

Rapporto di maggioranza

numero	data	Dipartimento
5606 R1	7 novembre 2005	SANITÀ E SOCIALITÀ
Concerne		

della Commissione speciale pianificazione ospedaliera sul messaggio 7 dicembre 2004 concernente l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (2004) e l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie

1. PREMESSA

A seguito delle modifiche introdotte il 5 giugno 2001 nella Legge cantonale di applicazione della LAMal del 26 giugno 1997, la competenza di decidere sulla pianificazione ospedaliera è stata trasmessa dal Consiglio di Stato al Gran Consiglio, che fino ad allora si limitava a discuterne. In applicazione dell'art. 65 LCAMal e sulla scorta di un rapporto commissionale, al Parlamento compete ora di approvare o di respingere o eventualmente di modificare, sentito il parere scritto del Consiglio di Stato e Commissione della gestione e delle finanze, la pianificazione e l'elenco ospedaliero.

Il 7 dicembre 2004 il Consiglio di Stato ha presentato l'atteso messaggio per l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (2004) e l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal). Il Parlamento ha quindi designato una Commissione speciale composta da 11 membri, delegandole l'allestimento del rapporto commissionale.

Per rispondere agli interrogativi che i colleghi legittimamente potrebbero porsi, sin d'ora si rammenta che **l'elenco ospedaliero comprensivo dei mandati di prestazione costituisce non già una norma giuridica di carattere generale ed obbligatorio ai sensi dell'art. 42 Costituzione cantonale, bensì una decisione, individuale e concreta, che come tale non soggiace alla verifica popolare del referendum.**

Per completezza, si aggiunge infine che pur appartenendo anche al diritto cantonale, l'elenco ospedaliero può essere impugnato unicamente dinanzi al Consiglio federale. Un ricorso a livello cantonale è quindi escluso. Determinante è infatti l'art. 53 cpv. 1 LAMal, secondo il quale il Consiglio federale decide sui ricorsi presentati contro la lista ospedaliera predisposta dai Cantoni, in applicazione dall'art. 39 LAMal.

2. IL QUADRO LEGISLATIVO

Il messaggio in discussione, che si prefigge di aggiornare l'elenco di cui al decreto 20 giugno 2001 attualmente in vigore, pur lasciando aperti non pochi interrogativi, contiene considerazioni, che giova qui rammentare e completare.

a) L'art. 39 LAMal

La Legge federale sull'assicurazione malattia del 18 marzo 1994, conosciuta come LAMal, conferisce ai Cantoni la competenza di pianificare il settore ospedaliero stazionario che beneficia del finanziamento dell'assicurazione sociale contro le malattie. In base all'art. 39 LAMal, i Cantoni sono segnatamente tenuti a definire le seguenti pianificazioni:

- pianificazione degli ospedali nel Cantone: istituti somatici acuti, istituti psichiatrici e istituti di riabilitazione (art. 39 cpv. 1 LAMal);
- pianificazione degli ospedali fuori Cantone ai quali possono far capo i domiciliati nel Cantone (art. 39 cpv. 1 LAMal);
- pianificazione delle case di cura: istituti per anziani e istituti per invalidi (art. 39 cpv. 3 LAMal).

Il diritto federale non impone tuttavia ai Cantoni una via determinata o in qualche modo predefinita, né metodi o modalità precise: nella misura in cui le esigenze federali relative alla pianificazione ospedaliera e agli elenchi sono rispettate, il Consiglio federale è tenuto a rispettare il margine - ampio margine - di apprezzamento dei Cantoni.

b) Le finalità dell'aggiornamento pianificatorio

Riprendendo le considerazioni della "Commissione della pianificazione sanitaria" incaricata dal Consiglio di Stato, quest'ultimo si prefigge di razionalizzare il settore sanitario ed in particolare quello ospedaliero cantonale, *"prendendo in considerazione parametri oggettivi e quantificabili (statistiche intra-muros pubblicate a livello nazionale e cantonale), nonché altri parametri specifici alla realtà ospedaliera cantonale quali fattori di tipo regionale (al fine di garantire un'equa accessibilità ai servizi ospedalieri in tutte le regioni del cantone) e di tipo storico"*.

A detta del Consiglio di Stato - e la considerazione è certo da condividere - la pianificazione sanitaria nel nostro Cantone non può infatti prescindere dall'attuale suddivisione dell'offerta, rispettivamente dall'esigenza di garantire un'adeguata copertura regionale, che faccia riferimento alle strutture esistenti. Da notare che quella ospedaliera costituisce solo una parte della spesa sanitaria cantonale, che comprende pure numerose altre voci, come risulterà al prossimo capitolo sul conto sanitario.

c) I dati cantonali nel confronto svizzero

L'aggiornamento della pianificazione sanitaria cantonale non può prescindere dal confronto con i dati, che caratterizzano l'offerta a livello nazionale. I dati menzionati nel messaggio ed ai quali si rinvia, confermano la sovradotazione di posti letto nel Cantone Ticino, rispetto al resto della Svizzera. Da qui, la necessità di intervenire con una nuova pianificazione, riducendo l'offerta.

La sovradotazione di posti letto favorisce infatti un maggior ricorso della popolazione alle cure ospedaliere, causa ospedalizzazioni improprie, rispettivamente il prolungamento della durata della degenza, come dimostrano diversi indicatori quali il tasso di ospedalizzazione e le giornate di cura. Nel settore sanitario, è infatti spesso l'offerta che genera la domanda, e non il contrario. Nel 2001 in Svizzera sono state ospedalizzate 146 persone ogni mille abitanti, in Ticino il tasso di ospedalizzazione è stato di 182 (+24.7%).

La tabella seguente mostra l'evoluzione del tasso di ospedalizzazione per mille abitanti in Svizzera e in Ticino.

Tasso di ospedalizzazione per mille abitanti, per tipo di istituto, Svizzera e Ticino, 1998-2003
[solo pazienti ospedalizzati]

	Svizzera						Ticino					
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ospedali e cliniche cure generali	118.7	120.1	123.2	120.7	119.1	120.9	157.5	160.9	155.6	151.7	151.6	148.2
Cliniche psichiatriche	5.6	6.8	7.3	6.6	6.7	6.6	6.5	7.1	7.4	7.2	7.5	7.6
Cliniche di riabilitazione	5.1	5.3	6.2	6.2	6.1	6.5	6.3	7.2	7.3	7.7	7.9	7.9
Cliniche specializzate	14.2	13.0	12.6	12.9	13.0	12.7	7.3	8.8	8.8	15.7	16.9	16.5
TOTALE	143.6	145.2	149.3	146.4	144.9	146.7	177.6	184.0	179.1	182.3	183.9	180.2

Fonte: USTAT, Statistica ospedaliera intra-muros

Non possiamo nemmeno dimenticare la pesante evoluzione registrata dai premi mensili della LAMal negli ultimi 10 anni a carico degli assicurati ticinesi, che nel contempo si sono dovuti confrontare con un calo dei redditi. In Ticino il premio è superiore rispetto alla media svizzera dal 15% al 18%, mentre il reddito è inferiore del 23%, come emerge dalla seguente tabella, allestita da SantéSuisse:

Evoluzione dei premi mensili medi LAMal per gli assicurati adulti dal 1998 al 2004

	Ticino	Svizzera	Maggior premio Ticino	Aumento percentuale		
					Ti	CH
anno 1998	Fr. 240.00	Fr. 197.00	21.8%	1999	1.3%	3.6%
anno 1999	Fr. 243.00	Fr. 204.00	19.1%	2000	2.1%	3.9%
anno 2000	Fr. 248.00	Fr. 212.00	17.0%	2001	4.0%	5.2%
anno 2001	Fr. 258.00	Fr. 223.00	15.7%	2002	8.5%	9.9%
anno 2002	Fr. 280.00	Fr. 245.00	14.3%	2003	9.3%	9.8%
anno 2003	Fr. 306.00	Fr. 269.00	13.8%	2004	7.2%	4.1%
anno 2004	Fr. 328.00	Fr. 280.00	17.1%	2005	4.6%	3.6%
anno 2005	Fr. 343.00	Fr. 290.00	18.3%			

Fonte: SantéSuisse, 2005

Evoluzione del reddito cantonale pro capite dal 1998 al 2002

	Ticino	Svizzera	TI	CH	diff. Ti/CH	Minor reddito dei ticinesi
anno 1998	Fr. 40'175.00	Fr. 47'857.00			16.1%	
anno 1999	Fr. 39'887.00	Fr. 48'235.00	-0.7%	0.8%	17.3%	
anno 2000	Fr. 40'196.00	Fr. 50'255.00	0.8%	4.2%	20.0%	
anno 2001	Fr. 38'664.00	Fr. 49'012.00	-3.8%	-2.5%	21.1%	
anno 2002	Fr. 37'242.00	Fr. 48'604.00	-3.7%	-0.8%	23.4%	

Fonte: SantéSuisse, 2005

Evoluzione dei premi e del reddito nel Cantone Ticino in % rispetto alla Svizzera

premi	Anni	reddito
21.8% in più	1998	16.1% in meno
19.1% in più	1999	17.3% in meno
17.0% in più	2000	20.0% in meno
15.7% in più	2001	21.1% in meno
14.3% in più	2002	23.4% in meno
13.8%		
17.1%		
18.3%		

Fonte: SantéSuisse, 2005

3. LE PROPOSTE DEL MESSAGGIO

Come anticipato, il Consiglio di Stato sottolinea di aver formulato una proposta che tende a tener conto in modo equilibrato dei vari aspetti, a partire dalle necessità della popolazione. Considera gli aspetti di tipo sanitario e finanziario, ma anche geografico e storico, così come stabilisce tra l'altro pure la decisione adottata dal Consiglio federale il 26 marzo 2003 sul ricorso 20 agosto 2001 dell'allora Federazione ticinese degli assicuratori malattia. In quell'occasione il Consiglio federale ha riconfermato (si veda decisione del 3 maggio 2000) la particolare situazione ospedaliera del Cantone Ticino, la quale permette unicamente di procedere ad una pianificazione per gradi, per non spezzare i delicati equilibri economici, politici e regionali esistenti.

Nel corso della sua audizione commissionale, la Consigliera di Stato Patrizia Pesenti ha poi precisato che non esistono metodi scientifici in grado di rilevare le necessità del settore ospedaliero. Si procede quindi raffrontando il "parco letti" ospedaliero ticinese alla media dei Cantoni svizzeri. Il parametro maggiormente utilizzato è il rapporto letti/popolazione, ma si fa pure riferimento al tasso di ospedalizzazione, nonché alla durata delle ospedalizzazioni.

Ne risulta che la dotazione complessiva di posti letto nel nostro Cantone corrisponde a 6,77 per ogni mille abitanti, di fronte a una media nazionale del 5,88‰. Tenuto però conto della maggior percentuale di popolazione anziana residente nel nostro Cantone rispetto al resto del Paese, il messaggio propone una soluzione che porta a una riduzione più contenuta di quella teoricamente auspicata, vale a dire a 6,12 posti letto ogni mille abitanti.

Concretamente, l'obiettivo pianificatorio prevede nel settore acuto la diminuzione di 204 posti letto rispetto alla dotazione attuale, al fine di rientrare nelle medie nazionali. I posti letto passano quindi dai 2'122 oggi disponibili, ai 1'918 prospettati nel nuovo disegno.

La diminuzione dei posti letto proposta dalla Commissione di pianificazione sanitaria, e poi ripresa dal Consiglio di Stato, si basa sul principio di una "simmetria dei sacrifici" tra pubblico e privato. Al riguardo ricordiamo che la dotazione di letti ospedalieri nel settore

privato in Ticino (pari a circa il 43% del totale, rispetto al 14% circa della media svizzera) costituisce un unicum in Svizzera, le cui ragioni storico-sociali sono peraltro ben documentate.

Sottolineando che "un progetto di pianificazione costituisce un insieme coerente e che qualsiasi modifica di ogni sua componente di base deve essere attentamente valutata e soppesata, perché potrebbe compromettere il significato dell'intero progetto" (e quindi che le singole proposte sono interdipendenti le une dalle altre) il Consiglio di Stato concretizza la prospettata riduzione mediante misure che possono essere così riassunte:

- **nel settore acuto**, che è quello dotato del maggior numero di stabilimenti e di posti-letto (circa i 3/4 del totale).

Attualmente esso dispone di 1'556 letti riconosciuti. Il messaggio propone una riduzione di detti posti a 1'432, con una diminuzione di 124, pari a circa l'8%. Da notare che al Cardiocentro Ticino, che oggi dispone di 20 letti autorizzati a fatturare a carico della LAMal, sono riconosciuti 10 letti supplementari per i bisogni della cardiologia invasiva; attualmente il tasso d'occupazione della struttura è costantemente al di sopra del 100% (statistica ospedaliera intra-muros: 2002: 146.9% - 2003: 175.3% - 2004: 171.3%). Rileviamo che in tal modo i posti-letto acuti nel settore pubblico verrebbero ridotti da 975 a 890, quindi con una perdita di 85; quelli del privato da 581 a 542, quindi con una riduzione di 39. La "simmetria dei sacrifici" è grosso modo rispettata, anche se con le modifiche proposte il privato aumenta leggermente la propria "quota-parte", passando - in questo specifico settore - dal 37,3% al 37,8%);

- **nel settore psichiatrico**, ove i posti letto sono ridotti da 330 a 311, e meglio:
 - la chiusura, quale struttura ospedaliera, dell'Ospedale San Donato di Intragna, che disponeva di 25 posti letto destinati alla psichiatria: già a partire dal 1° gennaio 2005 essa è quindi stata riconvertita a favore della popolazione anziana (da notare per completezza che al San Donato sono stati chiusi pure gli ulteriori 25 letti sinora disponibili, dedicati alle cure somatiche acute);
 - la chiusura della Clinica Alabardia di San Nazzaro, che oggi dispone di 45 letti;
 - l'assegnazione di ulteriori 30 letti alla Clinica Santa Croce di Orselina, che vede la sua dotazione complessiva aumentare a 80 letti;
 - l'assegnazione di ulteriori 6 letti alla Clinica Viarnetto di Pregassona, che vede la sua dotazione complessiva aumentare a 50 letti;
 - l'assegnazione di ulteriori 15 letti alla Clinica psichiatrica cantonale di Mendrisio, che vede la sua dotazione complessiva aumentare a 155 letti;
 - all'Ospedale Malcantonese di Castelrotto vengono mantenuti gli attuali 26 letti psichiatrici, che si aggiungono ai 30 riservati alle patologie somatiche acute.
- **nel settore riabilitativo**, che è quello in cui la sovradotazione di posti-letto nel nostro Cantone è più forte rispetto alla media nazionale (0,75 ogni mille abitanti, contro una media nazionale dello 0,5‰; vale a dire una volta e mezzo), il CdS propone invece una riduzione complessiva dei posti-letto dagli attuali 236 a 175, e meglio:
 - la chiusura della Clinica di riabilitazione Humaine di Sementina, dotata di 56 letti;
 - la riduzione da 65 a 60 letti alla ex Clinica militare di Novaggio, appartenente all'EOC;

- il mantenimento dell'attuale dotazione - di 90, rispettivamente 25 posti - alla Clinica Hildebrand di Brissago e all'Ospedale distrettuale di Faido, che fa capo all'Ospedale regionale di Bellinzona e Valli, appartenente all'EOC

Sugli istituti particolarmente toccati dalla pianificazione, di cui si prospetta la chiusura, si tornerà più sotto, ai punti 9. e 10.

4. I DATI CHE NON RISULTANO DAL MESSAGGIO

a) Carenze nei contenuti

Come a più riprese rimarcato nel corso dell'esame commissionale, il messaggio presenta più di una carenza. Tra queste, va evidenziata innanzitutto la mancanza di dati significativi, o meglio di dati *tout court*, sulle implicazioni della pianificazione attualmente in atto: di certo tali dati avrebbero dovuto essere presentati nell'imminenza del varo di un ulteriore atto pianificatorio. La loro presentazione era, d'altro canto, già stata indicata come indispensabile nel rapporto commissionale che accompagnava la pianificazione in vigore. Quesiti legittimi quali l'incidenza delle cure erogate ai pazienti sulla qualità e sul loro decorso terapeutico, oppure l'incidenza finanziaria della pianificazione oggi vincolante sull'andamento dei costi della salute in Ticino, sono rimasti senza precise e documentate risposte. La lacuna è grave: non bastano a sopperirvi i dati, secondo i quali in Ticino l'aumento dei costi della salute è rallentato negli ultimi anni, come emerge dalla tabella seguente:

Spesa sanitaria totale, pro capite e in % del PIL, in Svizzera e Ticino, dal 1990

	Spesa totale in mio. di fr.			Spesa pro capite in fr.			% rispetto al PIL	
	CH	TI	% TI-CH	CH	TI	% TI-CH	CH	TI
1990	27.112	1.163	4,3	3.989	4.014	100,6	8,5	8,1
1991	30.635	...	...	4.453	...	...	9,2	...
1992	32.724	...	...	4.713	...	...	9,6	...
1993	33.749	1.479	4,4	4.829	5.025	104,1	9,6	9,3
1994	34.888	...	...	4.958	...	...	9,8	...
1995	36.161	...	...	5.107	...	...	9,8	...
1996	37.908	1.834	4,8	5.335	6.085	114,1	10,4	11,6
1997	38.670	...	...	5.436	...	...	10,4	...
1998	40.292	2.059	5,1	5.650	6.823	120,8	10,6	12,6
1999	41.586	2.124	5,1	5.803	6.989	120,4	10,7	12,8
2000	43.365	2.197	5,1	6.015	7.122	118,4	10,7	12,5
2001	46.129	2.313	5,0	6.332	7.437	117,5	10,9	13,0
2002	47.981	2.423	5,1	6.534	7.743	118,5	11,1	13,4
2003	49.947	2.459	4,9	6.745	7.769	115,2	11,5	13,5

Fonte: Comptes de la santé, UST e Conto sanitario cantonale

La Commissione ha quindi voluto informarsi ed ha appreso che il risparmio conseguito dovrebbe quantificarsi in 52 milioni di franchi (si veda la tabella a pag. 51 del Rapporto di pianificazione ospedaliera del 19 giugno 2001 - allegata).

Il messaggio o meglio il pre-rapporto della speciale Commissione del Consiglio di Stato accenna poi solo brevemente alla prevista incidenza finanziaria della pianificazione in discussione; in particolare a pagina 14 sono fornite valutazioni che lasciano più di un dubbio. I dati menzionativi, secondo i quali la riduzione dei costi - o meglio: il contenimento

dell'aumento dei costi - a carico dell'assicurazione malattia per il settore ospedaliero acuto, è valutabile in circa 24,1 milioni di franchi, non convincono pienamente. Altrettanto dicasi per il breve complemento d'informazione fornito dal Consiglio di Stato alla Commissione. La somma menzionata deriva infatti sostanzialmente dal computo delle giornate di cura "risparmiate" non essendone più possibili, né alla Clinica di riabilitazione di Sementina, né all' Alabardia di S.Nazzaro e neppure nei letti "tagliati" nelle altre strutture. Ma come credere che nessuno dei pazienti che avrebbe occupato uno dei letti che spariranno, non venga comunque curato, seppur diversamente, in un'altra struttura ospedaliera oppure ambulatorialmente, oppure ancora a casa, tramite il suo medico di famiglia?

Di certo, la presumibile incidenza finanziaria del progetto pianificatorio in discussione meritava maggior considerazione ed approfondimento nel messaggio, che pure avrebbe dovuto spiegare in modo più esaustivo e circostanziato l'incidenza diversa sui costi del taglio lineare di letti, rispettivamente della chiusura di istituti sanitari, misura quest'ultima che concretamente colpisce ben due strutture (S. Donato ha già provveduto alla riconversione).

E non sono mancati solo gli indicatori finanziari. Più di un commissario ha infatti giustamente deplorato ad esempio la mancanza di dati, di analisi più affinate e di dettaglio del fabbisogno effettivo di posti-letto e di strutture ospedaliere in Ticino. I dati trasmessi si riferiscono infatti esclusivamente al raffronto con la realtà svizzera: per importante, determinante che essa sia, avrebbe dovuto essere completato con una "lettura" più attenta della specifica realtà ticinese.

Manca pure - e si tratta della lacuna forse più grave - un'analisi seria del fabbisogno sanitario e dell'offerta ospedaliera in Ticino al fine di determinare i mandati di prestazione alle singole strutture: chi fa cosa, a quale prezzo, con quale qualità. Il pre-rapporto della speciale Commissione del Consiglio di Stato accenna ai mandati di prestazione solo per proporre sostanzialmente la riconferma. Essi non vengono quindi sottoposti a ridefinizione. Rimangono così presenti nella realtà ticinese situazioni, che non paiono improntate alla razionalizzazione e al conseguente contenimento dei costi. La Commissione unanime deplora il mancato approfondimento della ripartizione dei mandati di prestazione. Essa dovrà fare oggetto di un prossimo impegno pianificatorio.

Il messaggio manca poi di attenzione verso le implicazioni della pianificazione in atto sul personale che fino al 2001 operava nelle strutture ticinesi poi chiuse, o riconvertite: non sappiamo se è stato possibile a chi vi operava trovare occupazioni sostitutive oppure se si è aperta loro la porta della disoccupazione. Mancano pure indicazioni circa le incidenze economiche regionali delle nuove proposte avanzate ora sul personale. A tale aspetto il presente rapporto dedica il punto 11.

Mancano infine ulteriori considerazioni importanti, che erano state sollecitate dal Parlamento già nel 2001 in occasione del dibattito sulla pianificazione attualmente in vigore. Il rapporto allora allestito dal collega Fulvio Pezzati concludeva infatti con una serie di importanti raccomandazioni, tutt'ora valide ed attuali. Purtroppo, le principali sono state disattese, benché il rapporto sia stato sottoscritto all'unanimità dalla Commissione: tale è troppo spesso il destino dei rapporti commissionali! Confidando sul principio "*repetita iuvant*", la scrivente Commissione rinnova le sue conclusioni di allora, riservandosi più sotto di completarle, per rammentare che la pianificazione ospedaliera deve:

- perfezionare il sistema dei mandati di prestazione;
- coordinare il settore con quello ambulatoriale.

b) Il conto sanitario

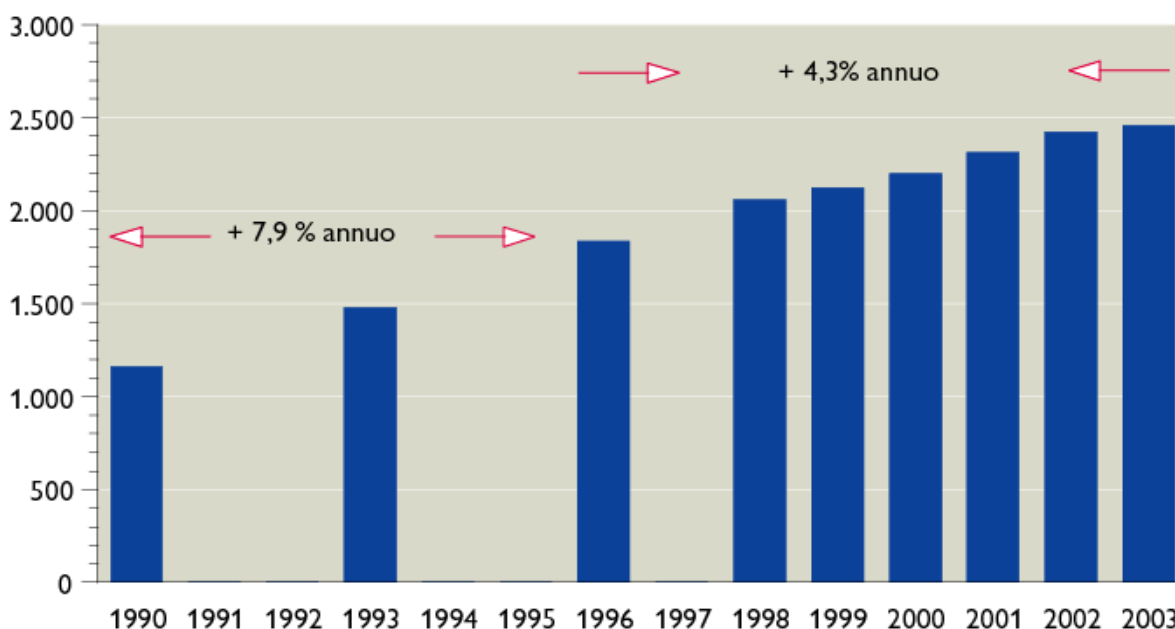
Il primo conto sanitario cantonale risale al 1990; il secondo al 1993. Nel 1997, il conto è ancora stato calcolato, ma non pubblicato. La presentazione dell'aggiornamento del conto sanitario cantonale al 2003 non è avvenuta, come ci si sarebbe potuti logicamente attendere, prima dell'elaborazione dell'aggiornamento della pianificazione ospedaliera, o quantomeno contestualmente alla stessa.

La Commissione critica tale ritardo: essa si chiede infatti come sia possibile allestire una proposta pianificatoria, con lo scopo precipuo di risparmiare, quando non si conosce l'ammontare complessivo dei costi nel settore. In questo, sono infatti tra l'altro pure compresi i costi di natura infrastrutturale.

Dopo essere stato sollecitato a più riprese, anche in considerazione dell'iniziativa parlamentare presentata nel 2002 dal collega Alessandro Del Bufalo, per il suo gruppo, che ne chiede la regolare, annuale pubblicazione, l'aggiornamento del conto sanitario è finalmente stato consegnato nel corso del mese di maggio 2005. Esso è quindi stato fatto oggetto di numerose critiche, da parte di gruppi parlamentari, di addetti ai lavori. I presidenti delle Commissioni sanitaria e pianificazione ospedaliera hanno pure preso congiuntamente posizione in merito.

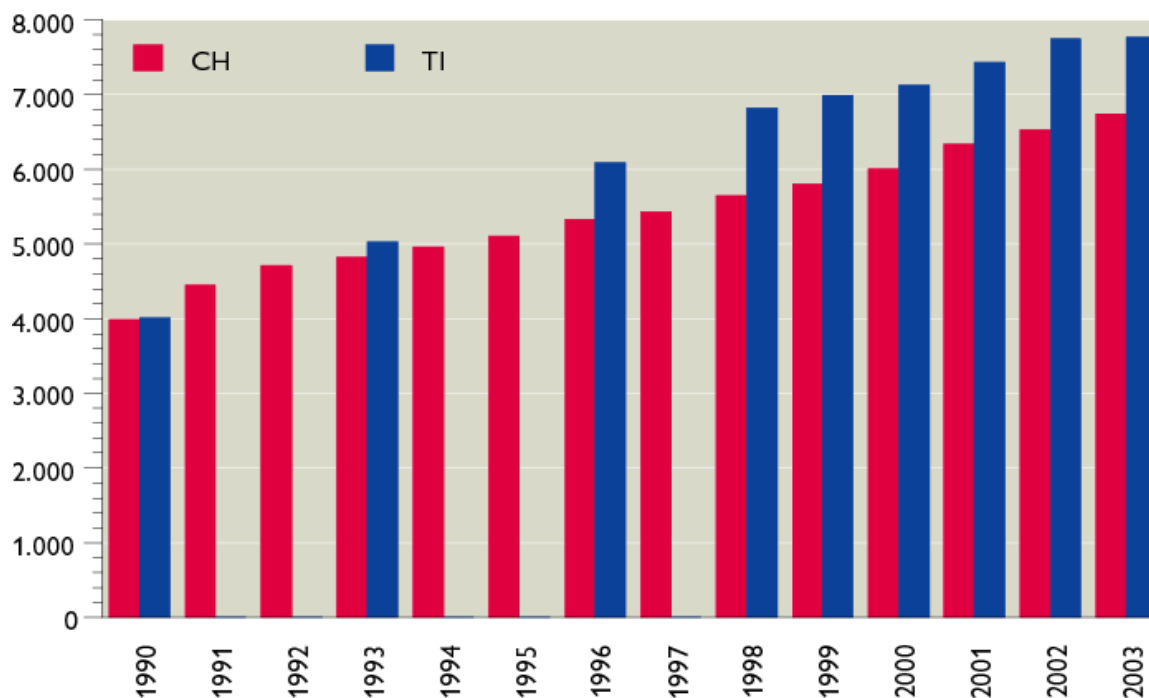
Il conto sanitario permette comunque di acquisire una serie di dati che inquadrano l'ambito all'interno del quale si muove la pianificazione ospedaliera ; eccoli:

Spesa sanitaria totale, Cantone Ticino, dal 1990



Fonte: USTAT; Conto Sanitario

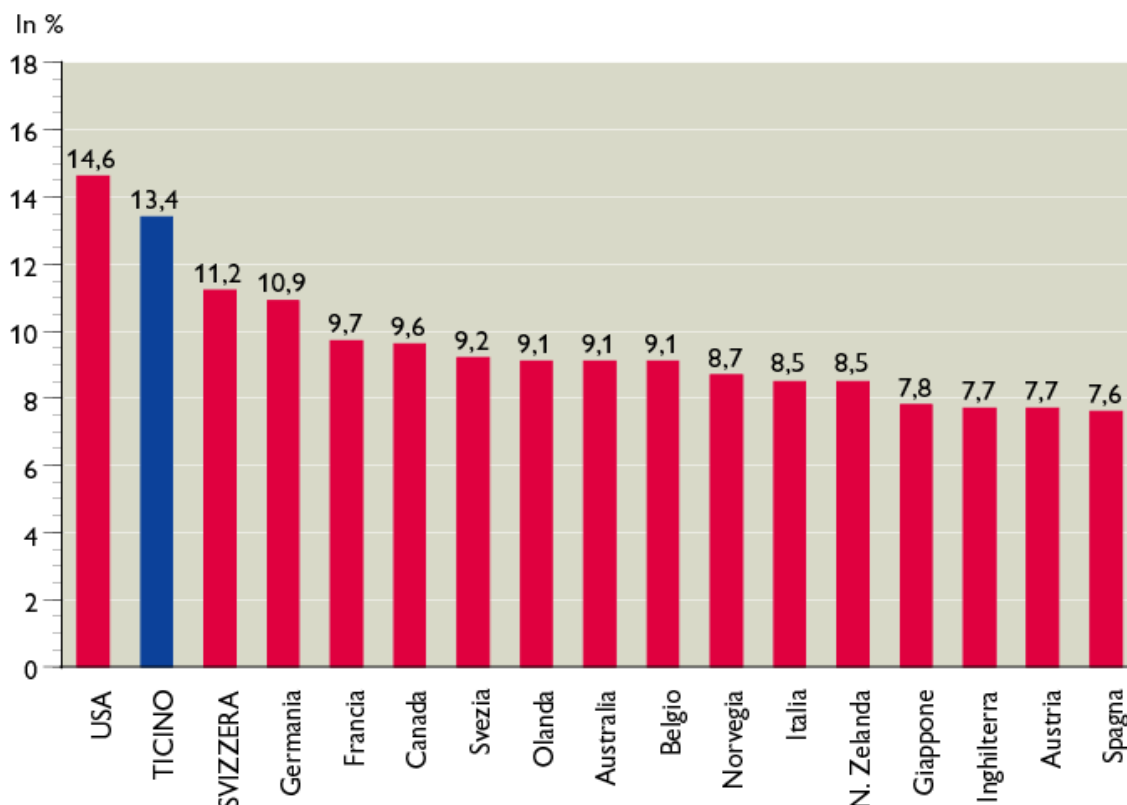
Spesa sanitaria pro capite totale, Ticino e Svizzera, dal 1990



Fonte: USTAT, Conto Sanitario

In Ticino, la spesa sanitaria globale è passata da 1'163 milioni nel 1990 a 2'459 nel 2003, segnando un'evoluzione pari al 111% (vedasi grafico). L'evoluzione è stata molto rapida sino al 1996, con un tasso annuale di crescita del 7,9%, per poi rallentare nella seconda parte del periodo considerato.

Percentuale dei costi della salute rispetto al PIL, confronto internazionale, 2002



Fonte: USTAT, Conto Sanitario

In Ticino la spesa sanitaria incide fortemente rispetto al PIL; più pesantemente che a livello nazionale: è infatti pari al 13,4% dello stesso. Corrisponde quindi ad una spesa pro capite di Fr. 7'769.-- con una differenza di circa 1'000 franchi (in più), pari al 15% rispetto alla media nazionale.

5. I TEMPI DELLA PIANIFICAZIONE

Nella sua decisione del 3 maggio 2000 il Consiglio federale ha accolto il ricorso degli assicuratori malattia contro la pianificazione LAMal del dicembre 1997, innanzitutto perché le dimensioni dell'offerta ospedaliera nel nostro Cantone erano considerate eccessive. Il Consiglio federale in considerazione della situazione delle strutture ospedaliere in Ticino, riconobbe nel contempo che si doveva procedere in più tappe, di cui la prima avrebbe dovuto essere presentata entro il 30 giugno 2001. Per quelle successive, il Consiglio federale non ha fissato un termine perentorio.

Nell'ambito dei lavori di pianificazione del 2001, accertato un esubero di ca. 700/800 posti letto, fu concordata tra le parti, ed in particolare con gli assicuratori malattia, una prima tappa limitata a 454 posti letto, a condizione che a medio termine, e quindi entro il 2005, in occasione di una seconda tappa, si procedesse a un'ulteriore riduzione (si veda in particolare il capitolo 4.2., a pagina 38 del rapporto Pianificazione ospedaliera del 19 giugno 2001).

Tenuto conto della riconosciuta situazione di sovradotazione, ben difficilmente gli ospedali e le cliniche potrebbero contrastare in sede ricorsale, di cui il Consiglio federale è ultima istanza, le condizioni poste dagli assicuratori.

Queste le conseguenze concretamente prospettabili:

- ▼ l'aumento della quota a carico del Cantone nel finanziamento dell'EOC (a meno di voler accettare una diminuzione della qualità delle cure!);
- ▼ la flessione dei ricavi delle cliniche private, che a sua volta può comportare difficoltà aziendali, con possibili ripercussioni sulla qualità delle cure, la politica del personale e la solidità dell'azienda stessa;
- ▼ l'incertezza per gli istituti, poiché la mancanza di una pianificazione portata a termine non favorirebbe le loro scelte "strategiche".

Ad analoga situazione si giungerebbe qualora gli assicuratori ritenessero la pianificazione votata dal Gran Consiglio contraria ai principi di economicità e - una volta raggiunte le necessarie maggioranze al loro interno - presentassero ricorso, il cui effetto sospensivo coinvolgerebbe tutta la pianificazione. Come il Consiglio di Stato ha precisato alla Commissione, se dunque tale impegno non dovesse essere rispettato, in Ticino continuerebbe a sussistere una significativa eccedenza nell'offerta di posti letto ospedalieri. Gli assicuratori malattia avrebbero allora la possibilità di disdire tutte le convenzioni con gli ospedali pubblici e le cliniche private e chiedere, in applicazione dell'art. 49 cpv. 1 LAMal, la revisione verso il basso proporzionalmente alla dotazione: qualora si riscontrino sovracapacità di letti, esse vanno compensate attraverso una riduzione della tariffa.

Concretamente, in base ad una sovracapacità del 10% di posti letto rispetto alla media svizzera, SantéSuisse potrebbe chiedere una riduzione di tutte le tariffe del 10%.

Le considerazioni appena esposte, che fanno riferimento al quadro LAMal all'interno del quale siamo chiamati a muoverci, hanno evidentemente segnato i lavori commissionali.

6. LA PRECEDENTE PIANIFICAZIONE

Il 20 dicembre 2000 il Consiglio di Stato presentò il precedente progetto di pianificazione ospedaliera, che qualche mese più tardi fu poi discusso, ma non approvato dal Parlamento, cui ancora tale competenza non era stata attribuita. Anche allora, accertato che all'esubero di disponibilità di posti letto rispetto alla media nazionale corrispondeva un tasso di ospedalizzazione del 31% superiore a quello medio svizzero, si giunse a non riconoscerne 454, di cui 64 nel pubblico e ben 390 nel privato. Il numero complessivo dei letti disponibili passò dunque da 2'576 a 2'122.

I tagli lineari comportarono la cancellazione di 214 posti. La non inclusione di interi istituti nell'elenco di quelli autorizzati ad operare a carico della LAMal comportò a sua volta una diminuzione di 240 letti. Allora destarono discussione in particolare i non riconoscimenti proposti, complessivamente ben sette. Si rammentano qui le misure drastiche relative all'Ospedale di Cevio, alla Clinica Santa Lucia di Arzo, alla Clinica Al Parco di Lugano, all'Opera Charitas di Sonvico, alla Sant'Agnese di Muralto, alla clinica Villaverde di Dino e alla "San Pietro" di Stabio. Tre delle strutture citate vennero definitivamente chiuse, mentre le altre quattro furono riconvertite con altre destinazioni, in particolare in case per anziani.

Tramite decreto esecutivo del 20 giugno 2001 il Consiglio di Stato, allora competente, decise quindi la pianificazione degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'art. 39 LAMal, sino ad oggi determinante. La pianificazione è poi entrata in vigore con la sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi il 2 novembre 2001, fatta eccezione per gli istituti oggetto di un ricorso da parte della Federazione ticinese degli assicuratori malattia. Per questi ultimi la pianificazione è entrata in vigore con la decisione del Consiglio federale del 23 marzo 2003.

7. LE INDICAZIONI DEL CONSIGLIO FEDERALE IN VISTA DELLA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA ED ELENCHI DEGLI OSPEDALI

Il diritto federale non impone ai Cantoni una via determinata o in qualche modo predefinita, né metodi o modalità precise in vista della pianificazione ospedaliera. Nella misura in cui le esigenze federali alla pianificazione e agli elenchi sono rispettate, il Consiglio federale è tenuto a rispettare il margine – ampio – di apprezzamento dei Cantoni (decisioni CF 5.7.2000 in re Verband Krankenversicherer SG-TG, cons. II 3.1.1.1; e 3.5.2000 in re FTAM contro CdS/TI).

Appaiono quindi significativi i capisaldi della pratica del Consiglio federale in materia di pianificazione ospedaliera ed elenchi degli ospedali riassunti nel dicembre 2003 dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità. Da tale pubblicazione traiamo qualche spunto, per evidenziare i criteri che accompagnano la pianificazione nel nostro Paese.

Per il settore ospedaliero, la pianificazione delle cure conforme ai bisogni e la sua attuazione nella forma dell'elenco degli ospedali si compone dei seguenti elementi:

1. Determinazione dell'offerta, rispettivamente del fabbisogno presente e futuro di cure medico-ospedaliere: si tratta evidentemente dell'aspetto centrale della pianificazione nei Cantoni.
Per determinare le capacità richieste al fine di garantire la presa a carico della popolazione cantonale, risultano determinanti il tasso di ospedalizzazione, la durata media dell'ospedalizzazione, il numero degli abitanti della regione servita dalla struttura, l'occupazione dei letti, come pure il flusso dei pazienti intercantionali.
2. Analisi dell'offerta delle strutture ospedaliere - pubbliche e private - che entrano in considerazione. L'analisi si fonda su criteri oggettivi, in funzione della massima trasparenza dei costi, quali :
 - economicità dei fornitori di prestazioni;
 - qualità delle prestazioni;
 - situazione geografica;
 - possibilità di ricorrere ai servizi di un fornitore di prestazione nell'ambito di una concezione di presa a carico appropriata;
 - disponibilità del fornitore di prestazioni ad assumere gli obblighi legati alla loro considerazione nella pianificazione ospedaliera;
 - considerazione adeguata degli enti privati.

Inoltre tutti gli ospedali sul territorio sono presi in considerazione, indipendentemente dalla loro forma, purché siano riconosciuti nell'ambito della LAMal. Non è riconosciuto un diritto costituzionale delle cliniche private (già esistenti o nuove) ad essere ammesse a carico dell'assicurazione obbligatoria LAMal (per la camera comune),

rispettivamente a figurare nell'elenco ospedaliero. Parimenti, nella prassi del Consiglio federale le cliniche private non possono prevalersi della libertà economica per essere autorizzate ad operare a carico dell'assicurazione obbligatoria LAMal - nonostante vi fossero autorizzate in precedenza -, perché ammettere il contrario metterebbe in pericolo il raggiungimento degli obiettivi della LAMal medesima.

Nell'ambito della pianificazione, lo Stato deve comunque considerare:

- le conseguenze economiche in caso di non ammissione sulla lista, in base al principio della proporzionalità;
- l'adeguatezza della riduzione delle capacità nel settore privato rispetto a quello pubblico;
- i principi della parità di trattamento, cioè operare distinzioni oggettivamente sostenibili, e del divieto di arbitrio.

Quanto alla considerazione adeguata degli enti privati, i Cantoni non sono tenuti a considerare in modo esaustivo questi enti (cioè tutti). I Cantoni possono operare scelte tra gli enti privati; per questa scelta dispongono di un certo margine di apprezzamento. I criteri devono comunque rispecchiare senso e scopo dell'art. 39 cpv. 1 lett. d) ed e) LAMal. Per la valutazione dell'adeguatezza è anche significativo determinare in quale misura il Cantone riduca la capacità degli ospedali pubblici e di quelli sussidiati.

3. Attribuzione e garanzia delle capacità richieste attraverso mandati di prestazione conferiti agli ospedali figuranti sull'elenco, rispettivamente riduzione della sovracapacità

Gli obiettivi principali della LAMal sono, in questo contesto, il contenimento dei costi, la riduzione delle sovracapacità, come pure la coordinazione dei fornitori di prestazioni e un'utilizzazione ottimale delle risorse. Riguardo alla scelta degli strumenti per ridurre la sovracapacità, il Cantone dispone di un margine di apprezzamento che il Consiglio federale è tenuto a rispettare. Il Cantone di domicilio deve attribuire un numero di letti fisso ai diversi ospedali sull'elenco in base al fabbisogno determinato. L'elenco persegue uno scopo di trasparenza e pubblicità; presuppone quindi una distinzione tra presa a carico di base e presa a carico specialistica.

Il numero dei fornitori di prestazioni ammessi ad operare a carico dell'assicurazione obbligatoria LAMal e i relativi mandati di prestazione devono essere limitati in base al fabbisogno; di conseguenza, alcuni operatori sono ammessi e altri no; alcuni possono mantenere il livello precedente, altri addirittura estenderlo. L'ammissione dipende sempre dalla prova del fabbisogno. Il Governo cantonale dispone comunque di una libertà di apprezzamento che gli permette di optare per un contenimento dei costi sanitari attraverso la chiusura di unità ospedaliere e non attraverso una riduzione lineare del numero di letti d'ospedale.

La pianificazione nel settore della riabilitazione deve rispettare i principi applicabili nel settore acuto, e meglio:

- informare sui bisogni complessivi, tenendo conto dei flussi dei pazienti,
- procedere al censimento delle strutture;
- focalizzare la sovradotazione cantonale;
- valutare le strutture intercantionali ed eventualmente extracantonali adatte;
- attribuire i mandati di prestazione, come pure i posti letto.

8. I LAVORI COMMISSIONALI

a) Audizioni

Nell'ambito dei propri lavori, la Commissione ha incontrato:

- il Consiglio di Stato per il tramite della Consigliera di Stato, Patrizia Pesenti, accompagnata dal Direttore della Divisione della salute pubblica, Giovanni Petazzi e dal Medico cantonale, dr. Ignazio Cassis;
- SantéSuisse, in rappresentanza degli Assicuratori malattia, nella persona del suo segretario cantonale Giampaolo deNeri;
- l'Ente ospedaliero cantonale (EOC), nelle persone del Presidente, Daniele Lotti, e del Direttore, Carlo Maggini;
- l'Associazione cliniche private, rappresentata dalla Presidente, signora Mimi Lepori Bonetti, e del signor Marco Bernasconi;
- la "Humaine clinica SA", che gestisce la Clinica di riabilitazione di Sementina, rappresentata dal dr. Andreas Roos, Vicepresidente, dal dr. Javier Blanco, Direttore della clinica, dal signor Luca Melera, Presidente della commissione del personale, come pure dal legale avv. Carlo Luigi Caimi. Sempre a sostegno di detta clinica, in una successiva seduta è pure stata sentita la signora Ellade Bomio Patocchi in rappresentanza dei promotori della petizione intitolata "Contro l'esclusione della Clinica di riabilitazione Humaine di Sementina dalla lista delle cliniche con riconoscimento LaMal";
- la Clinica Alabardia di S.Nazzaro, rappresentata dal Presidente e dal Vicepresidente del Consiglio di amministrazione, signori Mantovani e Montanari, e dal dr. Orlando Del Don, allora primario dell'istituto, come pure dal legale avv. Luciano Giudici;
- il gruppo Ars Medica, nelle persone del dr. Giorgio Pellanda, Direttore Ars Medica di Gravesano e della clinica S. Anna di Sorengo, e del signor Erto Paglia, membro del Consiglio di amministrazione.

Le osservazioni formulate nel corso delle audizioni sono puntualmente considerate nei diversi capitoli del rapporto.

In considerazione del ruolo e delle prerogative attribuite dalla LAMal a SantéSuisse, giova qui rimarcare che quest'ultima ha precisato di aver presentato inizialmente nella Commissione istituita dal Consiglio di Stato, una richiesta di taglio di 250/300 letti acuti e di 80 nel settore della riabilitazione, Sempre in quel gremio, SantéSuisse ha pure chiesto che la psichiatria privata nel Sopraceneri sia concentrata allo scopo di evitare il sovraccarico di ospedalizzazioni coatte presso l'OSC. SantéSuisse ha infine sollecitato la definizione dei mandati di prestazione. A suo giudizio, la riduzione di 204 letti – così come prospettata nel messaggio - rappresenta quindi il compromesso minimo.

b) Approfondimenti

La Commissione ha voluto pure interpellare il consulente giuridico del Gran Consiglio Michele Albertini, per chiarire alcuni aspetti anche in considerazione della mancanza di esperienza raccolta dal Parlamento nell'esame e nell'approvazione dell'aggiornamento della pianificazione ospedaliera, che come già menzionato, il Parlamento si appresta infatti per la prima volta a votare.

Tra queste, ad esempio, la questione della referendabilità, cui si è accennato nella premessa, al punto 1.

c) Consultazioni

Nel corso dell'esame commissionale è emersa una proposta alternativa di pianificazione, allestita dal Presidente della Commissione, collega Tullio Righinetti. La Commissione ha voluto interpellare in proposito sia il Consiglio di Stato, sia SantéSuisse. Le loro posizioni verranno esposte più sotto, allorquando verrà illustrata più dettagliatamente la soluzione, che nel frattempo è divenuta l'"elemento portante" del rapporto di minoranza.

9. LE VALUTAZIONI ALLA BASE DEL PRESENTE RAPPORTO

La Commissione si è trovata concorde sulla necessità di contenere il numero dei letti sanitari in Ticino. Come accennato più sopra, nel nostro Cantone l'offerta è infatti nettamente più elevata rispetto alle medie svizzere. Anche attribuendo alla realtà cantonale un coefficiente di correzione, accettato unanimemente poiché non sono pochi gli anziani confederati che decidono di trascorrere al Sud delle Alpi la loro quiescenza, i nostri numeri sfiorano verso l'alto i dati registrati negli altri Cantoni.

Prima che si iniziasse a pianificare, la media di letti per abitanti in Ticino era pari al 7.4‰; a seguito delle decisioni pianificatorie già adottate, essa è quindi scesa 6.77‰ dapprima e quindi a 6.12‰, così da avvicinarsi alla media svizzera del 5.88‰.

La maggioranza commissionale propone quindi di approvare il messaggio governativo, con alcune lievi modifiche, che porterebbero il totale della riduzione di posti letto a 209. Essa condivide infatti gli scopi che la pianificazione si prefigge: da un lato quello di gestire il più razionalmente possibile le strutture e le risorse esistenti nel settore, dall'altro quello di diminuire i costi (o almeno, più realisticamente, di contenerne l'aumento), al fine di contribuire a frenare la continua esplosione della spesa sanitaria.

Pur non potendo certo dirsi entusiasta delle proposte del messaggio, che permettono di raggiungere solo in misura modesta gli obiettivi di razionalizzazione delle strutture e di riduzione delle spese, la maggioranza commissionale ritiene che questo ulteriore passo, seppure non del tutto soddisfacente, sia da compiere, tanto più che le proposte in esso contenute incontrano l'adesione pressoché unanime degli interessati. La concertazione tra le parti raggiunta nella speciale Commissione del Consiglio di Stato costituisce un risultato che va pragmaticamente salvaguardato.

È poi già stato precisato che un'eventuale presentazione di una pianificazione alternativa, con divergenze radicali rispetto al progetto governativo, rischierebbe di essere oggetto di ricorso al CF da parte degli assicuratori malattia, con la conseguenza di non poter entrare in vigore entro la fine dell'anno in corso. Ciò comporterebbe effetti penalizzanti tutte le strutture sanitarie.

A tale conclusione i commissari non sono certo giunti a cuor leggero: le già evidenziate critiche mosse al messaggio da una parte, le esperienze e le competenze accumulate dalle strutture che verranno chiuse dall'altra, costituiscono senz'altro spunti di riflessione e di approfondimento. La necessità di diminuire il numero dei letti, la chiara indicazione espressa tra gli altri da SantéSuisse relativamente alla necessità di procedere alla chiusura di strutture e non semplicemente alla decurtazione di letti, l'ampia convergenza raccolta dal progetto governativo, che a sua volta riprende quello della speciale

Commissione incaricata dal Consiglio di Stato, inducono comunque a sostenere quest'ultimo.

La maggioranza commissionale ha poi optato per proporre qualche modifica, che come tale non stravolge la soluzione prospettata, ma mira ad affinarla su alcuni aspetti. Si tratta in particolare:

- di non modificare i mandati del gruppo Ars Medica (clinica omonima di Gravesano e clinica Sant'Anna di Sorengo) cosicché essi vengano riesaminati nella prossima pianificazione, unitamente a tutti gli altri mandati. Si rammenta che il messaggio prevede, pur senza motivarla, la cancellazione di alcuni mandati di prestazione solo per queste due cliniche (più precisamente medicina interna dalla Ars Medica Clinic; ortopedia e oftalmologia dalla Clinica Sant'Anna);
- di rinunciare ad attribuire alla Clinica Viarnetto 5 dei 6 posti letto ulteriori previsti nella pianificazione. L'istituto interessato ha infatti comunicato alla scrivente Commissione con lettera del 19 aprile 2005, e quindi ribadito verbalmente, che per poter aumentare come indicato la propria disponibilità, dovrebbe procedere all'edificazione di un piano supplementare su un'ala della clinica, procedendo ad un notevole investimento, non giustificato dal ridotto potenziamento;
- di rinunciare ad attribuire il mandato della riabilitazione cardiovascolare alla Clinica Hildebrand di Brissago, pur non modificando la dotazione di letti prevista nel messaggio, per demandarlo all'EOC, affinché lo gestisca all'interno delle proprie strutture.

Tali aggiustamenti hanno trovato il consenso non solo dei diretti interessati, ma pure del Consiglio di Stato, cui a norma di legge compete di esprimersi prima del dibattito parlamentare.

10. COMMENTO ALLE PROPOSTE DELLA MAGGIORANZA COMMISSIONALE

a) Sulla chiusura della clinica di riabilitazione Humaine di Sementina

La proposta di non più riconoscere la Clinica Humaine di Sementina è conseguente al forte esubero di letti esistente nel settore riabilitativo. Si rammenta infatti che a fronte di una densità di posti letto per 1000 abitanti pari allo 0,5 a livello nazionale, in Ticino la percentuale ammonta allo 0,75: con la soluzione in esame essa viene ora portata ad una quota pari allo 0,6. In considerazione delle numerose obiezioni sollevate da questa proposta, giova comunque approfondirle nelle seguenti considerazioni.

La Clinica Humaine è stata aperta nel 1994 da un'assicurazione malattia. Nello stesso anno è stata approvata dal Parlamento federale la LAMal, che prevedeva per la prima volta l'obbligo di pianificazione degli ospedali, allorquando l'esubero di posti letto in Ticino era nota. Va pure aggiunto che la clinica in questione si è specializzata nella riabilitazione cardiologia, ma che in considerazione dell'evoluzione medica in atto, quest'ultima è sempre più fornita a livello ambulatoriale, per cui le degenze stazionarie in quest'ambito diventeranno sempre più rare. Ciò non giustifica di per sé la chiusura di Sementina piuttosto che di qualche altra struttura attiva nel campo della riabilitazione. Occorre però tener presente che le alternative sarebbero solo due: Faido o Novaggio.

Nel primo caso si tratterebbe di una scelta ingiustificabile, già per il fatto che a Faido i lavori di ristrutturazione al reparto di riabilitazione sono ormai completamente ultimati: il

relativo reparto è in funzione dal 1° luglio 1998. Per completezza si rammenta che tali lavori sono stati eseguiti conformemente a quanto previsto nel rapporto di maggioranza della Commissione della gestione del 10 giugno 1997 concernente, oltre al pacchetto di misure di correzione della tendenza di Piano finanziario, anche l'ammodernamento dell'Ospedale di zona della Leventina. In quell'occasione il legislatore cantonale (con scelta che appare tuttora saggia dal punto di vista di assicurare un minimo di equità regionale) ha voluto un reparto di riabilitazione di 25 letti a Faido, dopo la chiusura dei reparti di chirurgia e di ginecologia e ostetricia. Va altresì tenuto presente che il reparto di riabilitazione di Faido comprende appunto solo 25 letti, per cui la sua eventuale chiusura - oltre a vanificare sconsideratamente le spese già sopportate dall'ente pubblico per i motivi detti - sarebbe quindi del tutto inefficace al fine di ridurre il totale dei posti letto di riabilitazione entro i limiti citati.

Per quanto riguarda invece l'ipotesi di chiudere la clinica di Novaggio - di taglia più simile a quella di Sementina - occorre preliminarmente ricordare che essa è sorta nel 1922 come Clinica militare, e che dall'inizio degli anni '80, la struttura è divenuta Clinica federale di riabilitazione. Da allora ha subito numerose trasformazioni e vi si è investito in risorse umane e materiali, tanto da raggiungere una qualità ragguardevole nel settore della riabilitazione. La Clinica di Novaggio è sempre stata riconosciuta nella pianificazione ospedaliera con 65 posti letto come istituto di riabilitazione, l'unico in effetti presente nel Sottoceneri. Negli scorsi anni la Clinica venne poi assunta dall'EOC. Si ricordano in proposito, nel 1999, le informazioni sulla volontà della Confederazione di vendere la Clinica; nel 2002 poi - quando la Confederazione stava vendendo la clinica ad un gruppo privato - gli interventi dell'Associazione dei Comuni della regione Malcantone del 16 settembre 2002 e del 6 novembre 2002, dell'Associazione per la difesa del Servizio pubblico del 3 ottobre 2002 e in particolare l'interrogazione 11 ottobre 2002 dei deputati Arrigoni, Bignasca, Duca Widmer e Righinetti.

Le condizioni di cessione fissate dalla Confederazione sia ai privati, sia all'EOC erano soprattutto quelle di mantenere la missione di riabilitazione dell'istituto e di effettuare gli interventi per la ristrutturazione, il cui ammontare si aggira attorno ai 25 milioni di franchi (di cui 13 a carico della Confederazione). La cessione della proprietà, del valore di 30 milioni (la Confederazione negli ultimi anni aveva già realizzato investimenti per più di 20 milioni) è poi avvenuta a titolo gratuito.

Il costo di gestione di Novaggio rientra poi chiaramente nei conti dell'EOC.

In considerazione di questi elementi, la maggioranza commissionale non ritiene quindi di proporre (come suggerito da taluni) la chiusura della clinica di Novaggio al posto di quella di Sementina. Oltre alle considerazioni già espresse, occorre infatti tener presente che in tal caso si creerebbero ulteriori squilibri (tra Sopra e Sottoceneri, rispettivamente tra settore pubblico e settore privato) che sarebbe poi praticamente impossibile correggere.

Per rispondere agli interrogativi più frequenti in merito alla chiusura della Clinica di Sementina, sono infine opportune le seguenti, ulteriori annotazioni.

La Commissione di pianificazione sanitaria ha chiesto al Medico cantonale di valutare i requisiti necessari ad una struttura per assumere il mandato di riabilitazione cardiovascolare, in alternativa alla clinica di Sementina. Le possibilità erano due: la clinica di riabilitazione Hildebrand di Brissago e la Clinica di riabilitazione Novaggio. La risposta del Medico cantonale evidenziava come entrambe le cliniche potessero di principio essere attive in quest'ambito, sebbene l'EOC avesse rinunciato a praticarla a Novaggio, tra l'altro, per non favorire eccessivamente il Sottoceneri.

La Commissione incaricata dal Consiglio di Stato ha quindi demandato il mandato alla clinica Hildebrand. Considerato tuttavia che detta clinica si è dichiarata non in grado di assumere tale mandato (che la obbligherebbe a ridurre la sua attività nei settori della riabilitazione muscolo-scheletrica e neurologica) la scrivente Commissione, come evidenziato in altra parte del presente Rapporto, propone di attribuire tale mandato all'EOC, libero quest'ultimo di attuarlo come vuole, fermo restando il non aumento dei suoi posti-letto.

Per quanto riguarda infine la ricorrente argomentazione dei sostenitori della clinica di Sementina, secondo cui la vicinanza della stessa all'ospedale San Giovanni di Bellinzona consentirebbe un rapido ricovero in cure intense di pazienti in fase di riabilitazione che ne avessero improvvisamente necessità, occorre rilevare che questi casi sono in effetti molto rari, come emerge dalla statistica medica intra muros dell'Ufficio federale di statistica. Nel 2002 - ultimo dato disponibile - vi è stato un solo ricovero al Servizio di cure intense dell'Ospedale S. Giovanni di pazienti degenti alla Clinica Humaine. Nel 2000 i casi furono 2.

b) Sulla chiusura della clinica Alabardia di San Nazzaro

L'ambito psichiatrico è l'unico nel quale il nostro Cantone già rientra nei parametri della media nazionale (anzi è leggermente al di sotto: 1,05 posti ogni mille abitanti, contro una media nazionale di 1,10). Ciononostante, il Consiglio di Stato, riprendendo la soluzione abbozzata dalla speciale Commissione – in questo caso con due astensioni - per motivi di economia di scala, a loro volta connessi alla possibilità di conseguire risparmi, opta per la concentrazione di tutta la psichiatria stazionaria del Sopraceneri presso la Clinica Santa Croce di Orselina, istituto che vanta già una capacità di accoglienza sufficiente, rispettivamente la struttura logistica necessaria senza dover ampliare quella attuale, né effettuare onerosi investimenti supplementari.

Si propende quindi per creare una struttura di qualità nel Locarnese, a costi infrastrutturali contenuti, che possa rispondere a tutta la casistica psichiatrica e prendersi carico pure dei pazienti gravi, offrendo quindi concretamente pure la possibilità di effettuare ricoveri coatti, a favore anche del Bellinzonese ed in generale del Sopraceneri. Sino ad oggi tale offerta non è garantita nel Sopraceneri, dove nessun istituto è in grado di effettuare ricoveri coatti - che superano in effetti il 60% dei ricoveri in CPC -. Non va infatti dimenticato che lo scopo finale della pianificazione non è solo quello di contenere i costi, ma pure quello di garantire un'offerta di qualità. La concentrazione permette quindi di aumentare la qualità delle cure psichiatriche fornite, cosicché la Clinica Santa Croce possa davvero rappresentare un polo alternativo alla Clinica psichiatrica cantonale di Mendrisio e contenere la pressione su quest'ultima, in particolare modo per ciò che concerne i già citati ricoveri coatti.

Per completezza aggiungiamo che per rispondere adeguatamente alla forte richiesta, vengono potenziati i letti pure a Mendrisio, che aumentano di 15 unità. La CPC è infatti costantemente sovraoccupata, anche a seguito dell'obbligo d'assunzione di pazienti ricoverati in modo coatto.

In questo contesto emerge chiaramente che uno dei punti fermi sul quale poggiano tutti i progetti di pianificazione ospedaliera, è quello delle dimensioni minime affinché una struttura possa essere definita efficiente, sia dal punto di vista sanitario, sia da quello prettamente economico.

I risultati pubblicati nel corso del mese di luglio 2005 e relativi allo studio effettuato dall'Università della Svizzera italiana unitamente al Politecnico federale di Zurigo per conto dell'Ufficio federale di statistica, hanno ribadito che le strutture più piccole sono meno efficienti; hanno cioè un rapporto peggiore tra risorse impiegate e risultati ottenuti. A detta degli esperti e dei ricercatori universitari, nel settore ospedaliero l'economia di scala gioca quindi un ruolo importante. Gli istituti con sale operatorie con un numero di letti che si avvicina o supera le 200 unità risultano essere più economici e contribuiscono quindi in maniera migliore al contenimento della spesa sanitaria.

Anche il Ticino, sebbene su altre proporzioni, ci si deve quindi rapportare all'economia di scala.

11. IL PERSONALE

La Consigliera di Stato on. Pesenti ha risposto alle preoccupazioni sollevate in Commissione, precisando che il personale sino ad ora attivo negli istituti non più riconosciuti ad operare a carico della LAMal potrà essere assunto dalle nuove strutture e/o dalle altre strutture e istituzioni sociosanitarie già esistenti. Secondo la Direttrice del DSS, ciò è ad esempio avvenuto senza difficoltà in occasione della pianificazione ospedaliera del 2001, che ha comportato il già menzionato non riconoscimento di sette istituti.

Sempre la Consigliera di Stato Pesenti in occasione della sua audizione commissionale, e pure in seguito, in risposta alle domande formulate dalla Commissione, ha osservato che su un fabbisogno annuo di circa 200 unità di personale infermieristico, il Cantone riesce a formarne solo 100. Di conseguenza, le strutture sanitarie ticinesi devono far capo sistematicamente a personale straniero. Da qui, le assicurazioni espresse per il futuro dei dipendenti che domani perderanno il loro attuale posto di lavoro.

La recente esperienza ha dimostrato che parte del personale del reparto di psichiatria del San Donato è stato assorbito dal Santa Croce.

Permangono tuttavia perplessità e timori in Commissione in merito agli sbocchi occupazionali in particolare del personale medicotecnico e del personale ausiliario, che operano nelle strutture non più autorizzate a esercitare a carico della LAMal e in quelle per le quali è prevista una diminuzione di letti.

12. RICONVERSIONI POSSIBILI?

Nel 2001 la chiusura di istituti non diede luogo unicamente a discussioni, ma portò pure alla paziente ricerca di soluzioni alternative, che tra l'altro garantirono la tutela dei posti di lavoro. Le stesse divennero realtà tra l'altro a Cevio, laddove a seguito di un'importante mobilitazione della Valle, vi è stata la riconversione a favore della popolazione anziana, come pure dei grandi invalidi. In questi mesi, nell'ambito del progetto pianificatorio in discussione, non si è invece parlato di riconversione, se non molto marginalmente. Peccato: il tema merita di certo attenzione.

È forse difficile imboccare questa strada, qualora gli istituti direttamente coinvolti ribadiscano di voler mantenere la destinazione attuale. Ciò nondimeno, occorre rammentare che ad esempio nel Bellinzonese mancano strutture destinate ad ospitare le persone anziane, tant'è che il 21 febbraio 2005 il Consiglio comunale di Bellinzona ha

stanziato un credito per il concorso di architettura riguardante la realizzazione di una nuova casa anziani.

La Commissione pianificazione ha quindi sollecitato il Consiglio di Stato, che a suo tempo ha rilasciato l'autorizzazione per una nuova casa per anziani a Bellinzona, e a seguito dei risultati della pianificazione non si era mosso per sollecitare un coordinamento che facesse perno sulla struttura di Sementina (che rimane senza destinazione), ad intervenire presso la città, per rammentare "l'assoluta priorità di adeguare l'offerta sanitaria ai bisogni emergenti, avvalendosi delle strutture sanitarie esistenti. In quest'ottica rientra la riduzione dell'offerta di posti letto acuti (superiore alla densità media degli altri Cantoni, in rapporto alla popolazione), a favore delle riconversioni nel settore della geriatria post-acuta, in costante crescita"

La scrivente Commissione non è a conoscenza dell'esito dell'intervento delle Autorità cantonali, concretizzatosi nella lettera che il 23 marzo 2005 il Consiglio di Stato ha spedito al Municipio della Città. Auspica comunque che il tentativo venga concretizzato.

Il tema degli anziani, che rimane d'attualità, viene ripreso al capitolo 14 di questo rapporto, laddove viene sottolineata l'importanza di approfondire la politica del relativo settore.

13. LA SOLUZIONE ALTERNATIVA RIGHINETTI

Il collega Tullio Righinetti ha elaborato un progetto pianificatorio alternativo a quello contenuto nel messaggio, che è poi divenuto rapporto di minoranza. Esso sostanzialmente si limita a ridurre in modo più o meno lineare i letti nei singoli istituti sanitari, riducendoli di 247 in luogo di 204: rinuncia per contro a chiudere strutture.

Sin d'ora la maggioranza formula alcuni commenti.

Il collega Righinetti propone una riduzione di letti arbitraria, poiché non si fonda su alcun criterio pianificatorio riconosciuto. Ne è tra l'altro la riprova l'elaborazione nel corso dell'estate 2005 della soluzione, menzionata nel rapporto di minoranza, divergente rispetto a quella presentata nel corso del mese di giugno 2005. Allora, venivano cancellati presso l'OBV di Mendrisio un numero maggiore di letti. Di qui, le rimostranze del Mendrisiotto, cui ha fatto seguito la pronta modifica e la correzione a favore dell'OBV, che viene a penalizzare le ulteriori strutture dell'EOC a Lugano, Bellinzona e Locarno.

La soluzione Righinetti può apparire accattivante poiché evita la chiusura di strutture sanitarie: è quindi meno impopolare di quella sostenuta dalla maggioranza. A nostro avviso occorre però decidere se assumersi responsabilità anche ingombranti e sgradevoli, ma che permettono di avanzare nell'iter pianificatorio, oppure se optare per soluzioni pressoché indolori, nei confronti delle quali è comunque già certo il ricorso al Consiglio Federale, con i conseguenti effetti paralizzanti sopra ricordati.

A SantéSuisse, che rappresenta il 90% degli assicuratori ticinesi, è infatti stato chiesto i esprimersi sulla soluzione alternativa. Gli Assicuratori malattia, a netta maggioranza, hanno quindi precisato e ribadito che la stessa risulta inaccettabile "poiché operando unicamente con una riduzione lineare dei letti, senza la chiusura di istituti, non è possibile contenere l'evoluzione dei costi nel settore stazionario" (per completezza aggiungiamo che il gruppo Helsana, proprietario della struttura riabilitativa di Sementina, condivide la soluzione Righinetti).

È appurato che gli istituti di cura ticinesi sono piccoli, la maggior parte di loro ha un numero di letti esiguo. Riducendo ulteriormente i letti nei singoli istituti, nella maggior parte dei casi, i costi fissi e anche quelli del personale - quantificabili in ca. l'80% dei costi complessivi - rimarrebbero uguali e ciò avrebbe quale conseguenza un aumento proporzionale del costo per giornata di cura e di riflesso alcun risultato tangibile sui costi a carico dell'assicurazione malattia." Riprendendo quanto indicato sopra sull'economia di scala, una diminuzione di letti in strutture con sale operatorie e con strumenti di alta tecnologia, di meno di 100 letti non permette un risparmio. Del resto, in Europa, il numero di letti ideale è di 200/300, contro i 100 ammessi in Svizzera e i 50 in Ticino.

Analogamente a SantéSuisse, si è espresso il Consiglio di Stato. Premesso che utilizzando la stessa metodologia del rapporto pianificatorio governativo il risparmio potenziale per l'assicurazione malattia conseguente al non riconoscimento di 247 posti letto anziché 204, aumenterebbe da 24 a 26,4 milioni di franchi, l'Esecutivo precisa che una stima attendibile dei risparmi è difficilmente valutabile, perché dovrebbe considerare maggiormente l'influsso sui costi fissi delle riduzioni di posti letto. Il Consiglio di Stato ribadisce pure che è incontestabile che il non riconoscimento di interi istituti comporti un sicuro risparmio a carico della LAMal (per la proposta governativa valutato in circa 16,4 milioni di franchi - Ospedale S. Donato, Clinica Casa Alabardia, Centro di riabilitazione di Sementina -, per il progetto alternativo stimato in circa 3,6 milioni di franchi - Ospedale S. Donato -), mentre i tagli lineari di posti-letto, specie se di poca rilevanza a livello di ogni singolo istituto, distribuiscono i costi fissi su un numero inferiore di giornate di cura. Ciò comporta un aumento dell'onere per ogni singola giornata di cura e riduce di fatto in modo significativo il risparmio.

Giova ricordare in questo contesto che anche il Consiglio federale nella sua decisione del 3 maggio 2000 sul ricorso degli Assicuratori malattia contro la pianificazione LAMal, quale istruzione vincolante, aveva chiesto che l'offerta ospedaliera fosse ridotta non solo in modo lineare, ma anche non riconoscendo interi istituti sulla lista ospedaliera.

I limiti della soluzione Righinetti sono dunque evidenti. La proposta "alternativa" rischia tra l'altro di compromettere seriamente la solidità delle strutture esistenti; infatti, essa non garantisce a lungo termine la sopravvivenza di quelle piccole, le quali uscirebbero dall'esercizio pianificatorio con importanti riduzioni di letti (fino al 25%), ma senza nessun beneficio per quanto riguarda la possibilità di contenimento dei costi fissi, che verrebbero di conseguenza suddivisi su un numero minore di letti.

14. LA PIANIFICAZIONE NEL SETTORE DEGLI INVALIDI E NEL SETTORE DEGLI ANZIANI

Nella pianificazione dei letti, occorre distinguere tra letti acuti, cui sui è fatto riferimento ai punti precedenti, e letti per anziani e per invalidi.

Per questi ultimi sono previsti aumenti di:

- 460 unità nel settore anziani;
- 52 nel settore invalidi.

In effetti, stando agli ultimi dati censiti, in Svizzera ci sono numerosi anziani sani. La loro permanenza in case per anziani si riduce, grazie sia alla miglior salute e capacità di indipendenza, sia al miglioramento di servizi e cure a domicilio. Il fabbisogno di case per anziani fa dunque seguito all'aumento della popolazione anziana, che vi rimarrà solo negli ultimi anni di vita.

Il settore degli anziani merita comunque sin d'ora attenzione e nella prossima pianificazione dovrà essere trattato approfonditamente.

Gli aumenti di letti menzionati avranno ripercussioni pure sul personale. Dovrebbero comunque esserci, a detta del Consiglio di Stato, buoni sbocchi per chi sinora ha operato nelle cliniche, di cui è prevista la chiusura, o meglio "è assicurato il completo assorbimento del personale attualmente operante in strutture destinate a ridimensionamenti o chiusura".

15. I PROSSIMI APPUNTAMENTI

La pianificazione sanitaria, che ci apprestiamo a esaminare non costituisce che una tappa intermedia. Ne seguiranno altre, nel solco anche del progresso della medicina, che dovrebbe permettere un importante passaggio dallo stazionario all'ambulatoriale.

Il principio della "simmetria dei sacrifici", che sino ad oggi ha permesso di giungere ad approntare non poche soluzioni, dovrà continuare a fungere da linea guida anche in future tappe di pianificazione ospedaliera.

Così come aveva concluso in rapporto commissionale steso sulla pianificazione in atto dall'allora collega Fulvio Pezzati, che sollecitava a breve un intervento sui mandati prestazione, la scrivente Commissione tiene comunque a ribadire che per ottenere miglioramenti più incisivi, segnatamente dal punto di vista finanziario, occorre provvedere in tempi brevi alla ridefinizione dei mandati di prestazione, in modo da stabilire meglio "chi fa cosa, e dove", passando da un sistema in cui ogni stabilimento "fa di tutto un po'", ad uno più specializzato, nel quale determinate prestazioni si trovino solo da una parte o solo dall'altra. Per fare qualche esempio di incongruenza, che merita correzione: a Lugano vi sono tre ortopedie; in Ticino, quattro chirurgie vascolari, quattro reparti di pediatria, e altri se ne potrebbero aggiungere. Se la medicina di base deve essere diffusa su tutto il territorio, le specializzazioni devono essere concentrate per contenere i costi o quantomeno l'aumento dei costi: il processo pianificatorio in Ticino non potrà più prescindere da tale assunto, che merita infine concretizzazione.

La discussione sui mandati di prestazione dovrà quindi essere affrontata innanzitutto dalle cerchie direttamente interessate nel corso della prossima, decisiva pianificazione ospedaliera, in cui l'aspetto della distribuzione dei mandati non potrà che essere messo al centro di ogni riflessione.

Infatti, proprio nell'imminenza della sottoscrizione del presente rapporto, si è riunita a Berna l'associazione H+ Gli ospedali svizzeri, che sottolinea le necessità di promuovere una politica sanitaria nazionale per garantire qualità e sostenibilità al sistema sanitario svizzero e per disciplinare a nuovo le responsabilità e le competenze di Confederazione e Cantoni (Vedi comunicato stampa di H+ del 03.11.05)

16. CONCLUSIONI

La pianificazione, che viene sottoposta per l'approvazione al Gran Consiglio, è tecnica, ma non solo. Essa appare anche - prevalentemente a detta di qualcuno - politica: non può verosimilmente essere diversamente, se vogliamo rispettare la storia, la geografia e le risorse della nostra realtà.

Sulle proposte precise è stato trovato un consenso ampio da parte degli ambienti interessati, anche se evidentemente non unanime, attorno al progetto uscito dalla Commissione del Consiglio di Stato, che permette di avvicinarci alle medie svizzere. Tale consenso attorno ad una soluzione, che contiene i presupposti per un controllo dei costi, è apparso determinante per la maggioranza commissionale, che invita quindi a sostenerla.

Sulla decisione ha pure pesato l'annunciato ricorso di SantéSuisse, qualora la pianificazione non avesse comportato pure la chiusura di istituti sanitari e le relative conseguenze su tutta la struttura ospedaliera cantonale.

In conclusione, la maggioranza commissionale invita il Parlamento ad approvare il decreto legislativo allegato, che facendo seguito a quanto anticipato al punto 9 si scosta leggermente da quanto proposto dal Consiglio di Stato.

La maggioranza della Commissione propone infine di non dar seguito alla petizione intitolata "Contro l'esclusione della Clinica di riabilitazione Humaine di Sementina dalla lista delle cliniche con riconoscimento LaMal" (prima firmataria: Ellade Bomio Patocchi).

Per la maggioranza della Commissione speciale pianificazione ospedaliera:

Francesca Lepori Colombo e Franco Celio, relatori

Carobbio Guscelli - Del Bufalo - Pelossi

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal)

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il messaggio 7 dicembre 2004 n. 5606 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto di maggioranza 7 novembre 2005 n. 5606 R1 della Commissione speciale pianificazione ospedaliera,
- richiamati:
 - l'art. 39 della Legge federale sull'Assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal);
 - gli art. 63 e segg. della Legge di applicazione del 26 giugno 1997 alla Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAmal);
 - i pareri espressi dalle Conferenze regionali della sanità,

d e c r e t a :

1. È adottato il seguente elenco di istituti ai sensi dell'art. 39 LAMal:

1.1 ISTITUTI SITUATI NEL CANTONE TICINO

1.1.1 Dotazione in posti letto

Istituti autorizzati secondo l'articolo 39 LAMal	Posti letto pianificati (autorizzati)				
	Cure somatiche acute	Cure Psichiatriche	Cure riabilitative	Istituti per anziani	Istituti per invalidi
TOTALE CANTONALE secondo art. 39 cpv. 1 LAMal	1'432	306	175		
TOTALE CANTONALE secondo art. 39 cpv. 3 LAMal				4'377	437
A) ISTITUTI PER SOLE CURE SOMATICHE ACUTE					
Ospedale Regionale di Lugano	282				
Ospedale Regionale di Mendrisio	140				
Ospedale Regionale di Locarno	155				
Cardiocentro Ticino	30				
Clinica Santa Chiara, Locarno	100				
Clinica Moncucco, Lugano	104				
Clinica Ars Medica, Gravesano	70				
Clinica Sant'Anna, Sorengo	80				
Clinica San Rocco, Lugano	80				
Clinica Varini, Orselina	48				
B) ISTITUTI "MISTI"					
Ospedale Regionale Bellinzona e Valli*	313		25		
Ospedale Malcantonese, Castelrotto	30	26			

Istituti autorizzati secondo l'articolo 39 LAMal	Posti letto pianificati (autorizzati)				
	Cure somatiche acute	Cure Psichiatriche	Cure riabilitative	Istituti per anziani	Istituti per invalidi
C) ISTITUTI PER SOLE CURE PSICHIATRICHE					
Clinica psichiatrica cantonale (CPC), Mendrisio		155			
Clinica Viarnetto, Pregassona		45			
Clinica Santa Croce, Orselina		80			
D) ISTITUTI PER SOLE CURE RIABILITATIVE					
Clinica Hildebrand, Brissago			90		
Clinica di riabilitazione, Novaggio			60		
E) ISTITUTI PER ANZIANI MEDICALIZZATI					
Compensorio Mendrisiotto				724	
Centro Anziani Balerna				35	
Casa Anziani Soave, Chiasso				42	
Casa Anziani Giardino, Chiasso				81	
La Quiete Mendrisio				49	
Torriani, Mendrisio				99	
Casa Anziani Novazzano				54	
S.Filomena, Stabio				55	
Istituto L. Rossi, Capolago				38	
Don Guanella, Castel S.Pietro				37	
S.Rocco, Morbio Inferiore				119	
Sacro Cuore, Rancate				30	
Casa Tusculum Arogno				37	
Clinica Santa Lucia Arzo				48**	
Compensorio Luganese				1'327	
Casa Serena Lugano				162	
Residenza Castagneto Lugano				44	
Residenza Gemmo Lugano				114	
Centro La Piazzetta Loreto				95	
Casa dei Ciechi Lugano				54	
Riziero Rezzonico Lugano				60	
Casa Anziani Massagno				66	
Caccia-Rusca Morcote				80	
Residenza Paradiso				77	
Opera Caritas Sonvico				68**	
Al Pagnolo Sorengo				64	
Centro L'Orizzonte Colla				40	
Residenza Alla Meridiana Viganello				96	
Bianca Maria Cadro				31	
Residenza Casa Maraini Lugano				36	
Istituto S. Maria Savosa				90	
Istituto S.Giuseppe Tesserete				50	
<i>nuova casa a Pregassona in progettazione</i>				100	
Compensorio Malcantone				374	
Casa Anziani Agno				72	
Stella Maris Bedano				70	
Casa Anziani Castelrotto				105**	
Casa Anziani Mezzovico				77	
Residenza Rivabella Magliaso				50	
Compensorio Locarnese				1'105	
Casa S.Giorgio, Brissago				60	
San Carlo Locarno				121	
Casa REA Minusio				60	
Fondazione Varini, Orselina				28	
Casa Montesano Orselina				45	
Centro Sociale Russo				38	
Cinque Fonti San Nazzaro				104	
Casa Sorriso Tenero				34	

Istituti autorizzati secondo l'articolo 39 LAMal	Posti letto pianificati (autorizzati)				
	Cure somatiche acute	Cure Psichiatriche	Cure riabilitative	Istituti per anziani	Istituti per invalidi
Casa Belsoggiorno Ascona				56	
Istituto Solarium Gordola				87	
Ricovero S.Donato Intragna				90	
Brione S. Minusio				48	
Residenza Al Lido, Locarno				26	
Istituto Sacra Famiglia Loco				26	
Residenza Al Parco, Muralto				58	
Casa Anziani Cevio				45**	
Casa Anziani Someo				14	
Divina Provvidenza Gordevio				70	
Don Guanella Maggia				95	
Comprensorio Bellinzonese				473	
Casa Anziani Bellinzona				72	
Casa Greina Bellinzona				60	
Casa Anziani Giubiasco				83	
Casa Anziani Sementina				80	
Paganini-Rè, Bellinzona				98	
<i>nuova casa comunale Bellinzona in progettazione</i>				80	
COMPENSORIO TRE VALLI				406	
Casa Anziani Biasca				64	
Casa Anziani Claro				68	
Casa Anziani Acquarossa				74	
Santa Croce Faido				104	
Prato Lev				26	
<i>nuova casa leventinese in progettazione</i>				70	
F) ISTITUTI PER INVALIDI					439
Don Orione, Lopagno					30
La Motta, Brissago					40
Fonte3, Neggio					25
Fond. Madonna di Ré1, Bellinzona					13
Fond. Madonna di Ré2, Claro					18
Istituto Miralago, Brissago					35
OTAF, Sorengo					30
OTAF, Casa Belinda, Lugano					14
Provvida Madre, Balerna					46
Residenza Paradiso, Paradiso *					7
Fondazione Varini, Orselina					10
STCA, Centro residenziale, Cagiallo					26
Casa Faro, Maggia					12
Centro sociosanitario, Cevio					12
CARL, Mendrisio					121

* Ospedale San Giovanni - Bellinzona, Ospedale di Faido, Ospedale di Acquarossa

** Di cui 15 posti letto ad alto contenuto sanitario

1.1.2 Attribuzione dei mandati di prestazione agli istituti autorizzati giusta l'art. 39 cpv. 1 LAMal:

	Medicina interna	Cardiologia invasiva	Chirurgia	Ortopedia	Neurochirurgia	Cardiochirurg.	Oftalmologia	ORL	Ginecologia	Ostetricia	Pediatria	Neonatologia	Radioterapia	Medicina nucleare	Cure intense SSMI (6)	Psichiatria	Psichiatria con letti per coatti	Riabilitazione		
																		cardiologica	muscolo scheletrica	neurologica
Osp. Reg. di Lugano	X		X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X					
Osp. Reg. Bellinzona e Valli	X (1)		X	X			X	X	X	X	X (4)	X	X	X	X				X (1)	
Osp. Reg. di Mendrisio	X		X	X				X	X	X	X	X			X					
Osp. Reg. di Locarno	X		X	X				X	X	X	X	X			X					
Cardiocentro Ticino, Lugano		X				X									X					
Clinica S. Chiara, Locarno	X		X	X (3)			X	X	X	X		X								
Clinica Moncucco, Lugano	X		X	X			X	X	X											
Clinica Ars Medica, Gravesano	X		X	X (3)			X													
Clinica S. Anna, Sorengo	X		X	X			X	X	X	X		X								
Osp. Malcantonese, Castelrotto	X (2)															X (5)				
Clinica S. Rocco, Lugano	X (2)																			
Ospedale S. Donato, Intragna																				
Clinica Varini, Orselina	X (2)																			
Clinica psichiatrica cantonale, Mendrisio																X	X			
Clinica Viarnetto, Pregassona																X	X			
Clinica Alabardia, S. Nazzaro																				
Clinica S. Croce Orselina																X	X			
Clinica Hildebrand, Brissago																			X	X
Clinica di riabilitazione, Novaggio																			X	
Clinica di riabilitazione Sementina																				

- (1) Gli ospedali di zona di Faido ed Acquarossa dispongono di mandati unicamente per la medicina di base, Faido dispone inoltre di 25 letti per la riabilitazione muscolo-scheletrica
- (2) Medicina di base
- (3) Inclusa neurochirurgia della colonna vertebrale
- (4) Concentrazione di tutte le sotto-specialità pediatriche
- (5) 26 posti letto senza mandato per la psichiatria coatta
- (6) Più altre se riconosciute dalla Società Svizzera di Medicina Intensiva

1.2 ISTITUTI SITUATI FUORI CANTONE

In caso d'ospedalizzazione fuori Cantone a carico dell'Assicurazione obbligatoria contro le malattie la protezione tariffale integrale (Artt. 41 cpv. 1 e 2, 44 LAMal) è data solo se la degenza avviene in un reparto dei **27** istituti elencati (lista chiusa) con relativo mandato di prestazione e **se sussiste almeno uno dei seguenti requisiti**: il trattamento necessario non è offerto nel Cantone Ticino, in caso d'urgenza e in caso di tempi d'attesa troppo lunghi per un ricovero nel cantone.

Per i trattamenti **non eseguibili nei 27 istituti della tabella** e se sono date le condizioni sopraesposte (trattamento non offerto in Ticino, urgenza, o tempi d'attesa troppo lunghi) la protezione tariffale integrale è data per tutte le ospedalizzazioni a carico dell'Assicurazione obbligatoria contro le malattie in tutti gli istituti che figurano sull'elenco della pianificazione del Cantone in cui hanno sede (lista aperta).

La copertura finanziaria da parte del Cantone (art. 41 cpv. 3 LAMal) è concessa solo per istituti pubblici o sussidiati dal Cantone di sede dell'istituto.

	Istituto ospedaliero	Sede	Mandato	Ragione giuridica
1	Kantonsspital Aarau	Aarau	Tutte le specialità/ medicina specialistica/medicina di punta	Sussidiato
2	Kantonsspital incluso Universitäts-Augenklinik	Basel	Tutte le specialità/ medicina specialistica/medicina di punta	Sussidiato
3	Felix Platter-Spital	Basel	Tutte le specialità	Sussidiato
4	Universitäts-Kinderspital UKBB	Basel	Pediatria	Sussidiato
5	St. Claraspital	Basel	Tutte le specialità/medicina specialistica	Sussidiato
6	Inselspital	Bern	Tutte le specialità/ medicina specialistica/medicina di punta	Sussidiato
7	Zieglerspital	Bern	Medicina specialistica	Sussidiato
8	Rätisches Kantons -und Regionalspital	Chur	Tutte le specialità	Sussidiato
9	Hôpitaux Universitaires de Genève HUG	Genève	Tutte le specialità/ medicina specialistica/medicina di punta	Sussidiato
10	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV	Lausanne	Tutte le specialità/ medicina specialistica/medicina di punta	Sussidiato
11	Hôpital Ophtalmologique	Lausanne	Oftalmologia	Sussidiato
12	Hôpital Orthopédique	Lausanne	Ortopedia	Sussidiato
13	Kantonsspital Liestal	Liestal	Ortopedia/medicina specialistica	Sussidiato
14	Kantonsspital Luzern	Luzern	Tutte le specialità/ medicina specialistica/medicina di punta	Sussidiato
15	Kantonsspital St. Gallen	St. Gallen	Tutte le specialità/ medicina specialistica/medicina di punta	Sussidiato
16	Kantonsspital Winterthur	Winterthur	Tutte le specialità	Sussidiato
17	Kinderspital Zürich	Zürich	Pediatria	Sussidiato
18	Orthopädische Universitätsklinik Balgrist	Zürich	Ortopedia/Paraplegia	Sussidiato
19	Schulthess Klinik	Zürich	Ortopedia/ Reumatologia Neurochirurgia	Sussidiato
20	Stadtspital Triemli	Zürich	Tutte le specialità	Sussidiato

21	Stadtsptial Waid	Zürich	Chirurgia sfinterica e anale	Sussidiato
22	Universitätsptial Zürich USZ ¹⁾	Zürich	Tutte le specialità/ medicina specialistica/medicina di punta	Sussidiato
23	REHAB	Basel	Paraplegia	Non sussidiato
24	Herz-Zentrum Bodensee	Kreuzlingen	Cardiologia invasiva/ Cardiochirurgia coronarica	Non sussidiato
25	Centro Paraplegici	Nottwil	Paraplegia	Non sussidiato
26	Klinik Hirslanden	Zürich	Cardiologia invasiva/ Cardiochirurgia coronarica	Non sussidiato
27	Klinik Im Park	Zürich	Cardiologia invasiva/ Cardiochirurgia coronarica/ Neurochirurgia	Non sussidiato

¹⁾ Il finanziamento del Cantone a questo ospedale è limitato ai soli pazienti che per esigenze di continuità delle cure (ricoveri dal 1998), o in caso d'urgenza, o per trapianto polmonare o di pancreas, devono recarsi presso questo istituto.

2. I posti letto di cui al punto 1.1.1 comprendono i reparti comune, semiprivato e privato degli istituti.
3. Alla Clinica Alabardia di S. Nazzaro è concessa, a titolo transitorio, una proroga dell'autorizzazione previgente ad esercitare a carico della LAMal per un periodo di 6 mesi.
4. Alla Clinica di riabilitazione di Sementina è concessa, a titolo transitorio, una proroga dell'autorizzazione previgente ad esercitare a carico della LAMal per un periodo di 6 mesi.
5. Gli istituti menzionati nel presente Decreto legislativo devono adeguare la propria organizzazione ai nuovi mandati di prestazione entro 3 mesi, tenuto conto anche dei criteri di qualità precisati nel capitolo 6.1 del documento di pianificazione.
6. Conformemente agli artt. 32 e 58 LAMal, art. 77 OAMal, artt. 80, 81 e 82 Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario del 18 aprile 1989 (Lsan), gli istituti figuranti sull'elenco dovranno effettuare controlli di qualità secondo le indicazioni del Dipartimento della sanità e della socialità.
7. Il Dipartimento della sanità e della socialità, tramite i propri servizi competenti, è incaricato di assicurare la consulenza necessaria e di verificare il rispetto delle condizioni stabilite con il presente Decreto legislativo.
8. Il presente Decreto legislativo è notificato agli interessati mediante pubblicazione nel Foglio Ufficiale della Repubblica e Cantone del Ticino (art. 36 lett. c Legge federale sulla procedura amministrativa (LPA)). Contro lo stesso è dato ricorso al Consiglio federale ai sensi dell'art. 53 LAMal entro il termine di 30 giorni dalla notificazione. La procedura di ricorso è retta dalla LPA.
9. Tosto che è cresciuto in giudicato, il presente Decreto legislativo è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore. Esso abroga quello precedente del 20 giugno 2001.