



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale dell'interno DFI

Ufficio federale della sanità pubblica UFSP

Ordinanza del DFI sulla determinazione dei tassi regionali di approvvigionamento per campo di specializzazione medica nel settore ambulatoriale

(Attuazione della modifica del 19 giugno 2020 della legge federale sull'assicurazione malattie concernente l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni e dell'ordinanza del 23 giugno 2021 sulla determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale)

Entrata in vigore: 1° gennaio 2023

Tenore e commenti

Berna, 28 novembre 2022

I. Parte generale

1. Contesto

Con la revisione della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) concernente l'autorizzazione dei fornitori di prestazioni adottata dal Parlamento il 19 giugno 2020 (18.047), ai Cantoni è stata conferita la competenza di limitare il numero di medici autorizzati a fornire prestazioni ambulatoriali a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) in uno o più campi di specializzazione medica o in determinate regioni (determinazione di numeri massimi di medici). Il Parlamento ha incaricato il Consiglio federale di fissare i criteri e principi metodologici applicabili alla determinazione dei numeri massimi. La competenza concessa al Consiglio federale è finalizzata ad assicurare l'omogeneità metodologica in tutta la Svizzera allo scopo di creare trasparenza e un quadro legale identico sia per il settore ambulatoriale degli ospedali, sia per i medici che esercitano in studi privati, pur garantendo ai Cantoni un certo margine di manovra e consentendo loro di tenere conto delle specificità regionali. L'omogeneità metodologica è inoltre finalizzata a facilitare il coordinamento intercantonale e a favorire un approccio basato sulle regioni di approvvigionamento nel contesto della limitazione delle autorizzazioni.

Il 23 giugno 2021 il Consiglio federale ha adottato l'ordinanza sulla determinazione di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale (RS 832.107, di seguito ordinanza sui numeri massimi). Questa ordinanza prevede che, per determinare il numero massimo di medici, i Cantoni si basino principalmente su:

- l'offerta effettiva di medici che esercitano in un campo di specializzazione e in una regione, valutata da ciascun Cantone ed espressa in equivalenti a tempo pieno (ETP);
- i tassi di approvvigionamento in cure (di seguito tassi di approvvigionamento) per campo di specializzazione e per regione, stimati dal Dipartimento federale dell'interno (DFI) sulla base di un modello nazionale di regressione dell'offerta di cure e tenendo conto dei flussi di pazienti;
- i fattori di ponderazione per campo di specializzazione e per regione definiti dai Cantoni al fine di compensare elementi che incidono sul bisogno oggettivo in cure, ma di cui non si fosse potuto tenere sufficientemente conto nell'ambito del calcolo dei tassi di approvvigionamento.

Il DFI è incaricato di sancire tali tassi di approvvigionamento in un'ordinanza (art. 3 cpv. 4 ordinanza sui numeri massimi).

2. Quadro legale per la determinazione dei numeri massimi

L'articolo 55a LAMal adottato dal Parlamento il 19 giugno 2020 fornisce ai Cantoni una nuova soluzione, a tempo indeterminato, per limitare il numero di autorizzazioni di nuovi medici. I Cantoni dovranno pertanto limitare il numero di medici autorizzati a fornire prestazioni ambulatoriali a carico dell'AOMS in uno o più campi di specializzazione medica o in determinate regioni. Conformemente alla volontà espressa dal Parlamento, i Cantoni non sono tenuti a definire un numero massimo di medici per tutti i campi e per tutte le regioni, ma possono farlo anche solo per uno o più campi di specializzazione medica o solo per determinate regioni. Devono comunque prevedere, come minimo, dei numeri massimi per un campo di specializzazione in una certa regione. Il metodo di selezione dei campi cui si applicano i numeri massimi è lasciato all'apprezzamento dei Cantoni. Sono soggetti alla limitazione anche i medici che esercitano nel settore ambulatoriale di un ospedale o in istituti che dispensano cure ambulatoriali effettuate da medici ai sensi dell'articolo 35 capoverso 2 lettera n LAMal (art. 55a cpv. 1 lett. b LAMal). Non è dunque previsto che i Cantoni possano prevedere dei numeri massimi distinti per gli studi medici e il settore ambulatorio ospedaliero: i numeri massimi definiti per un campo di specializzazione e una regione si applicano a tutti i medici, che esercitino essi in studio nel settore ambulatoriale ospedaliero oppure in un'istituzione che dispensano cure ambulatoriali¹.

L'articolo 55a capoverso 5 LAMal specifica quali medici possono continuare a esercitare in un Cantone in caso di limitazione delle autorizzazioni. L'articolo 55a capoverso 3 LAMal prevede che, prima di determinare i numeri massimi, i Cantoni debbano sentire le federazioni dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e degli assicurati, e coordinarsi con gli altri Cantoni al fine di garantire segnatamente la

¹ Si veda in proposito la risposta al punto 2.2. h) pag. 18 nelle Domande frequenti (FAQ) sull'attuazione della modifica della LAMal «Autorizzazione dei fornitori di prestazioni» del 21 giugno 2022 pubblicate sul sito dell'UFSP www.bag.admin.ch → Assicurazioni → Assicurazione malattie → Fornitori di prestazioni.

qualità e l'efficacia dei servizi e delle cure. I fornitori di prestazioni, gli assicuratori e le loro rispettive federazioni comunicano gratuitamente alle autorità cantonali competenti che li richiedono i dati necessari a determinare i numeri massimi, oltre ai dati rilevati secondo l'articolo 59a (art. 55a cpv. 4 LAMal).

Secondo l'articolo 55a capoverso 2 LAMal, il Consiglio federale deve fissare i criteri e i principi metodologici applicabili alla definizione dei numeri massimi tenendo conto in particolare:

- dei flussi di pazienti tra Cantoni;
- delle regioni responsabili della fornitura dei servizi sanitari; nonché
- dell'evoluzione generale dei tassi d'occupazione dei medici.

L'attuazione dell'articolo 55a capoverso 2 LAMal è concretizzata dall'ordinanza sui numeri massimi. Questa, insieme al relativo commento, precisano i criteri e principi metodologici su cui i Cantoni dovranno basarsi per definire i numeri massimi di medici per campo di specializzazione e per regione. Secondo l'articolo 1 di questa ordinanza, i numeri massimi di medici per campo di specializzazione e per regione sono definiti dai Cantoni mediante la funzione seguente:

$$(F1) \text{ numero massimo} = \frac{ETP_{effettivi}}{\text{tasso di approvvigionamento}} * \text{fattore di ponderazione}$$

In tale funzione, gli ETP effettivi rappresentano l'offerta di medici attivi per campo di specializzazione e per regione, offerta che deve essere valutata in equivalenti a tempo pieno (ETP) dai Cantoni (cfr. art. 2 ordinanza sui numeri massimi). Il tasso di approvvigionamento corrisponde al rapporto tra l'offerta di prestazioni fornita dai medici e la stima del volume di prestazioni necessario a coprire i bisogni di cure in un campo di specializzazione e una regione. Questo metodo di stima del tasso di approvvigionamento è definito all'articolo 3 dell'ordinanza sui numeri massimi. La stima del volume adeguato al bisogno si fonda in particolare su un modello nazionale di regressione dell'offerta di cure elaborato dal DFI (art. 3 cpv. 1 ordinanza sui numeri massimi) e tiene conto dei flussi di pazienti tra le regioni (art. 3 cpv. 3 ordinanza sui numeri massimi). Il DFI è incaricato di pubblicare i tassi di approvvigionamento in un'ordinanza. Il terzo fattore della funzione *F1* indica che i Cantoni hanno la possibilità di applicare un fattore di ponderazione volto a tener conto delle specificità regionali o legate al campo di specializzazione e di cui non si fosse potuto tener conto nella stima dei tassi di approvvigionamento. Devono essere in grado di giustificare le loro scelte basandosi in particolare su interviste di specialisti, sistemi di indicatori o valori di riferimento (art. 5 cpv. 2 ordinanza sui numeri massimi). Possono inoltre prevedere, per ogni regione, fattori diversi a seconda dei campi.

L'articolo 4 capoverso 1 dell'ordinanza sui numeri massimi definisce i campi di specializzazione sulla base dei titoli federali di perfezionamento enumerati all'articolo 2 capoverso 1 lettere a e b dell'ordinanza sulle professioni mediche (OPMed; RS 811.112.0) e lascia al DFI la possibilità di raggruppare singoli titoli di perfezionamento in un campo di specializzazione. Questi raggruppamenti saranno in seguito ripresi dai Cantoni per determinare i numeri massimi. Così facendo, il calcolo del tasso di approvvigionamento a opera del DFI come pure la determinazione dei numeri massimi da parte dei Cantoni poggiano su un'identica definizione dei campi di specializzazione medica.

Le regioni utilizzate dal DFI nel modello nazionale di regressione dell'offerta di cure e per la pubblicazione dei tassi copertura devono essere determinate dopo aver consultato i Cantoni (art. 3 cpv. 2 ordinanza sui numeri massimi). I Cantoni sono tuttavia liberi di scegliere le regioni per le quali intendono determinare dei numeri massimi. Possono anche scegliere di applicare i numeri massimi solo a una parte del loro territorio (art. 6 cpv. 1 ordinanza sui numeri massimi), aggregare i numeri massimi di diverse regioni all'interno del Cantone oppure, previo coordinamento con i Cantoni interessati, su un territorio intercantonale (art. 6 cpv. 2 ordinanza sui numeri massimi).

I tassi di approvvigionamento pubblicati dal DFI devono infine essere periodicamente riesaminati e, se necessario, adattati (art. 3 cpv. 5 ordinanza sui numeri massimi). Lo stesso vale per i numeri massimi di medici definiti dai Cantoni (art. 5 cpv. 3 ordinanza sui numeri massimi).

Le disposizioni transitorie prevedono due anni di tempo a partire dall'entrata in vigore dell'articolo 55a LAMal per adeguare le normative cantonali in materia di limitazione delle autorizzazioni a esercitare a carico dell'AOMS, ossia fino al 30 giugno 2023. A partire da tale data i Cantoni non potranno più basare le loro normative in materia di limitazione delle autorizzazioni sul previgente art. 55a LAMal oppure sull'ordinanza che limita il numero di fornitori di prestazioni autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OLNF; RS 832.103). L'ordinanza sui numeri massimi, entrata in vigore il 1° luglio 2021, prevede tuttavia un periodo transitorio supplementare, per cui i Cantoni possono stabilire, fino al 30 giugno 2025, che l'offerta di medici da essi calcolata corrisponde a un approvvigionamento conforme al bisogno ed economico. Successivamente a tale data, non avranno

dunque più nessun'altra possibilità a parte quella di determinare i numeri massimi di fornitori di prestazioni sulla base del metodo presentato nell'ordinanza sui numeri massimi, facendo riferimento alle disposizioni della presente ordinanza del DFI.

3. Commento al contenuto dell'ordinanza

Nella presente ordinanza il DFI sancisce i tassi di approvvigionamento per campo di specializzazione e per regione conformemente all'articolo 3 capoverso 4 dell'ordinanza sui numeri massimi.

3.1. Metodo di calcolo dei tassi di approvvigionamento

La determinazione dei tassi di approvvigionamento poggia su un'analisi effettuata dall'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) in collaborazione con l'istituto BSS². I lavori sono stati supervisionati da un gruppo di accompagnamento formato, oltre che da Obsan e BSS, da rappresentanti dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), dell'Ufficio federale di statistica (UST), della Conferenza svizzera dei direttori cantonali della sanità (CDS) e di quattro direzioni cantonali della sanità, ossia BL, GE, SG, ZH. Alla fine di ogni tappa chiave dei lavori sono stati parallelamente informati, nel quadro di conferenze, anche i rappresentanti di tutte le direzioni cantonali della sanità e la CDS, le federazioni di assicuratori santésuisse e curafutura come pure le federazioni di fornitori di prestazioni, segnatamente l'associazione professionale dei medici svizzeri FMH, H+ Gli Ospedali Svizzeri e l'Associazione svizzera dei medici assistenti e capiclinica (ASMAC), i quali hanno peraltro avuto la possibilità di esprimersi sul metodo, rispettivamente sui tassi di approvvigionamento pubblicati, contribuendo così a migliorarne la determinazione. Attraverso colloqui condotti dall'Obsan con i relativi delegati tariffali, sono state inoltre coinvolte nei lavori di elaborazione le società delle varie discipline mediche le quali, oltre ad aver aiutato ad affinare il metodo che permette di identificare i campi di specializzazione cui possono essere attribuite le prestazioni fatturate attraverso TARMED quando il titolo di specializzazione del medico che ha fornito la prestazione non è chiaramente indicato nei dati, hanno pure contribuito a identificare le variabili esplicative pertinenti per ciascun campo di specializzazione, poi utilizzate nel modello nazionale di regressione dell'offerta di cure.

Il calcolo dei tassi di approvvigionamento effettuato da Obsan e BSS mette in rapporto il volume di prestazioni osservato con il volume di prestazioni adeguato al bisogno per un campo di specializzazione e in una regione. Il volume osservato è dedotto dalla statistica di fatturazione allestita dalla SASIS SA, mentre il volume di prestazioni adeguato al bisogno deve essere stimato per mezzo di una valutazione statistica. A tale effetto è stato sviluppato un modello di regressione nazionale, all'interno del quale la quantità di prestazioni consumate dagli assicurati a livello nazionale è predetta in funzione di diversi fattori demografici: età (20 classi di età), sesso (maschile / femminile), nazionalità (CH, UE, Paese terzo), stato civile (matrimonio o unione domestica registrata: sì / no), dimensione dell'economia domestica (1, 2, 3, 4 membri e più), genere di economia domestica (collettività: sì / no), nonché in funzione di diversi fattori legati alla morbilità, ovvero importo della franchigia annuale (bassa <500 CHF / elevata >500 CHF), ospedalizzazione durante l'anno precedente (sì / no, definito secondo compensazione dei rischi), spese per medicinali elevate durante l'anno precedente (sì / no, definito secondo compensazione dei rischi).

Nel calcolo dei tassi di approvvigionamento sono utilizzate diverse fonti di dati, tra cui principalmente il pool di dati della SASIS SA, che censisce le prestazioni AOMS fatturate per ogni fornitore di prestazione in funzione del relativo numero RCC, differenziate secondo determinate caratteristiche dei pazienti e raggruppate per tipo di prestazioni. Il pool tariffale della SASIS SA, che contiene un minor numero di dati relativi ai pazienti ma fornisce maggiori dettagli quanto alle posizioni tariffali fatturate, è utilizzato a complemento del pool di dati per permettere di ripartire al meglio le prestazioni fatturate sui diversi campi di specializzazione. Si entrerà più diffusamente nel merito della ripartizione nei paragrafi sotto. Sono pure utilizzate altre fonti di dati, quali il registro delle professioni mediche MedReg dell'UFSP, che per ogni numero GLN di un medico indica l'ultimo titolo di perfezionamento ottenuto, la Statistica della popolazione e delle economie domestiche (STATPOP) dell'UST, che fornisce informazioni circa determinate variabili demografiche, come pure il Registro dei codici creditori della SASIS SA, che contiene diverse informazioni riguardo ai medici che esercitano in studio e in ospedale.

² Lo stesso istituto era già stato coinvolto nella preparazione dell'ordinanza sui numeri massimi, nel cui quadro aveva realizzato uno studio. Cfr. Kaiser, B. (2020). *Kriterien und methodische Grundsätze für die Festlegung der Höchstzahlen von Ärztinnen und Ärzten*. BSS, accessibile al link: www.bag.admin.ch > L'UFSP > Pubblicazioni > Rapporti di ricerca > Assicurazione malattie e infortuni.

Come indicato nel capitolo 2, i campi di specializzazione sono definiti sulla base dei titoli federali di perfezionamento. La presente ordinanza definisce un unico raggruppamento di titoli federali di perfezionamento, cioè per la medicina interna generale. La ripartizione delle prestazioni fatturate sui diversi campi di specializzazione è effettuata per mezzo del numero RCC o GLN del medico laddove sia esplicitamente registrato il campo di specializzazione. Tale registrazione non è tuttavia sistematica, poiché all'interno dei dati della SASIS l'attribuzione ai campi è fatta soprattutto a livello dei fornitori di prestazioni, identificati attraverso il relativo numero RCC. Nel caso di studi individuali, questo livello è di principio identico a quello del numero GLN. Non è tuttavia sempre così nel caso dei grandi fornitori di prestazioni quali gli ospedali o gli studi collettivi. Ciononostante è stato possibile identificare il numero GLN del medico per il 59 per cento delle prestazioni fornite dagli studi collettivi e per il 50 per cento delle prestazioni fornite dagli ospedali. Per conoscere la ripartizione del resto delle prestazioni, sono stati dunque definiti dei ventagli di prestazioni TARMED in collaborazione con gli esperti tariffali delle società mediche. Ogni ventaglio costituisce un «paniere tipo» delle prestazioni che vengono abitualmente ed essenzialmente fatturate per un certo campo di specializzazione. Il processo di attribuzione ai campi poggia in seguito su un approccio probabilistico (secondo il teorema di Bayes).

Una volta allestito e calibrato sulla popolazione a livello nazionale, il modello può quindi essere applicato alla struttura della popolazione di una regione così da ottenere il volume *a* di prestazioni adeguato al bisogno (art. 3 cpv. 1 ordinanza sui numeri massimi), ossia il volume che avrebbe consumato la popolazione di una regione se, tenuto conto delle sue caratteristiche demografiche e di morbilità, avesse le stesse abitudini di consumo dell'intera popolazione svizzera. Questo volume *a* viene successivamente trasferito dalla regione di domicilio verso la regione di impianto per tener conto dei flussi di pazienti. Da notarsi che questa distribuzione avviene a livello dei Comuni ed è poi aggregata. La presente ordinanza stabilisce quindi che i tassi di approvvigionamento sono aggregati in linea di principio per Cantone in funzione dei campi di specializzazione. Quattro grandi campi di specializzazione sono inoltre aggregati per distretto.

Una volta effettuati questi calcoli, si ottiene il volume *b* di prestazioni adeguato al bisogno (art. 3 cpv. 3 ordinanza sui numeri massimi) per regione. Il volume di prestazioni osservato è infine diviso per questo volume *b* onde ottenere i tassi di approvvigionamento della regione:

$$(F2) \text{ tasso di approvvigionamento} = \frac{\text{volume di prestazioni osservato}}{\text{volume}_b \text{ di prestazioni adeguato al bisogno}}$$

Più ampie informazioni concernenti il modello di regressione dell'offerta di cure e il calcolo dei tassi di approvvigionamento sono contenute nel rapporto di Obsan e BSS, pubblicato sul sito dell'UFSP e dell'Obsan³.

3.2. Interpretazione e utilizzazione dei tassi di approvvigionamento

I tassi di approvvigionamento permettono un confronto interregionale del consumo di prestazioni mediche che tiene conto delle caratteristiche della popolazione come pure dei flussi di pazienti. Benché le variabili esplicative assunte dal modello di regressione dell'offerta consentano una stima della variabilità del bisogno in cure, i tassi di approvvigionamento pubblicati non dovrebbero tuttavia essere considerati come una cartografia dello stato di approvvigionamento. Allo stesso modo, un tasso di approvvigionamento inferiore o superiore a 100 per cento non indica specificatamente che l'approvvigionamento in cure sia insufficiente o, al contrario, eccessivo, ma solo che il volume di prestazioni fornito nella regione interessata è inferiore o superiore al consumo di una struttura di popolazione che presenti le stesse caratteristiche sul piano nazionale.

Nell'interpretare i tassi di copertura, occorre tenere conto dei limiti del metodo presentato nel rapporto Obsan e BSS⁴. In particolare, poiché i bisogni oggettivi di approvvigionamento a livello nazionale non sono direttamente misurabili, il modello deve prendere come riferimento l'offerta media di prestazioni mediche ambulatoriali della Svizzera, ossia assumere implicitamente che le prestazioni fornite coprano i bisogni della popolazione a livello nazionale. I limiti del metodo sono dovuti anche ad altre ragioni, come la mancata considerazione di alcune caratteristiche dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria (ad esempio le interfacce tra settori specializzati o le differenze regionali nella "ambulantizzazione" dei

³ Jörg, R., Kaiser, B., Burla, L., Haldimann, L. & Widmer, M. (2022). *Regionale Versorgungsgrade pro Fachgebiet als Grundlage für die Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Schlussbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und von BSS Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG)* (Obsan Bericht 05/2022). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium., Consultabili ai link: www.obsan.ch > Pubblicazioni www.bag.admin.ch > Assicurazioni > Assicurazione malattie > Fornitori di prestazioni > Numeri massimi di medici

⁴ Jörg R., Kaiser, B. et al. (2022). Cap. 6.1.

servizi medici), nonché a limitazioni relative ai dati di base utilizzati nel modello. Per tutti questi motivi, il tasso di copertura non può essere considerato una misura diretta del livello di approvvigionamento. In altre parole, un tasso di copertura inferiore o superiore al 100% non porta di per sé a concludere che vi sia una carenza o un eccesso di offerta.

Alla stessa stregua, i tassi di approvvigionamento non determinano da soli i numeri massimi di medici che saranno autorizzati a esercitare in una regione o in un campo di specializzazione. È solo dopo aver valutato il numero di EPT effettivi e definito il fattore di ponderazione per tenere conto dei limiti del calcolo dei tassi di approvvigionamento (cfr. funzione *F1*) che i Cantoni saranno in grado di stabilire se vi è un sovra-approvvigionamento o un sotto-approvvigionamento e determinare così i numeri massimi di medici autorizzati a esercitare a carico dell'AOMS in un campo di specializzazione o in una regione. I numeri massimi possono dunque essere considerati, in quest'ottica, come un tetto massimo da non superare. Il rapporto di Obsan e BSS contiene raccomandazioni all'indirizzo dei Cantoni riguardo all'utilizzazione dei fattori di ponderazione⁵ come pure indicazioni concernenti le basi di dati utilizzabili per valutare l'offerta effettiva di medici (EPT)⁶. Prima di determinare i numeri massimi di medici, il Cantone sente comunque le federazioni dei fornitori di prestazioni, degli assicuratori e degli assicurati e si coordina con gli altri Cantoni per determinarli (art. 55a cpv. 3 LAMal).

Come già menzionato nel capitolo 2, i tassi di approvvigionamento pubblicati dal DFI dovranno essere rivisti regolarmente e adeguati se ritenuto necessario (art. 3 cpv. 5 dell'Ordinanza sui numeri massimi). A questo proposito, il rapporto di Obsan e BSS raccomanda al DFI di aggiornare i tassi di approvvigionamento in cure ogni due anni e di riesaminare il modello per calcolarli in maniera regolare, se possibile ogni quattro-sei anni⁷. I due istituti raccomandano in particolare che la prima rivalutazione del modello avvenga possibilmente nel 2024, prima che scadano i termini transitori previsti a livello di legge e nell'ordinanza del Consiglio federale. Il DFI intende, nella misura del possibile, seguire queste raccomandazioni, ma ha tuttavia ritenuto controproducente sancire nella presente ordinanza una norma rigida al riguardo, essendo lo stesso ritmo di aggiornamento soggetto a sviluppi difficili da prevedere quali per esempio l'evoluzione a livello di tariffazione delle prestazioni mediche nel settore ambulatoriale.

II. Parte dettagliata

Art. 1 Raggruppamento di titoli di perfezionamento in un campo di specializzazione medica

I campi di specializzazione sono definiti in linea di principio sulla base dei titoli federali di perfezionamento di cui all'articolo 2 capoverso 1 lettere a e b OPMed. L'articolo 1 dell'ordinanza del DFI stabilisce che i seguenti titoli federali di perfezionamento sono raggruppati nel campo di specializzazione «medicina interna generale»: medicina interna generale, medico generico nonché medicina tropicale e medicina di viaggio. Questo raggruppamento è stato deciso a seguito dei colloqui condotti dall'Obsan con gli esperti tariffali delle specialità interessate, in base anche ad analisi delle prestazioni fatturate. Le specifiche del modello variano a seconda del campo di specializzazione, per cui è indispensabile che i campi di specializzazione considerati dai Cantoni nella determinazione di numeri massimi siano identici a quelli della presente ordinanza.

Art. 2 Definizione delle regioni

L'articolo 2 definisce le regioni utilizzate per la pubblicazione dei tassi di approvvigionamento. La categoria 1 corrisponde ai confini cantonali (cpv. 1), la categoria 2 corrisponde ai distretti (cpv. 2). I cantoni di Appenzello Esterno, Sciaffusa, Soletta e Lucerna mantengono i loro vecchi distretti solo a fini statistici. Per questi cantoni, i distretti sono presi in considerazione nel calcolo dei tassi di copertura. Per il Cantone di Neuchâtel, che non è suddiviso in distretti, il territorio cantonale è stato ripartito in quattro grandi regioni (corrispondenti alle regioni elettorali). Queste regioni sono state integrate nella categoria 2 (cpv. 3). Sono pertanto otto i Cantoni per i quali i tassi di approvvigionamento sono unicamente pubblicati a livello del cantone, non comprendendo essi alcun distretto.

⁵ Jörg R., Kaiser, B. et al. (2022). Cap. 2.3.3 e 2.3.4

⁶ Jörg R., Kaiser, B. et al. (2022). Cap. 2.1

⁷ Jörg R., Kaiser, B. et al. (2022). Cap. 6.2.2 e 6.2.3

L'attribuzione dei Comuni ai Cantoni e ai distretti si basa sull'elenco ufficiale dei Comuni della Svizzera nella versione del 1° gennaio 2019, consultabile sul sito web dell'UST⁸. È stato scelto il registro del 2019 perché i dati di fatturazione utilizzati per il calcolo dei tassi di approvvigionamento sono di quell'anno. Anche se i territori di alcuni pochi Comuni hanno cambiato distretto e il territorio di un Comune ha cambiato Cantone a seguito di fusioni comunali dopo il 2019, a essere interessato da questi cambiamenti è solo un numero moderato di abitanti nei distretti e Cantoni in questione. Si può dunque partire dal presupposto che ciò non abbia influito in modo significativo sui tassi di approvvigionamento dei Cantoni e distretti in questione. I Cantoni interessati hanno inoltre tuttora la possibilità di tenerne conto al momento di determinare i fattori di ponderazione di cui all'articolo 5 capoverso 2 dell'ordinanza sui numeri massimi.

Sebbene, va notato, tutti i Cantoni abbiano la possibilità di definire dei campi d'applicazione regionali, dei numeri massimi, diversi da quelli scelti per la pubblicazione dei tassi di approvvigionamento (art. 6 ordinanza sui numeri massimi), i tassi di approvvigionamento pubblicati nella presente ordinanza del DFI devono comunque essere rispettati. Se i campi d'applicazione locali corrispondono a un'aggregazione di territori cantonali (oppure a un'aggregazione di distretti nel caso dei quattro campi di specializzazione per i quali i tassi di approvvigionamento sono pubblicati a livello di distretto), i Cantoni devono dunque sommare i rispettivi numeri massimi. Nel caso in cui il campo d'applicazione raggruppi regioni di più Cantoni, è tuttavia necessario un coordinamento intercantonale (art. 6 cpv. 2 ordinanza sui numeri massimi). Nei casi in cui il territorio non consista in un'aggregazione di Cantoni o di distretti, i Cantoni possono chiedere all'Obsan di fornire loro i tassi di approvvigionamento corrispondenti alle regioni desiderate. Occorre pertanto tener presente che certe regionalizzazioni non sono realizzabili (p. es. se le regioni che si intendono definire non sono basate sui confini comunali) e che altre non sono auspicabili (p. es. quando le regioni che si intendono definire sono troppo piccole).

Art. 3 Tassi di approvvigionamento

L'articolo 3 rimanda agli allegati 1 e 2, nei quali sono riportati i tassi di approvvigionamento per campo di specializzazione e per categoria di regione. I tassi di approvvigionamento per le regioni della categoria 1 (i Cantoni) si trovano nell'allegato 1 (cpv. 1). Per quattro campi con un volume di prestazioni importante – medicina interna generale (raggruppamento di più titoli), pediatria, ginecologia e ostetricia, psichiatria e psicoterapia – i tassi di approvvigionamento sono pubblicati anche per le regioni della categoria 2 (vale a dire per i distretti e nel Cantone di Neuchâtel per le regioni elettorali) (cpv. 2). Questi tassi di approvvigionamento sono riportati nell'allegato 2 (cpv. 3).

Allegati 1 e 2 Tassi di approvvigionamento per campo di specializzazione

I tassi di approvvigionamento di tutti i campi di specializzazione per i quali è stato possibile effettuare un calcolo sono pubblicati a livello cantonale nell'allegato 1. Nell'allegato 2 sono riportati a livello distrettuale (per il Cantone di Neuchâtel a livello delle regioni elettorali) i tassi di approvvigionamento dei quattro campi di specializzazione menzionati all'articolo 2 capoverso 2. Nella RU e nella RS il contenuto dei due allegati è pubblicato soltanto mediante rimando.

Per gli undici campi elencati di seguito il volume di prestazioni mediche nel settore ambulatoriale è estremamente ridotto, il che non ha consentito di stimare i tassi di approvvigionamento in cure tramite un modello nazionale di regressione dell'offerta di cure e tenendo conto dei flussi di pazienti: medicina del lavoro, chirurgia vascolare, medicina intensiva, farmacologia e tossicologia clinica, genetica medica, chirurgia orale e maxillo-facciale, medicina farmacologica, prevenzione e salute pubblica, medicina legale, chirurgia toracica, chirurgia cardiaca e vascolare toracica. Per questi campi l'allegato 1 dell'ordinanza stabilisce tassi di approvvigionamento equivalenti al 100 per cento per tutti i Cantoni. I Cantoni che vogliono determinare dei numeri massimi per questi campi possono evidentemente tener conto di un'eventuale offerta insufficiente o eccedentaria mediante il fattore di ponderazione previsto all'articolo 5 capoverso 2 dell'ordinanza sui numeri massimi.

Per quel che riguarda i campi di specializzazione con un volume complessivo di prestazioni mediche ambulatoriali sufficiente per il calcolo dei tassi di approvvigionamento, può succedere che in un Cantone o distretto non eserciti nessun medico avente la specialità interessata. In questi casi non è possibile calcolare nessun tasso di approvvigionamento e non è stato fissato nessun valore per il tasso di approvvigionamento. Se il Cantone interessato desidera comunque definire un numero massimo per questo campo di specializzazione, deve auspicabilmente farlo tenendo conto della situazione delle regioni

⁸ Elenco ufficiale dei Comuni della Svizzera a cura dell'UST. Consultabile al link: www.bfs.admin.ch > Basi statistiche e rilevamenti > Elenco ufficiale dei Comuni della Svizzera > Elenco storicizzato dei Comuni

di approvvigionamento, ossia le regioni in cui i pazienti si recano per consultare un medico che esercita nel campo di specializzazione in questione. Se la regione di approvvigionamento è situata al di fuori dei propri confini, il Cantone che vuole stabilire una limitazione deve coordinarsi con il Cantone di approvvigionamento, perché i Cantoni possono definire numeri massimi solo sul proprio territorio. I Cantoni di approvvigionamento sono identificabili mediante i dati sui flussi dei pazienti pubblicati nell'allegato al rapporto di Obsan e BSS⁹.

III. Entrata in vigore

L'ordinanza entra in vigore il 1° gennaio 2023.

⁹ Jörg R., Kaiser, B. et al. (2022). Allegato Excel