

Rapporto

numero	data	Dipartimento
4811/4811A R	23 febbraio 1999	OPERE SOCIALI
Concerne		

della Commissione speciale in materia sanitaria

- ◆ **sul messaggio 25 novembre 1998 concernente la concessione di un credito di investimento di franchi 2'250'000.- per il periodo 1999-2002 per la realizzazione del progetto “Coordinamento della rete sanitaria”**
- ◆ **sul messaggio complementare 23 febbraio 1999 concernente la concessione di un credito di investimento di franchi 650'000.- per il periodo 1999-2002 per la realizzazione del sistema informativo previsto nel progetto “Coordinamento della rete sanitaria” e la concessione di un primo credito di investimento di franchi 600'000.- per il periodo 1999-2000 per il ricorso a consulenze esterne previste nel medesimo progetto**

INDICE

1.	Premesse	2
2.	Obbiettivi di politica sanitaria	2
3.	Linee direttive e “Amministrazione 2000”	3
4.	Rapporto di approfondimento denominato “Coordinamento della rete sanitaria”	3
5.	Definizione di rete sanitaria	5
6.	L'analisi effettuata ed il progetto proposto	6
7.	Opportunità di una procedura di consultazione?	7
8.	Opportunità di procedere a dei “progetti pilota”?	7
9.	Perché affidare questo compito allo Stato?	8
10.	Razionamento o razionalizzazione?	8
11.	Obiettivi del progetto	9
12.	I benefici quantificati nel Messaggio no. 4811	9
13.	Supporto informatico e raccolta dati	10
14.	Valutazione complessiva	11
15.	Osservazioni della Commissione speciale in materia sanitaria in merito alla proposta del CdS	11
16.	I costi del progetto	12
17.	Ruolo del Parlamento	14
18.	Conclusioni	14

1. PREMESSE

La valutazione del progetto presentato con il Messaggio non può prescindere dalle seguenti considerazioni.

- In questi ultimi anni i **costi della sanità** hanno raggiunto dimensioni tali da renderli sempre meno sopportabili per lo Stato, per gli assicuratori malattia e, in ultima istanza, per i cittadini che intervengono a coprire tutti i costi della sanità tramite premi assicurativi, prelievi fiscali e partecipazione alle spese. In Ticino nel 1997 i costi assunti dagli assicuratori malattia tramite la sola assicurazione obbligatoria hanno infatti superato i 2'200.- franchi per assicurato. Aggiungendo la spesa a carico dell'ente pubblico ed una stima di quella sopportata direttamente dai privati ne risulta – sempre per la sola assicurazione obbligatoria – un importo di quasi fr. 3'500.-- annui per assicurato. Infine, secondo le ultime indicazioni disponibili sulla spesa sanitaria complessiva in Ticino l'importo globale ammonterebbe per il 1996 a ca. 1'833 mio., vale a dire a più di fr. 6'100.-- per abitante.
- Per quanto concerne l'erogazione delle prestazioni, il sistema sanitario vede la presenza di una **molteplicità di attori**, pubblici e privati. Il funzionamento della rete sanitaria - e di conseguenza la qualità della presa a carico ed i relativi costi - deriva quindi dalla continua interazione fra le decisioni di molti soggetti, privati e pubblici, dettate da interessi puntuali legittimi, non sempre coerenti e in certi casi addirittura contrapposti.
- Anche il **finanziamento implica la partecipazione di fonti diversi**: assicuratori malattia, enti pubblici e utenti. Spesso intervengono contemporaneamente più fonti di finanziamento e la copertura fra queste parti presenta delle differenze a seconda dei settori sanitari.
- Nonostante i miglioramenti determinate dall'entrata in vigore della Legge federale sull'assicurazione malattia e della Legge federale sulla statistica, non si è ancora pervenuti ad una **visione statistica d'assieme** tale da consentire l'utilizzazione di dati sanitari e finanziari a scopi pianificatori e di coordinamento.
- Più in generale ancora, la **mancaza di una visione d'assieme** condivisa da tutti gli attori non permette di assicurare la promozione di progetti che tengano conto delle loro priorità, delle loro interdipendenze, secondo un programma coerente.
- Infine, è innegabile che il settore sanitario, pur essendo promosso in buona parte da operatori e istituzioni private, assume una rilevante connotazione pubblica, dovuta al suo **forte interesse collettivo**. Di conseguenza, la legislazione federale e cantonale attribuiscono allo Stato importanti compiti di promozione e protezione della salute, di coordinamento e di finanziamento.

2. OBIETTIVI DI POLITICA SANITARIA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha elaborato una lista di 38 obiettivi generali in campo sanitario da attuare a livello mondiale. Nel 1997 la Società svizzera di salute pubblica, in collaborazione con l'Ufficio federale della salute pubblica, ha pubblicato un documento di riferimento che analizza questi obiettivi estrapolandoli alla situazione svizzera.

Alcuni di questi obiettivi si concretizzano chiaramente in questo progetto di realizzazione della rete sanitaria, nel dettaglio:

- obiettivo 27: i servizi di salute di tutti gli stati membri dovrebbero venire gestiti efficacemente sul piano dei costi e le risorse dovrebbero essere ripartite in funzione dei bisogni
- obiettivo 31: dovrebbero esistere delle strutture e dei processi che assicurano il miglioramento continuo della qualità delle cure e il perfezionamento dell'uso appropriato delle tecnologie sanitarie
- obiettivo 34: dovrebbero esistere delle strutture e dei processi di gestione suscettibili di ispirare, di guidare e di coordinare lo sviluppo sanitario, conformemente ai principi della "salute per tutti"
- obiettivo 35: entro alcuni anni dei sistemi di informazione sanitaria dovrebbero sostenere attivamente l'elaborazione, la messa in opera, la sorveglianza e la valutazione delle politiche della "salute per tutti"
- obiettivo 37: entro alcuni anni dovrebbe esistere una larga gamma di organizzazioni e di gruppi appartenenti al settore pubblico, privato e benevolo che contribuiscono attivamente alla realizzazione della "salute per tutti".

Come appare chiaramente da questi obiettivi dell'OMS nel nostro cantone non si pretende di inventare nulla di nuovo ma unicamente provvedere all'adeguamento della nostra organizzazione sanitaria secondo questi criteri, adottati anche a livello federale.

3. LINEE DIRETTIVE E "AMMINISTRAZIONE 2000"

Nelle linee direttive del mese di ottobre 1995 e nel secondo aggiornamento del mese di novembre 1997 il Consiglio di Stato sottolineava la **necessità del coordinamento delle strutture** stazionarie, di quelle semistazionarie e di quelle ambulatoriali. A mente del Consiglio di Stato una condizione indispensabile per migliorare costi - benefici in campo sanitario in modo da mantenere i costi sopportabili consiste nell'individuazione e nella scelta dei sistemi sanitari a costo contenuto ed efficacia e qualità elevate. (cfr. Linee direttive, novembre 1997, p. 23 - 25).

Il Gran Consiglio in data 9 giugno 1997 ha approvato il messaggio no. 4605 del 17 dicembre 1996 concernente la richiesta di un credito di fr 3'250'000.- per il lavoro di analisi e di ridefinizione delle procedure di funzionamento dell'amministrazione cantonale denominato: "Amministrazione 2000". Il Consiglio di Stato ha quindi affidato ad un consulente esterno il compito di procedere ad un'analisi approfondita del funzionamento della propria amministrazione, e nell'ambito di questo mandato si è pure valutata la possibilità di meglio coordinare l'utilizzo delle strutture e dei servizi sanitari.

4. RAPPORTO DI APPROFONDIMENTO DENOMINATO "COORDINAMENTO DELLA RETE SANITARIA"

Nel rapporto di programmazione "Amministrazione 2000 area di intervento: Coordinamento rete sanitaria" si è considerato che tramite interventi, coordinati fra di loro e resi coerenti grazie al loro inserimento in un progetto organico, si creano le condizioni -

quadro affinché avvenga un utilizzo maggiormente coordinato delle strutture sanitarie pubbliche e private, stazionarie e ambulatoriali in modo che, a parità di qualità delle prestazioni, venga utilizzata la struttura più economica, così da contenere l'evoluzione delle spese in questo settore, e il raggiungimento di questa finalità viene facilitato se al contempo si favorisce una maggiore consapevolezza della salute quale risorsa da promuovere a livello individuale e collettivo.

Gli scopi e le impostazioni di fondo delle azioni previste nel rapporto sono state individuate come segue:

- aumentare il grado d'informazione e responsabilizzazione di singoli operatori e strutture;
- creare delle condizioni - quadro per un'offerta di interesse pubblico adeguata ai bisogni (in termini di qualità e di volume di prestazioni);
- creare delle condizioni - quadro che favoriscano l'accesso alle cure più appropriate (in termini di rapporto costo - qualità), il loro coordinamento e la loro continuità;
- favorire una maggiore consapevolezza - in termini d'uso delle risorse - nell'utilizzo di strutture e servizi presenti nella rete sanitaria;
- favorire una maggiore consapevolezza della salute quale risorsa da promuovere a livello individuale e collettivo;
- contenere l'insorgere di patologie nonché le loro conseguenze sanitarie;
- l'insieme di queste operazioni richiederanno l'impostazione e lo sviluppo di strumenti di monitoraggio trasversali con supporto informatico, strumenti che dovranno poter fornire gli elementi necessari ad una valutazione continua dei bisogni, delle attività, delle risorse, dei costi, dell'efficienza, dell'efficacia e della soddisfazione;
- valorizzare queste informazioni per trarre indicazioni operative e valutarne in seguito i risultati.

Nel rapporto di programmazione ci si sofferma inoltre sul fatto che attualmente disponiamo di puntuali pianificazioni settoriali, che coprono buona parte del settore sanitario (pianificazione ospedaliera, pianificazione sociopsichiatrica, pianificazione anziani, in futuro: pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio), e nel contempo dell'**assenza di una pianificazione intersettoriale**, anche se essa costituisce un obiettivo generale presente nella Legge per la promozione della salute e il coordinamento sanitario e ripreso in più leggi settoriali.

Il rapporto di programmazione definisce **gli ambiti nei quali si intende fare riferimento**, e meglio gli ospedali pubblici (EOC), le cliniche private, le case per anziani (sussidiate e non), le strutture residenziali ed ambulatoriali della sociopsichiatria pubblica (OSC), e i servizi di aiuto domiciliare (in futuro: Servizi di assistenza e cura a domicilio). Non tutte le azioni proposte toccheranno l'intero perimetro, alcune azioni saranno mirate ad alcuni attori, altre verranno proposte dapprima per alcuni settori e solo in seguito se ne potrà valutare l'estensione all'intera rete.

Il piano d'azione distingue tre **tipi di intervento** : nel primo gli interventi in cui lo Stato può agire in modo autonomo, siano essi già incorso o con un grado elevato di fattibilità tecnica; nel secondo gli interventi in cui lo Stato può agire in modo autonomo che richiederanno una riflessione approfondita sulle tecniche da applicare; nel terzo gli interventi in cui lo Stato dovrà negoziare con gli attori della rete sanitaria per definire le nuove modalità di funzionamento della rete.

Nel rapporto di programmazione di coordinamento della rete sanitaria le **azioni** sono così suddivise:

◆ **sulla domanda**

- entro la fine del 1999 l'obiettivo è quello di avere definito e di potere mettere in opera una politica di prevenzione, promozione, empowerment (ovvero di rendere gli attori capaci di agire) e di valutazione dell'impatto dei fenomeni collettivi con relative azioni destinate a mitigarne gli effetti.

◆ **sull'offerta**

- sulle pratiche, entro la fine del 2000 l'obiettivo è di avere identificato le principali lacune della situazione attuale (formazione, finanziamento e qualità/tecnologia), di avere promosso nuove modalità d'azione e di averne negoziato la messa in opera con i prestatori d'opera;
- sulle capacità, entro fine del 2001, l'obiettivo è quello di avere verificato modalità di finanziamento, di accreditamento, di analisi del bisogno e di pianificazione, di avere negoziato degli accordi con i fornitori di prestazioni e di averne facilitato/garantito la messa in opera.

◆ **sui flussi**

- sul coordinamento operativo, entro la fine del 2001 l'obiettivo è quello di avere verificato ruoli e responsabilità e struttura di ownership attuali, di avere indirizzato i cambiamenti ritenuti necessari, di avere iniziato le negoziazioni con i fornitori dei contratti di prestazione, e di avere facilitato l'introduzione di un sistema informativo comune per l'insieme della rete;
- sugli incentivi, entro fine del 2001 l'obiettivo è quello di avere identificato le principali lacune della situazione attuale riguardo l'impatto delle modalità di finanziamento e delle forme assicurative sul coordinamento del sistema (flussi di pazienti), di avere proposto le modifiche ritenute adeguate, di averne favorito, coordinato e negoziato la messa in opera prevedendo una fase di implementazione a partire dal 2002.

Si tratta dunque di agire sulla rete sanitaria a livello di domanda, offerta e funzionamento. Si perverrà così ad un ventaglio di prese a carico coerente, prestando attenzione sia alla qualità delle prestazioni che al loro costo e disponibile in quantità adeguata ai bisogni esistenti, altrimenti detto ad un nuovo assetto della rete sanitaria.

5. DEFINIZIONE DI RETE SANITARIA

Il concetto di rete sanitaria è qualcosa che va oltre sia la semplice elencazione degli attori operanti, in un verso o in un altro, in campo sanitario, che l'esplicitazione di sottogruppi di questi attori tra i quali esistono delle relazioni.

La rete sanitaria è sì costituita dall'**insieme** di questi attori, tuttavia gli stessi devono essere **coscienti**, al minimo, di:

- interagire tra loro in modo molto stretto, con la conseguenza che ogni singola azione di uno di essi comporta importanti conseguenze, sia dirette che indirette, per tutto il sistema. Ad esempio una qualsiasi decisione presa da un singolo servizio di aiuto e cura a domicilio comporterà conseguenze non solo per i pazienti ma anche per assicuratori, case per anziani, ospedali, medici ambulatoriali, ecc.;

- rispondono ai bisogni della popolazione in modo collettivo, e non singolarmente, in virtù della loro complementarità;
- hanno la necessità di doversi accordare su più livelli (ad esempio strategico, informativo e operativo).

La rete sanitaria è quindi qualcosa di molto complesso e che contempla l'idea di un approccio globale alle problematiche sanitarie, con una visione d'insieme e una concezione molto estesa dell'idea di collaborazione intersettoriale.

Attualmente possiamo affermare che nel nostro cantone la rete sanitaria vera e propria sia tuttora in gestazione: infatti questa presa di coscienza sta progressivamente avvenendo ma non si è ancora completamente esplicitata.

A processo ultimato la conseguenza principale sarà quella di poter finalmente procedere all'allestimento di una pianificazione intersettoriale.

6. L'ANALISI EFFETTUATA ED IL PROGETTO PROPOSTO

Con la richiesta di credito d'investimento per la realizzazione del progetto "Coordinamento della rete sanitaria", attentamente esaminato dalla commissione speciale in materia sanitaria, ridiscusso con il Consiglio di Stato nel suo ammontare per la prima fase, si introduce un dibattito ad ogni livello in merito alla necessità di un miglior coordinamento della rete sanitaria.

Le considerazioni riportate nel Messaggio si basano su di una prima analisi del sistema sanitario volta ad identificare la tipologia dei problemi di coordinamento e a determinare il tipo di intervento più appropriato. La rete sanitaria è stata affrontata e descritta come un sistema nel quale interagiscono un'offerta ed una domanda di prestazioni sanitarie. L'offerta non consiste solo in un determinato potenziale sanitario, ma deve tenere conto anche delle pratiche professionali utilizzate dagli operatori. D'altra parte, non è possibile descrivere la domanda solo in termini di stato di salute rispettivamente di patologie della popolazione, ma bisogna tenere presenti i comportamenti dei cittadini sia quando sono in buona salute sia come utenti del sistema sanitario.

Questa prima descrizione della **rete sanitaria** non è da considerare definitiva, ma è stata **intesa come una prima analisi che verrà sottoposta al vaglio di tutte le parti interessate durante l'evoluzione dei lavori**. La visione d'insieme utilizzata per la stesura del Messaggio rappresenta dunque una prima proposta di lavoro che verrà progressivamente migliorata e precisata. L'intenzione è di pervenire ad una visione sufficientemente solida che possa essere condivisa e possa quindi costituire una base di riferimento per la discussione di tutti gli attori coinvolti.

Il progetto che ne è scaturito – e che giustifica la richiesta del credito – si basa dunque sulla premessa che per adempiere ai compiti di coordinamento, di promozione e di protezione della salute sia necessario il coinvolgimento - tramite un **processo di dialogo e di concertazione - di tutti gli attori attivi nel settore**: fornitori di prestazione, finanziatori, assicuratori e assicurati. Solo agendo contemporaneamente ed in modo organico sull'offerta e sulla domanda di prestazioni nonché sul funzionamento stesso della rete sanitaria sarà possibile beneficiare delle possibilità di contenimento dei costi, continuando tuttavia a rafforzare la qualità della presa a carico.

Di riflesso, il principale strumento per agire consiste in un processo articolato in più fasi: la conoscenza della situazione, della sua evoluzione e dei confronti nel contesto intercantonale, le relative analisi, il confronto di possibili soluzioni ed infine l'adozione di pianificazioni o accordi operativi.

7. OPPORTUNITÀ DI UNA PROCEDURA DI CONSULTAZIONE?

La Commissione sanitaria si è interrogata sull'opportunità di procedere ad una consultazione dei principali interessati, giungendo alla conclusione che essa sarebbe stata prematura.

In effetti, l'intera operazione proposta con il progetto "Coordinamento della rete sanitaria" prevederà una serie di consultazioni quali ad esempio, a titolo comunque non esaustivo:

- opzioni strategiche nel riassetto del sistema sanitario;
- valutazione delle alternative di intervento;
- opportunità o meno di intraprendere o meno determinate azioni di coordinamento;
- possibilità di adozione di procedure concordate fra più attori;
- scelta di parametri tecnici da utilizzare nella gestione concreta delle differenti casistiche.

Nel corso di una consultazione preliminare non si sarebbe in alcun modo potuto presentare agli interlocutori un programma dettagliato, che verrà formulato in accordo con loro. Inoltre, la promozione di colloqui bilaterali avrebbe presentato l'innegabile rischio di entrare in materia su aspetti puntuali, precludendo così la possibilità della ricerca di nuovi equilibri che permettano di affrontare in modo complessivo il coordinamento di un settore che vede intervenire molti attori. La valutazione della Commissione è stata pertanto quella di ritenere necessario avviare innanzitutto il processo generale di concertazione.

8. OPPORTUNITÀ DI PROCEDERE A DEI "PROGETTI PILOTA"?

La Commissione si è chiesta se non fosse opportuno procedere a dei progetti pilota, inerenti dei sotto-settori del campo sanitario, allo scopo di verificare la successiva fattibilità dell'intero progetto.

Il fatto che il tipo di relazioni esistenti tra i vari attori sia molto esteso e complesso avrebbe reso praticamente impossibile isolare dei sotto-ambiti, sufficientemente indipendenti dalla globalità del settore, tali da rendere estrapolabili all'intero sistema i risultati ottenuti.

Ci si è quindi resi conto che le uniche due opzioni possibili sono tutto o niente, e che quindi è indispensabile portare avanti il progetto nella sua interezza.

Al momento della concretizzazione del progetto resta aperta l'opzione di verifiche puntuali limitatamente a degli ambiti specifici quali ad esempio l'enveloppe budgétaire e i mandati di prestazione.

9. PERCHÉ AFFIDARE QUESTO COMPITO ALLO STATO?

Da un punto funzionale, se l'obiettivo è quello di avviare un colloquio fra tutti gli attori presenti nella rete sanitaria, più enti potrebbero proporsi per assumere il ruolo di mediatore - iniziatore di questa operazione. A mente della Commissione, vi sono però forti ragioni per ritenere che **questo compito debba essere riconosciuto allo Stato**.

Lo Stato, pur essendo un importante attore della rete sanitaria (ad esempio deve coordinare e finanziare i propri servizi e in parte finanziare servizi gestiti da terzi), ha infatti quale fine ultimo la promozione del benessere di tutti i cittadini. A questo scopo, il suo funzionamento è soggetto ad un controllo democratico svolto a più livelli. Altri attori hanno per contro specifici interessi propri, ancorché legittimi.

Inoltre, per legge allo Stato compete il compito di promuovere e proteggere la salute e ha delle competenze generali di coordinamento in ambito sanitario (si veda la Legge federale sull'assicurazione malattia e la Legge cantonale sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario).

Lo Stato è quindi – fra tutti gli attori attivi nella rete sanitaria – istituzionalmente l'ente cui spetta il ruolo di mediatore legittimato agli occhi dell'opinione pubblica.

10. RAZIONAMENTO O RAZIONALIZZAZIONE?

Uno dei timori principali della popolazione, ed una delle principali preoccupazioni dei politici, è quello che impropriamente viene definito come razionamento dell'accesso alle cure. Impropriamente in quanto il concetto di razionamento presuppone la scarsità di un bene, questo non è per niente il caso dei beni legati alla salute, che tutto sommato, per certi versi, si potrebbero anche ritenere sovrabbondanti. Il problema è piuttosto legato alla difficoltà di accesso a questi beni, che fasce sempre più larghe della popolazione potrebbero avere, visto che la stagnazione economica porta ad una progressiva diminuzione della disponibilità a pagare sia a livello individuale che pubblico.

Da qui deriva la necessità imprescindibile di razionalizzare quanto già esiste procedendo, all'ottimizzazione della ripartizione delle risorse esistenti tra i diversi sottosettori sanitari e ad una ripartizione fondata sui criteri di efficienza economica e di efficacia sanitaria. Questi concetti indicano l'eliminazione degli sprechi e postulano quindi una organizzazione, una gestione e una pratica sanitaria efficiente ed efficace che dovrebbe, in linea di massima, beneficiare di un consenso sociale unanime.

Per poter procedere alla razionalizzazione da tutti auspicata è quindi fondamentale porre tre quesiti di fondo ai quali è estremamente importante dare una risposta adeguata e convincente:

- In che misura la spesa sanitaria attuale risponde a dei bisogni reali della salute degli individui e delle collettività e con quale livello di adeguatezza?
- In che misura i risultati attuali in campo sanitario potrebbero venire ottenuti con delle risorse inferiori (finanziarie, umane, organizzative)?
- In che misura la spesa attuale risponde a dei bisogni "fuori salute"? (in particolare come sopravvivenza economica, prestigio, regionalismo, ecc.)

Da queste tre domande si può intuire la vastità e la complessità dell'analisi necessaria e, indirettamente, il bisogno di avere dei rilevamenti statistici estremamente precisi e dettagliati. Facciamo inoltre notare come vada tenuto conto in maniera molto importante di

quelle che sono le variabili non strettamente economiche che hanno comunque un grosso peso sul “modo di sentire la sanità” da parte della popolazione, sono questi fattori, spesso prettamente emotivi (per fare un esempio a livello Ticinese possiamo citare la discussione di qualche anno or sono sui reparti di pediatria nei vari ospedali dell’EOC), che possono essere in contrasto con una visione puramente economicistica ma che giocano un ruolo importantissimo sul benessere generale.

11. OBIETTIVI DEL PROGETTO

Con il progetto “Coordinamento della rete sanitaria” non ci si ripropone direttamente la modifica di leggi o l’attribuzione di nuove competenze.

Si tratta:

- di **permettere al Cantone di reagire tempestivamente ed in modo coerente** alle necessità che lo stesso dovrà affrontare nel corso dei prossimi anni: si pensi agli obblighi pianificatori dovuti alla Legge federale sull’assicurazione malattia, all’attribuzione di mandati di prestazione per strutture e servizi sanitari, all’introduzione di procedure di accreditamento,
- di **dotare il Cantone delle risorse necessarie per avviare il processo di ricerca – tramite la concertazione - di nuovi, indispensabili equilibri nel settore sanitario.**

Gli **obiettivi** che il Cantone si pone iniziando il progetto sono legati l’uno all’altro e si riassumono nel:

- favorire un migliore funzionamento e utilizzo della rete sanitaria; in particolare tramite uno sviluppo coordinato delle strutture residenziali e ambulatoriali, pubbliche e private, tramite l’adozione di nuovi modelli contrattuali accompagnati da nuove modalità di finanziamento e tramite il perfezionamento del sistema informativo creato in questi anni;
- promuovere un’informazione orientata ad una maggiore consapevolezza: della salute a livello individuale e collettivo, verso un accesso più consapevole nell’utilizzo dei servizi e verso pratiche sanitarie fondate su prove di efficacia; questo triplice obiettivo sarà perseguito tramite azioni volte a sensibilizzare e motivare i cittadini e tramite azioni sulle pratiche professionali dei fornitori di prestazioni;
- grazie ai primi due obiettivi, contenere i costi generati dalla rete sanitaria, con particolare attenzione a quelli a carico dell’assicurazione obbligatoria contro le malattie, in parte finanziati anche dallo Stato, senza dimenticare l’impatto sulla salute della popolazione e sulle pratiche professionali dei fornitori di prestazioni.

12. I BENEFICI QUANTIFICATI NEL MESSAGGIO NO. 4811

Il Messaggio no. 4811 sul coordinamento della rete sanitaria stima, per il Cantone, i seguenti **benefici minimi del progetto**:

- con l’adozione di nuove modalità di finanziamento il Consiglio di Stato stima di poter ottenere entro 4-5 anni un contenimento del fabbisogno finanziario nell’ordine di grandezza di ca. 3.5 mio. annui, così ripartito: ospedali pubblici dell’Ente ospedaliero

cantonale: 2.0 mio.; Organizzazione sociopsichiatrica cantonale: 1.0 mio.; Case per anziani sussidiate: 0.5 mio.;

- il migliore coordinamento tra i vari ospedali e le strutture esterne ad essi, come ad esempio le case per anziani e i servizi di assistenza e cura a domicilio, porterà ad una riduzione delle giornate di cura inappropriate, cioè di quelle giornate di degenza del paziente in ospedale non strettamente necessarie alla presa a carico della sua patologia. Alla base di queste vi sono, oltre a dei problemi tecnico-organizzativi degli ospedali, delle carenze nell'organizzazione e nel coordinamento del supporto post-degenza al paziente (due semplici esempi pratici: tempi di attesa di giorni per trovare un collocamento in clinica di riabilitazione oppure per organizzare un qualsiasi tipo di aiuto domiciliare). Il risparmio ottenibile in questo ambito è stimabile a ca. 2.4 milioni annui a partire dal 2004 (momento in cui la rete sanitaria dovrebbe essere attiva a pieno regime);
- riduzione della necessità di **strutture stazionarie**: ca. 2.0 mio. annui derivanti dal contenimento del contributo cantonale nei settori case per anziani e assistenza e cura a domicilio, ai quali corrisponde un contenimento di ca. 8.0 mio. annui dell'onere a carico dei Comuni;
- ulteriori benefici del progetto dipenderanno inoltre dagli attori che si sarà riusciti a coinvolgere, dal tipo di accordi e dalle modalità operative che si sarà in grado di instaurare.

La Commissione prende atto di queste stime quantitative e le considera quali parametri per una verifica dell'efficacia delle misure adottate.

In conclusione si può affermare che i **benefici** di questo progetto sono:

- **di tipo finanziario**: il progetto deve permettere da parte dello Stato un miglior controllo di una spesa che rappresenta più del 10% della spesa dell'Amministrazione;
- **di tipo qualitativo**: un miglior adeguamento e una migliore integrazione della rete sanitaria con conseguenti vantaggi per il cittadino in termini di adeguatezza, qualità e continuità delle cure;
- **di tipo amministrativo**: il progetto avrà risvolti importanti anche dal punto di vista dell'organizzazione dell'amministrazione poichè dovrà permettere di meglio integrare le attività di diversi uffici ai fini di conseguire gli obiettivi della politica sanitaria dello Stato intesa come azione coerente di tutte le componenti dell'amministrazione.

13. SUPPORTO INFORMATICO E RACCOLTA DATI

Vi sono attualmente più sistemi informativi dettati da esigenze puntuali diverse non armonizzati fra loro. Si rende pertanto necessario l'utilizzo dell'insieme delle statistiche esistenti o in via di definizione in ambito sociosanitario, nel rispetto della legge federale sulla statistica, in particolare per la statistica degli stabilimenti sanitari ospedalieri (ospedali pubblici e cliniche private) e non ospedalieri (case per anziani, sociopsichiatria, tossicomanie, ecc.), e alle esigenze di carattere amministrativo (finanziamento, controllo e vigilanza sanitaria).

14. VALUTAZIONE COMPLESSIVA

È senz'altro indispensabile approfondire le possibilità di meglio coordinare l'utilizzo delle strutture e dei servizi sanitari. Allo Stato vanno riconfermati e riconosciuti i compiti di promozione e protezione della salute, nonché le competenze di coordinamento generale in ambito sanitario.

L'evoluzione dei costi potrà essere contenuta solo agendo in modo coerente sull'offerta e sulla domanda di prestazioni sanitarie e questa operazione dovrà coinvolgere tutti gli attori attivi nella rete sanitaria (fornitori di prestazioni, finanziatori pubblici, assicuratori malattia e assicurati stessi). Sarà così possibile creare le condizioni quadro affinché vengano utilizzati – a parità di qualità di prestazione – le strutture ed i servizi più economici in termini di uso di risorse.

In termini di benefici a breve termine il Messaggio, riprendendo il rapporto di programmazione coordinamento rete sanitaria, specifica alcune proposte nei settori di competenza diretta dell'ente pubblico (Ente ospedaliero cantonale, Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, Case sussidiate per anziani). Ulteriori benefici sarebbero ipotizzabili in altri settori. La loro stima implica tuttavia aver già effettuato le necessarie analisi e trovato gli accordi con i relativi responsabili.

Con la realizzazione del progetto si mira pure a meglio coordinare quanto lo Stato sta già ora facendo, permettendo alle varie unità amministrative impegnate in campo sanitario di agire organicamente. In questo modo, anche interventi settoriali già in atto da tempo verranno concepiti in un'ottica intersettoriale.

Complessivamente, ne risulterà per il Cantone un ruolo attivo e propositivo che eviterà il rischio di una realtà cantonale "a rimorchio" delle evoluzioni in atto nel settore. Solo in tal modo sarà possibile sfruttare appieno lo spazio d'azione che il diritto federale assicura ai Cantoni. La Confederazione si limiterà infatti a fissare le condizioni da rispettare. Al Cantone spetterà invece il compito di promuovere la ricerca delle soluzioni ed in particolare di concordare o di decidere, a dipendenza delle sue competenze, le modalità per adeguare il settore sanitario cantonale alle scelte della Confederazione. Al Cantone spettano quindi dei compiti di razionalizzazione e di consolidamento della struttura sanitaria che necessitano di lavori approfonditi non realizzabili in tempi brevi. Ne consegue pertanto l'esigenza per il Cantone di poter avviare tempestivamente i progetti e le relative analisi necessarie.

Con una risposta tardiva del Cantone alle esigenze della Confederazione sarà difficile promuovere delle soluzioni costruttive che tutelino gli interessi dei cittadini e degli operatori sanitari. Al riguardo si segnalano gli esempi della recente decisione di Mister Prezzi sulle tariffe ospedaliere e quella imminente del Consiglio federale in merito alla pianificazione ospedaliera LAMal.

15. OSSERVAZIONI DELLA COMMISSIONE SPECIALE IN MATERIA SANITARIA IN MERITO ALLA PROPOSTA DEL CDS

La Commissione ritiene utile indicare le seguenti osservazioni in merito alla proposta del Consiglio di Stato:

- Si dovrà far capo alle esperienze già accumulate in altri Cantoni (ad esempio Vaud), nonché alle analisi già in corso a livello intercantonale (ad esempio Conferenza dei Direttori della sanità) e conseguentemente “farne tesoro”.
- Si farà riferimento in modo organico ai lavori già avviati tramite altri gruppi di concertazione deputati a seguire tematiche settoriali: il Gruppo incaricato dal Consiglio di Stato di aggiornare la pianificazione LAMal, il Gruppo di lavoro incaricato dal Consiglio di Stato di impostare la pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio, il Gruppo interdipartimentale di coordinamento delle statistiche sanitarie e il Gruppo di lavoro istituito dal Dipartimento delle opere sociali per favorire la nascita di nuove forme assicurative nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
- Qualsiasi intervento di risparmio e razionalizzazione non dovrà in nessun modo e per nessun motivo portare ad una diminuzione dello standard qualitativo dell'offerta sanitaria cantonale, anche in considerazione del fatto che in questo campo la percezione del "benessere sanitario" da parte della popolazione può comportare scelte che da un punto di vista prettamente economico-finanziario possono sembrare incoerenti.
- Si dovrà forzatamente prevedere sin dall'inizio il coinvolgimento dei principali attori della rete sanitaria: Ordine dei medici del Cantone Ticino, responsabili ospedali pubblici e cliniche private, Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, Servizi di assistenza e cura a domicilio, responsabili case per anziani pubbliche e private, e assicuratori malattia. Inoltre, a seconda del grado di coinvolgimento: Associazione dei medici dirigenti d'ospedale, Associazione svizzere degli infermieri e delle infermiere, Conferenza delle/dei Presidenti delle associazioni sanitarie.
- Il ruolo del Cantone dovrà essere eminentemente quello del mediatore, riducendo al minimo gli interventi diretti non esplicitamente previsti dalle leggi.
- Questo progetto avrà un senso solo se si coinvolgeranno intensamente e sin dall'inizio gli attori - enti che generano i costi della rete sanitaria, ritenuto che solo chi vive nella rete sanitaria può dare il suo proprio prezioso contributo. In altri termini non si vuole uno studio di esperti avulso dalla nostra realtà.
- La suddivisione del credito in almeno due fasi, e meglio come verrà spiegato nel punto seguente del presente rapporto, è condivisa.
- La Commissione sanitaria prende altresì atto che con questo progetto non vi saranno assunzioni supplementari di dipendenti e che le due unità di personale previste verranno compensate.

16. I COSTI DEL PROGETTO

La Commissione sanitaria ha concordato con la Direzione del Dipartimento opere sociali e il Consiglio di Stato un secondo decreto, in sostituzione di quello allegato al messaggio no. 4811. In sostituzione della concessione di un credito d'investimento di franchi 2'250'000 per il periodo 1999-2002 per la realizzazione del progetto “Coordinamento della rete sanitaria” si è quindi deciso di suddividere il progetto in almeno due fasi. Concretamente il Consiglio di Stato propone pertanto a questo Gran Consiglio con il Messaggio 4811A la concessione di un credito di franchi 1'250'000 per la prima fase, ritenuto che il

riconoscimento dell'ulteriore parte di credito destinato alla seconda fase sarà oggetto di un secondo Messaggio che comprenderà pure un'analisi dei risultati ottenuti nella prima fase.

Il credito per la prima fase si compone dei seguenti importi :

- franchi 120'000 per l'informatica (hard- e software),
 - franchi 530'000 per la progettazione del sistema informativo,
 - una prima tranche (1999-2000) di spese per consulenze pari a franchi 600'000,
- per un totale di franchi 1'250'000.

L'importo di franchi 120'000 su quattro anni per i costi infrastrutturali (hardware e software) del sistema informativo permetterà di poter utilizzare le informazioni già esistenti presso i vari attori in modo coerente e adeguato alle esigenze puntuali di coordinamento che emergeranno nel corso del progetto. I sistemi settoriali differiscono non solo per il grado di dettaglio, ma spesso anche per il tipo di approccio. Per la messa in atto del progetto si rende di fatto necessario l'utilizzo dell'insieme delle statistiche esistenti o in via di definizione in ambito sociosanitario. Questa messa in rete di raccolte di dati di origine ed impostazione diversa esigerà infatti l'acquisto dei relativi software, il consolidamento degli attuali strumenti di monitoraggio e la loro estensione tramite l'impostazione e lo sviluppo di nuovi strumenti.

L'importo di franchi 530'000 su quattro anni permetterà la progettazione (disegno dell'architettura del sistema e definizione dei requisiti, selezione del software, piano di realizzazione), la realizzazione e l'accompagnamento alla messa in opera del sistema informativo. L'obiettivo è un sistema informativo che fornisca gli elementi necessari per una valutazione continua dei bisogni, delle attività, delle risorse, dei costi, dell'efficienza, dell'efficacia e della soddisfazione degli utenti. A livello di banche dati si farà capo all'Ufficio di Statistica per la gestione dei dati relativi alla rete sanitaria (domanda, offerta, pratiche, costi, ecc.).

L'importo di franchi 600'000 su tre semestri (sino al 31.12.2000) servirà per il ricorso a consulenze esterne. Alcuni aspetti di questo progetto richiederanno infatti l'intervento di consulenti con competenze specifiche complementari a quelle presenti nell'amministrazione. Le aree di intervento per le quali si dovrà far capo a consulenze esterne sono principalmente quelle relative a: analisi del bisogno, esperienze effettuate in altri Cantoni, ruoli e responsabilità, accordi e contrattualizzazione (nuovi strumenti di gestione dei finanziamenti), qualità delle cure e accreditamento dei fornitori. A titolo esemplificativo si cita l'introduzione di mandati di prestazione e di stanziamenti globali di bilancio ("enveloppe budgétaire"), i quali porranno la questione del controllo ("controlling") da parte del Consiglio di Stato e del Gran Consiglio. Per poter assicurare questa funzione, uno stanziamento globale di bilancio – limitato agli aspetti finanziari – dovrà venire accompagnato da una contrattazione sulla quantità e la qualità delle prestazioni da erogare, e questo in modo dettagliato ed in campi molto tecnici. Inoltre, dovranno essere parte integrante dei contratti di prestazione la definizione degli obiettivi e di indicatori tramite i quali misurare il loro grado di raggiungimento, la regolarità della loro elaborazione e la responsabilità della verifica dei parametri di controllo. Per compiere questi passi l'amministrazione dovrà in primo luogo valorizzare le competenze già presenti al proprio interno, dove si rendesse necessario potrà acquisire le conoscenze mancanti tramite il ricorso a consulenti esterni specializzati.

Non è possibile indicare ora con precisione quante e quali consulenze si renderanno necessarie durante la realizzazione del progetto. Data la complessità del progetto e la varietà dei temi specifici che si dovranno affrontare, quale prima indicazione vengono stimate un massimo di 200 giornate di consulenza all'anno ad un prezzo massimo di 2'000 franchi al giorno. L'accordo intercorso tra la Commissione speciale in materia sanitaria ed il Consiglio di Stato prevede la richiesta di questa prima tranche di franchi 600'000 per il periodo 1999-2000. Al termine della prima fase del progetto verrà presentato un rapporto dettagliato sull'utilizzo di questa parte del credito, definendo e motivando al contempo una seconda richiesta di credito per il periodo 2001-2002.

La commissione sanitaria richiama l'attenzione del Consiglio di Stato alla stima di 2'000 franchi per giornata di consulenza e chiede che, prima di procedere all'incarico di consulenti, questo importo venga scrupolosamente verificato e, nel limite del possibile, si proceda ad un suo adattamento verso il basso.

17. RUOLO DEL PARLAMENTO

Con il credito oggi richiesto si darà avvio alla realizzazione della prima fase del progetto "Coordinamento della rete sanitaria" e, a dipendenza dei risultati ottenuti nella prima fase, il Consiglio di Stato presenterà a questo Parlamento un messaggio nel quale indicherà tempi e modalità della seconda fase di questo progetto. La Commissione della gestione verrà regolarmente informata nell'ambito del progetto "Amministrazione 2000" nelle modalità indicate nel rapporto al messaggio no. 4767A.

Tenendo conto delle osservazioni raccolte nella preparazione del dibattito al presente messaggio, onde permettere un costante flusso di informazioni tra gli operatori responsabili ed il Parlamento, la Commissione speciale in materia sanitaria chiede al Consiglio di Stato di essere costantemente informata in merito a questo specifico progetto sullo svolgimento dei lavori. Questo tipo di collaborazione ha già dato risultati positivi in altri Cantoni e il Consiglio di Stato ha già espresso la sua disponibilità nel considerare le esigenze del Parlamento.

La Commissione chiede inoltre che al momento dell'allestimento del messaggio per l'ottenimento della seconda parte del credito venga redatto **un elenco dettagliato delle giornate di consulenza usufruite fino a quel momento, con in particolare l'indicazione precisa del nome del consulente, dello scopo della consulenza, del costo totale e per singola giornata.**

18. CONCLUSIONI

Premesso quanto detto nel presente rapporto si ritiene quindi giustificato quanto proposto dal Consiglio di Stato nei Messaggi 4811 e 4811A. La Commissione speciale in materia sanitaria ha approvato le modalità generali di questo progetto, votando l'entrata in materia su questi messaggi e il rapporto. Essa non si sottrae alla propria responsabilità istituzionale ed intende contribuire in modo propositivo e costruttivo al raggiungimento delle attese in questo campo, con la convinzione di raggiungere entro breve - medio termine risultati positivi e tangibili, con ricadute importanti per gli utenti della rete sanitaria.

La Commissione speciale in materia sanitaria è conseguentemente convinta che l'analisi proposta sia necessaria e che i suoi risultati daranno le indicazioni auspiccate.

* * * * *

Sulla base delle considerazioni contenute in questo rapporto, la Commissione speciale in materia sanitaria chiede al Parlamento di approvare il decreto legislativo così come proposto dal Consiglio di Stato nel Messaggio complementare 4811A del 23 febbraio 1999.

Per la Commissione speciale in materia sanitaria:

Felice Dafond e Giuseppe Plebani, relatori
Albisetti - Beretta-Piccoli - Bertoli - Carobbio Guscetti -
Colombo - Ferrari F. - Gilardi (con riserva) -
Mocetti (con riserva) - Oleggini - Pantani (con riserva) -
Righinetti (con riserva) - Ryser