circostanze geografiche.

5.2 Forme di coordinamento

Secondo lo studio di Haenni, nel periodo 2017-2019 i Cantoni hanno partecipato 406 volte a 114 diverse attività di cooperazione (Haenni 2023: 99-100). Il lavoro di cooperazione tra i Cantoni copre diversi tipi di collaborazione, che possono essere formali o informali. Haenni distingue tre livelli di cooperazione, che possono essere definiti come segue (Haenni 2023: 32-33):

- *scambio di informazioni*: più Cantoni condividono informazioni tra loro. Tale scambio di informazioni costituisce un presupposto necessario per le due forme di cooperazione successive;
- *coordinamento*: i Cantoni coordinano le loro azioni, sia unilateralmente (cioè adeguando le proprie azioni a quelle dell'altro Cantone senza accordo reciproco) che multilateralmente;
- *collaborazione*: più Cantoni lavorano insieme, per esempio per elaborare congiuntamente una pianificazione ospedaliera o per offrire un servizio.

Tabella 2: Definizione delle forme di cooperazione tra i Cantoni

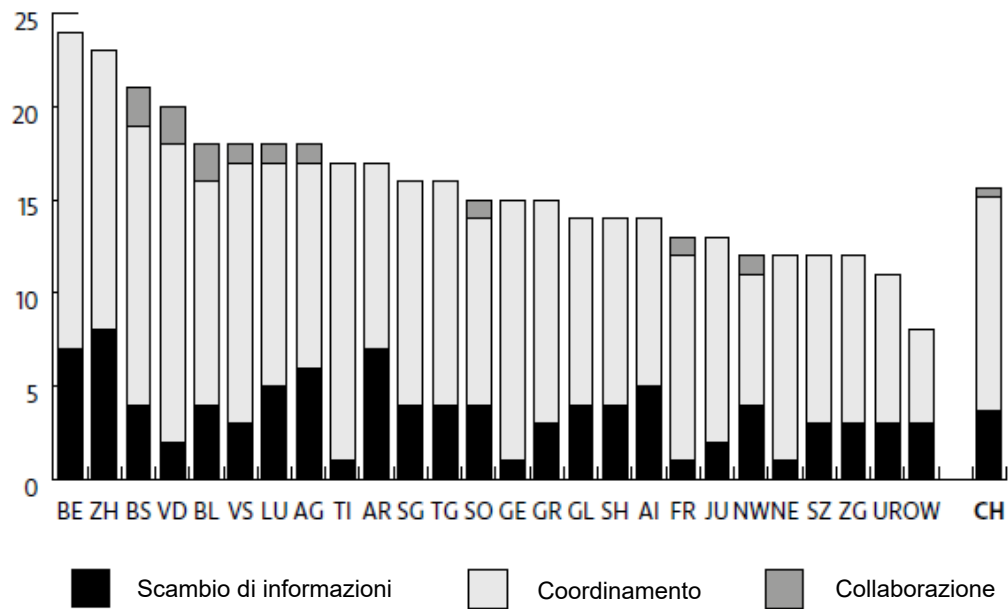
Livello di cooperazione	Definizione	Esempio
Scambio di informazioni	Almeno due attori si scambiano informazioni; non ci sono accordi su ciò che l'altra parte fa con le informazioni	Invio per conoscenza di rapporti di pianificazione (senza consultazione)
Coordinamento	Scambio di informazioni e coordinamento delle azioni con un altro attore	Consultazione (coordinamento negativo/clearance), utilizzo del piano GPPO, accordo sulle raccomandazioni della CDS
Collaborazione	Realizzazione congiunta di beni, servizi e politiche	Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Vallais

Fonte: Haenni 2023: 33 (traduzione libera)

Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Secondo lo studio di Haenni, i Cantoni più piccoli tendono a cooperare meno rispetto a quelli più grandi; da un lato perché non dispongono delle risorse necessarie per forme di cooperazione più estese, dall'altro perché hanno minori esigenze di pianificazione (Haenni 2023: 139). A causa delle loro risorse limitate, i Cantoni piccoli e medi tendono ad affidarsi a piani e standard elaborati congiuntamente a livello intercantonale (raccomandazioni della CDS, piano GPPO del Cantone di Zurigo). I Cantoni grandi cooperano più spesso perché per la loro competenza sono apprezzati come partner, in particolare dai Cantoni piccoli, e perché hanno essi stessi una maggiore necessità di pianificazione. Nella collaborazione esecutiva, l'appartenenza a partiti politici non sembra invece influire sull'intensità o sulla frequenza della cooperazione. Si osserva tuttavia che una maggiore costanza nei rapporti di lavoro tra i direttori della sanità è accompagnata da una cooperazione più frequente (Haenni 2023: 142).

Tabella 3: Attività di cooperazione cantonali nel settore ospedaliero, numero di attività di cooperazione per Cantone



Fonte: Haenni 2023: 99 (traduzione libera della didascalia)

La classificazione di Haenni è utile per distinguere le diverse e numerose forme di coordinamento intercantonale. Nella tabella seguente sono elencate alcune forme di coordinamento con relativi esempi concreti; questa presentazione non è esaustiva e serve esclusivamente a illustrare la varietà delle attività di coordinamento intercantinale.

Tabella 4: Esempi di attività di coordinamento intercantinale nella pianificazione ospedaliera

Scambio di informazioni	Scambio di informazioni istituzionalizzato	
	CDS	Tutti i Cantoni
	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità della Svizzera nord-occidentale (NWGDK)	AG, BE, BL, BS, JU, SO

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Coordinamento	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantionali della sanità dei Cantoni della Svizzera orientale (GDK-Ost)	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH, (FL)
	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantionali della sanità della Svizzera centrale (ZGDK)	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG
	Conferenza latina degli affari sanitari e sociali (CLASS)	BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS
	<b>Colloqui bilaterali</b>	
	Colloqui bilaterali a diversi livelli	Individualmente
	<b>Scambio di dati</b>	
	Trasmissione del rapporto sull'assistenza sanitaria	Individualmente
	Obsan (mandato definito da Confederazione e Cantoni): centro di competenza, servizi e informazione per analisi scientifiche e informazioni sulla salute della popolazione, il settore sanitario e la politica sanitaria	Tutti i Cantoni
	<b>Partecipazione alla pianificazione ospedaliera</b>	
	Invito a partecipare o partecipazione alla procedura di consultazione relativa al rapporto di pianificazione	Individualmente
	<b>Armonizzazione</b>	
	Sistematica di pianificazione: utilizzo nelle cure somatiche acute del piano GPPO sviluppato dal Cantone di Zurigo	Tutti i Cantoni
	Attuazione delle raccomandazioni della CDS relative alla pianificazione ospedaliera	Tutti i Cantoni
Coordinamento	Attuazione delle raccomandazioni della CDS relative alla riabilitazione	Tutti i Cantoni
	Dialogo sull'approccio contenutistico e metodologico nella pianificazione ospedaliera in diversi organi (p. es. commissione CDS Applicazione LAMaI, gruppo di lavoro CDS Pianificazione ospedaliera)	Tutti i Cantoni
	<b>Coordinamento nell'attribuzione dei mandati di prestazioni</b>	
	Esempio: attribuzione di mandati di prestazioni a un fornitore di prestazioni extracantonale a condizione che gli stessi mandati di prestazioni siano stati attribuiti anche dal Cantone di ubicazione.	Individualmente
	Ostschweizer Spitalvereinbarung (accordo ospedaliero della Svizzera orientale, dal 2012): questo accordo ha lo scopo di coordinare la pianificazione ospedaliera tra i Cantoni della GDK-Ost. I Cantoni che aderiscono all'accordo si impegnano a	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH (GDK-Ost)

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

	elaborare le loro pianificazioni cantonali sulla base di gruppi di prestazioni mediche uniformi. L'accordo disciplina inoltre le condizioni per l'assegnazione di un mandato di prestazioni a un ospedale extracantonale <sup>30</sup> .	
Collaborazione	<b>Pianificazione ospedaliera congiunta</b>	
	Psychiatriekonkordat zwischen Schwyz, Uri und Zug (concordato psichiatrico tra Svitto, Uri e Zugo, dal 2017): il consiglio del concordato, composto dai tre Cantoni, approva in via definitiva la pianificazione dell'assistenza psichiatrica e assegna i mandati di prestazioni nell'ambito del fabbisogno definito congiuntamente. I tre governi approvano i mandati di prestazioni del concordato <sup>31</sup> .	SZ, UR, ZG
	Gemeinsame Spitalplanung Basel-Stadt und Basel-Landschaft (pianificazione ospedaliera congiunta di Basilea Città e Basilea Campagna, dal 2021): per la popolazione della regione sanitaria comune Basilea Città e Campagna (Gemeinsame Gesundheitsregion beider Basel, GGR) viene elaborato un rapporto congiunto sulla pianificazione del fabbisogno. Dopo una procedura di candidatura condotta congiuntamente, i governi di Basilea Città e Basilea Campagna emanano elenchi degli ospedali uguali <sup>32</sup> . Finora sono entrati in vigore gli elenchi degli ospedali per le cure somatiche acute nel 2021, per la psichiatria nel 2024 e per la riabilitazione nel 2025. Secondo il comunicato stampa del 26 novembre 2025, i Cantoni di Basilea Città e Basilea Campagna continueranno a elaborare una pianificazione ospedaliera comune, ma nell'applicazione dei criteri di aggiudicazione vi sarà un margine di manovra più differenziato per tenere conto delle diverse realtà dei due Cantoni (elenchi degli ospedali coordinati anziché uguali).	BL, BS
	Gemeinsame Spitalplanung Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St. Gallen (pianificazione ospedaliera congiunta di Appenzello Esterno, Appenzello Interno e San Gallo, dal 2023): sulla base di criteri di pianificazione identici e di regioni di assistenza intercantonali, viene effettuata un'unica procedura di candidatura per i tre elenchi cantonali degli ospedali. La valutazione e la selezione delle candidature avvengono congiuntamente; i mandati di prestazioni assegnati sono identici.	SG, AR, AI

<sup>30</sup> Accordo «Ostschweizer Spitalvereinbarung» del 17 agosto 2011

<sup>31</sup> Cfr. concordato «Konkordat der Kantone Uri, Schwyz und Zug betreffend die psychiatrische Versorgung (Psychiatriekonkordat)» del 17 marzo 2016

<sup>32</sup> Cfr. convenzione intercantonale «Staatsvertrag zwischen den Kantonen Basel-Stadt und Basel-Landschaft betreffend Planung, Regulation und Aufsicht in der Gesundheitsversorgung» del 6 febbraio 2018, accettata dal popolo di entrambi i Cantoni il 10 febbraio 2019.

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

	Un rapporto di pianificazione comune contiene tutte le indicazioni relative ai mandati di prestazioni. Le rispettive autorità cantonali competenti emanano individualmente ma in modo coordinato elenchi degli ospedali uguali (ARASG 2024: 15). Finora, sono stati emanati gli elenchi degli ospedali per le cure somatiche acute nel 2023 e per la riabilitazione nel 2024.	
	<b>Controllo della qualità congiunto</b>	
	Qualitätsmonitoring der Kantone der Nordwestschweiz (QNS) und Zug (monitoraggio della qualità dei Cantoni della Svizzera nord-occidentale e di Zugo): i Cantoni di Basilea Città, Basilea Campagna, Soletta e Zugo collaborano per monitorare la qualità degli ospedali. Basilea Città svolge il monitoraggio per conto dei Cantoni. Gli ospedali e le cliniche dei quattro Cantoni sono tenuti a collaborare.	BL, BS, SO, ZG
	<b>Ospedali intercantionali</b>	
	Ostschweizer Kinderspital (Ospedale pediatrico della Svizzera orientale, dal 1966): la fondazione di diritto privato e di pubblica utilità con sede a San Gallo svolge per i suoi enti promotori il ruolo di centro di competenza regionale, tra l'altro, per la pediatria e la chirurgia pediatrica. Tra gli enti promotori della fondazione figurano i Cantoni della Svizzera orientale San Gallo, Turgovia, Appenzello Esterno e Appenzello Interno, nonché il Principato del Liechtenstein.	AI, AR, SG, TG, (FL)
	Hôpital intercantional de la Broye (Ospedale intercantionale della Broye, HIB) con sedi ospedaliere a Estavayer-le-Lac (Friburgo) e Payerne (Vaud) (dal 1999): la fondazione dell'HIB è il risultato della fusione dell'ospedale distrettuale della Broye di Estavayer-le-Lac e dell'ospedale regionale di Payerne. Dal 2014 è un istituto intercantionale autonomo di diritto pubblico con personalità giuridica propria, soggetto alla supervisione congiunta dei Cantoni di Vaud e Friburgo <sup>33</sup> .	VD, FR
	Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais (Ospedale Riviera-Chablais, Vaud-Vallese, HRC) (dal 2009) con sedi a Rennaz (VD), Vevey (VD) e Monthey (VS): istituto autonomo intercantionale di diritto pubblico con personalità giuridica propria, soggetto alla supervisione congiunta dei Cantoni di Vaud e Vallese <sup>34</sup> .	VD, VS
	Triaplus AG (dal 2018): offerta psichiatrica integrata nei tre Cantoni concordatari di Svitto, Uri e Zugo, che garantisce alla	SZ, UR, ZG

<sup>33</sup> Convenzione intercantionale «Convention intercantionale sur l'Hôpital intercantional de la Broye (HIB) Vaud-Fribourg» del 21 agosto 2013

<sup>34</sup> Convenzione intercantionale «Convention intercantionale sur l'Hôpital Riviera-Chablais Vaud et Valais» del 17 dicembre 2008



## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

	popolazione l'assistenza psichiatrica e psicoterapeutica di base in regime stazionario, semistazionario e ambulatoriale.	
	Spitalverbund Luzern/Nidwalden, LUKS Gruppe (consorzio ospedaliero Lucerna/Nidvaldo, gruppo LUKS, dal 2021): l'ente giuridico titolare del gruppo LUKS è la Luzerner Kantonsspital AG. La Luzerner Kantonsspital AG detiene il 60 % delle azioni della Spital Nidwalden AG, mentre il Cantone di Nidvaldo ne detiene il 40 % (minoranza di blocco) <sup>35</sup> .	NW, LU <sup>36</sup>

Fonte: rappresentazione propria

### 5.3 Medicina altamente specializzata

Secondo l'articolo 39 capoverso 2<sup>bis</sup> LAMal, nel settore della MAS i Cantoni approntano insieme una pianificazione per tutta la Svizzera. Se non assolvono questo compito in tempo utile, il Consiglio federale stabilisce quali ospedali per quali prestazioni devono figurare negli elenchi di ospedali dei Cantoni.

A tal fine, i Cantoni hanno posto in vigore la Convenzione intercantionale sulla medicina altamente specializzata (CIMAS) del 14 marzo 2008. Tutti i 26 Cantoni vi hanno aderito. La CIMAS costituisce la base giuridica per l'emanazione dell'elenco degli ospedali MAS e definisce i processi decisionali degli organi della CIMAS. Inoltre, definisce i criteri che un settore di prestazioni deve soddisfare per essere considerato MAS.

L'assemblea plenaria della CIMAS è composta dalle direttrici e dai direttori della sanità dei Cantoni che hanno aderito alla CIMAS. La pianificazione della MAS è di competenza di un organo decisionale intercantionale (organo decisionale MAS) eletto dall'assemblea plenaria della CIMAS. L'organo decisionale MAS è composto da 10 direttrici e direttori della sanità, tra cui quelli dei Cantoni con un ospedale universitario, ovvero Zurigo, Berna, Basilea Città, Vaud e Ginevra. L'organo decisionale MAS è consigliato da un comitato di esperti (organo scientifico MAS). Inoltre, in diversi settori MAS esistono gruppi di accompagnamento che forniscono all'organo scientifico MAS raccomandazioni specifiche per il settore in questione. Il segretariato di progetto MAS elabora le basi per la pianificazione MAS e coordina la collaborazione tra gli organi MAS.

L'organo decisionale MAS determina i settori della medicina altamente specializzata da concentrare e prende le decisioni di pianificazione e attribuzione nell'ambito di una procedura in due fasi<sup>37</sup>:

- **Assegnazione.** Nell'ambito dell'assegnazione vengono definiti i settori altamente specializzati. Si verifica se determinati interventi o trattamenti medici soddisfano i criteri CIMAS: rarità, potenziale innovativo, onere in termini di personale o di tecnologia, complessità. Per l'assegnazione devono essere soddisfatti almeno tre di questi criteri, con il criterio della rarità che deve essere sempre presente. Nell'ambito di una procedura di consultazione le direzioni cantonali della sanità, gli ospedali e le organizzazioni interessate hanno la possibilità di esprimere il proprio parere sulla selezione e

<sup>35</sup> Legge sull'ospedale cantonale «Gesetz über das Kantonsspital (Spitalgesetz, SpitG)» del 23 ottobre 2019 del Cantone di Nidvaldo.

<sup>36</sup> Anche OW sta esaminando una possibile affiliazione dell'ospedale cantonale di Obvaldo al gruppo LUKS.

<sup>37</sup> [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch) > Médecine hautement spécialisée > Organisation

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

la definizione dei settori MAS. La successiva decisione definitiva sull'assegnazione viene presa dall'organo decisionale MAS e non è impugnabile.

- *Attribuzione delle prestazioni.* La procedura di candidatura è in linea di massima aperta a tutti gli ospedali. L'attribuzione di un mandato di prestazioni MAS è subordinata alla soddisfazione delle esigenze di qualità generali e settoriali specifiche, definite dall'organo scientifico MAS. Dopo la valutazione delle candidature, la proposta di attribuzione viene sottoposta a consultazione presso un ampio gruppo di destinatari. La decisione definitiva sull'attribuzione viene presa dall'organo decisionale MAS (elenco degli ospedali MAS). I mandati di prestazioni hanno generalmente una durata limitata a sei anni e vengono periodicamente sottoposti a una nuova valutazione (rivalutazione).

### 5.4 Conclusioni e necessità di intervento

#### 5.4.1 Bilancio del coordinamento attuato finora

Secondo l'articolo 39 capoverso 2 LAMal, i Cantoni coordinano le loro pianificazioni. Questo obbligo di coordinamento è stato precisato nell'OAMal. Secondo la giurisprudenza del Tribunale amministrativo federale, si può spesso presumere che la pianificazione ospedaliera di un Cantone abbia un impatto sui flussi di pazienti, il che giustifica un obbligo di coordinamento intercantonale. Inoltre, il Tribunale amministrativo federale ha stabilito chiare linee guida per quanto riguarda il contenuto di questo obbligo di coordinamento previsto dalla legge (cfr. punto 5.1). Una parte avente diritto di ricorso può far valere la violazione dell'obbligo di coordinamento dinanzi al Tribunale amministrativo federale. Ciò costituisce un forte incentivo per i Cantoni a coordinare di conseguenza le loro pianificazioni ospedaliere.

A seguito di ciò, gli sforzi di coordinamento intercantonale sono quindi aumentati in tutti i settori della pianificazione ospedaliera. Secondo l'analisi di Haenni, dopo l'introduzione dell'obbligo di coordinamento nella pianificazione ospedaliera le attività in questo senso si sono concentrate a lungo piuttosto sugli aspetti metodologici e procedurali e sullo scambio di informazioni relative ai flussi di pazienti, il che ha contribuito in modo significativo all'armonizzazione delle pianificazioni ospedaliere cantonali (Haenni 2023: 224). Sono stati così elaborati piani e standard comuni a livello intercantonale (raccomandazioni della CDS, piano GPPO del Cantone di Zurigo, utilizzo di modelli di previsione uguali o simili, qualità dei dati, applicazione di requisiti uguali o simili in materia di strutture, processi e personale cfr. punto 3). Con questa armonizzazione sono state create anche le basi necessarie per progetti di più ampia portata.

Negli ultimi anni si è assistito a un'intensificazione delle attività di coordinamento al più alto livello di cooperazione (collaborazione, cfr. punto 5.2). Gli sforzi in questa direzione sono visibilmente aumentati. Finora si erano concentrati principalmente sulla fornitura congiunta di prestazioni in consorzi ospedalieri (Hôpital intercantonale de la Broye, Hôpital intercantonale Riviera-Chablais Vaud-Valais, a cui si è recentemente aggiunto anche il consorzio ospedaliero Lucerna/Nidvaldo). Ora si sta prendendo sempre più in considerazione anche una pianificazione ospedaliera comune. A questo proposito, sono d'esempio il concordato psichiatrico tra Svitto, Uri e Zugo e la pianificazione ospedaliera congiunta nelle regioni GGR (Basilea Città e Basilea Campagna) e ARAISG (Appenzello Esterno, Appenzello Interno e San Gallo).

Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, 10 Cantoni dichiarano di perseguire attualmente progetti o di partecipare a iniziative volte a istituire una pianificazione ospedaliera comune con altri Cantoni o a estendere la collaborazione esistente ad altri Cantoni.

### 5.4.2 Sfide per un coordinamento intercantonale approfondito

Per diverse ragioni, un coordinamento intercantonale approfondito, per esempio sotto forma di elenchi comuni degli ospedali, è ancora agli inizi. Nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, i Cantoni citano diversi fattori che ostacolano un coordinamento intercantonale approfondito:

- *Situazioni iniziali diverse.* I Cantoni differiscono molto tra loro sotto diversi aspetti. Per l'assistenza ospedaliera rivestono un ruolo decisivo in particolare i seguenti fattori: le circostanze geografiche, la mobilità e la raggiungibilità (centro/periferia), la densità demografica, la dimensione della popolazione, la lingua o il bilinguismo, la dimensione e il numero dei fornitori di prestazioni, la situazione finanziaria, le risorse di personale, la disponibilità di personale qualificato, le fluttuazioni stagionali (turismo).
- *Onere supplementare.* Il processo cantonale di pianificazione ospedaliera è già di per sé un processo lungo e oneroso. Un coordinamento approfondito, che vada oltre gli standard minimi previsti dalla legge, comporterebbe in molti casi un notevole onere supplementare e un ulteriore rallentamento del processo, tanto più che le disposizioni cantonali, le procedure, le competenze e i tempi differiscono a volte in modo significativo da Cantone a Cantone. Ciò rende più difficile la ricerca di soluzioni comuni e collaborazioni approfondite.
- *Conflitti di interessi.* Numerosi Cantoni indicano che i diversi interessi e ruoli dei Cantoni nella politica sanitaria rendono difficile la collaborazione intercantonale (cfr. punto 4).
- *Politica regionale.* Gli interessi di politica regionale non sempre sono compatibili con una concentrazione sovracantonale dell'offerta e con le conseguenti chiusure di ospedali. Le chiusure di ospedali o la perdita di mandati di prestazioni suscitano dibattiti controversi ed emotivi. Inoltre, dal punto di vista della politica regionale, anche l'importanza economica delle sedi degli ospedali è rilevante.

La storia dell'origine delle pianificazioni ospedaliere congiunte nelle regioni di Basilea Città e Basilea Campagna da un lato e ARAISG (Appenzello Esterno, Appenzello Interno e San Gallo) dall'altro illustra in modo esemplare questi ostacoli. Inizialmente questi progetti erano ancora più ambiziosi, ma per diversi motivi hanno dovuto subire un notevole ridimensionamento, sia dal punto di vista geografico che contenutistico:

- Il progetto «Gemeinsamer Gesundheitsraum» (spazio sanitario comune) elaborato dai Cantoni di Basilea Città e Basilea Campagna comprendeva originariamente due sottoprogetti: da un lato la pianificazione comune e dall'altro la fusione dell'Ospedale universitario di Basilea e dell'Ospedale cantonale di Basilea Campagna per creare un «Universitätsspital Nordwest» (Ospedale universitario nord-occidentale). Nel 2019, la popolazione di entrambi i Cantoni ha accettato, con una netta maggioranza, solo la pianificazione comune. La popolazione di Basilea Città ha invece respinto la creazione di un gruppo ospedaliero comune.
- Nel 2020 i Cantoni di Appenzello Esterno, Appenzello Interno, Glarona, Grigioni, San Gallo e Turgovia hanno sottoscritto una dichiarazione d'intenti relativa a una maggiore collaborazione nella pianificazione dell'assistenza sanitaria stazionaria nella regione orientale. L'obiettivo era quello di armonizzare gli elenchi cantonali degli ospedali, idealmente creando un unico elenco degli ospedali comune. In una prima fase, l'Obsan ha elaborato un'analisi completa del fabbisogno della regione orientale nel settore delle cure somatiche acute (Jörg/Tuch 2022). Nel rapporto finale relativo al progetto, i sei Cantoni partecipanti giungono alla conclusione che la regione orientale così definita sarebbe una regione di pianificazione adeguata per un'assistenza ospedaliera completa

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

(Kantone Region Ost 2022: 5). Tuttavia, i Cantoni di Glarona, Turgovia e dei Grigioni hanno deciso di abbandonare il progetto. Il Cantone dei Grigioni lo ha fatto perché non era d'accordo con la prevista applicazione di numeri minimi di casi. Anche il Cantone di Glarona ha poi deciso di ritirarsi, poiché la sua assistenza ospedaliera è strettamente legata a quella del Cantone dei Grigioni. Nel gennaio 2023 è seguito il ritiro del Cantone di Turgovia, che non riteneva più adeguato il perimetro del progetto con i quattro Cantoni rimasti (per il quadro completo cfr. Gfeller 2025: 23). I Cantoni di Appenzello Esterno, Appenzello Interno e San Gallo hanno deciso di portare avanti insieme il progetto e di elaborare in futuro congiuntamente la loro pianificazione ospedaliera.

Inoltre, recenti discussioni dimostrano che la collaborazione nell'ambito di questi progetti non è sempre priva di attriti. Per esempio, la pianificazione ospedaliera congiunta di Basilea Città e Basilea Campagna è oggetto di critiche talvolta molto aspre. Nel 2023 il Gran Consiglio del Cantone di Basilea Campagna ha chiesto una rivalutazione della pianificazione ospedaliera congiunta, sostenendo che il generoso finanziamento pubblico degli ospedali a Basilea Città comporterebbe distorsioni della concorrenza nei confronti degli ospedali privati e del Cantone di Basilea Campagna<sup>38</sup>. In questo contesto, i direttori della sanità dei due Cantoni hanno previsto per il 2025 un'analisi degli effetti della collaborazione nel settore delle cure somatiche acute (per il quadro completo cfr. Gfeller 2025: 22). Secondo il comunicato stampa del 26 novembre 2025, i Cantoni di Basilea Città e Basilea Campagna continueranno a elaborare una pianificazione ospedaliera comune, ma nell'applicazione dei criteri di aggiudicazione vi sarà un margine di manovra più differenziato per tenere conto delle diverse realtà dei due Cantoni (elenchi degli ospedali coordinati anziché uguali).

In questo contesto, la questione della procedura applicabile in caso di disaccordo riveste particolare importanza. Sia nella pianificazione ospedaliera congiunta di Basilea Città e Basilea Campagna, sia in quella di Appenzello Esterno, Appenzello Interno e San Gallo, in caso di disaccordo si deve innanzitutto tentare di raggiungere un accordo. Tuttavia, in entrambe le regioni non esiste un meccanismo che garantisca in ogni caso l'emanazione di elenchi degli ospedali identici o concordanti nel contenuto. Ciò evidenzia che la pianificazione ospedaliera congiunta dei Cantoni si basa in ultima analisi sulla volontarietà e che i Cantoni coinvolti mantengono sostanzialmente la loro sovranità nel settore della pianificazione ospedaliera (Gfeller 2025: 25).

### 5.4.3 Prospettive

Nella sua analisi, Haenni giunge alla conclusione che tempi di introduzione lunghi e un approccio graduale – come nel caso della collaborazione tra Lucerna e Nidvaldo (consorzio ospedaliero Lucerna/Nidvaldo) – hanno maggiori possibilità di contribuire al successo di questi progetti di cooperazione approfondita. Il vasto progetto dei governi di Basilea Campagna e Basilea Città è invece fallito in parte perché, data la sua portata, ha riunito troppi oppositori con motivazioni diverse (Haenni 2023: 224-225).

L'accettazione da parte della popolazione – che, dopotutto, usufruisce delle cure ospedaliere e, con i premi e le imposte, le finanzia – è in questo senso un fattore di successo fondamentale. Una concentrazione del panorama ospedaliero percepita dalla popolazione come imposta «dall'alto» provoca invece resistenza.

---

<sup>38</sup> Gran Consiglio di Basilea Campagna, postulato n. 2023/168 (gruppo PLR), «Neubeurteilung der «gemeinsamen Gesundheitsregion» (GGR) dringend notwendig» (Urgente necessità di una rivalutazione della «regione sanitaria comune»)

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Lo dimostra anche l'esempio più recente nel Cantone di Lucerna. Il 18 maggio 2025 la popolazione del Cantone ha accettato una modifica di legge che obbliga ora l'Ospedale cantonale di Lucerna a continuare a offrire almeno cure di base e di emergenza nelle sue tre sedi sul territorio cantonale.

Alla luce di ciò, il Consiglio federale giunge alla conclusione che una pianificazione ospedaliera a livello nazionale da parte della Confederazione al momento attuale non è un'opzione appropriata. Va inoltre considerata la ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni sancita dalla Costituzione, in base alla quale i Cantoni sono responsabili dell'assistenza sanitaria (cfr. punto 1.2).

Ciononostante, il Consiglio federale ritiene che vi sia ancora un margine di ottimizzazione nel coordinamento della pianificazione ospedaliera tra i Cantoni. Considerate le pressioni economiche che gravano su numerosi ospedali e il costante aumento dei premi, senza una collaborazione approfondita e più intensa al di là dei confini cantonali sarà ancora più difficile garantire un'assistenza sanitaria di alta qualità a costi ragionevoli. In questo contesto, occorre promuovere in particolare l'approccio basato sulle regioni di assistenza.

### 5.4.4 Regioni di assistenza

In futuro, la pianificazione del fabbisogno potrebbe assumere un orientamento più regionale. Esistono metodi statistici che definiscono regioni di assistenza adeguate sulla base dei flussi concreti di pazienti. Un esempio è il metodo delle cosiddette hospital service areas (HSA, bacini di utenza ospedalieri). Partendo dalle sedi degli ospedali, vengono raggruppate quelle regioni la cui popolazione viene ricoverata principalmente negli ospedali in questione. In questo modo vengono delineate le aree rilevanti per l'assistenza ospedaliera, che non corrispondono necessariamente ai confini amministrativi.

Che tali regioni di assistenza possano essere davvero utili per la pianificazione ospedaliera è emerso, per esempio, nel quadro delle indagini condotte dai Cantoni di Appenzello Esterno, Appenzello Interno, Glarona, Grigioni, San Gallo e Turgovia in vista di una maggiore collaborazione (cfr. punto 5.4.2). L'analisi completa del fabbisogno nell'ambito delle cure somatiche acute condotta dall'Obsan per la regione orientale mostra che quella regione, con i sei Cantoni citati, costituisce un sistema di assistenza relativamente chiuso. Complessivamente, oltre il 90 % dei pazienti della regione orientale viene curato in ospedali situati all'interno della regione stessa. Solo in pochi settori, soprattutto quelli specialistici, l'assistenza sanitaria della popolazione residente nella regione dipende dall'offerta di altri Cantoni (Jörg/Tuch 2022: 36). Nel rapporto finale relativo al progetto, i sei Cantoni partecipanti riassumono i risultati più importanti. Ne consegue che la regione orientale così definita sarebbe una regione di pianificazione adeguata per un'assistenza ospedaliera completa. Esiste un potenziale oggi inutilizzato per la creazione di regioni di assistenza sovraregionali o sovracantonali. Sulla base dei flussi di pazienti e dei numeri di casi concreti, le prestazioni mediche potrebbero essere modulate a livello regionale per strutturare meglio l'assistenza di base, specialistica e centralizzata (Kantone Region Ost 2022: 5). Tuttavia, come menzionato al punto 5.4.2, il progetto è stato portato avanti solo da tre dei sei Cantoni che inizialmente vi avevano aderito.

Nell'ambito della suddetta analisi del fabbisogno, l'Obsan ha utilizzato il metodo HSA per individuare 19 regioni di assistenza ospedaliera funzionalmente adeguate all'interno della regione orientale. Il risultato della determinazione automatizzata delle HSA è stato poi validato dai rappresentanti cantonali e, in casi motivati, adeguato, poiché secondo il rapporto le regioni di assistenza ospedaliera non devono essere intese come un costrutto fisso (Jörg/Tuch 2022: 10).

Anche le regioni di analisi nell'Atlante dell'assistenza sanitaria svizzera si basano sul metodo HSA e rappresentano così le aree di assistenza rilevanti per la popolazione svizzera sulla base dei flussi di

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

pazienti esistenti<sup>39</sup>. Sulla base della SM, per ogni degenza è così possibile determinare il luogo di domicilio del paziente e l'ubicazione dell'ospedale. Utilizzando un algoritmo (Haynes/Wertli/Aujesky 2020), le regioni limitrofe vengono aggregate tra loro in modo iterativo sulla base dei flussi effettivi di pazienti. La dimensione finale delle HSA viene determinata utilizzando due criteri:

- l'indice di localizzazione (IL): l'IL consente di definire la percentuale di pazienti che devono essere trattati nella loro HSA. Con un IL del 50 %, per esempio, si garantisce che almeno il 50 % dei pazienti domiciliati in una HSA venga trattato proprio in quella HSA;
- il numero minimo di casi (Nmin): il Nmin definisce un numero minimo di pazienti o casi. Con un Nmin di 500, per esempio, si garantisce che in ogni HSA siano trattati almeno 500 pazienti o casi.

Da questa analisi risulta una regionalizzazione che varia a seconda del grado di specializzazione delle prestazioni fornite. Le HSA mostrano quindi come la popolazione ricorre agli ospedali locali (assistenza sanitaria di base). Alcuni trattamenti più complessi possono però essere effettuati solo in centri che hanno un bacino di utenza più ampio. Come base per questi bacini di utenza più ampi, nell'Atlante dell'assistenza sanitaria sono state definite le regioni di riferimento ospedaliero (HRR, dall'inglese «Hospital Referral Regions»).

Sulla base della metodologia HSA e partendo dai dati relativi a tutti i trattamenti ospedalieri effettuati negli ospedali di cure somatiche acute nel 2019, nell'Atlante dell'assistenza sanitaria svizzera sono state definite le seguenti regioni di assistenza per il rispettivo grado di specializzazione:

- Assistenza sanitaria di base (HSA): 74 regioni, stimate utilizzando un IL del 40 % e un Nmin di 200 casi (cfr. figura 4).
- Assistenza sanitaria centralizzata (HRR-C): 19 regioni, stimate utilizzando un IL del 50 % e un Nmin di 15 000 pazienti (cfr. figura 5).
- Assistenza sanitaria specializzata (HRR-S): 9 regioni, stimate utilizzando un IL del 50 % e un Nmin di 35 000 pazienti (cfr. figura 6).

Va notato che le HSA sono geograficamente incluse nelle HRR-C, che a loro volta sono incluse nelle HRR-S.

---

<sup>39</sup> [www.versorgungsatlas.ch](http://www.versorgungsatlas.ch) > Regionalisierung.



A map of the Iberian Peninsula with a red dot indicating the location of the study area in central Spain. An inset map shows the location of the study area within the context of the entire Iberian Peninsula.

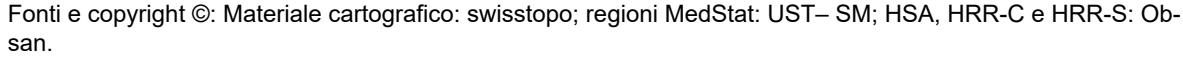
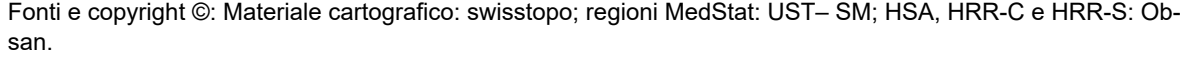
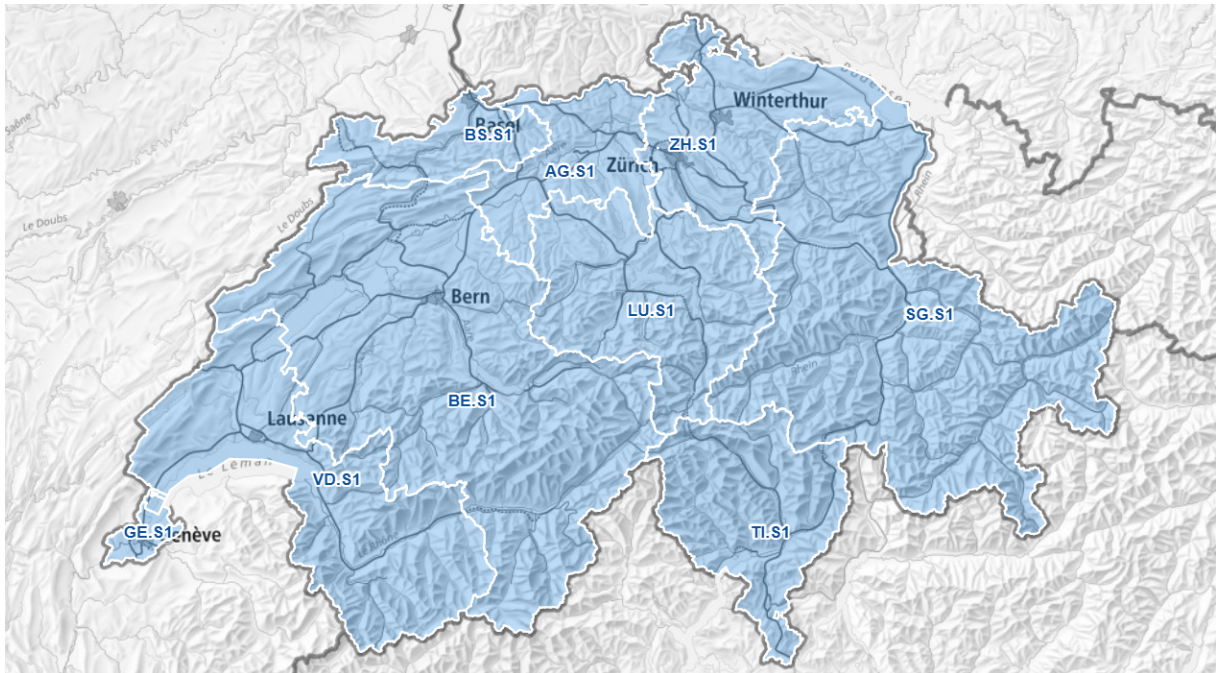


Figura 6: Regioni di assistenza per l'assistenza sanitaria specializzata (HRR-S)



Fonti e copyright ©: Materiale cartografico: swisstopo; regioni MedStat: UST– SM; HSA, HRR-C e HRR-S: Ob-san.

*Necessità di intervento nell'ambito della valutazione di possibili regioni di pianificazione: raccomandazione ai Cantoni di continuare a perseguire l'approccio delle regioni di assistenza e in particolare:*

- elaborare possibili metodi di calcolo e di delimitazione uniformi per la definizione di regioni di assistenza adeguate sulla base dei flussi di pazienti esistenti;
- verificare l'opportunità di armonizzare alcuni aspetti della pianificazione ospedaliera cantonale (p. es. il coordinamento temporale) all'interno del territorio delle rispettive regioni di assistenza;
- verificare l'opportunità di una pianificazione ospedaliera congiunta per le prestazioni specialistiche all'interno del territorio delle rispettive regioni di assistenza.

### 5.4.5 Medicina altamente specializzata (MAS)

Secondo quanto affermato dai Cantoni nell'ambito del sondaggio dell'UFSP, la pianificazione congiunta nella MAS ha dato buoni risultati. Negli ultimi anni è stato possibile realizzare l'auspicata centralizzazione in settori altamente specializzati. Molti Cantoni sottolineano tuttavia che altri settori della pianificazione ospedaliera non si prestano a una pianificazione centralizzata di questo tipo. Occorre prestare attenzione in particolare a che il campo di applicazione della CIMAS rimanga limitato alle prestazioni rare o altamente specializzate.

In un rapporto sulla pianificazione della MAS adottato nell'agosto 2022, il Consiglio federale è giunto alla conclusione che, alla luce dell'evoluzione positiva in questo settore, non ha motivo di avvalersi della sua competenza sussidiaria. Inoltre, ritiene che non sia più necessario procedere a una verifica periodica della pianificazione della MAS. Si riserva tuttavia la possibilità di riesaminare la situazione in futuro (Consiglio federale 2022).



## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

Gli autori di una perizia commissionata dall'assemblea plenaria della CIMAS giungono alla conclusione che la pianificazione intercantonale della MAS ha portato a una apprezzabile concentrazione delle prestazioni. Per quanto riguarda la concentrazione auspicata, tuttavia, esiste ancora potenziale sia per quanto riguarda le assegnazioni che, in parte, le attribuzioni (Manike/Picecchi/Schoch/Kraft 2024: 22). Per esempio, l'attuale ponderazione più elevata del criterio di rarità rispetto ad altri criteri di assegnazione non è giustificata né dal punto di vista giuridico né da quello tecnico-scientifico. L'onere in termini di personale o di tecnologia e la complessità sono rilevanti almeno altrettanto quanto il criterio di rarità (Manike/Picecchi/Schoch/Kraft 2024: 29). Inoltre, i metodi e i parametri utilizzati per la valutazione dell'economicità potrebbero essere migliorati. Nella verifica dell'economicità secondo la metodologia SwissDRG si potrebbe iniziare a utilizzare come benchmark la mediana ponderata in base al numero di casi al posto della media ponderata in base al numero di casi. Inoltre, gli ospedali dovrebbero essere classificati in ordine decrescente in base all'ammontare dei costi per caso e non, come finora, in cinque livelli; sarebbero considerati economici gli ospedali il cui valore di base è inferiore al benchmark stabilito (Manike/Picecchi/Schoch/Kraft 2024: 55). Infine, gli ospedali senza un mandato di prestazioni MAS dovrebbero ora poterlo ottenere con l'onere di raggiungere il numero minimo di casi necessario entro due o tre anni (Manike/Picecchi/Schoch/Kraft 2024: 61). Secondo il comunicato stampa della CDS del 28 novembre 2024, l'organo decisionale MAS discuterà ora in modo approfondito queste raccomandazioni ed elaborerà, se del caso, eventuali misure.

*Necessità di intervento nell'ambito della MAS: raccomandazione all'assemblea plenaria della CIMAS di esaminare in modo approfondito il potenziale di concentrazione nella MAS e di adottare le misure eventualmente necessarie.*

### 5.4.6 Conclusione

Il Consiglio federale ritiene che una pianificazione ospedaliera a livello nazionale da parte della Confederazione non sia opportuna, non solo per la ripartizione costituzionale delle competenze tra Confederazione e Cantoni, ma anche per motivi di accettazione da parte della popolazione. La pianificazione ospedaliera deve continuare a essere di competenza dei Cantoni.

Il Consiglio federale osserva che negli ultimi anni si è assistito a un'intensificazione delle attività di coordinamento dei Cantoni e alla nascita di diversi progetti intercantonali di pianificazione ospedaliera congiunta. Constata tuttavia anche che il coordinamento della pianificazione ospedaliera tra i Cantoni presenta ancora un potenziale di ottimizzazione e ha quindi formulato raccomandazioni in tal senso.

Il Consiglio federale prende atto delle raccomandazioni della CDS del 27 novembre 2025 recentemente riviste, secondo le quali i Cantoni dovrebbero ora basare la loro pianificazione ospedaliera sulle regioni di assistenza. Secondo la versione aggiornata della raccomandazione 11 sul coordinamento intercantonale della pianificazione ospedaliera e dei flussi di pazienti, per le cure somatiche acute i Cantoni dovranno orientarsi sui bacini di utenza ospedalieri, non appena le basi necessarie saranno disponibili. Nel settore dell'assistenza sanitaria di base, i Cantoni devono coordinare le loro pianificazioni ospedaliere secondo le disposizioni della LAMal e dell'OAMal. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria specialistica, la pianificazione ospedaliera dovrà ora avvenire anche sulla base di criteri per l'assegnazione dei mandati di prestazioni uniformi e definiti congiuntamente dai Cantoni a livello nazionale (CDS 2025: 23-24; Raccomandazione 11 sul coordinamento intercantonale della pianificazione ospedaliera e dei flussi di pazienti, lett. a, cfr. anche punto 3.6.6).

## **Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale**

Secondo la CDS, ciò dovrebbe rafforzare il coordinamento intercantonale nel settore dell'assistenza sanitaria specialistica. Anche le cooperazioni tra gli ospedali devono essere prese in considerazione e promosse in modo mirato. Ciò dovrebbe portare a un intenso coordinamento intercantonale, in particolare per quanto riguarda i GPPO più complessi dal punto di vista medico o dai costi elevati (CDS 2025: 25; Raccomandazione 11 sul coordinamento intercantonale della pianificazione ospedaliera e dei flussi di pazienti, commento alla lett. a).

Questo sviluppo sarà probabilmente sostenuto anche dai fornitori di prestazioni. Nel suo comunicato stampa del 27 novembre 2025, l'associazione H+ Gli ospedali svizzeri chiede, tra l'altro, una pianificazione moderna delle cure, che si orienti sulle reali aree di assistenza e sui flussi di pazienti, in modo da garantire qualità, efficienza e garanzia delle cure in tutte le regioni. A tal fine sono necessarie decisioni basate sui dati e processi coordinati che vadano oltre i confini cantonali.

Secondo il comunicato stampa della CDS del 1° dicembre 2025, i lavori concreti di attuazione avranno luogo nei prossimi anni. Anche in questo caso il Consiglio federale seguirà i lavori di attuazione e su questa base deciderà se sarà opportuno precisare ulteriormente le attuali condizioni quadro, estendendole fino a una pianificazione ospedaliera a livello nazionale come quella già prevista oggi nel settore della MAS.

## 6 Valutazione complessiva

I postulati qui trattati partono dal presupposto che l'aumento dei costi sanitari nel settore stazionario sia dovuto a inefficienze nella pianificazione politica dell'assistenza sanitaria (in particolare a sovracapacità). Di conseguenza, la presunta allocazione inefficiente delle risorse sarebbe riconducibile a diverse cause.

In primo luogo, l'aumento della concorrenza tra gli ospedali avrebbe generato una spirale di crescenti investimenti infrastrutturali e tecnologici, non sempre necessari, che contribuirebbero a un aumento dei costi (postulato 17.4160 Carobbio Guscetti). Sebbene i dati in questo settore siano in parte carenti, le indagini condotte non forniscono indicazioni secondo le quali tra gli ospedali sarebbe in atto una corsa agli investimenti che porterebbe a sovracapacità di questo tipo. Da un punto di vista sistemico, nell'ambito della LAMal gli ospedali non hanno alcun incentivo a effettuare investimenti eccessivi. Si può inoltre presumere che nemmeno i Cantoni abbiano interesse a sostenere progetti di investimento sovradimensionati, ammesso che prevedano possibilità di sostegno in tal senso. Per questi motivi, il Consiglio federale non ritiene necessario intervenire in materia. È invece consapevole del fatto che in Svizzera esiste un'ampia offerta di apparecchiature medico-tecniche. Questa problematica deve tuttavia essere considerata nel suo insieme, poiché molte di queste apparecchiature sono gestite da studi medici e centri ambulatoriali, non soltanto dagli ospedali.

Secondo il postulato 19.3423 CSSS-N poi, non esisterebbero modelli e scenari futuri attendibili per cure ottimali in tutta la Svizzera in un mercato della salute gestito in funzione dell'offerta. A questo proposito, nell'ambito dell'analisi il Consiglio federale giunge alla conclusione che, con i modelli e i processi esistenti, i Cantoni dispongono in linea di principio degli strumenti necessari per garantire una buona assistenza stazionaria. I Cantoni devono infatti determinare il fabbisogno sulla base di dati e confronti statisticamente provati, tenendo conto dei fattori d'influenza rilevanti. In questo contesto devono essere analizzati con attenzione anche i flussi di pazienti. A tal fine vengono utilizzati modelli di previsione solidi e accuratamente concepiti. Nella successiva selezione dei fornitori di prestazioni è essenziale tenere conto di determinati criteri, nel rispetto di determinate direttive procedurali. Il Consiglio federale vede tuttavia un potenziale di miglioramento in alcuni aspetti di questi modelli e processi, motivo per cui formula raccomandazioni mirate all'indirizzo dei Cantoni.

Un'altra causa sarebbe la molteplicità dei ruoli dei Cantoni nel sistema sanitario (regolatori, in parte proprietari di fornitori di prestazioni e finanziatori) che porterebbe inevitabilmente a conflitti di interessi e distorsioni della concorrenza e ridurrebbe gli incentivi al controllo dei costi (postulato 15.3464 Cassis). Il Consiglio federale ritiene che negli ultimi anni siano state adottate misure a vari livelli per affrontare il problema dei molteplici ruoli dei Cantoni. Queste misure hanno già provocato in parte cambiamenti significativi nel panorama ospedaliero stazionario. Il Consiglio federale ritiene pertanto che in questo ambito non siano necessarie ulteriori regolamentazioni.

Infine, la mancanza di coordinamento intercantonale nella pianificazione ospedaliera porterebbe a un'offerta insufficiente o eccedentaria e provocherebbe un aumento dei costi senza alcun valore aggiunto dal punto di vista medico, rendendo necessario l'esame di modelli di pianificazione alternativi (postulati 23.4275 de Montmollin e 24.3029 Wyss). Come argomentato in precedenza, nonostante gli sviluppi positivi degli ultimi anni, un coordinamento intercantonale approfondito, per esempio sotto forma di elenchi comuni degli ospedali, è ancora agli inizi. L'accettazione da parte della popolazione – che, dopotutto, usufruisce delle cure ospedaliere e, con i premi e le imposte, le finanzia – è in questo senso un fattore di successo fondamentale. Una concentrazione del panorama ospedaliero percepita

## **Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale**

della popolazione come imposta «dall'alto» provoca invece resistenza. Alla luce di ciò, e anche in considerazione della ripartizione delle competenze tra Confederazione e Cantoni sancita dalla Costituzione, una concentrazione del panorama ospedaliero ordinata dalla Confederazione al momento attuale non è un'opzione appropriata. Tuttavia, esiste ancora un potenziale di ottimizzazione nel coordinamento tra i Cantoni delle pianificazioni ospedaliere. In questo contesto, il Consiglio federale ritiene che i Cantoni debbano promuovere in particolare l'approccio basato sulle regioni di assistenza e che vada esaminato in modo approfondito il potenziale di concentrazione nella MAS, motivo per cui formula raccomandazioni in merito a questi temi.

Alla luce della presente analisi si può affermare che, dal punto di vista del contenimento dei costi, esiste un potenziale di miglioramento anche nel settore ospedaliero. Il presente rapporto mostra che i Cantoni sono consapevoli del loro compito e stanno già portando avanti attivamente questo processo. Essi hanno già avviato lavori in tal senso (in particolare per l'attuazione delle raccomandazioni rivedute della CDS del 27 novembre 2025) che sono sostenuti dal Consiglio federale con le sue raccomandazioni. Di conseguenza, il Consiglio federale non vede al momento alcun motivo per proporre un trasferimento di competenze alla Confederazione. Il Consiglio federale seguirà tuttavia i lavori di attuazione dei Cantoni e su questa base deciderà se sarà opportuno precisare ulteriormente le attuali condizioni quadro, estendendole fino a una pianificazione ospedaliera a livello nazionale come quella già prevista oggi nel settore della MAS.

### Riferimenti bibliografici

- ARAI SG 2024 = Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden und St.Gallen (2024). Planungsbericht: Spitalplanung Akutsomatik ARAISG 2023. Appenzell, Herisau e St.Gallen.
- Consiglio federale (2019): Transparenz bei der Spitalfinanzierung durch die Kantone. Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Motion 16.3623 SGK-SR vom 5. Juli 2016. Berna. Consiglio federale.
- Consiglio federale (2022): Planung der hochspezialisierten Medizin: Umsetzung durch Kantone und subsidiäre Kompetenz des Bundesrates. Zweite Aktualisierung des Berichts des Bundesrates vom 25. Mai 2016 in Erfüllung des Postulats 13.4012, Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates, 8. November 2013. Berna. Consiglio federale
- Ecoplan (2019): Rapporto finale. Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone. Evaluation KVG-Revision Spitalfinanzierung im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Berna. Ufficio federale della sanità pubblica.
- EG «Kostendämpfungsmassnahmen» 2017: Expertengruppe «Kostendämpfungsmassnahmen» (2017): Kostendämpfungsmassnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Bericht der Expertengruppe. Berna. Ufficio federale della sanità pubblica.
- Fischer, Fabienne B. / Jörg, Reto (2025): Spitalplanung 2025–2034 Kanton Solothurn. Versorgungsbericht zur Akutsomatik (Obsan Bericht 06/2025). Neuchâtel. Osservatorio svizzero della salute.
- Füglister-Dousse, Sylvie / Fischer, Fabienne B. / Spiess, Manuela / Tuch, Alexandre / Roth, Sacha / Jörg, Reto (2024): Versorgungsbericht 2024 Kanton Luzern (Obsan Bericht 02/2024). Neuchâtel. Osservatorio svizzero della salute.
- Füglister-Dousse, Sylvie / Merçay, Clémence (2023): Rapport d'évaluation des besoins en soins pour la planification hospitalière 2024, Canton de Fribourg. Neuchâtel: Osservatorio svizzero della salute.
- CDS (2019): Empfehlungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung vom 27. Juni 2019: Ermittlung der effizienten Spitäler nach Art. 49 Abs. 1 KVG. Berna. CDS – Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità.
- CDS (2020): Positionspapier vom 20. August 2020 zur Qualität im Gesundheitswesen: Sicht der Kantone. Berna. CDS – Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità.
- CDS (2022a): Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung vom 20. Mai 2022. Berna. CDS – Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità.
- CDS (2022b): Empfehlung der GDK: Gemeinsames Verständnis der Kantone von «Rehabilitation» vom 24. November 2022. Berna. CDS – Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità.
- CDS (2022c): Empfehlung der GDK: Musterplanungssystematik Rehabilitation und Definition der Rehabilitationsbereiche vom 24. November 2022. Berna. CDS – Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità.
- CDS (2022d): Empfehlung der GDK: Qualitative Mindestanforderungen an Rehabilitationskliniken und -abteilungen sowie leistungsspezifische Mindestanforderungen für die Rehabilitationsbereiche

## Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale

- der Musterplanungssystematik vom 24. November 2022. Berna. CDS – Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità.
- CDS 2025 Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung, revidierte Version vom 27. November 2025. Berna. CDS – Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità.
- GDZH 2021 Zürcher Spitalplanung 2023: Versorgungsbericht. Fassung von Juni 2021. Zurigo. Direzione della sanità del Cantone di Zurigo.
- Gfeller, Katia (2025): Interkantonale Koordination bei der Spitalplanung. In: Jusletter vom 27. Januar 2025.
- Haenni, Malena (2023). Spitalplanung Schweiz Interkantonale Kooperation im Spannungsfeld von nationalen und föderalen Interessen. Zurigo e Berna, 12.10.2015 Seismo Verlag.
- Havranek, Michael / Ondrej, Josef / Bollmann, Stella / Widmer, Philippe / Spika, Simon / Boes, Stefan (2022): Identification and assessment of a comprehensive set of structural factors associated with hospital costs in Switzerland. In: PLoS ONE 17(2): e0176663. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176663>
- Havranek, Michael / Ondrej, Josef / Widmer, Philippe / Bollmann, Stella / Spika, Simon / Boes, Stefan (2023): Using exogenous organizational and regional hospital attributes to explain differences in case-mix adjusted hospital costs. In: Health Economics, Vol. 32, Issue 8, 1733-1748.
- Haynes, Alan G. / Wertli, Maria M. / Aujesky, Drahomir (2020), Automated delineation of hospital service areas as a new tool for health care planning. In: Health Services Research, Vol. 55: 469-475.
- Jörg, Reto / Tuch, Alexandre (2022): Spitalversorgung Modell Ost. Versorgungsbericht Akutsomatik für die Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St. Gallen und Thurgau (Obsan Bericht 06/2022). Neuchâtel. Osservatorio svizzero della salute.
- Jörg, Reto / Fischer, Fabienne B. / Tuch, Alexandre / Haldimann, Lucas (2025): Spitallandschaft im Wandel. Konzentrations- und Spezialisierungstendenzen in der akutstationären Versorgung seit 2013 (Obsan Bulletin 02/2025). Neuchâtel. Osservatorio svizzero della salute.
- Kantone Region Ost 2022 = Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau (2022): Spitalversorgung Modell Ost. Abschlussbericht zum Projekt der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St.Gallen und Thurgau. Wirkungsprüfung einer gemeinsamen Spitalplanung am Beispiel der Akutsomatik. Herisau, Appenzell, Glarus, Chur, St.Gallen, Frauenfeld.
- Manike, Katja / Picecchi, Dario / Schoch, Tobias / Kraft, Eliane (2024): Zweckmässigkeit der Planung der hochspezialisierten Medizin, Analyse der Kriterien «Seltenheit», «Wirtschaftlichkeit» und «Erreichbarkeit». CDS – Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità Bern/Luzern/Olten. Ecoplan/Picecchi/Fachhochschule Nordwestschweiz.
- OECD (2025): Health at a Glance 2025: OECD Indicators. Paris. OECD Publishing.
- Roth, Sacha / Pellegrini, Sonia (2024): Les investissements réalisés par les hôpitaux de 2012 à 2022. Analyse de la statistique des hôpitaux. Neuchâtel. Osservatorio svizzero della salute.

## **Investimenti degli ospedali svizzeri e pianificazione ospedaliera cantonale**

- UFSP (2008): Erläuterungsbericht zur KVV-Änderung vom 22. Oktober 2008. Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Änderungen per 1. Januar 2009: Commento e tenore delle modifiche. Berna. Ufficio federale della sanità pubblica.
- UFSP (2019): Publikation von schweregradbereinigten Fallkosten im Rahmen von Artikel 49 Absatz 8 KVG: Konzept (Version Dezember 2019). Berna. Ufficio federale della sanità pubblica.
- UFSP (2021): Rapporto esplicativo concernente la modifica del 23 giugno 2021 dell'OAMal. Modifica dell'ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal) e modifica dell'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni (OPre) (attuazione della modifica del 19 giugno 2020 della legge federale sull'assicurazione malattie concernente l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni e ulteriore sviluppo dei criteri di pianificazione), entrata in vigore il 1° gennaio 2022: Commento e tenore delle modifiche. Berna. Ufficio federale della sanità pubblica.
- Vettori, Anna / Ramseier, Leroy / Ehmann, Beatrice / von Stokar, Thomas (2025): Analyse der geplanten Investitionen der Schweizer Spitäler: Rapporto finale. Zurigo. INFRAS.
- Weaver, France / Cerboni, Sacha / Oettli, Alexandre / Andenmatten, Patrick / Widmer, Marcel (2009): Modell zur Prognose der Inanspruchnahme als Instrument für die Spitalplanung (OBSAN-Arbeitsdokument Nr. 32). Neuchâtel. Osservatorio svizzero della salute.
- WIG / INFRAS (2019): Effizienzpotenzial bei den KVG-pflichtigen Leistungen: Rapporto finale. Winterthur/Zürich. WIG / INFRAS.