



Berna, 8 dicembre 2017

Snellimento burocratico. Meno oneri per la rilevazione dei dati della statistica degli stabilimenti medico-sociali.

Rapporto del Consiglio federale in adempimento del postulato 15.3463 Cassis del 6 maggio 2015

Sommario

Compendio	3
1 Mandato	5
1.1 Postulato Cassis (15.3463)	5
1.2 Obiettivo del rapporto	5
2 Introduzione	6
2.1 La statistica dell'assistenza sanitaria	6
2.2 Presentazione dell'indagine SOMED	6
2.3 Scopo statistico e amministrativo nella SOMED	7
2.3.1 La funzione statistica	8
2.3.2 La funzione amministrativa	9
2.4 Utilità e principali utenti della SOMED	9
2.5 Onere imposto agli istituti interrogati	12
2.5.1 Ridurre l'onere statistico rientra tra i compiti dell'UST	12
2.5.2 Interpellanza 06.3217 Baader. Onere statistico supplementare dovuto a SOMED .	12
3 Ottimizzazione delle rilevazioni di dati cantonali e federali	13
3.1 Dati e informazioni relativi a competenze federali	13
3.2 Dati relativi a competenze cantonali	13
3.2.1 Settori LAMal per i quali la competenza è attribuita ai Cantoni	14
3.2.2 Esigenze cantonali specifiche	15
3.3 Convergenza dell'organizzazione delle rilevazioni federali e cantonali	16
3.4 Conclusione parziale	17
4 Semplificazione del questionario e utilizzazione dei dati disponibili	18
4.1 Miglioramento dell'usabilità dell'applicazione grazie alla semplificazione delle definizioni e dei messaggi di errore	18
4.2 Ripresa dei dati trasmessi agli assicuratori-malattie o alle autorità fiscali	18
4.2.1 Gli assicuratori-malattie	19
4.2.2 Le autorità fiscali	19
4.2.3 Conclusione parziale	19
5 Conclusioni del Consiglio federale	21
6 Bibliografia	22
Allegato 1: basi legali	23
Allegato 2: studi basati sulla SOMED	25

Compendio

Nel suo parere del 1° luglio 2015 in risposta al postulato 15.3463 Cassis «Snellimento burocratico. Meno oneri per la rilevazione dei dati della statistica degli stabilimenti medico-sociali» del 6 maggio 2015, il Consiglio federale si è detto pronto a studiare con i suoi partner come risolvere il problema della proliferazione delle rilevazioni per la statistica degli stabilimenti medico-sociali (SOMED) e ridurre l'onere dei fornitori di dati. Ha inoltre dichiarato di essere disposto a redigere un rapporto in merito e a valutare quali misure potrebbero e/o dovrebbero essere adottate per raggiungere l'obiettivo. Il presente rapporto adempie questo mandato.

La raccolta dei dati per la statistica SOMED fa parte delle rilevazioni dell'Ufficio federale di statistica (UST) sui sistemi sanitari. Il suo scopo è di ottenere informazioni quanto più complete possibili e comparabili a livello svizzero sull'assistenza sanitaria stazionaria nelle case di cura e negli istituti medico-sociali¹. I dati rilevati riguardano le prestazioni, le persone ospitate, il personale e le finanze. La SOMED esiste nella sua forma attuale dal 2006. È realizzata in stretta collaborazione con i partner interessati, tra cui l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), i Cantoni e l'associazione mantello nazionale degli istituti sociali e di cura CURAVIVA.

L'indagine adempie un doppio mandato legale: amministrativo (legge federale sull'assicurazione malattie, LAMal) e statistico (legge sulla statistica federale, LStat). Queste basi giuridiche definiscono in maniera precisa il contenuto della rilevazione, le definizioni da applicare e le specifiche dell'indagine, quali la popolazione di base, la periodicità ecc.

La prima parte del postulato chiede di esaminare il potenziale di ottimizzazione delle rilevazioni di dati cantonali e federali. Alcuni Cantoni rilevano per conto proprio dati complementari a quelli della SOMED. Queste doppie rilevazioni cantonali e federali si spiegano, oltre che con gli obiettivi diversi previsti nelle basi legali federali e cantonali, con il fatto che la gestione strategica, la pianificazione e una parte del finanziamento degli istituti medico-sociali sono di competenza cantonale. Per svolgere questi compiti alcuni Cantoni hanno bisogno di dati complementari a quelli della SOMED. Alcuni devono inoltre disporre di dati ancora prima che siano a disposizione quelli della SOMED. In definitiva, è possibile ottimizzare le rilevazioni cantonali e federali per la SOMED soltanto nella misura in cui le esigenze cantonali sono compatibili con il mandato federale conferito all'UST. Le informazioni provvisorie e non consolidate raccolte ai fini della gestione strategica cantonale non possono pertanto essere usate per la rilevazione federale, che esige dati definitivi e di elevata qualità. Non rientra inoltre nel mandato conferito all'UST integrare informazioni disponibili soltanto in alcuni Cantoni.

La seconda parte del postulato propone di migliorare l'usabilità dell'applicazione informatica e di utilizzare informazioni già raccolte nell'ambito di altre rilevazioni (assicuratori, dati fiscali). L'UST ha sviluppato una soluzione informatica che corrisponde agli standard attuali in materia di rilevazioni statistiche. Accrescerne la facilità d'uso semplificando le definizioni e i messaggi d'errore è una delle attività di base dell'UST, che può essere realizzata soltanto in collaborazione con i partner interessati. Attualmente l'UST esamina con i Cantoni e i fornitori di dati i possibili miglioramenti dell'applicazione informatica e della sua usabilità.

Quanto al riutilizzo dei dati degli assicuratori o dei dati fiscali, le esigenze di informazione per le diverse raccolte di dati sono troppo divergenti e i dati trasmessi agli assicuratori-malattie o alle autorità fiscali sono troppo lacunosi per soddisfare le esigenze della SOMED e per sfruttare eventuali sinergie. Una soluzione tecnica basata su informazioni parziali non farebbe che complicare ulteriormente la raccolta dei dati anziché semplificarla, a causa del dispendioso

¹ In particolare, le case per anziani e le case di cura medicalizzate, oggetto della parte A della rilevazione SOMED. La parte B della rilevazione SOMED, che riguarda gli istituti per persone con disabilità e quelli per persone affette da dipendenza, non è contemplata dal presente rapporto.

processo di coordinamento e per motivi di protezione dei dati.

Il Consiglio federale giunge alla conclusione che la Confederazione ha elaborato un dispositivo di rilevazione che consente di soddisfare le richieste dal postulato in quanto offre ai Cantoni condizioni favorevoli per coordinare nel migliore dei modi le loro rilevazioni con quelle dell'UST e consente di ridurre al minimo l'onere a carico degli istituti.

1 Mandato

1.1 Postulato Cassis (15.3463)

Il postulato 15.3463 Cassis «Snellimento burocratico. Meno oneri per la rilevazione dei dati della statistica degli stabilimenti medico-sociali» è stato depositato il 6 maggio 2015 e accolto dal Consiglio nazionale il 25 settembre 2015. Ha il seguente tenore:

«Il Consiglio federale è incaricato di studiare come ridurre l'onere della rilevazione dei dati per la statistica degli stabilimenti medico-sociali (SOMED) e presentare un rapporto in merito. È chiamato in particolare a:

1. verificare se sia possibile esonerare i fornitori di prestazioni dalle rilevazioni cantonali dei dati che si svolgono parallelamente, combinare queste ultime con la SOMED oppure integrarle in toto;

2. studiare come rendere più pratico per gli utenti il modulo on line in modo da ridurre anche gli oneri delle PMI in questo contesto; in particolare occorre verificare se sia possibile semplificare le definizioni e se i dati che comunque devono essere forniti alle assicurazioni malattie o alle autorità fiscali possano essere trasferiti automaticamente nel modulo».

1.2 Obiettivo del rapporto

Il presente rapporto adempie il mandato summenzionato. La statistica degli istituti medico-sociali (SOMED) esiste già da diversi anni. Non si tratta quindi di proporre una nuova indagine, ma piuttosto di studiare come adattare una rilevazione che funziona da oltre dieci anni. Il contesto tecnico, sociale e politico si è evoluto considerevolmente dall'ultima revisione del 2005. Una rivalutazione del funzionamento e l'eventuale adozione di misure volte ad alleggerire l'onere a carico degli istituti costituiscono elementi pertinenti e necessari al fine di tentare di migliorare l'accettazione della rilevazione.

Il postulato chiede di esaminare due tipi di misure: l'ottimizzazione delle rilevazioni di dati cantonali e federali da un lato e la riduzione dell'onere a carico soprattutto delle piccole e medie imprese (PMI) dall'altro. Queste misure devono permettere di migliorare il questionario, semplificare le definizioni o riprendere i dati già trasmessi agli assicuratori-malattie o alle autorità fiscali. È quanto si prefigge di fare il presente rapporto tenendo conto del mandato legale dell'indagine e delle competenze sia federali che cantonali e analizzando, sulla base di casi concreti, in che misura e in che modo possano essere realizzate le proposte del postulato.

2 Introduzione

2.1 La statistica dell'assistenza sanitaria

La SOMED è parte integrante della statistica dell'assistenza sanitaria che fornisce dati sulle prestazioni del sistema sanitario. Vengono distinti tre livelli: gli istituti (ospedali, istituti medico-sociali, cliniche diurne, studi medici ecc.), il personale del settore sanitario (fornitori di prestazioni e personale degli istituti) e i beneficiari di prestazioni (pazienti). Per la SOMED sono rilevati dati strutturali (relativi a esercizio, finanze e personale) e sui pazienti (dati personali di natura essenzialmente medica, in particolare sulle prestazioni ricevute)².

La statistica dell'assistenza sanitaria mette a disposizione del pubblico informazioni che consentono di delineare un quadro complessivo delle prestazioni fornite e dei beneficiari delle stesse³. A tale proposito è importante l'uniformità delle rilevazioni, al fine di rendere possibili collegamenti di dati e raffronti tra gli istituti e di analizzare i percorsi dei pazienti da un trattamento all'altro e da un settore all'altro (p. es. da quello ambulatoriale a quello stazionario).

2.2 Presentazione dell'indagine SOMED

La rilevazione è esaustiva e obbligatoria per tutti gli stabilimenti sanitari non ospedalieri definiti come istituti attivi 24 ore su 24 e che ospitano o accolgono persone per un'assistenza intra muros. L'assistenza può essere di ordine medico e/o sociale e deve essere di lunga durata. Sono interessati dalla SOMED le case per anziani, gli istituti medicalizzati, gli istituti medico-sociali, gli istituti per persone con disabilità, gli istituti per persone affette da dipendenza, gli istituti per il trattamento di casi psicosociali e le case di cura e convalescenza.

A cadenza annuale gli istituti procedono al censimento delle loro prestazioni, delle persone ospitate, del personale curante e dei conti di gestione. In base al principio generale, l'Ufficio federale di statistica (UST) è responsabile dell'allestimento dell'indagine. Spetta invece ai Cantoni controllare che la rilevazione sia svolta presso gli istituti, verificare la qualità delle informazioni trasmesse e comunicarle all'UST. In definitiva, la SOMED è il risultato di una collaborazione tra i fornitori di dati (gli istituti medico-sociali o i loro rappresentanti come CURAVIVA⁴), i Cantoni e la Confederazione.

A seguito delle nuove esigenze poste dalla LAMal nel 2003, l'indagine è stata adattata con la conseguente elaborazione e introduzione, nel 2006, della SOMED, costituita da due parti:

- il questionario A destinato agli stabilimenti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie (LAMal) e, più in generale, agli istituti per anziani (SOMED A);

² UST 2017, pag. 3

³ UST 2017, pag. 5

⁴ Associazione mantello nazionale degli istituti sociali e di cura

- il questionario B riguardante gli istituti che ospitano e assistono le persone con disabilità o affette da dipendenza (SOMED B).

Con l'entrata in vigore della legge federale sulle istituzioni che promuovono l'integrazione degli invalidi (LIPIn)⁵, il 1° gennaio 2008, e della nuova ripartizione dei compiti (NPC) definita nell'ambito della riforma della perequazione finanziaria, la responsabilità degli istituti per le persone con disabilità o affetti da dipendenza è passata ai Cantoni annullando di fatto il mandato della Confederazione in materia di sorveglianza degli stabilimenti dell'assicurazione invalidità (AI). Alla luce di questa nuova ripartizione dei compiti tra Cantoni e Confederazione si è pertanto rivelata necessaria una rivalutazione dell'indagine SOMED B. Questa non rientra però più nella competenza della Confederazione. Respingendo il 7 giugno 2017 la mozione 16.4020 Eder «Dati statistici relativi al settore dei disabili», che chiedeva alla Confederazione di mantenere la rilevazione SOMED B⁶, il Parlamento ha dimostrato di condividere questa valutazione. Il presente rapporto si riferisce pertanto esclusivamente alla SOMED A.

Secondo la LAMal, l'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)⁷ e la LStat è inoltre prevista la rilevazione di indicatori di qualità per gli istituti medico-sociali. CURAVIVA sta svolgendo un progetto sostenuto dall'UFSP, dall'UST e dalla Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) a tal fine. I contenuti e le modalità saranno specificati soltanto dopo la valutazione della rilevazione pilota attualmente in corso. Visto che l'attuazione concreta e il seguito dei lavori non sono ancora stati stabiliti, il tema non sarà approfondito ulteriormente in queste pagine.

2.3 Scopo statistico e amministrativo nella SOMED

L'indagine SOMED A adempie una *doppia funzione legale*, rilevando dati a fini sia statistici che amministrativi⁸. Questo «permette di limitare l'onere per i fornitori di prestazioni. Non si rilevano due volte gli stessi dati»⁹. Prima di modificare la SOMED bisogna tenere conto di questa doppia finalità, che costituisce una delle condizioni quadro dell'indagine, e verificare se la modifica pregiudichi i dati che devono essere rilevati per legge.

La figura di seguito mostra il contesto in cui si inserisce la SOMED.

⁵ Prestazioni versate in precedenza dall'AI alle istituzioni e ai laboratori per invalidi di cui Cantoni sono tenuti a garantire la sopravvivenza.

⁶ Per ulteriori informazioni in merito cfr. <https://www.parlament.ch/it/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20164020>.

⁷ RS 832.102

⁸ L'art. 14 cpv. 1 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) precisa che la statistica delle prestazioni deve essere coordinata con la statistica degli stabilimenti sanitari secondo l'allegato all'ordinanza del 30 giugno 1993 sull'esecuzione di rilevazioni statistiche federali.

⁹ UST 2017, pag. 7

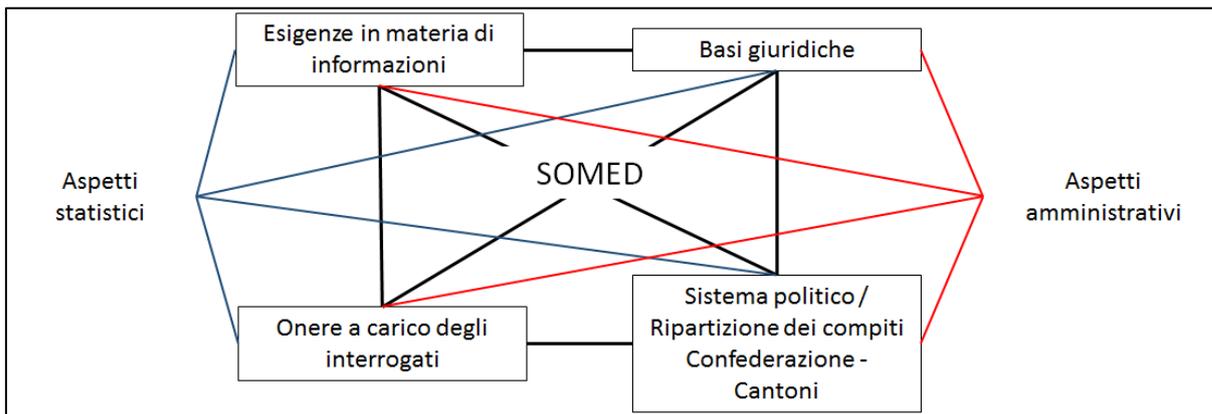


Figura 1: contesto dell'indagine SOMED

2.3.1 La funzione statistica

In generale, la statistica ha il compito di descrivere la realtà in modo neutro e sintetico mediante metodi quantitativi (cfr. messaggio del 30 ottobre 1991 concernente la legge sulla statistica federale, pag. 323)¹⁰. La statistica ha quindi uno stretto legame con la realtà. Pur dandone un'immagine semplificata, non può e non deve ignorarne la complessità. Più la realtà è complessa, più la statistica sarà elaborata e costosa. Ad esempio, se le condizioni d'attività degli istituti medico-sociali si diversificano a tal punto da far emergere un ulteriore fabbisogno di informazioni, anche le rilevazioni statistiche diventano più complesse. Non rientra invece né nei compiti né nelle competenze della statistica pubblica, ma in quelli delle autorità politiche a livello federale e cantonale, proporre modifiche istituzionali.

La *funzione statistica* della SOMED si fonda da un lato sulla legge sulla statistica federale (LStat)¹¹ e dall'altro sulla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; art. 23)¹². «Il mandato statistico previsto dalla LStat è di portata generale. L'UST ha il compito di raccogliere, elaborare e pubblicare informazioni di interesse pubblico, in particolare per la popolazione, i media, la ricerca e la politica, rispettando in modo rigoroso le disposizioni sulla protezione dei dati. Secondo l'articolo 3 capoverso 2 LStat, la statistica federale serve per «a. la preparazione, l'esecuzione e la valutazione di compiti federali; b. l'analisi di settori nei quali i compiti della Confederazione e dei Cantoni sono strettamente connessi, ad esempio [...] sanità e assistenza sociale; c. promuovere la realizzazione di progetti di ricerca d'importanza nazionale; [...]»¹³. È compito della SOMED rilevare e pubblicare in modo uniforme informazioni sugli istituti medico-sociali a livello nazionale. L'indagine produce per esempio dati sull'offerta di prestazioni e fornisce una panoramica dei costi e del finanziamento degli istituti¹⁴.

Conformemente all'articolo 23 LAMal, l'UST «elabora le basi statistiche necessarie per valutare il funzionamento e gli effetti» di detta legge. A tale proposito è importante che il trattamento dei dati raccolti a fini statistici sia conforme alla LStat. Ciò significa in particolare che tutti i dati relativi a persone e imprese siano anonimizzati affinché non sia possibile identificare in alcun modo singole persone fisiche o giuridiche. Sulla base della statistica non può essere adottata nessuna misura amministrativa inerente a persone.

¹⁰ FF 1992 I 321

¹¹ RS 431.01

¹² RS 832.10

¹³ UST 2017, pag. 7

¹⁴ Per indicazioni più dettagliate sui dati finora rilevati cfr. cap. 2.4.

2.3.2 La funzione amministrativa¹⁵

I dati della SOMED sono necessari anche per la vigilanza, la gestione e l'attuazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie da parte della Confederazione e dei Cantoni. Questa *funzione amministrativa* si fonda sulla LAMal (art. 59a), sull'OAMal e sull'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)¹⁶. Si tratta ad esempio di dati sull'esercizio, sul personale e sui pazienti (art. 59a LAMal e art. 30 OAMal). Secondo l'articolo 59a LAMal, i dati sono necessari «per vigilare sull'applicazione delle disposizioni della presente legge relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni». Altri obiettivi rilevanti per la SOMED sono formulati all'articolo 2 OCPre e comprendono tra l'altro la determinazione delle prestazioni e dei costi delle cure dispensate negli istituti medico-sociali per poter elaborare indicatori, comparare gli istituti a livello regionale, cantonale e intercantonale e calcolare tariffe.

I dati sono sempre utilizzati in conformità al fine previsto dalla legge¹⁷. Sono disaggregati per fornitori di prestazioni e «messi a disposizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica, del Sorvegliante dei prezzi, dell'Ufficio federale di giustizia, dei Cantoni e degli assicuratori, nonché degli organi menzionati nell'articolo 84a» (art. 59a cpv. 3 LAMal).

2.4 Utilità e principali utenti della SOMED

In dati raccolti per la SOMED sono stati sommariamente descritti nel capitolo 2.3. Nel presente capitolo ne è esaminata in dettaglio e in modo sistematico la loro utilità.

Anche se le esigenze generali in materia di informazioni alle quali deve rispondere la SOMED sono definiti in gran parte da norme legali, la scelta delle variabili da rilevare deve essere discussa tra i principali attori e utenti dell'indagine sotto la direzione dell'UST. In occasione della revisione 2003–2005 è stato costituito un gruppo d'accompagnamento incaricato di definirne i contenuti composto dai rappresentanti dei seguenti organi:

- Ufficio federale della sanità pubblica (settore LAMal);
- uffici cantonali dell'aiuto sociale (settore AI);
- uffici cantonali di statistica;
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (settore AI);
- servizi cantonali della sanità pubblica;
- associazioni di istituti per anziani e disabili;
- direzioni di istituti per anziani e disabili;
- Santésuisse – associazione mantello degli assicuratori-malattie.

La tabella 1 fornisce una panoramica delle esigenze dei diversi utenti.

¹⁵ Cfr. Allegato 1: basi legali

¹⁶ RS 832.104

¹⁷ UST 2017, pag. 7

Utenti	Funzione statistica	Funzione amministrativa
UST	<ul style="list-style-type: none"> • Costituzione di una base di dati per valutare il funzionamento e gli effetti della LAMal • Panoramica dell'offerta, delle prestazioni e dell'evoluzione strutturale dell'offerta e delle prestazioni sul piano nazionale • Panoramica dei costi e del finanziamento • Base di dati per la collaborazione intercantonale nella pianificazione dell'assistenza sanitaria a medio e lungo termine • Analisi dei percorsi dei pazienti • Studi epidemiologici • Confronti internazionali con i Paesi europei e dell'OCSE • Base di dati per la ricerca scientifica e altri progetti statistici¹⁸ • Costituzione di basi di dati per facilitare le decisioni politiche 	
UFSP	<ul style="list-style-type: none"> • Basi di dati per valutare il funzionamento e gli effetti della LAMal • Panoramica dell'offerta, delle prestazioni e dell'evoluzione strutturale dell'offerta e delle prestazioni sul piano nazionale • Panoramica dei costi e del finanziamento • Indicatori della qualità e dell'economicità 	<p>Applicazione, controllo e sorveglianza dell'applicazione della LAMal, in particolare</p> <ul style="list-style-type: none"> • verifica dell'economicità, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni • remunerazione delle prestazioni • controllo dei costi • registrazione delle prestazioni • monitoraggio dell'impatto delle misure • monitoraggio della qualità delle prestazioni • pubblicazione di indicatori per istituto

¹⁸ Esempi di studi basati sui dati della SOMED sono riportati all'Allegato 2: studi basati sulla SOMED.

Utenti	Funzione statistica	Funzione amministrativa
Cantoni	<ul style="list-style-type: none"> • Cfr. funzione statistica dell'UST 	<ul style="list-style-type: none"> • Portata e appropriatezza dell'offerta • Qualità delle prestazioni • Pianificazione delle prestazioni • Informazioni sulle tariffe • Controllo e sostegno alle attività della rete istituzionale • Controllo dei costi e della loro evoluzione • Raffronti tra istituti (<i>benchmarking</i>) • Determinazione delle esigenze della popolazione • Calcolo dei preventivi globali • Monitoraggio dell'impatto delle misure
Ricerca (università, ospedali)	<ul style="list-style-type: none"> • Strutture delle prestazioni • Analisi dei costi e del finanziamento • Percorsi dei trattamenti • Percorsi dei pazienti • Studi epidemiologici • Confronti internazionali 	
Assicuratori-malattie	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo dell'economicità • Basi per la tariffazione • Benchmarking • Studi 	
Istituti medico-sociali	<ul style="list-style-type: none"> • Definizioni omogenee • Armonizzazione e comparabilità dei costi delle prestazioni • Benchmarking • Indicatori della qualità e dell'economicità 	
CURAVIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Cfr. funzione statistica dell'UST 	
AFF	<ul style="list-style-type: none"> • Dati per la perequazione finanziaria 	
UFAS	<ul style="list-style-type: none"> • Controllo del sistema della sicurezza sociale 	

Tabella 1: informazioni prodotte per i diversi utenti

2.5 Onere imposto agli istituti interrogati

2.5.1 Ridurre l'onere statistico rientra tra i compiti dell'UST

La richiesta del postulato di semplificare l'indagine SOMED per snellire la burocrazia riguarda l'UST in quanto servizio statistico centrale della Confederazione, poiché la LStat mira tra l'altro a «*organizzare la statistica federale, affinché i dati necessari vengano rilevati e trattati in modo efficiente e con riguardo per le persone interrogate*» (art. 1 cpv. 1 LStat). Inoltre l'articolo 4 capoverso 3 LStat sancisce che «*il numero e i modi di interrogazione devono essere limitati allo stretto necessario*». L'UST ha fissato nelle proprie linee guida il mantenimento di un equilibrio tra le esigenze d'informazione degli utenti della statistica e l'onere imposto agli ambiti interrogati. L'introduzione di misure per ottimizzare e semplificare le rilevazioni al fine di ridurre al minimo l'onere a carico degli interrogati è uno dei temi strategici dell'UST, poiché la qualità delle informazioni statistiche pubblicate dipende dalla buona collaborazione dei fornitori di dati.

L'UST sta lavorando alla definizione e all'adozione di nuove misure per ridurre l'onere statistico. Sono all'esame diverse possibilità:

- utilizzo multiplo dei dati disponibili;
- collegamento o combinazione delle collezioni di dati¹⁹;
- coordinamento rafforzato delle diverse rilevazioni;
- utilizzo di dati dei registri.

L'UST ha inoltre in cantiere un progetto di misurazione dell'onere con l'obiettivo di determinare l'onere per le imprese e delle economie domestiche delle diverse rilevazioni statistiche.

Anche se l'UST ha una vasta esperienza in materia di strumenti che consentono di ridurre al minimo l'onere a carico degli intervistati, la varietà delle rilevazioni e la molteplicità dei contesti specifici legati ad ogni statistica non consentono di applicare le stesse misure ovunque e in tutti i casi. Non esiste una ricetta universale e standardizzata da applicare sistematicamente. È quindi necessario determinare caso per caso quali siano le disposizioni più efficaci.

2.5.2 Interpellanza 06.3217 Baader. Onere statistico supplementare dovuto a SOMED

L'11 maggio 2006 il consigliere nazionale Baader ha depositato l'interpellanza «Onere statistico supplementare dovuto a SOMED» in cui esprimeva il timore che rispetto alla SOMED del 1997 la nuova SOMED comportasse un onere supplementare per gli stabilimenti coinvolti.

Nella sua risposta, il Consiglio federale ha tra l'altro sottolineato che l'onere supplementare iniziale si sarebbe ridotto negli anni successivi e che a lungo termine non sarebbe stato maggiore all'onere della SOMED precedente. È quello che si è poi verificato. Inoltre, le piattaforme informatiche della rilevazione sono ormai definite da tempo e funzionano in ampia misura senza problemi. Il Consiglio federale ha inoltre aggiunto che il nuovo sistema avrebbe permesso di evitare le doppie rilevazioni poiché diversi Cantoni avevano deciso di rinunciare a statistiche cantonali svolte fino a quel momento. Tuttavia, nel frattempo è emerso che alcuni Cantoni svolgono ancora rilevazioni proprie che soddisfano le loro esigenze specifiche in materia di informazione²⁰. Infine, il Consiglio federale si è detto contrario all'accorciamento del questionario, perché questo avrebbe privato le autorità di dati indispensabili per svolgere i loro compiti legali.

¹⁹ Cfr. il Programma pluriennale della statistica federale 2016–2019

²⁰ Cfr. cap. 3.2.2

3 Ottimizzazione delle rilevazioni di dati cantonali e federali

Questo primo tipo di misura che il postulato chiede di verificare riguarda molto da vicino la SOMED, sia perché era uno degli argomenti addotti nel 2006 per rispondere all'interpellanza 06.3217 Baader, sia perché i Cantoni sono corresponsabili della rilevazione nazionale in quanto devono garantirne l'esecuzione. Le varie competenze di Confederazione e Cantoni, il procedimento applicato per decidere quali informazioni saranno rilevate e le specifiche della rilevazione che dovrebbero permettere di soddisfare le esigenze federali e cantonali sono notevoli. Infatti sono proprio questi elementi che permettono di trattare la questione dell'ottimizzazione delle rilevazioni di dati cantonali e federali.

Dopo la revisione 2003–2005 ha avuto luogo regolarmente un aggiornamento dei dettagli del contenuto della SOMED in funzione delle esigenze manifestate dai diversi attori e utenti. In linea di principio, l'esigenza di un adattamento viene segnalata all'UST da un partner che può menzionare un bisogno di sviluppo o presentare una richiesta di revisione. L'UST analizza le richieste e prende una decisione in merito agli adattamenti necessari da effettuare in base a criteri standard quali l'interesse pubblico, la compatibilità con la rilevazione in atto e il quadro legale, una valutazione dei costi finanziari indotti ecc. Nella maggior parte dei casi, le richieste riguardano un adattamento delle nomenclature e/o delle definizioni oppure l'aggiunta o la soppressione di informazioni individuali (variabili) resisi necessari in seguito all'evoluzione del contesto legale o legati al settore.

I due partner maggiormente attivi a livello di revisioni sono l'UFSP in veste di autorità responsabile dell'esecuzione della LAMal e i Cantoni responsabili della pianificazione degli istituti medico-sociali. Sono inoltre i partner a cui viene più spesso chiesto di prendere posizione sugli aggiornamenti, poiché sono incaricati della maggior parte dei mandati legali nel campo della SOMED. Un terzo partner di rilievo è CURAVIVA, che rappresenta i fornitori di dati, ovvero gli istituti medico-sociali.

3.1 Dati e informazioni relativi a competenze federali

Come illustrato in precedenza (cap. 2.3), le informazioni rilevate per la SOMED sono definite in maniera generale dal quadro normativo della LAMal e della LStat. La strategia definita finora mirava a valutare qualsiasi richiesta di modifica in funzione di questo mandato legale, che riguarda soprattutto competenze di ordine federale o cantonale per le quali il criterio di comparabilità a livello nazionale è fondamentale. Per poter conservare basi di dati coerenti a livello svizzero, le modifiche apportate devono essere applicabili a tutti i fornitori di dati partecipanti alla rilevazione SOMED o riguardarli tutti.

La maggior parte delle richieste concrete pervenute negli ultimi anni riguardavano adattamenti della SOMED sui quali l'UST è entrato in materia, poiché concernevano informazioni rilevate a livello nazionale che facevano parte del mandato legale dell'UST (p. es. nuovo finanziamento delle cure, nuovo piano contabile CURAVIVA).

3.2 Dati relativi a competenze cantonali

La situazione è diversa nel caso dell'utilizzazione dei dati SOMED per fini che riguardano le competenze cantonali, per esempio la pianificazione dei posti nei diversi istituti, la gestione strategica del finanziamento residuo o il monitoraggio delle tariffe definite dai Cantoni. Il tema è oggetto della prima richiesta del postulato, ovvero la possibilità di *«esonere i fornitori di prestazioni dalle rilevazioni cantonali dei dati che si svolgono parallelamente, combinare queste ultime con la SOMED oppure integrarle in toto»*.

Per capire bene la natura delle competenze dell'UST rispetto al suo mandato di esecuzione delle rilevazioni statistiche federali e il margine decisionale di cui dispone per influire sulla problematica esposta dal postulato è necessario distinguere due casi:

- le informazioni sono disponibili in tutti i Cantoni, ma sono rilevate in base a parametri differenti. Questo dipende dai settori LAMal per i quali la competenza è attribuita ai Cantoni. Anche se hanno lo stesso obbligo legale, i Cantoni dispongono di un certo margine decisionale per quanto attiene alle modalità di esecuzione (cfr. cap. 3.2.1);
- le informazioni sono disponibili soltanto in uno o più Cantoni, senza alcuna copertura nazionale. Si tratta di temi non disciplinati dalla LAMal e che esulano dalla problematica della statistica federale (LStat). Riguardano la sovranità cantonale e rispondono a esigenze specifiche dei Cantoni in materia di dati statistici (cfr. cap. 3.2.2).

3.2.1 Settori LAMal per i quali la competenza è attribuita ai Cantoni

La registrazione delle informazioni relative ai posti per tipo di soggiorno è un esempio di dati rilevati in base a parametri differenti a livello cantonale. Mentre le categorie «strutture diurne o notturne» e «cure acute e transitorie» sono definite a livello federale dalla LAMal, nella parte «soggiorni di breve durata» sono per contro rilevate informazioni le cui definizioni variano a seconda dei Cantoni. A titolo di esempio²¹, nel Cantone di Vaud il «soggiorno di breve durata» è solitamente limitato a 30 giorni per anno civile, mentre nel Cantone di Friburgo può andare da una settimana a tre mesi e nel Cantone di Zurigo non c'è alcuna definizione univoca. In base alla definizione presa in considerazione per la SOMED sono rilevati soggiorni temporanei limitati nel tempo, senza altre precisazioni sulla durata effettiva.

La rilevazione dei livelli di cura effettuata dal 2005 costituisce un altro esempio, visto che inizialmente questi valori erano rilevati in tutto il Paese, ma in base a parametri differenti in funzione dei Cantoni e dei sistemi di finanziamento residuo in vigore²². Per poter analizzare i dati, la SOMED prevedeva una tabella di conversione che consentiva di paragonare i dati a livello svizzero. In seguito i livelli di cura sono stati progressivamente standardizzati. Ciò ha facilitato considerevolmente l'analisi di queste informazioni, rendendo superfluo l'uso di una tabella di conversione.

Ciononostante, due Cantoni continuano a usare livelli di cura definiti in maniera lievemente diversa²³. D'intesa con l'UFSP, l'UST ha deciso di privilegiare la conservazione di una misura uniforme per tutta la Svizzera che rifletta una dimensione della LAMal a scapito delle specificità cantonali (che sono di competenza dei Cantoni)²⁴.

Per questo primo tipo di informazioni rilevate con una copertura nazionale, ma in base a parametri definiti a livello cantonale, gli esempi qui presentati dimostrano che ci sono soluzioni semplici ed efficaci per coordinare le esigenze della Confederazione e dei Cantoni nella stessa rilevazione. Nei casi presentati, le specificità cantonali si riducevano ad alcune differenze nel

²¹ <http://www.curaviva.ch/files/YM8D4F2/Projekt-Erweiterte-Tagesstrukturen.pdf>

²² «L'art. 25a LAMal prevede che le prestazioni di cura presso case di cura medicalizzate e a domicilio siano finanziate da un contributo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) e da una partecipazione limitata dell'assicurato, e che i Cantoni disciplinino il finanziamento residuo» (rapporto del Consiglio federale 2015, pag. 1).

²³ I contributi di cui all'art. 7a cpv. 3 OPre sono riferiti a una struttura uniforme a livello svizzero comprendente 12 livelli. L'obiettivo di questa struttura è che tutti i pazienti con una determinata esigenza in termini di cure siano classificati nello stesso livello OPre. Nei casi in questione concernenti RAI-RUG, gli indici dei Cantoni di Berna e Lucerna sono particolari. Con la loro applicazione dal punto di vista statistico, pazienti valutati per gli stessi bisogni di cure sulla base dello stesso sistema sono attribuiti a livelli OPre diversi rispetto alla maggioranza dei Cantoni che applicano lo stesso sistema di valutazione delle cure.

²⁴ Questa decisione è conforme al mandato legale della SOMED (v. cap. 2.3). I due Cantoni in questione non hanno sviluppato rilevazioni parallele per far fronte a un eventuale deficit di informazioni nella SOMED. È tuttavia evidente che, se così fosse, una soluzione scaturita da un adattamento della rilevazione federale (che preveda p. es. un ristabilimento delle tabelle di conversione) sarebbe nettamente migliore dal punto di vista dei fornitori di dati, in quanto eviterebbe una doppia rilevazione senza intaccare la comparabilità delle informazioni a livello nazionale.

modo di calcolare alcuni valori o di definire determinate categorie. Quanto più le specifiche tecniche delle collezioni di dati federali e cantonali convergono, tanto più sarà facile riunirle in un'unica rilevazione.

L'applicazione pratica di questa politica della convergenza è tuttavia resa difficile dal grande numero di partner coinvolti (26 Cantoni e la Confederazione), che non hanno tutti gli stessi obiettivi o le stesse condizioni di partenza.

3.2.2 Esigenze cantonali specifiche

Nel presente rapporto non ci si propone di stilare un inventario esaustivo di tutte le esigenze specifiche dei Cantoni. Tuttavia, è possibile distinguere due casi distinti.

Bisogno di dati più dettagliati o a scopi di pianificazione

Alcuni Cantoni svolgono rilevazioni supplementari proprie presso gli istituti medico-sociali. Necessitano in particolare di dati relativi alle finanze, alle prestazioni e al personale più dettagliati di quelli della SOMED. Va ricordato che i Cantoni sono sempre stati ampiamente associati alla definizione e alla gestione della rilevazione nazionale svolta dall'UST, poiché sono responsabili della sua esecuzione. Se hanno preferito rilevare altre informazioni più dettagliate per mezzo di rilevazioni svolte per conto proprio, probabilmente questo dipende dal fatto che vi intravedevano vantaggi per le loro esigenze specifiche o che l'integrazione nella SOMED andava oltre il mandato conferito alla Confederazione, come illustrato qui di seguito nel caso in cui le informazioni rilevate sono disponibili unicamente in uno o alcuni Cantoni.

Determinati Cantoni hanno inoltre bisogno di dati prima che siano disponibili quelli raccolti dalla SOMED, principalmente per scopi di pianificazione e gestione strategica. L'integrazione di queste esigenze cantonali pone un problema di compatibilità con la rilevazione statistica nazionale per quanto concerne la tempistica della rilevazione. Infatti, ai fini della pianificazione, i Cantoni hanno bisogno rapidamente di dati provvisori che di norma non sono né consolidati né definitivi. Nell'ambito del suo mandato amministrativo e statistico, invece, l'UST deve distribuire e pubblicare dati sufficientemente controllati e consolidati, disponibili relativamente tardi, di solito un anno dopo l'anno della rilevazione. Questo scarto temporale costituisce un ostacolo all'ottimizzazione delle rilevazioni di dati cantonali e federali.

Le rilevazioni cantonali generano un onere supplementare per gli istituti. Va tuttavia sottolineato che questo onere supplementare è nell'interesse dei Cantoni, in quanto proprietari e finanziatori, poiché gran parte degli istituti medico-sociali è pubblica. A livello svizzero, la quota degli stabilimenti pubblici è pari al 30 per cento. Un altro 30 per cento riceve sovvenzioni pubbliche, mentre il rimanente 40 per cento è privato.

Bisogno di informazioni disponibili in uno o più Cantoni

Si tratterebbe di integrare nella rilevazione la possibilità per i Cantoni che lo desiderano di definire variabili (cantonali) supplementari, che userebbero soltanto loro. In questo caso l'UST fungerebbe da fornitore di prestazioni incaricato dello sviluppo e della messa a disposizione dell'infrastruttura tecnica, oltre che in una certa misura della preparazione e della ridistribuzione dei dati in una forma che ne consentisse lo sfruttamento a fini statistici.

Una soluzione di questo tipo pone i seguenti problemi:

- l'UST non dispone di una base legale per rilevare questo tipo di dati. Non rientra quindi nel suo mandato rilevare informazioni soltanto in uno o alcuni Cantoni, senza copertura nazionale; un tale compito dovrebbe essere stabilito in una procedura politica;
- a livello operativo, l'assenza di un vero e proprio meccanismo di regolamentazione tramite il mercato delle relazioni contrattuali tra la Confederazione e i Cantoni richiederebbe la negoziazione di mandati di prestazioni individuali. Questo obiettivo non è facile

da raggiungere, come dimostrano alcune esperienze fatte, quali la statistica dell'aiuto sociale, poiché implica un processo amministrativo complesso che richiede molto tempo e molte risorse;

- a seconda dei casi, tali esigenze specifiche dei Cantoni potrebbero richiedere un potenziamento considerevole dell'applicazione informatica gestita dalla Confederazione e del personale necessario alla realizzazione della rilevazione SOMED. Questa soluzione, che attribuirebbe all'UST un ruolo di fornitore di prestazioni per i Cantoni, presupporrebbe inoltre l'elaborazione di una base legale e di condizioni quadro specifiche (budget, acquisti comportanti risorse cospicue ecc.).

3.3 Convergenza dell'organizzazione delle rilevazioni federali e cantonali

Per quel che riguarda l'organizzazione e lo svolgimento attuale della rilevazione, la SOMED presenta condizioni molto favorevoli a un'ottimizzazione delle rilevazioni nazionali e cantonali. La convergenza delle esigenze sui temi seguenti, che sgrava gli ambienti interrogati, è in effetti assicurata.

Procedimento di rilevazione

Il procedimento di rilevazione, vale a dire lo svolgimento della raccolta di dati e le principali regole di registrazione definite, facilita la realizzazione di una rilevazione che risponde a tutte le esigenze. Il fatto che la Confederazione, i Cantoni e altri partner (p. es. CURAVIVA e gli assicuratori-malattie) collaborino sin dall'inizio allo svolgimento della SOMED costituisce una condizione quadro positiva e valida che non richiede alcuna misura supplementare. Il procedimento attualmente applicato è stato infatti definito in collaborazione con i vari attori istituzionali e viene adattato alla realtà delle informazioni rilevate. Inoltre, associandoli alla gestione della rilevazione, offre ai Cantoni la possibilità di conoscere le specifiche della rilevazione federale e, se del caso, di riprenderle per le loro rilevazioni di dati al fine di evitare che i fornitori di dati debbano elaborare file di diversi formati.

Popolazione di base

Lo stesso vale per quel che riguarda la definizione della popolazione di base della SOMED, per la quale è stata definita una collaborazione tra i vari attori istituzionali che funziona bene sin dall'inizio della rilevazione. Le direzioni della sanità definiscono nel quadro della LAMal gli istituti nel rispettivo Cantone. Gli istituti notificati dai Cantoni sono tenuti a fornire dati per la rilevazione SOMED. Prima di ogni rilevazione dei dati, l'UST stabilisce in accordo con le direzioni della sanità l'elenco degli istituti interpellati per trovare soluzioni che soddisfino le esigenze dei Cantoni.

Standard tecnici

La compatibilità degli standard tecnici dell'applicazione SOMED con i sistemi cantonali è un campo difficile da trattare, poiché il sistema è stato concepito e sviluppato oltre dieci anni fa. Anche se piccoli adattamenti sono sempre possibili, il concetto di base non può essere fondamentalmente modificato senza generare costi sproporzionati. A questo si aggiungono la molteplicità e la diversità delle architetture informatiche cantonali, che rendono complessa la definizione di standard tecnici. Tuttavia, su richiesta di alcuni Cantoni, è in corso lo sviluppo di soluzioni semplici e pragmatiche. L'UST ha per esempio concesso un diritto di licenza per l'applicazione SOMED al Cantone di Zurigo: quest'ultimo ha potuto allestire una copia del sistema dell'UST adattandolo alle proprie esigenze. I fornitori di dati zurighesi partecipano così ad un'unica rilevazione federale e cantonale. Il Cantone conserva i propri dati specifici e trasmette i dati «federali» all'UST. Questa soluzione di messa a disposizione del codice sorgente e/o della licenza dell'applicazione SOMED ha permesso di evitare una doppia rilevazione e

costituisce un modello che la Confederazione propone all'occorrenza ai Cantoni come misura per evitare il moltiplicarsi delle rilevazioni svolte presso i fornitori di dati. Tuttavia, questa soluzione genera costi supplementari per i Cantoni.

Coordinamento

Come già menzionato a più riprese, deve poter essere assicurato un coordinamento sufficiente tra Confederazione, Cantoni e altri partecipanti come CURAVIVA per far circolare l'informazione necessaria e permettere una collaborazione efficace. I principali mezzi impiegati sono un incontro annuale con i partner della rilevazione, schede informative e mailing regolari. I contatti con gli uffici cantonali competenti sono regolari e l'UST integra le richieste cantonali di adattamento della rilevazione SOMED quando queste sono compatibili con il mandato legale di realizzazione di una statistica nazionale.

3.4 Conclusione parziale

La realizzazione della rilevazione SOMED fa parte di un mandato legale di ordine statistico e nazionale basato su due leggi: la LStat e la LAMal. A livello di gestione della rilevazione e dell'informazione da integrarvi, l'UST ha sistematicamente consultato i propri partner, in particolare altri uffici federali come l'UFSP in veste di autorità responsabile dell'esecuzione della LAMal, i Cantoni, responsabili della pianificazione degli istituti medico-sociali e l'associazione mantello nazionale degli istituti sociali e di cura CURAVIVA, rappresentante dei fornitori di dati. Questi sono anche i partner più spesso consultati sugli aggiornamenti, poiché incaricati della maggior parte dei mandati legali inerenti alla SOMED. Anche i Cantoni sono ampiamente coinvolti nel processo di rilevazione, poiché spetta a loro controllare che la rilevazione sia svolta presso gli stabilimenti, verificare la qualità delle informazioni trasmesse e comunicarle all'UST. L'organizzazione pratica e tecnica della SOMED presenta condizioni favorevoli a un'ottimizzazione delle rilevazioni di dati nazionali e cantonali, poiché un'ampia convergenza delle esigenze della Confederazione e dei Cantoni è già stata realizzata per l'attuale rilevazione.

Nell'ambito di questa collaborazione l'UST ha ampiamente integrato le modifiche richieste dai partner cantonali nei casi in cui le informazioni rilevate erano sufficientemente armonizzate a livello nazionale e lo scopo della comparabilità nazionale era pertinente e realizzabile. Questa strategia ha permesso di ottenere basi di dati coerenti a livello svizzero.

Va precisato che la gestione strategica, la pianificazione e una parte del finanziamento degli istituti medico-sociali rientrano nei compiti cantonali. Per svolgere questi compiti alcuni Cantoni hanno bisogno di dati complementari a quelli della SOMED. Inoltre alcuni Cantoni devono disporre di dati prima di quelli messi a disposizione dalla SOMED. L'ottimizzazione delle rilevazioni cantonali e federali per la SOMED è possibile soltanto nella misura in cui le esigenze cantonali sono compatibili con il mandato federale conferito all'UST. Per esempio, le informazioni provvisorie e non consolidate rilevate dai Cantoni a fini di pianificazione non possono essere usate per la rilevazione federale, che mette a disposizione e pubblica dati definitivi usati a fini amministrativi e statistici. L'integrazione di informazioni disponibili soltanto in uno o alcuni Cantoni, senza copertura nazionale e rilevati per esigenze cantonali specifiche non rientra inoltre nel mandato conferito alla Confederazione.

4 Semplificazione del questionario e utilizzazione dei dati disponibili

La seconda parte del postulato chiede di vagliare due altre soluzioni per tentare di ridurre l'onere a carico dei fornitori di dati: una migliore usabilità dell'applicazione informatica semplificando le definizioni e i messaggi di errori forniti per il controllo della plausibilità online e la sostituzione di alcune variabili rilevate con informazioni provenienti dalle rilevazioni effettuate dagli assicuratori-malattie e/o dalle autorità fiscali.

4.1 Miglioramento dell'usabilità dell'applicazione grazie alla semplificazione delle definizioni e dei messaggi di errore

Nella maggior parte dei casi, gli istituti che partecipano alla SOMED traggono gran parte delle informazioni da comunicare dal loro sistema interno di gestione. Tuttavia, siccome tali istituti sono numerosi e organizzati in maniera diversa, l'UST ha sviluppato una soluzione informatica che offre le seguenti funzioni:

- la possibilità di consultare, registrare, modificare o cancellare i dati direttamente in un questionario online con l'aiuto di un'applicazione web. Nel questionario online sono ripresi automaticamente i dati relativi ai clienti e al personale dell'anno precedente: non rimane pertanto che inserire le modifiche, con un ulteriore risparmio di tempo;
- la possibilità di importare direttamente un file generato da un sistema informatico di gestione delle case di cura in base a un formato predefinito. I dati importati possono in seguito essere rielaborati con l'aiuto di maschere online;
- l'uso di un controllo di plausibilità online che consente di individuare gli errori più significativi e che è usato dai Cantoni e dall'UST per convalidare i dati trasmessi.

La messa a disposizione di una simile infrastruttura per una rilevazione statistica è ormai uno standard, e questa soluzione – sviluppata oltre dieci anni fa nel caso della SOMED – continuerà a essere impiegata dall'UST fino alla fine del suo ciclo di vita. Migliorare l'usabilità dell'applicazione semplificando le definizioni e i messaggi d'errore è una delle attività di base dell'UST, che può essere realizzata soltanto in collaborazione con i partner coinvolti. Per la SOMED, questo lavoro di costante miglioramento delle definizioni, delle spiegazioni e del controllo della plausibilità online è svolto per mezzo di vari canali, come le riunioni con i partner cantonali e l'organizzazione CURAVIVA. Occorre sottolineare che le definizioni stabilite dalla legge possono essere modificate soltanto mediante una revisione delle disposizioni legali corrispondenti. Una lista permanente dei possibili miglioramenti è tenuta costantemente aggiornata dalla direzione della rilevazione e ogni anno vengono apportate modifiche per ottimizzare lo strumento dell'indagine.

Come già menzionato al capitolo 2.2, i contatti con i tecnici responsabili dei fornitori di dati sono assicurati dai Cantoni: ciò significa che l'UST non riceve direttamente le critiche e/o i suggerimenti per migliorare l'applicazione inviati dagli istituti. Un campo «commento» è a disposizione degli istituti per trasmettere informazioni ai Cantoni e/o all'UST, ma non viene praticamente mai usato per segnalare problemi di comprensione dell'applicazione. I responsabili della rilevazione ricorderanno ai partner dell'indagine questo canale di comunicazione diretta tra i fornitori di dati e l'UST per incoraggiarli a segnalare i problemi riscontrati nell'uso dell'applicazione informatica.

4.2 Ripresa dei dati trasmessi agli assicuratori-malattie o alle autorità fiscali

Il postulato propone che i dati SOMED siano ripresi direttamente da altri trasferimenti di informazioni che gli istituti devono comunque effettuare nell'ambito del loro funzionamento, con l'idea di sgravare i fornitori di dati dall'onere delle rilevazioni dell'UST.

4.2.1 Gli assicuratori-malattie

Le informazioni trasmesse agli assicuratori-malattie riguardano dati inerenti alla fatturazione, visto che si tratta di domande di rimborso delle prestazioni LAMal erogate ai pazienti. Anche se è vero che alcune informazioni inerenti alla fatturazione delle cure della parte «clienti»²⁵ potrebbero essere riprese nella SOMED, mancherebbero i dati generali sulle persone (p. es. sesso, codice di riferimento, tipo di soggiorno, NPA dell'ultimo domicilio) e tutte le informazioni su altri temi, come il personale e la contabilità. I dati trasmessi agli assicuratori-malattie riguardano inoltre soltanto le persone che fruiscono di prestazioni rimborsate dall'assicurazione malattie. Mancano quindi le prestazioni finanziate tramite altre fonti (altre assicurazioni, Cantoni, Comuni, le persone stesse ecc.). In definitiva, potrebbe essere ripresa soltanto una piccola parte dei dati: l'efficacia di questa proposta sarebbe quindi limitata.

Bisogna inoltre ricordare che le imprese di piccole dimensioni non dispongono sempre di sistemi informatizzati per rilevare e trasmettere questi dati agli assicuratori-malattie. In questi casi, il riutilizzo di informazioni per la SOMED senza registrazioni supplementari da parte degli istituti non è possibile. La misura proposta è pertanto irrealizzabile.

Va anche ricordato che gli assicuratori-malattie sono stati rappresentati da Santésuisse nel gruppo di accompagnamento che si è occupato della revisione del 2005: *«l'associazione nazionale degli assicuratori-malattie Santésuisse esprime la volontà di non procedere lei stessa a una rilevazione presso li istituti autorizzati a esercitare a carico della LAMal, ma di utilizzare i dati della statistica degli istituti sanitari non ospedalieri per svolgere i suoi compiti di controllo e contenimento dei costi delle malattie. Le variabili auspiccate riguardano il numero di giorni per livello di cura, i cambiamenti del livello di cura registrati dall'istituto e il personale occupato. L'UST non può tuttavia procedere, come auspica Santésuisse, alla rilevazione sistematica delle singole prestazioni per paziente, ma registrerà i livelli dei bisogni di cure, che vanno considerati come prestazioni aggregate»*²⁶. Gli assicuratori-malattie hanno espresso l'esigenza di ricorrere ai dati della SOMED per poter esercitare il loro ruolo legale di sorveglianza perché le informazioni trasmesse dagli istituti per la fatturazione dei pazienti non erano sufficienti. Questa situazione è ancora valida oggi.

4.2.2 Le autorità fiscali

Per quanto riguarda la proposta di riprendere nella SOMED i dati trasmessi alle autorità fiscali, gli ostacoli sono simili a quelli appena descritti per gli assicuratori-malattie. Le differenze di contenuto costituirebbero un primo limite, perché le parti «personale» e «clienti» dovrebbero essere completate in ampia misura per soddisfare le esigenze della SOMED.

Le informazioni trasmesse alle autorità fiscali sono inoltre registrate direttamente in programmi o interfacce ad hoc sviluppati dagli uffici cantonali competenti. Questo significa che per adempiere i loro obblighi fiscali gli istituti non trasmettono sistematicamente dati che potrebbero essere importati anche nella SOMED. La ripresa di informazioni nella SOMED senza registrazioni supplementari da parte degli istituti non è quindi possibile. La misura proposta è pertanto irrealizzabile.

4.2.3 Conclusione parziale

L'analisi della possibilità di riprendere i dati trasmessi agli assicuratori-malattie o alle autorità fiscali mostra i limiti di questa misura. Le esigenze d'informazione sono troppo diverse e i dati trasmessi agli assicuratori-malattie o alle autorità fiscali sono troppo lacunosi per soddisfare le

²⁵ Per mezzo di un'eventuale ricodifica o aggregazione

²⁶ UST 2005, pag. 10

esigenze della SOMED e per sfruttare eventuali sinergie. Molte informazioni necessarie per la SOMED non fanno parte dei dati trasmessi agli assicuratori-malattie o alle autorità fiscali. Inoltre, alcuni clienti o alcune informazioni sui clienti sfuggono agli assicuratori-malattie (p. es. clienti con franchigia, assicurazioni infortuni, AI), mentre la SOMED copre tutte le persone ospitate e assistite.

In linea di principio, l'UST è favorevole all'idea di utilizzare a fini statistici informazioni provenienti da banche dati e registri esistenti. In futuro, lo sviluppo delle tecniche di conservazione e trattamento digitali dei dati offrirà opportunità in questo senso nel settore sanitario. Al momento però, rinunciare alla rilevazione diretta dei dati presso gli istituti medico-sociali e utilizzare unicamente i dati fiscali o i dati provenienti dagli assicuratori-malattie causerebbe una notevole perdita di informazioni per i Cantoni. Questi ultimi si basano sui dati prodotti dalle indagini dell'UST per gestire i loro sistemi sanitari.

Riprendere automaticamente dati degli assicuratori-malattie e delle amministrazioni fiscali nell'indagine SOMED, come chiesto dal postulato, sarebbe possibile sul piano teorico, ma nell'applicazione pratica comporterebbe due problemi. Da un lato, la ripresa di dati richiederebbe un grande lavoro di coordinamento per un numero relativamente ridotto di variabili. Per la SOMED dovrebbero essere rilevati, convalidati e collegati i dati di 26 amministrazioni fiscali cantonali e di oltre 40 assicuratori-malattie e questo renderebbe necessario un considerevole aumento delle risorse dell'UST. Dall'altro, dovrebbero essere compiuti notevoli sforzi per garantire la protezione dei dati, poiché verrebbero collegati dati individuali degni di particolare protezione relativi a persone fisiche. Inoltre, per garantire l'anonimato delle persone dovrebbero essere applicate procedure di codifica dei dati molto costose. A tale proposito occorre sottolineare che l'UFSP prevede di realizzare una banca dati con indicazioni anonimizzate sugli assicurati e sulle prestazioni ricevute²⁷. L'UST seguirà lo sviluppo di questo progetto.

Una soluzione tecnica basata su informazioni parziali non rientra per il momento in linea di conto, poiché complicherebbe ulteriormente la rilevazione dei dati anziché semplificarla – a causa del dispendioso processo di coordinamento e per motivi di protezione dei dati – sia per gli istituti che partecipano alla rilevazione che per l'UST.

²⁷ Cfr. la scheda informativa «Statistik zur Krankenversicherung auf Basis von anonymisierten Individualdaten» (in tedesco) all'indirizzo https://www.g2020-info.admin.ch/de/create-pdf/?project_id=67

5 Conclusioni del Consiglio federale

Il Consiglio federale giunge alla conclusione che la Confederazione ha elaborato un dispositivo di rilevazione che consente di soddisfare le richieste dal postulato in quanto offre ai Cantoni condizioni favorevoli per coordinare nel migliore dei modi le loro rilevazioni con quelle dell'UST e consente di ridurre al minimo l'onere a carico degli istituti. Questa strategia di collaborazione con i Cantoni, ma anche con l'UFSP e CURAVIVA, che va nel senso auspicato dal postulato, è adeguata e pertinente e verrà portata avanti.

Le doppie rilevazioni cantonali e federali sono in gran parte riconducibili al fatto che gli obiettivi perseguiti sono diversi e che le informazioni rilevate non sono le stesse oppure non presentano lo stesso livello di consolidamento, affidabilità o qualità. La gestione strategica, la pianificazione e una parte del finanziamento degli istituti medico-sociali rientrano nei compiti cantonali. L'attribuzione di ampie competenze ai Cantoni nei settori chiave relativi soprattutto alla LAMal contribuisce inoltre all'impossibilità di garantire una comparabilità nazionale delle informazioni rilevate e spinge alcuni Cantoni a effettuare rilevazioni specifiche proprie che non sono di competenza della Confederazione.

Il miglioramento dell'usabilità dell'applicazione fa parte della attività di base dell'UST. Alle case di cura sarà ricordato quali sono i mezzi di comunicazione tra i fornitori di dati e l'UST per incoraggiarle a segnalare i problemi riscontrati nell'uso dell'applicazione informatica.

L'idea di riutilizzare altri dati (assicuratori, dati fiscali) per la SOMED non è attualmente realizzabile: le esigenze d'informazione sono troppo diverse per permettere sinergie.

6 Bibliografia

Rapporto del Consiglio federale del 21 ottobre 2015 in adempimento dei postulati 12.4051 «Finanziamento residuo delle degenze in case di cura extracantonali» del 4 dicembre 2012 e 12.4099 «Chiarire nella LAMal la competenza della copertura dei costi residui delle degenze in case di cura extracantonali analogamente alla LPC» dell'11 dicembre 2012 (in tedesco e francese)

<https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2012/20124099/Bericht%20BR%20F.pdf>

UST (2005). Statistica degli istituti medico-sociali - Progetto dettagliato v 02.1. Neuchâtel

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/rilevazioni/somed.assetdetail.303853.html>

UST (2017). Gesundheitsversorgungsstatistik - Ambulante Statistiken im Projekt MARS (Modules Ambulatoires des Relevés sur la Santé). Version 6.2. Neuchâtel (in tedesco e francese)

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/grundlagen/projekte/statistiken-ambulante-gesundheitsversorgung-mars.assetdetail.264121.html>

Allegato 1: basi legali

Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10)

Art. 23

¹ L'Ufficio federale di statistica elabora le basi statistiche necessarie per valutare il funzionamento e gli effetti della presente legge. A tale scopo rileva i dati necessari presso gli assicuratori, i fornitori di prestazioni e la popolazione.

² Le persone fisiche e giuridiche interpellate sono tenute a fornire le informazioni richieste. I dati devono essere messi a disposizione gratuitamente.

³ Il trattamento di dati a fini statistici è retto dalla legge federale del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale.

Art. 59a Dati dei fornitori di prestazioni

¹ I fornitori di prestazioni sono tenuti a comunicare alle competenti autorità federali i dati di cui necessitano per vigilare sull'applicazione delle disposizioni della presente legge relative all'economicità e alla qualità delle prestazioni. Segnatamente vanno comunicati i seguenti dati:

- a. il genere di attività, l'infrastruttura e le installazioni nonché la forma giuridica;
- b. il numero e la struttura dei dipendenti e dei posti di formazione;
- c. il numero e la struttura dei pazienti, in forma anonima;
- d. il genere, l'entità e i costi delle prestazioni fornite;
- e. gli oneri, i proventi e il risultato d'esercizio;
- f. gli indicatori medici della qualità.

² Le persone fisiche e giuridiche interpellate sono tenute a fornire le informazioni richieste. I dati devono essere messi a disposizione gratuitamente.

³ I dati vengono rilevati dall'Ufficio federale di statistica. Per ogni fornitore di prestazioni i dati di cui al capoverso 1 necessari per l'esecuzione della presente legge sono messi a disposizione dell'Ufficio federale della sanità pubblica, del Sorvegliante dei prezzi, dell'Ufficio federale di giustizia, dei Cantoni e degli assicuratori, nonché degli organi menzionati nell'articolo 84a. I dati sono pubblicati.

⁴ Il Consiglio federale emana prescrizioni dettagliate sulla rilevazione, il trattamento, la trasmissione e la pubblicazione dei dati, nel rispetto del principio di proporzionalità.

Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102)

Art. 30 Dati dei fornitori di prestazioni

I fornitori di prestazioni comunicano all'Ufficio federale di statistica (UST) i seguenti dati conformemente all'articolo 59a capoverso 1 della LAMal, purché necessari al controllo dell'economicità e della qualità delle loro prestazioni ai sensi della LAMal:

- a. dati sull'attività (art. 59a cpv. 1 lett. a LAMal), segnatamente:
 1. genere di attività e offerta di prestazioni,
 2. sedi,
 3. infrastruttura medico-tecnica,
 4. forma giuridica e tipo di contributo pubblico;

- b. dati sul personale (art. 59a cpv. 1 lett. b LAMal), segnatamente:
 - 1. effettivo del personale,
 - 2. offerta di formazione e perfezionamento,
 - 3. dati sul volume degli impieghi e sulla funzione, nonché caratteristiche sociodemografiche,
 - 4. dati sul personale in formazione e perfezionamento;
- c. dati sui pazienti (art. 59a cpv. 1 lett. c LAMal), segnatamente:
 - 1. consultazioni ambulatoriali, ammissioni e dimissioni, giorni di cura e occupazione dei letti,
 - 2. diagnosi, tasso di morbilità, tipo di ammissione e dimissione, bisogno di cure e caratteristiche sociodemografiche;
- d. dati sulle prestazioni (art. 59a cpv. 1 lett. d LAMal), segnatamente:
 - 1. genere di prestazione, esami e terapie,
 - 2. volume delle prestazioni;
- e. dati sui costi per prestazioni ospedaliere (art. 59a cpv. 1 lett. d LAMal), segnatamente prezzi di costo e ricavi per ciascun caso;
- f. dati finanziari (art. 59a cpv. 1 lett. e LAMal), segnatamente:
 - 1. costi d'esercizio risultanti dalla contabilità finanziaria, dalla contabilità dei salari e dalla contabilità delle immobilizzazioni,
 - 2. ricavi d'esercizio risultanti dalla contabilità finanziaria,
 - 3. risultato d'esercizio risultante dalla contabilità finanziaria;
- g. indicatori medici della qualità (art. 59a cpv. 1 lett. f LAMal), segnatamente dati la cui analisi permette di trarre conclusioni sulla misura in cui le prestazioni mediche sono fornite in maniera efficace, efficiente, adeguata, sicura, incentrata sul paziente, tempestiva e rispettosa delle pari opportunità.

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)

Art. 2 Obiettivi

¹ Il calcolo dei costi e la registrazione delle prestazioni devono essere effettuati in modo che forniscano le basi per:

[...]

- e. determinare le prestazioni e i costi delle cure come pure le altre prestazioni dispensate nelle case di cura [...] che sono prese a carico dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e i loro costi;
- f. determinare le prestazioni e i costi delle cure per ogni livello dei bisogni di cure nelle case di cura [...];
- g. escludere le prestazioni economicamente di interesse generale ai sensi dell'articolo 49 capoverso 3 della legge e i loro costi.

² La distinzione e la determinazione dei costi e delle prestazioni summenzionati devono permettere:

- a. di elaborare indicatori;
- b. di comparare gli istituti a livello regionale, cantonale e intercantonale allo scopo di analizzare i costi e le prestazioni;
- c. di calcolare tariffe;
- d. di calcolare stanziamenti globali di bilancio;
- e. di approntare le pianificazioni cantonali;
- f. di valutare l'economicità e l'equità della fornitura di prestazioni;
- g. di controllare l'evoluzione e il livello dei costi.

Allegato 2: studi basati sulla SOMED

Avenir Suisse (2016): Nuovi modelli di riferimento nella cura degli anziani. Monitoraggio dei cantoni 7: organizzazione e finanziamento di un compito sempre più importante. Zurigo
<https://www.avenir-suisse.ch/it/publication/nuovi-modelli-di-riferimento-nella-cura-degli-anziani/>

UST (2015): Indicatori delle case di cura 2013. Neuchâtel (in tedesco e francese)
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/etablissements-medico-sociaux.assetdetail.350296.html>

UST (2017): Statistica degli stabilimenti medico-sociali 2015 – Tabelle standard. Risultati definitivi. Neuchâtel (in tedesco e francese)
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/institutions-specialisees.assetdetail.2121187.html>

Rüegger, Heinz; Widmer Werner: Personalnotstand in der Langzeitpflege. Eine Sekundäranalyse vorliegender Texte. Zollikerberg (in tedesco)
<http://www.curaviva.ch/files/UOR6Q25/Sekundaeranalyse-zum-Pflegenotstand-in-der-Langzeitpflege.pdf>

Widmer, Richard (2012): Importanza degli istituti di cura in Svizzera per l'economia nazionale. Berna. CURAVIVA (in tedesco e francese)
<https://www.curaviva.ch/Informazioni-specialistiche/Studi/Importanza-degli-istituti-di-cura-per-leconomia-nazionale/PjNwx/?lang=it>