

**Rapporto sull'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo
l'articolo 39 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal)**

Parte Pianificazione ospedali

(art. 39 cpv. 1 LAMal)

e

Parte Pianificazione istituti di cura

2a fase

(art. 39 cpv. 3 LAMal)

Dipartimento della sanità e della socialità

Commissione della pianificazione sanitaria

Bellinzona, febbraio 2014

INDICE DELLE FIGURE	V
INDICE DELLE TABELLE	V
INDICE DEGLI ALLEGATI	VI
LISTA DELLE ABBREVIAZIONI	VI
PREMESSA	1
IL MANDATO DELLA COMMISSIONE DELLA PIANIFICAZIONE SANITARIA	1
Le due tappe della nuova pianificazione sanitaria	1
Le decisioni della Commissione	2
PARTE I PIANIFICAZIONE OSPEDALI (ART. 39 CPV. 1 LAMAL)	3
INTRODUZIONE	3
1 Le precedenti pianificazioni ospedaliere	3
2 Il contesto legislativo della nuova pianificazione ospedaliera	4
2.1 La revisione della LAMal del 2007	4
2.2 La legislazione cantonale d'applicazione	5
2.3 Le raccomandazioni della CDS	5
3 Gli indirizzi strategici e politici	6
SETTORE SOMATICO-ACUTO	8
1 La pianificazione per gruppi di prestazioni	8
2 La previsione del fabbisogno 2020	10
2.1 Dati di base e metodologia di previsione – particolarità cantonali considerate nella previsione del fabbisogno	10
2.2 La domanda attuale: situazione nel 2010	11
2.2.1 Struttura della domanda per gruppi principali di prestazioni	11
2.2.2 Flussi intercantonali dei pazienti	13
2.2.3 Verifica della situazione iniziale e implicazioni per la pianificazione ospedaliera	13
2.3 L'evoluzione del fabbisogno fino al 2020	14
2.3.1 I risultati complessivi	14
2.3.2 Il fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni	15
2.4 Gli sviluppi recenti e i loro effetti sul fabbisogno di cure	17
2.4.1 La pianificazione intercantonale delle discipline MAS	17
2.4.2 Aggiornamento dei dati - previsioni demografiche e domanda ospedaliera	18
3 L'attuale offerta di prestazioni stazionarie	18
4 Procedura di sollecitazione dell'offerta e requisiti per l'adempimento dei mandati	20
4.1 I requisiti generali	20
4.1.1 Requisiti di qualità	20

4.1.2	Requisiti di economicità	21
4.1.3	Altri requisiti generali	21
4.2	I requisiti specifici per i singoli gruppi di prestazioni	21
4.3	Il modulo d'offerta	24
4.4	Esito della sollecitazione d'offerta	25
5	La procedura di valutazione dell'offerta per l'allestimento dell'elenco ospedaliero 2015 - 2020	26
5.1	Gli obiettivi pianificatori e l'esigenza di una maggiore concentrazione delle prestazioni	26
5.2	Postulati di base	28
5.3	Criteri adottati per la valutazione	29
5.4	Metodologia e raggruppamento delle prestazioni	30
5.4.1	Pacchetto di base (PB) e Pacchetto di base elettivo (PBE)	30
5.4.2	Gruppi di prestazioni specialistiche	31
5.4.3	Gruppi di prestazioni multidisciplinari e complesse	31
5.4.4	Discipline trasversali	32
5.4.5	L'esito della suddivisione in quattro macro-categorie	32
6	La valutazione del criterio di qualità	34
7	La valutazione del criterio di economicità	35
8	Elaborazione dell'elenco ospedaliero 2015	37
8.1	Fasi di elaborazione	37
8.2	Proposta di elenco ospedaliero per il settore somatico-acuto 2015 - 2020	38
8.2.1	Le cure di prossimità	38
8.2.2	Le prestazioni multidisciplinari e complesse, la creazione di poli di competenza	39
8.2.3	La caratterizzazione degli istituti ospedalieri attraverso l'attribuzione di gruppi di prestazioni specifici	42
8.2.4	Mandati provvisori	43
8.2.5	Misure accompagnatorie	43
9	Definizione dei volumi massimi	44
9.1	La valutazione dei dati 2012	44
9.2	La valutazione dei dati 2020	45
9.3	Il volume massimo di prestazioni	45
10	Le tappe di implementazione del nuovo elenco ospedaliero	46
11	Le implicazioni finanziarie	47
	SETTORE RIABILITAZIONE	49
1	La situazione attuale	49
2	Struttura e previsione del fabbisogno	50
2.1	Gruppi di prestazioni	50
2.2	Definizione dei gruppi di prestazioni	51
2.3	Previsione per il fabbisogno di cure 2020	53
3	Procedura di sollecitazione dell'offerta	55
3.1	Modulo d'offerta	55

3.2	Riassunto delle candidature ricevute	56
4	Procedura di valutazione e di attribuzione dei mandati	56
4.1	Criteri di valutazione generali e specifici	58
4.2	La valutazione del criterio di economicità	60
4.3	Elenco ospedaliero 2015	60
	SETTORE PSICHIATRIA	61
1	Situazione attuale	61
2	Struttura e previsione del fabbisogno	62
2.1	Gruppi di prestazioni	62
2.2	Previsione del fabbisogno di cure 2020	63
2.3	Considerazioni dell'Associazione delle Cliniche Private (ACPT) concernenti lo studio sul fabbisogno	65
3	Procedura di definizione dell'offerta	66
3.1	Pazienti coatti – Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) – Psichiatria infantile e Medicina psicosomatica	67
4	Procedura di valutazione e di attribuzione dei mandati	68
4.1	Criteri di valutazione generali e specifici	68
4.2	La valutazione del criterio di economicità	70
4.3	Elenco ospedaliero 2015	70
	RICOVERI FUORI CANTONE	71
1	Situazione attuale	71
1.1	Destinazioni fuori cantone nel settore somatico-acuto	71
1.2	Destinazioni fuori cantone nel settore della riabilitazione	72
1.3	Destinazioni fuori cantone nel settore della psichiatria	73
2	Attribuzione di mandati specifici a istituti fuori cantone	73
2.1	Elenco per il settore somatico-acuto	73
2.2	Elenco per il settore riabilitazione	74
	PARTE II PIANIFICAZIONE CASE DI CURA 2A FASE (ART. 39 CPV. 3 LAMAL)	74
	INTRODUZIONE	74
	SETTORE ISTITUTI DI CURA	77
1	Situazione attuale	77
2	Struttura e previsione del fabbisogno	77
2.1	Tipologia di pazienti	77
2.2	Previsione del fabbisogno di cure	78
3	Procedura di definizione dell'offerta	78
3.1	Gli istituti di medicina di base	79
3.2	Le strutture CAT/STT esistenti e quelle previste nella pianificazione anziani, secondo l'articolo 39 cpv. 3 LAMal	79
4	Procedura di valutazione e di attribuzione del mandato	80

4.1	La valutazione della situazione attuale	80
4.2	La dimensione e l'organizzazione degli istituti di cura	80
4.3	L'ubicazione degli istituti di cura	81
4.4	Elenco istituti di cura 2015	82
4.5	Il finanziamento	83

SETTORE ANZIANI **85**

1	Situazione dopo la prima fase pianificatoria	85
2	Seconda tappa pianificazione case di cura: istituti per anziani medicalizzati autorizzati ad esercitare a carico della LAMal	85
2.1	Nuova offerta di posti letto in istituti per anziani medicalizzati nel periodo 2014- 2020	85
2.2	Paragone nuova offerta di posti letto in istituti per anziani medicalizzati sul periodo 2014-2020 e fabbisogno a fine 2020 secondo pianificazione Legge anziani	88

SETTORE ISTITUTI PER INVALIDI MEDICALIZZATI **90**

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1:	I requisiti specifici per i gruppi di prestazioni	22
Figura 2:	Il raggruppamento in quattro macro categorie	33
Figura 3:	Criteri di ripartizione dei mandati in base alle quattro macro-categorie	34

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1:	Evoluzione dei posti letto nel settore ospedaliero 1996-2005, Ticino	3
Tabella 2:	Numero posti letto nel settore ospedaliero e variazione 1996-2005, Ticino	4
Tabella 3:	I 24 gruppi principali di prestazioni del settore somatico-acuto	9
Tabella 4:	Numero di pazienti (casi) e loro caratteristiche per gruppo principale di prestazioni, Ticino, 2010	12
Tabella 5:	Flussi di pazienti (casi) dal Ticino verso/da altri cantoni e dall'estero verso il Ticino, 2010	13
Tabella 6:	Risultati verifica casi 'Pacchetto di base'	14
Tabella 7:	Previsione del fabbisogno di cure nel 2020 e confronto con il 2010, Ticino	15
Tabella 8:	Previsione del fabbisogno di cure nel 2020 per gruppo principale di prestazioni e confronto con il 2010, Ticino	16
Tabella 9:	Numero pazienti (casi) ricoverati in istituti ospedalieri cantonali per istituto, 2010 (<i>settore somatico-acuto</i>)	19
Tabella 10:	Volume di prestazioni dal 1° gennaio 2015	46
Tabella 11:	Evoluzione contributi cantonali per ospedalizzazioni nel e fuori Cantone	47
Tabella 12:	Riassunto dei mandati attuali di riabilitazione	49
Tabella 13:	Principali dati di previsione del fabbisogno 2020, Cantone Ticino	53
Tabella 14:	Previsione del fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)	54
Tabella 15:	Riassunto candidature riabilitazione	56
Tabella 16:	Proposta di assegnazione mandati riabilitazione	58
Tabella 17:	Mandati attuali di psichiatria	61
Tabella 18:	Gruppi di prestazioni e classi di età utilizzati nel modello di previsione del fabbisogno	63
Tabella 19:	Principali dati di previsione del fabbisogno 2020, Cantone Ticino	63
Tabella 20:	Previsione del fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)	64
Tabella 21:	Previsione del fabbisogno 2020 per classe di età, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)	65
Tabella 22:	Proposta di assegnazione mandati psichiatria	69
Tabella 23:	Pazienti domiciliati in Ticino in istituti e reparti somatico-acuti fuori cantone, totale e istituti principali, dal 2010	72
Tabella 24:	Pazienti domiciliati in Ticino in cliniche e reparti di riabilitazione fuori cantone, totale e cliniche principali, dal 2010	73
Tabella 25:	Stima dell'onere a carico di Cantone e Comuni per il finanziamento degli istituti di cura	84
Tabella 26:	Posti letto in istituti (case di cura) autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) dopo adozione parlamentare del M6620 (23.09.2013), Ticino e comprensori SACD	85

Tabella 27: Posti letto nel nuovo Elenco degli istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) rispetto al DL 23.09.2013 (M6620) – Ticino e comprensori SACD	86
Tabella 28: Posti letto in istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) – Case per anziani Centri di competenza in cure palliative specialistiche	88
Tabella 29: Paragone posti letto in istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) e fabbisogno a fine 2020 – Ticino e comprensori SACD	88
Tabella 30: Posti letto nel nuovo Elenco degli istituti per invalidi autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) rispetto al DL 23.09.2013 (M6620)	91

INDICE DEGLI ALLEGATI

1. Lista dei membri della Commissione della pianificazione sanitaria
- 2a. Elenco degli istituti autorizzati ad esercitare secondo art. 39 cpv. 1 LAMal - settore somatico acuto
- 2b. Elenco degli istituti autorizzati ad esercitare secondo art. 39 cpv. 1 LAMal – riabilitazione
- 2c. Elenco degli istituti autorizzati ad esercitare secondo art. 39 cpv. 1 LAMal - psichiatria
3. Riserve formulate in forma scritta agli elenchi ospedalieri
4. Elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'art. 39 cpv. 3 LAMal per il settore istituti di cura, istituti per anziani medicalizzati, istituti per invalidi medicalizzati
5. Elenco e definizione dei gruppi di prestazioni
6. Rapporti sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino 2010-2020 per i settori: somatico-acuto, riabilitazione e psichiatria
7. Numero di pazienti (casi) ricoverati fuori cantone per gruppo principale di prestazioni, Ticino, 2010
8. Decisioni relative ai mandati MAS, 2010-2013
9. Settore somatico-acuto - Prestazioni fornite dagli istituti ospedalieri cantonali 2010 (numero di casi)
10. Settore somatico-acuto - Prestazioni fornite dagli istituti ospedalieri cantonali 2010 (percentuale di casi)
11. Moduli d'offerta per l'ammissione nell'Elenco degli istituti autorizzati 2015 settori somatico-acuto e riabilitazione
12. Sintesi delle candidature inoltrate
13. Suddivisione delle prestazioni specialistiche e prestazioni multidisciplinari e complesse
14. Argomentazione relativa all'attribuzione dei mandati di prestazione nel settore somatico-acuto
15. Lettere d'intenti: progetto di collaborazione EOC-Genolier Swiss Medical Network, EOC-Clinica Santa Chiara SA
16. Requisiti per singolo gruppo di prestazioni
17. Documenti DefReha© - Riabilitazione ospedaliera: settori speciali & definizioni
18. Corrispondenza ACPT-DSS concernenti lo studio del fabbisogno (psichiatria) e la definizione di medicina psicosomatica

LISTA DELLE ABBREVIAZIONI

ACPT	Associazione delle Cliniche Private Ticinesi
ANQ	Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche
BP	Basispaket
BPE	Basispaket Elektiv
BU	Bollettino Ufficiale
CAT	Cure acute transitorie
CCT	Cardiocentro Ticino
CDAS	Conferenza delle Direttrici e dei Direttori cantonali delle Opere Sociali

CDS	Conferenza svizzera delle Diretrici e dei Direttori cantonali della Sanità
CF	Consiglio federale
CIM	Classificazione Internazionale delle Malattie
CIMAS	Convenzione Intercantonale sulla Medicina Altamente Specializzata
CIRS	Critical Incident Reporting System
CL	Caseload
CMI	Casemix index
CPC	Clinica Psichiatrica Cantonale
CPSC	Consiglio psicosociale cantonale
DAP	Disturbi Alimentari Psicogeni
DCA	Disturbi del comportamento alimentare
DE	Decreto Esecutivo
DL	Decreto Legislativo
DMD	Durata media di degenza
DSS	Dipartimento della Sanità e della Socialità
EOC	Ente Ospedaliero Cantonale
FMH	Federazione dei medici svizzeri
FTAM	Federazione Ticinese degli Assicuratori Malattia
GC	Giornate di cura
GC	Gran Consiglio
GD - ZH	Gesundheitsdirektion Kanton Zürich – Direzione della salute pubblica Canton Zurigo
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health – Classificazione internazionale del funzionamento della disabilità e della salute
IOSI	Istituto oncologico della Svizzera Italiana
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
LASP	Legge sull'assistenza sociopsichiatrica
LCAMal	Legge cantonale di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie
LF	Legge federale
LSan	Legge cantonale sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria)
MAS	Medicina Altamente Specializzata
OAMal	Ordinanza federale sull'assicurazione malattie
OBSAN	Osservatorio svizzero della salute
OBV	Ospedale Regionale di Mendrisio - Beata Vergine
ODL	Ospedale Regionale di Locarno – La Carità
OMCT	Ordine dei Medici del Canton Ticino
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ORL	Ospedale Regionale di Lugano

ORL	Otorinolaringoiatria
OSC	Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
OSG	Ospedale Regionale di Bellinzona - San Giovanni
PB	Pacchetto di base
PBE	Pacchetto di base elettivo
PLR	Partito Liberale Radicale
PPD	Partito Popolare Democratico
PS	Partito Socialista
SAP	Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale
SMP	Servizio Medico Psicologico dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
SPr	Sorveglianza dei prezzi
SPS	Servizio Psicosociale dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
ST-Reha	Schweizerischen Tarifsysteem Rehabilitation
STT	Soggiorni terapeutici temporanei
TARPSY	Sistema tariffario Psichiatria
TAF	Tribunale amministrativo federale
TF	Tribunale federale
TUB	Tumorboard
USS	Unità delle statistiche sanitarie del Dipartimento della sanità e della socialità
UST	Ufficio federale di statistica

PREMESSA

Il mandato della Commissione della pianificazione sanitaria

Le modifiche della LAMal introdotte dalla LF del 21 dicembre 2007 (Finanziamento ospedaliero) e le modifiche delle relative ordinanze del 22 ottobre 2008, tra le quali in particolare l'OAMal (entrate in vigore il 1° gennaio 2009) impongono ai Cantoni, ai quali è assegnato il compito di pianificare il settore stazionario al beneficio del finanziamento della LAMal (art. 39 LAMal) di rivedere le proprie pianificazioni conformemente al nuovo assetto legislativo federale entro il 1° gennaio 2015.

Secondo le disposizioni cantonali d'applicazione, in Ticino la pianificazione è elaborata dal Consiglio di Stato in collaborazione con la Commissione della pianificazione sanitaria, nella quale sono rappresentati tutti gli ambienti interessati. Previa consultazione delle Conferenze regionali della sanità, nelle quali sono rappresentati a loro volta tutti gli ambienti interessati di ogni regione, la pianificazione è poi trasmessa per approvazione al Gran Consiglio (art. 64 e 65 LCAMal).

Il 13 luglio 2010 il Consiglio di Stato ha pertanto istituito la Commissione della pianificazione sanitaria¹, incaricandola di elaborare un progetto di aggiornamento dell'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie. La costituzione della Commissione e di conseguenza i lavori previsti sono avvenuti con un certo ritardo² rispetto all'entrata in vigore della nuova normativa. Ciò è stato giustificato con la difficoltà di avere informazioni finanziarie e sulla qualità, necessarie ai fini della valutazione dell'attività ospedaliera, prima dell'introduzione di strumenti e regole uniformi, prevista per il 1° gennaio 2012.

Le due tappe della nuova pianificazione sanitaria

La Commissione della pianificazione sanitaria ha dapprima affrontato l'aggiornamento della pianificazione delle case di cura ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal (settori anziani e invalidi).

Nel dicembre 2011 la Commissione ha trasmesso al Governo il proprio rapporto su questa parte e la relativa proposta di aggiornamento dell'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Il Consiglio di Stato, con Messaggio 6620 del 21 marzo 2012, ha sottoposto il documento al Gran Consiglio, che, sulla base del rapporto allestito dalla Commissione speciale sanitaria il 6 giugno 2013, l'ha poi approvato il 23 settembre 2013.

Nel frattempo, Dipartimento e Commissione hanno affrontato anche l'aggiornamento della pianificazione del settore ospedaliero (art. 39 cpv. 1 LAMal), oggetto principale del presente rapporto. Nel medesimo viene però ripresa e completata con una 2a fase anche la pianificazione delle case di cura: da un lato per identificare le nuove iniziative atte a

¹ Per la lista dei membri della Commissione si veda l'allegato 1.

² Ritardo sottolineato nella Mozione PLR del 31 maggio 2010 "Pianificazione ospedaliera: i riardi del DSS rischiano di incidere pesantemente sulle casse cantonali e sulle tasche dei ticinesi" nella quale si legge "Il PLR ha a più riprese richiamato l'attenzione su questo punto, facendo notare come il Ticino si trovi in enorme ritardo. A prova di questo basti dire che in Svizzera tutti gli altri Cantoni stanno procedendo in tal senso e pare strano come solo il Ticino risulti pericolosamente immobile su questo fronte.

Lo stesso appunto si trova anche nella Mozione del 25 giugno 2009 "La pianificazione ospedaliera dei mandati deve entrare in vigore al 1.1.2012", sottoscritta dai Presidenti e dai Capi-gruppo PLR, PS e PPD, nella quale si legge "La Commissione della gestione e delle finanze nel suo rapporto di maggioranza del 16 giugno 2009 sul Consuntivo 2008 ha invitato il Consiglio di Stato a predisporre un'accelerazione della nuova pianificazione ospedaliera, con i contenuti indicati sopra dalla Commissione speciale pianificazione ospedaliera, in modo da farla entrare in vigore al 1° gennaio 2012 (e non al 1° gennaio 2015 come indicato dalla responsabile del DSS ancora nel dibattito parlamentare sul Consuntivo 2008)."

coprire il fabbisogno ancora scoperto in posti letto medicalizzati nelle case per anziani ticinesi entro il 2020 e d'altro lato per tenere conto delle ripercussioni che la pianificazione del settore ospedaliero comporta sul settore degli istituti per anziani e delle strutture post- e sub-acute, tradottesi, in particolare, nella creazione dei nuovi 'istituti di cura'. In questo senso si è del resto espresso anche il Parlamento nell'ambito dell'esame della prima tappa pianificatoria, scorporando la questione dei posti CAT/STT e il tema più generale degli istituti di cura affinché venissero inseriti quale parte integrante dei lavori di pianificazione relativi all'art. 39 cpv. 1 LAMal.

Le decisioni della Commissione

Il 5 dicembre 2013 le proposte di pianificazione contenute nel presente rapporto sono state sottoposte alla Commissione per decisione. Esse sono state approvate con il seguente esito:

- **Art. 39 cpv. 1 LAMal, Settore SOMATICO-ACUTO** (allegato 2a): la proposta di pianificazione per l'attribuzione dei mandati nel settore somatico-acuto è stata approvata con 12 voti favorevoli (con alcune riserve), 1 voto contrario e 2 astensioni;
- **Art. 39 cpv. 1 LAMal, Settore RIABILITAZIONE** (allegato 2b): la proposta di pianificazione per l'attribuzione dei mandati nel settore della riabilitazione è stata approvata con 14 voti favorevoli e 1 astensione;
- **Art. 39 cpv. 1 LAMal, Settore PSICHIATRIA** (allegato 2c): la proposta di pianificazione per l'attribuzione dei mandati nel settore della psichiatria è stata approvata con 14 voti favorevoli e 1 astensione;
- **Art. 39 cpv. 3 LAMal, istituti anziani, istituti invalidi, istituti di cura** (seconda fase) (allegato 4): la proposta di pianificazione relativa all'**Art. 39 cpv. 3 LAMal**, è stata approvata con 12 voti favorevoli e 3 astensioni.

Le riserve formulate successivamente in forma scritta da parte dei rappresentanti dell'EOC, ACPT, OMCT (membri della Commissione) sono state integrate, assieme alle osservazioni anche di altre strutture, nel presente Rapporto in forma di allegato (allegato 3).

La Commissione ha tenuto 21 sedute. Il presente rapporto costituisce la conclusione dei suoi lavori e del mandato conferitole dal Consiglio di Stato.

PARTE I PIANIFICAZIONE OSPEDALI (art. 39 cpv. 1 LAMal)

INTRODUZIONE

1 Le precedenti pianificazioni ospedaliere

Al fine di comprenderne le finalità, le modalità e i contenuti, vanno richiamati per sommi capi i principali elementi del contesto in cui si sviluppa la pianificazione ospedaliera cantonale, con riferimento in particolare all'evoluzione della realtà ospedaliera e del quadro normativo settoriale, sia nazionale, sia cantonale, negli ultimi anni.

La LAMal, entrata in vigore il 1. gennaio 1996, ha introdotto l'obbligo di pianificare il settore ospedaliero e delle case di cura in base al fabbisogno di prestazioni sanitarie della popolazione. I Cantoni erano tenuti ad approntare la pianificazione e gli elenchi degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal entro il 1° gennaio 1998.

A partire dal 1996 il Cantone Ticino ha quindi intrapreso un lungo ed elaborato processo di pianificazione al fine di ridurre la sovraddotazione di letti del nostro Cantone rispetto al resto della Svizzera. Tale processo ha coinvolto molteplici attori e si è spesso confrontato ad opposizioni di carattere finanziario, regionale o concernente singoli istituti. Le principali tappe di questo processo sono riassunte nella tabella seguente.

Tabella 1: Evoluzione dei posti letto nel settore ospedaliero 1996-2005, Ticino

	Prima dell'entrata in vigore LAMal (01.01.1996)	DE del 17.12.1997	Decisione Consiglio federale del 03.05.2000	DE del 01.07.2001	DL del 29.11.2005
Cure somatico-acute	2'187	2'041	1'984	1'556	1'432
Cure psichiatriche	335	321	341	330	306
Cure riabilitative	226	251	251	236	175
TOTALE	2'748	2'613	2'576	2'122	1'913

La prima pianificazione è stata decisa con Decreto esecutivo del 17 dicembre 1997. Prevedeva un totale di 2'613 posti letto e consisteva in sostanza in una riduzione lineare del numero di letti di tutte le strutture ospedaliere cantonali. Accogliendo il ricorso interposto contro il DE dalla Federazione ticinese degli assicuratori malattia, con decisione del 3 maggio 2000 il Consiglio federale ha imposto di rivedere la pianificazione ospedaliera entro il 30 giugno 2001, prescrivendo una riduzione più incisiva del numero di letti, da attuare anche attraverso l'esclusione di taluni istituti. Il Consiglio di Stato ha quindi adottato un nuovo DE il 20 giugno 2001 che prevedeva una dotazione complessiva di 2'122 posti letto, con una riduzione di 454 posti letto rispetto agli effettivi precedenti.

Una seconda tappa è poi stata realizzata con Decreto legislativo del 29 novembre 2005. Nel frattempo, a seguito di una modifica della LCAMal, l'approvazione della pianificazione e dell'elenco ospedaliero era diventata di competenza del Gran Consiglio. Questo secondo aggiornamento ha comportato un'ulteriore riduzione di 209 posti letto,

riconoscendo quindi in definitiva un totale di 1'913 posti letto. Impugnata da due cliniche, la decisione parlamentare è stata confermata dal Consiglio federale il 22 agosto 2007.

Tabella 2: Numero posti letto nel settore ospedaliero e variazione 1996-2005, Ticino

	Prima dell'entrata in vigore LAMal (01.01.1996)	DL 2005	Variazione 1996-2005	In %
Cure somatico-acute	2'187	1'432	-755	-35%
Cure psichiatriche	335	306	-29	-9%
Cure riabilitative	226	175	-51	-23%
TOTALE	2'748	1'913	-835	-30%

In dieci anni, dal 1996 al 2005, si è quindi constatata la diminuzione di quasi 1/3 dei posti letto (-835 posti, pari al 30.4%). Questa riduzione è stata effettuata sia in maniera lineare, sia attraverso la chiusura (o la riconversione in case per anziani) di singoli istituti.

La percentuale di letti nel settore privato si situa, in base all'attuale decreto pianificatorio, a poco più del 40%, una quota decisamente superiore alla media nazionale che si attesta attorno al 20%.

2 Il contesto legislativo della nuova pianificazione ospedaliera

2.1 La revisione della LAMal del 2007

Con la già menzionata revisione della LAMal del 21 dicembre 2007 il legislatore federale ha confermato la competenza dei Cantoni in materia di pianificazione ospedaliera³. Nel contempo, tuttavia, ne ha precisato i principi, in particolare attraverso i criteri definiti per via d'ordinanza dal Consiglio federale (artt. 58a segg. OAMal).

Secondo le disposizioni legali, la pianificazione elaborata dal Cantone deve essere intesa a coprire il fabbisogno di cure della popolazione e va verificata periodicamente. Essa deve riferirsi alle prestazioni per le cure somatico-acute, alle prestazioni o alle capacità per la riabilitazione e la psichiatria ed alle capacità per le case di cura. Deve sfociare in un elenco degli istituti cantonali ed extracantonali necessari ad assicurare l'offerta a copertura del fabbisogno e si concretizza con l'attribuzione di mandati di prestazione ai singoli ospedali figuranti sullo stesso. I mandati specificano segnatamente il ventaglio di prestazioni che ogni istituto può offrire.

Nell'ambito del processo pianificatorio il Cantone deve tenere in debita considerazione il principio, pure introdotto con le modifiche della LAMal del 21 dicembre 2007, della libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera, così come dell'offerta dispensata dagli istituti che non figurano nel proprio elenco, ma che operano in regime convenzionale. Gli ospedali figuranti nell'elenco cantonale sono tenuti, nei limiti dei loro mandati di prestazione e delle loro capacità, a garantire la presa in carico di tutti gli assicurati, indipendentemente dal loro domicilio o dalla loro copertura assicurativa (obbligo d'ammissione).

³ Cfr. anche il documento del Consiglio federale: Bases de la planification hospitalière et pistes de développement. Rapport du Conseil fédéral en réponses au postulats 09.4239 e 10.3753. Berne: 18 décembre 2013

Per valutare e scegliere gli istituti da iscrivere sull'elenco, i Cantoni devono considerare, in particolare, la qualità e l'economicità della fornitura delle prestazioni, l'accesso alle cure entro un termine utile e la disponibilità e la capacità dell'istituto ad adempiere il mandato di prestazioni. Il criterio della qualità e quello relativo al carattere economico delle prestazioni rivestono un ruolo primario nel nuovo quadro normativo ed assumono grande importanza sia nell'ambito della pianificazione, sia in quello del finanziamento ospedaliero: infatti, il Cantone ha l'obbligo di partecipare alla remunerazione delle prestazioni di cura dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) dispensate da tutti gli istituti che figurano nell'elenco del proprio cantone o di altri cantoni.

2.2 La legislazione cantonale d'applicazione

Le disposizioni transitorie relative alla modifica della LAMal del 21 dicembre 2007 prevedono che le pianificazioni ospedaliere cantonali devono adempiere alle nuove esigenze e ai nuovi criteri di pianificazione al più tardi entro il 1° gennaio 2015, ovvero tre anni dopo l'introduzione delle nuove regole di finanziamento.

In Ticino si è ritenuto di osservare questo décalage temporale in particolare per poter valutare *“con sufficiente cognizione di causa gli effetti dell'introduzione del nuovo regime di finanziamento sull'offerta ospedaliera attuale[...]”*⁴

Nel frattempo si è comunque proceduto ad adeguare la legislazione cantonale d'applicazione alle modifiche intervenute sul piano federale. Considerato anche l'importante onere finanziario sopportato in tale ambito, il Cantone si è dotato di una serie di strumenti che dovrebbero permettere di monitorare l'offerta e controllare la spesa ospedaliera. In tal senso ha in particolare previsto la definizione di un volume massimo di prestazione a livello pianificatorio per gli istituti con sede nel Cantone (art. 63c cpv. 3 LCAMal) e la retribuzione mediante contributo globale con un meccanismo di adeguamento a costi variabili sulla base di un volume annuale di prestazioni (art. 66d seg. LCAMal). Gli altri nuovi articoli della LCAMal concernenti la pianificazione ospedaliera si rifanno essenzialmente ai nuovi articoli dell'OAMal, segnatamente per quanto concerne la definizione dell'offerta, le modalità di pianificazione, gli elenchi e i mandati, i criteri di pianificazione e l'obbligo di ammissione. Il concetto di fabbisogno rimane centrale e costituisce pure la base a cui rapportare la configurazione dell'offerta ospedaliera.

La modifica della LCAMal è stata approvata dal Gran Consiglio il 17 marzo 2011. Essa è poi stata oggetto di un ricorso al Tribunale federale in cui è stata contestata, in particolare (ma non solo), la possibilità per il Cantone, alla luce del nuovo quadro di riferimento federale, di stabilire dei limiti quantitativi all'attività delle singole strutture. Il TF ha statuito con sentenza del luglio 2012, rigettando integralmente l'impugnativa⁵.

2.3 Le raccomandazioni della CDS

Oltre alla LAMal, all'OAMal e alla LCAMal il quadro di riferimento pianificatorio è completato dalle raccomandazioni messe a punto dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), aggiornate nel 2009 proprio a seguito della

⁴ Messaggio n. 6422 del 23 novembre 2010 concernente l'adeguamento della normativa cantonale (LCAMal) alle modifiche della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) del 21 dicembre 2007 concernente il finanziamento ospedaliero, n. 6422, p. 3.

⁵ Sentenza 2C_796/2011 del 10 luglio 2012, DTF 138 II 398

modifica della LAMal del 2007⁶. Inoltre in data 27 gennaio 2011 il Comitato direttore della stessa CDS ha emanato una raccomandazione con la quale ha invitato i cantoni ad applicare il concetto e il modello di raggruppamento delle prestazioni elaborato dalla Direzione della sanità del Canton Zurigo (GD ZH) con la collaborazione della Direzione della sanità e della socialità del Canton Berna (SAP)⁷.

Nel corso dell'estate 2011 alla Commissione della pianificazione sanitaria sono state presentate ed illustrate le pianificazioni per prestazioni perfezionate nei cantoni di Zurigo, Vaud e Berna. Seguendo le indicazioni della CDS, nei mesi successivi la Commissione, accogliendo la proposta del DSS, ha aderito al principio di far capo alla metodologia pianificatoria del "modello di Zurigo", adottato peraltro anche da una quindicina di altri Cantoni.

3 Gli indirizzi strategici e politici

L'obiettivo fondamentale della presente pianificazione è quello di contribuire a definire condizioni-quadro che garantiscano ai pazienti ticinesi una presa in carico adeguata e di qualità in un contesto di razionalizzazione dell'offerta sanitaria e di sostenibilità economica della spesa ospedaliera per le finanze cantonali e per i cittadini, che vi contribuiscono in particolare attraverso i premi dell'assicurazione malattia. È necessario limitare un'eccessiva frammentazione e sovrapposizione di mandati a livello territoriale, prendendo quindi in considerazione gli auspici di concentrazione già formulati dal Gran Consiglio in occasione dell'approvazione dell'ultima pianificazione ospedaliera⁸ e poi ribaditi, tra l'altro, in una mozione interpartitica sottoscritta dai Presidenti e dai Capi-gruppo PLR, PS e PPD del 25 giugno 2009. L'esigenza di concentrare le prestazioni complesse, ma nel contempo di garantire un'ampia diffusione delle cure di prossimità, può quindi essere considerata il filo conduttore del progetto di pianificazione proposto nelle pagine seguenti. La finalità è quella di consolidare la realtà sanitaria ticinese mediante un'offerta di qualità che possa mantenerla attrattiva per la popolazione ticinese, anche nel nuovo contesto di accresciuta concorrenza sul piano nazionale.

È opportuno ricordare in questa sede che il Consiglio di Stato ha manifestato a più riprese la propria preoccupazione relativamente alla crescita dei costi nell'ambito ospedaliero dell'ordine del 50%, cioè più di 100 milioni di franchi in due anni. Recentemente, nel secondo aggiornamento delle Linee direttive 2012 - 2015⁹, riprendendo in parte quanto scritto nel primo aggiornamento, rileva inoltre che le possibilità di contenimento della spesa, o meglio della sua crescita, restano limitate. Il Consiglio di Stato, nel testo citato, conferma tuttavia la volontà di perseguire attraverso la pianificazione l'obiettivo di contenimento della crescita. Allo stato attuale dei lavori e delle conoscenze, tenuto conto

⁶ Conferenza Svizzera delle Direttrici e dei Direttori cantonali della Sanità (CDS) (2009). *Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier*. Berne : CDS, http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-f_01.pdf documento consultato il 30 gennaio 2013.

⁷ Conferenza svizzera delle Direttrici e dei Direttori cantonali della Sanità (CDS), *Décision du comité directeur de la CDS du 27.1.2011, Concept de groupes de prestations: planification hospitalière dès 2012 (92.45)*. Il documento menzionato è stato avvalorato dal Consiglio federale dal Rapporto del 18 dicembre 2013 menzionato nella nota precedente.

⁸ Rapporto di maggioranza del 7 novembre 2005 sul Messaggio del 7 dicembre 2004 concernente l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (5606R1) e Rapporto di minoranza del 7 novembre 2005 sul Messaggio del 7 dicembre 2004 concernente l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (5606R2).

⁹ Consiglio di Stato (2014). Rapporto al Gran Consiglio sul secondo aggiornamento delle Linee Direttive e del Piano Finanziario 2012-2015. Bellinzona: Consiglio di Stato.

dell'evoluzione del fabbisogno e delle caratteristiche necessarie per il riconoscimento degli ospedali somatico-acuti, sono state identificate due concreti ambiti con potenziale di risparmio. La prima è la concretizzazione delle collaborazioni tra l'EOC e le cliniche S.Anna e S.Chiara con la messa in comune di risorse strutturali e umane che sarà quantificabile al momento della realizzazione dei progetti. La seconda è la trasformazione di alcune strutture che non hanno i requisiti per poter operare in ambito somatico-acuto, in istituti di cura ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal, per la presa in carico nella fase post- e sub-acuta.

La valutazione dell'offerta sanitaria esporrà in maniera più dettagliata l'approccio utilizzato al fine di concretizzare i presupposti strategici menzionati.

Il presente rapporto per quanto concerne la pianificazione del settore ospedaliero, si suddivide in tre parti distinte nelle quali sono presentate le tre proposte pianificatorie per i settori somatico-acuto, riabilitativo e psichiatrico. In ragione della complessità delle nuove modalità di pianificazione del settore somatico-acuto e della sua preponderanza quest'ultimo sarà approfondito in maniera dettagliata ed estesa. I settori della riabilitazione e della psichiatria, in ragione della sostanziale stabilità delle proposte per il futuro rispetto alla situazione attuale, verranno per contro elaborati in maniera più concisa.

SETTORE SOMATICO-ACUTO

1 La pianificazione per gruppi di prestazioni

Con la revisione della LAMal del 21 dicembre 2007, la principale novità per i lavori di pianificazione in ambito somatico-acuto è l'introduzione del principio di una pianificazione per prestazioni.

Rispetto alle pianificazioni precedenti allestite essenzialmente in base al solo criterio delle capacità (pianificazione del numero di letti), la nuova pianificazione presenta un grado di complessità molto maggiore, vista la necessità di definire in modo dettagliato molti aspetti di tipo medico e tecnico. Ciò si riflette anche nella definizione dei criteri di qualità necessari per l'offerta di cure stazionarie i quali, oltre che essere definiti in modo generale, sono da declinare in modo specifico per ogni gruppo di prestazioni.

Uno degli importanti lavori preliminari realizzati dalla GD-ZH per il modello di previsione è stata l'elaborazione – con la collaborazione di oltre cento medici attivi nei vari campi di specializzazione – di una nuova classificazione delle patologie in cui vengono classificati i pazienti acuti.

L'obiettivo perseguito con tale lavoro è stata la creazione di gruppi di prestazioni:

- coerenti dal punto di vista medico
- compatibili con l'organizzazione degli ospedali (in reparti)
- definibili chiaramente e univocamente in base ai dati statistici disponibili
- omogenei dal punto di vista della complessità dei casi.

Dopo aver valutato diverse varianti, sono stati creati 125 gruppi di prestazioni in cui sono stati classificati i codici diagnostici (vedi allegato 5). Essi sono stati perfezionati nel tempo e sono orientati a criteri di efficacia organizzativa di un ospedale e alle specialità mediche usuali.¹⁰

Tutte le analisi, in particolare, la previsione del fabbisogno ospedaliero 2020 per il Ticino (si veda capitolo 2) sono fondate sui gruppi di prestazioni elaborati dalla GD ZH.¹¹

Con il modello di Zurigo si dispone di un notevole grado di dettaglio delle prestazioni di cura, che è necessario aggregare al fine di ottenere una visione d'assieme. I 125 gruppi di prestazioni sono così stati raggruppati in 24 gruppi di prestazioni principali che ne costituiscono una sintesi (tabella 3). Questo raggruppamento permette anche di illustrare i risultati dell'analisi del fabbisogno, mantenendo nel contempo una visione globale delle prestazioni di cura ospedaliere in ambito stazionario.

¹⁰ Al fine di garantirne il costante aggiornamento all'evoluzione delle tecniche mediche, rispettivamente, delle codifiche delle prestazioni, su incarico della CDS, la GD-ZH aggiorna annualmente l'elenco dei gruppi di prestazioni che mette poi a disposizione di tutti i Cantoni

http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behorden/spitalplanung_leistungsgruppen.html#a-content

¹¹ L'analisi del fabbisogno per il Cantone Ticino è stata effettuata in base a (soli) 118 gruppi di prestazioni. La valutazione e l'attribuzione dei mandati considera invece tutti i 125 gruppi previsti del modello di ZH: ai 118 gruppi di prestazioni iniziali si aggiungono 5 discipline mediche "trasversali" (pediatria, chirurgia pediatrica di base, chirurgia pediatrica, centro di competenza in cure palliative, geriatria acuta e complessa) e 1 gruppo di prestazioni non presente in Ticino ('case del parto'). Inoltre, le prestazioni del 'pacchetto di base' e quelle del 'pacchetto di base elettivo' sono indicate come due gruppi di prestazioni distinti, anche se, l'offerta di questi due gruppi di prestazioni da parte di un istituto, a differenza di tutti gli altri, non può essere simultanea, ma solo alternativa.

Tabella 3: I 24 gruppi principali di prestazioni del settore somatico-acuto

Gruppi principali di prestazioni
Cure di base
Pacchetto di base
Sistema nervoso e organi di senso
Dermatologia
Otorinolaringoiatria
Neurochirurgia
Neurologia
Oftalmologia
Organi interni
Endocrinologia
Gastroenterologia
Chirurgia viscerale
Ematologia
Angiologia
Cardiologia e cardiocirurgia
Nefrologia
Urologia
Pneumologia
Chirurgia toracica
Trapianti
Apparato locomotore
Chirurgia ortopedica
Reumatologia
Ginecologia e ostetricia
Ginecologia
Ostetricia
Neonati
Altro
(Radio-) Oncologia
Lesioni gravi (traumatismi)

I 24 gruppi principali di prestazioni definiti da Zurigo rispecchiano la suddivisione secondo le usuali categorie mediche e non necessitano di ulteriori spiegazioni ad eccezione delle prestazioni riunite nel cosiddetto *Basispaket*¹².

¹² Per la descrizione dettagliata si rimanda al capitolo 5.4.1

2 La previsione del fabbisogno 2020

La prima tappa fondamentale è stata l'elaborazione della previsione del fabbisogno di cure ospedaliere stazionarie calcolata in base al modello generale del Cantone di Zurigo ed alla suddivisione in gruppi di prestazioni menzionata.

I risultati dell'analisi del fabbisogno sono contenuti nello specifico Rapporto sul fabbisogno elaborati all'attenzione della Commissione, al quale si rinvia.¹³ Nel presente rapporto sono richiamati i risultati principali.

Grazie al modello di Zurigo è stato possibile effettuare un importante lavoro d'analisi, di classificazione delle prestazioni di cura erogate dagli istituti ospedalieri in ambito stazionario e di previsione del futuro fabbisogno. Sia in Ticino, sia negli altri Cantoni, la previsione del fabbisogno è stata fatta per la prima volta con questo grado di dettaglio (pazienti e giornate di cura per singole prestazioni anziché per totale) e di modulazione della previsione non tenendo conto unicamente dell'evoluzione prevista della popolazione, ma anche dell'influsso dei fattori epidemiologici (sviluppo e diffusione delle malattie nella popolazione), dello sviluppo della tecnica-medica (nuove procedure di intervento) e anche dell'incidenza di alcuni fattori economici (in particolare l'introduzione dei forfait per caso).

2.1 Dati di base e metodologia di previsione – particolarità cantonali considerate nella previsione del fabbisogno

In una prima fase dei lavori di previsione, il modello di Zurigo è stato applicato al Ticino utilizzando i dati della situazione iniziale 2010 rilevati dalla Statistica medica. In questo modo essi hanno potuto essere sottoposti ad una verifica preliminare eseguita in collaborazione con la GD ZH.

Da questo primo esame è emerso che i dati di partenza del settore acuto contenevano molto probabilmente anche delle prestazioni improprie (si veda capitolo 2.2.3). Si sono quindi fatti ulteriori accertamenti e l'analisi della situazione iniziale è stata approfondita¹⁴.

In particolare quattro gruppi di prestazioni principali sono stati sottoposti a una verifica puntuale: 'pacchetto di base', 'otorinolaringoiatria', 'cardiologia e cardiocirurgia' e 'chirurgia ortopedica'. Sono quattro gruppi di prestazioni risultati "anomali" o per l'entità dello scostamento emerso dal confronto con i tassi di ospedalizzazione TI-ZH-CH e/o per il loro notevole peso sul totale delle prestazioni in Ticino.

L'analisi puntuale dei dati 2010 per il gruppo principale 'pacchetto di base chirurgia generale e medicina interna', ha evidenziato e confermato le indicazioni iniziali segnalate dalla GD-ZH, circa l'inclusione nel settore somatico-acuto di casi di pertinenza di altri settori.

I dati di partenza del 2010 sono perciò stati rivisti, in modo da ottenere una previsione del fabbisogno di cure della popolazione ticinese epurata, in prospettiva futura, dalle incongruenze riscontrate (si veda capitolo 2.2.3).

¹³ Dipartimento sanità e socialità (DSS) (2012). Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino, 2010-2020, Settore somatico-acuto (I). Bellinzona: DSS. (Allegato 6)

¹⁴ Dipartimento sanità e socialità (DSS) (2012). Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino, 2010-2020, Settore somatico-acuto (I). Bellinzona: DSS: capitolo 6. (Allegato 6)

2.2 La domanda attuale: situazione nel 2010

La base di partenza della previsione del fabbisogno è rappresentata dalla domanda nel settore somatico-acuto osservata nel 2010 e riferita a pazienti domiciliati in Ticino, indipendentemente dall'istituto dove essi sono stati ricoverati¹⁵. In particolare sono state prese in considerazione tre dimensioni: la domanda attuale (tipologia di pazienti e tipologia di prestazioni ricevute), i flussi intercantonali (pazienti ticinesi curati fuori Cantone) e l'appropriatezza della struttura di presa in carico.

2.2.1 Struttura della domanda per gruppi principali di prestazioni

La tabella 4 mostra le prestazioni fornite alla popolazione residente in Ticino nel 2010 per gruppo principale di prestazioni: numero di pazienti e loro caratteristiche.

Dalla stessa si deduce che nel 2010 più di 57'000 persone hanno subito un ricovero ospedaliero stazionario. La causa più frequente di ricovero è riconducibile a prestazioni di cura del 'pacchetto di base chirurgia generale e medicina interna', con quasi 27'000 casi, pari a poco meno della metà dei ricoveri effettuati nel 2010 (47%). In Ticino la quota del 'pacchetto di base' risulta molto elevata, sia nel confronto con la Svizzera (41%), sia rispetto al cantone di Zurigo (37%).

L'età media dei pazienti ricoverati è di 56 anni, un'età più elevata se confrontata con l'età media di soli 50 anni per i pazienti del Cantone di Zurigo. In questi dati si riflette anche la struttura della popolazione cantonale, più anziana rispetto a quella di Zurigo.

In Ticino più di nove ricoveri su dieci (93%) sono a carico della LAMal. Questa quota scende sotto il 90% solo per tre gruppi principali di prestazioni, segnatamente, quelli dove la parte di infortuni è in genere più elevata: neurochirurgia (86%), chirurgia ortopedica (79%) e lesioni gravi (traumatismi, 48%).

Nel nostro Cantone, mediamente, un paziente su quattro (24%) è assicurato per la camera privata o semiprivata.

Il 5% dei pazienti ticinesi è stato ricoverato in un altro cantone, come esplicitato in maniera dettagliata nel capitolo seguente.

¹⁵ Un aggiornamento per l'anno 2012 è presentato nel capitolo 2.4.2.

Tabella 4: Numero di pazienti (casi) e loro caratteristiche per gruppo principale di prestazioni, Ticino, 2010

	Casi		Età media Anni	Quota regime di finanziamen to LAMal In %	Quota classe di degenza privata/semi privata In %	Quota presa a carico fuori cantone In %
	Numero	In %				
Cure di base						
Pacchetto di base	26'839	47%	62	95%	23%	2%
Sistema nervoso e organi di senso						
Dermatologia	341	0.6%	65	98%	30%	8%
Otorinolaringoiatria	2'005	3.5%	37	93%	21%	9%
Neurochirurgia	191	0.3%	56	86%	31%	21%
Neurologia	1'176	2.0%	67	94%	28%	3%
Oftalmologia	570	1.0%	67	94%	32%	38%
Organi interni						
Endocrinologia	128	0.2%	67	96%	27%	7%
Gastroenterologia	1'581	2.7%	69	99%	27%	6%
Chirurgia viscerale	663	1.2%	62	97%	32%	15%
Ematologia	668	1.2%	66	99%	26%	5%
Angiologia	575	1.0%	69	98%	26%	13%
Cardiologia e cardiocirurgia	2'583	4.5%	67	98%	26%	8%
Nefrologia	96	0.2%	59	97%	22%	16%
Urologia	2'014	3.5%	63	97%	33%	7%
Pneumologia	1'098	1.9%	68	97%	25%	8%
Chirurgia toracica	119	0.2%	60	95%	34%	10%
Trapianti	30	0.1%	55	97%	3%	80%
Apparato locomotore						
Chirurgia ortopedica	7'125	12.4%	56	79%	32%	10%
Reumatologia	542	0.9%	65	92%	24%	6%
Ginecologia e ostetricia						
Ginecologia	1'854	3.2%	53	98%	32%	3%
Ostetricia	3'641	6.3%	32	96%	19%	2%
Neonati	3'079	5.3%	0	93%	6%	2%
Altro						
(Radio-) Oncologia	655	1.1%	60	99%	31%	3%
Lesioni gravi (traumatismi)	29	0.1%	46	48%	10%	17%
Totale	57'602	100%	56	93%	24%	5%

2.2.2 Flussi intercantonali dei pazienti

Nella tabella 5 sono riportati i flussi di pazienti da e verso il Cantone Ticino in base al cantone di ricovero/provenienza (i dati si riferiscono al 2010).¹⁶

Il 5% dei pazienti residenti in Ticino è stato curato in un ospedale situato fuori cantone (2'889 pazienti su un totale di 57'502). Il grado di copertura del fabbisogno da parte degli istituti che operano nel cantone può essere considerato buono (95%), poiché raggiunge un livello simile a quello che caratterizza i cantoni che dispongono di ospedali universitari e, in particolare, è analogo a quello del Canton Zurigo. Questo dato è evidentemente legato anche a motivi geografici e di configurazione del territorio nonché linguistici. Di questi fattori occorre tener conto anche sotto il profilo della garanzia di accessibilità delle cure, principio sancito dalla LAMal inteso come limitazione al minimo indispensabile del tempo necessario per poter raggiungere un ospedale in caso di necessità.

Accanto al flusso di pazienti verso altri cantoni, vi è anche il flusso di pazienti non residenti in Ticino verso gli ospedali del nostro Cantone. Si ricorda che, per l'analisi e la previsione del fabbisogno, fa stato unicamente la popolazione residente in Ticino. Nei dati relativi alla domanda attuale di prestazioni ospedaliere sono quindi sempre inclusi i pazienti residenti in Ticino e curati in ospedali con sede fuori cantone e i pazienti provenienti da altri cantoni o dall'estero.¹⁷

Tabella 5: Flussi di pazienti (casi) dal Ticino verso/da altri cantoni e dall'estero verso il Ticino, 2010

	Estero	ZH	GR	BE	LU	GE	BS	VD	BL	AG	SG	Altri cantoni	Totale	Totale senza Estero
Pazienti ticinesi curati fuori cantone	N.D.	1'106	245	378	313	182	149	150	116	47	75	128	2'889	2'889
Pazienti esteri/confederati curati in Ticino	2'803	320	1'110	121	74	32	45	41	49	106	50	286	5'037	2'234
Flusso netto di pazienti	2'803	-786	865	-257	-239	-150	-104	-109	-67	59	-25	158	2'148	-655

Per quanto riguarda i 2'889 trattamenti ospedalieri (sia urgenti, sia elettivi) effettuati fuori cantone, in gran parte si tratta di trattamenti attinenti ai due gruppi di prestazioni 'chirurgia ortopedica' (24%) e 'pacchetto di base medicina e chirurgia interna' (22%). Seguono per importanza: oftalmologia (8%), cardiologia e cardiocirurgia (7%), otorinolaringoiatria (6%) e urologia (5%).¹⁸

2.2.3 Verifica della situazione iniziale e implicazioni per la pianificazione ospedaliera

Oltre agli aspetti evidenziati nei capitoli precedenti, per ottenere una previsione adattata alla realtà del Cantone Ticino, è stato necessario effettuare delle verifiche e approfondire l'analisi per esaminare se le prestazioni erogate erano state attribuite correttamente ai tre settori di pianificazione. Questa analisi ha riguardato una parte molto limitata di tutti i

¹⁶ Non esistono tuttavia dati su pazienti residenti in Ticino ricoverati all'estero.

¹⁷ La provenienza è definita in base alla residenza del paziente. Poiché il presente rapporto è relativo al fabbisogno della popolazione residente in Ticino, un'analisi del flusso di pazienti provenienti da altri cantoni o dall'estero non è stata effettuata.

¹⁸ Per i dati di dettaglio si rinvia alla tabella dell'allegato 7.

ricoveri registrati, verificati in ragione in particolare dello scostamento dei tassi di ospedalizzazione di alcuni gruppi di prestazioni nel confronto TI-ZH-CH¹⁹.

I risultati della verifica dei dati 2010 per il gruppo di prestazioni 'pacchetto di base', sono riportati nella tabella 6.

Tabella 6: Risultati verifica casi 'Pacchetto di base'

	Numero casi
Totale casi verificati	5'285
Confermati nel settore somatico-acuto	1'786
Attribuiti ad altri settori	3'499
<i>riabilitazione</i>	480
<i>psichiatria</i>	68
<i>post e sub-acuto</i>	2'951

In particolare si rileva che, nel 2010, sono stati identificati poco meno di 3'000 casi di pazienti che, per mancanza di strutture più idonee, hanno ricevuto prestazioni di cura stazionarie nel settore somatico-acuto, ma che non sono però attribuibili a questo ambito.

La previsione delle necessità complessive di presa in carico nel 2020 tiene conto anche di questi casi che sono stati inseriti in un ambito di cure più appropriato (istituti di cura). Questa nuova modalità di presa in carico sarà in particolare approfondita nella seconda parte del presente rapporto.

Sulla base delle tre dimensioni considerate nell'ambito dello studio della domanda attuale (tipologia dei pazienti e delle prestazioni, flussi intercantonali e appropriatezza delle strutture di presa in carico) è stata elaborata l'analisi del fabbisogno 2020.

2.3 L'evoluzione del fabbisogno fino al 2020

2.3.1 I risultati complessivi

La tabella 7 riporta i principali indicatori del fabbisogno di cure nel 2020 e il confronto con la situazione iniziale del 2010.

Nell'ambito delle cure ospedaliere del settore somatico-acuto, rispetto alla situazione osservata nel 2010, per il 2020 ci si attende:

- un incremento del numero di pazienti (casi) del 2% (da ca. 57'600 nel 2010 a 58'600 nel 2020);
- una diminuzione delle giornate di cura del 18% (da ca. 414'000 nel 2010 a 338'000 nel 2020);
- una riduzione della durata media di degenza di poco meno del 20% (da 7.2 giorni nel 2010 a 5.8 nel 2020):

¹⁹ Per un approfondimento dei motivi, delle modalità e dei risultati delle verifiche effettuate si rinvia a Dipartimento sanità e socialità (DSS) (2012). *Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino, 2010-2020, Settore somatico-acuto (I)*. Bellinzona: DSS: pp.25-33. (Allegato 6)

- una diminuzione del tasso di ospedalizzazione del 4% (da 1703 ogni 10'000 abitanti nel 2010 a 1'643 nel 2020).

Tabella 7: Previsione del fabbisogno di cure nel 2020 e confronto con il 2010, Ticino

	Scenario principale		Var. in %
	2010	2020	
Tasso di ospedalizzazione/ 10'000 abitanti	1703	1643	-3.5%
Numero di pazienti (casi)	57'602	58'591	+1.7%
Durata media di degenza (DMD)	7.2	5.8	-19.7%
Giornate di cura	413'917	338'045	-18.3%
Giornate di cura / 10'000 abitanti	12'235	9'510	-22.3%

2.3.2 Il fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni

Il fabbisogno 2020 per gruppo principale di prestazioni è illustrato nella tabella 8, la quale evidenzia l'evoluzione di ogni singolo gruppo in termini di casi, giornate di cura e degenza media.

Tabella 8: Previsione del fabbisogno di cure nel 2020 per gruppo principale di prestazioni e confronto con il 2010, Ticino

	Casi			DMD			Giornate di cura		
	2010	2020	in %	2010	2020	in %	2010	2020	in %
Cure di base									
Pacchetto di base	26839	26012	-3%	7.5	5.8	-23%	202285	150479	-26%
Sistema nervoso e organi di senso									
Dermatologia	341	384	+13%	9.5	7.2	-24%	3229	2749	-15%
Otorinolaringoiatria	2005	2019	+1%	3.7	3.1	-15%	7328	6282	-14%
Neurochirurgia	191	212	+11%	16.7	10.6	-36%	3195	2253	-29%
Neurologia	1176	1293	+10%	9.5	7.5	-21%	11158	9752	-13%
Oftalmologia	570	537	-6%	2.8	2.7	-3%	1574	1446	-8%
Organi interni									
Endocrinologia	128	143	+12%	11.3	7.6	-32%	1450	1092	-25%
Gastroenterologia	1581	1833	+16%	11.1	7.2	-35%	17511	13229	-24%
Chirurgia viscerale	663	745	+12%	14.3	10.5	-27%	9465	7784	-18%
Ematologia	668	734	+10%	10.1	7.9	-22%	6776	5802	-14%
Angiologia	575	694	+21%	12.8	7.9	-38%	7381	5507	-25%
Cardiologia e cardiocirurgia	2583	3186	+23%	4.0	4.8	+20%	10282	15218	+48%
Nefrologia	96	105	+9%	8.2	6.7	-19%	787	699	-11%
Urologia	2014	2189	+9%	6.8	5.2	-24%	13743	11327	-18%
Pneumologia	1098	1236	+13%	14.9	10.6	-29%	16380	13060	-20%
Chirurgia toracica	119	132	+11%	10.3	9.6	-6%	1220	1266	+4%
Trapianti	30	33	+10%	22.7	14.8	-35%	681	485	-29%
Apparato locomotore									
Chirurgia ortopedica	7125	7520	+6%	6.1	5.7	-6%	43168	42706	-1%
Reumatologia	542	560	+3%	11.3	7.1	-37%	6104	3983	-35%
Ginecologia e ostetricia									
Ginecologia	1854	1835	-1%	5.4	4.6	-15%	9963	8367	-16%
Ostetricia	3641	3599	-1%	4.9	4.6	-6%	17937	16589	-8%
Neonati	3079	2940	-5%	5.2	4.8	-7%	15865	14046	-11%
Altro									
(Radio-) Oncologia	655	620	-5%	8.7	5.6	-36%	5722	3493	-39%
Lesioni gravi (traumatismi)	29	31	+7%	24.6	14.1	-43%	713	432	-39%
Totale	57602	58591	+2%	7.2	5.8	-20%	413917	338045	-18%

Numero di pazienti (casi)

L'aumento globale del numero di casi pari al 2% non è ripartito in modo omogeneo tra i gruppi principali di prestazioni. Per i gruppi oftalmologia, (radio-) oncologia, neonati, ostetricia e ginecologia e pacchetto di base, non è previsto un aumento, ma una diminuzione del numero di ricoveri stazionari. Aumenti importanti del numero di pazienti (superiori al 20%) sono invece attesi per i due gruppi principali angiologia e cardiologia/cardiocirurgia (+23%). Il gruppo più consistente in termini di pazienti, ovvero il pacchetto di base chirurgia e medicina interna, registra una flessione del 3%, mentre il gruppo chirurgia ortopedica, pure quantitativamente importante, un aumento del 6%.

Giornate di cura

Complessivamente, per il 2020, si stima una diminuzione delle giornate di cura del 18% rispetto alla situazione 2010. Tale tendenza incrementa dunque l'evoluzione già registrata dal 2003 al 2010, dove vi è stata un diminuzione pari al 5.4%. La riduzione del numero di giornate di cura è generale e si osserva anche per quei gruppi di prestazioni che, in termini di numero di pazienti, fanno registrare degli aumenti. Per tutti i gruppi di prestazioni si prevede per il 2020 una diminuzione delle giornate di cura, con la sola eccezione, oltre

che del gruppo cardiologia/cardiochirurgia (+48%), della chirurgia toracica, che registra un aumento di lieve entità (+4%). Riduzioni nel numero di giornate di cura superiori al 30% si osservano nei tre gruppi di prestazioni lesioni gravi, (radio-) oncologia e reumatologia.

Durata media di degenza

L'aumento contenuto del numero di pazienti e l'evoluzione della durata nei singoli DRG secondo le ipotesi del modello, generano, complessivamente, una contrazione delle giornate di cura che comporterà una riduzione della degenza media da 7.2 giorni nel 2010 a 5.8 giorni stimati nel 2020 (-20%), con variazioni importanti per i vari gruppi di prestazioni²⁰. Si rileva che il modello prevede una diminuzione della durata media di degenza in tutte le categorie principali ad eccezione di cardiologia e cardiochirurgia.

2.4 Gli sviluppi recenti e i loro effetti sul fabbisogno di cure

Oltre agli aspetti esposti nelle pagine precedenti ve ne sono altri, molto recenti, che possono incidere in maniera più o meno diretta sul calcolo del fabbisogno e di conseguenza sulla pianificazione ospedaliera. In particolare:

- la pianificazione intercantonale MAS;
- l'aggiornamento dei dati demografici e della domanda ospedaliera (dati 2012): valutazione necessaria al fine di confermare o se del caso modificare il fabbisogno 2020;
- la libera scelta del paziente (questo argomento è approfondito in un capitolo a sé stante del presente rapporto relativo ai ricoveri fuori Cantone).

2.4.1 La pianificazione intercantonale delle discipline MAS

Il primo fattore "esogeno" da considerare è la Medicina Altamente Specializzata (MAS). Conformemente all'art. 39 al. 2bis della LAMal, a partire dal 2009 i Cantoni pianificano in maniera congiunta i settori altamente specializzati della medicina; la stessa norma prevede che se non vi provvedono in tempo utile il Consiglio federale stabilisce quali ospedali per quali prestazioni devono figurare negli elenchi dei Cantoni. Gli ambiti identificati come appartenenti alla MAS sono sottratti alle competenze pianificatorie cantonali.

Concretamente la pianificazione intercantonale avviene in base alle procedure previste dalla Convenzione intercantonale sulla medicina altamente specializzata (CIMAS), sottoscritta da tutti i Cantoni, che istituisce in particolare un Organo scientifico e un Organo decisionale, composto da 10 Direttori dei Dipartimenti cantonali della sanità. Tra il 2010 e la fine del 2013, l'Organo decisionale MAS ha adottato le decisioni riportate nell'allegato 8. Recentemente il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha adottato le prime sentenze di principio in quest'ambito, accogliendo parzialmente 11 ricorsi²¹. In estrema sintesi il TAF ha stabilito che la procedura di attribuzione deve avvenire in due fasi: dapprima la definizione delle prestazioni che rientrano in ambito MAS (*Zuordnung*) e solo successivamente l'attribuzione di queste prestazioni alle strutture (*Zuteilung*). L'attribuzione deve inoltre rispettare i medesimi principi validi per la pianificazione cantonale (articoli 58a segg. OAMal). L'Organo decisionale MAS dovrà rivedere queste

²⁰ Si veda Dipartimento sanità e socialità (DSS) (2012). *Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino, 2010-2020, Settore somatico-acuto (I)*. Bellinzona: DSS: p. 45. (Allegato 6)

²¹ Si veda in particolare DTAF C-6539/2011 del 26 novembre 2011

decisioni, così come quelle oggetto di ricorsi non ancora evasi (chirurgia viscerale e oncologia pediatrica) e riproporle attraverso procedure che rispettino le indicazioni date dal TAF. Anche in questo ambito vi è dunque molta incertezza.

2.4.2 Aggiornamento dei dati - previsioni demografiche e domanda ospedaliera

Aggiornamento delle previsioni demografiche

Nel corso del 2013 sono stati pubblicati dall'Ufficio federale di statistica (UST) gli aggiornamenti delle previsioni demografiche. In particolare l'UST ha rivisto lo scenario medio utilizzato per stimare il fabbisogno di cure nel 2020.

La previsione demografica 2020 per il nostro Cantone, aggiornata con i dati più recenti, stima un aumento di circa 10'000 unità (3%) rispetto al dato utilizzato nello studio sul fabbisogno. La popolazione del 2020 sarà un po' più numerosa di quanto stimato in precedenza, ma anche leggermente più giovane.

È stato verificato il possibile effetto sul fabbisogno di cure ospedaliere. Le ricadute sono molto contenute. Per il settore acuto la previsione cambia di 1'000 unità (casi), per la riabilitazione di 24 e per la psichiatria di 71 unità. Si tratta di variazioni inferiori rispettivamente al 2%, all'1% e al 3%. Di conseguenza la determinazione del fabbisogno contenuta nei tre rapporti somatico-acuto, riabilitazione e psichiatria è confermata.

Aggiornamento dei dati sui pazienti (statistica medica federale 2012)

Analogamente alla verifica effettuata con le più recenti previsioni demografiche, è stato analizzato il fabbisogno 2020 sulla base dei dati della statistica dei pazienti 2012, i più recenti a disposizione.

Dal 2010 al 2012 nel settore somatico-acuto, i pazienti ticinesi curati in Ticino, sono rimasti sostanzialmente stabili passando da 54'710 a 54'296²² unità (-414), pari a una diminuzione dello 0.8%. Le giornate di cura sono diminuite del 3% passando da 392'632 nel 2010 a 381'242 nel 2012. Infine la degenza media ha subito una riduzione di 0.35 giorni (-4.9%) in due anni passando da 7.18 a 7.02 giorni. L'evoluzione osservata tra il 2010 e il 2012 è pertanto in linea con le ipotesi formulate nello studio sul fabbisogno.

3 L'attuale offerta di prestazioni stazionarie

L'offerta cantonale di prestazioni di cura, per definizione, riguarda tutti i pazienti curati in Ticino. Non sono inclusi nell'offerta di cure i pazienti residenti in Ticino e curati fuori Cantone, mentre sono compresi i pazienti provenienti da altri Cantoni e dall'estero.

²² Si rileva che le modalità di conteggio dei pazienti dal 2012 sono cambiate. Un paziente che viene ricoverato due volte nella stessa categoria medica, nello spazio di 18 giorni, è conteggiato una volta sola. In particolare fino al 2011 solo gli ospedali dell'EOC raggruppavano i casi e questo solo per i pazienti riospedalizzati entro 7 giorni dalla prima dimissione. Questa regola di fatturazione comportava il raggruppamento di circa 600-700 casi all'anno, 1'600 nel 2012.

Tabella 9: Numero pazienti (casi) ricoverati in istituti ospedalieri cantonali per istituto, 2010 (settore somatico-acuto)

	2010		2012	
	Numero casi	In %	Numero casi	2011
ORL	12'588	21.2%	12'416	21.20%
ORBV Bellinzona	10'142	17.1%	9'903	16.90%
ODL	7'207	12.1%	7'152	12.20%
OBV	5'923	10.0%	6'221	10.60%
ORBV Acquarossa	850	1.4%	822	1.40%
ORBV Faido	612	1.0%	750	1.30%
Salus Medica Clinic Sant'Anna SA	5'031	8.5%	4'545	7.70%
Clinica Ars Medica SA	2'886	4.9%	3'194	5.40%
Clinica Luganese SA Moncucco	4'891	8.2%	4'750	8.10%
Clinica Luganese SA San Rocco	1'401	2.4%	1'486	2.50%
Clinica Santa Chiara SA	3'808	6.4%	3'548	6.00%
Cardiocentro Ticino (CCT)	2'830	4.8%	2'666	4.50%
Clinica fondazione G. Varini	763	1.3%	745	1.30%
Ospedale Malcantonese	472	0.8%	452	0.80%
Totale pazienti curati in Ticino	59'404	100.0%	58'650	100.00%
./. Pazienti non-ticinesi curati in Ticino	4'694		4'354	
Totale pazienti ticinesi curati in Ticino	54'710		54'296	
+ Pazienti ticinesi curati fuori Cantone	2'889		3'008	
Totale pazienti ticinesi curati in Ticino/fuori Cantone	57'599		57'304	

La suddivisione dell'offerta 2010 degli istituti cantonali (numero di casi) nei 24 gruppi principali di prestazioni è contenuta negli allegati 9 e 10. In generale vi sono delle specialità mediche dove l'attività è concentrata in pochi istituti (cardiologia, chirurgia toracica, oftalmologia) mentre ve ne sono altre dove l'offerta di cure è assicurata da parecchi istituti. Per alcuni gruppi principali di prestazioni, l'offerta di cure da parte di singoli istituti può essere molto ridotta (meno di 10 casi per gruppo di prestazioni).

4 Procedura di sollecitazione dell'offerta e requisiti per l'adempimento dei mandati

Il presente capitolo ha l'obiettivo di descrivere le principali tappe alla base della procedura di sollecitazione dell'offerta, promossa presso gli istituti ospedalieri e i requisiti posti all'adempimento dei singoli gruppi di prestazioni.

La Commissione della pianificazione sanitaria, nella seduta dell'8 febbraio 2013, ha aderito alla proposta di continuare ad utilizzare la metodologia elaborata dal Canton Zurigo anche per la fase di assegnazione dei mandati, sull'esempio di diversi altri Cantoni. Zurigo ha in particolare allestito un modulo d'offerta trasmesso per compilazione ad ogni istituto interessato. La procedura è stata scelta in quanto garante di trasparenza, dando modo di stabilire requisiti di qualità chiari e precisi cui i diversi istituti saranno tenuti a conformarsi.

La finalità di tale procedura era quella di ottenere le informazioni sull'interesse e sulle capacità dichiarati dagli istituti di offrire le prestazioni richieste, per in seguito valutarle in funzione del fabbisogno del nostro territorio e del rispetto dei criteri adottati dal Canton Zurigo e fatti propri dal nostro Cantone.

La LAMal stabilisce che gli istituti fornitori di cure stazionarie devono adempiere a requisiti di qualità e di economicità (requisiti generali). Il modello di Zurigo ha poi definito con precisione i requisiti minimi necessari (a livello organizzativo e di sicurezza dei pazienti) per garantire la qualità di ogni singolo gruppo di prestazioni (requisiti specifici). Tutti questi requisiti devono essere considerati nell'ambito della pianificazione.

4.1 I requisiti generali

Tutti gli istituti sono tenuti a soddisfare i criteri generali definiti dalle norme legislative federali (LAMal, OAMal) e cantonali (LCAMal, LSan)²³. La LAMal in particolare fissa due requisiti fondamentali che l'offerta sanitaria deve soddisfare: l'economicità e la qualità delle prestazioni erogate. Rappresentano due vincoli centrali ai fini sia del finanziamento delle prestazioni di cura, sia del riconoscimento degli istituti nelle pianificazioni ospedaliere cantonali.

4.1.1 Requisiti di qualità

L'art. 39 cpv. 2ter LAMal sancisce che il CF emana criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità, mentre le disposizioni transitorie relative alla modifica LAMal del 21 dicembre 2007 precisano che le pianificazioni ospedaliere cantonali devono basarsi su comparazioni tra ospedali per quanto concerne la qualità e l'economicità. I confronti sulla qualità delle prestazioni servono ad impedire che l'obiettivo di economicità nell'offerta di prestazioni di cura stazionarie possa andare a scapito della loro qualità.

L'art. 58b cpv. 5 lett. b OAMal ribadisce come i Cantoni devono in particolare esaminare che sia provata la qualità necessaria²⁴.

²³ Fra le norme cantonali va citato anche il Decreto legislativo del 26 marzo 2001 concernente l'autorizzazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi o di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costosa (clausola del bisogno), RL 6.1.1.1.6. Una lista esaustiva delle base legali federali e cantonali è contenuta nel Modulo d'offerta relativo al settore somatico-acuto, capitolo 4.1, Allegato 11.

²⁴ Vedi anche il recente rapporto del Consiglio federale: Conseil fédéral (2013). Bases de la planification hospitalière et pistes de développement. Rapport du Conseil fédéral en réponses au postulats 09.4239 e 10.3753. Berne : 18 décembre 2013.

Degli standard minimi volti a garantire la necessaria qualità da parte di tutti gli istituti ospedalieri sono stati elaborati dalla GD di Zurigo. Di seguito sono elencati alcuni esempi:

- elaborazione di un concetto per la garanzia della qualità;
- esistenza di un *Critical Incident Reporting System* (CIRS);
- partecipazione regolare alle misurazioni degli indicatori di qualità definite dall'Associazione Nazionale per la Qualità (ANQ):
- sondaggi regolari sul grado di soddisfazione dei pazienti.

I requisiti di qualità devono essere soddisfatti da tutti gli istituti ospedalieri, indipendentemente dal ventaglio di prestazioni offerte.

4.1.2 Requisiti di economicità

In virtù delle disposizioni citate poc'anzi, le pianificazioni ospedaliere cantonali devono, come visto, tener conto anche dell'aspetto dell'economicità. L'art. 58b cpv. 5 lett. a OAMal prescrive ai Cantoni di considerare in particolare l'efficienza della fornitura di prestazioni. Né il Parlamento né il Consiglio federale hanno invero precisato meglio questi requisiti.

4.1.3 Altri requisiti generali

Oltre alle due categorie di requisiti di qualità e di economicità, sono requisiti generali anche l'obbligo di ammissione di tutti i pazienti, indipendentemente dal tipo di copertura assicurativa, e la garanzia di accessibilità alle cure entro un termine utile (art. 58b cpv. 4 OAMal). Quest'ultimo aspetto è rilevante nel definire la distribuzione dell'offerta sul territorio.

Infine, in aggiunta al rispetto delle norme federali possono venir ritenuti requisiti generali anche le condizioni definite dalla LCAMal quali elementi del contratto di prestazione che regola gli impegni tra il Cantone e gli istituti finanziati, quali la messa a disposizione di posti di formazione (non universitaria) e il rispetto delle norme contrattuali usuali del settore (art. 66h cpv. 2 lett. c e e LCAMal). Inoltre tutti gli istituti ai quali è stato attribuito il PB dovranno partecipare all'organizzazione e garantire la prontezza in caso di catastrofe ed eventi maggiori (incidenti, pandemia...) secondo disposizioni specifiche.

4.2 I requisiti specifici per i singoli gruppi di prestazioni

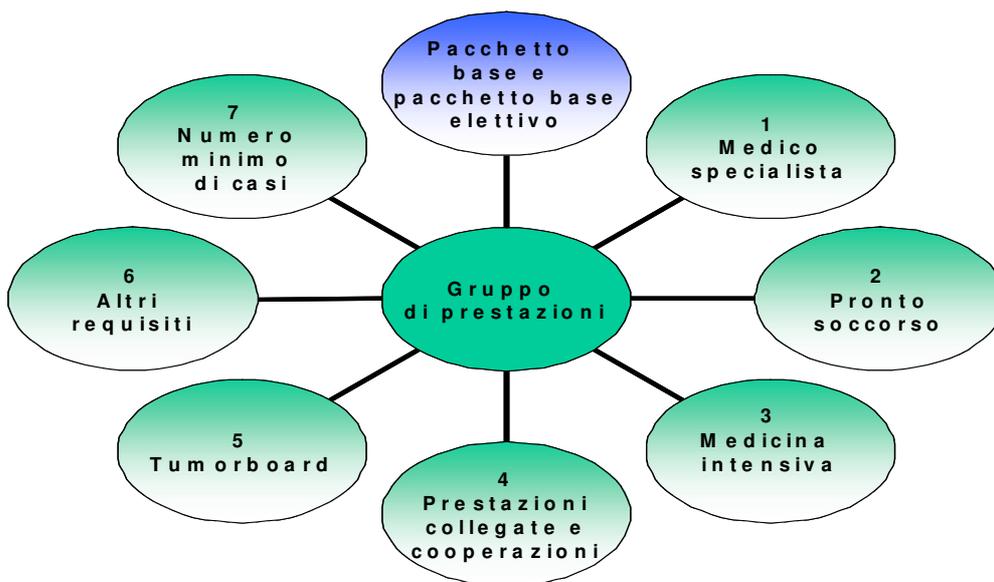
Al di là dei criteri generali definiti dalle norme legislative federali (LAMal, OAMal) e cantonali (LCAMal, LSan)²⁵, segnatamente quelli dell'economicità e della qualità delle cure (cfr. art 39 cpv. 2ter LAMal, Disp. Trans. Modifica LAMal del 21 dicembre 2007, art. 58b cpv. 4 e cpv. 5 OAMal), invero non ulteriormente esplicitati e concretizzati, il modulo d'offerta di Zurigo ha definito con precisione i requisiti minimi necessari (a livello organizzativo e di sicurezza dei pazienti) per garantire la qualità di ogni singolo gruppo di prestazioni (requisiti specifici).

²⁵ Fra le norme cantonali va citato anche il Decreto legislativo del 26 marzo 2001 concernente l'autorizzazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi o di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costosa (clausola del bisogno), RL 6.1.1.1.6. Una lista esaustiva delle base legali federali e cantonali è contenuta nel Modulo d'offerta relativo al settore somatico-acuto, capitolo 4.1, allegato 11.

Il modello di Zurigo prevede per ognuno dei 125 gruppi di prestazioni la definizione di requisiti tecnici specifici che devono essere soddisfatti in modo uniforme da tutti gli istituti. I requisiti riguardano diversi ambiti dell'organizzazione e della dotazione di servizi (figura 1.). Si tratta di standard che assurgono sempre più a parametri di riferimento generali e riconosciuti, a garanzia della qualità della presa in carico dal profilo medico. Nella sua decisione del 27 gennaio 2011 con cui ha consigliato l'adozione del modello di raggruppamento delle prestazioni, la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, ha nel contempo raccomandato l'adozione anche di questi requisiti.

I requisiti specifici sono da adempiere in ogni sede dell'istituto e di principio devono poter essere garantiti a partire dall'entrata in vigore del nuovo assetto pianificatorio. Se una struttura non adempie attualmente i requisiti specifici necessari per fornire uno o più gruppi di prestazioni, non le è preclusa la possibilità di proporre la propria candidatura per l'offerta di tali prestazioni, a condizione che si impegni ad ottemperare i requisiti entro un congruo termine, definito a livello di regime transitorio, dalla decisione di assegnazione dei mandati. D'altra parte, l'adempimento dei requisiti specifici non rappresenta ancora una garanzia per l'ottenimento del mandato di prestazioni.

Figura 1: I requisiti specifici per i gruppi di prestazioni



I requisiti specifici da soddisfare per il ventaglio di prestazioni offerte dagli istituti riguardano i seguenti aspetti.²⁶

(1) Medici specialisti: titoli FMH, reperibilità e prontezza di intervento

Per fornire le cure di ogni gruppo di prestazioni è necessaria la presenza del medico con la specifica specializzazione (FMH o titolo estero equipollente).

Per ogni gruppo di prestazioni è stato inoltre definito il grado di prontezza di intervento che deve essere garantito dai medici specialisti. A dipendenza dell'urgenza sono stati definiti tre livelli di prontezza. I relativi presupposti devono essere soddisfatti 24 ore su 24 e

²⁶ Per una descrizione dettagliata dal profilo tecnico e medico si rinvia all'allegato 11.

sull'arco di tutti i giorni dell'anno. La presenza del medico specialista di regola è richiesta in sede. In alcuni casi (anch'essi definiti) è possibile fare riferimento a medici esterni accreditati, a condizione che siano contrattualmente legati all'ospedale e che abbiano un proprio studio in prossimità dell'istituto ospedaliero.

(2) *Pronto Soccorso*

Per i gruppi di prestazioni con un numero elevato di pazienti ammessi in urgenza è richiesta la presenza di un pronto soccorso adeguato alle specifiche esigenze. In base ai tempi di intervento e alla copertura medica sono così stati definiti tre livelli di pronto soccorso. Ad ogni gruppo di prestazione è stato assegnato il livello necessario di pronto soccorso.

(3) *Medicina intensiva*

Per taluni gruppi di prestazioni è richiesta l'esistenza in sede del reparto di medicina intensiva. La Società svizzera di medicina intensiva definisce un livello di cure continue e due livelli di servizi di cure intense. Ad ogni gruppo di prestazione è stato assegnato il livello di medicina intensiva ritenuto necessario.

(4) *Prestazioni collegate e cooperazioni*

Diversi pazienti necessitano di un parere e un intervento medico pluridisciplinare. Per poter garantire questa presa in carico occorre che le prestazioni strettamente collegate fra di loro dal punto di vista medico siano fornite dalla medesima struttura. Per questa ragione, il modello esplicita i collegamenti necessari tra i diversi gruppi di prestazioni. Per le prestazioni collegate che non hanno carattere d'urgenza, l'offerta può essere garantita anche tramite una cooperazione con altre strutture, che deve però essere definita e regolata da convenzioni.

(5) *Tumorboard*

Per le prestazioni relative a pazienti oncologici è richiesta la presenza di un *Tumorboard*. Il *Tumorboard* è costituito da un team di specialisti e deve riunirsi con regolarità. Attraverso la discussione interdisciplinare del singolo caso, si garantisce al paziente un trattamento individualizzato secondo le più moderne conoscenze della scienza medica. I *Tumorboard* possono essere organizzati anche tramite collaborazioni con altri istituti.

(6) *Altri requisiti specifici*

Per alcuni gruppi di prestazioni è necessario soddisfare requisiti specifici supplementari, come ad esempio l'offerta di una consulenza specifica (consulenza nutrizionale, consulenza diabetologica), la possibilità di effettuare consultazioni mediche specifiche, l'offerta di prestazioni di pre- e postcura.

(7) *Numero minimo di casi*

Per garantire la qualità e l'economicità delle cure per alcune prestazioni dove vi è un'evidenza scientifica, può essere definito un numero minimo di casi (Art. 58 cpv. 5 lett. c OAMal). Nel modello di ZH la definizione di un numero minimo di casi è avvenuta in base a un principio prudente: per 30 gruppi di prestazioni è stato previsto un numero minimo di soli 10 casi; un numero minimo superiore è stato definito solo per alcuni trattamenti. Va inoltre sottolineato che molte delle prestazioni per le quali si prevede un numero minimo di trattamenti rientrano nell'ambito della pianificazione sovracantonale delle discipline MAS. Il numero minimo di casi rappresenta ad ogni modo un requisito di valutazione ausiliare in

rapporto all'adempimento di tutti gli altri requisiti specifici necessari per fornire tali prestazioni (vedi capitolo 4).

I diversi criteri enumerati sono alla base del processo di sollecitazione e valutazione dell'offerta descritto nei paragrafi seguenti.

4.3 Il modulo d'offerta

Il modulo d'offerta acquistato dal Canton Zurigo, è stato tradotto e adattato, laddove necessario, alla realtà legislativa del nostro Cantone, in particolare alla LCAMal.

Il modulo d'offerta (vedi allegato 11) è stato trasmesso agli istituti in data 4 aprile 2013, con l'invito a ritornarlo entro il 21 giugno 2013²⁷ debitamente compilato. Tutti gli istituti hanno rispettato la scadenza prevista.

Esso è stato trasmesso unicamente agli istituti con sede nel nostro Cantone. In effetti, il fabbisogno di cure ospedaliere della popolazione ticinese è garantito quasi interamente (ca. 95%) dagli istituti attualmente autorizzati ad esercitare a carico della LAMal e le prestazioni non disponibili nel nostro Cantone sono assicurate essenzialmente dagli ospedali universitari. E' stato inoltre deciso di non estendere l'offerta a nuovi attori, inviando il modulo ai soli istituti già attivi nel settore somatico-acuto.

Il modulo d'offerta è stato articolato nei capitoli seguenti:

- 1) Informazioni sulla procedura di candidatura;
- 2) Riferimenti al rapporto sul fabbisogno, panoramica dei gruppi di prestazioni e riassunto dei requisiti specifici al singolo gruppo di prestazioni;
- 3) Informazioni generali sull'istituto ospedaliero;
- 4) Basi legali, informazioni sulla formazione e sull'aggiornamento del personale, requisiti generali di qualità e presentazione dei dati contabili;
- 5) Requisiti specifici:
 - Specializzazioni mediche, reperibilità e tempi di intervento
 - Requisiti per il pronto soccorso
 - Requisiti per la medicina intensiva
 - Cooperazioni tra gruppi di prestazioni
 - Tumourboard (TUB)
 - Altri requisiti specifici
- 6) Schede di candidatura comprendenti i requisiti necessari per:
 - Pacchetto di base (PB) e Pacchetto di base elettivo (PBE)
 - Gruppi di prestazioni
 - Discipline trasversali:
 - Pediatria e chirurgia pediatrica
 - Unità di geriatria acuta e complessa
 - Cure palliative

²⁷ Il primo termine di inoltro dei moduli era stato fissato per la data del 24 maggio 2013 e in seguito posticipato al 21 giugno 2013.

Gli istituti sono stati informati del fatto che l'adempimento dei requisiti non comportava il diritto automatico all'ottenimento del mandato.

Il modulo d'offerta e le conseguenti candidature ricevute hanno permesso al Dipartimento di valutare l'insieme del settore e d'intavolare una serie di negoziazioni con i singoli istituti in vista dell'attribuzione dei mandati necessari a garantire la copertura del fabbisogno, sulla base dei criteri di pianificazione stabiliti dalle normative di riferimento.

Tale modulo non deve quindi essere assimilato ad un documento d'offerta così come inteso nell'ambito della legislazione sulle commesse pubbliche. In quel contesto il committente è in effetti tenuto a definire preventivamente i criteri d'aggiudicazione e ad attribuire poi l'incarico al miglior offerente in funzione di tali criteri. Nel contesto specifico della pianificazione ospedaliera è necessario privilegiare un approccio che permetta un maggior coinvolgimento e la negoziazione con le singole strutture. Del resto in questo campo, l'utilizzo di un concorso pubblico per l'assegnazione dei mandati risulta inappropriato per due ragioni fondamentali: i prezzi sono fissati dal *baserate* che il singolo istituto contrae con gli assicuratori malattie e la qualità è ben definita dal modello stesso. Non sono pertanto dei criteri variabili attraverso i quali un istituto può rendersi più attrattivo e vantaggioso rispetto agli altri. Lo strumento del concorso risulta per di più inapplicabile anche dal profilo delle competenze decisionali, ritenuto che la pianificazione e la relativa assegnazione dei mandati sono decise dal Gran Consiglio.

4.4 Esito della sollecitazione d'offerta

I dieci istituti seguenti hanno inoltrato la loro candidatura per l'ottenimento di un mandato in ambito somatico-acuto:

- EOC - Ospedale Regionale di Lugano (ORL)²⁸
- EOC - Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (OSG) – Sede di Bellinzona
- EOC - Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)
- EOC - Ospedale regionale di Locarno (ODL)
- Cardiocentro Ticino (CCT)
- Clinica Luganese SA
- Ars Medica Clinic SA
- Clinica S. Anna SA
- Clinica Santa Chiara SA
- Fondazione Clinica Varini

Hanno per contro rinunciato alla compilazione del modulo d'offerta, in ragione della loro futura conversione in istituti di medicina post-acuta o di riabilitazione:

- EOC - Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (OSG) – Sede di Acquarossa
- EOC - Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (OSG) – Sede di Faido
- Ospedale Malcantonese

²⁸ L'Ospedale Civico e l'Ospedale Italiano sono considerati come ospedale unico (Ospedale Regionale di Lugano). I mandati sono assegnati in maniera indifferenziata a condizione che vi sia la garanzia di un trasporto pazienti dedicato 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 tra le due sedi e che l'accessibilità al PS sia assicurata in entrambi gli edifici.

Le richieste di attribuzione dei mandati sono riassunte nella tabella allegato 12. Dalla stessa risulta altresì se l'istituto ha dichiarato di poter adempiere i requisiti richiesti per lo specifico gruppo di prestazione in caso di assegnazione del mandato. Inoltre è indicato il numero di casi trattati nel 2012 per ognuno dei 125 gruppi di prestazioni.

In generale le richieste inoltrate evidenziano che tutte le strutture, eccezion fatta per la Clinica Ars Medica ed il Cardiocentro Ticino, hanno auspicato l'ottenimento di uno spettro molto ampio di prestazioni. Tutti gli istituti hanno sostanzialmente confermato il loro interesse a svolgere tutte le prestazioni per le quali nel 2012 avevano trattato dei pazienti. In alcuni casi è addirittura stata espressa l'intenzione di voler espandere ulteriormente il ventaglio di prestazioni offerte, candidandosi per gruppi di prestazioni per i quali, nel 2012, non era stato registrato nessun caso.

Gli istituti ospedalieri hanno pertanto compilato il modulo d'offerta nell'ottica di conservare e semmai espandere i campi d'attività attuali, senza concentrarsi e profilarsi in maniera autonoma in determinate specialità. Le candidature ricevute hanno quindi confermato ed in parte ampliato la forte dispersione che sarà evidenziata più avanti.

Per quanto attiene alle condizioni connesse all'esecuzione dei singoli gruppi di prestazioni, tutti gli istituti hanno garantito di soddisfare entro il 2015 i requisiti stabiliti dal modello.

Considerata l'attività complessiva delle strutture ticinesi nel 2012, pure riportata nella tabella dell'allegato 12, emerge che:

- 12 gruppi di prestazioni rientrano nell'ambito MAS (definitivi e provvisori);
- 6 gruppi di prestazioni non raggiungono il numero minimo di casi stabilito dalla GD ZH neppure sommando i casi trattati da tutti gli ospedali;
- 19 gruppi di prestazioni sono potenzialmente attribuibili fuori Cantone in ragione del numero esiguo di casi trattati in Ticino (da 0 a 12 casi). Il modello di Zurigo non prevede per questi gruppi un numero minimo di casi;
- alcuni gruppi di prestazioni non sono effettuati nel nostro Cantone (in particolare case del parto – dalla 37° settimana di gestazione).

5 La procedura di valutazione dell'offerta per l'allestimento dell'elenco ospedaliero 2015 - 2020

Il presente capitolo illustra gli obiettivi pianificatori e le principali tappe metodologiche e d'analisi relative alla procedura di valutazione dell'offerta ospedaliera per l'allestimento dell'elenco ospedaliero. Sulla base di queste valutazioni e di quelle contenute nei capitoli 6 e 7, sono state definite le proposte per le prestazioni che ogni istituto dovrà offrire a partire dal 2015.

5.1 Gli obiettivi pianificatori e l'esigenza di una maggiore concentrazione delle prestazioni

L'obiettivo fondamentale della nuova pianificazione fondata sulle prestazioni è quello di garantire una distribuzione equa delle cure sull'insieme del territorio cantonale, favorendo una presa in carico capillare per le cure di base e nel contempo una maggior concentrazione delle specialità. Quest'ultima necessità, oltre ad essere dettata da

documenti strategici e politici, in cui viene sottolineata anche l'esigenza di creare economie di scala che possano limitare l'importante crescita della spesa nel settore²⁹ è rafforzata da fattori contestuali quali:

- la concentrazione delle prestazioni altamente specializzate a livello sovracantonale nell'ambito della MAS, con la tendenza ad una progressiva estensione del suo campo di applicazione da parte della CIMAS e la relativa perdita di competenze politiche e decisionali dei Cantoni;
- la conseguente maggior competitività ospedaliera a livello nazionale e quindi la necessità di proporre un settore ospedaliero concorrenziale con gli altri cantoni svizzeri, anche a fronte dell'accresciuta libera scelta garantita ai pazienti in tutta la Svizzera dalla recente modifica della LAMal;
- la raggiungibilità della Svizzera tedesca in tempi sempre più brevi, in particolare grazie alla prossima inaugurazione di AlpTransit, che potrebbe accrescere l'attrattiva di trattamenti e ricoveri fuori Cantone;
- la possibile crescente apertura delle frontiere nazionali ad altre realtà sanitarie internazionali; essendo territorio di frontiera, il nostro Cantone potrebbe essere confrontato alla concorrenza di strutture situate nella vicina Italia;
- la prospettata istituzione del Master in medicina umana che richiede una realtà sanità ticinese attrattiva e di alta qualità, capace di fornire un numero di patologie/pazienti qualitativamente e quantitativamente adeguato anche all'attività formativa;
- l'importanza di ottenere, per le singole strutture, dei riconoscimenti FMH per la formazione; sotto questo profilo la concentrazione di specialità può rappresentare un'opportunità per ottenere nuovi riconoscimenti come luogo formativo.

Da un punto di vista medico è innegabile come la concentrazione della casistica di determinate prestazioni sanitarie sia strettamente connessa con la qualità della prestazione erogata. In ambito chirurgico vi è addirittura una relazione pressoché lineare tra il numero di interventi effettuati da un dato operatore/ospedale e la mortalità a lungo termine.

E' un dato di fatto che assegnare mandati per prestazioni con casistiche limitate a un numero minore di centri, porta a concentrare le discipline, aumentando il numero di casi e l'esperienza del team curante per una determinata patologia. Può apparire scontato, ma non di meno importante ricordare che gli studi che hanno messo in relazione mortalità a lungo termine e numero di casi, facevano riferimento al chirurgo ma anche e soprattutto alla struttura (in maniera variabile a seconda della prestazione analizzata); appare infatti assodato come sia l'insieme della struttura, dei processi e del team a garantire la qualità finale della prestazione erogata.

Nella medicina di punta, proprio per la complessità delle prestazioni, ma anche e soprattutto per la scarsità della casistica diviene imperativo concentrare; questa esigenza è tanto più rilevante quanto più rara è la specialità in esame³⁰.

²⁹ Vedi per esempio: Rapporti di maggioranza e di minoranza del 7.11.2005 sul messaggio del 7.12.2004 sull'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (5606 R1/R2); Linee direttive 2012-2015 –politica finanziaria equilibrata, pagg. 141-142 e Linee direttive 2012-2015 –primo aggiornamento –politica finanziaria equilibrata, pag. 135.

³⁰ Il Messaggio dell'8 luglio 2008 del Consiglio di Stato concernente la medicina altamente specializzata riportava che "La convenzione nasce dalla necessità di pianificare, a livello nazionale, l'offerta ad alto contenuto sanitario (la "medicina di punta") che altrimenti, se effettuata in ogni regione, comporterebbe una qualità insufficiente delle cure e nel contempo dei costi non sopportabili. La coordinazione e la concentrazione delle prestazioni specialistiche favoriscono, invece, l'utilizzazione ottimale delle strutture e delle relative attrezzature, una migliore qualità come pure un contenimento dei costi. In un contesto di elevate aspettative nella tecnologia medica è sicuramente giusto offrire, laddove necessario,

Pur con la dovuta precauzione in merito al numero specifico che discende dalla concentrazione, il principio è quindi sicuramente assodato ed è riportato dalla letteratura scientifica, a partire dagli anni '70³¹ e confermato in svariati studi successivi in diverse discipline³².

Si potrebbe invero immaginare che la differente qualità e mortalità sia espressione più delle nuove tecnologie, che non del numero di casi trattati.

Anche uno studio trasversale per diverse discipline recentemente pubblicato confuta tuttavia in modo chiaro questa tesi³³.

Per le ragioni menzionate è stato quindi ritenuto opportuno valorizzare quanto già effettuato sul territorio ticinese, in particolare favorire e stimolare la creazione di centri di competenza che permettano ai pazienti di essere curati in maniera adeguata ed efficiente all'interno del Canton Ticino, spostandosi solo per alcune specializzazioni di punta fuori Cantone.

Alfine di perseguire l'obiettivo di concentrazione enunciato è stato inoltre ritenuto opportuno valorizzare collaborazioni fra pubblico e privato alfine di migliorare e ottimizzare quanto già a disposizione sul nostro territorio e creare dei poli d'eccellenza.

Tali partenariati, che verranno esplicitati nei capitoli seguenti, sono uno dei cambiamenti più importanti che la nuova pianificazione propone.

5.2 Postulati di base

Alfine di attuare gli indirizzi pianificatori descritti e gli obiettivi di concentrazione definiti, la nuova pianificazione si fonda su alcuni principi basilari.

- Nessun nuovo gruppo di prestazioni è attribuito ad istituti che fino ad oggi (dati 2012) non fornivano determinate specialità. L'offerta attuale viene in tal modo rafforzata, favorendo la competitività dei nostri istituti rispetto ad altre realtà ospedaliere nazionali.
- Le strutture pubbliche devono poter fornire l'insieme dei gruppi di prestazioni, alfine di garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio cantonale, anche in caso di abbandono dell'attività da parte di strutture private. Questo postulato non deve tuttavia essere d'intralcio ad un fondamento del nuovo regime di finanziamento ospedaliero, quello della concorrenza. In tal senso, se per un gruppo di prestazioni è considerata sufficiente e necessaria l'assegnazione di un unico mandato, questo è attribuito al settore pubblico, mentre se si giustificano più mandati questi sono distribuiti tra pubblico e privato.
- Discipline particolarmente complesse devono essere concentrate su uno o al massimo due poli ospedalieri. Questo postulato si fonda su argomentazioni già esplicitate nel capitolo precedente e sulla necessità di evitare una dispersione di casi su più siti per quei gruppi di prestazioni che richiedono particolari infrastrutture medico-tecniche e

queste prestazioni. Tuttavia, da una parte le nuove tecnologie mediche contribuiscono ad aumentare ulteriormente i costi della salute e d'altra parte la crescente offerta di prestazioni di medicina di punta supera il reale fabbisogno sanitario della popolazione. Pertanto la coordinazione e la pianificazione intercantonale sono necessari."

³¹ Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC (1979). "Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality". *New England Medical Journal*, (301): 1364-1369.

³² Troëng T. (2008). "Volume versus outcome when treating abdominal aortic aneurysm electively--is there evidence to centralise?" *Scandinavian Journal of Surgery*, (2):154-9: 159-60.

³³ Reames BN, Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. (2013). "Hospital Volume and Operative Mortality in the Modern Era". *Annals of Surgery*, dec 23: "For all procedures examined, higher volume hospitals had significantly lower mortality rates than lower volume hospitals. Despite recent improvements in surgical safety, the strong inverse relationship between hospital volume and mortality persists in the modern era."

competenze di presa in carico specializzate. Esso è confortato anche da evidenze già riscontrabili nel contesto ospedaliero attuale. In particolare, nel caso del livello maggiore di urgenza di intervento sanitario, ovvero nei casi di infarto miocardico, ictus cerebrale e politrauma, esiste già di fatto un unico centro di riferimento cantonale, seppur sotto due entità giuridiche diverse (ORL e CCT).

- Le cure di prossimità devono essere diffuse in modo capillare su tutto il territorio cantonale. Oltre alla presenza diffusa di istituti ospedalieri occorre evidenziare il servizio pre-ospedaliero che garantisce nell'immediato la presa in carico di patologie quali emorragie severe ed insufficienza respiratoria in ambito acuto, appoggiandosi in seguito a sua volta sulle strutture di prossimità.

5.3 Criteri adottati per la valutazione

Sulla base delle candidature rientrate è stata effettuata una prima analisi di dettaglio incrociando i dati di attività 2010, 2011 e 2012 con i moduli d'offerta redatti dai singoli istituti. Sulla base di questo primo raffronto sono stati valutati:

- i **volumi di attività** svolti dagli ospedali e cliniche (numeri assoluti e percentuali), con l'obiettivo di concentrare, laddove possibile, alcune prestazioni e di salvaguardare l'esperienza già acquisita dai singoli istituti.
- la **qualità** delle prestazioni fornite, partendo dal presupposto che una maggior massa critica consente una miglior qualità di presa in carico, prendendo in considerazione i requisiti elaborati dalla GD-ZH ed esaminando le interazioni necessarie fra i singoli gruppi di prestazioni.

In aggiunta a questo esame sono inoltre state considerate:

- **la distribuzione regionale** e la copertura territoriale: la diffusione dei mandati a livello regionale è stata considerata una scelta prioritaria qualora il numero di casi lo permette o le prestazioni sono ritenute fondamentali per assicurare un'accessibilità di cure omogenea sul territorio. E' così garantita la presenza di un ospedale acuto con un'offerta completa di prestazioni di prossimità per ogni regione;
- **la distribuzione pubblico / privato**: per taluni gruppi di prestazioni è stata evidenziata la necessità di creare e limitare i poli di competenza, suddividendo le specialità fra ospedali pubblici e cliniche private e stimolando, laddove possibile e più opportuno per ragioni di sovrapposizione territoriale, la creazione di nuove sinergie fra le varie strutture;
- **l'interazione fra settore stazionario e ambulatoriale**: per alcuni gruppi di prestazioni è possibile che i casi degenti registrati siano esigui, ma, per natura stessa della prestazione, l'attività venga svolta in misura importante in ambito ambulatoriale. In questi casi anche l'attività ambulatoriale è stata presa in considerazione per l'attribuzione dei mandati per i pazienti degenti;
- **la capacità dei singoli istituti di assorbire i nuovi mandati assegnati**: i casi trattati nel 2012 sono stati considerati congiuntamente alle prospettive di evoluzione del fabbisogno 2020;
- **il rispetto del criterio di economicità.**

5.4 Metodologia e raggruppamento delle prestazioni

In aggiunta ai criteri di valutazione dell'offerta menzionati al capitolo precedente, è stato effettuato un raggruppamento ragionato dei gruppi di prestazioni con l'obiettivo di suddividerli in cure di prossimità, da garantire in ognuna delle quattro regioni e cure multidisciplinari e complesse, le quali richiedono un grado di concentrazione più importante (su uno o due poli) in quanto necessitano specifiche competenze di tipo medico-infermieristico e infrastrutture tecniche particolarmente costose.

Questa ulteriore valutazione è stata ritenuta necessaria a causa delle peculiarità geografiche e strutturali del nostro Cantone, che si riflettono anche nell'organizzazione del nostro sistema ospedaliero, caratterizzato in particolare dalla mancanza di un ospedale cantonale di riferimento e dall'esistenza di diverse cliniche private, segnatamente nel Luganese e nel Locarnese.

Gli adeguamenti proposti non modificano i principi alla base del modello di Zurigo, segnatamente i requisiti richiesti per la fornitura dei gruppi di prestazioni, ma propongono un raggruppamento delle 125 prestazioni in quattro grandi macro-categorie.

Di seguito la definizione delle quattro macro-categorie.

5.4.1 Pacchetto di base³⁴ (PB) e Pacchetto di base elettivo (PBE)

Per fare in modo che un istituto ospedaliero possa funzionare e garantire al paziente un adeguato grado di assistenza e sicurezza è necessario che un determinato spettro di cure di base siano assicurate 24 ore su 24 durante 365 giorni all'anno. In questo senso sono stati definiti dal modello della GD-ZH due pacchetti di prestazioni che costituiscono il fondamento di tutti gli altri gruppi di prestazioni: il pacchetto di base (PB) ed il pacchetto di base elettivo (PBE). Il PB rappresenta il ventaglio minimo di offerta di cure per tutti gli ospedali che devono disporre di un servizio di pronto soccorso. Il PBE è per contro la base di offerta sanitaria per i fornitori di prestazioni che lavorano essenzialmente in maniera elettiva (programmata) e che possono anche non avere un servizio di pronto soccorso.

- a. Il **PB** comprende tutte le prestazioni relative alle cure di base in tutti i gruppi principali di prestazioni. Di regola queste prestazioni sono fornite quotidianamente da specialisti in medicina interna e chirurgia generale, senza il ricorso ad altri specialisti. Costituisce la base per tutti gli ospedali che dispongono di un servizio di pronto soccorso ed è per essi obbligatorio. È inoltre un requisito necessario per tutti i gruppi di prestazioni con un'elevata proporzione di pazienti ammessi tramite pronto soccorso. Siccome i pazienti ricoverati tramite pronto soccorso arrivano spesso nell'istituto ospedaliero con sintomi aspecifici, non è sufficiente disporre di un servizio di pronto soccorso adeguato, ma è importante poter offrire un largo spettro di cure di base. Solo un'offerta di questo genere garantisce ai pazienti di poter beneficiare di una diagnosi differenziata completa e, se del caso, di ricevere immediatamente un primo trattamento appropriato. Ulteriori esigenze e specifiche tecniche imposte per l'attribuzione del PB sono legate alle cure intensive, alla radiologia, all'attività di laboratorio e alla collaborazione con il servizio di malattie infettive e con la psichiatria, come illustrato nel capitolo 6.1 del Modulo d'offerta (allegato 11).
- b. Il **PBE** è un sottoinsieme del PB che comprende unicamente le prestazioni delle cure di base nei gruppi principali di prestazioni che possono essere svolte anche a titolo

³⁴ E' importante rilevare che il pacchetto di base non corrisponde al ventaglio di prestazioni dell'attuale "medicina di base".

elettivo. Se un fornitore dispone, per esempio, del mandato per i gruppi di prestazioni di urologia, il PBE comprende tutte le prestazioni urologiche di base. Il PBE costituisce la base per tutti i fornitori di prestazioni che non dispongono né necessitano di un servizio di pronto soccorso. I gruppi di prestazioni che possono essere offerti pur disponendo solo del PBE sono l'oftalmologia, l'otorinolaringoiatria, gli interventi sull'apparato locomotore, la ginecologia e l'urologia. Requisito essenziale per l'istituto ospedaliero è la disponibilità ininterrotta di un medico (internista, anestesista, ecc.). I requisiti tecnici e gli altri requisiti figurano nel capitolo 6.1 del Modulo d'offerta (allegato 11), e riguardano ad esempio il laboratorio, la collaborazione con un istituto ospedaliero al beneficio del PB e il servizio di malattie infettive.

5.4.2 Gruppi di prestazioni specialistiche

Si tratta di prestazioni più complesse rispetto a quelle del pacchetto di base, ma che per loro natura devono essere garantite a livello regionale. Si tratta inoltre di gruppi di prestazioni di supporto al PB. Per quanto più complesse di quest'ultime, sono essenzialmente fornite nella maggior parte degli ospedali nelle diverse regioni del Cantone già allo stato attuale.

Si tratta essenzialmente di prestazioni di sottospecialità di medicina interna ed in parte di chirurgia che richiedono soprattutto la presenza del medico specialista della disciplina indicata e – salvo eccezioni – impongono pochi altri requisiti onerosi. Trattandosi di discipline con una discreta casistica (la qualità è quindi assicurata), possono essere mantenute a livello regionale così da garantire alla popolazione la possibilità di accedere in tempi relativamente brevi alla prestazione e di essere ricoverati e quindi presi in carico in prossimità del proprio domicilio.

Buona parte delle prestazioni di questa categoria costituisce in realtà una "base allargata" della presa in carico in una moderna struttura sanitaria che permette sia alla struttura di funzionare con una certa continuità della presa in carico delle principali patologie, sia alla popolazione di godere di una presa in carico di queste patologie senza eccessivi trasferimenti.

Queste discipline, pur necessitando di medici specialisti, possono usufruire di medici già attivi nell'istituto che garantiscono il pacchetto base. Il mantenimento di queste discipline a livello regionale, a condizione che i prerequisiti di qualità e di struttura siano soddisfatti, non dovrebbe comportare oneri finanziari supplementari rispetto alla situazione attuale.

5.4.3 Gruppi di prestazioni multidisciplinari e complesse

Raggruppa discipline che si caratterizzano per la necessità di specialisti dedicati, infrastrutture o apparecchiature particolarmente complesse e a tratti costose e di processi di presa in carico e cura che frequentemente necessitano il supporto di altre discipline con le quali è necessario collaborare. Non raramente le collaborazioni devono essere garantite 24/24 7/7 e a tratti anche in maniera urgente ed imprevedibile, aspetto che comporta la necessaria presenza concomitante, all'interno della stessa struttura di differenti discipline.

Decisiva nella valutazione di tali discipline è piuttosto la necessità di garantire una qualità sufficiente della prestazione erogata concentrando le specialità, così da assicurare una casistica minima e la collaborazione su pochi centri dei migliori specialisti a disposizione.

Non deve essere sottovalutato il vincolo dettato dalla presenza del numero di specialisti necessari in discipline particolarmente complesse in una regione con una popolazione di 340'000 abitanti, caratterizzata poi da barriere naturali e linguistiche. Per garantire la

continuità nell'erogazione di una data prestazione è mediamente necessaria la presenza di tre specialisti, numero che per certe discipline non potrebbe essere garantito in più di un centro sul piano cantonale, salvo reclutarli all'estero con ingenti costi e conseguente dispersione della presa in carico, inopportuna anche per gli stessi specialisti.

La concentrazione su pochi poli di una serie di mandati permette di razionalizzare processi e costi. La collaborazione fra pubblico e privato è un presupposto fondamentale alla base dell'ottimizzazione degli scenari ipotizzati, anche perché le soluzioni consensuali favoriscono la concentrazione della casistica evitando che i pazienti vengano trattati altrove. Per centralizzare determinate specialità multidisciplinari e complesse sono quindi indispensabili accordi fra EOC e cliniche private.

5.4.4 Discipline trasversali

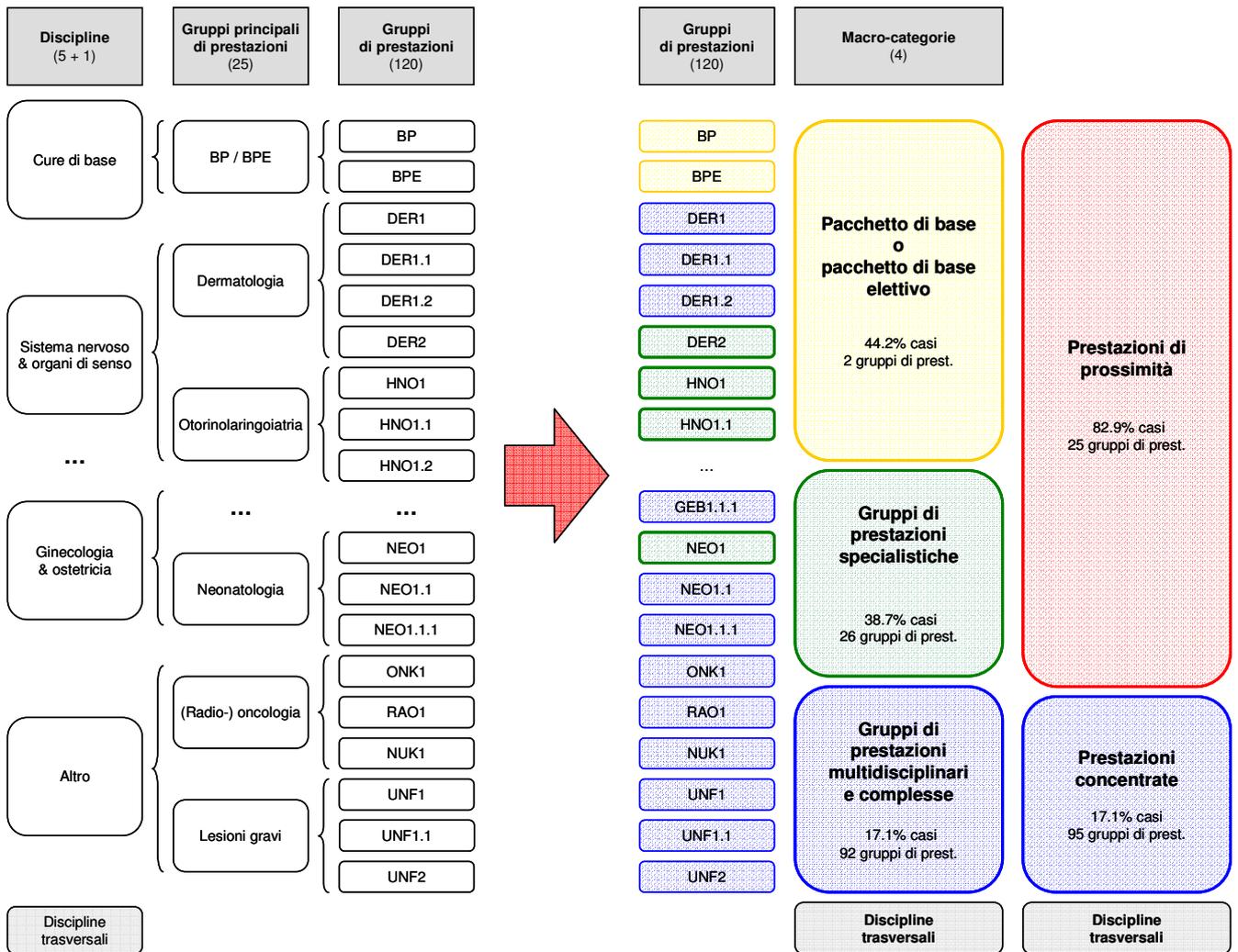
Si tratta delle discipline che non possono essere assegnate a singoli gruppi di prestazioni essendo legate, in maniera trasversale, a più gruppi. Secondo il modello di Zurigo le discipline trasversali sono: la pediatria (medicina pediatrica, chirurgia pediatrica di base e chirurgia pediatrica), la geriatria complessa e le cure palliative.

5.4.5 L'esito della suddivisione in quattro macro-categorie

Nell'allegato 13 sono riportati i gruppi di prestazioni catalogati nella macrocategoria delle prestazioni specialistiche (26) e nella macrocategoria delle prestazioni multidisciplinari e complesse (92).

E' importante rilevare che il pacchetto di base / pacchetto di base elettivo e il gruppo di prestazioni specialistiche (**Cure di prossimità**) raggruppa l'83% dei casi, mentre il gruppo di prestazioni multidisciplinari e complesse raggruppa il 17% dei casi trattati nel 2012.

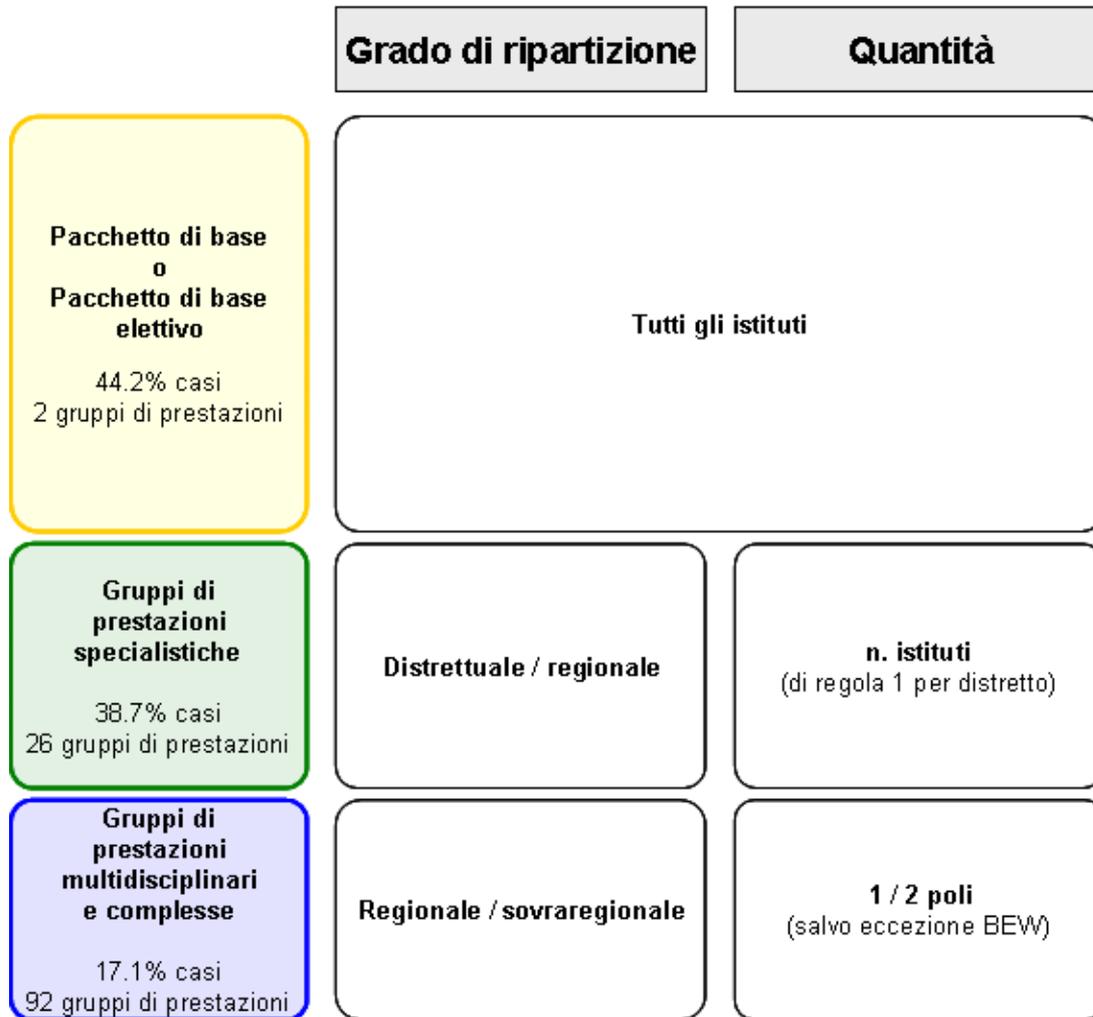
La Figura 2 raffigura schematicamente la proposta di raggruppamento delle prestazioni.

Figura 2: Il raggruppamento in quattro macro categorie

Sulla base di tale raggruppamento si propone quindi l'attribuzione a tutti gli istituti del pacchetto di base o del pacchetto di base elettivo, la distribuzione distrettuale delle cure specialistiche e la distribuzione regionale o cantonale per i gruppi di prestazioni multidisciplinari e complesse (eccezion fatta per l'ortopedia in ragione del numero di casi), che richiede la creazione di poli di competenza specifici. Per quanto riguarda il gruppo di prestazioni multidisciplinari e complesse, il numero di pazienti che, a seguito della diversa distribuzione dei mandati non potrebbe più essere trattato nella stessa struttura di oggi è all'incirca il 4% del totale.

Schematicamente l'attribuzione dei diversi mandati ripartita in quattro macro-categorie è raffigurata come segue:

Figura 3: Criteri di ripartizione dei mandati in base alle quattro macro-categorie



6 La valutazione del criterio di qualità

La Legge sanitaria (artt. 79, 80, 81) e per strutture particolari anche altre leggi specifiche³⁵, definiscono le basi della vigilanza sulle strutture sanitarie, cui le stesse sono sottoposte ancor prima delle valutazioni inerenti la pianificazione ospedaliera, dalla quale discende l'accesso al finanziamento LAMal e tramite il contributo cantonale.

I requisiti minimi generali di qualità sono requisiti di polizia sanitaria e sono considerati *conditio sine qua non* per esercitare sul nostro territorio. Tali requisiti devono essere già soddisfatti *ex ante* da tutti gli istituti attivi e autorizzati all'esercizio – indipendentemente dal finanziamento.

La vigilanza effettuata finora si concentra essenzialmente sul rispetto dei requisiti di struttura, di risorse di personale e delle procedure. I controlli sono regolari e, in caso di necessità, non preannunciati. Essi sono la base dell'autorizzazione all'esercizio. Per la pianificazione ospedaliera attualmente vigente non viene richiesta alcuna verifica specifica supplementare.

³⁵ Regolamento del 29 aprile 2005 concernente i servizi di urgenza medica negli ospedali e nelle cliniche, RL 6.1.1.1.7

I requisiti specifici, posti dal modello di Zurigo e alla base – con la concentrazione delle prestazioni - dell'incremento della qualità attesa nell'erogazione delle prestazioni offerte nel Cantone in base alla nuova pianificazione, potranno essere formalmente verificati solo *ex post* a partire dall'entrata in vigore della medesima. Infatti, non si può pretendere che gli istituti investano in risorse e strutture necessarie per l'adempimento dei requisiti, prima di avere la garanzia dell'attribuzione del mandato.

L'analisi è pertanto per ora basata sull'autodichiarazione effettuata dagli istituti attraverso i moduli d'offerta e sul principio della buona fede. Allo stato attuale (*ex ante*) le dichiarazioni sono servite per poter valutare se determinati requisiti sono già implementati, facilmente implementabili o implementabili solo con investimenti importanti o sproporzionati (quindi da evitare).

Allo scadere dei termini stabiliti da opportune norme transitorie, differenziate nei tempi in funzione dell'importanza degli adeguamenti richiesti, nel corso del 2015 l'organo di vigilanza (Ufficio del Medico Cantonale) verificherà il rispetto di tutti i criteri specifici previsti dal modello di Zurigo per i singoli gruppi di prestazioni. Conformemente alle eventuali non conformità rilevate, saranno da valutare i relativi provvedimenti.

7 La valutazione del criterio di economicità

Introducendo la pianificazione ospedaliera nel 2015, quindi tre anni dopo l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero, il Cantone Ticino ha a disposizione le nuove tariffe basate sulla struttura tariffale SwissDRG per la verifica dell'economicità. Si tratta – fatta salva l'eccezione del Cardiocentro Ticino – di tariffe definitive, negoziate dai partner tariffali, sulle quali si è espressa la Sorveglianza dei prezzi ed approvate dall'Autorità pubblica. Diverso è il discorso, ad esempio, per il Cantone Zurigo, che ha elaborato la propria pianificazione per il 1° gennaio 2012, quindi prima dell'approvazione o della determinazione delle tariffe ospedaliere somatico acute avvenuta nel marzo del 2013. Non potendo disporre di tariffe basate sulla struttura SwissDRG e già definitive al momento della pianificazione ospedaliera, il Cantone Zurigo ha proceduto a una verifica dell'economicità a partire dai costi delle singole strutture, confrontandoli e fissando un intervallo all'interno del quale il criterio di economicità era considerato rispettato.

Dal profilo economico, il prezzo (o la tariffa) rappresenta la sintesi estrema del grado di economicità delle prestazioni erogate dai singoli fornitori di prestazioni, soprattutto in presenza di una struttura tariffale per la remunerazione delle prestazioni applicata uniformemente sul piano nazionale, quale è ad esempio lo SwissDRG in ambito ospedaliero per le cure somatico-acute. Il prezzo è quindi l'elemento centrale che deve essere considerato ai fini di una verifica dell'economicità. Esso è di principio negoziato dai partner tariffali (fornitori di prestazioni ed assicuratori) a partire dai costi riconosciuti per l'erogazione delle cure e procedendo a dei confronti di costo fra fornitori diversi. Sull'entità della tariffa ed in particolare sulla sua conformità ai costi si esprime inoltre la Sorveglianza dei prezzi (SPr), alla quale va obbligatoriamente sottoposta la tariffa per un suo parere, ed infine l'Autorità cantonale, chiamata ad approvare o meno la convenzione tariffale, rispettivamente a fissare il prezzo in caso di mancato accordo fra partner.

In sintesi, nell'ambito dei lavori della nuova pianificazione ospedaliera cantonale la verifica dell'economicità passa forzatamente da un confronto delle tariffe dei singoli istituti ospedalieri (*benchmarking*). Premessa fondamentale per permettere tale confronto è la presenza di una struttura tariffale uniforme adottata a livello nazionale. In sua assenza, è importante ai fini di un confronto che le prestazioni fornite dai singoli istituti siano uguali o

perlomeno simili. Il confronto tariffale fra istituti non può avvenire tout court, in modo immediato, ma deve tenere debitamente conto delle peculiarità attuali del panorama ospedaliero ticinese e degli aspetti che la struttura tariffale SwissDRG ancora non riesce a rappresentare pienamente. Di seguito è sintetizzata la verifica dell'economicità eseguita e le conclusioni cui ha condotto.

La verifica dell'economicità degli ospedali somatico acuti si fonda su tariffe negoziate ed approvate, quindi definitive, per tutti gli istituti e per gli anni 2012-2014 (Ospedale Malcantonese sino al 2013, EOC e Cliniche S. Anna e Ars Medica fino al 2015). L'unica eccezione è rappresentata dal Cardiocentro Ticino, per il quale l'Autorità cantonale ha dovuto fissare la tariffa con Decreto esecutivo del 15 ottobre 2013, poi oggetto di ricorso da parte dei partner tariffali e tuttora pendente al Tribunale amministrativo federale.

Con tutta evidenza, il confronto può essere effettuato unicamente tra strutture effettivamente confrontabili tra loro, soprattutto in un panorama ospedaliero eterogeneo come quello attuale in Ticino e nella fase iniziale del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero nazionale. Istituti attivi nella medicina di base, mal rappresentata dalla struttura SwissDRG e con tariffe conseguentemente molto basse, così come strutture altamente specializzate non sono ad oggi confrontabili con gli ospedali "classici".

Nel rispetto del principio enunciato e ai fini di un confronto, gli otto istituti che oggi dispensano cure somatico acute possono essere suddivisi in tre gruppi:

- Istituti somatico acuti in senso stretto: EOC, Clinica Ars Medica, Clinica S. Anna, Clinica Luganese (sede di Moncucco), Clinica S. Chiara
- Istituti attivi nella medicina di base: Ospedale Malcantonese, Clinica Luganese (sede di S. Rocco), Clinica Varini, EOC (sedi di Faido e Acquarossa)
- Istituti altamente specializzati a dimensioni ridotte: Cardiocentro Ticino (CCT)

Gli ospedali del secondo gruppo confluiranno nei futuri istituti di cura, con un finanziamento ancora in fase di definizione, mentre il CCT presenta peculiarità difficilmente paragonabili ad altre strutture cantonali e nazionali, ad oggi mal rappresentate dalla struttura tariffale. Un vero confronto dal profilo dell'economicità si limita quindi agli istituti del primo gruppo.

Come già evidenziato, l'elemento centrale per un confronto delle strutture dal profilo economico è rappresentato dalla tariffa. Le tariffe ad oggi approvate riflettono, almeno a grandi linee, la realtà di costo dei singoli ospedali. Esse sono frutto di accordi fra i partner, sono state oggetto di raccomandazione da parte della SPPr e, come detto, hanno ottenuto l'approvazione dell'Autorità cantonale. Quest'ultima è tenuta (art. 46 cpv. 4 LAMal) a verificare che la convenzione tariffale sia conforme alla legge e ai principi di equità e di economicità, ciò che i servizi amministrativi preposti hanno fatto in particolare ricorrendo alle "Raccomandazioni per la verifica dell'economicità" emanate dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità il 5 luglio 2012.

Un confronto delle tariffe per la scelta della futura offerta ospedaliera deve comunque essere preceduto da una correzione delle stesse in riferimento agli elementi di costo che le compongono e che caratterizzano solo alcuni istituti o che riguardano tutti gli ospedali ma in misura diversa. In particolare si pensa al pronto soccorso di tipo A in Ticino, in assenza del quale si giustifica una deduzione della tariffa che il Canton Zurigo quantifica, per la propria realtà ospedaliera, in un 2% circa. Ulteriore aspetto che incide significativamente sui costi è la presenza o meno di un reparto di cure intensive. Altro elemento da valutare è la parte di tariffa a copertura dei costi d'investimento, se non uniforme su tutti gli ospedali. Differenti necessità di investimento e quindi di

ammortamento possono influenzare in modo significativo le tariffe future delle singole strutture.

Vanno pure ricordate e debitamente considerate le criticità ancora insite nel nuovo sistema di finanziamento. Anzitutto, le tariffe oggi in vigore sono le prime col nuovo sistema di finanziamento nazionale; da qui al 2015 evolveranno ulteriormente, per poi verosimilmente consolidarsi a medio termine. A ciò si aggiunge una struttura tariffale SwissDRG che, ad oggi, riflette in misura solo parziale le diversità di costo delle singole strutture ospedaliere, rendendo difficile un confronto fra ospedali e la definizione di una tariffa di riferimento (benchmark).

Nei limiti appena esposti, una valutazione prospettica dei 5 istituti somatico acuti sembrerebbe indicare una convergenza delle tariffe ospedaliere (debitamente corrette) in una prospettiva di medio termine attorno a un intervallo di 9'000 – 9'300 CHF, con un margine di variazione contenuto attorno al 3%. Unica eccezione, la tariffa della Clinica S. Chiara, oggi chiaramente al di sotto di tali valori ma con un baserate in marcata crescita e una necessità d'investimento futura verosimilmente superiore agli altri ospedali.

Il confronto intracantonale è completato da un raffronto con le tariffe di riferimento che scaturiscono dal *benchmarking* di diversi attori sul piano nazionale. Per gli ospedali non universitari, il benchmark della SPr si situa a 9'005 CHF per il 2013, quello del Canton Zurigo si attesta a 9'480 CHF dal 1° gennaio 2012 (9'280 CHF senza Pronto Soccorso), mentre l'Associazione *Spitalbenchmark* ha presentato lo scorso anno una proiezione della tariffa di riferimento 2014 a circa 9'400 CHF. Anche il confronto nazionale conferma quindi come le tariffe degli ospedali ticinesi siano in linea, se non addirittura leggermente inferiori alla realtà nazionale e conseguentemente da considerarsi economiche.

Allo stato attuale non vi sono pertanto indicazioni evidenti, dal profilo dell'economicità, per indirizzare l'attribuzione delle prestazioni di cura ad alcuni istituti piuttosto che ad altri. Il criterio dell'economicità non risulta quindi essere, almeno per il momento, una discriminante ai fini della pianificazione ospedaliera 2015. E' senz'altro appropriato procedere in futuro ed a scadenze regolari a nuove verifiche dell'economicità degli ospedali ticinesi, come peraltro prevede l'art. 32 cpv. 2 LAMal, secondo il quale l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni sono da riesaminare periodicamente. Un confronto più attendibile potrà del resto essere effettuato unicamente quando tutte le strutture rispetteranno i medesimi requisiti posti dal modello pianificatorio per l'adempimento dei singoli gruppi di prestazioni.

8 Elaborazione dell'elenco ospedaliero 2015

8.1 Fasi di elaborazione

Dopo l'allestimento e la valutazione, nel corso del 2012, degli studi sul fabbisogno all'orizzonte 2020, i primi mesi del 2013 sono stati dedicati all'adattamento e alla traduzione dei moduli d'offerta, poi sottoposti alle strutture per compilazione tra aprile e la fine di giugno del medesimo anno. I mesi seguenti sono serviti a sviluppare possibili scenari di attribuzione dei mandati sulla base dei principi e dei criteri descritti nei capitoli precedenti.

Il 17 ottobre 2013 è stata esposta alla Commissione della pianificazione sanitaria una prima proposta concreta di attribuzione dei mandati. I membri della Commissione sono poi

stati invitati ad esprimersi per iscritto sulla proposta pianificatoria, segnatamente attraverso un questionario.

Nel contempo sono stati organizzati una serie di incontri, sia congiuntamente sia singolarmente, con l'EOC (Direzione generale e Direzioni locali) e con le cliniche private. A questi incontri hanno poi fatto seguito delle prese di posizione scritte. L'elaborazione della proposta è pertanto stata effettuata attraverso un processo di concertazione importante che ha coinvolto l'insieme degli istituti somatico-acuti direttamente implicati.

Sulla base di tutti questi riscontri, il 27 novembre 2013 è stata inviata ai membri della Commissione una nuova proposta di assegnazione dei mandati, poi discussa e votata in una seduta tenutasi il 5 dicembre 2013. Questa proposta rivista è stata approvata dalla Commissione con 12 voti favorevoli, 1 voto contrario e 2 astensioni. Al progetto sono state formulate delle osservazioni da parte dell'ACPT, dell'ACSI, dell'EOC e dell'OMCT (membri della Commissione) e da parte del CCT e della clinica Santa Chiara (invitati della Commissione), riprodotte in allegato (allegato 3).

8.2 Proposta di elenco ospedaliero per il settore somatico-acuto 2015 - 2020

I capitoli seguenti evidenziano i principali risultati dell'attribuzione dei mandati pianificatori. Le argomentazioni relative al conferimento di mandati specifici sono contenute nell'allegato 14.

8.2.1 Le cure di prossimità

L'attribuzione del pacchetto di base e del pacchetto di base elettivo è avvenuta nel seguente modo:

- il **pacchetto di base** a tutte le strutture che ne hanno fatto richiesta al fine di garantire una copertura capillare del territorio in termini di cure di base. Da rilevare che tale pacchetto è stato assegnato anche al Cardiocentro Ticino (CCT) malgrado non disponga di un PS proprio, ma in collaborazione con l'Ospedale Regionale di Lugano (ORL), a cui è strutturalmente collegato;
- Il **pacchetto di base** elettivo alla Clinica Ars Medica in considerazione della casistica prettamente elettiva in ambito ortopedico.

Il gruppo di prestazioni specialistiche è stato così attribuito:

- Ospedali Regionali dell'EOC: tutto il pacchetto;
- Clinica Luganese: la maggioranza delle prestazioni, eccezion fatta per i mandati per i quali non si è candidata e altri due gruppi (NEU3 e GYN1³⁶) al fine di evitare l'esistenza di doppioni con centri di competenza già presenti nel Luganese;
- Clinica Sant'Anna: i gruppi di prestazioni da effettuare in collaborazione con l'ORL (GYN1, GEB1 e NEO1) e il gruppo di prestazioni ONK1;
- CCT: essendo un istituto specializzato unicamente nella cardiologia e nella cardiocirurgia, nessun mandato dei gruppi di prestazioni specialistiche ad eccezione della DER2, perché relativa al trattamento di ferite (chirurgiche);
- Clinica Santa Chiara e Ospedale La Carità (ODL): attribuzione congiunta al fine di incentivare i due centri pubblico e privato del Locarnese ad una maggior collaborazione

³⁶ Per la definizione delle prestazioni si rimanda all'allegato 5.

e concentrazione delle diverse discipline, con l'obiettivo finale di creare un istituto unico. Per le ragioni menzionate, i mandati per il Locarnese, salvo dove indicato esplicitamente in maniera differente, sono assegnati al "polo del Locarnese con sede da definire".

In linea più generale si può quindi affermare, come già rilevato nella descrizione metodologica della proposta di pianificazione, che l'assegnazione dei gruppi di prestazioni PB/PBE e specialistiche garantisce una copertura territoriale ottimale (in questi gruppi rientra l'83% dei pazienti), limitando, laddove possibile e specificatamente nel Luganese e Locarnese un'eccessiva sovrapposizione nell'offerta erogata.

8.2.2 Le prestazioni multidisciplinari e complesse, la creazione di poli di competenza

La metodologia descritta nei capitoli precedenti consente di consolidare e di ampliare il concetto di polo di competenza già in parte presente sul nostro territorio. L'obiettivo della pianificazione attuale è quello di rafforzare tali esperienze e di estenderle a altri gruppi di prestazioni.

I centri di competenza esistenti sono i seguenti:

- **Neurocentro (NSI):** attivo dal 1° luglio 2009 presso l'ORL (sede Ospedale Civico - OCL), è il centro di riferimento per tutte le patologie del sistema nervoso centrale (emicrania, demenze, epilessia, morbo di Parkinson, sclerosi multipla,...) nonché per le emergenze (trauma cranici, ictus,...). Il NSI garantisce la sinergia fra le diverse specialità mediche nell'ambito delle Neuroscienze cliniche, offrendo ai pazienti un approccio alla malattia e un trattamento delle patologie neurologiche all'avanguardia e sicuri, che considerano il percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo del paziente neurologico dalle prime ore della malattia fino al rientro a domicilio. Il NSI si è ulteriormente affermato anche a livello federale nell'ambito della Convenzione intercantonale della medicina altamente specializzata (CIMAS) che lo ha riconosciuto come polo per la presa in carico dei pazienti colpiti da *ictus cerebri* quale "Stroke unit" e centro per pazienti politraumatizzati (a seguito di incidenti severi che mettono in pericolo la vita e/o che necessitano una presa in carico di lesioni neuro-cerebrali). All'interno del NSI sono assicurate le discipline di Neurologia, Neurochirurgia, Neuroanestesia, Neuroradiologia, Neuropsicologia e Neuroscienze.
- **Stroke Unit:** creata dall'EOC con sede principale presso l'ORL. È una struttura specializzata per la presa in carico di pazienti colpiti da ictus, con particolare riguardo per la fase acuta. La *stroke unit* EOC è composta da una parte centrale (*stroke unit*) destinata alla cura semintensiva delle malattie cerebrovascolari ubicata presso l'ORL, e da uno *stroke team*, presente negli Ospedali Regionali di Bellinzona, Locarno e Mendrisio. Nell'ambito della pianificazione della medicina altamente specializzata (CIMAS) la *stroke unit* è stata riconosciuta tra gli 8 centri svizzeri per il trattamento dell'ictus.
Lo *stroke team* lavora in stretta collaborazione con l'unità centrale di Lugano. La porta di accesso alla *stroke unit* sono i servizi di urgenza dei 4 Ospedali Regionali dell'EOC.
- **Centro di competenza cardiovascolare:** il centro di cardiologia e cardiocirurgia del Ticino è attivo dal 1° luglio 1999 presso il CCT.

- **Trauma Center:** l'EOC sede OCL è da diversi anni il centro di riferimento per i pazienti politraumatizzati. In maggio 2011 l'Organo decisionale MAS ha assegnato all'OCL il mandato per il trattamento dei pazienti con trauma grave.
- **Chirurgia viscerale altamente specializzata:** il 10 settembre 2013 l'Organo decisionale MAS ha assegnato all'EOC i seguenti mandati provvisori per la chirurgia viscerale altamente specializzata:
 - resezione epatica e del pancreas, nonché chirurgia bariatrica complessa all'OSG;
 - resezione del retto all'OCL.

Come già segnalato, contro le decisioni di attribuzione di queste specialità sono stati interposti parecchi ricorsi a livello nazionale e, a fronte della recente sentenza di principio del TAF, gli organi scientifico e decisionale MAS dovranno rivedere procedura e assegnazione dei mandati. Fino a quel momento anche gli istituti che hanno interposto ricorso possono continuare ad erogare tali prestazioni. Ciò vale in Ticino per la Clinica Luganese per la resezione del retto.

Va inoltre segnalato che il 30.1.2014 l'EOC ha chiesto agli organi MAS lo spostamento degli interventi di resezione epatica e del pancreas a Lugano.

- **Polo oncologico:** l'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) raggruppa in un'unica struttura organizzativa tutte le specialità che all'interno dell'Ospedale multisito EOC si occupano di oncologia. Lo IOSI è stato pensato in base al modello nordamericano di *Comprehensive cancer centre*, anche se la sua struttura è particolare, essendo essa trasversale a tutti gli ospedali EOC. Lo IOSI intende essere omnicomprensivo, raggruppando quindi al suo interno tutte le specialità che si occupano di diagnosi, terapia e ricerca nell'ambito delle malattie tumorali. Esso garantisce ai suoi pazienti un approccio olistico e la possibilità di fruire dei più recenti progressi della ricerca oncologica. Grazie a tutto ciò, è diventato ormai un centro di riferimento ben al di là dei confini nazionali. Va considerato che in ambito CIMAS l'oncologia, o almeno alcune discipline oncologiche, è nel mirino della commissione scientifica che ha iniziato ad esprimersi sul tema, pur non senza critiche raccolte a più livelli. Sarà quindi fondamentale garantire un funzionamento "multisito" della presa in carico per garantire la casistica e promuovere una certa concentrazione dei casi complessi. In effetti, in generale le condizioni poste dall'Organo scientifico MAS nelle proprie proposte di assegnazione dei mandati tendono a concentrarsi su singoli siti ospedalieri.
- **Polo oftalmologico (ORL):** il centro di riferimento cantonale per quanto riguarda la chirurgia oculare elettiva e d'urgenza è situato presso l'ORL (sede ospedale Italiano). Esso è dotato delle più recenti e sofisticate attrezzature per la diagnosi e la terapia delle malattie oculari.

La nuova pianificazione ospedaliera si propone di consolidare i poli esistenti e di creare, sulla base della metodologia descritta, i nuovi centri di competenza qui elencati:

- **Poli donna-madre-bambino (OSG/ ORL – Sant'Anna):** si tratta delle specialità seguenti: Ginecologia multidisciplinare e complessa: GYN 1.1 – 1.4 e senologia (GYN 2). La casistica impone la concentrazione in un unico centro, tuttavia, in ragione dei progetti in essere a livello di EOC (in particolare la collaborazione tra ORL e clinica S. Anna) si decide di attribuire i mandati nel modo seguente:

GYN 1.1 – 1.4:

mandato provvisorio a ORL e OSG con l'obiettivo di attribuire un solo mandato entro la fine 2017, in ragione dell'avanzamento dei progetti menzionati;

GYN 2:

mandato definitivo all'OSG in ragione della presenza dell'oncologia, della radioterapia e della certificazione in essere e inoltre un mandato provvisorio a ORL e S. Anna, l'attribuzione definitiva avverrà entro la fine del 2017 sulla scorta dell'avanzamento dei progetti menzionati ed eventualmente delle certificazioni.

- **Pediatria specializzata (OSG):** Centro di riferimento per la chirurgia pediatrica a livello cantonale è indubbiamente Bellinzona. Nella realtà cantonale si tratta dell'unico centro dotato di chirurghi ed anestesisti pediatrici. Per questa ragione è stato valutato opportuno mantenere le competenze e garantire la concentrazione della casistica. La presenza concomitante di un centro ginecologico-ostetrico con una buona casistica crea pure delle sinergie a questo livello. Tale offerta è conforme con quanto proposto in un rapporto commissionato sul tema dei centri di neonatologia³⁷ che mostra la necessità di creare un centro di neonatologia IIb, in sinergia con un centro di cure continue pediatriche avanzate, disponibile per i casi di bambini sottoposti ad interventi chirurgici, per i casi oncologici e per quelli neonatologici. *Conditio sine qua non* per un centro in Ticino è assicurare la concentrazione dell'intera casistica cantonale su un unico centro, che possa superare gli steccati regionali e tra le strutture pubbliche e private, concentrando e raccogliendo tutti i casi su un unico polo.
- **Ortopedia:** si tratta di una disciplina con una casistica importante, con un'offerta a tratti ridondante in svariate cliniche. L'offerta più importante è a livello privato, tuttavia in ambito ortopedico osserviamo due fenomeni che si incrociano: il tipo di intervento che può essere frequente/di base o raro/complesso ed il tipo di paziente che può essere giovane e sano o anziano rispettivamente polimorbido. Da un lato vi è quindi la necessità di offrire sia prestazioni piuttosto frequenti e di base che vanno assegnate sia agli ospedali pubblici sia alle cliniche private, sia interventi più rari e complessi che però, per l'importanza della casistica, non possono essere centralizzati solo in una struttura. La Clinica Ars Medica di Gravesano si conferma polo di competenza, ma non quale centro unico per tutti i mandati, considerato che la clinica privata non è dotata di strutture di terapia intensiva o di una struttura tale da poter garantire la presa in carico dei casi più complessi sia per polimorbilità, sia per gravità del trauma, che potrebbe comprendere anche lesioni di organi viscerali.

La nuova attribuzione dei mandati fondata sulla metodologia descritta richiede la collaborazione fra pubblico e privato nel Luganese per la fornitura di cure nell'ambito della ginecologia – ostetricia – neonatologia (polo donna – madre – bambino), analogamente a quanto già descritto per la regione del Locarnese.

La messa in comune di risorse strutturali, umane e finanziarie da parte di enti aventi personalità giuridica propria è una novità particolarmente importante in ambito somatico-acuto. La finalità di tale collaborazione è quella di incentivare un miglior utilizzo delle capacità a disposizione e di evitare, a livello distrettuale e regionale, la presenza di doppioni nella fornitura di cura, inefficienti dal punto di vista della distribuzione delle risorse e inefficaci dal punto di vista della qualità delle cure erogate.

³⁷ Losa, M. (2012). *Valutazione epidemiologica e medico-scientifica per la creazione di un'unità di cure intensive neonatali e/o pediatriche nel Cantone Ticino*. Bellinzona.

La proposta di favorire collaborazioni strutturate fra gli istituti menzionati è stata avallata dalla Commissione della pianificazione sanitaria in data 5 dicembre 2013 e discussa preliminarmente soprattutto in seguito con gli istituti direttamente interessati. Questi ultimi si sono impegnati con una lettera d'intenti (vedi allegato 15) a proporre una collaborazione effettiva a partire dall'1.1.2015. Durante l'anno 2014 il Dipartimento della Sanità e della Socialità monitorerà l'attuazione dei progetti menzionati al fine di garantire la loro messa in atto per gennaio 2015 e di assicurare la graduale condivisione dei mandati di prestazione e la continuità nell'erogazione delle prestazioni offerte.

8.2.3 La caratterizzazione degli istituti ospedalieri attraverso l'attribuzione di gruppi di prestazioni specifici

Ulteriore obiettivo della pianificazione attuale, oltre a garantire delle cure di prossimità e creare dei poli di competenza a livello regionale, è quello di caratterizzare gli istituti ospedalieri presenti sul territorio attraverso l'attribuzione di discipline che permettono:

- a) di contraddistinguere l'offerta di cure di ospedali e cliniche evitando dei doppioni;
- b) di valorizzare quanto già effettuato dagli istituti attualmente, riconoscendo le specialità già offerte e rafforzando, in tal modo, le potenzialità di crescita e di sviluppo delle strutture.

In questo senso, vengono, in particolare, riconosciute e valorizzate le seguenti discipline per istituto:

- **urologia:** in ragione delle competenze già in essere tale disciplina è distribuita su due poli (OSG e Clinica Luganese). Sulla base dei numeri limitati, si giustifica la concentrazione su due soli centri nel Cantone, scelti in base alla casistica e alle esperienze degli istituti menzionati. Queste assegnazioni non ostacolano la formazione in urologia presso l'ORL, considerata la sua casistica ritenuta numericamente sufficiente e non impedisce l'organizzazione a livello di Dipartimenti EOC di rotazioni e formazioni per gli assistenti;
- **dermatologia:** tutti i mandati vengono assegnati all'OSG, confermando quanto attualmente in essere (unico centro con medici specialisti già presenti in sede in maniera continuativa);
- **pneumologia con terapia respiratoria specialistica:** gruppo di prestazioni che annovera essenzialmente pazienti con patologie respiratorie e di origine neurologica che necessitano di un'assistenza ventilatoria. Poiché il problema può essere di origine prettamente neurologica o di causa maggiormente pneumologica, si giustifica l'assegnazione, malgrado le piccole cifre, ai due centri di competenza ORL e OSG;
- **chirurgia toracica:** Il Centro che offre maggiore competenza (chirurgo specifico dedicato) e casistica è l'OSG, per il quale l'EOC ha richiesto il mandato per l'intero gruppo di prestazioni. La concentrazione in un unico Centro è opportuna; ciò non preclude peraltro la possibilità e la necessità di interventi anche da parte dei chirurghi toracali in pazienti politraumatizzati ricoverati all'ORL in virtù di questo specifico mandato;
- **geriatria acuta:** non si tratta della geriatria assicurata nei reparti di medicina e di geriatria attuali, ma è un concetto a sé stante che prevede una complessa definizione, requisiti elevati e svariate collaborazioni (vedi allegato 16). Sono richieste competenze specifiche ed interventi multi e interdisciplinari complessi che, in relazione alle esigenze previste e anche al costo elevato dei relativi DRG, impongono una certa concentrazione. Considerata la durata della degenza e l'importanza della vicinanza

della famiglia nella presa in carico di questi casi, si giustifica l'assegnazione di tre mandati, uno nel Sopra e due nel Sottoceneri. La scelta si è orientata sull'OBV e sulla clinica Luganese, per le competenze presenti e l'attuale modalità di approccio e a Locarno, dove si potenzia quanto già esistente, facendo beneficiare l'ospedale delle competenze presenti nel Sopraceneri, in particolare negli ospedali di zona di Faido e Acquarossa. Grazie alla posizione dell'ospedale di Locarno e al bacino di pazienti particolarmente anziani della regione si svilupperà ulteriormente anche la collaborazione con la clinica di riabilitazione Hildebrand di Brissago. Con queste attribuzioni si evita inoltre di incrementare ulteriormente la pressione sull'ORL e l'OSG;

- **cure palliative:** è mantenuto il mandato per cure palliative particolarmente intensive (I livello) all'OSG. Coerentemente alla strategia cantonale cure palliative si prevedono due ulteriori centri intermedi (II livello): l'ORL (sede Ospedale Italiano) e la Clinica Varini.

Questi esempi dimostrano che oltre ai poli di competenza già in precedenza evidenziati, esistono potenzialità di sviluppo che garantiscono un'ottima copertura territoriale e un miglioramento della qualità di presa in carico in ragione di una maggior concentrazione.

8.2.4 Mandati provvisori

L'allegato 2a evidenzia l'attribuzione di mandati provvisori da rivalutare a due anni dall'entrata in vigore dell'attuale pianificazione (2017). I mandati evidenziati sono stati attribuiti in maniera provvisoria per tre ragioni fondamentali:

- non raggiungimento del numero minimo di casi previsto dal modello di Zurigo;
- non rispetto delle condizioni strutturali previste dal modello di Zurigo (GEF1 all'OBV);
- necessità di attendere gli sviluppi dei processi di collaborazione fra pubblico e privato.

A quel momento (2017) si avranno sufficienti elementi per decidere le attribuzioni in modo definitivo.

8.2.5 Misure accompagnatorie

L'introduzione di un nuovo modello di finanziamento tramite il DRG e la pianificazione per prestazione e non più per numero di letti, abbinati alla necessità di rispettare rigorosi requisiti, comporteranno obiettivamente delle difficoltà pratiche nell'implementazione dei mandati. Nell'ottica di garantire una presa in carico il più possibile lineare e svincolata da limitazioni di tipo amministrativo si è pensato ad una serie di misure accompagnatorie.

Ritenute le difficoltà segnalate da alcune cliniche relative alla codifica di prestazioni già oggi contestate dagli assicuratori perché ritenute fuori mandato e in previsione di un probabile inasprimento dell'atteggiamento di quest'ultimi, a seguito del rigoroso dettaglio delle prestazioni erogabili da ciascun istituto, si è ritenuto opportuno proporre la creazione di un "Gruppo tecnico di accompagnamento". Questo gruppo di supporto dovrebbe aiutare a garantire che non vengano trasferiti pazienti in corso di ricovero o – peggio ancora – di intervento chirurgico, per il rivelarsi in decorso della vera natura di una data (ignota) patologia e/o per un'evoluzione imprevista della stessa.

Tale "Gruppo tecnico di accompagnamento" composto da medici di strutture pubbliche e di strutture private, da collaboratori del DSS e da rappresentanti degli assicuratori sarebbe chiamato anche a discutere e ad esprimersi su gruppi di prestazioni allo scopo di

intervenire ed apporre correttivi proponendo eventuali modifiche o precisazioni all'elenco approvato.

9 Definizione dei volumi massimi

L'articolo 63c cpv. 3 LCAMal attribuisce al Cantone il compito di definire per ogni istituto autorizzato ad esercitare a carico della LAMal anche il volume massimo di prestazioni. Come già ricordato, contro questa disposizione una clinica privata aveva interposto ricorso, respinto il 10 luglio 2012 dal Tribunale federale. Il TF non aveva ritenuto la norma in contrasto con la legislazione federale, che pure impone di riferire la pianificazione, nel settore somatico-acuto, alle prestazioni (art. 58c lett. a OAMal).

La determinazione dei volumi massimi per istituto non è stato compito facile, anche perché rappresenta una particolarità del nostro Cantone. Si è optato per un approccio semplice e pragmatico. Dapprima sono state valutate le conseguenze sui volumi 2012 della riconversione degli attuali istituti con il solo mandato di medicina di base in istituti di cura (argomento sviluppato nella seconda parte del presente rapporto), della decentralizzazione delle cure di prossimità e della concentrazione delle prestazioni multidisciplinari e complesse. In secondo luogo si è proceduto a scomporre la previsione del fabbisogno 2020, calcolata come dato aggregato, suddividendola nei singoli istituti autorizzati. In base alle considerazioni emerse dai due punti precedenti si è poi giunti a una proposta di volumi massimi da presentare congiuntamente all'elenco dei mandati, in modo da ottemperare alla chiara prescrizione dell'art. 63c cpv. 3 LCAMal.

9.1 La valutazione dei dati 2012

I dati di partenza 2010

Il lavoro effettuato nella verifica dei dati di partenza 2010 ha permesso di identificare 2'951 casi per i quali non era necessario un ricovero in ambito somatico-acuto. I risultati di questa verifica sono commentati nello studio sul fabbisogno e sono richiamati a più riprese anche nel presente rapporto. Gli ultimi dati storici di cui si dispone sono quelli relativi al 2012 (primo anno di implementazione del sistema di fatturazione SwissDRG). Nell'ipotesi che i casi impropri siano rimasti gli stessi e siano stati trattati negli stessi istituti del 2010, i dati 2012 sono stati rivisti e corretti nella stessa proporzione. Questi pazienti, per la maggior parte trattati negli ospedali con il solo mandato di medicina di base, saranno trattati in futuro negli istituti di cura, (si veda capitolo apposito).

La riconversione degli istituti ospedalieri con il solo mandato di medicina di base

Gli ospedali che attualmente dispongono del solo mandato di medicina di base non potranno più esercitare a carico dell'art. 39 cpv. 1 LAMal, poiché non adempiono ai requisiti minimi previsti per il pacchetto di base. Essi saranno trasformati in istituti di cura, ma la parte di pazienti acuti trattata in questi istituti al momento attuale, dovrà essere presa in carico da altri nosocomi.

Gli effetti della nuova distribuzione dei mandati

Anche questi aspetti comportano movimenti di pazienti da un ospedale all'altro che, almeno a livello di ipotesi, rischiano di modificare in modo sostanziale i dati storici.

La metodologia di distribuzione dei pazienti

Per quanto riguarda il pacchetto di base e i gruppi di prestazioni specialistiche è stato adottato il criterio della distribuzione regionale, mantenendo l'attuale proporzione tra pubblico e privato (2/3 e 1/3) quando vi era la presenza di istituti pubblici e privati come nel Luganese e nel Locarnese.

Per i gruppi di prestazioni multidisciplinari e complesse, dove in genere il mandato di prestazioni è stato confermato ad uno o al massimo due poli (salvo per l'ortopedia), la suddivisione è stata effettuata unicamente in base alla proporzione attualmente in essere, senza pertanto prendere in considerazione l'aspetto territoriale.

Questa ridistribuzione è stata fatta sia per i pazienti, sia per le giornate di cura, sia per il *caseload* (pazienti moltiplicati per l'indice di gravità: *case mix index* - CMI), mantenendo di fatto la stessa degenza media e lo stesso CMI attuale. Altre metodologie, come ad esempio il calcolo delle giornate di cura in base alla degenza media di ogni singolo gruppo di prestazioni o in analogia il calcolo del *caseload* utilizzando il CMI medio di ogni gruppo di prestazioni, sono state scartate perché troppo teoriche e non suffragate da dati storici di supporto. Inoltre, le medie per gruppo di prestazioni non danno conto della variabilità all'interno dello stesso gruppo di prestazioni.

In base ai dati emersi da questi calcoli è stato possibile effettuare uno "stress test" riguardante gli istituti che figureranno nell'elenco degli istituti autorizzati a partire dal 2015. I risultati ottenuti ci permettono di affermare che la dotazione di letti attuale degli istituti che saranno autorizzati ad esercitare dal 1° gennaio 2015 è adeguata sia per riassorbire i casi attualmente presi in carico dagli istituti che figureranno come istituti di cura, sia per garantire la presa in carico di tutti i pazienti confederati e stranieri che per ragioni di urgenza o per scelta propria vengono curati in Ticino.

9.2 La valutazione dei dati 2020

I dati relativi ai casi e alle giornate di cura previsti per il 2020 in base allo studio sul fabbisogno sono stati forniti in maniera consolidata per tutta la popolazione ticinese (fuori cantone compresi).

Per poter riportare i dati a livello di singolo istituto si è lavorato con le seguenti ipotesi:

- le quote di attività dei vari istituti per tutti i gruppi di prestazioni rimangono invariate nel periodo 2012-2020;
- il CMI cantonale relativo ad ognuno dei 120 gruppi di prestazioni rimane invariato nel periodo 2012-2020.

Come per l'analisi precedente si è giunti alla conclusione che la dotazione di letti attuale degli istituti che saranno autorizzati ad esercitare dal 1° gennaio 2015 potrebbe essere adeguata anche nel 2020 per prendere in carico tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro provenienza.

9.3 Il volume massimo di prestazioni

Come si può dedurre dalle indicazioni metodologiche alla base delle simulazioni espone poc'anzi, sono molte le incognite che rendono la previsione dei volumi per singola struttura

una grandezza soggetta a variazioni non valutabili al momento attuale. Tra le incognite più rilevanti si segnalano:

- i flussi di pazienti da un istituto all'altro che non necessariamente seguiranno il criterio regionale o le attuali proporzioni tra pubblico e privato;
- i flussi intercantonali non prevedibili;
- il trasferimento dal settore stazionario al settore ambulatoriale (per il solo Ente ospedaliero l'attività ambulatoriale è passata da $\frac{1}{4}$ dell'attività globale a $\frac{1}{3}$ in dieci anni);
- l'impatto della creazione degli istituti di cura;
- i cambiamenti a livello di struttura tariffale DRG;
- l'incidenza dei pazienti LAMal, rispetto al totale dei pazienti curati dai singoli istituti;
- l'evoluzione delle collaborazioni in atto tra l'EOC e le cliniche S. Anna e Santa Chiara.

Le riflessioni precedenti hanno portato ad esprimere i volumi massimi in punti (*caseload*), aumentando del 15% i dati 2012, aggiustati secondo il metodo esposto al punto 9.1.

I volumi di seguito indicati sono relativi all'attività globale degli istituti e comprendono anche le prestazioni erogate a pazienti confederati e stranieri. Al momento attuale non è possibile limitare l'attribuzione dei volumi per le sole prestazioni erogate a pazienti ticinesi LAMal.

I risultati ottenuti sono i seguenti:

Tabella 10: Volume di prestazioni dal 1° gennaio 2015

	ORLugano	Clinica Luganese	Clinica Sant'Anna	Clinica Ars Medica	Cardiocentro	Ospedale regionale Bellinzona e Valli	Ospedale La Carità di Locarno	Clinica Santa Chiara	Clinica Varini	Ospedale Beata Vergine
Caeload	14'100	5'300	2'500	4'400	6'700	13'100	6'600	2'900	180	6'200

Considerata l'unicità di questa prescrizione cantonale e soprattutto le innumerevoli incognite evidenziate, che possono determinare scostamenti significativi di questi valori, si ritiene indispensabile che al Consiglio di Stato venga delegata la possibilità di apportare adeguamenti dei volumi di prestazioni a livello pianificatorio, sulla scorta dell'evoluzione dei dati storici.

10 Le tappe di implementazione del nuovo elenco ospedaliero

Il nuovo elenco ospedaliero necessiterà di un tempo tecnico di implementazione legato a molteplici fattori, in particolare: la realizzazione degli istituti di cura, l'ottenimento dei requisiti legati ai singoli mandati, il consolidamento dei progetti di collaborazione. Il messaggio governativo che accompagnerà il presente rapporto alla fine della procedura di consultazione delle Conferenze regionali, indicherà le tappe previste, le verifiche ulteriori e gli eventuali aggiornamenti dell'elenco già previsti. Nel messaggio si chiederà inoltre di delegare al Governo la possibilità di apportare autonomamente delle modifiche di importanza relativa alla lista ospedaliera, considerata la complessità del sistema, l'elevato grado di dettaglio che caratterizza la nuova modalità di attribuzione dei mandati e la costante e rapida evoluzione della realtà ospedaliera.

11 Le implicazioni finanziarie

Il nuovo assetto pianificatorio presenta incognite importanti evidenziate nei capitoli precedenti che non permettono di valutare compiutamente le conseguenze finanziarie delle scelte effettuate. In generale si può affermare che l'attività prevista in termini di pazienti trattati e di indice di gravità non dovrebbe in ogni caso diminuire e di conseguenza non è possibile ipotizzare dei risparmi che vanno oltre a quelli generati da una maggiore concentrazione delle specialità multidisciplinari e complesse (economie di scala) e dalle collaborazioni in divenire tra EOC e cliniche S. Anna e S. Chiara, difficili da valutare allo stato attuale. L'obiettivo di questa pianificazione è quello di contenere la spesa sanitaria entro i limiti attuali.

Il DSS ha manifestato a più riprese le proprie preoccupazioni di fronte alla lievitazione della spesa sanitaria avvenuto tra il 2011 e il 2013 (consuntivo provvisorio). Si veda la tabella seguente.

Tabella 11: Evoluzione contributi cantonali per ospedalizzazioni nel e fuori Cantone

Partecipazione cantonale in Mio. CHF	2011	2012	2013 consuntivo provvisorio
Per ospedalizzazioni nel Cantone	199.0	293.8	302.7
		+ 94.8	+ 8.9
Per ospedalizzazioni fuori Cantone	13.2	19.3	23.1
		+ 6.1	+ 3.8
Totale	212.2	313.1	325.8
Indice (2011 = 100)	100	148	154

I limiti d'intervento del Cantone sono dettati dalla LAMal. Da un lato le tariffe sono negoziate tra assicuratori e fornitori di prestazione, dall'altro la libera scelta assicurata al paziente del fornitore di prestazione costa al Cantone parecchi milioni con pochi margini di manovra. La LCAMal permette di ridurre la copertura finanziaria di interventi garantiti anche in Ticino a livello della tariffa più bassa applicata per la stessa prestazione nel Cantone. Questa misura permette un **contenimento** dei costi stimato nell'ordine di circa **un milione di franchi** all'anno.

Si rileva però che l'applicazione dello strumento del contratto di prestazione previsto dalla LCAMal permette di esercitare un controllo della spesa poiché prevede la definizione di volumi ex-ante remunerati a tariffa piena e una remunerazione ai soli costi variabili sui volumi ex-post che superano per due anni consecutivi la soglia del 3%. Se si considerano i

dati di consuntivo 2012, una remunerazione a tariffa piena dei volumi avrebbe comportato per il Cantone un ulteriore **spesa supplementare** di circa **13 milioni di franchi**.³⁸

Per quanto riguarda l'incidenza finanziaria della pianificazione qui presentata, si anticipa quanto descritto nella Seconda parte del rapporto, capitolo 4.5, Istituti di cura.

Come ampiamente descritto nei capitoli precedenti, lo studio sul fabbisogno ha evidenziato per il 2020 una diminuzione sostanziale delle giornate di cura. Questo fatto, coniugato con uno standard elevato di requisiti generali (di qualità e di economicità) e di struttura (logistici e di personale) richiesti agli ospedali, nonché al fabbisogno in aumento di cure post e sub-acute (quindi con ricovero post-ospedaliero, ma anche da domicilio), suggerisce la trasformazione di alcuni istituti ospedalieri somatico-acuti, attualmente operanti secondo l'articolo 39 cpv 1 LAMal, in istituti di cura ai sensi dell'art. 39 cpv 3 LAMal (si veda anche la parte II del rapporto, settore Istituti di cura).

Il fatto che suddetti istituti non saranno più finanziati secondo le regole dell'articolo 39 cpv 1 (45% assicuratori / 55% Cantone), tenuto conto dei pazienti curati finora in questi istituti, del loro indice di gravità e delle tariffe in essere, comporterà per il Cantone un **risparmio** in questo settore valutato in circa **18 milioni di franchi**.

A contare dal 2015, gli oneri finanziari degli istituti di cura, dedotta la partecipazione degli assicuratori malattia e dei pazienti, verranno ripartiti tra Cantone e Comuni secondo le regole valide nel settore. Il fabbisogno è stimato in 270 posti letto (nel 2020). Questo dato costituisce l'aggiornamento della previsione di 105 letti per cure acute e transitorie e soggiorni terapeutici temporanei già inserito nella prima tappa dell'aggiornamento della pianificazione anziani e poi scorporato per essere trattato unitamente alla pianificazione ospedaliera visti i legami sopradescritti. L'onere specifico di gestione a carico di Cantone e Comuni, da contestualizzare per rapporto all'evoluzione della spesa del settore e dei ritardi realizzativi rispetto ai bisogni identificati in sede pianificatoria, può essere valutato entro una forchetta tra 12 e 15 milioni di franchi. Permetterà di rispondere ad esigenze finora non pienamente soddisfatte, con un rafforzamento quantitativo e qualitativo dell'offerta in strutture disponibili senza costi di investimento a carico dei Comuni.

Considerata la partecipazione del Cantone a suddetto finanziamento nella misura del 20% e quindi con **un onere** che si situa **tra 2.4 e 3.0 milioni di franchi**, il **minor onere** per il Cantone potrebbe essere valutato nell'ordine di **quindici milioni di franchi**.

³⁸ Lo strumento del contratto di prestazione con la definizione di un budget globale è utilizzato anche nel Canton Vaud, ma è attualmente messo in discussione dall'iniziativa Bortoluzzi attualmente in discussione alle Camere federali, sull'abolizione dell'articolo 51 LAMal "Stanziamiento globale di bilancio per gli ospedali e le case di cura".

SETTORE RIABILITAZIONE

1 La situazione attuale

La pianificazione attualmente in vigore distingue, per il settore riabilitativo, tre categorie di riabilitazione: muscoloscheletrica, neurologica e cardiologica.

Gli istituti autorizzati ad offrire questo tipo di prestazione sono quattro: Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago, Clinica di riabilitazione di Novaggio, Ospedale Regionale Bellinzona e Valli (ORBV) per le sedi di Faido e Bellinzona.

La tabella seguente riassume i mandati di prestazione ed il numero di letti attualmente autorizzati ad esercitare a carico della LAMal, secondo il Decreto legislativo del 29 novembre 2005.

Tabella 12: Riassunto dei mandati attuali di riabilitazione

Istituti	Numero letti	Riabilitazione Muscolo-scheletrica	Riabilitazione Neurologica	Riabilitazione Cardio-vascolare
Clinica Hildebrand, Brissago	90			
ORBV – sede Bellinzona	4 ¹			
ORBV – sede Faido	25			
Clinica di riabilitazione di Novaggio	60			

¹ Non figurano in modo separato sul DL 29.11.2005, ma sono compresi nei letti ORBV del settore somatico-acuto

Fra i mutamenti che hanno caratterizzato il contesto riabilitativo negli ultimi anni sono da evidenziare due aspetti fondamentali:

1. La diminuzione di posti letto avvenuta fra il 1997 ed il 2006 da 251 a 179 posti letto (-72). Diminuzione dovuta, in particolare, alla chiusura della Clinica Humaine S.A. di Sementina, avvenuta con l'entrata in vigore della precedente pianificazione.
2. L'istituzione, nell'anno 2007, della rete riabilitativa REHA TICINO attraverso un'alleanza strategica siglata tra la Clinica Hildebrand e l'EOC. La rete raggruppa tutti centri e i servizi ai quali la pianificazione ospedaliera cantonale ha attribuito un mandato per la riabilitazione. Attraverso la rete sono stati promossi progetti che sostengono modelli di cura integrata.

E' importante rilevare, prima di procedere alla valutazione dell'attribuzione dei mandati, che a seguito della revisione della LAMal del 2007, il legislatore ha concesso ai Cantoni un nuovo spazio di manovra in questo settore. In effetti, nel settore della riabilitazione (come in quello della psichiatria), la pianificazione può riferirsi alle prestazioni o, come sin'ora, alle capacità. Ciò significa che per la riabilitazione si sarebbe potuto determinare il fabbisogno dei prossimi anni in termini di posti letto. Tuttavia, seguendo l'indirizzo di altri Cantoni, nonché il modello perfezionato dalla GDZH per questo settore, si è ritenuto opportuno proporre una prima determinazione del fabbisogno in termini di prestazioni e non di capacità. L'offerta di prestazioni e quindi la lista ospedaliera è stata per contro tradotta in numero di letti. Si rammenta inoltre che il Tribunale federale nella già ricordata sentenza del 10 luglio 2012 ha confermato l'impostazione della LCAMal la quale prevede che la pianificazione ospedaliera nei vari ambiti debba essere declinata sia in termini di ventaglio di prestazioni, sia di volume massimo (art. 63c LCAMal). Si evidenzia infine che, sul piano federale, sono in corso ulteriori lavori di perfezionamento per proporre anche nel

settore riabilitativo una struttura tariffaria uniforme a livello nazionale basata sulle prestazioni (ST-Reha), analogamente alla struttura SwissDRG realizzata nel settore somatico-acuto.

2 Struttura e previsione del fabbisogno

Anche per la previsione del fabbisogno nel settore riabilitativo è stata utilizzata la metodologia sviluppata dalla GD-ZH che stima il fabbisogno di cure stazionarie riabilitative nel 2020 considerando le cure dispensate nel 2010, l'evoluzione prevista della popolazione fino al 2020 e l'evoluzione attesa dei fattori che incidono sulla domanda di queste cure³⁹.

Il fabbisogno è riferito alla sola popolazione ticinese. Considerando i pazienti ticinesi che si fanno curare oltre Gottardo, si può ritenere che il numero di letti determinato per la copertura del fabbisogno cantonale contenga anche i letti destinati all'accoglienza di pazienti confederati e stranieri.

2.1 Gruppi di prestazioni

L'analisi del fabbisogno e la relativa pianificazione dell'offerta del settore riabilitativo sono state elaborate prendendo in considerazione la categorizzazione stabilita dal Canton Zurigo e già adottata da altri Cantoni svizzeri. In particolare, oltre alle tre categorie di presa in carico già menzionate, sono stati considerati i gruppi di prestazioni di riabilitazione seguenti: polmonare, para-tetraplegici, precoce/a sorveglianza elevata, psicosomatica e internistica-oncologica.

Rispetto alla situazione attuale sono state aggiunte una categoria riabilitativa in base all'organo-sistema (riabilitazione polmonare) e due categorie collegate a competenze cliniche trasversali (riabilitazione psicosomatica e riabilitazione internistica-oncologica). La riabilitazione per persone para e tetraplegiche è da considerarsi come un sottogruppo della riabilitazione neurologica che concerne pazienti che oltre alla riabilitazione intensiva della fase acuta e quella più tardiva delle complicazioni necessitano di trattamenti erogabili durante periodi distribuiti regolarmente su un lungo arco di tempo. I mandati nel settore della riabilitazione precoce/a sorveglianza elevata sono per contro possibili solamente in abbinamento con il corrispondente mandato di prestazione per la riabilitazione organo-specifica.

L'obiettivo è quindi quello di meglio classificare e delimitare le prestazioni di riabilitazione definendo in modo chiaro e univoco le categorie utilizzate. Questo al fine di consentire una migliore presa in carico del paziente fornendo delle cure appropriate e di qualità.

Nel dettaglio la nuova categorizzazione dell'ambito della riabilitazione è la seguente:

³⁹ Fra i fattori d'influenza considerati per la previsione segnaliamo: l'evoluzione demografica e l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento per prestazioni (introduzione ST-Reha). Per maggiori dettagli si rinvia al documento seguente: Dipartimento sanità e socialità (DSS) (2012). *Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino 2010-2020, Riabilitazione (II)*. Bellinzona: DSS (allegato 6).

- riabilitazione muscoloscheletrica
 - riabilitazione cardiovascolare
 - riabilitazione polmonare
 - riabilitazione neurologica
 - riabilitazione per para e tetraplegici
- } RIABILITAZIONE PER ORGANO
- riabilitazione precoce
- solo a supporto della riabilitazione per organo-sistema
- riabilitazione psicosomatica
 - riabilitazione internistica-oncologica
- RIABILITAZIONE TRASVERSALE
(collegata a più competenze cliniche)

2.2 Definizione dei gruppi di prestazioni

I gruppi di prestazioni sono caratterizzati nel modo sotto indicato⁴⁰:

Riabilitazione muscoloscheletrica

La riabilitazione muscoloscheletrica tratta le conseguenze di deficit congeniti o acquisiti legati agli organi posturali e di movimento e le conseguenze di malattie degenerative ed infiammatorie delle articolazioni, della colonna vertebrale e dei tessuti molli.

Riabilitazione cardiovascolare

La riabilitazione cardiovascolare tratta le conseguenze temporaneamente disabilitanti di malattie acute e croniche del sistema cardiovascolare e/o degli interventi chirurgici inerenti il medesimo sistema.

Riabilitazione polmonare

La riabilitazione polmonare tratta soprattutto le conseguenze di malattie croniche delle vie respiratorie inferiori e di altre malattie polmonari che compromettono le capacità fisiche, così come le conseguenze temporaneamente disabilitanti d'interventi di chirurgia toracica. I trattamenti hanno lo scopo di ottimizzare l'autonomia e la *performance* fisica e sociale.

Riabilitazione neurologica

La riabilitazione neurologica tratta tutte le sequele disabilitanti inducibili acutamente o progressivamente da danni o lesioni del sistema nervoso centrale e periferico.

Riabilitazione precoce / a sorveglianza elevata

La riabilitazione precoce/a sorveglianza elevata comprende contemporaneamente la somministrazione delle misure mediche acute necessarie al mantenimento della stabilità clinica e di quelle ad intento riabilitativo di pazienti con un disturbo acquisito acuto della salute che comporta una rilevante disabilità acuta (compromissione della funzionalità). Lo scopo primario è quello di ripristinare le condizioni che favoriscono l'espressione di un potenziale riabilitativo per i successivi trattamenti. Le attività riabilitative precoci/a

⁴⁰ Per una descrizione approfondita dei gruppi di prestazioni rinviamo al Rapporto sul fabbisogno, al modulo d'offerta e al recente documento seguente: H+, Gli Ospedali Svizzeri (2013). *DefReha*[®]. *Riabilitazione ospedaliera: settori speciali & definizioni. Criteri di inclusione e di esclusione per i diversi tipi di riabilitazione. Versione 1.0.* Berna: H+, Gli Ospedali Svizzeri (allegato 17).

sorveglianza elevata, per essere realizzate, devono prevedere la disponibilità di tecnologia diagnostica-terapeutica avanzata e il supporto significativo di competenze medico-specialistiche diversificate (specialista della branca medica di riferimento, specialista della riabilitazione). In linea generale, le affezioni che richiedono l'intervento precoce/a sorveglianza elevata sono riconducibili a gravi lesioni cerebrali, traumi encefalici, mielolesioni, ecc..

Riabilitazione psicosomatica

La riabilitazione psicosomatica tratta malattie e disturbi psichici derivanti o associati a malattie somatiche acute o a carattere cronico-ricorrente. Questa si prefigge di "accompagnare" il percorso di cura stimolando nel malato una maggior consapevolezza dei propri disturbi o della propria malattia, al fine di ripristinare un equilibrio più funzionale di benessere psico-fisico. Al trattamento convenzionale questo tipo di riabilitazione associa tecniche riabilitative psicologiche, ergoterapeutiche, della cosiddetta medicina alternativa ecc.

Questo gruppo di prestazioni ha dato adito a sollecitazioni da parte degli istituti psichiatrici attivi nel nostro Cantone, secondo cui si tratta di prestazioni da integrare in ambito psichiatrico e non riabilitativo.

A tal proposito è utile rilevare che la decisione di integrare questo gruppo di prestazioni è conforme alla classificazione adottata dalla GD-ZH e al documento "DefReha[®]" approvato dal Comitato di H+ il 19 settembre 2013 (vedi allegato 17). Nessuna documentazione o indirizzo nazionale a disposizione giustifica, attualmente, l'esclusione della riabilitazione psicosomatica dall'ambito riabilitativo. Tale decisione non esclude che gli istituti psichiatrici possano continuare a fornire prestazioni che già erogano in base ai codici diagnostici CIM10 (Classificazione Internazionale delle Malattie) del capitolo V. E' evidente che, al momento attuale, una distinzione fra quanto fornito in ambito psichiatrico e in altri ambiti già esiste. Non si tratta quindi di rivoluzionare l'offerta attuale, ma di attribuire, se del caso, quanto già in essere, al fine di una maggiore chiarezza dell'intervento sanitario. È importante rilevare infine che il numero di casi di psicosomatica e di giornate di cura ad esso correlato rimane apparentemente limitato, così come evidenziato nei paragrafi successivi.

Riabilitazione internistica-oncologica

Lo scopo della riabilitazione internistica è il recupero di pazienti affetti da polimorbilità comportante disturbi funzionali, causati da più sindromi, che necessitano un approccio combinato e multidisciplinare⁴¹.

Lo scopo della riabilitazione oncologica è il sostegno – recupero funzionale – di pazienti colpiti da malattie tumorali e/o che soffrono degli effetti dei trattamenti terapeutici specifici (chirurgia, chemioterapia, radioterapia). Viene condotta attraverso un insieme di misure riabilitative associate a interventi sullo stato nutrizionale e sulle difficoltà sociali e psicologiche (intervento psico-oncologico).

Ad ogni singolo gruppo di prestazioni corrisponde una serie di codici definiti tramite la classificazione CIM 10, una serie di criteri di ammissione e la definizione di una presa in carico dal punto di vista medico, terapeutico ed infermieristico (vedi allegato 11 moduli concernenti il Settore della riabilitazione 3.1-3.8)⁴². A questi criteri qualitativi strutturali sono aggiunti una serie di requisiti specifici che devono essere rispettati qualora ad un

⁴¹Questo gruppo di prestazioni contiene unicamente la riabilitazione che non è relativa ad un organo specifico e che non rientra quindi nei gruppi di riabilitazione muscoloscheletrica, cardiovascolare, polmonare e neurologica.

⁴² Vedi modulo d'offerta allegato al presente rapporto (allegato 11.).

istituto sia attribuito un determinato mandato (moduli 6.1-6.8). Tali requisiti sono stati inoltre riaffermati e sviluppati dalla recente pubblicazione di H+ “DefReha[®]” concernente la definizione dei singoli gruppi di prestazioni e i criteri di inclusione e di esclusione per i diversi tipi di riabilitazione (allegato 17).

2.3 Previsione per il fabbisogno di cure 2020

I principali risultati sul fabbisogno 2020 nel settore della riabilitazione sono riassunti nella tabella seguente.

Per il 2020 si stima un incremento dei casi pari al 43.9% e un aumento delle giornate di cura pari al 28.9%.

Tali incrementi sono riconducibili in parte all’evoluzione demografica prevista fino al 2020 ed in parte allo spostamento di casi presi in carico oggi nel settore acuto.

Il modello prevede altresì che la durata media di degenza subisca una diminuzione del 10.4%, passando dagli attuali 28.6 giorni agli attesi 25.6.

Tabella 13: Principali dati di previsione del fabbisogno 2020, Cantone Ticino

	2010	2020	
		Scenario principale	
Tasso di ospedalizzazione (10'000)	60	82	+36.9%
Casi	2'029	2'919	+43.9%
Durata media di degenza	28.6	25.6	-10.4%
Giornate di cura	58'036	74'781	+28.9%
Giornate di cura ogni 10'000 abitanti	1'715	2'104	+22.6%

Suddividendo i dati principali nei singoli gruppi di prestazioni la previsione del fabbisogno 2020 è rappresentata nella tabella sottostante:

Tabella 14: Previsione del fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)

	Casi			DMD			GC		
	2010	2020	%	2010	2020	%	2010	2020	%
Muscoloscheletrica	1'351	1'836	+36%	23.3	21.5	-8%	31'480	39'500	+25%
Neurologica	468	549	+17%	43.7	40.3	-8%	20'442	22'137	+8%
Cardiovascolare	43	120	+179%	25.5	23.7	-7%	1'097	2'838	+159%
Polmonare	18	123	+583%	23.2	23.9	+3%	417	2'938	+605%
Internistica - oncologica	103	169	+64%	27.8	25.4	-9%	2'865	4'298	+50%
Psicosomatica	6	62	+933%	22.0	15.8	-28%	132	980	+642%
Altro	40	60	+50%	40.1	34.8	-13%	1'603	2'090	+30%
Totale	2'029	2'919	+44%	28.6	25.6	-10%	58'036	74'781	+29%

Da rilevare che lo studio sul fabbisogno non ha preso in considerazione due gruppi di prestazioni menzionati nel capitolo precedente: la riabilitazione dei pazienti para- e tetraplegici (i cui pazienti sono inglobati nella categoria della riabilitazione neurologica) e la riabilitazione precoce / a sorveglianza elevata (gruppo di prestazioni che può essere offerto, si ricorda, solo in abbinamento con il corrispondente mandato per la riabilitazione organo-specifica).

Nel dettaglio si evidenziano le considerazioni seguenti:

Numero di pazienti

L'aumento previsto di 890 casi non è ripartito in modo omogeneo tra i gruppi principali di prestazioni. Si rileva in particolare un aumento importante, in termini assoluti, dei casi relativi alla riabilitazione muscoloscheletrica, che passeranno da 1'351 a 1'836 casi. Per il 2020 si prevede che il maggior numero (oltre l'80%) di pazienti di riabilitazione necessiterà, come oggi, di cure di riabilitazione muscoloscheletrica o neurologica.

Giornate di cura

Complessivamente nel 2020 è stimato un aumento di 16'745 giornate di cura. L'incremento più rilevante, pari a 8'020 giornate di cura in termini assoluti, è attribuito al gruppo di prestazioni concernente la riabilitazione muscoloscheletrica.

Durata media di degenza

La durata media di degenza globale registra, in termini assoluti, una diminuzione pari a tre giorni. Per tutti i gruppi di prestazioni, eccezion fatta per la riabilitazione polmonare (+0.7 giornate cura), sono stimate delle diminuzioni della durata media di degenza. La diminuzione più importante (-6.2 giornate di cura) è ipotizzata per la riabilitazione psicosomatica.

Da rilevare che questa diminuzione importante della degenza media è da attribuire, in particolar modo, alla prevista entrata in vigore del nuovo sistema di finanziamento per prestazioni (ST-Reha), il quale comporterebbe una riduzione della degenza media del 7.5% (da 28 a 25 giorni).

In sintesi, rispetto alla situazione attuale la previsione del fabbisogno di cure 2020 evidenzia un incremento dei casi (+44%) e delle giornate di cura (+29%) e invece una diminuzione della durata media di degenza (-10%). L'aumento del 29% delle giornate di cura si traduce nella necessità di ca. 50 posti letto supplementari.

Da rilevare infine che l'aggiornamento dei dati sui pazienti effettuato sulla base della statistica medica federale 2012 evidenzia un leggero aumento del numero di casi, ciò che conferma le previsioni di crescita risultanti dallo studio sul fabbisogno. Pure la degenza media registra una leggera crescita, passando da 28.68 giornate nel 2010 a 29.32 giornate nel 2012. Considerato che lo studio sul fabbisogno ipotizza una diminuzione, sarà importante monitorare l'evoluzione dei prossimi anni al fine di comprendere l'andamento effettivo di tale indicatore, in particolare dopo l'entrata in vigore del nuovo sistema di finanziamento.

3 Procedura di sollecitazione dell'offerta

Sulla base di quanto precede, per la fase di attribuzione dei mandati, la Commissione della pianificazione sanitaria ha ritenuto opportuno, anche per il settore della riabilitazione e sull'esempio di altri Cantoni trasmettere a tutti gli istituti già attivi in ambito LAMal (art. 39 cpv. 1) i moduli di offerta, debitamente tradotti, allestiti dal Canton Zurigo⁴³. Questa procedura è stata scelta in quanto garante di una maggior trasparenza, dando modo di stabilire requisiti di qualità chiari e precisi a cui i diversi istituti dovranno attenersi.

3.1 Modulo d'offerta

Il modulo d'offerta (vedi allegato 11) è stato trasmesso agli istituti in data 27 maggio 2013, per essere in seguito inoltrato debitamente compilato alla Divisione della salute pubblica entro il 21 giugno 2013. Tutti gli istituti hanno rispettato la scadenza assegnata.

Come già ribadito nei paragrafi precedenti i gruppi di prestazioni presi in considerazione dal modulo d'offerta sono sette: 1) riabilitazione muscoloscheletrica, 2) riabilitazione neurologica, riabilitazione per i pazienti para e tetraplegici, 3) riabilitazione cardiologica, 4) riabilitazione polmonare, 5) riabilitazione internistico-oncologica, 6) riabilitazione psicosomatica e 7) riabilitazione precoce / a sorveglianza elevata.

Il modulo d'offerta è stato articolato in cinque capitoli:

1. informazioni generali
2. definizione dettagliata dei gruppi di prestazioni (malattia determinante, sequele della malattia, criteri d'ammissione, necessità di cure mediche, terapeutiche, infermieristiche)
3. informazioni generali dell'istituto ospedaliero
4. requisiti generali che il fornitore di prestazione deve possedere per essere inserito nell'elenco (obbligo d'ammissione, requisiti di qualità, dati di attività, dati contabili)
5. requisiti specifici da ottemperare per la fornitura di singoli gruppi di prestazioni.

Come nell'ambito somatico-acuto gli istituti sono stati informati che l'adempimento dei requisiti non avrebbe comportato automaticamente il diritto all'ottenimento del mandato.

⁴³Il modulo d'offerta è allegato al presente rapporto (allegato 11.).

3.2 Riassunto delle candidature ricevute

Dieci istituti hanno inoltrato la propria candidatura per l'ottenimento di almeno un mandato in ambito riabilitativo. Oltre ai quattro istituti che attualmente dispongono di un mandato di riabilitazione muscoloscheletrica, vale a dire la Clinica di riabilitazione di Novaggio, l'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli con le due sedi di Faido e Bellinzona e la Clinica Hildebrand di Brissago, quest'ultima già al beneficio anche del mandato in riabilitazione neurologica, vi sono state delle candidature per più ambiti da parte di cliniche e istituti oggi non attivi in ambito riabilitativo e più precisamente:

- Cardiocentro Ticino (CCT): riabilitazione cardiologica
- Clinica Santa Chiara: riabilitazione muscoloscheletrica
- Clinica Varini, Clinica Viarnetto, Ospedale Malcantonese, Clinica Santa Croce: riabilitazione psicosomatica
- Ospedale Malcantonese: riabilitazione polmonare
- Clinica Luganese e Clinica Santa Chiara: riabilitazione internistica-oncologica
- Clinica Luganese e Clinica Santa Chiara: riabilitazione precoce

Si rileva che tutti gli istituti già attivi in ambito riabilitativo hanno postulato per l'ottenimento di più gruppi di prestazioni. Si evidenzia inoltre che l'EOC ha rinunciato ai propri letti di riabilitazione cardiovascolare a sostegno di un nuovo progetto per la creazione di un servizio di riabilitazione cardiovascolare-polmonare sotto l'egida di REHA-TICINO unitamente al CCT (vedi capitolo 4.).

La tabella seguente mostra la sintesi delle candidature pervenute.

Tabella 15: Riassunto candidature riabilitazione

Gruppi di prestazioni	Istituti di riabilitazione			Istituti somatico-acuti				Istituti psichiatrici		
	EOC Novaggio	EOC Faido	Hildebrand	Varini	Clinica Luganese	S. Chiara	CCT	Malcantonese	Viarnetto	S. Croce
Riabilitazione neurologica										
Riabilitazione per para- e tetraplegici										
Riabilitazione muscoloscheletrica										
Riabilitazione cardiovascolare										
Riabilitazione polmonare										
Riabilitazione internistica-oncologica										
Riabilitazione psicosomatica										
Riabilitazione precoce										

4 Procedura di valutazione e di attribuzione dei mandati

Due sono stati i criteri principali alla base della valutazione:

- l'adempimento dei criteri d'affiliazione imposti dalla rete di competenza REHA TICINO e l'adesione alla stessa e

- la gestione autonoma, dal punto di vista delle infrastrutture, dell'attività, dell'organizzazione e anche a livello contabile, nel caso in cui un istituto fosse già attivo nel settore somatico-acuto. Questo in ragione delle particolarità di presa in carico che contraddistinguono l'approccio riabilitativo.

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), con "riabilitazione" si intende *l'insieme di interventi che mirano al sostegno di una persona con disabilità come processo finalizzato per consentirgli di raggiungere e mantenere il suo ottimale livello funzionale fisico, sensoriale, intellettuale, psicologico e sociale (occupazionale ed educativo)*. In questo senso la riabilitazione si preoccupa di fornire alle persone con disabilità gli strumenti di cui hanno bisogno per raggiungere o mantenere la quota più elevata di autosufficienza e di auto-determinazione.

Da un punto di vista strettamente operativo si tratta di "un processo multidisciplinare di soluzione dei problemi e di educazione", nel corso del quale a vario titolo, all'interno di un *setting* clinico specifico (settore della medicina riabilitativa), i professionisti possono accompagnare progressivamente il soggetto portatore di una condizione di disabilità acuta o cronicamente acquisita a raggiungere o mantenere il miglior livello funzionale di vita possibile sul piano fisico (somatico), sociale ed emozionale.

Tenendo sempre in debita considerazione *sia la menomazione anatomico-fisiologica che le barriere o le facilitazioni del contesto sociale e ambientale di riferimento del soggetto stesso*, il processo riabilitativo è altrettanto efficace se può garantire al soggetto, pur nell'ambito della sua condizione di menomazione, la minor restrizione possibile nelle sue scelte operative di attività e partecipazione, nel rispetto della quantità e della qualità delle risorse disponibili. Per tutti questi motivi, specialmente nelle condizioni più gravi e interattivamente complesse di disabilità, il coinvolgimento della famiglia del paziente o di quanti sono a lui più vicini rappresenta un elemento imprescindibile dell'*outcome* (successo) clinico globale.

Ne deriva che l'intervento riabilitativo, qualunque sia la sua natura, per organo o trasversale, è caratterizzato da un intervento clinico multidisciplinare teso a risolvere specifici problemi, anche attraverso interventi educativi-comportamentali, per limitare o eliminare una disabilità temporanea o permanente. Per riuscire in questo intento è quindi necessario ricondursi all'esperienza di diversi professionisti quali: medici riabilitatori, personale curante, fisioterapisti, ergoterapisti, logopedisti, neuro-psicologi, assistenti sociali, ortotecnici, educatori, ecc., che devono operare in modo coordinato per il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico prefissato a breve, medio e lungo periodo. Il gruppo di "professionisti della riabilitazione" partecipa così attivamente alla programmazione dei diversi interventi di natura sanitaria e sociale. Si tratta quindi, di un gruppo interprofessionale e multiprofessionale che condivide valori e interagisce per obiettivi per il tramite dell'approccio comune dato dal modello di riferimento dell'ICF⁴⁴, ovvero il modello scientifico di riferimento alla disabilità approvato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e in uso nei centri di riabilitazione operativi nel Cantone.

Di conseguenza l'attività di riabilitazione è un'attività complessa che richiede un team di professionisti affiatati che comunicano e condividono obiettivi terapeutici e attività specifiche per un determinato paziente per il tramite anche di riunioni d'équipe regolari.

Le valutazioni sono state eseguite sulla base dei criteri elaborati dal modulo d'offerta che definisce indicatori di struttura, processo e risultato in ambito qualitativo e analizza, per

⁴⁴Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della salute (OMS, 2001) <http://www.who.int/classifications/icf/en/>

ogni gruppo di prestazioni, una serie di caratteristiche che devono essere ottemperate al fine di ottenere il mandato.

4.1 Criteri di valutazione generali e specifici

Sulla base del fabbisogno stabilito per il 2020 e delle candidature inoltrate, la Commissione ha adottato i seguenti criteri di valutazione:

- mantenimento e rafforzamento della rete REHA TICINO nel suo assetto attuale;
- non estensione a nuovi istituti dei mandati di riabilitazione, in ragione della specificità del settore e della necessità di disporre di un'esperienza pluriennale di lavoro multidisciplinare di coordinamento tra i vari professionisti;
- adempimento dei criteri di riferimento per singolo gruppo, come descritto dal modulo d'offerta;
- rispetto dei requisiti generali e specifici di qualità stabiliti a livello nazionale e dei parametri per specialità emanati da SWISS REHA e REHA TICINO.

Ne è derivata la seguente proposta di assegnazione dei mandati per la riabilitazione dal 1. gennaio 2015:

Tabella 16: Proposta di assegnazione mandati riabilitazione

Gruppi di prestazioni	EOC Novaggio	Ospedale Regionale Bellinzona e Valli Sede Faido	Clinica Hildebrand
Riabilitazione neurologica			
Riabilitazione per para- e tetraplegici			
Riabilitazione muscoloscheletrica			
Riabilitazione cardiovascolare			
Riabilitazione polmonare			
Riabilitazione internistica-oncologica			
Riabilitazione psicosomatica			
Riabilitazione precoce			

Il numero di letti totale è così proposto:

Clinica Hildebrand di Brissago 90 + 15 = 105
letti

Ente Ospedaliero Cantonale

- Clinica di riabilitazione di Novaggio 60 + 15 = 75 letti
- Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (sede di Faido) 25 + 0 = 25 letti
- Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (sede di Bellinzona) 4 - 4 = 0 letti

Il numero di letti totale è potenziato dai 179 attuali a 205 dal 1° gennaio 2015. Le due strutture che vedrebbero incrementati i posti letto hanno la disponibilità e la capacità di assorbire questo aumento. Un successivo approfondimento, in relazione a un monitoraggio periodico del fabbisogno, sarà effettuato nei prossimi anni. In particolare sarà valutata la possibilità di aumentare la capacità ricettiva dell'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, sede di Faido nell'ambito riabilitativo, segnatamente dopo l'entrata in funzione del previsto istituto di cura ad Acquarossa.

Il mandato di prestazioni concernente la riabilitazione muscoloscheletrica è stato attribuito a tutti gli istituti già attivi nel settore, in ragione del numero elevato di pazienti e dell'evoluzione del fabbisogno.

Gli altri mandati sono stati conferiti in funzione delle competenze già presenti nelle singole strutture, delle risorse strutturali e del rispetto di criteri di qualità definiti a livello cantonale, nazionale e internazionale. In particolare il mandato di riabilitazione precoce è stato attribuito alla sola clinica Hildebrand in ragione del suo legame con la riabilitazione neurologica (nel 95% dei casi trattati).

Il criterio di distribuzione geografica è stato tenuto in debita considerazione attribuendo 15 letti supplementari alla Clinica di riabilitazione di Novaggio. Infatti, durante la procedura di consultazione dei membri della Commissione di pianificazione sanitaria e degli istituti già attivi nel settore della riabilitazione è stato segnalato un certo squilibrio regionale nella distribuzione dei posti letto ed emerso un fabbisogno non coperto nella regione del Sottoceneri, colmato con la proposta menzionata.

L'attribuzione di un mandato di riabilitazione cardiovascolare e polmonare è al momento in fase di valutazione. L'attività di riabilitazione cardiovascolare stazionaria è offerta oggi presso l'OSG e fuori Cantone. Tuttavia, il numero esiguo di casi trattati rende problematico il mandato specifico a un istituto, in quanto difficilmente sostenibile dal punto di vista delle risorse e competenze necessarie. Appare inoltre opportuno attenersi al criterio d'attribuzione di "istituto a gestione autonoma" (Si veda l'introduzione al capitolo 4). Anche il settore della riabilitazione polmonare stazionaria è caratterizzato da una casistica oggi numericamente esigua. Ciò rende problematica l'attribuzione di mandato di prestazione specifico. Si deve ricordare che da molti anni è disponibile presso l'Ospedale di Castelrotto la fisioterapia respiratoria specialistica. L'istituto vanta in quest'ambito un'importante esperienza, ma l'organizzazione sanitaria non è oggi conforme al modello ICF come descritto nell'introduzione al capitolo 4. Pertanto, l'attribuzione di questi due mandati resta, per il momento, subordinato alla presentazione ed alla valutazione di un progetto congiunto fra tre istituti che si sono proposti per l'erogazione di tali prestazioni (REHA TICINO attraverso l'Ente Ospedaliero Cantonale e la Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago e il Cardiocentro Ticino). Tale studio di fattibilità dovrà essere sottoposto al DSS entro fine novembre 2014.

Per le riabilitazioni "trasversali" è stato proposto d'attribuire la riabilitazione internistica-oncologica alla Clinica di Riabilitazione di Novaggio per le competenze già in essere nella struttura e l'adempimento dei criteri definiti nel modulo d'offerta; lo stesso dicasi per la riabilitazione psicosomatica assegnata alla Clinica Hildebrand. Per queste due discipline sarà necessario tuttavia, monitorarne nel tempo l'evoluzione, in quanto i dati utilizzati per stimare il fabbisogno al 2020 potrebbero essere sottostimati, perché estrapolati dal settore somatico-acuto.

4.2 La valutazione del criterio di economicità

Per quanto attiene al criterio dell'economicità è importante sottolineare come il settore della riabilitazione in Ticino conosce un'offerta limitata a due soli enti (EOC e Clinica Hildebrand), i quali da un lato offrono prestazioni in parte diverse, d'altro lato operano in collaborazione all'interno della rete Reha Ticino. Evidenziati i limiti di un confronto a seguito dell'assenza di una struttura tariffale uniforme per la riabilitazione, tenuto conto dell'esiguo numero di fornitori di prestazioni e preso atto della parziale diversità delle prestazioni offerte così come della collaborazione in rete, se ne deduce che il criterio di economicità non può giocare un ruolo determinante nella valutazione e nella scelta dell'offerta riabilitativa da assicurare con la nuova pianificazione ospedaliera 2015.

Un confronto fra tariffe è comunque possibile e fornisce due indicazioni utili. Da un lato, le tariffe 2013 dei due istituti (negoziate, sottoposte alla Sorveglianza dei prezzi che ha rinunciato ad una raccomandazione ed approvate dall'Autorità cantonale) mostrano una differenza per la riabilitazione muscolo-scheletrica inferiore al 9%. D'altro lato, un raffronto intercantonale evidenzia nuovamente la buona concorrenzialità dei prezzi ticinesi.

Anche per la riabilitazione si può quindi concludere che l'economicità delle prestazioni non rappresenta un criterio di selezione ai fini della pianificazione ospedaliera 2015. Un riesame periodico si impone.

4.3 Elenco ospedaliero 2015

Sulla base di quanto precede l'elenco ospedaliero per il Canton Ticino 2015 nel settore della riabilitazione è stato approvato in data 5 dicembre 2013 con 14 voti a favore e un astenuto ed è contenuto nell'allegato 2b.

SETTORE PSICHIATRIA

1 Situazione attuale

La pianificazione attualmente in vigore distingue, per il settore della psichiatria, due categorie di presa in carico: la psichiatria generale e la psichiatria per pazienti ammessi in regime coatto, vale a dire imposto per decisione medica o dell'autorità competente, contro la volontà del paziente.

Gli istituti autorizzati ad offrire delle prestazioni in ambito psichiatrico nel Cantone sono quattro: la Clinica Psichiatrica Cantonale, la Clinica Viarnetto, la Clinica Santa Croce e l'Ospedale Malcantonese.

La tabella seguente riassume i mandati di prestazione e il numero di letti autorizzati per l'esercizio a carico della LAMal, secondo il Decreto legislativo del 29 novembre 2005.

Tabella 17: Mandati attuali di psichiatria

Istituti	Numero letti	Mandato di psichiatria	Mandato di psichiatria con letti per ricoveri coatti
Clinica Psichiatrica Cantonale	155		
Clinica Viarnetto - Lugano	45		
Clinica Santa Croce – Orselina	80		
Ospedale Malcantonese - Castelrotto	26		

Le particolarità che contraddistinguono il processo pianificatorio del settore psichiatrico sono essenzialmente quattro:

- la necessità di far convergere due processi pianificatori distinti, ossia la pianificazione sociopsichiatrica cantonale ai sensi della Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) e la pianificazione ospedaliera ai sensi della LAMal. Benché separate e nemmeno sovrapponibili le due pianificazioni s'intersecano e devono essere coordinate. In questo senso, gli elementi della pianificazione sociopsichiatrica in essere (2009-2012) costituiscono un riferimento da tener presente anche in questo rapporto. Viceversa, l'aggiornamento della pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017 recentemente approvata dal Consiglio di Stato e trasmessa al Gran Consiglio per i prossimi anni ha considerato la determinazione del fabbisogno di cure psichiatriche stazionarie, qui proposta⁴⁵.
- La necessità di prendere in considerazione la presa in carico ambulatoriale. Quest'ultima, come esposto nei paragrafi seguenti, incide in modo sensibile sul settore psichiatrico residenziale. Più precisamente, lo sviluppo di una presa in carico ambulatoriale conforme ai bisogni della popolazione concorre alla riduzione della necessità di ospedalizzazione e della durata di degenza. Questi fattori sono stati considerati dal Consiglio psicosociale cantonale (CPSC) nell'elaborazione della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale che al proposito prevede un potenziamento

⁴⁵ Consiglio di Stato, Dipartimento della sanità e della socialità, Divisione della salute pubblica (2013). *Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017*. Mendrisio: Laboratori Offset e Legatoria OSC/CARL: pp.20-25.; Messaggio 6895 del 23.12.2013.

degli effettivi dei Servizi psicosociali per adulti (SPS) ed una nuova modalità per la presa in carico ambulatoriale dell'utenza psicogeriatrica nonché una nuova offerta di presa in carico intensiva tra CPC e territorio per i pazienti con un numero elevato di ammissioni e/o con una degenza eccessivamente lunga (*heavy use*).

- Il margine di manovra che il legislatore federale ha concesso ai Cantoni riguardo alla pianificazione in questo settore. In effetti, nel settore della psichiatria (come della riabilitazione), la pianificazione può riferirsi alle prestazioni o, come sin d'ora, alle capacità. Ciò significa che per la psichiatria la determinazione del fabbisogno da coprire nei prossimi anni può ancora essere definita in termini di posti letto. Tuttavia, seguendo l'indirizzo di altri Cantoni, e il modello perfezionato dalla GD-ZH per questo settore, si è ritenuto opportuno sviluppare lo studio del fabbisogno in termini di prestazioni e non di capacità. L'offerta di prestazioni e quindi l'elenco ospedaliero proposto è stata poi tradotta in numero di letti.
- Si evidenzia infine che, sul piano federale, sono in corso i lavori di perfezionamento per realizzare anche nel settore dell'assistenza psichiatrica stazionaria un sistema tariffario legato alle prestazioni uniforme a livello nazionale (TARPSY), analogamente alla struttura SwissDRG realizzata nel settore somatico-acuto.

2 Struttura e previsione del fabbisogno

Anche per la previsione del fabbisogno nella cura psichiatrica stazionaria è stata applicata la metodologia sviluppata dal Canton Zurigo. Questa stima il fabbisogno di cure stazionarie psichiatriche nel 2020 partendo dalle cure dispensate nel 2010. In particolare, il modello previsto dalla GD-ZH considera lo sviluppo demografico e il fattore economico relativo al cambiamento del metodo di finanziamento previsto per il 2018 nell'ambito delle cure stazionarie psichiatriche. Quest'ultimo è stato considerato come il fattore determinante che inciderà in particolare sulla durata media di degenza prevista per il 2020⁴⁶. È importante rilevare che il Canton Zurigo, effettuando le previsioni per la psichiatria per il Canton Ticino, non ha riprodotto semplicemente il suo modello, ma lo ha adattato alle condizioni e alle peculiarità esistenti nel settore delle cure psichiatriche stazionarie e ambulatoriali del nostro territorio. In particolare, in considerazione dell'offerta e della tipologia di presa in carico ambulatoriale, per il Ticino, diversamente dal Canton Zurigo, non è stata considerata l'incidenza di una maggiore ambulatorizzazione delle cure. Il modello applicato alla realtà ticinese non ha quindi preso in considerazione l'insieme delle ipotesi formulate per l'elaborazione del fabbisogno 2020 nel Canton Zurigo, ma ha ritenuto un numero limitato di fattori.

2.1 Gruppi di prestazioni

L'analisi del fabbisogno e la conseguente pianificazione in ambito psichiatrico è stata effettuata suddividendo i pazienti presi in carico in otto gruppi di prestazioni in base alla principale patologia psichiatrica diagnosticata. Per ottenere una maggiore precisione al modello predittivo del fabbisogno i pazienti sono stati ulteriormente suddivisi in cinque classi di età, come riportato nella tabella 18.

Gli otto gruppi di prestazioni psichiatriche sono derivati dai gruppi diagnostici del capitolo V (Disturbi psichici e comportamentali, codici F 00 – F 99) della Classificazione

⁴⁶ Per maggiori dettagli si rinvia al documento seguente: Dipartimento sanità e socialità (DSS) (2012). *Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino, 2010-2020, Settore psichiatria (III)*. Bellinzona: DSS (allegato 6)

Internazionale delle Malattie (CIM-10) corrispondente alla diagnosi principale di dimissione dei pazienti. Il risultato complessivo di queste suddivisioni è rappresentato nella tabella seguente:

Tabella 18: Gruppi di prestazioni e classi di età utilizzati nel modello di previsione del fabbisogno

ICD-10	0-17	18-39	40-59	60-79	80+
F0 Disturbi organici					
F10 Alcol					
F11-F19 Droghe					
F2 Schizofrenia					
F3 Disturbi dell'umore (affettivi)					
F4 Disturbi nevrotici					
F6 Disturbi della personalità					
F50-F99 Altro					

Il gruppo "F50-F99 Altro" comprende: sindromi comportamentali associate a disfunzioni fisiologiche ed a fattori fisici (F5), ritardo mentale (F7), disturbi dello sviluppo psicologico (F8), disturbi comportamentali e della sfera emozionale con esordio abituale nell'infanzia e nell'adolescenza (F9) nonché i pazienti con altre diagnosi principali.

2.2 Previsione del fabbisogno di cure 2020

I principali risultati sul fabbisogno d'assistenza psichiatrica stazionaria sono riassunti nella tabella seguente. Per il 2020 è atteso un incremento del numero dei casi pari all'8% e una riduzione delle giornate di cura pari all'8.9%. L'incremento dei casi è riconducibile alla crescita demografica del 5.1% ed al conseguente aumento del tasso di ospedalizzazione dell'2.8%. La diminuzione delle giornate di cura è generata da una riduzione della degenza media complessiva stimata al 15.7%.

Tabella 19: Principali dati di previsione del fabbisogno 2020, Cantone Ticino

	2010	2020	
		Scenario principale	
Tasso ospedalizzazione (ogni 10'000 abit.)	70.4	72.3	2.81%
Casi	2'380	2'571	8.03%
Degenza media	40.6	34.2	-15.65%
Giornate di cura	96'569	87'989	-8.88%
Giornate di cura / 10'000 abitanti	2'854	2'475	-13.29%

Questi risultati globali sono tuttavia da interpretare considerando gli otto gruppi diagnostici psichiatrici ripartiti nelle cinque classi di età evidenziate.

Per ognuno degli otto gruppi diagnostici l'evoluzione attesa per il 2020 per i principali indicatori del fabbisogno di cura è la seguente:

Tabella 20: Previsione del fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)

	Casi			DDM			GC		
	2010	2020		2010	2020		2010	2020	
F0 Disturbi organici	45	63	+40%	66.2	51.8	-22%	2'980	3'266	+10%
F10 Alcol	220	240	+9%	31.4	24.0	-24%	6'913	5'754	-17%
F11-F19 Droghe	205	208	+1%	37.1	28.5	-23%	7'609	5'923	-22%
F2 Schizofrenia	529	550	+4%	51.0	42.2	-17%	26'981	23'186	-14%
F3 Disturbi dell'umore (affettivi)	665	729	+10%	43.3	38.3	-11%	28'788	27'932	-3%
F4 Disturbi nevrotici	303	342	+13%	34.6	31.4	-9%	10'481	10'738	+2%
F6 Disturbi della personalità	318	325	+2%	31.7	26.2	-17%	10'087	8'518	-16%
F50-F99 Altro	95	114	+20%	28.7	23.4	-18%	2'730	2'672	-2%
Totale	2'380	2'571	+8%	40.6	34.2	-16%	96'569	87'989	-9%

Si evidenzia, in termini percentuali, un aumento importante di casi (+40%) per il gruppo F0 relativo ai disturbi organici e cioè quei disturbi in cui si presentano anomalie psicologiche e comportamentali associate a danni cerebrali, transitori o permanenti. Un disturbo organico molto frequente è la "demenza", che costituisce la sintomatologia tipica di molte malattie, come quella di Alzheimer. Un aumento più moderato caratterizza per contro gli altri gruppi di prestazioni. Relativamente alla degenza media, come anticipato, si ipotizza una diminuzione dei tempi di ricovero consistente in tutti i gruppi diagnostici. La diminuzione più importante è attesa per i disturbi legati all'uso/abuso di alcol (F10), mentre quella più limitata (ma pur sempre rilevante) è prevista per i disturbi nevrotici (F4), cioè quella vasta gamma di disturbi psicologici che possono compromettere l'adattamento sociale dell'individuo e la sua capacità di distinguere tra realtà esterna e realtà interna.

La variazione delle giornate di cura si differenzia tra i singoli gruppi diagnostici. In particolare, il numero di giornate di cura diminuisce in maniera importante per il gruppo diagnostico relativo ai disturbi psichici e del comportamento dovuto all'uso di droghe (F11-F19), per quelli conseguenti all'uso/abuso di alcol (F10) e per i disturbi della personalità (F6) ossia quei disturbi patologici dovuti alla presenza esasperata e rigida dell'insieme delle caratteristiche, o tratti stabili, che rappresentano il modo con il quale ciascun individuo risponde, interagisce, percepisce e pensa a ciò che gli accade (es. disturbo della personalità narcisistico, schizoide, borderline, istrionico, ecc.)

Vi sono poi gruppi diagnostici il cui numero di giornate di cura diminuisce in maniera minima, o addirittura cresce, come nel caso dei disturbi organici (F0) e dei disturbi nevrotici (F4). Le valutazioni effettuate si riferiscono alle variazioni di percentuali. In termini assoluti si rileva l'aumento di casi per i disturbi dell'umore (F3 = +64 casi), mentre per la degenza media e le giornate di cura un aumento consistente è stimato per la schizofrenia e cioè quel disturbo mentale grave, complesso e spesso disabilitante perchè le persone affette da questa malattia hanno difficoltà ad articolare i pensieri; questa condizione li porta ad avere allucinazioni, deliri, pensieri disarticolati nonché comportamenti ed eloquio inusuali (F2 = +8.8 giorni di durata di degenza media e +3'795 giornate di cura).

Per quel che concerne la suddivisione in classi d'età è importante rilevare che, in ragione dell'invecchiamento della popolazione il numero di pazienti anziani aumenterà. Per la categoria 80+ (anche se comprende pochi casi) è attesa una crescita del 70%, per la categoria 60-79 l'incremento è valutato a +21%. Per la classe d'età 40-59 si prevede un

aumento relativamente contenuto, mentre per le due categorie al di sotto dei 39 anni si stima la stabilità o una diminuzione del numero di casi. Allo stato attuale (dati 2010) l'80 % circa dei pazienti ha meno di 60 anni.

La degenza media subirà un'importante flessione in tutte le fasce di età.

Da quanto evidenziato deriva una forte diminuzione delle giornate di cura per la fascia d'età compresa fra i 18 ed i 39 anni (-21%) ed una crescita del 36% per la fascia 80+.

Tabella 21: Previsione del fabbisogno 2020 per classe di età, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)

	Casi			DDM			GC		
	2010	2020		2010	2020		2010	2020	
0-17	17	17	+0%	38.1	34.2	-10%	648	582	-10%
18-39	795	771	-3%	37.5	30.5	-19%	29'783	23'482	-21%
40-59	1'066	1'147	+8%	40.8	34.5	-16%	43'518	39'518	-9%
60-79	445	539	+21%	46.4	40.2	-13%	20'628	21'694	+5%
80+	57	97	+70%	34.9	28.0	-20%	1'992	2'713	+36%
Totale	2'380	2'571	+8%	40.6	34.2	-16%	96'569	87'989	-9%

In sintesi, per quel che concerne la previsione del fabbisogno di cure 2020 si rileva dunque un aumento del numero dei casi dell'8%, una riduzione della degenza media complessiva del 16% e una diminuzione globale delle giornate di cura pari al 9% rispetto alla situazione attuale.

Infine, è utile evidenziare che, prendendo in considerazione l'aggiornamento dei dati sui pazienti (statistica medica federale 2012) nel settore della psichiatria nel 2012 si è assistito a un aumento del numero di casi più importante di quello atteso nel modello. L'analisi dei dati ha però rivelato che ciò non è dovuto a un aumento del numero di pazienti, ma ad un incremento delle ospedalizzazioni degli stessi pazienti. Si è pure osservata una significativa contrazione della durata media di degenza, la quale è passata da 40.84 giornate nel 2010 a 39.17 giornate nel 2012 confermando in tal senso le previsioni dello studio sul fabbisogno.

2.3 Considerazioni dell'Associazione delle Cliniche Private (ACPT) concernenti lo studio sul fabbisogno

Il risultato del rapporto sul fabbisogno è stato presentato in data 2 ottobre 2013 agli istituti attivi in ambito psichiatrico. A seguito di questo incontro l'Associazione delle Cliniche Private Ticinesi (ACPT) ha espresso con lettere, rispettivamente del 16 ottobre 2012 e del 6 febbraio 2013, alcune perplessità. Oltre a delle osservazioni puntuali, due sono le problematiche evidenziate:

- le giornate di cura attese per il 2020 sono ritenute poco verosimili, nella realtà operativa non è constatata una diminuzione del fabbisogno, ma al contrario le cliniche riferiscono di essere spesso confrontate con liste di attesa;
- la diminuzione prospettata della degenza media, soprattutto per le patologie psichiatriche a andamento cronico, può provocare il fenomeno della cosiddetta "portagirevole" o ri-ospedalizzazione che destabilizza e tende a cronicizzare la patologia. Questo

nonostante recenti studi dell'OBSAN⁴⁷ riferiscano che “[...] *Il fatto che gli intervalli tra i ricoveri tendano ad allungarsi e che la maggior parte dei pazienti lasci la clinica in modo duraturo dopo un episodio isolato, permette di concludere che nella psichiatria stazionaria svizzera il fenomeno della “porta girevole” non è rilevante.*”

Il DSS ha risposto in data 12 novembre 2012 esplicitando le ipotesi alla base del modello di previsione della GD Zurigo, frutto di un'analisi della letteratura specifica e del parere di gruppi di esperti del settore. E' stato inoltre evidenziato riguardo al tariffario TARPSY la cui introduzione è prevista per il 2018, il Cantone non dispone di grandi margini di influenza, essendo la decisione di competenza federale. Il Dipartimento concorda tuttavia, sulla necessità di monitorare regolarmente la qualità della presa in carico anche con indicatori già utilizzati in ambito somatico-acuto quali il tasso di ri-ospedalizzazione per la valutazione del fenomeno legato alla cosiddetta “porta-girevole”.

Le tendenze attuali dimostrano anche per il nostro Cantone una progressiva diminuzione del fabbisogno di cura in ambito psichiatrico dovuto in particolare al trasferimento di una parte di casistica dal regime stazionario a quello ambulatoriale.

Un'ulteriore riduzione è prevista, come già affermato, con l'introduzione del nuovo regime di finanziamento.

Tale prospettiva è stata approvata dal Dipartimento della Sanità della socialità e dalla Commissione della pianificazione sanitaria in data 18 ottobre 2012.

Le riserve espresse dall'ACPT concernenti lo studio del fabbisogno e la definizione di medicina psicosomatica e le rispettive risposte del DSS figurano nell'allegato 18.

3 Procedura di definizione dell'offerta

Sulla base di quanto precede, per la fase di attribuzione dei mandati la Commissione della pianificazione sanitaria ha ritenuto superfluo per questo settore procedere con un modulo d'offerta.

In funzione di quanto già fatto da altri Cantoni e tenuto conto del mandato generico già in essere, si propone di privilegiare l'attribuzione di un mandato globale o “generale” per le cure psichiatriche e non quindi suddiviso nelle 8 categorie già descritte. Diverse sono le altre realtà cantonali che hanno privilegiato questa scelta, segnaliamo fra gli altri Basilea Città, Basilea Campagna, Berna, Grigioni, Zurigo e Lucerna. L'attribuzione di un mandato cosiddetto “generale” consente agli ospedali e cliniche già attivi nel settore di mantenere nel tempo specifiche competenze, in particolare laddove l'istituto è chiamato ad accogliere anche pazienti coatti e a mantenere il riconoscimento da parte della FMH quale istituto atto a formare psichiatri e psicoterapeuti.

Si suggerisce comunque una differenziazione dell'attività clinica all'interno dei singoli mandati generali, tesa questa a caratterizzare e specializzare maggiormente alcuni indirizzi di presa in carico dei pazienti, sulla base anche di un accresciuto coordinamento tra le strutture. Questa differenziazione dell'offerta sanitaria potrà realizzarsi per il tramite dei contratti di prestazione, in sintonia con gli indirizzi strategici dei singoli istituti.

⁴⁷ Camenzind, P., Frick, U. (2010). *L'évolution des traitements psychiatriques stationnaires en Suisse*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé, Bulletin 3/2010.

3.1 Pazienti coatti – Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) – Psichiatria infantile e Medicina psicosomatica

Oltre al mandato generale, comprendente le otto categorie derivanti dai gruppi diagnostici della CIM-10, è stata riconosciuta la necessità di specificare il mandato per la presa in carico di pazienti in regime coatto e quello per pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare.

Pazienti coatti

L'attribuzione del mandato per il trattamento di pazienti coatti⁴⁸ è stato confermato agli istituti e cliniche che già oggi offrono questo tipo di prestazione: la Clinica Psichiatrica Cantonale, la Clinica Viarnetto e la Clinica Santa Croce. Non è per contro stato esteso all'Ospedale Malcantonese, in ragione del limitato numero di letti e della sua collocazione geografica discosta, inadeguata sia per il ricovero coatto urgente sia per un trasferimento urgente del paziente agli ospedali somatici acuti. La capacità ricettiva di soli 26 letti non consente, inoltre, all'istituto menzionato, di disporre della flessibilità organizzativa necessaria per poter accogliere in qualunque momento della giornata e della settimana questo tipo di pazienti.

I ricoveri coatti dovranno essere intesi come una modalità di ammissione del paziente, anche in ragione di una sempre maggiore presa in carico territoriale del paziente psichiatrico stesso. Pertanto, non dovranno essere limitati in funzione dei posti letto nei cosiddetti "reparti chiusi", nonostante *de facto* i pazienti si trovino in una situazione di forte limitazione della propria libertà individuale, ma come un'ammissione urgente e quindi non pianificabile.

Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)

I Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) o Disturbi Alimentari Psicogeni (DAP) indicano tutte quelle problematiche, di pertinenza principalmente psichiatrica che concernono il rapporto tra gli individui e il cibo. Questi sono oggi presi in carico dall'Ospedale Regionale di Mendrisio che si è dotato di personale medico psichiatrico e psicologico formato in questa disciplina. In futuro, data la rete ambulatoriale necessaria alla continuazione del trattamento e la prevalente componente psichiatrica e psicoterapeutica del trattamento stesso, si giudica opportuno che sia un istituto psichiatrico a fornire la prestazione in collaborazione con un istituto somatico-acuto per la fase di degenza. Al fine di valorizzare quanto già effettuato e di usufruire al meglio della rete ambulatoriale già presente sul territorio, tale mandato è stato attribuito alla Clinica Psichiatrica Cantonale. L'organizzazione farà capo, per la fase di degenza in ambito somatico-acuto, all'Ospedale Regionale di Mendrisio.

Psichiatria infantile

I pazienti di psichiatria infantile e dell'adolescenza che necessitano di cure stazionarie sono presi a carico presso il Servizio di pediatria dell'Ospedale regionale di Lugano, sede Civico, grazie ad una specifica convenzione con l'OSC, e più precisamente il Servizio Medico Psicologico (SMP) del Sottoceneri, che mette a disposizione i diversi operatori

⁴⁸ Nel 2010 sono stati registrati 575 pazienti ricoverati in maniera coatta, questi rappresentano il 24% del totale dei pazienti ricoverati durante l'anno analizzato. Di questi, 223 casi (= 39%) si riferiscono alla fascia 18-39 anni e 215 (= 37%) alla fascia 40-59 anni. Pochi sono per contro i casi delle fasce estreme di età (34). Per quel che concerne la suddivisione per gruppi di prestazioni, si osserva che i gruppi della schizofrenia e disturbi dell'umore (affettivi) rappresentano le due categorie diagnostiche per le quali, in cifre assolute e in percentuale, sono avvenuti prevalentemente i ricoveri coatti. Per maggiori dettagli si rinvia al Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino 2010-2020, Psichiatria (II), settembre 2012 (allegato 6)

sanitari attivi in questa disciplina (pedopsichiatri, educatori e assistenti sociali); alternativamente in taluni casi può essere indicato un ricovero in istituti fuori Cantone⁴⁹. In alcune condizioni in cui le patologie hanno un impatto sociale (handicap neuropsichico) il team interdisciplinare e multi professionale cercherà di facilitare lo sviluppo del bambino utilizzando come risorsa tutti coloro che si occupano di lui (scuola compresa) grazie all'apporto di consulenze multidisciplinari e coordinate all'interno di un piano terapeutico individualizzato e condiviso. Dati i risultati complessivamente appropriati alla casistica in questo settore non si ritiene necessario modificare quest'offerta, anche a tutela del bambino/giovane, evitando così la stigmatizzazione del "ricovero psichiatrico".

Medicina psicosomatica

Come già esposto nel capitolo concernente il settore della riabilitazione, l'attribuzione del mandato di medicina psicosomatica a quel settore, conformemente al modello elaborato dalla GD-ZH, ha originato un acceso dibattito, in seno alle cliniche e agli ospedali che già esercitano nel campo della psichiatria. In particolare, rivendicavano che la prestazione di "riabilitazione psicosomatica" dovesse essere integrata in ambito psichiatrico e non riabilitativo, questo perché i fattori psicologici e le componenti biologiche interagiscono in modi diversi nel corso di un disturbo organico e incidono sulla malattia nel determinare la soggettiva qualità dell'esperienza nella reazione di adattamento. La posizione degli istituti di psichiatria è riconducibile alle classificazioni nosografiche dei disturbi mentali quali DSM-IV e ICD-10 che confermano, attraverso i relativi codici, l'interesse per la diagnosi psichiatrica e per i fattori psicologici nel loro valore sia prognostico che terapeutico dei disturbi psicosomatici⁵⁰.

Tuttavia, come già rilevato, nessuna documentazione o indirizzo nazionale a disposizione, giustifica attualmente l'esclusione della riabilitazione psicosomatica dall'ambito riabilitativo. Questo però non esclude che gli istituti psichiatrici possano continuare a fornire prestazioni che già erogano in base ai codici diagnostici CIM-10 del capitolo V.

4 Procedura di valutazione e di attribuzione dei mandati

4.1 Criteri di valutazione generali e specifici

Sulla base del fabbisogno stabilito per il 2020 e delle discussioni intraprese con le strutture psichiatriche, la Commissione per la pianificazione sanitaria propone:

- l'assegnazione del mandato psichiatrico agli istituti che già offrono prestazioni psichiatriche stazionarie negli 8 gruppi di prestazioni;
- l'assegnazione di un mandato generale, vale a dire omnicomprensivo delle singole posizioni degli 8 gruppi di prestazioni psichiatriche;
- l'attribuzione del mandato solo per il trattamento di pazienti adulti (età ≥ 16 anni);
- l'attribuzione del mandato per la presa in carico dei disturbi del comportamento alimentare ad un solo istituto psichiatrico;

⁴⁹ Consiglio di Stato, Dipartimento della sanità e della socialità, Divisione della salute pubblica (2013). *Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017*. Mendrisio: Laboratori Offset e Legatoria OSC/CARL: pp.20-25.

⁵⁰ Tratto da: Grandi, S., Fava, G. A. (2002). "La sintomatologia psicosomatica: nuovi approcci diagnostici", in *Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica, Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*, <http://www.sipgo.org/download/2002/28%20-%20LA%20SINTOMATOLOGIA-Grandi.pdf>, testo consultato il 21 gennaio 2013.

- l'assegnazione del mandato per i ricoveri coatti agli istituti che già accolgono attualmente questa casistica;
- l'attribuzione del mandato unicamente se sono ottemperati i requisiti generali e specifici di qualità.

La proposta di assegnazione dei mandati per la psichiatria dal 1. gennaio 2015 è la seguente:

Tabella 22: Proposta di assegnazione mandati psichiatria

		Clinica psichiatrica cantonale	Clinica Viarnetto	Clinica Santa Croce	Ospedale Malcantonese
Psichiatria coatta	F0 Disturbi organici				
	F10 Alcol				
	F11-F19 Droghe				
	F2 Schizofrenia				
	F3 Disturbi dell'umore (affettivi)				
	F4 Disturbi nevrotici				
	F6 Disturbi della personalità				
	F50-F99 Altro				
Psichiatria coatta					
Disturbi alimentari					

Il numero di letti totale è così attribuito:

- Clinica Psichiatrica Cantonale, Mendrisio: 155-15 = 140 letti
- Clinica Viarnetto, Lugano 45 letti
- Clinica Santa Croce, Orselina 80 letti
- Ospedale Malcantonese, Castelrotto 26 letti

Il numero di letti totale diminuirà dai 306 attuali ai 291 previsti già dall'1.1.2015. La riduzione del numero di posti letto è giustificata essenzialmente dalla diminuzione prevista della degenza media (-15.65%) e da un possibile passaggio di presa in carico di pazienti dal settore stazionario a quello ambulatoriale come già evidenziato nel 1. capitolo di questo rapporto con riferimento anche alle proposte operative concernenti il potenziamento dei Servizi psicosociali (SPS) per adulti, il rafforzamento dell'organizzazione territoriale della gerontopsichiatria e la nuova modalità di presa in carico degli *heavy user* contenute nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014 -2017 recentemente approvata dal Consiglio di Stato e trasmessa al Gran Consiglio.

L'attribuzione dei mandati in ambito psichiatrico conferma quindi sostanzialmente la situazione già in vigore con l'attuale pianificazione. I 15 letti supplementari che erano stati attribuiti alla Clinica Psichiatrica Cantonale con la pianificazione ospedaliera del 2005 e dal 2012 non più utilizzati permettono di mantenere una sostanziale stabilità dell'offerta in questo ambito. Il mantenimento di tutte le strutture già attive consente inoltre di offrire una complementarietà negli approcci di presa in carico e di rispondere ai diversi dei bisogni della popolazione.

L'attuale proposta dovrà essere monitorata regolarmente al fine di valutare in maniera costante l'evoluzione del fabbisogno, tenendo in considerazione le critiche espresse dall'ACPT in merito ad una domanda in costante aumento. Una particolare attenzione sarà data al fenomeno della "porta-girevole", attraverso il monitoraggio regolare dei tassi di ri-ospedalizzazione.

Si propone tuttavia di non accordare gli aumenti richiesti in ambito psichiatrico in data 13 luglio 2011 dall'Ospedale Malcantonese (+19 letti) e in data 27 luglio 2011 dalla Clinica Santa Croce (+30 letti). Queste domande sono state inoltrate prima dell'elaborazione del rapporto sul fabbisogno, il quale ha poi dimostrato come tale incremento non risulti giustificato. Anzi, il rapporto, tra l'altro allestito, come già rilevato, senza considerare l'incidenza di un incremento della presa in carico ambulatoriale per rapporto ai ricoveri stazionari, lascerebbe intravedere la possibilità di una riduzione invero anche maggiore dei posti letti rispetto a quella proposta. Questa valutazione prudenziale tiene conto anche delle perplessità espresse dalle cliniche in riferimento allo studio sul fabbisogno.

4.2 La valutazione del criterio di economicità

L'attività di cura e la tipologia di pazienti delle quattro cliniche psichiatriche non è forzatamente simile, anzi ogni istituto ha cercato di sviluppare al meglio degli ambiti di competenza specifici.

Anche in ambito psichiatrico la base per una verifica dell'economicità è rappresentata dalla tariffa, costituita in questo caso da un forfait giornaliero. Le tariffe in vigore nel 2013 sono tutte state negoziate dai partner tariffali, sottoposte alla Sorveglianza dei prezzi, che non ha emanato alcuna raccomandazione al riguardo, ed approvate dall'Autorità cantonale.

La modifica della LAMal del settembre 2007 inerente al nuovo sistema di finanziamento ospedaliero consente l'elaborazione di una struttura tariffale nazionale non solo nell'ambito somatico-acuto – per il quale dal 2012 si fa capo alla struttura SwissDRG – ma anche in ambito psichiatrico e riabilitativo. Due i progetti in corso sul piano nazionale (TARPSY e ST Reha), la cui entrata in vigore non è comunque attesa prima del 2017.

In assenza di una struttura tariffale uniforme in ambito psichiatrico, le tariffe delle singole strutture sono confrontabili con la riserva che le prestazioni offerte e l'utenza siano perlomeno simili. Come già anticipato, non è pienamente il caso. Tali differenze giustificano l'eterogeneità delle tariffe attuali. Un confronto intercantonale consente comunque di evidenziare come in Ticino i prezzi siano altamente concorrenziali rispetto a buona parte della realtà svizzera.

In conclusione, anche per la psichiatria il criterio dell'economicità non risulta essere una discriminante ai fini della pianificazione ospedaliera 2015. Per il futuro, la legge impone un riesame a scadenze regolari dell'economicità degli ospedali psichiatrici ticinesi.

4.3 Elenco ospedaliero 2015

Tenuto conto di quanto precede l'elenco ospedaliero per il Canton Ticino 2015 nel settore della psichiatria è stata approvato in data 5 dicembre 2013 con 14 voti a favore e un astenuto ed è contenuto nell'allegato 2c.

RICOVERI FUORI CANTONE

1 Situazione attuale

Dal 1° gennaio 2012 l'articolo 41 LAMal consente al paziente di scegliere liberamente dove farsi curare tra i fornitori di prestazione autorizzati.

Infatti, contrariamente alla situazione precedente, se il fornitore di prestazione figura su un elenco cantonale (del domicilio del paziente e/o del cantone sede dell'ospedale) assicuratori e Cantone sono tenuti a remunerare la loro quota parte rispettiva nel seguente modo:

- nel caso di ricovero per motivi d'ordine medico (urgenza e indisponibilità della prestazione nel Cantone di domicilio): a tariffa integrale (a condizione che l'Ospedale figuri sull'elenco del Cantone sede dell'ospedale)
- nel caso di ricovero per libera scelta: alla tariffa applicata per la stessa prestazione in un ospedale che figura sull'elenco del Cantone di domicilio del paziente (l'art. 66v LCAMal precisa: alla tariffa più bassa applicata per la stessa prestazione).

Da novembre 2013 si dispone dei dati 2012 della statistica medica federale che comprende da sempre anche i pazienti ospedalizzati fuori cantone **non** a carico della LAMal (in particolare a carico di altre assicurazioni quali ad esempio AI o LAInf o autopaganti).

Il numero di pazienti domiciliati in Ticino e curati fuori Cantone è rimasto, complessivamente, praticamente stabile tra il 2011 e il 2012, essendo passato da 3'262 a 3'289 pazienti (+27, +0,8%). Da notare tuttavia, che a causa delle nuove regole di fatturazione SwissDRG (che prevedono il cosiddetto "raggruppamento" dei pazienti riospedalizzati entro 18 giorni, ossia l'emissione di un'unica fattura per due soggiorni distinti) i pazienti 2012, se contati con il metodo valido fino al 2011, sarebbero stati 3'339, ciò che corrisponderebbe a un aumento leggermente più forte di quello indicato sopra (+77 casi, +2,4%). Tuttavia anche considerando le riospedalizzazioni, il tasso di aumento del +2,4% non è più elevato di quelli osservati negli anni precedenti e di fatto ne prolunga il trend.

Per rapporto ai pazienti totali ticinesi (61'930 nel 2012) la quota di ricoveri fuori Cantone rimane limitata, situandosi attorno al 5%, cioè in linea con i dati dei cantoni che dispongono di un ospedale universitario, certamente anche per ragioni linguistiche e territoriali. Sarà importante monitorare l'evoluzione di questo dato alla luce della libera scelta accresciuta per i ricoveri fuori Cantone garantita dal 2012 dalla LAMal.

1.1 Destinazioni fuori cantone nel settore somatico-acuto

Numerosi ospedali fuori cantone prendono a carico un numero molto ridotto di pazienti ticinesi, mentre gli ospedali di riferimento sono solo una manciata. In effetti quelli che hanno trattato almeno un centinaio di pazienti nel corso di uno degli ultimi anni, sono solo undici. Annualmente questi 11 ospedali trattano circa 2'000 dei 3'000 pazienti ticinesi curati fuori cantone nel settore somatico-acuto. Vi sono poi altri venti ospedali circa, che trattano ognuno fino a venti pazienti domiciliati in Ticino. Globalmente questi ospedali prendono a carico annualmente altri 600-700 ticinesi curati fuori cantone. Infine vi sono altri ospedali, un centinaio circa, che prendono in carico ognuno pochi pazienti ticinesi, i quali insieme curano i restanti 300 ticinesi circa, ospedalizzati fuori cantone.

I dati relativi ai principali ospedali sono riportati alla tabella 23 per gli anni 2010-2012.

Per quanto riguarda l'evoluzione dal 2011 al 2012, l'aumento registrato alla Schulthess di Zurigo (+26 pazienti ticinesi) riguarda l'ortopedia, al Balgrist (ZH) è concentrato sugli interventi alla colonna vertebrale, mentre all'Hirslanden è da attribuire all'ORL, alla gastroenterologia e alla cardiologia interventistica coronarica o speciale. Si notano inoltre alcune importanti oscillazioni, collegate a singoli medici, ad esempio all'ospedale Oberengadin di Samedan, alla Klinik S. Anna di Lucerna e alla Clinique de la Source a Losanna.

Tabella 23: Pazienti domiciliati in Ticino in istituti e reparti somatico-acuti fuori cantone, totale e istituti principali, dal 2010

	2010	2011	2012	Var. 2011-2012
TOTALE	2889	3014	3008	-6
di cui:				
Luzerner Kantonsspital 6004 Luzern	294	304	294	-10
USZ Zürich	309	302	287	-15
Inselspital Bern	272	251	241	-10
Schulthess Klinik Zürich	217	250	276	26
Les Hôpitaux universitaires Genève HUG	177	200	192	-8
Klinik Hirslanden Zürich	192	174	236	62
USB Basel	84	126	127	1
Kinderspital Zürich	92	114	76	-38
Univesitätsklinik Balgrist Zürich	89	103	119	16
CHUV somatique Lausanne	89	97	101	4
Kantonsspital S. Gallen	59	59	64	5
Klinik S. Anna Luzern	17	62	57	-5
Spital Oberengadin Samedan	112	74	43	-31
Clinique de la Source Lausanne	6	2	55	53
Altri ospedali e reparti acuti	880	896	840	-56

Fonte: Statistica medica federale, elaborazioni DSP/USS (casi A)

1.2 Destinazioni fuori cantone nel settore della riabilitazione

Per quanto riguarda la riabilitazione si osserva (Tabella 24) una forte progressione in termini percentuali tra il 2011 e il 2012 (+14%). In tutto sono circa una quarantina gli ospedali e i centri di riabilitazione che offrono cure a pazienti ticinesi. Nel 2012 i sette principali centri (per i ticinesi) hanno preso a carico circa 140 pazienti, e la restante trentina abbondante di istituti, ha preso a carico i rimanenti 80 pazienti circa. Si è registrata una crescita significativa in particolare al centro per paraplegici di Nottwil.

Tabella 24: Pazienti domiciliati in Ticino in cliniche e reparti di riabilitazione fuori cantone, totale e cliniche principali, dal 2010

	2010	2011	2012	Var. 2011-2012
TOTALE	192	194	221	27
di cui:				
Schweizer Paraplegikerzentrum Nottwil LU	27	23	36	13
Rehaklinik Bellikon AG	28	24	27	3
Klinik Schloss am Mammern TG	12	16	23	7
Rehaklinik Zurzach AG	14	15	16	1
Rehazentrum Leukerbad VS	19	22	14	-8
Reha herz Zentrum GR	8	4	12	8
Reha Zentrum Valens SG	3	7	11	4
Altre cliniche o reparti di riabilitazione	81	83	82	-1

Fonte: *Statistica medica federale, elaborazioni DSP/USS (casi A)*

1.3 Destinazioni fuori cantone nel settore della psichiatria

Nella psichiatria i piccoli numeri relativi a pazienti curati fuori cantone (54 nel 2010 e 60 nel 2012) e la dispersione degli stessi in diverse cliniche, non permette di identificare istituti che siano stati o siano diventati più importanti, in termini numerici, rispetto ad altri.

2 Attribuzione di mandati specifici a istituti fuori cantone

I capitoli precedenti hanno dettagliato in modo esaustivo che il grado di copertura nel Cantone del fabbisogno di cure della popolazione ticinese in tutti e tre i settori (somatico-acuto, riabilitazione e psichiatria) è elevato (95%). Per la parte non coperta nei settori somatico-acuto e riabilitazione (per la psichiatria l'intero spettro del fabbisogno è coperto nel Cantone), di seguito si indicano gli istituti fuori cantone che saranno aggiunti all'elenco cantonale. Non sono però stati definiti volumi, da una parte poiché rimane comunque la possibilità per i pazienti di scegliere anche altri istituti non sull'elenco cantonale alle condizioni di cui sopra, dall'altra poiché una previsione allo stato attuale, con i soli dati 2012 a disposizione che non tengono conto della nuova attribuzione dei mandati, risulterebbe molto approssimativa.

2.1 Elenco per il settore somatico-acuto

In questo caso le prestazioni identificate per le quali non è possibile garantire una cura nel Cantone sono 9 e rientrano nelle discipline multidisciplinari e complesse che si è ritenuto opportuno attribuire ai 5 ospedali universitari:

- Chirurgia cervicale complessa (chirurgia tumorale interdisciplinare)
- Chirurgia allargata del naso e dei seni paranasali e apertura della dura madre
- Chirurgia allargata dell'orecchio con orecchio interno e/o apertura della dura madre
- Strabologia

- Afezioni dell'orbita
- Cardiochirurgia congenita complessa
- Valutazione prima o status dopo trapianto polmonare
- Tumori dell'apparato locomotorio
- Chirurgia del plesso

Inoltre si includerà nell'elenco anche l'unico centro in Svizzera per la cura dell'epilessia che ha sede a Zurigo.

2.2 Elenco per il settore riabilitazione

Le prestazioni non attribuite a istituti con sede nel Cantone sono

- la riabilitazione cardiologica, per la quale sono inseriti sull'elenco cantonale i seguenti istituti:
 - Rehabilitationszentrum Seewis
 - Klinik Gais AG
 - Klinik Barmelweid AG
 - Klinik Schloss Mammern AG
- la riabilitazione polmonare per la quale sono inseriti sull'elenco cantonale i seguenti istituti:
 - Zürcher Höhenklinik Davos
 - Klinik Schloss Mammern AG
 - Luzerner Höhenklinik Montana
 - Klinik Barmelweid AG
 - RSV – CHCVs, Centre Valaisan de pneumologie
- la riabilitazione pediatrica per la quale sono inseriti sull'elenco cantonale i seguenti istituti:
 - Kinderspital Affoltern am Albis

Per la riabilitazione neurologica è necessario prevedere di poter mandare fuori cantone pazienti con patologie non curabili nel Cantone, in particolare

- Klinik Bethesda Be, unico centro per la cura del morbo di Parkinson
- Clinique romande de réadaptation suvacare (unico centro per protesi particolari)
- Rehab Basel AG
- Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil

PARTE II PIANIFICAZIONE CASE DI CURA 2a fase (art. 39 cpv. 3 LAMaI)

INTRODUZIONE

Il 21 marzo 2012 il Consiglio di Stato licenziava il Messaggio no. 6620 che riguardava la prima tappa della pianificazione delle case di cura secondo l'art. 39 cpv. 3 LAMal, parte anziani e invalidi.

Si trattava in concreto di un primo aggiornamento del DL del 29 novembre 2005 per quanto concerne l'elenco degli istituti per anziani e degli istituti per invalidi medicalizzati autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 cpv. 3 LAMal).

Nel Messaggio no. 6620 si specificava tuttavia chiaramente che la prima tappa dell'aggiornamento riguardante la pianificazione delle case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal) non esauriva il tema e che una seconda tappa sarebbe stata proposta in concomitanza con l'aggiornamento della pianificazione relativa all'art. 39 cpv. 1 LAMal (strutture e stabilimenti ospedalieri).

In effetti, per il settore delle case per anziani l'iscrizione nella prima tappa di 640 posti letto supplementari, rispetto ai 4'409 presenti nel DL del 2005, nel nuovo elenco degli istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3 LAMal), per un totale complessivo di 5'049 posti autorizzati, permetteva di sopperire unicamente in modo parziale al fabbisogno esplicitato nel Messaggio no. 6621 del 21 marzo 2012 concernente la pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino in base alla Legge anziani (LANz)⁵¹. Quest'ultima pianificazione indicava un fabbisogno all'orizzonte di fine 2020 stimato a 5'357 posti letto negli istituti per anziani medicalizzati ticinesi⁵²: restavano dunque da individuare tramite nuove iniziative o progetti ca. ulteriori 310 posti letto.

D'altro canto, il Messaggio 6620 proponeva, in seno ai 5'049 posti letto autorizzati presso gli istituti per anziani medicalizzati, anche i posti letto della nuova prestazione per "soggiorno temporaneo terapeutico" (STT), che include le prestazioni erogate dai reparti ex-"alto contenuto sanitario" (ACS) dalle strutture per anziani di Cevio, Castelrotto, Sonvico e Arzo, integrandola in ambito stazionario con la nuova prestazione per "cure acute e transitorie" (CAT), introdotta con il nuovo ordinamento federale del finanziamento delle cure di lunga durata dal 1. gennaio 2011⁵³. Si proponeva pure di estendere la prestazione STT (CAT) sul territorio cantonale, coprendo le regioni ancora sprovviste (Bellinzonese e Tre Valli) e potenziarla nel comprensorio del Malcantone e Vedeggio, con una dotazione totale, prevista per questa prima fase, di 105 posti letto nelle strutture per anziani ticinesi.

Nell'ambito della trattazione del Messaggio no. 6620 da parte della Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio, il Consiglio di Stato in data 24 aprile 2013 ha invitato a voler scorporare il tema dei posti letto STT (CAT), aggiungendo che il futuro assetto di questa prestazione sarebbe stato ripreso e illustrato nell'ambito del presente aggiornamento della pianificazione ospedaliera, vista la stretta connessione e le ripercussioni che la pianificazione del settore ospedaliero (art. 39 cpv. 1 LAMal) comporta sul settore degli istituti per anziani, in particolare, attraverso la creazione dei nuovi 'istituti di cura' (vedi capitolo seguente).

Il Messaggio 6620 è stato infine adottato il 23 settembre 2013 dal Parlamento e la situazione è illustrata di seguito.

⁵¹ Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane del 30 novembre 2010 (Legge anziani, LANz).

⁵² Rapporto DSS "Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino" (dicembre 2011), in particolare tabella 13.

⁵³ Messaggio 6390 del 24.08.2010 "Adeguamento della normativa cantonale alla Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008".

La presente seconda tappa della pianificazione delle case di cura (art. 39 cpv. 3) riprende e completa dunque la pianificazione del settore degli istituti per anziani, grazie all'identificazione di nuove iniziative atte a coprire il fabbisogno ancora scoperto in posti letto medicalizzati entro il 2020, proponendo nel contempo all'interno dei posti letto una diversificazione dell'offerta per mezzo della messa a disposizione di posti letto per cure palliative specialistiche presso case per anziani.

Infine, si intende pure procedere con l'aggiornamento dell'elenco degli istituti per invalidi autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) che comporta un profondo riordino e un'importante diminuzione dei posti iscritti.

SETTORE ISTITUTI DI CURA

1 Situazione attuale

Come spiegato nel capitolo “Settore somatico-acuto 3.2.3 Verifica della situazione iniziale e implicazioni per la pianificazione ospedaliera”, l’esame più approfondito dei dati 2010 aveva identificato circa 5’000 casi di pazienti con percorsi o condizioni particolari che potevano sollevare dubbi circa la loro corretta collocazione nel settore ospedaliero somatico-acuto. Per i dettagli delle verifiche effettuate si rimanda alle pagine 25-32 del Rapporto sul fabbisogno (allegato 6).

In sintesi, dei 5’000 casi esaminati, 3’499 casi sono stati ritenuti impropriamente trattati nel settore acuto. Di questi, 480 sono stati assegnati al settore della riabilitazione e 68 a quello della psichiatria, mentre i rimanenti 2’951 sono stati riconosciuti come potenzialmente assimilabili ai pazienti curati negli attuali reparti di Cure Acute e Transitorie/Soggiorni Temporanei Terapeutici (CAT/STT), esistenti presso le quattro case per anziani di Arzo, Castelrotto, Cevio e Sonvico. In altre parole questi casi potevano essere considerati post-acuti (che necessitavano di cure meno intense dopo un primo passaggio in ospedale) o sub-acuti (che non avrebbero dovuto essere ricoverati in una struttura somatico-acuta).

La problematica riscontrata ha messo in evidenza l’opportunità di

- definire meglio questa nuova tipologia di pazienti;
- quantificare le prestazioni richieste in quest’ambito;
- esaminare che tipo di risposta è data attualmente a questo bisogno;
- proporre un’attribuzione di mandati anche in quest’ambito.

2 Struttura e previsione del fabbisogno

2.1 Tipologia di pazienti

L’introduzione del sistema SwissDRG e l’accorciamento delle degenze nel settore somatico-acuto ha evidenziato la necessità di creare e rafforzare le strutture a valle della catena di cure, per la presa in carico di pazienti che necessitano ancora di una presa in carico di una certa intensità e che non sono ancora pronti per un rientro al domicilio.

Nei primi mesi del 2013 si sono avuti incontri con i medici geriatri e quelli di famiglia, gli istituti con il solo mandato di medicina di base e gli assicuratori, al fine di mettere ulteriormente a fuoco la problematica.

Nel corso del mese di aprile 2013, il Dipartimento ha condotto delle riflessioni concrete con un gruppo di medici di esperienze e attività diverse per definire le caratteristiche che un paziente deve presentare per poter accedere a questa forma di trattamento post e sub-acuta. Le persone eleggibili per la nuova unità di cure:

- presentano affezioni o problematiche cliniche tali da necessitare una presa in carico diretta o la continuazione di cure stazionarie acute e che non sono in grado di restare o rientrare al proprio domicilio;
- non necessitano nell’immediato di esami strumentali complessi e/o di misure tecnologiche di diagnosi e di cura;

- possono aver bisogno di essere supportati nelle attività di base della vita quotidiana (ADL⁵⁴ / IADL)⁵⁵;
- presentano un aggravamento dello stato funzionale potenzialmente reversibile o parzialmente reversibile;
- presentano uno scompenso socio-assistenziale della rete di supporto (formale e/o informale).

Non sono invece eleggibili i pazienti che

- necessitano di cure potenzialmente erogabili a domicilio (uguali o inferiori a due passaggi giornalieri);
- qualificano per riabilitazione secondo i mandati pianificatori, per cure palliative specialistiche e per una valutazione e cure nell'Unità di geriatria complessa;
- presentano scompensi acuti di malattia psichiatrica anche cronica che necessita di un *setting* specialistico
- sono in età pediatrica.

2.2 Previsione del fabbisogno di cure

Per la stima del fabbisogno di letti da destinare a questa tipologia di pazienti si sono considerati:

- due insiemi di pazienti: i 2'951 sopraccitati (dato 2010) con una durata media di degenza di 14.9 giorni e gli 857 presi a carico nel 2012 dagli attuali CAT-STT (60 posti) con una durata media di degenza di 19.8 giorni per un totale complessivo di 60'844 giornate che trasformate in letti significano 185 posti-letto (tasso di occupazione medio annuo del 90%);
- una parte dei pazienti attualmente curati in istituti somatico-acuti che potrebbero in futuro usufruire di queste cure. La loro stima, effettuata in base ai parametri di uno studio effettuato nel Canton Berna⁵⁶, comporterebbe un ulteriore fabbisogno di una cinquantina di posti-letto.

Tenuto conto dei dati che si riferiscono agli anni 2010 e 2012 e del progressivo invecchiamento della popolazione, il fabbisogno al 2015 può essere stimato in almeno 250 posti-letto.

3 Procedura di definizione dell'offerta

Per la fase di attribuzione dei mandati si è ritenuto opportuno non procedere con un modulo d'offerta, ma effettuare una prima valutazione sul tipo di offerta garantito allo stato attuale dalle strutture esistenti sul territorio. In particolare sono stati identificati due tipi di istituti che rispondono a questo bisogno: gli istituti con il solo mandato di medicina di base e i reparti CAT/STT.

⁵⁴ *Index of Independence in Activities of Daily Living.*

⁵⁵ Instrumental activities of daily living.

⁵⁶ Office des hôpitaux (2006). *Projet "Soins transitoires dans le canton de Berne" Rapport final*, Berne: Office des hôpitaux.. Ai pazienti definiti acuti (Canton Ticino 2010 : 50'788 pazienti) è stata applicata la percentuale del 2.2%, ottenendo 1'117 pazienti che, considerando una durata media di degenza di 14.9 giorni, rappresentano 16'615 giornate e quindi 51 letti occupati al 90%.

3.1 Gli istituti di medicina di base

Gli istituti ospedalieri con un mandato di medicina di base sono attualmente cinque: gli ospedali di Acquarossa e di Faido dell'EOC, l'ospedale Malcantonese di Castelrotto, la sede di S. Rocco della Clinica Luganese e la Clinica Varini di Orselina per un totale di 241 posti-letto.

In questi istituti sono curati pazienti generalmente in età avanzata o molto avanzata, affetti da patologie multiple, con uno stato di salute instabile contraddistinto da fragilità e che possono presentare un declino (anche solo transitorio) della loro autonomia somatica e/o psichica nell'ambito di una patologia acuta, di uno scompenso di una malattia cronica o a seguito di un intervento chirurgico.

In conclusione la medicina di base differisce da quella somatico-acuta, utilizza di regola misure diagnostiche a basso impatto finanziario e prende in carico più a lungo, in media tre settimane, i suoi pazienti.

3.2 Le strutture CAT/STT esistenti e quelle previste nella pianificazione anziani, secondo l'articolo 39 cpv. 3 LAMal

Con il messaggio n. 6390 del 24 agosto 2010 "Adeguamento della normativa cantonale alla Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008" (approvato con le relative basi legali dal Gran Consiglio in data 30 novembre 2010), è stata introdotta a livello cantonale la prestazione CAT prevista dalla normativa federale (nuovo art. 25a LAMal) potenziata però rispetto a quanto previsto e remunerato dalla LAMal. In particolare è stata mantenuta la dotazione di personale preesistente negli ex reparti ad alto contenuto sanitario creati nel 2004 a Cevio, Sonvico, Arzo e Castelrotto. Detti reparti sono stati confermati (15 posti letto per sede) come reparti a sé stante delle quattro case per anziani.

Le prestazioni offerte in questi reparti sono le seguenti:

- Cure Acute e Transitorie, opportunamente potenziate (per distinguerle da quelle previste dalla LAMal e definite internamente CAT++) per i pazienti provenienti da un ospedale e che alla fine di un soggiorno massimo di 14 giorni rientrano a domicilio o in una casa per anziani;
- Soggiorni Temporanei Terapeutici (CAT++/STT) dopo la prima fase di cura CAT++ per ulteriori 14 giorni al massimo;
- Soggiorni Temporanei Terapeutici (STT) per i pazienti che provengono direttamente dal domicilio e che possono rimanere ricoverati fino a 28 giorni.

Come già ricordato, con il messaggio n. 6620 relativo alla prima parte della pianificazione delle case di cura si proponeva l'estensione dell'esperienza CAT ad altre due strutture per completare l'offerta nella regione Bellinzonese e Valli (15 posti presso l'ex-clinica di Sementina e 15 posti presso la Casa per anziani di Acquarossa) e un raddoppio dei letti in esercizio a Castelrotto (+15). Su sollecitazione e di concerto con la Commissione speciale sanitaria, incaricata dell'esame del messaggio, l'analisi dell'offerta di questo tipo di prestazione è poi stata scorporata dal messaggio stesso, ritenendo necessario affrontare questo tassello del percorso di cura congiuntamente con la pianificazione del settore somatico-acuto (art. 39 cpv. 1 LAMal). Come noto, il messaggio n. 6620 è stato approvato dal Gran Consiglio il 23 settembre scorso.

4 Procedura di valutazione e di attribuzione del mandato

4.1 La valutazione della situazione attuale

Per l'attribuzione dei mandati, si è tenuto conto anche di un elemento ulteriore emerso dalla previsione del fabbisogno di cure acute nel 2020. Come illustrato in precedenza, in considerazione dell'evoluzione demografica ed epidemiologica, del progresso tecnologico, del potenziale di trasferimento di cure dal settore stazionario all'ambulatoriale e della progressiva diminuzione della degenza media, per il 2020 è stata stimata una riduzione del numero complessivo di giornate di cura pari al 18%. Questa diminuzione si tradurrebbe nella chiusura di ca. 260 letti entro tale data. Avendo identificato un fabbisogno non coperto di cure post e sub-acute, la commissione ha ritenuto opportuno non procedere alla chiusura di istituti o di singoli reparti nel settore somatico-acute, ma proporre una parziale riconversione degli istituti con il solo mandato di medicina di base e valutare un adeguato potenziamento delle strutture CAT/STT esistenti.

In aggiunta occorre rilevare che per gli istituti con il solo mandato di medicina di base i requisiti posti dal modello pianificatorio, assurti e riconosciuti sempre più come requisiti qualitativi generali indispensabili per la gestione di un ospedale somatico-acute ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal, risultano eccessivamente vincolanti e onerosi per questo genere di presa in carico. Parimenti, la remunerazione sulla base della struttura tariffale SwissDRG sembra poco indicata per questo tipo di prestazione, per i problemi legati ai trasferimenti di pazienti tra istituti e l'entità dei casi *outlier*.

Per quanto riguarda gli attuali CAT++/STT, l'introduzione del sistema tariffale SwissDRG induce a dimissioni più rapide dalle strutture acute, con il bisogno conseguente di accoglienza di persone sempre più fragili. Le competenze medico-infermieristiche delle CAT++/STT, dovrebbero quindi essere ulteriormente accresciute, con un avvicinamento del costo per giornata a quello degli istituti di medicina di base. Inoltre, alle strutture CAT++/STT possono accedere solo le persone con più di 65 anni. La connotazione delle cure CAT, dispensate in reparti di strutture adibite principalmente a casa per anziani sono assimilate sovente a cure dispensate comunque da una casa per anziani, con il significato che ne consegue per la presa in carico, ma anche per la percezione dei pazienti e dei loro familiari.

In generale il percorso di cura massimo possibile dei pazienti anziani è al momento attuale di sette settimane in media (ospedale acute, una settimana + istituto di medicina di base, due settimane + CAT++, due settimane + STT, due settimane).

4.2 La dimensione e l'organizzazione degli istituti di cura

Appare fondamentale che questo tipo di cura che completerebbe l'offerta sanitaria attuale insieme all'ospedale acute (a monte) e le case per anziani con il loro reparti adibiti a soggiorno temporaneo e alle cure palliative e i servizi di aiuto e cura a domicilio (a valle) sia erogata da strutture più vicine al settore somatico-acute che non a quello socio-sanitario. Anche in queste strutture la degenza è infatti di breve durata e segue prevalentemente un ricovero in ambito acute.

Questa soluzione permetterebbe di semplificare il percorso di cura da sette settimane a cinque settimane (ospedale acute, una settimana + istituto di cura, al massimo quattro settimane) e garantirebbe l'accesso anche a pazienti sotto i 65 anni.

Per ragioni di economia di scala, gli istituti di cura dovrebbero di regola avere una dimensione minima di 30 posti. La vicinanza o l'adiacenza a istituti somatico-acute o, in via

subordinata a case per anziani, permetterebbe inoltre evidenti sinergie quanto alla presenza di alcune figure, in particolare si pensa al medico, ad alcuni requisiti strutturali, come un laboratorio di analisi e la condivisione dei servizi generali e di amministrazione.

Lo speciale gruppo di lavoro soprammenzionato ha stabilito il numero di passaggi minimi del personale medico, di cura e terapeutico, al letto del paziente e l'Ufficio del Medico cantonale ha così stabilito i requisiti minimi relativi all'organico del personale che un istituto di cura deve impiegare. Ne è derivata in particolare la presenza medica di giorno e la dotazione di personale curante in 0.46 persone per posto letto. La dotazione così calcolata avrebbe comportato un costo supplementare rispetto ai reparti CAT++ (ora di 340 CHF/g) di circa 50 CHF/g. Considerato l'attuale costo dei reparti con il solo mandato di medicina di base (EOC escluso) di 450 CHF/g al massimo e la tipologia che dovrà essere presa in carico dagli istituti di cura, questi ultimi potranno dotarsi di personale medico anche per la notte e impiegare un mix di personale curante e terapeutico commisurato al target preso in carico con le particolarità di ogni istituto (es. Castelrotto pazienti con affezioni polmonari).

4.3 L'ubicazione degli istituti di cura

La presenza e la dimensione degli istituti di cura dovrà inoltre assicurare un'equa ripartizione sul territorio cantonale in quanto si tratta di cure di prossimità, tenendo però nel contempo conto delle realtà strutturali esistenti adeguate all'erogazione di queste prestazioni.

L'ubicazione degli istituti di cura è stata pensata in modo tale da garantire il più possibile una distribuzione sul territorio facilmente accessibile, equa e di qualità a un prezzo sostenibile. A tale proposito la possibilità di utilizzare gli spazi degli ospedali non più autorizzati ad esercitare nel settore somatico-acuto, nonché la disponibilità dell'EOC di destinare a tale scopo i locali dell'ex-clinica di Sementina e di valutare un diverso utilizzo di parte dei letti acuti degli ospedali La Carità di Locarno e Beata Vergine di Mendrisio ha permesso di rispettare il principio sopradescritto.

I "nuovi" istituti di cura saranno quindi ubicati nel seguente modo:

60 posti nel Bellinzonese e Valli:

30 ad Acquarossa (conversione di parte dei posti letto attualmente di medicina di base, i restanti 20 sarebbero aggiunti all'attuale casa anziani di Acquarossa);

30 posti a Sementina, nell'attuale stabile ex-clinica di riabilitazione;

60 posti nel Locarnese:

15 posti a Cevio (ex-CAT++) come unica eccezione di struttura inferiore a 30 posti, mantenuta in valle per ragioni di prossimità territoriale;

15 posti presso l'Ospedale regionale di Locarno che da acuti diventeranno istituto di cura;

30 posti presso la Clinica Varini con la conversione dell'attuale reparto di medicina di base;

30 posti nel Mendrisiotto:

15 posti a Arzo (ex-CAT++);

15 posti presso l'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio che da acuti diventeranno istituto di cura;

In attesa che l'EOC costruisca un nuovo stabile che possa liberare spazi all'interno dell'OBV, Arzo potrebbe essere potenziato transitoriamente a 30 posti letto, successivamente se ne valuterà il mantenimento;

120 posti nel Luganese:

90 posti suddivisi tra Opera Charitas di Sonvico e la sede di S. Rocco della Clinica Luganese;

30 posti a Castelrotto con la conversione dell'attuale reparto di medicina di base dell'Ospedale Malcantonese.

4.4 Elenco istituti di cura 2015

Tenuto conto di quanto precede, l'elenco degli istituti di cura del Canton Ticino 2015 che è stato approvato in data 5 dicembre 2013 con 12 voti a favore e tre astenuti e che sarà contenuto nell'allegato 4 è il seguente:

Ospedali acuti con il solo mandato di medicina di base trasformati in istituti di cura		
Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, sede di Acquarossa	30	¹
Clinica Varini, Orselina	30	
Clinica Luganese, sede di S. Rocco	60	
Ospedale Malcantonese di Castelrotto	30	
Ospedali acuti che riducono i propri letti a favore di istituti di cura creati all'interno della struttura stessa o in aggiunta a CAT/STT esistenti		
Ospedale Beata Vergine, Mendrisio	15	²
CAT/STT esistenti trasformati in istituti di cura		
Cevio	15	
Arzo	15	
Sonvico	15	
Nuove aperture di istituti di cura		
Sementina	30	
Sonvico	15	
Totale letti destinati a istituti di cura	255	
Potenziale di riserva		
Ospedale La Carità di Locarno	15	³

¹L'edificio che ospita la sede di Acquarossa dell'Ospedale Regionale Bellinzona e Valli deve essere ristrutturato completamente. Fino a lavori ultimati (previsione 2020) l'istituto di cura sarà spostato all'Ospedale distrettuale di Faido nell'attuale reparto di medicina di base.

²I letti dell'Istituto di cura previsto all'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio troveranno posto nella nuova costruzione che l'EOC intende realizzare sul sedime adiacente all'OBV, dove ci saranno gli ambulatori dei medici e i Servizi di aiuto a domicilio del Mendrisiotto. A quel momento si deciderà la destinazione dell'istituto di cura di Arzo.

³Il progetto istituto di cura presso l'Ospedale La Carità è strettamente legato al risultato della prevista collaborazione con la Clinica Santa Chiara per la realizzazione di un ospedale unico nel Locarnese.

4.5 Il finanziamento

Prima di giungere alla proposta contenuta nel presente rapporto, vale a dire l'inserimento di questo segmento di cura nell'ambito dell'articolo 39 cpv 3 della LAMal, sono state esplorate altre possibilità. In particolare ai due principali gruppi assicurativi (Tarifsuisse e HSK) è stata avanzata la richiesta di poter considerare questi istituti nell'ambito del settore della riabilitazione con una loro connotazione precisa e distinta dagli istituti aderenti alla rete Reha- Ticino e con un costo giornaliero che poteva situarsi in media attorno ai 450 franchi. Questa proposta si rifaceva all'esperienza in atto in alcuni cantoni della Svizzera romanda che riconosce da anni uno statuto di letti "B" nell'ambito riabilitativo per prestazioni analoghe a quelle qui identificate, remunerate con tariffe giornaliere molto più alte (CHF 700/g). La richiesta si fondava inoltre sulla convinzione che una partecipazione 45/55 tra Assicuratori e Cantone, come per gli istituti autorizzati secondo l'art. 39 cpv. 1 LAMal, si giustificasse appieno. Il netto rifiuto di entrata in materia da parte degli assicuratori ha comportato la ricerca di altre soluzioni più conformi alla LAMal, in particolare al finanziamento previsto per le cure post-acute erogate dagli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal secondo l'art. 39, cpv 3.

Il finanziamento per questa tipologia di cura è quello definito dall'Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre) del 29 settembre 1995, agli articoli 7 e seguenti. In particolare si prevede la partecipazione degli assicuratori per le prestazioni infermieristiche secondo i gradi di dipendenza (da CHF 9.- a CHF 108.- al giorno) e la remunerazione all'atto per le prestazioni mediche e terapeutiche (fisioterapia, ergoterapia). Al momento della stesura del presente rapporto sono ancora in atto discussioni con gli assicuratori per valutare la possibilità di un rimborso delle prestazioni mediche, infermieristiche e terapeutiche in forma forfettaria. Questa soluzione comporterebbe indubbi vantaggi, oltre a non implementare lo strumento di commisurazione dell'intensità dell'intervento infermieristico (necessario per valutare quale importo fatturare), si potrebbe coordinare e controllare meglio l'intervento dei vari operatori, evitando la moltiplicazione di prestazioni fatturabili, con una semplificazione evidente anche dal punto di vista amministrativo per tutte le parti coinvolte.

I nuovi Istituti di cura dovranno essere finanziati da parte dell'Ente pubblico in analogia con quanto avviene per le Case per anziani, la parte non coperta da assicuratori e pazienti dovrà essere suddivisa tra Cantone e Comuni applicando la chiave di riparto in essere 20/80.

Una stima dell'onere complessivo a carico di Cantone e Comuni per questa nuova tipologia di presa in carico può essere solo di grande massima, non essendoci termini di paragone storici.

Nella tabella che segue si esplicita il calcolo effettuato:

Tabella 25: Stima dell'onere a carico di Cantone e Comuni per il finanziamento degli istituti di cura

	letti	tasso di occupazione	giornate
Istituti di medicina di base trasformati in istituti di cura:			
Ospedale regionale Bellinzona e Valli, sede di Acquarossa	30		
Clinica Varini	30		
Clinica Luganese, sede di S. Rocco	60		
Ospedale Malcantonese di Castelrotto	30		
Totale	150	90%	49'275
Nuovi istituti di cura:			
Opera Charitas Sonvico	15		
Clinica Ex-Humaine Sementina	30		
Totale	45	90%	14'783
Si considera anche una riserva di giornate supplementari per un possibile tasso di occupazione più alto (95%)			2'942
Totale giornate			67'000

		costo
Costo per giornata di cura	da 450 a 500 CHF al giorno	475
Partecipazione degli assicuratori	da 190 a 210 CHF al giorno	-200
Partecipazione dei pazienti	CHF 50 al giorno	-50
Partecipazione dell'Ente pubblico al giorno		225
Partecipazione dell'Ente pubblico per il totale delle giornate di cura in milioni di franchi		15.1

Nel calcolo che precede non sono stati considerati i reparti CAT/STT esistenti, per i quali è previsto il potenziamento della dotazione di personale il cui onere si è stimato possa essere assorbito da una maggiore partecipazione degli assicuratori al finanziamento (stato attuale: CAT 125.- CHF/g; STT 60.- CHF/g).

Ritenuto che l'implementazione degli istituti di cura avverrà per gradi e che questa previsione può essere considerata un aggiornamento della previsione fatta a suo tempo (come spiegato nella premessa alla II Parte del presente rapporto) e che una parte dei costi è già sostenuta oggi come finanziamento dell'art. 39 cpv. 3 LAMal per i reparti CAT/STT esistenti, l'onere a carico dell'ente pubblico può essere stimato entro una forchetta tra 12 e 15 milioni di franchi.

SETTORE ANZIANI

1 Situazione dopo la prima fase pianificatoria

Lo scorporo di 105 posti letto STT (CAT) dal Messaggio no. 6620 e la sua successiva adozione da parte del Gran Consiglio lo scorso 23 settembre 2013, ha avuto come conseguenza formale una riduzione del contingente dei posti letto autorizzati ad esercitare a carico della LAMal negli istituti per anziani medicalizzati ticinesi, rispetto a quanto inizialmente previsto nell'ambito della prima tappa della pianificazione delle case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal – parte anziani e invalidi).

La Tabella 26 riprodotta di seguito, illustra la situazione venutasi a creare dopo l'adozione del Messaggio no. 6620 con le conseguenze a livello dei posti letto autorizzati LAMal nel settore case di cura (anziani e invalidi), riprendendo pure i dati base già presentati in sede della prima tappa della pianificazione delle case di cura.

In particolare, per il settore degli istituti per anziani medicalizzati, lo scorporo dei 105 posti letto STT (CAT) ha ridotto la dotazione di posti letto autorizzati da 5'049 posti a 4'944 posti a livello ticinese. Tutti i comprensori sono toccati, con una riduzione di una quindicina di posti letto ciascuno (30 posti letto nel comprensorio Malcantone e Vedeggio a seguito del raddoppio dei posti STT (CAT) proposto in origine).

Per il settore degli istituti per invalidi i dati iniziali non risultano modificati, con globali 436 posti autorizzati a carico della LAMal.

Tabella 26: Posti letto in istituti (case di cura) autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) dopo adozione parlamentare del M6620 (23.09.2013), Ticino e comprensori SACD

0	1	2	3=1+2	4	5=3+4
31.12.2010 POSTI EFFETTIVI TOTALI (con CAT (STT))	POSTI LETTO LAMal 2005 (DL 29.11.2005)	VAR. LAMal 2005 / AGGIORNAMENTO 2011	POSTI LETTO LAMal M6620 (21.03.2012)	SCORPORO POSTI LETTO STT (CAT)	POSTI LETTO LAMal 2013 (DL 23.09.2013) (<i>senza</i> STT (CAT))

POSTI LETTO IN ISTITUTI AUTORIZZATI ART. 39 cpv.3 LAMal - ISTITUTI PER ANZIANI MEDICALIZZATI - TICINO E COMPRESORI SACD (TOTALE)

TICINO	4'164	4'409	640	5'049	-105	4'944
MENDRISIOTTO E BASSO CERESIO	733	724	225	949	-15	934
LUGANESE	1'255	1'327	135	1'462	-15	1'447
MALCANTONE E VEDEGGIO	369	374	105	479	-30	449
LOCARNESE E VALLEMAGGIA	1'050	1'105	62	1'167	-15	1'152
BELLINZONESE	396	473	47	520	-15	505
TRE VALLI	361	406	66	472	-15	457

POSTI LETTO IN ISTITUTI AUTORIZZATI ART. 39 cpv. 3 LAMal - ISTITUTI PER INVALIDI (MEDICALIZZATI) - TICINO (TOTALE)

TICINO	436	439	-3	436	0	436
--------	-----	-----	----	-----	---	-----

2 Seconda tappa pianificazione case di cura: istituti per anziani medicalizzati autorizzati ad esercitare a carico della LAMal

2.1 Nuova offerta di posti letto in istituti per anziani medicalizzati nel periodo 2014- 2020

Dopo la presentazione del Messaggio no. 6621 del 21 marzo 2012, alcuni progetti e iniziative già specificati per la messa a disposizione di un'offerta supplementare di posti

letto negli istituti per anziani medicalizzati ticinesi nel decennio 2010-2020 hanno subito delle rettifiche e/o degli aggiornamenti nell'offerta prospettata, mentre nuove iniziative sono state individuate allo scopo di colmare il fabbisogno ancora scoperto in posti letto medicalizzati entro il 2020.

La Tabella 27 presenta la situazione più attuale (stato dicembre 2013) ed effettua un paragone con la situazione dei posti letto autorizzati ad esercitare a carico della LAMal negli istituti per anziani medicalizzati come risulta dal Decreto legislativo 23.09.2013, che adotta la prima tappa della pianificazione della case di cura (M6620).

Le differenze rispetto al DL del 23.09.2013 riguardano, in particolare:

- rettifiche dei posti letto presso singoli istituti rispetto alla situazione riconosciuta con il DL 23.09.2013, allo scopo di allinearsi alla situazione più recente e alle ultime verifiche e autorizzazioni rilasciate;
- rettifiche dovute all'aggiornamento dei posti letto per progetti di ampliamento/ristrutturazione o nuova costruzione d'istituti, vedi nuovi orientamenti o abbandoni di progetti, già contemplati nell'elenco del DL del 23.09.2013, alla stato più attuale dell'informazione sul progetto;
- all'inserimento delle nuove iniziative individuate nel biennio 2012-2013 per progetti di ampliamento/ristrutturazione, nuova costruzione d'istituti o trasformazione di strutture già disponibili, con un offerta di nuovi posti letto non contemplata nell'elenco del DL del 23.09.2013.

Tabella 27: Posti letto nel nuovo Elenco degli istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) rispetto al DL 23.09.2013 (M6620) – Ticino e comprensori SACD

	1	2	3	4=2+3	5=1+4
	POSTI LETTO LAMal 2013 (DL 23.09.2013) (senza STT (CAT))	RETTIFICHE POSTI LETTO 2013 (singoli istituti)	NUOVI POSTI LETTO 2014-2020 (con CuPa)	POSTI LETTO SUPPLEMENTARI (al netto)	POSTI LETTO DA AUTORIZZARE LAMal 2015 (a regime) con CuPa
TICINO	4'944	-125	405	280	5'224
MENDRISIOTTO E BASSO CERESIO	934	-34	99	65	999
LUGANESE	1'447	-27	156	129	1'576
MALCANTONE E VEDEGGIO	449	4	35	39	488
LOCARNESE E VALLEMAGGIA	1'152	-41	65	24	1'176
BELLINZONESE	505	-14	30	16	521
TRE VALLI	457	-13	20	7	464

Fonte: UACD, 2013. Elaborazione: DASF, 2014.

Rispetto al DL 23.09.2013 che autorizzava 4'944 posti letto negli istituti per anziani medicalizzati, vi sono state delle rettifiche di posti a livello globale ticinese che comportano una perdita di 125 posti letto, in particolare dovuta all'abbandono di un progetto, alla revisione verso il basso dei posti letto effettivamente disponibili per alcune iniziative già annunciate in precedenza, allo stato delle ultime autorizzazioni rilasciate dall'Ufficio del medico cantonale per alcuni istituti, come pure al ri-posizionamento dell'offerta di posti letto presso alcune strutture in seno al nuovo comparto degli "Istituti di cura".

Queste perdite sono state più che compensate dall'individuazione di una nuova offerta di 405 posti letto in istituti per anziani medicalizzati, legata a nuove iniziative annunciate nel biennio 2012-2013 in pressoché tutti i comprensori (ampliamento di strutture esistenti,

costruzione “ex novo” d’istituti per anziani oppure progetti di trasformazione di stabili già disponibili, ecc.).

Il saldo di questi due movimenti contrapposti prevede la messa a disposizione di 280 posti letto aggiuntivi in istituti per anziani rispetto alla situazione del DL 23.09.2013, ciò che permetterebbe, all’orizzonte di fine 2020, di disporre di 5'224 posti letto a livello ticinese. Pertanto, con riferimento ai 4'944 posti autorizzati secondo l’attuale DL del 23.09.2013, si propone di inserire 280 posti letto supplementari nel nuovo Elenco degli istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3 LAMal) dal 1.01.2015, per un totale di 5'224 posti.

In seno all’offerta di posti letto in istituti per anziani medicalizzati, si propone un’ulteriore diversificazione, accanto alle prese in carico già presenti per soggiorni di lunga durata, soggiorni temporanei, reparti dedicati per la cura di malattie senili degenerative, ecc., con la messa a disposizione di posti letto dedicati per cure palliative specialistiche presso alcune case per anziani scelte quali centri di competenza in questo ambito.

Tale progetto, avviato nel 2013, vuole tradurre operativamente uno dei tasselli della Strategia cantonale in materia di cure palliative (implementazione della Strategia nazionale 2010-2012, prorogata fino al 2014) e si rivolge, in particolare, alla presa in carico di pazienti anziani che necessitano di cure palliative specialistiche stazionarie, ma non necessariamente dispensate presso una struttura acuta (art. 39 cpv. 1). Ci si prefigge di predisporre progressivamente nell’arco dei prossimi anni ca. 30-60 posti letto, collocati in 2-4 strutture per anziani medicalizzate equamente distribuite regionalmente (Sottoceneri e Sopraceneri), le quali fungeranno da centri di competenza in cure palliative specialistiche stazionarie per le altre case per anziani, sia rispetto al territorio.

Nel corso del 2013, l’Ufficio del medico cantonale e l’Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio hanno proceduto a una valutazione, in base a precisi criteri di scelta, delle potenziali case per anziani candidate a questa nuova tipologia di presa in carico e, nell’ambito della presente seconda tappa della pianificazione delle case di cura, si propongono i primi 30 posti letto presso due centri di competenza in cure palliative specialistiche presso case per anziani, ambedue al momento localizzate nel Sottoceneri. Per quanto riguarda la dotazione di posti letto per cure palliative specialistiche presso case per anziani del Sopraceneri saranno individuate nei prossimi anni le strutture adeguate⁵⁷.

La sottostante Tabella 28 presenta la ripartizione regionale dell’offerta finora individuata in cure palliative specialistiche presso case per anziani, con una prima dotazione di 30 posti letto che si inserisce nella proposta vista sopra per l’autorizzazione di un totale di 5'224 posti letto presso istituti per anziani medicalizzati nel nuovo Elenco LAMal dal 1.01.2015 (art. 39 cpv. 3 LAMal). A titolo di precisione, per i fini pianificatori in base alla Legge anziani (LANz), tale offerta di posti letto per cure palliative specialistiche presso case per anziani deve in ogni caso essere chiaramente distinta e con dotazione propria rispetto alle altre tipologie di presa in carico offerte abitualmente presso le case per anziani.

⁵⁷ A titolo di complemento, si ricorda che alla Clinica Fondazione Varini a Orselina saranno assegnati 10 posti letto quale Centro di competenza in cure palliative di secondo livello, autorizzati secondo l’art. 39 cpv. 1 LAMal (istituti acuti), nell’ambito del progetto pilota parallelo di sperimentazione in cure palliative in corso da inizio 2013, riconosciuto in seno alla Strategia cantonale in materia di cure palliative (si veda paragrafo 8.2.3).

Tabella 28: Posti letto in istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) – Case per anziani Centri di competenza in cure palliative specialistiche

	1	2	3	4=2+3	5=1+4
	POSTI LETTO LAMal 2013 (DL 23.09.2013) (senza STT (CAT))	RETTIFICHE POSTI LETTO 2013 (singoli istituti)	NUOVI POSTI LETTO 2014-2020	POSTI LETTO SUPPLEMENTARI (al netto)	POSTI LETTO DA AUTORIZZARE LAMal 2015 (a regime)
TICINO	0	0	30	30	30
SOTTOCENERI	0	0	30	30	30
SOPRACENERI	0	0	0	0	0

Fonte: UACD, 2013. Elaborazione: DASF, 2014.

2.2 Paragone nuova offerta di posti letto in istituti per anziani medicalizzati sul periodo 2014-2020 e fabbisogno a fine 2020 secondo pianificazione Legge anziani

A seguito delle nuove iniziative individuate nel biennio 2012-2013, a fine 2020 dovrebbero essere disponibili 5'224 posti letto negli istituti per anziani medicalizzati ticinesi, alla condizione che tutte le iniziative conosciute siano completate entro tale termine. Alla luce di questa situazione, il paragone con il fabbisogno a livello complessivo ticinese negli istituti per anziani espresso dalla pianificazione 2010-2020 in base alla Legge anziani e che si attesta a 5'357 posti letto a fine 2020, ciò comporta ancora uno scoperto di ca. 170 posti letto, tuttavia in diminuzione rispetto ai ca. 310 posti letto indicati con il Messaggio 6620.

La situazione è riassunta nella Tabella 29 che presenta la situazione di partenza per il Ticino e per i comprensori SACD dei posti letto effettivi in istituti per anziani a fine 2010, il fabbisogno stimato per fine 2020, i posti letto da autorizzare con l'Elenco LAMal 2015, la copertura o meno del fabbisogno a fine 2020, come pure la creazione netta di posti che si dovrebbe ottenere nel periodo 2010-2020.

Tabella 29: Paragone posti letto in istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) e fabbisogno a fine 2020 – Ticino e comprensori SACD

	0	1	2	3=2-1	4=2-0
POSTI LETTO IN ISTITUTI PER ANZIANI MEDICALIZZATI AUTORIZZATI ART. 39 cpv. 3 LAMal	31.12.2010 POSTI EFFETTIVI TOTALI (senza CAT (STT))	FABBISOGNO STIMATO 2020 POSTI LETTO MEDICALIZZATI (Rapporto M6621, Tab. 17)	POSTI LETTO DA AUTORIZZARE LAMal 2015 (a regime) con CuPa	COPERTURA FABBISOGNO 2020 ¹⁾ (stima)	CREAZIONE NETTA POSTI LETTO 2010-2020 ¹⁾ (stima)
TOTALE					
TICINO	4'104	5'357	5'224	-173	1'080
MENDRISIOTTO E BASSO CERESIO	718	880	999	79	241
LUGANESE	1'240	1'590	1'576	-14	336
MALCANTONE E VEDEGGIO	354	524	488	-36	134
LOCARNESE E VALLEMAGGIA	1'035	1'186	1'176	-10	141
BELLINZONESE	396	707	521	-186	125
TRE VALLI	361	469	464	-5	103

1) già conteggiato a fine 2020 per il comprensorio del Mendrisiotto e Basso Ceresio la perdita di 40 posti letto derivante dalla chiusura di una struttura.

Fonte: UACD, 2013. Elaborazione: DASF, 2014.

Il comprensorio del Mendrisiotto e Basso Ceresio con un totale di 999 posti letto da autorizzare nell'Elenco LAMal 2015, rappresenta l'unico dei comprensori ticinesi a conoscere, per l'orizzonte di fine 2020, un fabbisogno di posti letto in istituti per anziani medicalizzati interamente coperto, con anzi un leggero surplus dell'offerta di ca. 80 posti. Tuttavia, benché in questa maggiore offerta sia già conteggiata, per fine 2020, la perdita di 40 posti letto derivante dalla chiusura di una struttura a seguito di standard strutturali non più consoni ai requisiti, tale surplus stimato a fine 2020 è teorico. Esso presuppone, infatti, il completamento di tutte le iniziative annunciate (tale offerta sarebbe in ogni caso necessaria nella prima metà del prossimo decennio).

I comprensori delle Tre Valli, del Locarnese e Vallemaggia e del Luganese si presenterebbero con un'offerta in posti letto negli istituti per anziani medicalizzati globalmente adeguata al fabbisogno espresso regionalmente, poiché il leggero scoperto che si manifesta per fine 2020 (rispettivamente -5 posti per il comprensorio delle Tre Valli, -10 per il Locarnese e Vallemaggia, -14 posti per il Luganese) potrebbe essere colmato con iniziative e progetti mirati di aumento dei posti letto disponibili. Per il Luganese è comunque da evidenziare che lo scoperto di ca. 130 posti letto per fine 2020 indicato nel M6620 del 21.03.2012, anche grazie all'annuncio di diverse recenti iniziative, si è quasi completamente ri-assorbito, avvicinandosi dunque verso una situazione equilibrata a fine decennio.

Per il comprensorio del Malcantone e Alto Vedeggio la dotazione di 488 posti letto da autorizzare LAMal 2015 non coprirebbe il fabbisogno a fine 2020: lo scoperto si attesterebbe a poco meno di una quarantina di posti letto e vi sarebbe dunque spazio per l'attivazione di nuove iniziative a livello regionale per incrementare il numero di posti letto a disposizione in istituti per anziani medicalizzati.

Infine, il comprensorio del Bellinzonese con una dotazione di 521 posti letto autorizzati in istituti per anziani medicalizzati a livello regionale a fine 2020 risulterebbe il comprensorio in cui è più acuta la necessità di proporre nuovi posti letto in istituti per anziani medicalizzati. Lo scoperto, già quantificato in ca. 190 posti a fine 2010, si manterrebbe allo stesso livello anche a fine decennio, pur già conteggiando le iniziative di potenziamento dell'offerta previste. Come già espresso nel Rapporto allegato al Messaggio no. 6620, questo importante scoperto deve essere letto, tuttavia, con l'offerta eccedentaria di posti letto in strutture per anziani medicalizzate presenti nella vicina Mesolcina (ca. 120 anziani di origine ticinese sono infatti ospiti nelle case per anziani della Mesolcina, situazione che non muterà drasticamente nei prossimi anni). Tale situazione sarà in ogni caso da monitorare in maniera costante e nuove iniziative in favore della messa a disposizione di posti letto supplementari in istituti per anziani del Bellinzonese, ancorché benvenuta, non potrà fare astrazione di questa offerta eccedentaria appena fuori Cantone. Infine, la messa a disposizione di una ventina di posti letto per soggiorni temporanei presso la nuova struttura di Sementina (ex-Clinica) non potrà che mitigare la pressione al collocamento sulle case per anziani del Bellinzonese.

Nella tabella fornita in allegato (allegato 4) è illustrata la dotazione in posti letto da autorizzare in base all'Elenco LAMal 2015.

SETTORE ISTITUTI PER INVALIDI MEDICALIZZATI

Nell'ambito della prima tappa dell'aggiornamento della pianificazione delle case di cura, parte settore invalidi, dell'art. 39 cpv. 3 LAMal proposta con il Messaggio no. 6620 del 21.03.2012, nell'elenco degli istituti per invalidi autorizzati ad esercitare a carico della LAMal erano state iscritte 15 strutture per invalidi, corrispondenti a 436 posti letto (situazione confermata con il DL 23.09.2013).

Con questa seconda tappa dell'aggiornamento, s'intende procedere a un profondo riordino dell'elenco degli istituti per invalidi e dei posti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3).

Le ragioni sono essenzialmente da ricercare nel fatto che unicamente 7 di queste strutture residenziali per invalidi sono firmatarie di una Convenzione in essere con gli assicuratori malattia e, nel contempo, le uniche che presentano una sostanziale e costante erogazione di prestazioni di cura ai fini della LAMal (art. 7 dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Opre). D'altro canto, queste strutture sono le sole che al momento si orientano verso l'introduzione di un nuovo sistema di valutazione multidimensionale del fabbisogno di cura riconosciuto e obbligatoriamente richiesto dagli stessi assicuratori malattia dal 2014 (passaggio all'adozione del sistema RAI - *Resident Assesment Instrument*, già in vigore per altro negli istituti per anziani medicalizzati del Cantone).

Ai fini della LAMal è importante sottolineare che unicamente le strutture residenziali per invalidi con prestazioni di presa in carico sociosanitarie, in base all'art. 7 della citata Opre, e non quelle esclusivamente dispensatrici di prestazioni educative, rientrano nell'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico degli assicuratori malattia. A titolo abbondanziale, eventuali prestazioni sociosanitarie riconosciute in base alla LAMal, dispensate da strutture per invalidi prevalentemente orientate verso prestazioni educative, possono essere remunerate all'atto da parte degli assicuratori malattia, anche se la struttura non figura formalmente nell'Elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal.

Questo nuovo indirizzo non è stato presentato con la prima tappa della pianificazione delle case di cura del Messaggio no. 6620, poiché materia del presente aggiornamento riguardante la seconda tappa della pianificazione case di cura (art. 39 cpv. 3). Il nuovo Elenco proposto rispetta il principio di efficacia, appropriatezza ed economicità delle prestazioni previsto dall'art. 32 LAMal.

Si propone dunque un opportuno e importante riordino dell'elenco degli istituti e dei posti letto autorizzati, stralciando 8 istituti per invalidi adulti e 204 posti letto dall'Elenco degli istituti per invalidi autorizzati ad esercitare a carico della LAMal dal DL del 23.09.2013 (Messaggio no. 6620).

Si propone infine di confermare l'autorizzazione per 232 posti letto nel nuovo Elenco LAMal 2015, posti presenti nelle 7 strutture per invalidi descritte sopra in cui si registra una sostanziale e costante erogazione di prestazioni ai fini della LAMal (art. 7 Opre).

Una situazione sintetica è illustrata dalla Tabella 30, mentre l'aggiornamento dell'Elenco dei posti autorizzati dal DL del 23.09.2013 a operare a carico della LAMal, a livello di singolo istituto, è presentato nell'allegato 4.

Tabella 30: Posti letto nel nuovo Elenco degli istituti per invalidi autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) rispetto al DL 23.09.2013 (M6620)

	1	2	3	4=1+2+3
	POSTI LETTO LAMal 2013 (DL 23.09.2013)	RETTIFICHE POSTI 2013 (singoli istituti)	NUOVI POSTI DA AUTORIZZARE	POSTI LETTO DA AUTORIZZARE LAMal 2015 (a regime)
TICINO	436	-204	0	232
ISTITUTI CON CONVENZIONE CM	232	0	0	232
ISTITUTI SENZA CONVENZIONE CM	204	-204	0	0

Fonte: UI, 2013. Elaborazione: DASF, 2014.

Bibliografia

Camenzind, P., Frick, U. (2010). *L'évolution des traitements psychiatriques stationnaires en Suisse*. Neuchâtel : Observatoire suisse de la santé, Bulletin 3/2010.

Commissione consultiva di pianificazione sanitaria (2011). *Rapporto sull'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie, parte pianificazione case di cura – 1a fase (art. 39 cpv. 3 LAMal: Anziani e Invalidi)” e l'aggiornamento dell’ “Elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie” (art. 39 cpv. 3 LAMal)*. Bellinzona: Dipartimento della sanità e della socialità.

Conferenza Svizzera delle Direttrici e dei Direttori cantonali della Sanità (CDS) (2009). *Recommandations de la CDS sur la planification hospitalière d'après la révision de la LAMal sur le financement hospitalier*. Berne : CDS, http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Aktuelles/Empfehlungen/EM_Spitalplanung_20090514-f_01.pdf , documento consultato il 30 gennaio 2013.

Conferenza Svizzera delle Direttrici e dei Direttori cantonali della Sanità (CDS) (2011). *Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Soins somatiques-aigus*. Berne : CDS, <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=623&L=1> , documento consultato il 21 gennaio 2013.

Conferenza Svizzera delle Direttrici e dei Direttori cantonali della Sanità (CDS) (2012). *Recommandations sur l'examen de l'économicité*. Berne : CDS, http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Aktuelles/Empfeh/EM_Wirtschaftlichkeitspruefung_2012_0715_f.pdf , documento consultato il 28 gennaio 2013.

Conseil fédéral (2013). *Bases de la planification hospitalière et pistes de développement. Rapport du Conseil fédéral en réponses au postulats 09.4239 e 10.3753*. Berne : 18 décembre 2013.

Consiglio di Stato, Messaggio del 7 dicembre 2004 concernente l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (2004) e elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal), n.5606.

Consiglio di Stato, Messaggio del 9 luglio 2008 concernente la Convenzione intercantonale sulla medicina altamente specializzata, n. 6090

Consiglio di Stato, Messaggio del 23 novembre 2010 concernente l'adeguamento della normativa cantonale (LCAMal) alle modifiche della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) del 21 dicembre 2007 concernente il finanziamento ospedaliero, n. 6422.

Consiglio di Stato, Messaggio del 21 marzo 2012 concernente Aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) - parte pianificazione case di cura - 1^a fase (art. 39 cpv. 3 LAMal: Anziani e Invalidi), n.6620.

Consiglio di Stato (2012). *Rapporto al Gran Consiglio sulle Linee direttive e sul Piano finanziario 2012-2015*. Bellinzona: Consiglio di Stato, pp. 141-142.

Consiglio di Stato (2013). Rapporto al Gran Consiglio sul primo aggiornamento delle Linee Direttive e del Piano Finanziario 2012-2015. Bellinzona: Consiglio di Stato, p. 135.

Consiglio di Stato (2014). Rapporto al Gran Consiglio sul secondo aggiornamento delle Linee Direttive e del Piano Finanziario 2012-2015. Bellinzona: Consiglio di Stato.

Consiglio di Stato, Dipartimento della sanità e della socialità, Divisione della salute pubblica (2013). *Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017*. Mendrisio: Laboratori Offset e Legatoria OSC/CARL, pp.20-25.

Decreto esecutivo del 17 dicembre 1997 concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattia di base (art. 39 LAMal), BU 1997 590.

Convenzione intercantonale del 24 marzo 2008 concernente la medicina altamente specializzata (CIMAS), RL 6.3.1.5

Decreto esecutivo del 20 giugno 2001 concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattia di base (art. 39 LAMal), BU 2001 349.

Decreto legislativo del 26 marzo 2001 concernente l'autorizzazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi o di cura a tecnologia avanzata o particolarmente costosa (clausola del bisogno), RL 6.1.1.1.6

Decreto legislativo del 29 novembre 2005 concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art 39 LAMal), RL 6.4.6.1.2

Decreto legislativo del 15 dicembre 2008 concernente l'adesione alla Convenzione intercantonale sulla medicina altamente specializzata, RL 6.3.1.5.1

Dipartimento sanità e socialità (DSS) (2012). *Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino, 2010-2020, Settore somatico-acuto (I)*. Bellinzona: DSS:

Dipartimento sanità e socialità (DSS) (2012). Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino 2010-2020, Riabilitazione (II). Bellinzona: DSS.

Dipartimento sanità e socialità (DSS) (2012). *Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino, 2010-2020, Settore psichiatria (III)*. Bellinzona: DSS.

Grandi, S., Fava, G. A. (2002). "La sintomatologia psicosomatica: nuovi approcci diagnostici", in *Argomentii di ginecologia e ostetricia psicosomatica, Argomenti di ginecologia e ostetricia psicosomatica*, <http://www.sipgo.org/download/2002/28%20-%20LA%20SINTOMATOLOGIA-Grandi.pdf> , testo consultato il 21 gennaio 2013, pp. 171-178.

H+, Gli Ospedali Svizzeri (2013). *DefReha®. Riabilitazione ospedaliera: settori speciali & definizioni. Criteri di inclusione e di esclusione per i diversi tipi di riabilitazione. Versione 1.0*. Berna: H+, Gli Ospedali Svizzeri.

Legge cantonale di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal), RL 6.4.6.1.

Legge cantonale di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal), modifica del 17 marzo 2011, BU 2011 301.

Legge cantonale del 18 aprile 1989 sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria), RL 6.1.1.1.

Legge federale sull'assicurazione contro le malattie del 18 marzo 1994 (LAMal), modifica del 21 dicembre 2007, RU 2008 2049.

Losa, M. (2012). *Valutazione epidemiologica e medico-scientifica per la creazione di un'unità di cure intensive neonatali e/o pediatriche nel Cantone Ticino.* Bellinzona.

Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC (1979). "Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality". *New England Medical Journal*, (301): 1364-1369.

Mozione del 25 giugno 2009 "La pianificazione ospedaliera dei mandati deve entrare in vigore al 1.1.2012", sottoscritta dai presidenti e dai capigruppo PLR, PS e PPD

Mozione PLR del 31 maggio 2010 "Pianificazione ospedaliera: i riardi del DSS rischiano di incidere pesantemente sulle casse cantonali e sulle tasche dei ticinesi"

Office des hôpitaux (2006). *Projet "Soins transitoires dans le canton de Berne" Rapport final*, Berne : Office des hôpitaux.

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

Ordinanza sull'assicurazione malattie del 27 giugno 1995 (OAMal), modifica del 22 ottobre 2008, RU 2008 5097.

Rapporto di maggioranza del 7 novembre 2005 sul Messaggio del 7 dicembre 2004 concernente l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (2004) e elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal) (5606R1)

Rapporto di minoranza del 7 novembre 2005 sul Messaggio del 7 dicembre 2004 concernente l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (2004) e elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal) (5606R2).

Reames BN, Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. (2013). "Hospital Volume and Operative Mortality in the Modern Era". *Annals of Surgery*, dec 23.

Regolamento del 29 aprile 2005 concernente i servizi di urgenza medica negli ospedali e nelle cliniche, RL 6.1.1.1.7

Troëng T. (2008). "Volume versus outcome when treating abdominal aortic aneurysm electively--is there evidence to centralise?" *Scandinavian Journal of Surgery*, (2):154-9: 159-60.

Sentenza del Tribunale federale 2C_796/2011 del 10 luglio 2012, DTF 138 II 398.