

Rapporto di maggioranza

6945 R1 6945A R1	data 30 novembre 2015	Dipartimento SANITÀ E SOCIALITÀ
---------------------	--------------------------	------------------------------------

Concerne

della Commissione speciale pianificazione ospedaliera sui messaggi 26 maggio 2014 e 1° ottobre 2014 concernenti

- **Aggiornamento della Pianificazione ospedaliera, parte pianificazione ospedali (art. 39 cpv. 1 LAMal) e parte pianificazione case di cura, 2a fase (art. 39 cpv. 3 LAMal)**
- **Legge sugli istituti di cura**
- **Modifica della Legge sull'EOC (Ente Ospedaliero Cantonale)**
- **Rapporto sull'iniziativa popolare generica "Giù le mani dagli ospedali"**

INDICE

1.	Osservazioni preliminari.....	3
1.1.	Riferimento al Pre Rapporto del 21 gennaio 2015.....	3
1.2.	Procedura	3
1.3.	Riflessioni introduttive perizia Oggier	3
1.4.	Qualità delle cure	5
1.5.	La continuità delle cure	6
1.6.	Trasparenza delle procedure.....	6
1.6.1.	Revisione della LAMAL.....	6
1.6.2.	Procedura del Dipartimento sanità e socialità.....	7
1.7.	Strategia dell'offerta ospedaliera ticinese	8
1.7.1.	Pianificazione ospedaliera ed EOC	9
1.7.2.	Limite tra autonomia cantonale e integrazione nella rete nazionale.....	10
1.7.3.	Cliniche private	10
1.7.4.	Master in medicina	11
2.	Reparti per trattamenti Acuti di Minor Intensità (reparti AMI)	11
2.1.	Principi	11
2.1.1.	Necessità	12
2.1.2.	Modello	12
2.1.3.	Profilo del paziente.....	13
2.1.4.	Proposta del Consiglio di Stato del 2015.....	15
2.1.5.	Aspetti finanziari.....	17
2.1.5.1.	Costi per il servizio CAT e AMI.....	22
2.1.5.2.	Assicuratori malattia.....	23
2.1.5.3.	Valutazione del CdS.....	25
2.1.5.4.	Situazione costi ospedalieri in Ticino.....	27
2.2.	Cantone – Comuni	27
2.3.	Basi legali	28
2.3.1.	LAMAL art. 39 cpv. 1 o cpv. 3?	28
2.3.2.	Presenza di posizione del Dipartimento sanità e socialità	29
2.3.3.	Il parere dell'Ordine dei Medici del Canton Ticino (OMCT).....	32

2.3.4.	Sentenza TAF C-1190/2012 del 2 luglio 2015	34
2.4.	Ospedali di Faido e di Acquarossa	35
2.4.1.	Ospedale di Faido	35
2.4.2.	Ospedale di Acquarossa	35
2.4.3.	Centri di Primo Soccorso (CPS)	36
2.5.	Proposta conclusiva della CPO	36
3.	Mandati	38
3.1.	Modello di Zurigo	38
3.2.	Canton Grigioni	40
3.3.	Il modello ticinese	40
3.3.1.	Le principali criticità	42
3.3.1.1.	L'EOC e la pianificazione ospedaliera	42
3.3.1.2.	Applicazione parziale del modello di Zurigo	43
3.3.1.3.	Frammentazione	44
3.3.1.4.	Pianificazione evolutiva e competenze	44
3.4.	La questione del volume massimo delle prestazioni	45
3.4.1.	Volumi massimi di prestazioni	45
3.4.1.1.	Volume massimo di prestazioni nell'ambito della pianificazione	45
3.4.1.2.	Volume massimo a contratto	46
3.4.1.3.	Raggiungimento del volume di prestazioni stabilito nel contratto di prestazione annuale	46
3.4.2.	Proposte sui volumi	47
3.4.2.1.	Volume massimo di pianificazione	47
3.4.2.2.	Volume del contratto di prestazione	48
3.5.	<i>Riabilitazione</i>	48
4.	LEOC	49
4.1.	Analisi della necessità	49
4.2.	Nuova base legale	49
4.3.	Quadro di riferimento	50
4.3.1.	Ambito stazionario	50
4.3.2.	Principio del primariato	50
4.3.3.	Garanzie finanziarie	51
4.3.4.	Regole del gioco	51
4.3.5.	Procedura e competenze	51
4.4.	Rafforzamento EOC	51
4.4.1.	Ruolo chiave dell'EOC per garantire la qualità	52
4.4.2.	Nuova soluzione per il Cardiocentro	52
4.4.3.	USI e nuovo master in medicina	52
5.	Psichiatria/Psicosomatica	53
5.1.	Approcci diversi	53
5.2.	Le necessità	53
6.	Iniziativa Giù le mani dagli Ospedali	54
6.1.	Elaborazione di un testo conforme	54
6.2.	Considerazioni del CdS	54
6.3.	Osservazioni	55
6.3.1.	Difesa aprioristica dello stato di cose attuale	55
6.3.2.	Pronto soccorso	56
6.3.3.	Servizi ambulatoriali	56
7.	Iniziativa parlamentare generica e petizioni	56
8.	Conclusione	57
9.	Emendamenti al DL	58
9.1.	Istituti somatici acuti	58
9.2.	Istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal	67
9.3.	Modifica della LCAMal (RAmi e volumi massimi di pianificazione)	71
9.4.	Modifica della LEOC	72
9.5.	Iniziativa popolare generica del 4 aprile 2013 "Giù le mani dagli ospedali!"	76

1. OSSERVAZIONI PRELIMINARI

1.1. Riferimento al Pre Rapporto del 21 gennaio 2015

La Commissione pianificazione ospedaliera (di seguito: CPO) attiva nella scorsa legislatura era giunta alla conclusione di dover sottoporre all'attenzione del Consiglio di Stato (prima) e del Parlamento (in seguito) un proprio testo denominato Pre-rapporto (del 21 gennaio 2015) che riassumeva le riflessioni commissionali maturate fino a quel momento, affinché la Commissione operante nella successiva legislatura non dovesse riprendere il lavoro dall'inizio.

Il nuovo Parlamento, iniziata la legislatura, ha confermato gran parte dei membri della CPO originaria, ciò che ha costituito una premessa importante per assicurare la dovuta continuità al lavoro commissionale.

La CPO ha pertanto potuto confermare l'impostazione di fondo del lavoro precedentemente svolto, ossia privilegiare innanzitutto e prioritariamente la comprensione dei bisogni dei pazienti ticinesi, assicurando loro lo sviluppo nel nostro Cantone di una medicina di qualità. La CPO non è quindi partita dalla difesa di regionalismi o interessi particolari, così come non ha privilegiato nessuno dei numerosi interlocutori da lei sentiti.

Attenzione particolare è semmai stata data alle prospettive dell'Ente ospedaliero cantonale semplicemente perché esso, gestendo il 60% dei posti letto, è l'attore principale della politica ospedaliera in Ticino, ma anche perché il mandato impone all'EOC di assicurare tutte le specialità della medicina in modo adeguato. La particolarità del Ticino è tuttavia rappresentata dal fatto che ben il 40% dei posti letto è gestito da cliniche private. Il fatto inoltre che la LAMal obblighi l'ente pubblico a finanziare questi letti con il 55% della tariffa, porta a dover verificare con attenzione anche le prospettive del settore privato.

1.2. Procedura

La procedura per l'approvazione della pianificazione ospedaliera è definita dall'articolo 65 LCAMal: *"Il Consiglio di Stato trasmette con un Messaggio la pianificazione al Gran Consiglio, il quale sulla base di un rapporto commissionale la approva o la respinge o la modifica sentito il parere scritto del Consiglio di Stato e della Commissione della gestione e delle finanze."*

Nel rapporto della Commissione della gestione e delle finanze (Rapporto n. 5107R del 31 maggio 2001) si accolse il suggerimento del Consiglio di Stato, ossia che *"Eventuali emendamenti potranno essere approvati soltanto dopo una presa di posizione scritta del Consiglio di Stato, onde garantirne un adeguato approfondimento. La materia è infatti estremamente tecnica e delle modifiche non possono essere adottate senza averne verificato le conseguenze sull'insieme del progetto."*

La soluzione di compromesso, contenuta nel presente rapporto, concernente la creazione di reparti acuti di minor intensità AMI (di seguito RAMi), così come le relative conseguenze finanziarie. Sono state elaborate di comune accordo con il Dipartimento sanità e socialità (DSS), che ha cercato una soluzione tenendo conto della ferma posizione della CPO su questo specifico argomento (per i dettagli, la Commissione rinvia al capitolo 2 del presente rapporto).

1.3. Riflessioni introduttive perizia Oggier

Il Consiglio di Stato con risoluzione 329 del 4 febbraio 2015 ha assegnato all'esperto dr. Willy Oggier una perizia esterna per la valutazione critica della proposte di pianificazione ospedaliera in discussione.

Vale la pena riprendere le considerazioni iniziali del perito che ben inquadrano il quadro di riferimento in cui si inserisce detta pianificazione.

La sfida dell'invecchiamento

Uno dei più grandi problemi della politica e della pianificazione della sanità è la determinazione del fabbisogno, in quanto i fornitori di prodotti sanitari possono contemporaneamente influenzare enormemente la domanda secondo le loro prestazioni. All'infuori dell'offerta, il fabbisogno viene influenzato particolarmente dai cambiamenti della morbilità, della concezione di malattia, dei fattori di rischio, della salute, del livello di istruzione, della struttura e dello sviluppo demografico, ma anche dal progresso medico e scientifico e dagli incentivi prevalentemente finanziari.

Considerando lo sviluppo demografico nei Paesi industrializzati (nell'Europa occidentale), si potrebbe partire dal presupposto che almeno in questi Paesi, negli anni a venire, la sanità pubblica si annoveri tra quei settori dell'economia che possono crescere oltre la media sulla base del fabbisogno previsto, poiché alla luce delle prospettive future, molte imprese vogliono progredire in questi mercati. I risultati di tali investimenti e le conseguenti ripercussioni sul fabbisogno della popolazione di servizi stazionari e ambulatoriali, potrebbero essere collegati con ulteriori fattori di insicurezza.

Inoltre, in futuro e in particolare in una società che tende sempre di più ad invecchiare, con una diminuzione prevedibile della mobilità degli individui, si potrebbe partire dal presupposto che il desiderio e la necessità di un'assistenza di base vicino a casa e per quanto possibile specializzata tendenzialmente continui a crescere. Ma anche la concezione dei "vicino a casa" non potrà fare a meno, nel medio e nel lungo termine, di tener presente le critiche dimensioni qualitative ed economiche, soprattutto nell'ambito dell'assistenza specializzata. In generale, tra gli altri fattori da considerare, lo sfruttamento dei mezzi di trasporto pubblici, le condizioni climatiche e topografiche, la presenza e la demografia dei medici liberi professionisti nella regione e le eventuali tendenze allo spopolamento nelle valli svolgono un ruolo. Sembra essere relativamente ben documentato il fatto secondo cui le persone preferiscono morire a casa, circondate dai loro cari o quantomeno nelle loro vicinanze. Per questi motivi, un approccio basato esclusivamente sui costi per caso oppure orientato sulle dimensioni critiche dal punto di vista medico in un Cantone delle regioni, come lo rappresenta il Ticino, può rivelarsi poco efficace. Il diritto ad un'assistenza di base sicura e qualitativamente sostenibile rappresenta spesso un tipo di "diritto umano", simile alla formazione scolastica primaria nel proprio Paese o alla messa a disposizione di infrastrutture di trasporto.

Oltre al processo di invecchiamento demografico, potrebbe esserci l'alta probabilità che i pazienti e le pazienti siano polimorbidi, dunque soffrano contemporaneamente di più patologie (spesso croniche) e che possa essere prioritario un altro quadro clinico, a seconda della circostanza. In tal caso bisogna tener conto soprattutto delle interazioni tra i diversi trattamenti, in particolare tra i diversi tipi di farmaci.

Il dr. Oggier solleva alcune puntuali perplessità su alcuni punti e in particolare ci sembra corretto citare quelli che alla CPO sono sembrati maggiormente significativi:

- Ritiene rischiosa la costituzione del modello di Istituto di cura, poiché esso potrebbe stimolare un'accelerazione controproducente delle dimissioni dei pazienti dall'ospedale acuto. Questi ultimi, le cui cure sono finanziate nell'acuto secondo un sistema tariffale forfettario a dipendenza della patologia riscontrata (tariffario SwissDRG), sono a rischio di una riduzione della permanenza in letti acuti.
- Sottolinea che oltre Gottardo la prassi vuole che dal reparto acuto il paziente è dimesso verso il CAT puro (senza presenza del medico, al contrario di come il modello ticinese prevede) o rientra a domicilio. Inoltre il CAT puro è finanziato quasi ovunque da assicuratori malattie (parte cure); dal paziente (in gran parte) e dai Comuni ("Restfinanzierung"); il Cantone non paga nulla.
- Invita a riflettere approfonditamente circa la necessità di mantenere ospedali acuti nelle regioni periferiche visto che difficilmente essi riusciranno ad assicurare l'auspicata qualità delle cure.

Auspicherebbe invece lo sviluppo di Centri della salute che sappiano integrare l'attività dei medici di famiglia presenti sul territorio.

- Propone di analizzare la possibilità di applicare il modello per l'accoglienza di pazienti assicurati secondo il sistema di managed care o rete di cure integrate (gruppo di specialisti che offre agli assicurati un'assistenza e cure complete e coordinate durante l'intera catena terapeutica), quale modello innovativo di collaborazione tra medici di famiglia e Ospedali acuti.
- Altrettanto degna di analisi sarebbe l'edificazione dei primi centri di accoglienza per gli assicurati managed care, come ad esempio le strutture sanitarie negli ospedali. In tal modo potrebbe continuare a svilupparsi la collaborazione con i medici di famiglia, come già avviene da anni nell'ospedale cantonale di Baden con l'ambulatorio di pronto soccorso. Modelli simili talvolta vengono adottati anche nell'EOC. In questo ambito, considerando il numero relativamente esiguo di assicurati secondo i "veri" modelli managed care, il Cantone Ticino potrebbe dimostrare un ulteriore potenziale di recupero.
- Critica il processo che ha portato all'attribuzione dei mandati, in quanto non sempre vi sono stati criteri trasparenti e l'attribuzione del mandato è stata conseguente. In questo ambito esprime molte riserve sulla norma di legge cantonale che attribuisce al Parlamento la competenza dell'attribuzione dei mandati. Negli altri Cantoni tale competenza è attribuita al Governo per evitare un'eccessiva e poco efficace politicizzazione dei processi decisionali.

La CPO prende atto delle valutazioni del perito e ritiene che alcune meritino sicuramente attenzione, ma constata come lo stesso Consiglio di Stato abbia deciso di tener conto solo parzialmente delle sue raccomandazioni. In particolare il Consiglio di Stato ha voluto proporre una soluzione di compromesso che potesse essere accolta, proprio perché se avesse seguito il perito avrebbe dovuto proporre la chiusura di 150 letti ospedalieri e la trasformazione degli ospedali periferici in centri socio-sanitari, ambulatoriali.

1.4. Qualità delle cure

La qualità delle cure è sempre stata al centro delle preoccupazioni della CPO nelle riflessioni fatte attorno al progetto di pianificazione ospedaliera. La Commissione si è posta sin dall'inizio la priorità di capire bene quali fossero le necessità della nostra popolazione e di conseguenza in quale modo dovesse essere impostata la giusta offerta sanitaria. I numerosi approfondimenti compiuti hanno permesso di consolidare il profondo convincimento che la qualità delle cure è strettamente correlata a tutta una serie di fattori, tra cui i più determinati sono:

- Il fattore umano, ossia la qualità dello staff medico e infermieristico;
- le indispensabili premesse logistiche e materiali;
- il trattamento di un numero sufficiente di casi in una determinata specialità per consentire di acquisire le necessarie esperienze e competenze.

Qualità che poi deve essere correlata alla valutazione dell'economicità delle cure, in considerazione dell'importante valenza economica del settore sanitario e dei significativi costi sia a carico del cittadino (premi di cassa malati) che dell'ente pubblico.

La CPO condivide quindi – e, a scanso di equivoci, desidera sottolinearlo in modo esplicito - l'obiettivo di tendere alla concentrazione delle specialità, quale premessa importante allo sviluppo di una medicina di qualità in Ticino.

Il piano strategico generale e i criteri di attribuzione delle specializzazioni devono essere chiari, con un'applicazione coerente del modello di Zurigo e non seguendo logiche diverse e difficilmente comprensibili. In particolare si chiede una consonanza tra la definizione dei mandati della pianificazione e la strategia dell'EOC che ha confermato l'impostazione di ospedale multisito con due poli principali, l'ospedale Civico di Lugano e il San Giovanni di Bellinzona, e i due ospedali regionali, il Beata Vergine di Mendrisio e La Carità di Locarno.

1.5. La continuità delle cure

Una delle questioni centrali della pianificazione ospedaliera, che ha richiesto le energie principali, è la continuità delle cure e le conseguenze dell'adozione del sistema tariffale SwissDRG per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere nel somatico acuto. La situazione è ben riassunta nel messaggio a pag 32.

Il sistema tariffale SwissDRG induce a dimissioni più tempestive dalle strutture somatico-acute e non è stato concepito per remunerare soggiorni che vanno oltre una degenza media standard stabilita a livello internazionale. Ciò comporta un duplice effetto: da un lato, per gli istituti con il solo mandato di medicina di base e, d'altro lato, per i reparti di cure acute e transitorie (CAT[+, perché potenziati rispetto a quanto previsto dall'art. 25a LAMal]) ricavati nelle case per anziani di Arzo, Cevio, Castelrotto e Sonvico e chiamati anch'essi ad occuparsi della continuazione delle cure. I primi sono penalizzati dal punto di vista finanziario per la presenza di numerosi pazienti outlier (la cui degenza oltrepassa i limiti normativi fissati dal DRG con conseguente diminuzione del peso attribuito al caso trattato), mentre i secondi si trovano a dover accogliere pazienti sempre più fragili, con la conseguenza che le loro competenze medico-infermieristiche dovrebbero essere ulteriormente accresciute. Infine, dal canto loro gli istituti somatico-acuti denunciano un sovraccollamento dei reparti per l'impossibilità di poter dimettere i pazienti che hanno terminato la prima fase di cura acuta a causa della carenza di posti adibiti a questo scopo. Si rileva inoltre che nei reparti CAT attuali, per collocazione e regime legislativo applicabile, vige di principio il limite di età AVS, che ostacola il ricovero di pazienti più giovani. Le cure CAT, dispensate in reparti di strutture adibite principalmente a casa per anziani sono assimilate sovente a cure dispensate 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.

La ricerca di una soluzione adeguata per questa delicata problematica è oggetto del capitolo 2 di questo rapporto.

1.6. Trasparenza delle procedure

La pianificazione ospedaliera è un tema estremamente delicato che coinvolge tutta la popolazione e i più variegati interessi socio-economici, economici, politici e personali.

L'interesse pubblico deve però prevalere ed è pertanto indispensabile che le procedure siano definite con estrema trasparenza e valutate con la maggior oggettività possibile.

Si tratta di una pianificazione ospedaliera che, pur limitandosi a cambiare la destinazione di cura del 4% dei pazienti (su un totale di 60'000) e non stravolgendo di fatto l'offerta ospedaliera ticinese (perché non si arriva a proporre la chiusura di strutture), definisce in modo molto esplicito l'impostazione di fondo degli ospedali acuti ticinesi, ne stabilisce le rispettive attività e diventa soprattutto la base di riferimento per i successivi aggiornamenti che immancabilmente seguiranno, dovendo tener conto della rapida evoluzione della medicina.

Il Ticino, come molti altri Cantoni, si è basato sul cosiddetto modello di Zurigo. Tuttavia l'applicazione del modello è stata solo parziale, ciò che rappresenta uno dei motivi per cui la pianificazione ha suscitato parecchie discussioni e perplessità, come rilevato dalla perizia Oggier.

1.6.1. Revisione della LAMAL

L'attuazione della riforma della LAMal concernente il finanziamento ospedaliero, approvata dalle Camere federali nel dicembre del 2007 e in vigore dal 1° gennaio del 2009, presuppone, rispetto al passato, un cambiamento di paradigma: l'abbandono del

finanziamento esclusivo delle strutture ospedaliere pubbliche e il passaggio a un finanziamento delle prestazioni mediante l'attribuzione di mandati di prestazione, indipendentemente dal carattere pubblico o privato di un istituto.

Il nuovo paradigma coinvolge aspetti pianificatori e finanziari, quali l'elaborazione di una pianificazione ospedaliera (secondo gli art. 39 LAMal e 58a, 58b, 58c, 58d, 58e OAMal) entro il 2015, ossia a distanza di tre anni dall'introduzione dei costi forfetari delle prestazioni, nonché una diversa ripartizione del finanziamento delle prestazioni ospedaliere tra Cantoni e assicuratori malattia di almeno il 55% a carico dei primi e di una quota residua del 45% a carico dei secondi (in cui sono inclusi i costi di investimento e della formazione non universitaria) in base a una struttura tariffale forfetaria uniforme in tutta la Svizzera (SwissDRG), negoziata dai partner tariffali (fornitori di prestazioni e assicuratori malattia).

Il Parlamento federale ha lasciato un tempo sufficiente, di ben 6 anni, ai Cantoni per adottare i provvedimenti sanciti dalla LAMal e le rispettive pianificazioni ospedaliere.

Il Canton Zurigo, modello a cui la pianificazione ticinese fa riferimento, nel 2012 ha approvato la legge cantonale sul finanziamento e la pianificazione ospedaliera che costituisce la legislazione cantonale d'applicazione dell'importante revisione LAMal del dicembre 2007.

Nel Canton Zurigo vi è un enorme vantaggio per quanto concerne la tempistica della pianificazione. La pianificazione è elaborata dal Dipartimento della sanità ed approvata dal Consiglio di Stato, senza che sia richiesto il coinvolgimento di altre istanze, come invece è il caso del Canton Ticino, dove è formalizzata l'esigenza di istituire e coinvolgere la Commissione della pianificazione sanitaria e le Conferenze regionali della sanità (art. 64 LCAMal), organi che caratterizzano la democraticità del processo pianificatorio. La snella procedura zurighese permette evidentemente di attuare rapidamente i necessari adeguamenti della pianificazione, concretizzando il concetto di "rollende Planung". Tant'è che l'elenco ospedaliero viene aggiornato un paio di volte l'anno.

1.6.2. Procedura del Dipartimento sanità e socialità

La pianificazione ospedaliera in oggetto è il risultato di una procedura lunga e complicata, purtroppo avviata con grande ritardo dal Governo. Infatti il Governo cantonale costituì la Commissione di pianificazione sanitaria solo il 13 luglio 2010, ossia ben due anni dopo l'entrata in vigore della nuova LAMal. La Commissione di pianificazione sanitaria è l'organo tecnico incaricato di presentare le basi su cui impostare la pianificazione oggetto del presente messaggio. Il rapporto della Commissione è stato presentato nell'aprile del 2014 e il mese successivo il Governo ha licenziato il messaggio 6945, praticamente a distanza di ben quattro anni dall'inizio dei lavori. Questo lungo intervallo è solo parzialmente spiegabile con la scelta di voler prima chiudere la pianificazione della casa per anziani, così come sopraggiunto con il cambiamento di Legislatura nel 2011.

Appare del tutto ovvio come un tema manifestamente tanto delicato per tutte le implicazioni che comporta dal punto di vista della qualità delle cure, economico, sociale e politico, richieda una valutazione politica approfondita da affrontare con serietà e serenità. Procedura che deve anche tener conto del doversi confrontare con un Parlamento di milizia. Insomma, se la Commissione citata, composta da professionisti del campo, ha impiegato 4 anni per giungere ad una soluzione, appariva sin dall'inizio piuttosto difficile pensare che la CPO potesse risolvere la questione in poche settimane.

1.7. Strategia dell'offerta ospedaliera ticinese

La valutazione generale proposta dal Consiglio di Stato quale premessa della pianificazione in oggetto è per la gran parte condivisa, anche se non sono mancate divergenze importanti sulle modalità di attuazione di determinati principi.

La constatazione di una certa dissonanza tra l'impostazione della pianificazione proposta dal messaggio e le riflessioni strategiche del EOC non ha poi semplificato il lavoro della CPO.

La questione solleva il quesito della governance del sistema ospedaliero ticinese. La CPO non può non sottolineare che l'attuale situazione è lontana dall'essere soddisfacente. Al riguardo indica alcuni aspetti:

- La gestione della politica ospedaliera ticinese deve tener conto della forte presenza (40% dei posti letto) delle cliniche private. Pur valendo la libertà di impresa e l'obbligo secondo la LAMAL per il Cantone di pagare il 55% delle fatture è ben evidente che il Cantone, grazie alla pianificazione, può influenzare in modo importante le diverse offerte sulla base dell'attribuzione dei mandati.
- La CPO si permette di segnalare che la perizia del prof. Roger W. Sonderegger (Roger W. Sonderegger, Dr. oec. HSG, Bellinzona/St. Gallen, 18. Juni 2012) voluta dallo stesso Consiglio di Stato per una valutazione delle problematiche di Governance nel Cantone Ticino e che ha coinvolto, oltre all'EOC, anche l'Azienda elettrica ticinese, ha indicato nello specifico caso della pianificazione ospedaliera che la presenza del direttore del DSS all'interno del Consiglio di amministrazione dell'EOC non sia la migliore delle soluzioni. La presenza del "regolatore" all'interno del CdA dell'attore pubblico sbilancia la conduzione del settore in modo problematico. Nella misura in cui il Cantone deve assumere il 55% delle fatture indipendentemente dalla natura pubblica o privata dell'ente che eroga la prestazione, la perizia auspica una posizione del regolatore al di sopra delle parti.
- L'EOC continua ad essere la colonna portante dell'offerta sanitaria ticinese assumendo un ruolo insostituibile che va protetto e consolidato per permetterne la necessaria crescita qualitativa. Basti pensare al fatto che solo l'ospedale pubblico è gestito sulla struttura del primariato con quindi una chiara struttura gerarchica, organizzata in team di medici specialistici, che permette di assicurare l'indispensabile scambio di esperienze e di vedute. Questa impostazione permette la formazione e lo sviluppo dei quadri favorendo l'importante ricambio generazionale e il trasferimento di conoscenze. Ben diversa è la situazione della clinica privata, in cui il modello del medico accreditato non inserisce la sua attività in un team e in cui la formazione è estremamente più limitata.
- L'introduzione del nuovo modello di finanziamento tramite DRG e la pianificazione per prestazioni, abbinati alla necessità di rispettare rigorosi requisiti di qualità, potrebbero comportare delle difficoltà pratiche di implementazione. Il maggior grado di dettaglio dei mandati, pur se già sperimentato altrove, crea inoltre il timore di crescenti controversie sul riconoscimento anche finanziario da parte degli assicuratori malattia di determinate prestazioni, erogate magari in via subordinata e collaterale al trattamento di altre patologie principali. Per monitorare la messa in pratica della nuova pianificazione, appianare possibili divergenze e proporre se del caso correttivi o precisazioni alla lista ospedaliera sembra opportuno l'istituzione di un gruppo tecnico di accompagnamento come proposto dal messaggio del Consiglio di Stato. Questo gremio sarà composto da medici di strutture pubbliche e private, da collaboratori del DSS e da rappresentanti degli assicuratori. Esso sarà chiamato a discutere ed esprimersi su casi specifici contestati dagli enti finanziatori in quanto, per esempio, ritenuti fuori mandato.

La CPO invita il Consiglio di Stato a voler verificare se questo organo tecnico è sufficiente o se non sia il caso di definire un vero e proprio organo regolatore dell'offerta sanitaria ticinese anche sul piano strategico, organo che includa gli attori pubblici e privati e che sappia seguire l'evoluzione della situazione e i cambiamenti nella medicina moderna che si susseguono a grande velocità.

L'attribuzione dei mandati, su cui torneremo più avanti, non può essere attribuita una volta per sempre e, così come indica lo stesso modello di Zurigo, deve prevedere la possibilità di un aggiornamento costante.

1.7.1. Pianificazione ospedaliera ed EOC

Già il pre-rapporto sottolineava una palese incongruenza tra l'impostazione strategica della pianificazione ospedaliera cantonale, che riprende il modello multisito, e le prime ipotesi di lavoro sull'impostazione strategica futura dell'EOC, nonché, in particolare, alcune decisioni del dipartimento di chirurgia dell'EOC. Sottolineiamo che al momento della presentazione del messaggio sulla pianificazione ospedaliera, l'EOC pubblicava un proprio piano strategico che presentava l'avvio delle riflessioni verso un solo ospedale di riferimento.

La pianificazione ospedaliera in oggetto prevede invece due ospedali polo (Il Civico di Lugano e l'Ospedale San Giovanni di Bellinzona), in cui concentrare le specialità principali, e due ospedali regionali (il Beata Vergine di Mendrisio e La Carità di Locarno).

La questione è rientrata: l'EOC ha precisato che si è trattato di riflessioni con visioni temporali "a lunga scadenza" e che l'aggiornamento della sua strategia ha in ogni caso permesso di confermare l'impostazione indicata dalla pianificazione. Concretamente mandati MAS e tutte le specializzazioni devono per forza di cosa essere attribuiti comunque all'EOC per assicurare la corretta offerta sanitaria alla popolazione ticinese.

La CPO costata tuttavia - così come sottolineato nel pre-rapporto - che talune decisioni dell'EOC, fatte proprie nel progetto di pianificazione, si orientano verso una progressiva concentrazione di specialità all'Ospedale Civico: si pensa alla neurologia, alle malattie cerebrovascolari (stroke unit), al politrauma, alla chirurgia viscerale complessa (chirurgia pancreatico e epatica maggiore, esofagea e rettale bassa), alla cardiologia già saldamente e ottimamente gestita dal Cardiocentro.

Questo graduale travaso di competenze verso un solo Ospedale, allorché la pianificazione indica di voler sostenere due poli di riferimento, ha provocato disorientamento e legittime preoccupazioni in seno alla CPO e non solo, anche e soprattutto considerando l'“effetto domino” che lo spostamento di una specialità provoca (servizi annessi di anestesia, laboratorio, analisi, ecc) all'interno del rispettivo ospedale.

La difficoltà di trovare validi candidati per posti di medici chirurghi al ORBV è ovviamente correlata al progressivo impoverimento dell'attività chirurgica. Questa decisione non è stata lungimirante ed è manifestamente in contrasto con la volontà espressa, a più riprese, di assicurare due poli ospedalieri principali.

L'aver constatato poi che lo stesso Civico ha una cronica mancanza di spazi e una sovraoccupazione delle proprie sale operatorie - tanto da dover affittare costantemente una sala operatoria alla clinica Sant'Anna - non ha certamente facilitato la discussione.

La pianificazione mancava in origine ad esempio di un'indicazione esplicita a favore della creazione di centri di competenza con le relative misure accompagnatorie, elementi precisati successivamente. Si pensa alla definizione di possibili priorità quale il progetto Ospedale della donna (modello "Frauenspital") - a fronte di ostetricia e ginecologia specialistiche transitoriamente previste nelle due sedi Ospedale San Giovanni e Ospedale regionale di Lugano/S.Anna e di senologia prevista solo all'Ospedale San Giovanni - oppure quale il progetto Ospedale pediatrico (modello "Kinderspital") attribuito all'Ospedale San Giovanni.

Per una riflessione ulteriore relativa alla ricerca della migliore strategia per la futura impostazione dell'offerta ospedaliera ticinese ci sembra interessante riportare un articolo pubblicato dal Titolo "Il mito della centralizzazione degli ospedali" sul Bollettino dei medici

svizzeri 2014 95:39 di Dr.H.Hoppeler, J.Müller, O.Richner che conclude (traduzione del relatore).

Riassumendo è possibile affermare che in Svizzera esiste una tendenza alla centralizzazione degli ospedali sostenuta politicamente. In questo contesto non vi sono recriminazioni fintanto si tratta di ospedali con un numero inferiori a 50 letti. Ospedali molto piccoli sono confrontati a costi fissi di gestione molto elevati e difficilmente riescono ad essere sostenibili. L'organizzazione mondiale della sanità afferma però che l'effetto economia di scala si esaurisce raggiunta la dimensione tra i 100 e i 200 posti letto. Infatti grandi ospedali devono lottare con diseconomie di scala e con i costi connessi all'accresciuta complessità. La tendenza alla centralizzazione deve quindi essere valutata con attenzione e spirito critico evitando di limitarsi ad osservare i conti del singolo ospedale ma anche analizzando i costi dell'eventuale chiusura così come i costi per il trattamento delle urgenze e il relativo impatto socio economico.

1.7.2. Limite tra autonomia cantonale e integrazione nella rete nazionale

Una delle riflessioni strategiche di base è valutare quali siano le specializzazioni MAS (medicina altamente specializzata) che possono essere mantenute e sviluppate in Ticino. L'attribuzione viene decisa dalla Conferenza dei direttori della pubblica sanità svizzera, sentita la loro commissione di esperti.

Attualmente in Ticino sono riconosciute quali MAS la neurologia, le malattie cerebrovascolari (stroke unit), il politrauma, la chirurgia viscerale complessa (chirurgia pancreatico e epatica maggiore, esofagea e rettale bassa).

Come menzionato precedentemente vi potrebbe essere spazio per un progetto Ospedale della donna (modello "Frauenspital") e di un progetto di Ospedale pediatrico (modello "Kinderspital").

La possibilità di ottenere e di creare determinati centri di competenza richiede la condivisione del progetto da parte degli operatori sanitari ticinesi. Capita ad esempio che alcuni medici, una volta lasciato l'EOC e passati al servizio delle cliniche private, inviino i propri pazienti in cliniche o Ospedali oltre San Gottardo anche quando la competenza è presente in Ticino. Ciò non facilita certamente il rafforzamento dell'offerta sanitaria ticinese.

Pur essendo consapevoli che la LAMAL permette la libera scelta del medico, è evidente che se questo atteggiamento avviene per principio e non per riflessioni di natura medica e tecnica, non si è sulla strada giusta (si fa notare che questi spostamenti sono comunque a carico dell'erario cantonale, almeno per il 55%).

1.7.3. Cliniche private

La storica forte presenza delle cliniche private in Ticino, in una percentuale doppia rispetto al resto della Svizzera, non semplifica certamente il compito. Proprio in considerazione di ciò, è ineludibile e necessario che l'impostazione strategica della gestione del settore sanitario ticinese ne tenga debitamente conto, con la conseguente corretta impostazione di un organo regolatore.

La CPO ritiene utile sottolineare che anche tra gli attori privati del settore ospedaliero vi sono significative differenze culturali a livello di impostazione di base, con cliniche private orientate al profit e altre invece con un esplicito orientamento non profit.

L'auspicio è che le cliniche si focalizzino su interventi elettivi e specialistici per i quali non è richiesto un intervento pluridisciplinare e in cui i rischi possano essere limitati.

In considerazione del fatto che la clinica offre un determinato intervento in funzione della presenza o meno del medico accreditato specializzato, diventa determinante un monitoraggio costante della situazione e la possibilità di un aggiornamento periodico dell'attribuzione dei mandati.

1.7.4. Master in medicina

L'Università della Svizzera italiana ha ricevuto luce verde dal Parlamento per la nuova facoltà di biomedicina, in cui sarà organizzato un nuovo master in medicina. Si tratta di un tassello fondamentale per lo sviluppo della qualità della medicina in Ticino direttamente collegato con l'impostazione data alla pianificazione ospedaliera.

Infatti, se i bravi medici fanno i buoni ospedali, è altrettanto vero che i bravi professori fanno crescere le rispettive formazioni universitarie. Pertanto le sinergie sono piuttosto ovvie: progetti chiari e forti dal punto di vista ospedaliero consentiranno di attirare medici competenti che potranno parimenti sostenere il futuro nuovo master in un circolo virtuoso che assume una valenza strategica straordinaria.

2. REPARTI PER TRATTAMENTI ACUTI DI MINOR INTENSITÀ (REPARTI AMI)

2.1. Principi

La CPO condivide quanto il DSS aveva indicato nello scritto del 10 aprile 2013 alle Casse Malati, ossia che l'offerta ospedaliera deve occuparsi di offrire anche la fase di cura immediatamente successiva alla fase acuta specialistica.

Il sistema attuale di finanziamento dei letti acuti ospedalieri, basato sul tariffario SwissDRG prevede un determinato punteggio per ogni prestazione ospedaliera e il riconoscimento di un determinato costo in base al valore del punto (baserate) di ogni singolo istituto ospedaliero.

Il sistema SwissDRG adottato in tutta la Svizzera riconosce un finanziamento forfettario per le diverse prestazioni del somatico acuto. Ciò significa anche per le diverse situazioni si valuta un determinato numero medio di giornate di degenza superate le quali l'ospedale acuto specialistico viene penalizzato, in particolare quando si superano i 14 giorni.

Questa situazione porta alla necessità di trovare una diversa soluzione per quei pazienti che, pur non necessitando di un servizio da ospedale acuto, richiedono una permanenza superiore ai 14 giorni in una struttura ospedaliera.

L'analisi del profilo del paziente effettuata dall'EOC conferma questa indicazione e rafforza il parere espresso da numerosi medici ascoltati in CPO.

Sono pazienti appunto che non possono essere spostati in una casa anziani in un reparto di Cure acute transitorie (CAT) o per soggiorno terapeutico temporaneo (STT); anzitutto perché nel CAT/STT non vi è una presenza medica continua e, in secondo luogo, perché non necessariamente sono pazienti con un'età superiore ai 65 anni e quindi sono ben distanti dalla tipologia dei degenti in casa anziani. Questi pazienti richiedono la presenza di un reparto di medicina di base o la prossimità di un ospedale acuto che possa garantire loro la giusta assistenza.

Si tratta quindi di una prestazione ridimensionata in un ospedale acuto ed è per questo preciso motivo che, dopo articolate e approfondite discussioni, la CPO è giunta al convincimento che l'offerta ospedaliera ticinese deve prevedere reparti definiti come **“acuto di minore intensità (letti AMI)”**.

2.1.1. Necessità

La necessità di reparti AMI poggia su queste considerazioni:

- l'analisi dei ricoveri negli ospedali attuali ha riscontrato un numero significativo di ospedalizzazioni "improprie" negli ospedali acuti attuali (pazienti outlier). L'analisi indica ca. 3'000 casi di pazienti che in realtà dopo un intervento acuto specialistico non avrebbero dovuto rimanere in un reparto acuto, ma vi restano a causa dell'assenza di alternative. Sono pazienti impossibilitati a rientrare al proprio domicilio, che rimangono piuttosto fragili e tendenzialmente sempre più anziani e polimorbidi.
- Inoltre è verosimile che la medicina acuta prosegua la propria evoluzione perfezionando tecniche sempre meno invasive che consentono di accorciare la durata del ricovero in un reparto ospedaliero acuto.

Il messaggio indica una presumibile riduzione del 18% delle giornate di cura entro il 2020 che considerando anche le 3'000 ospedalizzazioni improprie riscontrate portano a considerare possibile e auspicabile la riduzione di 250 letti negli ospedali somatici acuti del Cantone.

Tuttavia la riduzione è appunto da intendersi in maniera progressiva e non immediata a partire dal 01.01.2016. La diminuzione della durata di degenza ospedaliera per le varie patologie non potrà essere lineare, ma sarà piuttosto caratterizzata da una curva con un progressivo appiattimento (nel senso che non sarà possibile andare al di sotto di una certa media di numero di giorni).

2.1.2. Modello

In passato, con la soluzione delle cure acute transitorie (CAT), si era cercato di rispondere all'esigenza di cure successive alla fase acuta specialistica. L'esito di quest'impostazione è però stato parziale, poiché l'offerta CAT concerne solo gli anziani ed è inserita in case anziani medicalizzate. Quanto riscontrato dalla Commissione sanitaria, nell'ambito dell'analisi del bisogno, vale a dire l'esistenza di ca. 3'000 ospedalizzazioni improprie in reparti acuti dimostra che sussiste un fabbisogno di degenza successiva alla fase acuta specialistica che non trova una giusta collocazione.

Il rapporto della Commissione della pianificazione sanitaria nel definire le caratteristiche del Istituto di cura afferma a p. 78 *"... 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 con medicina di base."* E inoltre ***"appare fondamentale che questo tipo di cura che completerebbe l'offerta sanitaria attuale insieme all'ospedale acuto (a monte) e le case per anziani (a valle) sia erogata da strutture più vicine al somatico-acuto che non a quello socio-sanitario."***

Per strutture ospedaliere la CPO si riferisce alle strutture pubbliche gestite dall'Ente ospedaliero cantonale, così come alle cliniche private riconosciute ai sensi della LAMal, finanziate in egual misura dal Cantone (55%).

Le numerose audizioni e l'analisi effettuata dal servizio infermieristico dell'EOC hanno permesso di maturare il convincimento che sovente la fase successiva alla fase acuta specialistica richiede comunque un servizio medico e infermieristico di pertinenza ospedaliera, significativamente diverso rispetto al modello di casa anziani.

Lo stesso DSS ha rivisto l'impostazione originale per quanto attiene l'intensità del servizio medico e infermieristico, riconoscendo che il fabbisogno effettivo di assistenza medico e infermieristica è superiore al previsto e si avvicina, per il personale infermieristico, a quanto richiede il somatico-acuto (proposta DSS aggiornata con un fabbisogno di personale infermieristico a 0.9 UL/posto letto).

Il DSS ha aggiornato il progetto rispetto al messaggio giungendo a conclusioni simili a quelle dell'EOC portando alla seguente dotazione di personale (riferita a un'unità di 30 letti):

		UTP		Salario annuo *	Salario lordo	Costo giornata	% sui costi totali
Medici FMH		1.20	0.04	250'000	300'000	30.4	6.0%
Medici assistenti		2.50	0.08	100'000	250'000	25.4	5.0%
Infermiere caporeparto		1.00	0.03	93'000	93'000	9.4	1.9%
Infermieri diplomati	1	11.25	0.38	82'000	922'500	93.6	18.4%
Altro personale curante		11.25	0.38	60'200	677'250	68.7	13.5%
Aiuto medico		1.00	0.03	62'500	62'500	6.3	1.2%
Fisioterapisti		2.50	0.08	77'500	193'750	19.7	3.9%
Ergoterapisti		1.00	0.03	77'500	77'500	7.9	1.5%
Dietista		0.50	0.02	77'500	38'750	3.9	0.8%
Ass. sociale		0.50	0.02	88'000	44'000	4.5	0.9%
Personale amministrativo	2	ND		--	150'000	15.2	3.0%
Personale alberghiero / servizio tecnico	2	ND		--	400'000	40.6	8.0%
Indennità (festivi, notti, picc. tecnico,...)	2	ND		--	60'000	6.1	1.2%
Totale (senza oneri sociali)					3'269'250	331.7	65.2%
Oneri sociali		17%			555'773	56.4	11.1%
Totale (con oneri sociali)					3'825'023	388.1	76.3%
Fabbisogno medico (Laboratorio e RX compresi)					295'650	30.0	5.9%
Alimentari							
Acquisti SF (<10'000) e manutenzione e riparazione SF					492'750	50.0	9.8%
Energia e acqua							
Costi amministrativi, assicurativi e altri costi							
Altri costi d'esercizio					788'400	80.0	15.7%
Costi d'investimento					401'167	40.7	8.0%
Costi totali					5'014'590	508.8	100.0%

¹mantenuta la dotazione minima del 50% di infermieri diplomati e la dotazione massima riconosciuta di 23.5 unità di personale curante

²abbiamo indicato un forfait e non una dotazione definita, in ogni caso distinta dal resto dei costi per permettere un'individuazione corretta del costo del personale

*senza indennità

fatturabili secondo Opre

La valutazione è stata compiuta, tenendo conto di una media di trattamenti richiesta dal bisogno sanitario di minor intensità.

2.1.3. Profilo del paziente

Tra fine dicembre 2013 e fine febbraio 2014 sono state identificate e analizzate 68 cartelle di pazienti ricoverati all'OSG. Per i pazienti esaminati sono state stabilite la **complessità e l'intensità delle cure**.

Il DSS, con l'aiuto di tre medici, ha simulato i minuti di cura erogati al singolo paziente (sono presentate in uno scritto del DSS alla CPO del 16.09). Sull'arco di tre settimane il tempo dedicato alle **sole prestazioni di cura infermieristiche** è di 118 minuti al giorno: la prima settimana 180 minuti, la seconda settimana 120 minuti e la terza settimana 54 minuti. A questo si devono aggiungere le altre prestazioni valutate in base al tariffario TARMED o di categoria.

L'Ufficio del medico cantonale ha definito, con un rapporto dell'8 maggio 2013, il profilo del paziente da ricoverare in un reparto AMI, vale a dire persone che:

- presentano affezioni o problematiche cliniche tali da necessitare una presa in carico diretta o la continuazione delle cure stazionarie acute e non sono ancora 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 cura;
- possono aver bisogno di essere supportati nelle attività di base della vita quotidiana;
- presentano un aggravamento dello stato funzionale potenzialmente reversibile o parzialmente reversibile;
- presentano uno scompenso socio-assistenziale della rete di supporto (formale e/o informate).
- necessitano di un'educazione terapeutica

La modalità di ammissione e la tipologia delle prestazioni:

Ammissione:

- pazienti di principio adulti
- prescrizione medica (ospedale: PS; medico operante sul territorio)
- pianificato o nell'arco della giornata dal momento della segnalazione del medico
- documentazione medica di base descrittiva dei problema/i socio/sanitari
- possibilità d'essere ammessi senza garanzia di pagamento (délai di 3 o 4 giorni)
- dall'ospedale acuto specialistico viene eseguito un assessment secondo i criteri "AMI"

Vi sono parimenti criteri di esclusione espliciti per pazienti che:

- necessitano di cure potenzialmente erogabili a domicilio (inferiori a due passaggi/die);
- qualificano per riabilitazione secondo i mandati pianificatori;
- qualificano per cure palliative specialistiche (di tipo B);
- qualificano per una valutazione e cure nell'Unità di geriatria complessa scompenso acuto di malattia psichiatrica anche cronica che necessita di un *setting* specialistico (ospedale con mandato in psichiatria);
- pazienti pediatrici.

Tipologia di prestazione

- visita d'entrata medica + prescrizioni terapie
- se il paziente entra da una struttura non appartenente all'EOC è necessario eseguire l'assessment secondo i criteri AMI
- anamnesi infermieristica e definizione degli obiettivi di ricovero
- prestazioni mediche
- prestazioni di fisioterapia
- prestazioni ergoterapia (sostegno alle ADL)
- sostegno alla dimissione (assistente sociale)
- sostegno a una corretta alimentazione (dietista)
- educazione terapeutica

Su chiamata

Medico specialista, (per es.: psichiatra, neurologo, ortopedico, cardiologo, ecc.)

- tecnico ortopedico
- logopedista
- neuropsicologo
- dentista
- assistente spirituale

2.1.4. Proposta del Consiglio di Stato del 2015

Il Consiglio di Stato il 15 aprile 2015 ha inviato alla CPO le proprie osservazioni sul pre-rapporto del 22 gennaio con un'articolata presa di posizione che merita di essere ripresa per esteso.

Per comprendere le motivazioni che hanno portato il Consiglio di Stato a proporre la trasformazione totale o parziale di cinque istituti somatico-acuti in istituti di cura (Acquarossa, Malcantonese, S. Rocco e Varini) e di riabilitazione (Faido), in aggiunta a quanto già rilevato nelle precedenti prese di posizione, è assai significativo ricordare anche le indicazioni scaturite dall'ultima pianificazione approvata dal Gran Consiglio il 29 novembre 2005.

Il Rapporto di maggioranza del 7 novembre 2005 sul Messaggio n. 5606 del 7 dicembre 2004 concernente l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (2004) e l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, oltre a deplorare l'assenza "di analisi più affinate e di dettaglio del fabbisogno effettivo di posti-letto e di strutture ospedaliere in Ticino e di approfondimenti della ripartizione dei mandati di prestazione", si rammaricava della mancata ricerca di riconversioni possibili. Pur riconoscendo quanto fosse difficile imboccare quella strada, riferendosi in particolare alla struttura di Sementina in quel momento senza destinazione, raccomandava al Consiglio di Stato di "adeguare l'offerta sanitaria ai bisogni emergenti, avvalendosi delle strutture sanitarie esistenti. In quest'ottica rientra la riduzione dell'offerta di posti letto acuti (superiore alla densità media degli altri Cantoni, in rapporto alla popolazione), a favore delle riconversioni nel settore della geriatria post-acuta, in costante crescita".

L'esercizio pianificatorio sfociato nelle proposte del Messaggio 6945, risponde pienamente a tutte le criticità sollevate dall'esame parlamentare dell'ultima pianificazione, così come alle sollecitazioni formulate successivamente sul tema, ad esempio nella mozione del 2009 presentata dai capigruppo di PLR, PPD e PS.

Per la prima volta è stato effettuato un calcolo del fabbisogno che ha confermato quello che da anni si ripete puntualmente ad ogni modifica degli elenchi ospedalieri: nel nostro Cantone c'è un tasso di ricorso alle cure mediche di base superiore al resto della Svizzera, anche tenuto conto della presenza elevata di persone anziane. Ed è proprio perché non si è voluto prendere in considerazione la mera chiusura dei letti in esubero, né la loro riconversione in case per anziani che si propone un percorso alternativo, con tutte le garanzie di una presa a carico di qualità (medica, infermieristica e terapeutica), ma in un comparto nuovo, con una legge "ad hoc", che permetta di fare finalmente chiarezza nell'ampio panorama dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria ticinese. Parlare di fase post-acuta che rientra pienamente ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 è una contraddizione di termini.

Proprio per questo motivo, e considerando quanto asserito dalla Commissione di pianificazione sanitaria (ripreso al capitolo 2.1.2), la CPO ritiene preferibile il termine di acuto di minor intensità (AMI) e quindi di un servizio di pertinenza ospedaliera quale

fase successiva alla fase acuta specialistica, ovviamente opzionale qualora ritenuta necessaria dal punto di vista medico.

La lettera del Consiglio di stato continua:

L'introduzione della struttura tariffale SwissDRG a contare dal 1 a gennaio 2012 ha significativamente modificato la concezione di cura somatico-acuta in regime ospedaliero, sia per la necessità di disporre di risorse professionali e tecnologiche di qualità elevata, sia per la costante diminuzione della degenza media che impone risposte rapide ed efficaci in vista di una dimissione verso altre modalità di presa a carico meno onerose e di più ampio respiro. Opportuno citare a questo punto il parere del dr. Willy Oggier, che nella sua perizia va ben oltre la proposta di adeguamento formulata dal Governo. Egli ritiene infatti che la creazione degli istituti di cura non si giustifica poiché lo studio sul fabbisogno già tiene conto di questa tipologia di pazienti con degenza superiore alla media prospettata di 5.8 giorni, proprio perché la struttura tariffale SwissDRG identifica delle medie di degenza, prevede una penalizzazione per le degenze "outlier" e per le re-ospedalizzazioni per la stessa patologia entro 18 giorni dalla dimissione. A suo modo di vedere non ci sono sufficienti pazienti con degenze fino a 21 giorni tali da giustificare l'apertura di strutture dedicate; risulta più adeguato chiudere le strutture somatico-acute in esubero e implementare ulteriormente le cure acute e transitorie così come previsto dall'art. 25a LAMal.

A nostro modo di vedere la casistica sub-acuta è stata ben definita, si tratta di pazienti stabili che non necessitano né di una presenza medica costante, paragonabile a quella ospedaliera, né di strumentazione particolare, ma di buone cure infermieristiche, di riattivazioni terapeutiche e di una valutazione accurata del seguito post-dimissione. La vicinanza dell'ospedale somatico-acuto non solo non è determinante, ma può essere addirittura controproducente.

Occorre mantenere una netta distinzione tra i due comparti di cura senza eccessiva medicalizzazione dei reparti AMI, che migliorerebbe evidentemente l'intensità della presa a carico e la capacità di accoglienza di pazienti instabili, ma rischierebbe altresì di far assumere due volte un'analoga tipologia di cure, consentendo agli ospedali dimissioni sempre più precoci con conseguente eccessiva ottimizzazione delle retribuzioni a forfait per caso. La dimissione nel reparto sub-acuto deve invece avvenire solo al momento in cui il paziente è sufficientemente stabile da non più essere a rischio di ricadute che richiedono prestazioni ospedaliere acute a tal punto urgenti da imporre una prossimità territoriale.

Come evidenziato anche dalla CPO e come parimenti rilevato dalla Commissione sanitaria nell'ambito dell'esame della pianificazione anziani, i reparti CAT/STT attuali non costituiscono una risposta pienamente valida al fabbisogno di cure di pazienti non ancora pronti per una dimissione al proprio domicilio o non eleggibili a un ricovero dal domicilio in un ospedale somatico-acuto. Ciò ad esempio perché si tratta di reparti inseriti in case per anziani e quindi inadatti a pazienti giovani e basati su modalità di presa a carico per il resto orientate alla lungodegenza e forniscono un supporto infermieristico e medico comunque da potenziare anche perché destinati ad accogliere pazienti sempre più fragili.

La dotazione di personale valutata con la collaborazione di medici e di infermieri, nonché verificata con le direzioni dell'EOC e delle cliniche private interessate alla trasformazione, è stata pensata per un istituto a sé stante ed è indicato in più documenti in possesso della CPO che la stessa è modulata a dipendenza della vicinanza con altri reparti e/o istituti ospedalieri.

La questione è quindi stata oggetto di valutazioni molto articolate e complesse. La preoccupazione al centro delle riflessioni della CPO è relativa ai bisogni dei pazienti ticinesi, considerando altresì gli aspetti legali (LAMal) e le rispettive conseguenze finanziarie.

Alla CPO è parsa chiara la necessità di individuare una risposta adeguata per i pazienti che, dopo una fase acuta specialistica, devono rimanere ricoverati in un ospedale in quanto:

- non possono essere dimessi al proprio domicilio e
- non hanno i requisiti per essere ammessi ad una casa anziani con letti CAT/STT (cure acute e transitorie e soggiorni terapeutici temporanei).

Il Consiglio di Stato, prendendo atto delle conclusioni del pre-rapporto, ha elaborato una proposta di compromesso rispetto alla proposta di realizzare gli Istituti di cura, nuovo ibrido tra l'ospedale e la casa anziani con il coinvolgimento dei Comuni. La CPO conclude che l'Istituto di cura non è la risposta adeguata e di conseguenza la Legge sugli istituti di cura non è stata ritenuta necessaria.

La CPO si è invece orientata verso la trasformazione di 250 letti del somatico acuto, dando loro un nuovo orientamento per poter offrire, da una parte un numero adeguato di letti in reparti acuti di minor intensità (RAmi) in strutture ospedaliere, e dall'altra potenziare l'offerta di letti CAT nelle case anziani.

La soluzione indicata modifica la proposta presentata nel messaggio, che prevedeva 270 posti letto in istituti di cura così ripartiti; Acquarossa 30, Arzo/Mendrisio 30, Castelrotto 30, Cevio/Locarno 30, San Rocco 60, Sementina 30, Sonvico 30 e Clinica Varini 30.

2.1.5. Aspetti finanziari

Il Consiglio di Stato, sempre nella presa di posizione del 15 aprile, sulla base del pre rapporto ha chiarito gli aspetti finanziari della situazione di partenza e le conseguenze delle diverse opzioni per poter valutare la sostenibilità economica della soluzione di compromesso indicata.

Situazione di partenza

Gli istituti con il solo mandato di medicina di base sono cinque (241 letti) e costano CHF 44.4 milioni; i quattro reparti CAT (60 letti) costano CHF 5.7 milioni di franchi. La spesa attuale totale oggetto del confronto è quindi di CHF 50.1 milioni, suddivisa tra Assicuratori (CHF 21.0 milioni); Cantone (CHF 24.6 milioni); Comuni (CHF 2.7 milioni) e pazienti (CHF 1.8 milioni).

La proposta del Consiglio di Stato contenuta nel Messaggio n. 6945

La proposta soprammenzionata considera:

- 10 posti letto alla Clinica Varini, attribuiti alle cure palliative con una spesa complessiva valutata a CHF 2.7 milioni e
- 270 posti letto nel settore sub-acuto, di cui 150 provenienti dal settore acuto, 45 dai CAT attuali e 45 da nuove strutture e 30 da riduzioni di letti nel settore somatico-acuto, per un costo complessivo di CHF 45.2 milioni (considerando un costo giornaliero di CHF 510.-). Questi letti saranno destinati al 70% dei pazienti di Acquarossa e Faido e al 100% dei pazienti delle altre tre strutture private (poiché per loro la presa in carico è già oggi analoga, come dimostrano le tariffe). Il 30% dei pazienti acuti di Acquarossa e Faido è assorbito dal raccorciamento generale delle degenze in atto in tutto il settore somatico acuto. Negli istituti di cura troverebbero posto anche i pazienti attualmente ospitati nelle 4 strutture CAT-STT.

La spesa complessiva a regime sarebbe quindi di CHF 47.9 milioni suddivisa tra Assicuratori (CHF 18.9 milioni); Cantone (CHF 13.9 milioni); Comuni (CHF 12.4 milioni) e pazienti (CHF 2.7 milioni).

Il costo totale poco si discosta dalla situazione attuale pur considerando il potenziamento in termini di dotazione di personale dei letti CAT attuali e la valutazione di un costo per giornata di CHF 510.-, ben al di sopra del costo dell'Ospedale Malcantonese e della Clinica Varini (mediamente CHF 450/g). Un risparmio del 10% del costo giornaliero (CHF 51.- in meno al giorno), considerate 88'695 giornate comporterebbe di per sé una minor spesa globale di CHF 4.5 milioni. Si osserva inoltre che la contrazione della degenza media anche di un solo giorno (rispetto alle tre settimane considerate in media) permetterebbe la presa in carico di una ventina di pazienti in più per ogni unità di 30 letti con conseguente sgravio finanziario del settore acuto.

La proposta della CPO (pre rapporto)

La CPO propone di abbinare al reparto AMI di Acquarossa e alla riabilitazione di Faido qualche letto di medicina senza specificarne la dimensione. Per garantire un minimo di efficienza e per permettere un calcolo dell'onere finanziario, si sono ipotizzati dieci letti acuti per sito che valutati al baserate EOC attuale, considerati i letti occupati al 90%, con un casemix index (indice di gravità) uguale all'odierno, comporterebbe un costo globale di CHF 11.3 milioni che aggiunti al costo del reparto di cure palliative della Clinica Varini portano il costo del settore somatico-acuto a CHF 14.0 milioni, 7.6 dei quali a carico del Cantone. A questo si aggiunge il costo dei 270 letti di cure a minore intensità che aumenta di CHF 1.3 milioni rispetto alla proposta del Consiglio di Stato poiché le partecipazioni dei pazienti (CHF 151g) non vengono più dedotte dal costo dell'istituto, in quanto versate direttamente agli assicuratori.

Il costo dei 270 letti AMI ammonta quindi a CHF 46.6 milioni.

La spesa complessiva di CHF 60.6 milioni verrebbe suddivisa tra Assicuratori (CHF 26.5 milioni); Cantone (CHF 32.5 milioni) e pazienti (CHF 1.5 milioni).

Le differenze rispetto alla situazione di partenza (CHF +10.4 milioni): Assicuratori + 5.5, Cantone+ 7.9, Comuni - 2.7 e Pazienti - 0.3.

Le differenze rispetto alla proposta del Messaggio (CHF +12.6 milioni): Assicuratori + 7.7, Cantone + 18.6, Comuni - 12.4 e Pazienti - 1.2.

Il costo supplementare non è quindi dovuto solamente al travaso di oneri da Comuni a Cantone, ma anche al mantenimento in Valle dei reparti acuti, senza proporre un'analoga riduzione nel resto dei letti acuti dell'EOC.

Occorre quindi considerare anche i seguenti fattori che potrebbero aggravare una situazione finanziaria a carico del Cantone già di per sé pesante.

- *Il regime somatico-acuto prevede la remunerazione in base alla struttura tariffale DRG. L'unica possibilità per un finanziamento a giornata è considerare i letti sub-acuti quali letti di riabilitazione. Anche secondo il dr. Oggier questa posizione non è sostenibile. Non si tratta di riabilitazione, metterebbe in crisi due studi sul fabbisogno (somatico acuto e riabilitazione); i pazienti si vedrebbero rifiutare sistematicamente le garanzie di pagamento con conseguenti ripercussioni finanziarie sulla liquidità degli istituti. La CPO ipotizza delle garanzie cantonali senza specificarne l'entità.*
- *Si rileva che se i letti AMI dovessero essere pagati in base al regime DRG (come logico per i letti somatico-acuti secondo l'art. 39, cpv 1) le risorse a disposizione per un reparto di 30 letti diminuirebbero rispetto a una remunerazione per giornata di cura. Uno stesso numero di pazienti AMI trattato in regime DRG, a un baserate ridotto (CHF 6'600,*

¹ Ospedale di Acquarossa 30; Ospedale Malcantonese di Castelrotto 30; Clinica Luganese, sede di S. Rocco 60 e Clinica Varini 30.

² Santa Lucia di Arzo 15; Centro socio-sanitario di Cevio 15 e Opera Charitas di Sonvico 15.

³ Sementina 30 e Opera Charitas Sonvico 15.

⁴ Beata Vergine Mendrisio 15 e La Carità Locarno 15.

⁵ 270 letti • 365 giorni • 90%

⁶ (30 letti • 365 giorni • 90% /21 giorni = 469 pazienti) - (30 letti • 365 giorni • 90% /20 giorni= 492)

comparabile a quello oggi riconosciuto all'Ospedale Malcantonese) mette a disposizione dell'istituto meno risorse, come chiarisce il semplice esempio che segue:

a) Regime a giornata: 30 letti, occupazione 90%, degenza media 21 gg,
 $30 \cdot 365 \cdot 90\% / 21 = 469$ pazienti corrispondenti a 9'849 giornate
incasso totale di 469 pazienti $\cdot 21\text{gg} \cdot \text{CHF } 510/\text{gg} = 5.0$ milioni

b) Regime DRG: 469 pazienti $\cdot 1.2$ (grado medio di complessità) $\cdot 6'600 = 3.7$ milioni.

Questo dimostra che il sistema DRG è pensato per degenze corte, in modo tale da poter ricoverare più pazienti.

- Tenuto conto della percentuale di pazienti acuti dei due nosocomi (30%) e della proporzione dei residenti in valle (30% per Acquarossa e 45% per Faido), nonché della degenza media che a questo punto deve essere riportata nelle medie dei reparti di medicina acuti dell'EOC (7.41 giorni), il fabbisogno di letti acuti può essere stimato in 2 letti per Acquarossa e 3 letti per Faido (5 anziché 20), per i quali verosimilmente anche gli assicuratori malattia potrebbero essere d'accordo di pagare il baserate dell'EOC (CHF 9'500 al punto). La differenza che gli assicuratori non assumerebbero è quantificabile in CHF 3.9 milioni; Per ogni letto acuto in più il costo complessivo è di CHF 0.5 milioni di franchi².
- Gli assicuratori con tutta probabilità rifiuteranno che i 60 letti CAT attuali possano essere considerati acuti e continueranno a riconoscere la convenzione in essere (CHF 125 al giorno per 14 giorni e CHF 60.- dal 15.esimo giorno). Questo comporterebbe per il Cantone l'assunzione del relativo onere supplementare quantificato in CHF 1.9 milioni.
- Anche per i nuovi letti (rispetto all'attuale dotazione di medicina di base) di Mendrisio (15), Locarno (15), Sementina (30) e Sonvico (15), ci potrebbero essere delle difficoltà con gli assicuratori che verosimilmente rifiuterebbero la sottoscrizione di nuove convenzioni, continuando a riconoscere gli importi corrisposti con le convenzioni CAT/STT in essere attuali e ribaltando sul Cantone l'onere relativo quantificato in altri CHF 3.1 milioni.
- Le incognite finanziarie potrebbero indurre comprensibilmente l'EOC a bloccare i nuovi investimenti previsti a Mendrisio, a Sementina e ad Acquarossa con effetti negativi sia sull'offerta sanitaria sia sui posti di lavoro nel settore.

L'onere supplementare a carico del Cantone, in base alla proposta CPO varierebbe quindi da un minimo di CHF 18.6 milioni a un probabile+ CHF 27.6 milioni.

Per completare le riflessioni di questo capitolo giova ricordare che sulla partecipazione dei Comuni al 50% del finanziamento residuo per l'offerta sub-acuta, pari ad un onere di circa 10 milioni di franchi, oggi per le prestazioni sub-acute CAT/STT vige la chiave di riparto usuale nel sociosanitario dell'80% ai Comuni e 20% al Cantone.

L'importo indicato rappresenta inoltre solo una minima parte del maggior onere assunto dal Cantone a seguito dell'evoluzione della spesa nei due settori nel corso degli ultimi 15 anni ed in particolare dell'onere conseguente all'assunzione della spesa anche per il finanziamento delle cliniche private. Il saldo è infatti di ca. 70 mio. a sfavore del Cantone. Infine questa compartecipazione consente di garantire un'offerta sub-acuta di maggior intensità e dotazione di operatori rispetto agli attuali reparti CAT. In alternativa sarebbe sostenibile solo lo sviluppo ulteriore dell'attuale modello CAT, con le relative regole di finanziamento.

[...]

² 1 letto occupato al 90% = 329 giorni con una degenza media di 7.41 giorni posso curare 44 pazienti che, considerato un Case Mix Index di 1.2, comportano un caseload di 52.8 punti, moltiplicato per il baserate EOC di CHF 9'500.-, generano una spesa complessiva di CHF 501'600.

Alla luce di quanto precede, il Consiglio di Stato ritiene la proposta contenuta nel Messaggio congrua e sostenibile. In definitiva ed in sintesi, si ritiene che lo sviluppo degli istituti di cura o reparti AML così come prospettato dal Consiglio di Stato avrebbe i seguenti vantaggi:

- chiara separazione dei vari comparti di cura e risposta concreta, pragmatica e sicura ad un bisogno manifesto;
- futuro assicurato agli istituti con attualmente il solo mandato di medicina di base, con conseguente garanzia anche dei relativi posti di lavoro;
- abbinata ai nuovi reparti di geriatria complessa, offerta di cure appropriate e accorciamento del percorso di cura complessivo;
- nessuna confusione con le case per anziani, in quanto segmento di cura caratterizzato da una legge specifica in strutture generalmente a sé stanti;
- standardizzazione dei costi riconosciuti e dei livelli di cura, con garanzia dello stesso tipo di cura a tutti i cittadini;
- diffusione di queste strutture sul territorio;
- possibilità di garantire la formazione in medicina generale ai medici assistenti;
- consenso degli assicuratori;
- due anni di sperimentazione di fatturazione all'atto e poi possibilmente accordi forfettari anche in questo ambito;
- rivalutazione e potenziamento delle attuali prestazioni CAT.

Giova anche porre a confronto la soluzione preconizzata nella perizia del dr. Oggier e quella proposta dal Consiglio di Stato: quest'ultima si rivela un indirizzo assai prudente e molto vicino alla situazione attuale, ma una valutazione prettamente tecnica avrebbe potuto portare a scenari ben più drastici di riconversione.

*Raccogliendo l'auspicio della CPO riportato a pagina 17 **"La valutazione degli aspetti finanziari è imprescindibile per capire se il modello proposto sia o meno sostenibile"**, tenuto conto di quanto precede e nell'intento di rispondere da un lato alle preoccupazioni manifestate con forza dagli abitanti delle Valli di Blenio e Leventina e dall'altro di comunque contenere la spesa a carico del Cantone, **il Consiglio di Stato propone le seguenti due alternative alle proposte del Messaggio e della CPO.***

Variante uno

Negli Ospedali di Acquarossa e di Faido si mantengono due reparti di medicina interna (pacchetto di base limitato) di dieci letti ciascuno, il cui costo dovrà essere recuperato dall'EOC riducendo parimenti l'offerta nel resto degli istituti dell'EOC.

Nei due ospedali sarà garantito un servizio di primo soccorso, i cui contenuti sono esplicitati nel capitolo apposito.

Alla Clinica Varini è previsto un reparto di 10 letti di cure palliative.

Per quanto riguarda l'offerta sub-acuta, si ripropone la trasformazione di 150 letti degli attuali istituti di medicina di base (Acquarossa 30; Castelrotto 30; S. Rocco 60 e Varini 30) in istituti di cura che, unitamente a 45 letti degli attuali CAT -STT (Arzo 15; Cevio 15 e Sonvico 15) e ai nuovi 75 posti previsti (Mendrisio 15; Locarno 15; Sementina 30 e Sonvico 15), saranno autorizzati secondo l'art. 39 cpv 3 LAMal e finanziati secondo le regole stabilite dalla nuova Legge sugli istituti di cura (in particolare partecipazione degli assicuratori stimata a CHF 200/g e del paziente a CHF 30/g e suddivisione del fabbisogno residuo 50/50 tra Cantone e Comuni). La spesa globale e la sua suddivisione tra i vari agenti finanziatori rimangono identiche alla proposta del Consiglio di Stato sopra illustrata.

Variante due

Per gli ospedali di Acquarossa e Faido e per la Clinica Varini, vale quanto esposto alla variante uno.

L'offerta sub-acuta è invece declinata secondo due tipologie:

- trasformazione di 150 letti degli attuali istituti di medicina di base in istituti di cura art. 39 cpv. 3 LAMal, finanziamento da parte degli assicuratori stimato a CHF 200/g (fatturazione all'atto per due anni e in seguito a forfait), partecipazione del paziente a CHF 30/g e partecipazione del Cantone stimata a CHF 280/g. Si rinuncia alla partecipazione finanziaria dei Comuni;
- mantenimento di 120 letti (45 CAT -STT attuali + 75 previsti a breve/medio termine) quali letti dedicati a cure acute e transitorie e finanziati secondo le regole stabilite dalla LAMal (art. 25a) e Legge anziani (in particolare gli assicuratori corrispondono in base alle convenzioni in vigore CHF 125/g per i primi 14 giorni e in media CHF 60/g dal 15.esimo giorno; il paziente contribuisce con CHF 50/g e il fabbisogno residuo è suddiviso 20/80 tra Cantone e Comuni).

Questa variante è la più contenuta finanziariamente, costa infatti globalmente CHF 41.6 milioni, ripartita tra Assicuratori (CHF 15.1 milioni); Cantone (CHF 16.8 milioni); Comuni (CHF 6.2 milioni) e pazienti (CHF 3.5 milioni).

Le differenze rispetto alla proposta del Messaggio (CHF 6.3 milioni): Assicuratori -3.8, Cantone +2.9, Comuni -6.2, Pazienti + 0.8.

Le differenze rispetto alla proposta CPO senza oneri supplementari (CHF -19.0 milioni): Assicuratori -11.5, Cantone -15.7, Comuni: +6.2, Pazienti: +2.0

Le differenze rispetto alla proposta CPO con oneri supplementari (CHF -19.0 milioni): Assicuratori -2.6, Cantone -24.6, Comuni +6.2, Pazienti: +2.0.

Di seguito si riassumono le varianti illustrate precedentemente

Confronto tra le proposte per il settore subacuto in mio di CHF	Assic. malattia	Cantone	Comuni	Paziente	Costo totale
Situazione attuale	21.0	24.6	2.7	1.8	50.1
Proposta del CdS (messaggio 6945)	18.9	13.9	12.4	2.7	47.9
Proposta della CPO					
- Senza oneri supplementari derivanti dall'attitudine degli assicuratori malattia	26.6	32.5	0	1.5	60.6
- Con oneri supplementari derivanti dall'attitudine degli assicuratori malattia	17.7	41.4	0	1.5	60.6
I proposta alternativa del CdS: 20 letti acuti in Valle compensati all'interno dell'EOC + 270 letti istituti di cura art. 39.3 (oneri identici alla proposta messaggio 6945)	18.9	13.9	12.4	2.7	47.9
Il proposta alternativa CdS: 20 letti acuti in Valle compensati all'interno dell'EOC + 150 letti istituti di cura senza oneri a carico dei Comuni + 120 letti CAT attuali e futuri secondo regime attuale	15.1	16.8	6.2	3.5	41.6

La CPO ha ulteriormente perfezionato la proposta di compromesso del CdS, preso atto che sulla base della popolazione residente (dato 2011) nei vari distretti, si arriva a un fabbisogno maggiore di letti nel post acuto nei distretti di Mendrisio e di Locarno. Per questo motivo la CPO ritiene necessari 15 letti AMI supplementari al OBV di Mendrisio e al ORL di Locarno, considerato che nel Luganese la correzione prevista è già sufficiente.

La CPO specifica quanto segue per il Mendrisiotto:

- 30 letti AMI (nuova offerta del rapport CPO), che si aggiungono ai 15 letti CAT di Arzo (strutturalmente incapace di assumere altri 15 letti - per di più AMI - come preconizzato dal Messaggio [pag. 38]). Per questi letti manca lo spazio materiale e si dovrebbe attendere sino alla costruzione della nuova ala prevista.
- Illogico e impensabile che presso la Casa per anziani Santa Lucia (Arzo) possano essere istituiti 15 letti AMI accanto a 15 letti CAT: anche le più elementari regole di economia di scala si oppongono a simili ibridi strutturali.
- Con la realizzazione della nuova ala dell'OBV (2020) potrebbe essere ipotizzabile la riduzione di qualche letto nell'acuzie primaria, ma i 30 letti AMI resterebbero confermati nell'esigenza di base.
- Conclusione: per i prossimi anni nessuna riduzione di letti all'OBV.

La soluzione proposta tiene anche conto della sostenibilità finanziaria (segue la tabella riassuntiva compilata dal DSS; per un maggior dettaglio alla tabella allegata al presente rapporto: allegato 1).

	Ass.Malattia	Cantone	Comuni	Pazienti	Tot
Totale della proposta CPO letti somatico acuto (ACQ e FAI) Reparti AMI CAT / STT	17.81	19.19	4.65	2.41	44.07
Differenza rispetto alla proposta CdS di aprile	2.70	2.40	-1.55	-1.08	2.46
Situazione attuale (senza nuova pianificazione)	21.05	24.60	2.71	3.82	52.17
Miglioramento	-3.24	-5.40	1.94	-1.40	- 8.10

Di conseguenza è possibile sostenere che la soluzione proposta della CPO risulta essere sostenibile consentendo una riduzione dei costi significativa.

2.1.5.1. Costi per il servizio CAT e AMI

I letti CAT hanno un costo di fr.350.-/giorno e i costi sono così ripartiti:

- Paziente CHF 50.-/giorno
- Cassa malati CHF 125.- fino al 14.mo giorno, CHF 60.- dal 15.mo giorno
- Cantone CHF 35.- fino al 14.mo giorno, CHF 48.- dal 15.mo giorno
- Comune CHF 140.- fino al 14.mo giorno, CHF 192.- dal 15.mo giorno

Per i reparti AMI il costo è stato stimato in CHF 510.-/giorno (cap 2.1.2). Si tratta di un costo medio frutto delle valutazioni medico sanitarie in base al profilo del paziente menzionato.

È evidente che sono due tipologie di servizio e di assistenza diverse. In particolare il servizio CAT è un servizio svolto in una casa anziani, in cui non vi è una presenza medica continua mentre per i reparti AMI si tratta di un ricovero ospedaliero con una maggior intensità medico sanitaria rispetto a quanto è possibile assicurare in una casa anziani.

2.1.5.2. Assicuratori malattia

La situazione con gli assicuratori malattia non è conclusiva e potrebbe essere definita come piuttosto fluida.

Il DSS ha informato la CPO che si considera quale ipotesi di partenza che gli assicuratori malattia, dopo un periodo pilota di un paio di anni, possano orientarsi verso il riconoscimento di un importo a forfait di CHF 200.- ciò che rappresenterebbe, rispetto ai CHF 510.-, ca. il 40%. Su questa ipotesi sono basate le diverse valutazioni finanziarie.

Il rappresentante degli assicuratori malattia, nell'audizione del 25 settembre 2014, non ha in realtà permesso di fare molta chiarezza rispetto al modello previsto, ma ha evidenziato la complessità del quadro legislativo di riferimento (LAMal, Opre, LCAMal), lasciando intendere che semmai si sarebbe atteso i primi due anni di sperimentazione basata sul pagamento delle prestazioni e solo successivamente sarebbe stato possibile stabilire un forfait.

Di seguito la CPO riprende la parte saliente della presa di posizione del 15 marzo 2015 degli assicuratori malattia Santésuisse/Curafutura sul pre rapporto della CPO.

Il disegno di legge sugli Istituti di cura colma una grave lacuna nella presa a carico delle persone, anziane e non, nella fase post-ospedaliera nel Canton Ticino. Con l'approvazione della Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure e la sua entrata in vigore il 1 o gennaio 2011, il legislatore federale si è dotato di una nuova modalità per la presa a carico dei pazienti post-acuti dimissionari da un istituto ospedaliero, denominata "cure acute e transitorie" (che avremmo voluto fossero mantenute e adeguatamente sviluppate e promosse, anche con la nuova pianificazione sanitaria; comprendiamo però che gli istituti di cura assolvono anche la funzione delle CAT).

Il Canton Ticino ha voluto recepire le CAT in regime stazionario unicamente per le persone in età AVS, a nostro parere proprio perché nel contesto attuale ticinese è difficile concepire una fase di degenza di una persona non ancora in età AVS in un istituto finanziato secondo il cpv. 3 dell'art. 39 LAMal, da sempre da noi noto unicamente come "casa per anziani".

Questa chiusura del Canton Ticino contribuisce a causare tuttora numerose ospedalizzazioni inappropriate. La legge sugli istituti di cura, e in particolare il disegno di decreto legislativo concernente l'aggiornamento degli istituti autorizzati, permette finalmente di differenziare, all'interno dell'art. 39 cpv. 3 LAMal, le case per anziani, gli istituti per invalidi, le strutture specializzate in cure palliative dagli istituti di cura.

La caratterizzazione in tal senso delle strutture ospedaliere che fino al 31 dicembre 2014 avevano il mandato di "medicina di base" permette una continuità della presa a carico dei pazienti, in un regime di finanziamento più rispettoso del volere del legislatore, laddove sono riconosciute le prestazioni sanitarie necessariamente specificatamente allo stato di malattia del paziente (strumento di valutazione del bisogno RAI + prescrizione medica in riguardo alle prestazioni accessorie).

Una parte delle degenze finora registrate nelle strutture con mandato di medicina di base era di carattere sociale (rete d'accoglienza inadeguata, comodità del trattamento alberghiero), ed è soltanto grazie all'accondiscendenza degli assicuratori malattia, consci che l'imminente pianificazione ospedaliera avrebbe posto un correttivo, che i rispettivi costi sono stati assunti

dal collettivo degli assicurati LAMal. L'assunzione dei costi LAMal in conformità all'art. 39 cpv. 3 LAMal implica il disciplinamento del finanziamento residuo. Sulla partecipazione ai costi dei pazienti riteniamo che il pagamento di una diaria (superiore ai 15 franchi richiesti in ambito acuto, inferiore a quanto richiesto in una casa per anziani, idealmente 50 franchi e non 30) pone un ragionevole filtro all'ammissione e al contenimento della durata della degenza.

I costi della salute sono costantemente in aumento (adeguamento delle tariffe e dei salari, offerta sempre più ampia di tecnologia medica, medicina sempre più performante, esigenze crescenti dei cittadini, ecc.) e con essi aumentano forzatamente i premi a carico degli assicurati, principale fonte di finanziamento del sistema. L'evoluzione dei premi di cassa malati è una delle principali preoccupazioni dei cittadini svizzeri inoltre ogni autunno, al momento dell'annuncio degli stessi per l'anno successivo, il tema viene strumentalizzato politicamente da chi vuole attribuire o scaricare colpe oppure trame vantaggi.

Alla luce dei dati suesposti relativi all'elevato tasso di ospedalizzazioni in Ticino rispetto a Zurigo o alla media svizzera, la posizione della CPO, intenzionata a mantenere il numero di letti finanziati tramite l'art. 39 cpv. 1 LAMal Allo status quo, manca di responsabilità politica.

A questo riguardo, evidenziamo che nell'ambito della pianificazione ospedaliera non possono essere definite prestazioni non previste dal legislatore: l'art. 39 cpv. 1 LAMal menziona espressamente le cure acute e la riabilitazione, e non possono rientrarvi prestazioni motivate da ragioni sociali o da scelte di politica regionale, le quali, benché legittime, devono se del caso essere prese a carico dall'ente pubblico e non tramite lo strumento della LAMal.

Nell'ipotesi che i letti AMI trovino consenso, gli assicuratori malattia si vedranno costretti a decurtare dal finanziamento a carico della LAMal la componente derivante da "motivi di interesse generale" (cfr. art. 49 cpv. 3 LAMal), interamente a carico dell'ente pubblico, al di là del 55% (come minimo) fissato per decreto ogni anno dal Consiglio di Stato. Inoltre ci si dovrà attendere un'analisi approfondita di ogni richiesta di trasferimento di degenti da un ospedale o una clinica acuta verso le strutture a minore intensità, implicante un inutile processo amministrativo se paragonato alla bassa soglia di ammissione in un istituto di cura in ambito di cure a lungo termine. Resta riservata la possibilità d'applicazione dell'art. 49 cpv 4 LAMal (sebbene in presenza di una degenza in una struttura ospedaliera, si applicherebbero le tariffe "case per anziani"): In caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata secondo la tariffa ospedaliera ai sensi del capoverso 1 finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale.

Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'articolo 50. In riguardo al disegno di legge sugli istituti di cura, a parere degli assicuratori malattia l'art. 18 cpv. 2 merita una precisazione. I forfait potranno essere presi in considerazione dopo una valutazione finanziaria (art. 26 "disposizioni transitorie"). La valutazione al cpv. 2 dell'art. 26 dovrà considerare le risultanze della vertenza giacente al TAF tra Santésuisse/Curaviva riguardante il Canton Zurigo, a sapere se gli istituti finanziati secondo il cpv. 3 dell'art. 39 LAMal possano o meno fungere da fornitori diretti di prestazioni in merito alle prestazioni accessorie secondo l'AOMS. È facilmente intuibile l'importanza della sentenza ai fini di una negoziazione tariffale tra i partner.

Il testo ben evidenzia la rigidità degli assicuratori malattia nel trovare risposte adeguate all'esigenza del malato nella fase successiva alla fase acuta specialistica con un'interpretazione giuridica molto restrittiva.

L'unico aspetto condiviso è il fatto che il sistema attuale non regola in modo esaustivo la fase successiva alla fase acuta specialistica e che il modello CAT/STT (cure acute transitorie e soggiorni terapeutici temporanei, LAMal art 25a, cpv 2) non copre tutte le esigenze in modo adeguato.

Sarebbe stato auspicabile capire meglio e sviscerare nel dettaglio i motivi che hanno portato a questo risultato insoddisfacente. La CPO, sulla base delle numerose opinioni raccolte, conclude che i letti CAT all'interno di case anziani consentono una risposta appropriata ma limitata ad un preciso target. Difficilmente, invece, un paziente "non anziano" è disposto al ricovero in una casa anziani per la fase successiva alla fase acuta specialistica. Ciò riguarda sia coloro al di sotto dei 65 anni (età AVS) così come persone oltre i 65 anni non ancora "pronti" per la casa anziani. Un motivo in più per convincersi che la fase successiva alla fase acuta specialistica deve avvenire ancora in una struttura ospedaliera, pur adeguata in modo corretto, e non in una casa anziani.

L'interesse principale degli assicuratori malattia sembrerebbe coincidere con l'abbassamento del tasso di ospedalizzazione. Il loro rappresentante lo ha confermato in audizione sottolineando il seguente testo del messaggio governativo (pag 31):

*(...) il gruppo di prestazioni definito "pacchetto di base", che contempla quindi prestazioni di medicina e di chirurgia di base, presentava un tasso di ospedalizzazione di molto superiore al Canton Zurigo e alla media Svizzera (**tasso di ospedalizzazione ogni 10'000 abitanti: T/793.3; ZH: 545.2; media CH: 601.6**). Un rigoroso lavoro di analisi su un campione significativo per caratteristiche, ma comunque assai limitato per numero di pazienti (circa 5'000 casi), ha permesso l'individuazione di 3'499 casi potenzialmente ri-attribuibili ad altri settori, caratterizzati anche da una degenza media di 15 giorni, dato che conferma indirettamente la loro estraneità al settore somatico-acuto. Di questi, 2'951 sono pazienti che potevano essere curati in modo appropriato in una struttura sub-acuta o addirittura in parte non essere ospedalizzati. Il fatto di "togliere" questi casi dal pacchetto di base ha riportato il **tasso di ospedalizzazione ogni 10'000 abitanti a 697.0**, tasso che rimane comunque superiore sia a quello del Canton Zurigo, sia alla media svizzera. Nonostante questa correzione il tasso di ospedalizzazione nel pacchetto di base in Ticino diminuisce da 793 ogni 10'000 abitanti a 697, ma sempre superiore rispetto a Zurigo del 34%.*

Non è certamente una sorpresa se la CPO ha potuto raccogliere anche valutazione diverse rispetto a quanto affermato dal rappresentante degli assicuratori malattia e per completezza di informazione ne precisa alcuni aspetti.

2.1.5.3. Valutazione del CdS

Nella risposta del 11 agosto 2014 il CdS prende posizione sui dati di partenza alla base delle proprie valutazioni.

Le motivazioni alla base del lavoro di analisi dei dati di partenza sono descritte dettagliatamente nel Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere in Ticino 2010-2020 (allegato 6, parte 1 settore somatico-acuto del Rapporto sull'aggiornamento della Pianificazione, alle pagine 25-32). In particolare la tabella 11 a pagina 26 mette a confronto i tassi di ospedalizzazione ogni 10'000 abitanti di TI-ZH CH. La tabella seguente mostra il numero di casi ospedalizzati e i tassi di ospedalizzazione nelle varie discipline.

Tassi di ospedalizzazione (ogni 10'000 abitanti) per gruppo principale di prestazioni, confronto TI-ZH-CH, 2010

	TI	ZH	CH	TI	ZH	CH	DIFF ZH	DIFF CH
Cure di base	Casi			Tassi di ospedalizzazione				
Pacchetto di base	26'839	74'745	472'623	793.3	545.2	601.6	248.2	191.8
Sistema nervoso e organi di senso								
Dermatologia	341	1'279	6'160	10.1	9.3	7.8	0.8	2.2
Otorinolaringoiatria	2'005	5'557	37'887	59.3	40.5	48.2	18.7	11.0
Neurochirurgia	191	896	4'918	5.6	6.5	6.3	-0.9	-0.6
Neurologia	1'176	3'980	24'769	34.8	29	31.5	5.7	3.2
Oftalmologia	570	3'750	12'106	16.8	27.4	15.4	-10.5	1.4
Organi interni								
Endocrinologia	128	547	3'355	3.8	4	4.3	-0.2	-0.5
Gastroenterologia	1'581	6'007	31'925	46.7	43.8	40.6	2.9	6.1
Chirurgia viscerale	663	2'646	15'445	19.6	19.3	19.7	0.3	-0.1
Ematologia	668	1'791	10'563	19.7	13.1	13.4	6.7	6.3
Angiologia	575	2'347	13'398	17	17.1	17.1	-0.1	-0.1
Cardiologia e cardiocirurgia	2'583	8'617	47'554	76.4	62.9	60.5	13.5	15.8
Nefrologia	96	294	2'047	2.8	2.1	2.6	0.7	0.2
Urologia	2'014	8'715	47'122	59.5	63.6	60	-4.0	-0.4
Pneumologia	1'098	3'616	23'512	32.5	26.4	29.9	6.1	2.5
Chirurgia toracica	119	367	2'256	3.5	2.7	2.9	0.8	0.6
Trapianti	30	180	1'069	0.9	1.3	1.4	-0.4	-0.5
Apparato locomotore								
Chirurgia ortopedica	7'125	26'864	162'610	210.6	195.9	207	14.7	3.6
Reumatologia	542	2'255	10'823	16	16.4	13.8	-0.4	2.2
Ginecologia e ostetricia								
Ginecologia	1'854	8'290	42'649	54.8	60.5	54.3	-5.7	0.5
Ostetricia	3'641	18'522	93'710	107.6	135.1	119.3	-27.5	-11.7
Neonati	3'079	16'261	82'685	91	118.6	105.2	-27.6	-14.2
Altro								
(Radio-) Oncologia	655	2'116	11'887	19.4	15.4	15.1	3.9	4.2
Lesioni gravi (traumatismi)	29	99	548	0.9	0.7	0.7	0.1	0.2
Totale	57'602	199'741	1'161'621	1'702.7	1'456.9	1'478.5	245.8	224.1

I gruppi di prestazioni principali "anomali" (segnalati in rosso) sono stati identificati abbinando due criteri: il loro peso sul totale delle prestazioni e l'entità dello scostamento di ogni gruppo nel confronto TI-ZH-CH. Oltre al pacchetto di base, sono quindi state effettuate delle verifiche su otorinolaringoiatria, cardiologia e cardiocirurgia nonché chirurgia ortopedica.

Come riportato correttamente nella nota a piè pagina della lettera del 9 luglio u.s. prima parte, è la verifica del pacchetto di base che ha permesso l'identificazione dei quasi 3'000 pazienti curabili in strutture sub-acute, mentre per le altre categorie è stata riconfermata la bontà dei dati di partenza. Si sottolinea che nonostante i correttivi apportati, il tasso di ospedalizzazione per le prestazioni del pacchetto di base del Canton Ticino, pur tenendo conto della maggior presenza di persone anziane, rimane sopra la media (il dato rivisto è infatti di 697) e supera ancora del 18% quello del Canton Zurigo.

2.1.5.4. Situazione costi ospedalieri in Ticino

Queste indicazioni vanno contestualizzate considerando anche quanto emerge da un'analisi dei costi di ospedalizzazione in Ticino fornita dall'OMCT.

La tabella che segue illustra lo storico dei dati LAMal relativi ai costi ospedalieri (settore stazionario).

- Arco temporale: dal 1° gennaio 2010 al 30 giugno 2015.
- Fonte: Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), *Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie*.

OSPEDALI STAZIONARI - Costi <i>pro capite</i> (CHF)							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015 2° trim.	01.2012- 06.2015
TI	934	937	768	805	828	416	2'817
CH	717	719	728	836	813	413	2'790
Δ %	30.3	30.3	5.5	-3.7	1.8	0.7	1.0

I fattori che determinano il *gap* tra TI e CH sono i seguenti:

- finanziamento delle cliniche private, fino al 2011 interamente a carico degli assicuratori malattie;
- tasso più elevato di *over 64* anni in Ticino (Cantone con il tasso di incidenza più elevato in assoluto).

Δ %:

- fino a 2011: contraddistinto dall'effetto finanziamento cliniche private;
- da 2012: rapportabile alla maggior incidenza del "fattore età" in Ticino;
- 2013: costo medio TI inferiore al dato nazionale!
- periodo 1°01.2012-30.06.2015: il *gap* è ridotto al +1%; parametro addirittura inferiore rispetto a quanto ci si potrebbe attendere in relazione al "fattore età".

È possibile quindi concludere che se il tasso di ospedalizzazione in Ticino è ancora leggermente superiore a quanto registrato nel Canton Zurigo, il costo pro-capite degli ospedali stazionari in Ticino rispetta la media Svizzera. Ossia la spesa ospedaliera è sotto controllo e non vi è una dispersione di risorse particolarmente preoccupante.

2.2. Cantone – Comuni

Il Gran Consiglio aveva stabilito nel 2001 il principio base secondo il quale al Cantone doveva competere la politica ospedaliera mentre ai Comuni sarebbe rimasta la competenza per la politica degli anziani e in particolare la realizzazione di case per anziani.

In un momento in cui il Consiglio di Stato ha ribadito in innumerevoli occasioni l'importanza di una maggior chiarezza tra i compiti di Cantone e Comuni, evitando inutili sovrapposizioni che impediscono una gestione efficace della spesa pubblica non si capisce come mai in questo caso si sia pensato di fare un passo nella direzione opposta.

La CPO è giunta alla ferma convinzione che il reparto AMI sia un'attività di pertinenza ospedaliera e pertanto è corretto che siano gli ospedali a doversene occupare e di conseguenza questo rientra nei compiti del Cantone.

I Comuni invece continuano ad occuparsi di case anziani e delle CAT inserite della case anziani ospedalizzate.

La CPO si permette di suggerire al Cantone di approfondire la possibilità di rivedere le modalità di finanziamento della politica degli anziani, sussidi ai Comuni per investimenti e gestione per 25 mio di franchi annui, affinché il settore sia progressivamente gestito esclusivamente sul piano comunale.

2.3. Basi legali

2.3.1. LAMAL art. 39 cpv. 1 o cpv. 3?

Premettendo che non è di competenza di questa commissione e non lo è neanche del Gran Consiglio interpretare la LAMal e rispettivamente sancirne la corretta applicazione, la questione volta a comprendere se i reparti AMI potessero essere coperti dal art 39 cpv 1 oppure cpv 3 ha suscitato articolate discussioni.

La domanda cruciale da porsi è se la fase successiva alla fase acuta specialistica per questi pazienti rientra ai sensi dell'art 39 cpv 1 LAMal oppure debba essere coperta dal cpv 3.

Dal punto di vista giuridico, per capire le basi su cui poggia l'obbligo delle casse malati al pagamento delle prestazioni, bisogna percorrere alcuni articoli della LAMal. In particolare la discussione si è concentrata sull'art 39 cpv 1, che regola l'attività ospedaliera nel somatico acuto, a differenza del cpv 3 che invece definisce le attività degli istituti di cura.

La differenza sostanziale è che al cpv 1 si applicano le regole di finanziamento definite dall'art 49, ossia un importo forfait per caso stabilito secondo lo SwissDRG con una partecipazione cantonale del 55%.

L'offerta sanitaria secondo l'art 39 cpv 3 è invece indennizzata secondo l'art 50 che, applicando i principi stabiliti dall'art 25a, regola anche il finanziamento delle cure acute transitorie.

Per chiarezza riprendiamo gli articoli chiave della LAMal pertinenti a questo specifico tema e determinante per le valutazioni finanziarie della questione.

Art. 39 Ospedali e altri istituti

¹*Gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali) sono autorizzati se:*

- a. garantiscono una sufficiente assistenza medica;*
- b. dispongono del necessario personale specializzato;*
- c. dispongono di appropriate installazioni mediche e garantiscono una fornitura adeguata di medicinali;*
- d. corrispondono alla pianificazione intesa a coprire il fabbisogno ospedaliero, approntata da uno o più Cantoni, dopo aver preso in considerazione adeguatamente gli enti privati;*
- e. figurano nell'elenco, compilato dal Cantone e classificante le diverse categorie di stabilimenti secondo i rispettivi mandati.*

²*I Cantoni coordinano le loro pianificazioni.*

2bis Nel settore della medicina altamente specializzata i Cantoni approntano insieme una pianificazione per tutta la Svizzera. Se non assolvono questo compito in tempo utile, il Consiglio federale stabilisce quali ospedali per quali prestazioni devono figurare negli elenchi dei Cantoni.

2ter Il Consiglio federale emana criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità. Sente dapprima i Cantoni, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori.

³*Le condizioni di cui al capoverso 1 si applicano per analogia alle case per partorienti, nonché agli stabilimenti, agli istituti o ai rispettivi reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura).*

Art. 49 Convenzioni tariffali con gli ospedali

¹Per la remunerazione della cura ospedaliera, compresa la degenza e le cure in ospedale (art. 39 cpv. 1) o in una casa per partorienti (art. 29), le parti alla convenzione stabiliscono importi forfettari. Tali importi sono fissati di norma per ogni singolo caso.

...

³Le remunerazioni di cui al capoverso 1 non comprendono le partecipazioni ai costi delle prestazioni economicamente di interesse generale. Dette prestazioni comprendono segnatamente:

- a. il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale;
- b. la ricerca e l'insegnamento universitario.

⁴In caso di degenza ospedaliera, la remunerazione è effettuata secondo la tariffa ospedaliera ai sensi del capoverso 1 finché il paziente, secondo l'indicazione medica, necessita di cure e assistenza o di riabilitazione medica in ospedale. Se questa condizione non è più soddisfatta, per la degenza ospedaliera è applicabile la tariffa secondo l'articolo 50.

Art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere

¹Le remunerazioni di cui all'articolo 49 capoverso 1 sono assunte dal Cantone e dagli assicuratori secondo la loro quota parte rispettiva.

²Il Cantone fissa per ogni anno civile, al più tardi nove mesi prima dell'inizio dello stesso, la quota parte cantonale per gli abitanti del Cantone. La quota parte cantonale ammonta almeno al 55 per cento.

Art. 50 Assunzione delle spese in casa di cura

Per la degenza in casa di cura (art. 39 cpv. 3), l'assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale secondo l'articolo 25a. I capoversi 7 e 8 dell'articolo 49 sono applicabili per analogia.

Art. 25a Cure in caso di malattia

¹L'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie presta un contributo alle cure dispensate ambulatorialmente in base a una prescrizione medica e a un comprovato bisogno terapeutico, anche in istituzioni con strutture diurne o notturne o in una casa di cura.

²I costi delle cure acute e transitorie che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica sono remunerati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere).

Assicuratori e fornitori di prestazioni convengono importi forfettari.

2.3.2. Presa di posizione del Dipartimento sanità e socialità

La commissione della pianificazione sanitaria (rapporto, p.80 e ss) aveva inizialmente proposto il riconoscimento di questi letti acuti di minore intensità quali letti "B" di ospedale, come esistono in alcuni Cantoni romandi con tariffe giornaliere di ca. CHF 700.-.

La stessa impostazione era stata sottoposta agli assicuratori malattia con una lettera il 10 aprile 2013 ma per spiegare la posizione del DSS è necessario fare una cronistoria delle discussioni avvenute con gli Assicuratori Malattia (AM).

Il 20 marzo 2013 vi è stato il primo incontro tra la Divisione della salute pubblica, tarifsuisse, e la cooperativa di acquisti HSK (Helsana, Sanitas, CPT). Nel corso della riunione è stato posto il problema della presa in carico dei pazienti che hanno terminato la prima fase della loro cura, ma che richiedono ancora prestazioni meno intense prima della dimissione definitiva o che necessitano unicamente di un ricovero di questo secondo tipo. La soluzione da esplorare era quella di considerare questi letti quali unità di cure di riattivazione/riabilitazione estensiva, all'interno dei letti di riabilitazione finanziati secondo le regole dell'articolo 39 cpv. 1 LAMal (45% a carico degli assicuratori, 55% a carico del Cantone). La discussione è stata poi formalizzata con una richiesta scritta del DSS agli stessi AM il 10 aprile 2013, corredata da un documento descrittivo dell'unità di riattivazione/riabilitazione estensiva.

Nella lettera soprammenzionata si faceva esplicito riferimento ai letti di riabilitazione geriatrica (letti "B"), quale soluzione trovata da altri Cantoni al problema del sub-acuto, segnalando che gli AM avevano concordato con i fornitori di prestazioni forfait giornalieri molto elevati,

nell'ordine di 700.- franchi al giorno. L'8 maggio 2013 la Divisione della salute pubblica comunicava agli AM di aver costituito un gruppo di lavoro comprendente medici con esperienze e attività diverse nell'ambito della presa in carico dei pazienti potenzialmente interessati alle nuove unità di cure. Questo gruppo di lavoro aveva nel frattempo elaborato un documento che precisava tipologia di pazienti, modalità di ammissione, dotazione di personale e intensità delle cure delle unità di riattivazione e riabilitazione geriatrica, ridefinite dal gruppo menzionato unità di cure e sostegno funzionale. A quel momento si intendeva proporre un modulo d'offerta aggiuntivo a quello della riabilitazione e procedere successivamente con l'attribuzione dei mandati in ambito riabilitativo comprendenti anche questo specifico settore, peraltro non senza rimostranze da parte delle strutture attive in campo prettamente riabilitativo.

Le risposte degli AM sono arrivate rispettivamente il 17 maggio 2013 (tarifsuisse) e il 29 maggio 2013 (HSK). Entrambe respingevano recisamente le proposte invitando la ricerca di soluzioni all'interno dei comparti LAMal esistenti, segnatamente ampliando l'offerta dei letti per cure acute e transitorie. In particolare tarifsuisse evidenziava come la soluzione prospettata potesse "garantire una fonte certa agli istituti attualmente messi in pericolo dalla riduzione del fabbisogno nel settore somatico-acuto", concludendo la sua lettera con la necessità di "intervenire per impedire l'introduzione (anche se solo a titolo provvisorio) delle prestazioni oggetto dello scritto del 10 aprile 2013, progetto che non appare sostenuto da legittimi motivi e non atto a contenere i costi di cura".

Il 27 maggio veniva allestita una versione aggiornata del documento distribuito agli AM.

Il 25 giugno 2013 il Direttore del DSS Paolo Beltraminelli con alcuni collaboratori ha incontrato nuovamente gli AM, presenti con sei rappresentanti. Nel corso della riunione sono state illustrate le ulteriori riflessioni dipartimentali sfociate nella proposta di creare gli istituti di cura ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal. Gli AM hanno accolto positivamente questa evoluzione, seppur consci del fatto che le possibilità di fatturazione all'atto delle prestazioni mediche e terapeutiche, come se fossero dispensate in regime ambulatoriale, sommate con le prestazioni infermieristiche determinate applicando uno strumento di misurazione del fabbisogno, come da art. 39 cpv. 3 LAMal, potevano superare la partecipazione richiesta agli AM con il mantenimento degli istituti sotto l'art. 39 cpv. 1 LAMal. La riunione si è conclusa con l'impegno da parte degli AM di valutare un'eventuale partecipazione forfettaria al costo giornaliero dei futuri istituti di cura.

Nel corso del mese di dicembre 2013, l'Ufficio del Medico cantonale e l'Area di gestione sanitaria, hanno incontrato due medici attivi in ambito geriatrico e nelle strutture CAT, per simulare pragmaticamente i costi assicurativi generati da un soggiorno tipo di tre settimane in un istituto di cura. L'analisi ha portato a ritenere verosimile una fatturazione media di 250 franchi al giorno. Le risultanze di questo lavoro sono poi state sottoposte nel corso del mese di febbraio 2014 ai due gruppi assicurativi onde:

- sondare la possibilità di fatturare le prestazioni mediche e terapeutiche con il numero di concordato dell'istituto;*
- evitare l'applicazione di uno strumento di misurazione del bisogno di cure infermieristiche che, contrariamente ai pazienti di casa anziani, rimangono in istituto mediamente poche settimane (per le CAT non è previsto);*
- orientare la loro partecipazione verso un forfait giornaliero, ritenuto altrimenti il rischio di veder aumentare le prestazioni fatturate senza poter operare un vero controllo.*

La risposta di tarifsuisse del 26 marzo 2014 riconosce innanzitutto la validità del concetto di istituto di cura, ribadisce la necessità dello strumento di valutazione, suggerisce di limitare il numero di professionisti esterni per istituto, mediante relazioni di "accredito", che permetterebbero di esercitare un certo controllo sul numero di prestazioni erogate e infine ritiene che senza una base storica di riferimento, una forfetizzazione sia prematura.

HSK ha risposto il 27 marzo 2014 ritenendo i calcoli presentati troppo esosi per un soggiorno non più acuto. Nella lettera sostiene la necessità di una fatturazione all'atto eseguita dagli stessi professionisti e non dall'istituto, rimandando, ma non escludendo, una possibile

fatturazione forfettaria. Inoltre, si dichiara disponibile a prorogare di due anni l'utilizzo dello strumento di misurazione del fabbisogno di cure infermieristiche, per quegli istituti che dovevano formare il proprio personale al riguardo, riconoscendo un forfait di cure di 100 minuti al giorno.

Visto quanto precede, la proposta contenuta nel messaggio n. 6945 del 26 maggio 2014 ha dovuto coniugare le varie esigenze, che sono state recepite, per quanto riguarda la partecipazione degli assicuratori, agli art. 18 e 26 della nuova Legge sugli istituti di cura. In particolare, all'art. 18 è stata sancita la regola auspicata di remunerazione delle prestazioni sulla base oli forfait stabiliti nelle relative convenzioni tariffali, mentre all'art. 26 è stata prevista solo come norma transitoria per un periodo sperimentale di due anni la fatturazione delle prestazioni all'atto.

Si rileva infine che già nel corso delle sedute della Commissione della pianificazione sanitaria e anche nelle Conferenze regionali della sanità, tarifsuisse ha sempre ribadito che il mantenimento degli attuali istituti con il solo mandato di medicina di base sotto l'art. 39 cpv. 1, sarebbe ricaduto sotto il campo d'applicazione dell'art. 49 cpv. 3 lett. a LAMal, che disciplina il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale. Trattandosi di prestazioni economicamente di interesse generale, sarebbero state escluse dalle convenzioni tariffali, con conseguente assunzione integrale dei costi da parte del Cantone.

Di fronte alla citata presa di posizione la CPO ha richiesto ulteriori indicazioni e precisazioni fornite dal CdS in una risposta alla quarta e quinta serie di domande del 12 novembre 2014, di cui se ne propone alcuni passaggi.

La LAMal permette il finanziamento per giornata di cura solo nei settori della riabilitazione e psichiatria. Si tratta di una soluzione transitoria anche in questi ambiti dove pure è prevista la definizione di strutture tariffali per prestazione (Progetti TARPSY e ST- Reha).

Le ragioni per cui si è optato per l'inserimento degli istituti di cura sotto l'articolo 39 cpv. 3 LAMal sono ampiamente documentate dalla risposta CdS del 1° ottobre e dai suoi 11 allegati. Non vi è stato nessun cedimento, ma si è reso necessario un ri-orientamento.

I letti cosiddetti "B" menzionati nella vostra lettera si riferiscono agli stabilimenti vodesi che negli anni '90 erano denominati CTR (Centre de traitements et de réadaptation) che ospitavano pazienti dopo una malattia acuta o un intervento chirurgico, che richiedevano una valutazione geriatrica o che abbisognavano di cure palliative. Il finanziamento di questi istituti è sempre stato per giornata di cura, anche quando nel Canton VD fu introdotto il finanziamento per APDRG (precursore dell'attuale SwissDRG). La pianificazione ospedaliera del Canton VD ha conosciuto un iter molto travagliato. Dopo la bocciatura della legge sul finanziamento ospedaliero da parte del Parlamento, il Governo optò per un nuovo elenco ospedaliero che risale al 2011 e che distingue 5 tipi di mandati: regionale di base; parziale di base; specializzato limitato nel tempo; universitario e centro di trattamento e riabilitazione (CTR – letti B). Per maggiore chiarezza si rimanda alla documentazione sul sito del Cantone e si produce un estratto dell'elenco.

http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante/Organisation/Hopitaux/liste_informative_h%C3%B4p_internet_01.pdf

Come si può dedurre non c'è quindi distinzione tra letti di riabilitazione e letti destinati al sub-acuto. Nel frattempo il Canton VD sta rifacendo la propria pianificazione adottando anch'esso il modello GD-ZH e sta lavorando tenacemente al fine di accelerare l'adozione di un finanziamento per prestazioni anche nel settore della riabilitazione. Il forfait a giornata di CHF 715 (dato 2013) è un retaggio storico destinato a scomparire a vantaggio dei nuovi sistemi di remunerazione per caso.

Si rileva infine che lo studio sul fabbisogno di cure riabilitative ha messo in evidenza una mancanza di una cinquantina di letti nel settore della riabilitazione. La proposta contenuta nel Messaggio ne attribuisce 15 alla Clinica Hildebrand, 15 alla Clinica di riabilitazione di Novaggio e prevede l'assegnazione dei 20 rimanenti a Faido.

L'ulteriore inserimento di 250 letti in questo settore porterebbe:

- *a uno squilibrio evidente tra offerta e domanda;*
- *a una confusione tra riabilitazione per organo (alla base del modello utilizzato per l'attribuzione dei mandati) e riattivazione geriatrica (disciplina considerata trasversale); su questo aspetto già vi sono peraltro state ampie discussioni con le strutture attive in campo riabilitativo;*
- *alla relativizzazione dei criteri SWISSREHA;*
- *al inasprimento dei rapporti con le casse malati con probabili pesanti risvolti quali il rifiuto di sottoscrivere convenzioni tariffali (con conseguente fissazione di tariffe da parte dello Stato e ricorsi da parte degli assicuratori) e la non concessione delle necessarie garanzie di pagamento nel caso di trasferimento da un ospedale acuto (obbligatorie secondo la LAMal per accedere a istituti di riabilitazione).*

La proposta della CPO di considerare i letti AMI nell'ambito degli istituti LAMal secondo l'art. 39 cpv. 1 e finanziati solo da Assicuratori e Cantone, è quindi valutata criticamente dall'EOC, dalla Fondazione Cardiocentro e da Curafutura/santésuisse. Per tutti il rischio è quello di una maggiore pressione sulle tariffe in ambito somatico-acuto per bilanciare il mantenimento di una presunta sovraccapacità. Inoltre EOC e Curafutura/santésuisse paventano una maggiore rigidità da parte degli assicuratori nel rilascio di garanzie di pagamento in caso di trasferimento di pazienti da un istituto all'altro e/o di superamento delle degenze "outlier".

La CPO non condivide l'interpretazione data dalle casse malati dell'art.49, rispettivamente dell'art 39. Infatti, se il paziente richiede ancora un ricovero ospedaliero secondo l'indicazione medica (art 49 cpv 4), condizione comunque vincolante per il reparto AMI, allora sembrerebbe evidente che siamo di fronte a un caso che deve essere riconosciuto ai sensi dell'art 39 cpv 1. Semmai il punto condivisibile, e da chiarire, è che la tariffa sia diversa rispetto al reparto acuto specialistico tenendo conto del fatto che l'intensità delle cure risulta di minor intensità.

Le preoccupazioni espresse dal rappresentante delle casse malati sulla qualità delle cure al fine di evitare dimissioni precoci, o "dimissioni sanguinanti", sono assolutamente condivise dalla commissione. Il sistema SwissDRG fissa oggi per ogni patologia un costo forfettario indipendentemente dalla durata del soggiorno. Ovvio la pressione sui reparti somatici-acuti di velocizzare la dimissione.

Ma è altrettanto chiaro a tutti gli attori che dimettere pazienti instabili e fragili e trasferirli in strutture inadeguate e senza la necessaria assistenza medica arrischia di provocare successivi rientri in reparti acuti specialistici provocando costi maggiori per l'Ospedale acuto. Sembra quindi essere l'interesse di tutti gli attori, ma prima di tutto del paziente, assicurare la miglior continuità della cura tra la fase acuta specialistica e quella acuta di minore intensità in particolare grazie alla supervisione del processo di guarigione garantita dal medico ospedaliero.

2.3.3. Il parere dell'Ordine dei Medici del Canton Ticino (OMCT)

L'interpretazione giuridica della LAMal rispetto a questo particolare tassello dell'offerta sanitaria suscita, come detto, parecchie discussioni. L'OMCT sul tema ha formulato un interessante approfondimento che mette in luce dubbi e riflessioni. La Commissione lo propone di seguito.

Nella pianificazione ospedaliera bisogna fare attenzione ad usare i termini “subacuto”, o “postacuto”, perché si arrischia di ottenere una visione riduttiva e distorta della sanità. Questi termini infatti non sono contemplati dalla LAMal, che prevede invece, nel settore ospedaliero, i concetti di “acuto” e di “riabilitazione” (art. 39 cpv. 1). Il settore acuto comprende le cure somatiche e quelle psichiatriche. Il ventaglio di prestazioni delle cure somatiche (settore acuto somatico) è ampio e va dal trapianto di cuore al ricovero del paziente 85enne cardiopatico con un modico scompenso cardiaco; casistiche che, beninteso, determinano cure e costi ben diversi. Ai sensi della LAMal persino la continuazione delle cure fuori ospedale di pazienti stabilizzati dopo un ricovero rientra ancora nel concetto di cure acute: si tratta delle cosiddette “cure acute transitorie” (CAT) – e non subacute, postacute o altro -, che devono essere pagate “secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero” (art. 25a cpv. 2).

La LAMal prevede poi anche le “case di cura” (art. 39 cpv. 3), che non rientrano nel concetto di cure acute e che si riferiscono a “pazienti lungodegenti” (altrimenti definiti cronici).

La differenza legale fra gli “ospedali” ai sensi dell’art. 39 cpv. 1 LAMal e gli “istituti di cure” secondo l’art. 39 cpv. 3 LAMal, risiede nella presenza di assistenza medica fissa, esistente solo nell’acuto, mentre negli istituti di cura sono i medici esterni che garantiscono le cure, esattamente come se il paziente fosse al domicilio. L’art. 50 LAMal prevede infatti che per le degenze in “casa di cura” (art. 39 cpv. 3), l’assicuratore assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale”.

In considerazione di quanto sopra e nell’ottica di una migliore gestione del settore ospedaliero, ha proposto la costituzione dei cosiddetti reparti “AMI” (letti acuti di minore intensità), destinati alla continuazione delle cure ospedaliere dopo la fase acuta in senso stretto, o all’accoglimento dal domicilio di pazienti che necessitano di un ricovero di (più) bassa soglia (ad es. le polmoniti dell’anziano, scompensi cardiaci di modica intensità). Si tratta di pazienti che hanno un costante bisogno di presenza medica nella struttura nosocomiale. Per questa ragione, sostanzialmente, i letti AMI devono essere inseriti nel concetto di cure acute ai sensi dell’art. 39 cpv. 1 LAMal e non, come invece intendeva il CdS, nel concetto di “case di cura” destinato invece ai malati cronici, che non abbisognano di presenza medica fissa (art. 39 cpv. 3 LAMal).

A mente del Governo cantonale la proposta della CPO di creazione dei letti AMI, presentava 4 controindicazioni: 1) non si riducevano i 250 letti acuti definiti in esubero; 2) si includevano i letti CAT oggi esistenti; 3) il sistema di fatturazione DRG non sarebbe adeguato per questa tipologia di degenza; e, infine 4) si sarebbe andati incontro a insormontabili difficoltà di definizione tariffale con gli assicuratori malattie, che si rifiuterebbero in concreto di assumere i costi estranei alle strette necessità di cure (le così definite “prestazioni di interesse generale”, giusta l’art. 49 cpv. 3 LAMal).

Secondo l’OMCT tutte queste obiezioni si rivelano infondate.

A cominciare dall’esigenza della riduzione del numero dei letti acuti, che secondo il Governo, sarebbe in esubero, dato che tuttavia non è corroborato da nessuno studio scientifico. Aggiungiamo che, se fosse il caso, il costo del settore ospedaliero stazionario in Ticino sarebbe esuberante in un raffronto nazionale, ma così non è.

Per quanto concerne i letti CAT attuali, in quanto già considerati, per legge, facenti parte del settore acuto, seppur transitorio (cure acute transitorie), è logico che confluirebbero nel settore AMI, ridefiniti con mandati di prestazione di più bassa soglia rispetto ad altre strutture AMI.

Arrivando allo Swiss-DRG, se poi non fosse adeguato – e verosimilmente non lo è – si potrebbe ricorrere alla buona ed efficace tariffa giornaliera classica: i dati di base per il calcolo ci sono e la legge (art. 49 cpv. 1 LAMal), che impone la tariffa forfettaria, indica che solo “di norma” – e quindi non in via obbligatoria – gli “importi sono fissati per singolo caso”.

Infondata, infine, pure l’obiezione degli assicuratori relativa alle “prestazioni di interesse generale” in quanto le medesime, escluse per legge dalle remunerazioni, sono limitate, sempre a norma di legge (art. 49 cpv. 3 LAMal), a “ricerca e insegnamento universitario” e “mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale”. Ciò che non è il caso per i letti AMI, i quali né rientrano in ambiti universitari, né rispondono a motivi di politica regionale, bensì a una necessità sanitaria che va da Airolo a Chiasso.

Se poi gli assicuratori dovessero mostrarsi contrari, è pur sempre il Cantone, e non gli assicuratori (!) che per legge stabilisce le tariffe (art. 47 LAMal), ossequiati i principi di equità e di economicità e non da ultimo del nuovo articolo costituzionale sulle cure di base.

Il Cantone a partire da queste premesse può presentarsi con necessaria tranquillità anche davanti al Tribunale anche in caso di ricorsi defatigatori da parte degli assicuratori.

In conclusione, i letti AMI costituiscono una necessità per il Cantone Ticino, si collocano nel quadro delle cure acute (art. 39 cpv. 1 LAMal) in quanto presuppongono una presenza medica fissa e rientrano nelle strategie di economicità rispetto all'impostazione ospedaliera attuale. Si tratterà ora di definirne il numero in base alle esigenze reali e ai singoli mandati specifici, che non necessariamente devono essere uguali per tutti.

2.3.4. Sentenza TAF C-1190/2012 del 2 luglio 2015

La CPO sottopone all'attenzione del Gran Consiglio la recente sentenza del Tribunale amministrativo federale che ha cassato la decisione del Consiglio di Stato zurighese sulla base di un ricorso degli assicuratori malattia in merito alla fatturazione di prestazioni da parte di case di cura. La sentenza è interessante poiché conferma la possibilità di una fatturazione forfettaria anche in questo settore. Ciò potrebbe essere applicabile per analogia anche per il reparti AMI.

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha annullato un decreto del Consiglio di Stato del Canton Zurigo che fissava le tariffe applicabili dal 1° gennaio 2011 per le prestazioni mediche sussidiarie fornite nelle case di cura, decreto con rimandi inammissibili a strutture tariffali di altri fornitori di prestazioni e direttive tariffarie della Confederazione. Il Tribunale riconosce invece alle case di cura il diritto di fatturare autonomamente tali prestazioni sussidiarie a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).

*Dall'entrata in vigore, il 1° gennaio 2011, della legge federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, le prestazioni primarie fornite dalle case di cura su prescrizione medica o in caso di comprovato bisogno sono remunerate **secondo una tariffa forfettaria** in base al tempo dedicato, conformemente alla pertinente ordinanza del Dipartimento federale dell'interno (DFI). Inoltre, le prestazioni fornite ambulatorialmente all'interno della casa di cura da specialisti esterni, i medicinali distribuiti da farmacisti, i mezzi e apparecchi forniti da centri di consegna e le analisi effettuate esternamente sono rimborsati dalle casse malati ai rispettivi fornitori di prestazioni. Controversa è la questione di sapere se le prestazioni sussidiarie (cure dispensate da personale specializzato alle dipendenze dell'istituto, consegna diretta di medicinali o di mezzi e apparecchi, esecuzione di analisi) possano essere fatturate a carico dell'AOMS qualora siano fornite direttamente dalle case di cura.*

Nella propria sentenza di principio, il TAF giunge alla conclusione che anche ai sensi del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, le case di cura possono fatturare autonomamente a carico dell'AOMS le prestazioni sussidiarie da esse fornite sul posto ambulatorialmente.

Le tariffe per tali prestazioni devono essere concordate contrattualmente tra casse malati e case di cura e approvate dal Consiglio di Stato o da questi fissate in caso di mancata intesa tra i partner tariffali. Il TAF riconosce la competenza del Consiglio di Stato del Canton Zurigo a fissare le tariffe e il principio da esso stabilito secondo cui le case di cura possono fatturare autonomamente le prestazioni sussidiarie a carico dell'AOMS.

Il decreto è per contro stato annullato per quanto riguarda la determinazione dell'ammontare delle tariffe – poiché fondato su rimandi inammissibili alle strutture tariffali già esistenti di altri fornitori di prestazioni, ai menzionati elenchi della Confederazione – e rinvia la causa ai partner tariffali con l'invito a intavolare delle trattative.

2.3.5 Conclusione aspetti giuridici

La CPO sottolinea che la questione giuridica volta a valutare in che misura i letti AMI possano e debbano essere considerati ai sensi dell'art 39 cpv. 1 o 3 della LAMal esula dalle proprie competenze trattandosi di un'interpretazione di una Legge federale che semmai andrebbe portata di fronte a istanze giudiziarie.

Il rapporto indica in modo trasparente le diverse interpretazioni esistenti e ricorda che lo stesso DSS era partito dall'ipotesi di Istituti di cura finanziati secondo i principi del cpv. 1 poi stroncato dalla ferma reazione degli assicuratori malattia.

La CPO dopo attenta e approfondita discussione, che ha permesso di valutare i vari aspetti in gioco, conferma che il RAmi deve rientrare al cpv. 1 dell'art. 39 LAMal.

2.4. Ospedali di Faido e di Acquarossa

I due ospedali di Faido e Acquarossa sono stati oggetto di un'attenzione particolare visto che la loro prevista trasformazione in Istituti di Cura avrebbe significato di fatto la fine della struttura ospedaliera. Dopo le considerazioni fatte sul tema dei letti AMI e sulla base delle valutazioni condivise dalla CPO è evidente l'importanza di prevedere un reparto di letti Ami in queste due strutture all'interno dell'organizzazione dell'EOC e sotto la responsabilità medica e gestionale dell'Ospedale San Giovanni di Bellinzona.

Solamente in questo modo è possibile assicurare la qualità delle cure corretta.

2.4.1. Ospedale di Faido

La soluzione di compromesso proposta dal Consiglio di Stato per l'ospedale di Faido è impostata sul modello seguente:

- Riabilitazione
Un reparto di riabilitazione dotato di 45 posti letto caratterizzato in particolare per riabilitazione muscolo scheletrica.
- Reparto medicina di base
Un reparto acuto di 10 posti letto con un servizio di medicina di base appoggiato all'ORBV per le specializzazioni specifiche.
- Pronto soccorso
Un servizio di Pronto soccorso in rete con i medici della Valle, nel limite delle reali possibilità.

2.4.2. Ospedale di Acquarossa

La soluzione proposta dal Consiglio di Stato per l'ospedale di Acquarossa prevede le prestazioni seguenti:

- Reparto medicina di base
Un reparto acuto di 10 posti letto con un servizio di medicina di base appoggiato all'ORBV per le specializzazioni specifiche.
- Reparto AMI
Un reparto AMI di 30 posti letto secondo il profilo descritto e quale offerta di prestazione successiva alla fase acuta.
- Pronto soccorso
Un servizio di Pronto soccorso in rete con i medici della Valle, nel limite delle reali possibilità.
- Casa anziani
Un ampliamento e rinnovo dell'adiacente casa anziani con la quale condividere in modo sinergico alcuni servizi centrali.

2.4.3. Centri di Primo Soccorso (CPS)

Il cambiamento previsto per gli Ospedali di Acquarossa e di Faido ha sollevato la preoccupazione della perdita delle strutture "B" di pronto soccorso per gli ospedali che erogano prestazioni – nel pacchetto somatico acuto - di sola medicina di base. Le strutture citate sono attive, riconosciute ed apprezzate dalla popolazione locale.

Sia su sollecitazione dei professionisti sanitari che della popolazione, **la direzione del Dipartimento della sanità e della socialità ha garantito la presenza di strutture di primo soccorso con medici per la presa a carico 24h/24h e 365 giorni all'anno.**

Allo scopo di approfondire la problematica e ricercare possibili soluzioni il Dipartimento, con Risoluzione del 12 giugno 2014, ha istituito un apposito Gruppo di lavoro che ha consegnato un proprio rapporto il 25 marzo 2015. Di seguito la CPO vi presenta le sue principali conclusioni.

Le strutture che attualmente hanno il solo mandato di medicina di base, ossia Clinica San Rocco a Lugano e Clinica Varini a Orselina, non saranno dotate di un CMU in ragione sia dell'offerta sanitaria sufficiente nella zona (pronti soccorso di tipo "A" nelle vicinanze), sia per non creare nuove strutture attualmente non esistenti. Si rileva peraltro che l'istituto presso San Rocco potrà appoggiarsi al PS della Clinica Moncucco adiacente.

Il Centro Sociosanitario di Cevio (Valle Maggia) è attualmente dotato di un poliambulatorio (e non di un pronto soccorso/CMU ai sensi della Direttiva sui pronti soccorso), che appare adeguato ai fabbisogni sanitari della popolazione ed alla necessità di sostegno del personale medico della valle. L'impegno politico assunto è quindi quello di dotare l'Ospedale di Acquarossa, l'Ospedale di Faido e l'Ospedale di Castelrotto di una struttura di primo soccorso.

[...]

In concreto il Gruppo di lavoro propone di attuare quanto indicato in merito alle definizioni CPS, redigendo una Direttiva per i Centri di Primo Soccorso, in maniera analoga a quanto fatto per i servizi di "Emergenza e Pronto Soccorso", da far avvallare al Consiglio di Stato.

Il Gruppo di lavoro propone inoltre di approfondire ed accompagnare i lavori qui iniziati in relazione alla fattibilità di un percorso per i medici di famiglia, con particolare attenzione alle regioni discoste, valutando nel contempo una modifica sostanziale del sistema delle guardie e picchetti nelle valli. A questo scopo potrebbe essere utile dare mandato ad un apposito gruppo di lavoro di:

- *avviare contatti con l'Università della Svizzera Italiana a livello Master Medical School, Ente Ospedaliero Cantonale ed Ordine dei Medici del Canton Ticino per valutare la fattibilità di un percorso formativo del medico di famiglia;*
- *approfondire le ipotesi di modifica del sistema dei picchetti e guardie per le Tre Valli, valutandone fattibilità ed impatto.*

La CPO sottolinea la necessità di assicurare la presenza medica ospedaliera sia in Valle Leventina che ad Acquarossa, come garantito dallo stesso DSS, per una presa a carico continua 24h/24h e 365 giorni all'anno.

2.5. Proposta conclusiva della CPO

La CPO dopo i numerosi e articolati approfondimenti giunge alla conclusione di mantenere la proposta espressa nel pre-rapporto di creare reparti letti AMI all'interno di alcune strutture ospedaliere esistenti accettando la proposta di compromesso del Consiglio di Stato tendente a una ponderazione del numero di posti letto tra AMI e a un potenziamento dell'offerta CAT.

La soluzione proposta considera gli elementi seguenti:

- I reparti acuti di minor intensità (Reparti AMI) sono inseriti di regola in ospedali somatici acuti o collaborano strettamente con essi in modo tale da garantire una risposta adeguata all'esigenza di avere ospedalizzazioni prolungate oltre i termini normali dello Swiss DRG. Questo tipo di ospedalizzazione si rende indispensabile dopo una fase acuta specialistica per quei pazienti che non possono essere trasferiti in un CAT o che non possono rientrare a domicilio.
- Per questo motivo quest'offerta sanitaria è inserita nella pianificazione sanitaria nel capitolo che definisce le prestazioni degli ospedali somatici acuti (art 39 cpv 1) senza creare nuove realtà istituzionali che coinvolgono i Comuni nella gestione di strutture ospedaliere.
- La CPO è consapevole della problematica insita nella diversa interpretazione giuridica data all'art 39 cpv 1 e cpv 3 ed è consapevole che questa prestazione sanitaria esula dal sistema SwissDRG. Tuttavia l'aspetto giuridico non ha nessuna influenza rispetto alla definizione di una tariffa forfettaria con la partecipazione alle spese ripartita tra Cantone, assicuratori malattia e paziente.
Il finanziamento dei letti AMI è stato ipotizzato con un costo di CHF 510.- a giornata di cura, secondo i termini dell'art. 39 cpv. 1 LAMal (55% a carico del Cantone, 45% a carico delle casse malati, e fr. 15 a giorno a carico del paziente).
- La CPO parte dal presupposto che il reparto AMI sia appunto un settore specifico ospedaliero gestito quale centro di costo separato.
- Una ripartizione di letti tra reparti AMI e letti CAT/STT consente una soluzione finanziariamente sostenibile che tiene conto in modo adeguato dell'evoluzione delle esigenze del paziente ticinese.
- Valutando la ripartizione di letti AMI e il fabbisogno regionale esistente appare evidente che nel Mendrisiotto e nel Locarnese c'è un deficit di posti AMI e pertanto appare giustificato inserire i 15 letti previsti nella nuova ala dell'OBV e all'ORL per un totale di 30 letti AMI supplementari con la rispettiva riduzione di letti CAT / STT.

La proposta conclusiva è la seguente:

Realizzazione di 180 posti in reparti AMI in strutture ospedaliere esistenti:

- **Acquarossa 30, Castelrotto 30, San Rocco 60, Clinica Varini 30 (in aggiunta ai 10 letti acuti per cure palliative), Mendrisio 15 (OBV) e Locarno 15 (OLC),**

Realizzazione di 90 letti CAT

- **Attuali 45 = Arzo 15, Cevio 15, Sonvico 15**
- **Nuovi 45 = Sementina 30, Sonvico 15**

3. MANDATI

3.1. Modello di Zurigo

La pianificazione proposta cita sovente il fatto che la Conferenza dei direttori della sanità raccomanda di riferirsi al modello di Zurigo. La lettura attenta del modello di riferimento permette comunque una certa interpretazione e una certa ponderazione in funzione dei bisogni del Cantone.

È perciò sembrato opportuno riprendere i capitoli principali della legislazione zurighese.

Allgemeine Bestimmungen

...

Grundsätze

§ 3. 1 Der Kanton stellt die notwendige Spitalversorgung sicher.

2 Private, Gemeinden und der Kanton können Spitäler und Geburtshuser errichten und betreiben.

B. Planung der stationären Spitalversorgung

Stationäre KVG-Pflichtleistungen

§ 4. 1 Die Direktion plant die stationäre Spitalversorgung nach den Vorgaben des KVG.

2 Die Spitalplanung umfasst die Bereiche Untersuchung, Behandlung und Pflege von Patientinnen und Patienten einschliesslich Rehabilitation und eine auch Sterbebegleitung umfassende Palliation.

3 Die Spitalplanung hat insbesondere folgende Zielsetzungen:

a. Zusammenzug von Leistungsgruppen zu übersichtlichen Angeboten, um eine medizinisch oder ökonomisch unzweckmässige Fragmentierung von Leistungen zu verhindern,

b. Sicherstellung der zeitgerecht zugänglichen Notfallversorgung für Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Kantonsgebiet,

c. Koordination oder Konzentration von seltenen oder komplexen Leistungen, die eine aufwendige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten bedingen,

d. Koordination oder Konzentration von Leistungen, die in Zusammenhang mit einem universitären Lehr- und Forschungsauftrag stehen.

b. Anforderungen an die Leistungserbringer

§ 5. 1 Leistungsaufträge können Spitälern und Geburtshusern erteilt werden, die

a. eine Infrastruktur aufweisen, welche die Erfüllung des Leistungsauftrags sicherstellt,

b. über genügende Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten verfügen,

c. ein den Bundesvorgaben genügendes Qualitätssicherungskonzept nachweisen,

d. die Aufnahmebereitschaft nach den Vorgaben des KVG für Zürcher Patientinnen und Patienten gewährleisten, unabhängig von der voraussichtlichen Kostendeckung im konkreten Fall,

e. über ein auf die Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern ausgerichtetes Patientenversorgungskonzept verfügen,

f. die Aus- und Weiterbildung einer im Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf angemessenen Zahl von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens sicherstellen,

g. eine Kostenrechnung führen, die eine sachgerechte Abgrenzung der Kosten der Leistungserbringung für die verschiedenen Versicherungsbereiche und weiterer Dienstleistungen ermöglicht.

2 Die Direktion kann die Anforderungen gemäss Abs. 1 in Richtlinien präzisieren oder Verbandsrichtlinien für verbindlich erklären.

3 Ausnahmsweise können Leistungsaufträge auch Spitälern und Geburtshusern erteilt werden, die nicht sämtliche Anforderungen nach Abs. 1 erfüllen. Ergeben sich daraus für das Spital oder das Geburtshaus finanzielle oder andere Vorteile, legt die Direktion angemessene Ausgleichsleistungen fest.

c. Auswahlkriterien

§ 6. 1 Die Leistungsaufträge werden unter den sich dafür bewerbenden Spitälern und Geburtshäusern denjenigen erteilt,

a. die für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind,

b. mit denen die Zielsetzungen gemäss § 4 bestmöglich verwirklicht werden können,

c. welche die Anforderungen gemäss § 5 bestmöglich erfüllen.

2 Zur Förderung des Wettbewerbs können über den Bedarf hinausgehende Leistungsaufträge erteilt werden.

I criteri per l'attribuzione dei mandati precisano meglio quanto definito nella LAMal, la quale richiede fundamentalmente il rispetto di tre criteri base; la qualità della prestazione, un numero minimo di casi e il rispetto del criterio dell'economicità.

La pianificazione ospedaliera zurighese persegue in particolare gli obiettivi seguenti.

- *La creazione di gruppi di prestazioni per evitare la frammentazione eccessiva sia dal punto di vista medico che economico*
- a. *Zusammenzug von Leistungsgruppen zu übersichtlichen Angeboten, um eine medizinisch oder ökonomisch unzweckmässige Fragmentierung von Leistungen zu verhindern,*
- *La garanzia della disponibilità in tempi ridotti di un servizio di pronto soccorso*
- b. *Sicherstellung der zeitgerecht zugänglichen Notfallversorgung für Patientinnen und Patienten aus dem gesamten Kantonsgebiet,*
- *Il coordinamento o la concentrazione di specializzazioni complesse e rare*
- c. *Koordination oder Konzentration von seltenen oder komplexen Leistungen, die eine aufwendige Infrastruktur oder spezialisierte Kenntnisse und Fähigkeiten bedingen,*
- *Il coordinamento o la concentrazione di specializzazioni in relazione a un mandato universitario di insegnamento o di ricerca.*
- d. *Koordination oder Konzentration von Leistungen, die in Zusammenhang mit einem universitären Lehr- und Forschungsauftrag stehen.*

È pure interessante sottolineare i criteri alla base dell'attribuzione dei mandati.

- *Il controllo della qualità*
- a. *eine Infrastruktur aufweisen, welche die Erfüllung des Leistungsauftrags sicherstellt,*
- *Una capacità sufficiente di trattamento dei casi*
- b. *über genügende Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten verfügen,*
- *La presentazione di un concetto di gestione della qualità secondo le direttive federali*
- c. *ein den Bundesvorgaben genügendes Qualitätssicherungskonzept nachweisen,*
- *La garanzia di una sufficiente capacità di accoglienza*
- d. *die Aufnahmebereitschaft nach den Vorgaben des KVG für Zürcher Patientinnen und Patienten gewährleisten, unabhängig von der voraussichtlichen Kostendeckung im konkreten Fall,*
- *Un concetto di gestione del processo di cura che integra la fase precedente e successiva la prestazione acuta*
- e. *über ein auf die Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungserbringern ausgerichtetes Patientenversorgungskonzept verfügen,*
- *La disponibilità alla formazione di personale del contesto sanitario in relazione al fabbisogno cantonale*
- f. *die Aus- und Weiterbildung einer im Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf angemessenen Zahl von Angehörigen der Berufe des Gesundheitswesens sicherstellen,*

- *La presentazione di una contabilità analitica che permetta di differenziare le diverse situazioni assicurative e categorie di prestazioni*
- g. *eine Kostenrechnung führen, die eine sachgerechte Abgrenzung der Kosten der Leistungserbringung für die verschiedenen Versicherungsbereiche und weiterer Dienstleistungen ermöglicht.*

La lettura del modello zurighese permette di meglio capire i criteri alla base della pianificazione ospedaliera, differenziando quelli vincolanti da quelli auspicabili e consentendo tuttavia al rispettivo cantone di procedere ponderando gli elementi di propria competenza.

3.2. Canton Grigioni

E' pure interessante approfondire la soluzione adottata dal Cantone dei Grigioni che ha saputo adattare il modello zurighese alle proprie peculiarità territoriali.

Il Canton Grigioni riconosce nella propria pianificazione 11 ospedali somatici acuti e suddivide il proprio territorio in 12 regioni ospedaliere (Legge sulla promozione della cura degli ammalati e dell'assistenza alle persone anziane e bisognose di cure e Legge sulla cura degli ammalati del 2 dicembre 1979) [stato 1 gennaio 2014].

I Grigioni hanno deciso delle eccezioni rispetto al modello di Zurigo per assicurare una corretta copertura delle cure mediche nel somatico acuto di tutto il territorio cantonale. In particolare hanno mantenuto alcuni letti acuti anche in strutture con la sola medicina di base e senza la chirurgia. In alcune regioni discoste (Val Bregaglia, Val Poschiavo, Val Monastero), piccoli ospedali di valle sono stati riconosciuti come tali, pur in assenza della "massa critica" altrove ritenuta determinante.

Sembra quindi che, pur confermando il modello di Zurigo quale modello di riferimento, sia **possibile sostenere delle eccezioni e delle impostazioni leggermente diverse in considerazione delle particolarità e delle esigenze cantonali.** L'obiettivo è la ricerca della soluzione ottimale per assicurare la copertura sanitaria adeguata per tutta la popolazione del rispettivo cantone evitando casi impropri, che devono forzatamente essere gestiti in strutture specializzate per mancanza di reparti adeguati alla cura ancora acuta, ma di intensità minore.

3.3. Il modello ticinese

L'attribuzione dei mandati si basa sugli articoli 63 e seguenti della LCAMal. Stando ai criteri di attribuzione, ai sensi dell'art 63 lett. d, è possibile prendere atto che le basi legali ticinese sono in linea con quelle zurighesi. Da sottolineare che la LCAMal tuttavia non cita, come nel modello zurighese, alcuni obiettivi importanti:

- l'obiettivo di raggruppare certi gruppi di prestazioni per evitare un'eccessiva frammentazione medica ed economica;
- la volontà di concentrare certe specialità che richiedono competenze particolari e attrezzature speciali;
- la concentrazione di specialità, laddove necessario per esigenze di formazione e di ricerca universitarie.

L'impostazione cantonale è spiegata a pagina 13 del messaggio n. 6945.

In particolare, l'obiettivo principale della presente proposta di pianificazione rimane 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. Questo per consentire ai pazienti ticinesi di beneficiare di cure adeguate, attrattive e di qualità e, parallelamente, favorire una limitata maggior concentrazione della casistica di determinate prestazioni specialistiche, complesse e costose, nell'intento di accrescere la qualità e contenere l'importante crescita della spesa nel settore ospedaliero.

Il nuovo elenco pianificatorio del settore **somatico-acuto** risponde all'auspicio di evitare un'eccessiva frammentazione e sovrapposizione di mandati a livello territoriale, prendendo in considerazione gli indirizzi di concentrazione già formulati dal Gran Consiglio in occasione dell'approvazione dell'ultima pianificazione ospedaliera e poi ribaditi, tra l'altro, in una mozione interpartitica sottoscritta dai Presidenti e dai Capigruppo PLR, PS, e PPD del 25 giugno 2009.

E a pagina 14 dello stesso massaggio.

Dal punto di vista medico la concentrazione della casistica di determinate prestazioni è strettamente connessa alla qualità delle prestazioni erogate, soprattutto per quel che concerne mandati di prestazioni con casistiche limitate. Per le ragioni menzionate, è stato quindi ritenuto opportuno valorizzare quanto già presente sul territorio ticinese e, 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 fuori Cantone solo per alcune specializzazioni particolari, con casistica estremamente ridotta. Una maggior concentrazione non deve tuttavia compromettere l'accessibilità alle cure di base: per questa ragione, in ambito somatico-acuto la metodologia proposta di raggruppamento dei gruppi di prestazioni secondo quattro macro-categorie (vedi capitolo seguente) permette di mantenere un ampio spettro di cure di prossimità in tutte le regioni del nostro Cantone.

Per poi concludere a pagina 16.

La nuova pianificazione è fondata sui postulati di attribuzione seguenti:

- **nessun nuovo gruppo di prestazioni è attribuito ad istituti che fino ad oggi (dati 2012) non fornivano determinate specialità;**
- **le strutture pubbliche devono poter fornire l'insieme dei gruppi di prestazioni, al fine di garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie sul territorio cantonale, anche in caso di abbandono dell'attività da parte di strutture private.** In questo senso le strutture ospedaliere raggruppate in seno all'EOC forniscono tutte le prestazioni definite dal modello della GD-ZH, anche se, evidentemente, non in ogni singola struttura;
- **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, a fronte di una casistica limitata, richiedono particolari infrastrutture medico-tecniche e competenze di presa in carico specializzate;
- **le cure di prossimità devono essere diffuse in modo capillare su tutto il territorio cantonale.**

In funzione di questi postulati, i 125 gruppi di prestazioni sono stati suddivisi in quattro grandi macro-categorie che permettono di concretizzare il principio di centralizzazione delle cure complesse e di decentralizzazione delle cure di prossimità. Le quattro macro-categorie sono rappresentate:

- **dal pacchetto di base (e pacchetto di base elettivo):** ventaglio minimo di offerta di cure per tutti gli ospedali, che devono in particolare disporre di un servizio di pronto soccorso e di un reparto di cure continue;
- **dai gruppi di prestazioni specialistiche:** prestazioni più complesse rispetto a quelle del pacchetto di base, che già richiedono la presenza di specialisti, ma che per loro natura e frequenza devono essere garantite a livello regionale;
- **dai gruppi di prestazioni multidisciplinari e complesse:** discipline che si caratterizzano per la necessità di specialisti dedicati, infrastrutture o apparecchiature particolarmente

complesse e anche particolarmente costose e di processi di presa in carico e di cura che frequentemente necessitano il supporto di altre discipline con le quali è necessario collaborare. Non raramente le collaborazioni devono essere garantite 24 ore su 24, 7 giorni su 7 e a tratti anche in maniera urgente ed imprevedibile, aspetto che comporta la necessità della presenza concomitante, all'interno della stessa struttura di differenti discipline;

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

*Le discipline comprese nel pacchetto di base e nei gruppi di prestazioni specialistiche rappresentano le cure di prossimità e inglobano al loro interno l'83% circa di casi attualmente curati negli ospedali e cliniche ticinesi. I gruppi di prestazioni multidisciplinari e complesse rappresentano, per contro il 17% dei casi. Va rilevato a tal proposito che quest'ultima casistica è già oggi ampiamente concentrata in taluni istituti (es: i pazienti di cardiocirurgia). **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.***

L'impostazione di base dell'attribuzione dei mandati con la volontà, in particolare, di procedere alla concentrazione di alcune specialità principali e meno frequenti, garantendo il mantenimento delle prestazioni di base agli ospedali regionali, può certamente essere condivisa.

Tuttavia nell'analisi delle singole situazioni sono sorte alcune incongruenze che hanno provocato grande discussione all'interno del corpo medico e della stessa CPO.

3.3.1. Le principali criticità

3.3.1.1. L'EOC e la pianificazione ospedaliera

Si ritiene di dover sottolineare l'iniziale apparente incongruenza tra l'impostazione strategica della pianificazione ospedaliera cantonale, che riprende il modello multisito, e le prime ipotesi di lavoro sull'impostazione da dare alla strategia futura dell'EOC. Alcune decisioni del Dipartimento di chirurgia dell'EOC hanno specificatamente destato preoccupazione e suscitato parecchio disorientamento.

La CPO ricorda il seguente episodio: al momento della presentazione del messaggio sulla pianificazione ospedaliera, l'EOC presentata pubblicamente il proprio piano strategico che si orientava verso l'avvio delle riflessioni verso un solo ospedale di riferimento.

La pianificazione ospedaliera in oggetto prevede invece due ospedali polo (Il Civico di Lugano e l'Ospedale San Giovanni di Bellinzona), in cui concentrare le specialità principali e due ospedali regionali (il Beata Vergine di Mendrisio e La Carità di Locarno).

La CPO ricorda di seguito quanto stabilisce la Legge che definisce il mandato all'EOC.

Art. 2 - Scopi

¹L'EOC provvede alla direzione e alla gestione di ospedali pubblici garantendo alla popolazione le strutture stazionarie e i servizi medici necessari.

²L'EOC gestisce gli ospedali con criteri di efficienza e economicità nel rispetto della promozione continua della qualità delle cure e dell'equità d'accesso alle cure.

Art. 3 - Missione e mandati di prestazione

¹La missione e i mandati di prestazione all'EOC sono definiti dalla pianificazione ospedaliera cantonale ai sensi della legislazione federale in materia di assicurazione malattia.

²Altri mandati speciali possono essergli attribuiti dal Consiglio di Stato.

Art. 4 - Ospedali pubblici

L'EOC gestisce gli ospedali regionali di Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio e gli ospedali di zona di Blenio, Leventina e Vallemaggia.

Ci si trova certamente di fronte a problemi per la cui soluzione occorrono lungimiranza e spirito imprenditoriale, anche tenuto conto del contesto sanitario marcato da un dualismo tra pubblico e privato che la decisione politica di garantire un contributo pubblico pari al 55% sia al settore privato che a quello pubblico ha reso ancora più complessa. È altresì importante sottolineare la valenza politica dell'impostazione dell'offerta ospedaliera cantonale, viste le implicazioni sanitarie, socio-economiche e politiche che ogni scelta comporta.

L'approccio alla problematica privilegiato della CPO è stato sicuramente di ordine sanitario con il preciso obiettivo di identificare quale impostazione potesse permettere di ottenere il miglior risultato per garantire alla popolazione ticinese la miglior offerta sanitaria al giusto costo.

In questo senso la CPO è convinta che vi debba essere grande consonanza tra la visione strategica dell'EOC e la pianificazione ospedaliera cantonale. Vale evidentemente anche il contrario, ossia che il Governo non può pensare di impostare la pianificazione ospedaliera senza dapprima chiarire quanto l'EOC è in grado e intende intraprendere.

3.3.1.2. Applicazione parziale del modello di Zurigo

La CPO condivide l'applicazione del modello di Zurigo, ma constata che in Ticino l'applicazione è stata parziale e spesso corretta sulla base di considerazioni non sempre così chiare. In alcuni ambiti l'attribuzione del mandato è infatti stata basata sulla struttura; in altre situazioni si è invece tenuto conto delle competenze del medico specialista operante nella medesima. Seguire le modalità della decisione non è sempre stato semplice.

Ecco alcuni esempi:

- Per la chirurgia della tiroide sono ritenuti necessari due centri; il primo mandato viene attribuito all'OBV di Mendrisio, indiscusso leader sul piano cantonale, mentre il secondo non viene attribuito al ORBV di Bellinzona che le statistiche indicano da sempre al secondo posto per numero di casi sul piano cantonale.
- Il Civico di Lugano non ottiene l'Urologia multidisciplinare complessa malgrado disponga praticamente già di tutte le specialità viscerali. La specialità viene invece attribuita alla clinica Luganese, giustificando la scelta con la presenza di un noto chirurgo specializzato in questa patologia ma ormai prossimo alla meritata quiescenza.
- La nuova specialità della geriatria multidisciplinare complessa viene attribuita all'Ospedale La Carità di Locarno quando da sempre il centro cantonale per la geriatria è svolto dal ORBV, più precisamente dalla "sotto sede" di Acquarossa, a cui sembrava semmai logico prospettare un'evoluzione e una specializzazione ulteriore nello stesso ambito.
- Per il Sopra ceneri l'ortopedia di base è lasciata al ORBV, separandola però inspiegabilmente dalla protetica (ossia l'inserimento di protesi nelle articolazioni) che è attribuita all'ospedale La Carità di Locarno, ciò che pregiudica fortemente l'attrattiva dell'ORBV nella chirurgia ortopedica, la quale praticamente ovunque in Svizzera include anche la protetica.

Il DSS ha fornito le spiegazioni del caso rispetto e le sue valutazioni (prese di posizioni del CdS del 14 novembre 2014 e del 15 aprile 2015), ma la CPO non ha potuto acquisire il necessario e definitivo convincimento al proposito.

Nonostante l'art. 65 LCAMal attribuisca al Gran Consiglio l'approvazione della pianificazione ospedaliera, quindi nello specifico anche dell'attribuzione dei mandati, a mente della CPO non sembra tuttavia opportuno entrare nel merito delle singole specialità, proponendo eventuali correzioni puntuali. Non potendo considerare tutte le variabili in gioco, poiché non dispone delle indispensabili competenze, la CPO teme che eventuali correzioni richino di essere peggiore della proposta originaria.

3.3.1.3. Frammentazione

In molte audizioni tutti i medici intervenuti in CPO hanno lamentato un'eccessiva frammentazione delle specialità. L'impossibilità di poter svolgere una specialità in modo completo mette a repentaglio la possibilità di reclutare medici capaci.

Nella misura in cui il lavoro preparatorio della pianificazione ha coinvolto molti attori e anche parecchi medici, la CPO non ha una spiegazione esaustiva del perché si sia giunti a questo risultato parecchio contrastato dagli stessi medici. La CPO non può però esimersi dal constatare che se l'indirizzo iniziale era condiviso, il risultato finale presentato ha offerto il fianco a molte critiche che la CPO si sente di condividere in considerazione delle spiegazioni assunte dai diversi attori coinvolti.

La CPO ritiene che l'attribuzione delle specialità deve essere approvata innanzitutto da un organo tecnico costituito da medici ospedalieri: si pensa ai direttori sanitari dei diversi istituti, nel contesto di una strategia di base condivisa sul piano politico-strategico e aziendale. Lo stesso messaggio suggerisce la costituzione di un gruppo tecnico di accompagnamento.

La Commissione chiede infine al CdS di riflettere sullo sviluppo di una strategia per assicurare una presenza medica adeguata anche in periferia. L'offerta dovrebbe privilegiare il coinvolgimento di medici di famiglia presenti sul territorio per assicurare la copertura del picchetto sanitario.

3.3.1.4. Pianificazione evolutiva e competenze

Il modello di Zurigo propone la possibilità di una valutazione costante dei mandati attribuiti con una verifica annuale e la relativa correzione. La CPO è consapevole che l'attribuzione dei mandati di specialità deve essere considerata come uno strumento flessibile ("rollende Planung"). Alcune specialità sono strettamente legate alla presenza del medico specialista, la cui partenza per altri lidi potrebbe facilmente mettere in crisi l'offerta sanitaria attribuita dalla pianificazione.

In questo contesto si tratta di definire le relative competenze.

Il Decreto legislativo allegato al messaggio n. 6945 indica all'art 6 che il Consiglio di Stato può aggiornare il Decreto legislativo stesso, secondo l'art. 66 LCAMal, il quale a sua volta, al cpv. 3, specifica che "revisioni di minore entità sono di competenza del CdS".

A mente della CPO questa formulazione non soddisfa: la procedura è ritenuta non sufficientemente chiara e vincolante soprattutto in considerazione degli importanti cambiamenti previsti.

Per i motivi esposti la CPO preferisce limitarsi a sottolineare le incongruenze riscontrate e rendere attento il Consiglio di Stato al fatto che la procedura scelta, come osservato dallo stesso perito esterno Dr. Oggier, non sia stata sempre sorretta da motivazioni oggettive.

La CPO, mediante un apposito emendamento, invita il Governo ad un monitoraggio della situazione e a voler presentare dopo un periodo due anni il quadro delle specialità attribuite con le relative proposte di correzione e di adeguamento.

In questo processo andranno coinvolti i rappresentanti del DSS, dell'EOC, i primari di specialità all'interno dell'EOC, rispettivamente i direttori sanitari per le cliniche private, per giungere a una decisione che sia frutto di una procedura condivisa e meglio sostenuta dalle parti in causa. Il Gruppo di accompagnamento previsto e già citato dovrà essere conosciuto in modo esplicito nella sua composizione e ricevere un mandato preciso.

3.4. La questione del volume massimo delle prestazioni

La questione del volume massimo delle prestazioni in ambito stazionario, ossia l'aspetto prettamente quantitativo dei mandati, merita alcune specifiche osservazioni in quanto è stato oggetto di ampia discussione

3.4.1. Volumi massimi di prestazioni

La CPO ha approfondito la questione della definizione dei volumi massimi chiedendo ampie delucidazioni al CdS (risposta del CdS del 01.10.2014).

È necessario distinguere tra il concetto di volume massimo di prestazioni previsto a livello pianificatorio e il concetto di volume definito nel contratto annuale di prestazione.

3.4.1.1. Volume massimo di prestazioni nell'ambito della pianificazione

La base legale che prevede la determinazione del volume massimo di prestazioni nell'ambito della pianificazione ospedaliera è data dagli art. 63c cpv. 3 e 63d cpv. 1 LCAMal. In particolare, 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. Questa norma è peraltro stata impugnata dinanzi al Tribunale federale, che con sentenza del 1 luglio 2012 non l'ha ritenuta in contrasto con la legislazione federale, che pure impone di riferire la pianificazione, nel settore somatico-acuto, alle prestazioni (art. 58c lett. a OAMal; DTF 138 II 398).

I volumi pianificatori rappresentano un'unità di misura che sostituisce il numero di letti, in vigore fino al 31 dicembre 2014. La fissazione di un perimetro entro il quale ogni istituto può operare è d'altronde strettamente legata anche alla necessità di garantire che i fornitori di prestazioni operino in condizioni strutturali e di risorse appropriate e verificabili dalle istanze preposte alla vigilanza, proprio per garantire la necessaria qualità.

Alla lettura del capitolo 9 (Definizione dei volumi massimi), contenuto nel Rapporto sull'aggiornamento della pianificazione (pag. 44 segg.), non può sfuggire che a fronte di una serie di incognite inconfutabili, i volumi massimi 2015 siano superiori del 15% ai dati di evoluzione dell'attività stabiliti sulla base dei volumi del 2012. Inoltre, il decreto legislativo annesso al messaggio n. 6945 del 26 maggio 2014 propone di lasciare al Consiglio di Stato la facoltà di adeguare i volumi e i mandati con una certa flessibilità, proprio per tener conto da un lato, degli spostamenti effettivi dei pazienti e, dall'altro lato, delle continue modifiche di raggruppamento delle prestazioni e dell'evoluzione della tecnica medica che favorisce sempre più la presa in carico ambulatoriale (cfr. messaggio pag. 22, art. 6 DL, art. 66 cpv. 3 LCAMal). Non risulta peraltro che queste modalità di applicazione dell'art. 63c cpv. 3 LCAMal abbiano suscitato particolari critiche tra gli istituti interessati.

3.4.1.2. Volume massimo a contratto

È conseguente alla possibilità data dalla LAMal ai Cantoni di far capo allo strumento dello stanziamento globale di bilancio (art. 51 LAMal, recentemente confermato dal Parlamento che ne ha respinto lo stralcio proposto con un'iniziativa parlamentare dell'On. Toni Bortoluzzi).

La modifica della LCAMal del 17 marzo 2011 prevede lo strumento del contributo globale (art. 66d), nonché il corollario del contratto di prestazione (art. 66g), nella forma del contratto quadro (art. 66h) e del contratto di prestazione annuale (art. 66i). Il contratto di prestazione annuale deve definire anche il volume delle prestazioni da fornire (art. 66i cpv. 2 lett. a).

3.4.1.3. Raggiungimento del volume di prestazioni stabilito nel contratto di prestazione annuale

In virtù di quest'ultima norma, nel contratto annuale il Cantone negozia con i singoli istituti ospedalieri che figurano sull'elenco cantonale il volume di prestazioni da erogare. Il volume tiene conto dell'evoluzione storica delle prestazioni e di quella ipotizzabile per l'anno di competenza. Le quantità negoziate sono poi moltiplicate per il 55% delle tariffe dei vari gruppi assicurativi in vigore e servono per il calcolo del contributo globale (art. 66d e 66e LCAMal). In base all'art. 66h cpv. 2 lett. f LCAMal il contributo globale può variare.

I volumi ed i contributi non sono quindi fissi ed assoluti. Gli adeguamenti del contributo scattano quando le quantità a consuntivo variano, nello stesso senso e per due anni consecutivi, oltre una soglia definita del +/- 3% rispetto alla quantità fissata ex-ante. La remunerazione di dette variazioni o la relativa restituzione al Cantone avviene ai soli costi variabili quali: gli onorari medici, il fabbisogno medico, i prodotti alimentari e le altre prestazioni ai pazienti. I costi fissi in effetti non variano in funzione dell'evoluzione del volume delle prestazioni erogate, per rapporto al valore definito contrattualmente. Negli istituti ospedalieri ticinesi i costi variabili si situano normalmente tra il 20% e il 30% dei costi totali e possono arrivare fino al 45% per gli istituti specializzati.

La CPO ha chiesto al CdS di valutare se l'introduzione dello SwissDRG non avesse di fatto reso inutile la definizione del volume massimo, ritenuto che il DRG è lo strumento principale di contenimento dei costi ospedalieri. Il CdS ha risposto nel modo seguente.

Se per sistema SwissDRG si intende la tariffa ospedaliera (baserate) possiamo convenire che, in assenza di regole sulla definizione dei volumi di attività, potrebbe essere sufficiente, ma altresì necessario, intervenire in maniera più incisiva su questo parametro, su cui peraltro le raccomandazioni della Sorveglianza dei prezzi lasciano concreti margini di azione. Occorrerebbe però anche una certa stabilità nella struttura tariffale DRG, ciò che non è ancora il caso, tant'è che il 1° gennaio 2015 entrerà in vigore la versione 4.0 della stessa. Variazioni di punteggio per le singole prestazioni sono di particolare rilevanza in strutture di piccole dimensioni e con un limitato ventaglio di prestazioni (es. Cardiocentro).

La pressione sui prezzi non è esercitata né dai volumi massimi (pianificatori), né dai volumi di contratto. Il baserate o tariffa è infatti il quoto risultante dalla divisione dei costi considerati per il caseload (somma dei punti fatturati per ogni singolo paziente). I due sistemi, baserate o tariffa e volumi massimi pianificatori possono coesistere nella misura in cui questi ultimi sono valutati con ampio margine e definiti secondo procedure che lasciano flessibilità per eventuali adeguamenti. È infatti per questo motivo che nel Messaggio 6945 a pag. 22, oltre all'agio del 15%, il Consiglio di Stato chiede di poter adattare i volumi a dipendenza degli spostamenti effettivi di pazienti che, per riprendere il vostro concetto, dovrebbero concentrarsi naturalmente dove l'offerta è di buona qualità. Si ritiene di poter dedurre questa competenza del Consiglio di Stato dalla delega inserita all'art. 6 del progetto di DL pianificatorio, che rinvia all'art. 66 cpv. 3 LCAMal. Eventualmente l'art. 6 del DL potrebbe venir precisato meglio, specificando espressamente la competenza governativa per l'adeguamento dei volumi pianificatori.

Si rileva che il principio del caseload per esprimere i volumi massimi pianificatori sostituisce quello dei letti, ma è altrettanto necessario agli organi preposti alla vigilanza sanitaria per valutare la corretta disponibilità di personale necessario ad espletare i mandati conferiti.

Infine la CPO ha ritenuto utile sapere quanti istituti hanno superato il volume massimo e in quali prestazioni (ciò dall'entrata in vigore del nuovo finanziamento ospedaliero).

I volumi stabiliti dal contratto sono globali, non per prestazione, ogni istituto può quindi muoversi liberamente all'interno del caseload totale. Poniamo l'accento sul fatto che non si tratta di volumi massimi assoluti, ma che è solo entro la soglia del +/-3% che il contributo globale non viene adeguato (mentre le strutture fatturano ogni prestazione agli assicuratori³), mentre, oltrepassata la soglia, la remunerazione è degressiva (ai soli costi variabili determinati per istituto⁴).

Settore acuto

casi di superamento del vol max sugli 8 contratti in essere

Caseload < a quanto previsto dal contratto	2012 2/8 – 2013 1/8
Caseload > a quanto previsto dal contratto entro la soglia +3%	2012 2/8 – 2013 3/8
Caseload > +3% di quanto previsto dal contratto	2012 4/8 – 2013 4/8

Osservazione: nel 50% dei casi vi è stato il superamento del vol max del CP e quindi il Cantone ha pagato solo il costo marginale, ciò significa che il vol max del CP permette un risparmio sensibile, ca 16 mio annui.

Psichiatria (senza CPC)

Giornate di cura < a quanto previsto dal contratto	2012 0/3 – 2013 2/3
Giornate di cura > a quanto previsto dal contratto entro la soglia +3%	2012 2/3 – 2013 0/3
Giornate di cura > +3% di quanto previsto dal contratto	2012 1/3 – 2013 1/3

Riabilitazione

Giornate di cura < a quanto previsto dal contratto	2012 1/2 – 2013 1/2
Giornate di cura > a quanto previsto dal contratto entro la soglia +3%	2012 0/2 – 2013 0/2
Giornate di cura > +3% di quanto previsto dal contratto	2012 1/2 – 2013 1/2

3.4.2. Proposte sui volumi

A fronte di queste indicazioni, la discussione all'interno della CPO è stata molto ampia ed ha portato alle conclusioni seguenti.

3.4.2.1. Volume massimo di pianificazione

La definizione di un volume massimo nella pianificazione è una misura di riferimento per il controllo sanitario da parte del Cantone sulla qualità delle prestazioni erogate, in relazione alle specialità attribuite e alla dotazione di base presentata dall'istituto. Tuttavia in considerazione della grande prudenza con cui questo indicatore è stato definito (per stessa ammissione del DSS) e del fatto che l'elemento chiave dal punto di vista della pianificazione è l'attribuzione delle specialità, che richiedono, secondo il modello di Zurigo,

³ Si richiama la norma transitoria della LAMal che prevede che nei primi due anni dall'introduzione dei forfait per caso gli assicuratori possano richiedere la restituzione di parte degli importi versati se il caseload aumenta in modo ingiustificato oltre il 2%.

⁴ Si rileva che il Canton Vallese ha recentemente adottato il sistema del contributo globale, con il caseload definito ex-ante, senza soglie, remunerato al 30% per le quantità che superano il dato di partenza.

una revisione e una verifica costante, la definizione di un volume pianificato non sembra più essere un parametro di grande attualità e efficacia. Per questi motivi la CPO conclude che il volume massimo di pianificazione può essere eliminato.

3.4.2.2. Volume del contratto di prestazione

Il volume massimo del contratto di prestazione rimane invece di attualità, in particolare avendo chiarito che non è uno strumento di limitazione delle cure, ma esclusivamente uno strumento economico che permette oggi un contenimento dei costi per la quota parte a carico del Cantone dell'ordine di ca. 16 mio annui (messaggio n. 6945, pag 51, 12 mio per il 2012). La CPO ritiene che lo strumento della definizione di un volume di attività inserito nel contratto di prestazione possa rimanere, ma che richieda parimenti una gestione dinamica con un aggiornamento periodico in funzione dell'evoluzione dell'attività ospedaliera e di eventuali cambiamenti nell'attribuzione dei mandati.

La CPO ritiene preferibile denominare questo strumento **volume di riferimento del contratto di prestazione** invece di volume massimo; quest'ultima definizione lascia intendere che è impossibile poterlo superare, allorché, così come osservato poc'anzi, non è il caso. Al momento in cui lo strumento dello SwissDRG sarà consolidato, dovrebbe essere possibile limitarsi a quest'unico strumento per la corretta gestione dei costi ospedalieri.

In conclusione la maggioranza della CPO ritiene auspicabile mantenere esclusivamente lo strumento dei **volumi di riferimento definiti nel contratto di prestazione** sottolineando tuttavia che il consolidamento dello SwissDRG potrebbe portare a una nuova valutazione della situazione.

3.5. Riabilitazione

Successivamente alla presentazione del messaggio vi è stata un'evoluzione della situazione relativa alla questione dei mandati di riabilitazione cardiovascolare e polmonare/respiratoria. Di seguito se ne spiega la portata.

Considerata l'esiguità dei casi trattati in regime stazionario, nel messaggio è stata proposta l'attribuzione fuori Cantone. Nel contempo tuttavia, con lettera del 20 dicembre 2013 (allegata) il DSS aveva dato mandato alla rete REHA-TI e al Cardiocentro di presentare un progetto di presa a carico congiunto di tali patologia, che considerasse anche la possibilità e l'opportunità di caratterizzare l'istituto di cura di Castelrotto quale destinazione per quei pazienti, soprattutto anziani, che avessero esaurito tutte le potenzialità riabilitative polmonari/respiratorie, sia a livello stazionario, sia a livello ambulatoriale, onde valorizzarne l'esperienza maturata negli anni. Il rapporto è stato consegnato al Dipartimento il 26 settembre 2014 con invito ad esaminarlo e trasmetterlo poi alla Commissione. Il documento è articolato e approfondito ed è stato elaborato da un folto gruppo di specialisti del settore.

Nello stesso si propone un'organizzazione fondata su una rete di presa a carico che comprenda:

- *la riabilitazione precoce a sorveglianza elevata;*
- *la riabilitazione stazionaria;*
- *la riabilitazione ambulatoriale (clinica diurna),*

garantendo una visione globale di presa in carico grazie alla condivisione delle competenze fra i vari professionisti (équipe multidisciplinari). Il progetto proposto garantisce il rispetto dei criteri definiti dalle Società Svizzere di pneumologia e di cardiologia riabilitativa, nonché da SWISSREHA. I pazienti eleggibili, considerando un mandato unico di riabilitazione cardio-polmonare per la parte di presa in carico stazionaria, sono valutati in 250 all'anno. Questo è il

numero minimo per poter essere accreditati dalla rete SWISSREHA. Il rapporto termina con la richiesta di 15 letti supplementari per poter espletare questi mandati.

Lo studio sul fabbisogno commissionato a suo tempo già comprendeva questa tipologia nelle sue previsioni, calcolando un fabbisogno supplementare di una cinquantina di letti nel globale, già assegnati nel messaggio n. 6945 (+15 alla Clinica Hildebrand; +15 alla Clinica di riabilitazione di Novaggio e +20 all'Ospedale di Faido).

*Il Consiglio di Stato ritiene che un **mandato di riabilitazione cardio-polmonare provvisorio** possa essere assegnato alla Clinica Hildebrand, alla Clinica di riabilitazione di Novaggio e al Cardiocentro (che farà parte di REHA-TI) nell'ambito della dotazione già in essere (CCT) e attribuita (per gli altri due istituti). Dopo un congruo tempo dall'entrata in vigore della nuova distribuzione dei mandati, si valuterà l'assegnazione di un mandato definitivo e, se del caso, una diversa allocazione del numero di letti.*

Si condivide inoltre l'intenzione di riconoscere all'Ospedale Malcantonese la competenza maturata negli anni in collaborazione con l'EOC nella presa a carico dei pazienti broncopatici, nell'ambito del nuovo comparto di cura sub-acuto.

La CPO ha deciso di accogliere questa proposta di mandato provvisorio e, anche in questo caso, chiede una valutazione dopo due anni di entrata in funzione della pianificazione in essere.

4. LEOC

4.1. Analisi della necessità

La CPO auspica che a monte dell'avvio di qualsiasi progetto di partenariato sussista sempre l'analisi del bisogno. È ben noto che nel contesto sanitario è sovente l'offerta a creare la domanda e non viceversa. Di conseguenza la verifica del bisogno appare a maggior ragione indispensabile anche nella prospettiva di progetti di collaborazione con enti privati.

Il partenariato pubblico-privato sembra ad esempio non poter prescindere dalle prospettive demografiche che portano ad un invecchiamento della popolazione, piuttosto che a un aumento delle nascite. Inoltre questi progetti di partenariato devono essere complementari a progetti già in essere nel settore pubblico, ciò che richiede certamente ulteriori chiarimenti sul piano strategico-politico per il Consiglio di Stato e strategico-aziendale per l'Ente ospedaliero cantonale. Si pensi all'ipotesi di Ospedale pediatrico, rispettivamente all'auspicio di creare un polo di competenza specifico per la donna (modello "Frauenspital").

4.2. Nuova base legale

L'attuale base legale che regola le attività dell'Ente ospedaliero cantonale non permette a quest'ultimo di costituire società partecipate con enti terzi, così come la CPO ha espressamente richiesto di confermare sia all'EOC stesso che al DSS.

Nella situazione odierna, tenuto conto delle grandi sfide da affrontare, appare utile creare le premesse giuridiche per poter approfondire alcune ipotesi che appaiono opportunità interessanti, quali la possibilità di costituire un nuovo centro di competenze madre e bambino tra Ospedale Civico e Clinica Sant'Anna, così come l'opzione di creare una nuova realtà ospedaliera tra l'Ospedale La Carità e la clinica Santa Chiara.

La pianificazione propone due progetti con premesse molto diverse.

L'ipotesi di collaborazione tra il Civico e la clinica S. Anna poggia su una realtà consolidata nella quale la clinica è leader quale polo delle nascite nel Sottoceneri, con oltre 800 parti annui, mentre l'OCL ne presenta ca 400. L'audizione del primario di ginecologia e ostetricia dell'OCL, Dr. Med. Gyr, tenutasi il 25 settembre 2014 ha permesso di evidenziare gli indubbi vantaggi medici a favore della qualità delle cure, qualora dovesse essere possibile creare un polo con circa 1'200 nascite.

La prospettata collaborazione tra l'ospedale La Carità e la clinica Santa Chiara poggia invece sulla seguente riflessione: riunendo le forze sarà possibile avere la massa critica adeguata per assicurare al Locarnese un ospedale regionale di qualità. Lo studio dell'USI del mese di agosto 2015 presenta le riflessioni alla base del progetto e gli elementi critici da considerare. Giova in particolare precisare che il sondaggio effettuato su un campione rappresentativo della popolazione (Mandato di ricerca "Lo sviluppo di logiche di collaborazione e di partenariato pubblico-privato nel settore sanitario del Locarnese - Rapporto finale", USI, agosto 2015) indica che il 68.4% degli intervistati è favorevole ad una maggior collaborazione tra CSC e ODL.

4.3. Quadro di riferimento

4.3.1. Ambito stazionario

L'EOC è stato pensato per occuparsi in particolare dell'ambito stazionario (vedi cap 4.2.4.1) ed è importante sottolineare che i progetti di partenariato pubblico-privato (di seguito: PPP) devono concentrarsi su questo settore. L'Ordine dei medici si è già espresso, denunciando un'invasione di campo dell'EOC nel caso di avvio di attività con privati nel contesto ambulatoriale, al di fuori degli ospedali pubblici.

Sembra pure opportuno che l'approfondimento dei progetti di partenariato, in particolare quanto si prospetta a Sant'Anna, tenga debitamente conto delle intenzioni del partner privato quanto all'utilizzazione delle strutture dismesse, per quanto riguarda lo stazionario ma anche l'offerta ambulatoriale, affinché rientrino in un disegno complessivo di offerta sanitaria condiviso e complementare.

4.3.2. Principio del primariato

La CPO condivide la preoccupazione dei primari dell'EOC coinvolti nei progetti di PPP che indicano che, per assicurare un progetto di qualità, è indispensabile l'impostazione di un'organizzazione medica sul modello del primariato, tipico dell'EOC. Solo in questo modo è possibile sviluppare una cultura aziendale condivisa e assicurare che lo staff medico lavori secondo gli stessi criteri, con un costante scambio di informazioni e un effetto virtuoso di apprendimento continuo a favore della qualità delle cure.

Seguendo la stessa logica la CPO precisa di non condividere modelli di gestione che contemplano l'esternalizzazione di servizi centrali al funzionamento ospedaliero, come per esempio il servizio di anestesiologia. Esistono invece ampie possibilità di aprire il modello di primariato, tipicamente ospedaliero, a medici accreditati (così come vige per la clinica) assicurando in tal modo una miglior permeabilità del sistema.

4.3.3. Garanzie finanziarie

La CPO chiede al CdS una precisazione esplicita delle garanzie finanziarie richieste dai progetti di PPP all'ente pubblico e il relativo chiarimento giuridico, affinché non si abbiano spiacevoli sorprese in caso di eventuali difficoltà economiche del partner privato.

4.3.4. Regole del gioco

La CPO ritiene indispensabile che queste nuove entità applichino contratti collettivi di lavoro, così come in vigore all'EOC. Anche le cliniche private applicano un proprio contratto collettivo con, apparentemente, differenze di poco conto rispetto all'EOC. La clinica Santa Chiara ad esempio ha sottoscritto il contratto in vigore all'EOC.

È chiaro ed evidente che il partenariato non può essere una scappatoia per avere prestazioni a minor costo sulle spalle dei collaboratori e collaboratrici con un travaso di prestazioni da una parte all'altra.

Un secondo aspetto approfondito concerne il vincolo di offerta di posti formazione in considerazione alla manifesta differenza esistente tra l'EOC e le cliniche private, con il pubblico che assicura circa i 4/5 dei posti di formazione esistenti in Ticino nelle varie formazioni sanitarie esistenti.

La CPO chiede infine che nei progetti che contemplano le specialità di ginecologia e ostetricia si tenga conto delle indicazioni dell'UNICEF (accompagnamento madre-bambino) e dell'OMS (parto naturale) come per l'EOC.

4.3.5. Procedura e competenze

La proposta di modifica della Legge sull'EOC prevede all'art 3 cpv. 4 che aspetti che vanno oltre l'ordinaria amministrazione soggiacciono all'approvazione del Consiglio di Stato, ciò che stride con il principio che vuole che la pianificazione ospedaliera in Ticino sia di competenza del Parlamento.

La CPO fa proprie le considerazioni del Consigliere di Stato Beltraminelli espresse in audizione, il quale ha confermato che il progetto di collaborazione, qualora dovesse maturare, sarà sottoposto al Parlamento per l'approvazione definitiva, confermando quanto menzionato a pagina 62 del messaggio n. 6945.

4.4. Rafforzamento EOC

Le modifiche alla LEOC proposte hanno quale obiettivo prioritario il rafforzamento del EOC quale attore principale garante della qualità dell'offerta ospedaliera in Ticino.

La CPO invita il Parlamento a prendere atto del fatto che il 40% dell'offerta ospedaliera ticinese è gestita da privati e che le prestazioni erogate sono comunque a carico per il 55% del Cantone. Appare pertanto evidente quanto sia necessario auspicare l'approfondimento di modelli innovativi e alternativi affinché, invece di una concorrenza sfrenata, si cominci a pensare a forme di collaborazione o partenariato a favore del paziente ticinese.

L'EOC ha già sviluppato diverse forme di collaborazioni con partner privati. Si pensi alla stretta collaborazione con il Cardiocentro all'OCL e con la clinica di riabilitazione Hildebrand di Brissago. Non è difficile immaginare che in talune circostanze, per

assicurare la corretta stabilità e consolidare la collaborazione su basi maggiormente solide, sia auspicabile andare oltre con la costituzione di nuove forme di partenariato.

L'adeguamento della LEOC ha l'intento di permettere perlomeno l'approfondimento di nuove ipotesi di collaborazione e di precisarne i limiti e le condizioni, sempre con la riserva dell'approvazione da parte del Parlamento. Non entrare nel merito di questi progetti si arrischia di bloccare completamente dinamiche che paiono indispensabili per un miglioramento della qualità delle cure, tenuto conto dell'offerta sanitaria ticinese.

4.4.1. Ruolo chiave dell'EOC per garantire la qualità

È comunque necessario ribadire la differenza di fondo che caratterizza la struttura organizzativa dell'EOC rispetto alla clinica. Il modello di primariato vigente in un ospedale EOC, ovviamente in termini generali e quale modello ideale a cui riferirsi, si basa su una struttura piramidale con chiare responsabilità e competenze. Assicura la continuità del servizio e la formazione dei quadri. Il lavoro in team è privilegiato e lo scambio di esperienze è alla base del continuo miglioramento del servizio.

Nella clinica invece il modello organizzativo di base è costituito dal medico accreditato, ossia lo specialista che utilizza la clinica per interventi elettivi. In questo caso il lavoro in team e lo scambio di esperienze è solo parziale e l'attività di formazione è nella maggior parte dei casi piuttosto ridotta.

Questi sono i motivi principali che portano la CPO a concludere che il ruolo dell'EOC è prioritario per assicurare la qualità corretta all'offerta ospedaliera ticinese ed evitare il vecchio adagio che indicava il treno oltre Gottardo quale la miglior soluzione di presa a carico di patologie complesse.

4.4.2. Nuova soluzione per il Cardiocentro

La nuova LEOC è una premessa interessante per poter aprire le discussioni in merito alla futura impostazione del Cardiocentro, oggi Fondazione privata senza scopo di lucro. Si ricordi che il Cardiocentro ha ricevuto un diritto di costruzione su terreni dell'EOC a scadenza 2020. La convenzione indica che nel 2020 l'accordo scade e che il Cardiocentro dovrebbe essere integrato nell'EOC.

Appare evidente che la Fondazione responsabile della struttura ha nel frattempo saputo mobilitare molte risorse anche nel contesto della ricerca scientifica, con partenariati interessanti che rappresentano stimolanti opportunità.

Anche in questo caso si tratta di trovare soluzioni intelligenti a favore dell'interesse generale per poter affrontare con i mezzi adeguati le sfide future della sanità.

4.4.3. USI e nuovo master in medicina

La recente approvazione del Parlamento della nuova facoltà di biomedicina all'Università della Svizzera italiana è stata la premessa fondamentale per l'avvio dei corsi master in medicina previsti per il 2019. È ovvio che l'offerta di strutture sanitarie d'avanguardia con centri di competenza riconosciuti deve essere *conditio sine qua non* per attirare medici specialisti, rispettivamente professori universitari che possano poi offrire una formazione di prestigio.

La pianificazione ospedaliera deve tener conto di questa specifica esigenza e permettere all'EOC di sviluppare la propria struttura e la propria organizzazione tenendo adeguatamente conto di questo specifico obiettivo formativo quale Cantone universitario. Nel progetto sono da integrare in modo adeguato anche le cliniche private.

Si tratta di una sfida di grande valenza strategica per tutto il Cantone che richiede una condivisione straordinaria da parte di tutti gli attori della politica sanitaria ticinese.

L'orientamento dato al modello privilegia la formazione dello studente al letto del paziente con particolare attenzione alla medicina di base orientata alla figura del medico di famiglia, considerata la forte mancanza di questi profili in Svizzera. Proprio per questo motivo la formazione dovrà coinvolgere tutta la rete ospedaliera EOC, con la sua struttura multisito, che rappresenta un elemento di forza del progetto.

5. PSICHIATRIA/PSICOSOMATICA

5.1. Approcci diversi

Le audizioni nell'ambito della riabilitazione e della psichiatria hanno permesso di chiarire la decisione di spostare la riabilitazione psicosomatica alla Clinica Hildebrand. Senza voler entrare nella difficile discussione tra la pertinenza delle attribuzione dei casi di "riabilitazione psicosomatica" nell'ambito psichiatrico a riabilitativo, la risposta del Consiglio di Stato è stata chiara ed ha confermato la volontà della clinica Hildebrand di eventualmente assorbire il team esistente alla Clinica Varini, così da sfruttare le competenze esistenti, abbinandole alle numerose sinergie offerte alla Hildebrand.

5.2. Le necessità

Alla CPO sembra opportuno che venga approfondito ulteriormente il tema dell'offerta di posti letto nel contesto psichiatrico. La pianificazione propone di stralciare definitivamente i 15 letti attribuiti alla Clinica Psichiatrica Cantonale con la pianificazione ospedaliera del 2005 e non più utilizzati dal 2102. D'altro canto l'Ospedale Malcantonese e Clinica Santa Croce avevano chiesto un potenziamento rispettivamente di 19 e di 30 letti a fronte, a parere loro, di una tendenza diversa rispetto a quanto prospettato dalla pianificazione.

Nel settore psichiatrico la valutazione delle tendenze non è semplice. Oggi nella psichiatria si tende a trattamenti ambulatoriali e meno allo stazionario. Ma a fronte di ciò sembrerebbe sussistere un carico particolare alla Clinica Santa Croce provocato dalle urgenze. Trattandosi dell'unica struttura del Sopraceneri, l'assunzione di urgenze, porta sovente la Clinica Santa Croce nella situazione di superamento del volume massimo a contratto.

Inoltre in ambito psichiatrico e riabilitativo sono in corso due progetti sul piano nazionale (TARPSY e ST Reha) che consentiranno di definire un nuovo tariffario per questi due settori, così com'è stato il caso nel somatico acuto con la SwissDRG.

A fronte di queste incertezze e progetti in divenire, la CPO reputa giudizioso diminuire i letti alla CPC ma attribuendone parimenti un numero minimo destinati alle urgenze – si pensa a due o tre letti - alla clinica S. Croce e all'Ospedale Malcantonese.

Anche in questo caso vale però la necessità di un preciso controllo qualitativo delle prestazioni erogate e un monitoraggio periodico, così da poter correggere la situazione sulla base degli effettivi bisogni.

6. INIZIATIVA GIÙ LE MANI DAGLI OSPEDALI

6.1. Elaborazione di un testo conforme

Di fronte alle prime indiscrezioni dell'indirizzo che la Pianificazione ospedaliera sembrava prendere, il Movimento per il socialismo (MPS) ha lanciato un'iniziativa popolare "Giù le mani dagli ospedali", depositata il 4 aprile 2013 e dichiarata riuscita il 21 giugno seguente. Con lettera del 16 settembre 2015 il Consiglio di Stato ha sottoposto alla Commissione (così come richiesto il 2 settembre scorso) una proposta di possibile testo conforme. L'iniziativa è stata, ritenuta ricevibile in base al parere giuridico espresso il 2 luglio 2014 del compianto giurista del Parlamento Michele Albertini, di cui riprendiamo un estratto.

“Nello specifico non vedo come non si possano esplicitare nella LEOC degli indirizzi di politica sanitaria (anche di un certo dettaglio) degli ospedali pubblici e che questi siano finalizzati anche a riflettersi sulla pianificazione ospedaliera. Semmai occorre stabilire in che misura questi indirizzi possano lecitamente intervenire in altri istituti giuridici (come per esempio la pianificazione ospedaliera). In questo caso dubito che una norma nella LEOC possa determinare dei vincoli diretti e inderogabili per la pianificazione ospedaliera cantonale e federale. All'inverso, i principi ivi previsti potrebbero anche essere considerati nell'ambito di detta pianificazione, perché, come tali, materialmente, non sono in contrasto con il diritto federale e cantonale. Su questo punto, e in questo senso, il mio parere può quindi essere precisato.

A mio giudizio è possibile trovare una formulazione adeguata degli articoli di legge, ricordando che l'interpretazione data dagli iniziativaisti non è determinante per l'elaborazione del testo conforme. Il testo potrebbe essere formulato con l'indicazione a promuovere gli indirizzi dell'iniziativa, senza con questo creare dei vincoli giuridici.

In questo senso le autorità devono lasciarsi guidare, per quanto possibile, dagli indirizzi voluti dall'iniziativa mediante modifica della LEOC, intesi a rafforzare l'assistenza sanitaria nell'ambito degli ospedali pubblici per contrastare gli effetti considerati negativi di un'eccessiva concentrazione (es. pto. 1 Le autorità competenti si adoperano, nel quadro della pianificazione ospedaliera federale e cantonale, affinché negli ospedali regionali gestiti dall'Ente Ospedaliero Cantonale (Bellinzona, Locarno, Lugano, Mendrisio) siano proposte le seguenti specialità con i relativi reparti di degenza:...).

Ciò significherebbe al contempo che una deroga dovrebbe essere attentamente verificata e motivata. Con questa o analoga formulazione si adempiono i principi dell'iniziativa interpretati in modo conforme al diritto vigente e si evita che all'iniziativa sia attribuita, a torto, una valenza pianificatoria (che secondo me non ha) o che sia considerata, anche qui a torto secondo me, una pianificazione con la veste di una legge.”

Pertanto l'iniziativa deve essere presentata e discussa in Gran Consiglio sulla base di un testo conforme.

6.2. Considerazioni del CdS

La presa di posizione del Consiglio di Stato al riguardo è nota e ampiamente motivata alle pagine 64-66 del messaggio n. 6945 del 26 maggio 2014. In sintesi il Consiglio di Stato ha ritenuto e ritiene che il messaggio n. 6945, segnatamente mediante il DL pianificatorio, recepisca integralmente le richieste formulate con l'iniziativa, sia in riferimento alla conferma di un'offerta assai ampia di cure stazionarie di prossimità nelle quattro regioni del Cantone, sia per quanto riguarda i servizi sanitari ambulatoriali garantiti anche nelle valli. Per taluni mandati, la gestione potrebbe venir garantita dall'EOC in maniera condivisa con talune strutture private. Come più volte ribadito, questi previsti progetti di collaborazione tra pubblico e privato sono promossi e condotti dall'EOC e non

rappresentano un trasferimento di mandati dal pubblico verso il privato, ma un'opportunità di evitare sovrapposizioni e dispersioni, a favore di una qualità e di una sicurezza migliori, a prezzi sostenibili. Si auspica di conseguenza che, a fronte delle garanzie fornite dal nuovo assetto pianificatorio e dalla relativa base legale, l'iniziativa possa venir ritirata. In caso contrario, si ribadisce che la ricevibilità dell'iniziativa può apparire dubbia sia dal profilo della conformità con il diritto superiore, dal momento che tende ad attribuire dei mandati a prescindere dai criteri pianificatori stabiliti dalla LAMal, sia in quanto in realtà di natura amministrativa e non legislativa. Il quesito è comunque già stato risolto nel senso di ammettere la ricevibilità dell'iniziativa con presa di posizione della Commissione speciale sanitaria del mese di marzo del 2014, fondata in particolare su un parere del compianto Consulente giuridico del Gran Consiglio Michele Albertini del 29 novembre 2013. Da quanto ci risulta quest'ultimo ha poi ulteriormente precisato la sua posizione con un avviso del 2 luglio 2014, nel quale ha proposto una formulazione che eviterebbe l'attribuzione di una valenza pianificatoria all'iniziativa. Per le ragioni qui riassunte ed esposte, la CPO invita comunque il Parlamento a respingerla.

In merito al possibile testo conforme, come postulato anche dall'iniziativa, le richieste avanzate dovrebbero logicamente trovare codificazione nella legge sull'Ente ospedaliero cantonale (LEOC). All'interno della stessa, la collocazione più adeguata parrebbe l'aggiunta di 3 capoversi all'art. 4, che nella formulazione rivista proposta con il Messaggio n. 6945, sotto il marginale "Strutture sanitarie", recita:

"L'EOC gestisce le strutture sanitarie garantendo una copertura adeguata in tutte le regioni".

Il DSS ha suggerito l'inserimento nell'art. 4 dei nuovi cpv. 2, 3 e 4 che potrebbero avere il tenore seguente:

²*Le autorità competenti si adoperano affinché, nel quadro della pianificazione ospedaliera definito dalla LAMa/, nelle strutture sanitarie di Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio siano offerte le cure stazionarie di base nelle discipline di medicina, chirurgia, pediatria, ginecologia e ostetricia.*

³*Nelle strutture sanitarie di cui al cpv. 2 sono offerti un servizio di cure intense e un pronto soccorso aperto tutto l'anno, ventiquattro ore al giorno, secondo i criteri stabiliti rispettivamente dalla Società svizzera di medicina intensiva e dall'Ufficio del Medico cantonale.*

⁴*Le strutture sanitarie di cui al cpv. 2 e quelle di Acquarossa e Faido offrono un servizio ambulatoriale di medicina di base per la diagnosi e la cura a cui ogni persona può rivolgersi.*

Il movimento per il socialismo, promotore dell'iniziativa a cui è stato sottoposto il testo conforme per osservazioni, ha presentato il 2 ottobre un versione alternativa. La CPO l'ha allegata al presente rapporto e invita il Gran Consiglio a respingerla sulla base delle considerazioni che seguono.

6.3. Osservazioni

In merito all'iniziativa la maggioranza della CPO esprime alcune considerazioni che sottopone al Parlamento.

6.3.1. Difesa aprioristica dello stato di cose attuale

A mente della maggioranza della CPO l'iniziativa coinvolge eccessivamente questioni che non corrispondono all'evoluzione della medicina moderna definita nella LAMal, quali la definizione delle specialità da attribuire ai quattro ospedali regionali dell'EOC (Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio) e la questione del Pronto soccorso. La CPO ricorda che le specialità vengono attribuite se sussistono le premesse qualitative, un numero minimo di casi, e se il principio dell'economicità è rispettato.

Le informazioni raccolte dalla CPO nelle numerose audizioni svolte hanno permesso di accertare che l'auspicio di una maggior concentrazione delle specialità è la miglior garanzia per migliorare la qualità delle cure. Semmai la critica condivisa dalla CPO è stata l'eccessiva frammentazione e i criteri adottati per attribuire le specialità ai diversi istituti (vedi capitolo specifico) ma ciò non deve portare ad un irrigidimento eccessivo destinato al blocco totale di qualsiasi processo di cambiamento e di miglioramento.

Oggi nessuno penserebbe più di contestare il fatto che il Cardiocentro rappresenta il polo di competenza per tutte le patologie del miocardio incluse quelle urgenti quali l'infarto. Se è stato possibile, con generale soddisfazione, concentrare in un unico sito una patologia tanto critica qual è l'infarto, a maggior ragione il ragionamento può valere anche per patologie che richiedono approcci meno urgenti.

Semmai ci si potrebbe al contrario chiedere se tutto possa essere concentrato in un unico ospedale e anche su questo punto il rapporto della CPO sembra essere stato esaustivo.

6.3.2. Pronto soccorso

Assicurare un servizio di pronto soccorso adeguato anche negli ospedali periferici è stata una preoccupazione condivisa dalla CPO (vedi cap 2.4.3). La questione riguardava in particolare gli ospedali di Faido e di Acquarossa nei quali veniva messo in dubbio la presenza di una presenza medica sulle 24 ore.

Per l'ospedale di Acquarossa la soluzione adottata a favore di letti AMI, che rimangono di competenza dell'EOC accompagnati da un reparto di medicina di base, rappresenta una dotazione minima ma sufficiente per assicurare un'adeguata copertura anche di attività di pronto soccorso.

Un ragionamento simile è applicabile per l'Ospedale di Faido in cui vi è uno sviluppo significativo del reparto di riabilitazione.

L'organizzazione deve in ogni caso prevedere il coinvolgimento dei medici presenti sul territorio e l'auspicio rimane di mettere in atto i CMU (centri medici d'urgenza) rispettivamente il modello di CPS (Centri di Primo Soccorso, vedi cap. 2.4.3) come ipotizzato dal DSS.

6.3.3. Servizi ambulatoriali

L'articolo 4 dell'iniziativa intende inoltre proporre l'inserimento negli ospedali di prestazioni ambulatoriali estranee al mandato degli ospedali somatici acuti ciò che a mente della CPO contrasta con l'obiettivo di promuovere la presenza di medici di famiglia nelle zone periferiche.

7. INIZIATIVA PARLAMENTARE GENERICA E PETIZIONI

Al Gran Consiglio sono state presentate l'iniziativa parlamentare generica e le petizioni seguenti, che il presente rapporto propone di evadere:

- Iniziativa parlamentare generica 27.01.2014 *Giù le mani dai pronto soccorso*
Presentata da Matteo Pronzini per l'MPS
- Petizione 08.04.2014 *Per la difesa dei servizi ospedalieri nelle Tre Valli*
Lanciata dall'MPS (firmata da 4'030 cittadini)
- Petizione 06.05.2014 *L'ospedale bleniese di Acquarossa deve continuare a vivere!*
Lanciata dai sindaci di Serravalle, Acquarossa e Blenio con i deputati Walter Gianora e Gianni Guidicelli (firmata da 5'948 cittadini)

- *Petizione 18.07.2014 Per la difesa del servizio ospedaliero nelle Tre Valli*
Lanciata dalle sezioni di Leventina del PS, del PLR e del PPD, unitamente alle forze politiche rappresentate tramite le liste civiche (firmata da 2'311 cittadini).

A mente della CPO gli emendamenti proposti dal presente rapporto al messaggio governativo n. 6945 e n. 6945A tengono conto in modo adeguato delle osservazioni e delle preoccupazioni indicate nelle diverse petizioni consegnate al Gran Consiglio.

La CPO ritiene di aver esaminato in modo approfondito quanto espresso dai petenti e di aver prestato particolare attenzione alle esigenze dei pazienti con una nuova pianificazione ospedaliera che non stravolge l'esistente ma che rappresenta un passo a favore di una sanità di qualità e sostenibile.

8. CONCLUSIONE

La CPO riassume le proprie conclusioni nei punti seguenti.

1. Si propone di non sottoporre un progetto di legge sui reparti Ami, in quanto considerati istituti art. 39 cpv. 1 e pertanto assoggettati alle regole già definite dalla LCAMal.
2. Nell'elenco degli istituti autorizzati ai sensi dell'art. 39 cpv. 1, settore somatico-acuto sono:
 - a. aboliti i volumi di pianificazione.
 - b. aggiunti gli ospedali di Acquarossa e Faido con il pacchetto di base limitato alla medicina.
3. Nell'elenco degli istituti autorizzati ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 si inserisce la nuova categorizzazione RAmi. La CPO è cosciente che si tratta di una prestazione ospedaliera che non rientra nel sistema SwissDRG e che pertanto richiederà una specifica impostazione tariffale. L'ipotesi di partenza a cui tendere è la definizione di una tariffa giornaliera (per giornata di cura) stabilita secondo il costo effettivo di ogni singolo reparto AMI.
4. Si ritiene opportuno ancorare nella LCAMal il principio secondo il quale questi reparti AMI siano di pertinenza ospedaliera con uno specifico cpv. all'art 63, cpv. 1.
5. Nell'elenco degli istituti autorizzati ai sensi dell'art. 39 cpv. 1, settore psichiatria, agli istituti S. Croce e Malcantonese si attribuiscono ulteriori 2 letti ciascuno.
6. L'elenco istituti di cura ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal è soppresso, i letti CAT sono evidenziati nell'elenco degli istituti per anziani.

Con le considerazioni contenute nel rapporto, la maggioranza della Commissione pianificazione ospedaliera invita il Gran Consiglio ad approvare le proposte di DL allegate al presente rapporto.

Per la maggioranza della Commissione speciale pianificazione ospedaliera:

Bixio Caprara, relatore

Celio (con riserva) - Denti - Lurati I. (con riserva) -

Minotti (con riserva) - Polli - Quadranti - Robbiani (con riserva)

9. EMENDAMENTI AL DL

9.1. Istituti somatici acuti

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

visti i messaggi 26 maggio 2014 n. 6945 e 1° ottobre 2014 n. 6945A del Consiglio di Stato,

richiamati:

- l'art. 39 della legge federale sull'Assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal);
- gli art. 63 e seg. della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal);
- i pareri espressi dalle Conferenze regionali della sanità,

visto il rapporto 30 novembre 2015 n. 6945 R1 - 6945A R1 della maggioranza della Commissione speciale pianificazione ospedaliera,

d e c r e t a:

Articolo 1

È adottato il seguente elenco di istituti comprensivo dei mandati ai sensi **dell'art. 39 cpv. 1 LAMal** e degli art. 63 e segg. LCAMal:

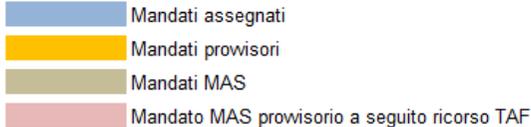
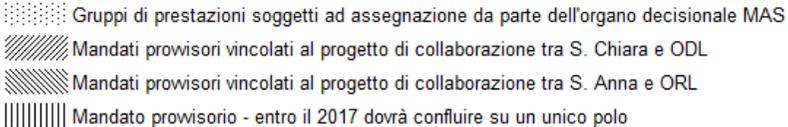
1. Istituti somatico-acuti

Gruppi principali di prestazioni	Sigla	Gruppi di prestazioni	Ospedale regionale di Lugano (ORL)	Clinica Luganese (Moncucco)	Clinica S. Anna	Clinica Ats Medica	Cardiocentro Ticino (CCT)	Ospedale regionale di Bellinzona (OSG)	Ospedale regionale di Bellinzona (FAI)	Ospedale regionale di Bellinzona (ACQ)	Ospedale regionale di Locarno (ODL)	Clinica S. Chiara	Clinica Varini	Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)	Istituti fuori Cantone ¹
Pacchetto di base	BPM	Pacchetto base per la medicina interna													
	BP	Pacchetto base per la chirurgia e la medicina interna													
	BPE	Pacchetto base per i fornitori di prestazioni elettive													
Prestazioni specialistiche	DER2	Trattamento delle ferite													
	HNO1	Otorinolaringoiatria (chirurgia ORL)													
	HNO1.1	Chirurgia cervico-facciale													
	HNO1.2	Chirurgia allargata del naso e dei seni paranasali													
	HNO1.3	Chirurgia dell'orecchio medio													
	END1	Endocrinologia													
	NEU1	Neurologia													
	NEU3	Malattie cerebrovascolari													
	GAE1	Gastroenterologia													
	VIS1	Chirurgia viscerale													
	HAE2	Linfomi indolenti e leucemie croniche													
	HAE3	Malattie mieloproliferative e sindromi mielodisplastiche													
	GEF1	Chirurgia vascolare dei vasi periferici (arteriosi)													
	ANG1	Interventi sui vasi periferici (arteriosi)													
	NEP1	Nefrologia (insufficienza renale)													
	URO1	Urologia senza titolo di formazione approfondita "Urologia operatoria"													
	URO1.1	Urologia con titolo di formazione approfondita "Urologia operatoria"													
	PNE1	Pneumologia													
	BEW1	Chirurgia dell'apparato locomotore													
	BEW2	Ortopedia													
	BEW5	Artroscopia del ginocchio													
	RHE1	Reumatologia													
	GYN1	Ginecologia													
GEB1	Assistenza di base in ostetricia (dalla 34° settimana di gestazione e ≥2000g)														
NEO1	Assistenza di base ai neonati (dalla 34° settimana di gestazione e ≥2000g)														
ONK1	Oncologia														

Gruppi principali di prestazioni	Sigla	Gruppi di prestazioni	Ospedale regionale di Lugano (ORL)														
			Clinica Luganese (Moncucco)	Clinica S. Anna	Clinica Ars Medica	Cardiocentro Ticino (CCT)	Ospedale regionale di Bellinzona (OSG)	Ospedale regionale di Bellinzona (FAI)	Ospedale regionale di Bellinzona (ACC)	Ospedale regionale di Locarno (ODL)	Clinica S. Chiara	Clinica Varini	Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)	Istituti fuori Cantone ¹			
Multi-disciplinari e complesse	DER1.1	Dermatologia oncologica															
	DER1.2	Patologie dermatologiche severe															
	HNO1.1.1	Chirurgia cervicale complessa (chirurgia tumorale interdisciplinare)															
	HNO1.2.1	Chirurgia allargata del naso e dei seni paranasali con apertura della dura madre															
	HNO1.3.1	Chirurgia allargata dell'orecchio con orecchio interno e/o apertura della dura madre															
	HNO1.3.2	Impianti cocleari (CIMAS*)															
	HNO2	Chirurgia della tiroide e delle parotidi															
	KIE1	Chirurgia maxillare															
	NCH1	Neurochirurgia craniale															
	NCH1.1	Neurochirurgia specializzata															
	NCH2	Neurochirurgia spinale															
	NCH3	Neurochirurgia periferica															
	NEU2	Tumore maligno secondario del sistema nervoso															
	NEU2.1	Tumore primario del sistema nervoso centrale (senza pazienti palliativi)															
	NEU3.1	Malattie cerebrovascolari presso Stroke Center (IVHSM)															
	NEU4	Epilettologia: diagnostica complessa															
	NEU4.1	Epilettologia: trattamento complesso															
	AUG1	Oftalmologia															
	AUG1.1	Strabologia															
	AUG1.2	Orbita, palpebre, apparato lacrimale															
	AUG1.3	Chirurgia specialistica della camera anteriore															
	AUG1.4	Cataratta															
	AUG1.5	Problemi al corpo vitreo e retina															
	GAE1.1	Gastroenterologia specialistica															
	VIS1.1	Chirurgia pancreatica maggiore (IVHSM)															
	VIS1.2	Chirurgia epatica maggiore (IVHSM)															
	VIS1.3	Chirurgia esofagea (IVHSM)															
	VIS1.4	Chirurgia bariatrica (SMOB)															
	VIS1.4.1	Chirurgia bariatrica specializzata (IVHSM)															
	VIS1.5	Chirurgia rettale bassa (IVHSM)															
	HAE1	Linfomi aggressivi e leucemie acute															
	HAE1.1	Linfomi altamente aggressivi e leucemie acute															
	HAE4	Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche															
	HAE5	Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (CIMAS*)															

Gruppi principali di prestazioni	Sigla	Gruppi di prestazioni	Ospedale regionale di Lugano (ORL)	Clinica Luganese (Moncucco)	Clinica S. Anna	Clinica Ats Medica	Cardiocentro Ticino (CCT)	Ospedale regionale di Bellinzona (OSG)	Ospedale regionale di Bellinzona (FAI)	Ospedale regionale di Bellinzona (ACQ)	Ospedale regionale di Locarno (ODL)	Clinica S. Chiara	Clinica Vairini	Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)	Istituti fuori Cantone ¹
Multi-disciplinari e complesse	GEF2	Chirurgia vascolare dei vasi intra-addominali													
	ANG2	Interventi sui vasi intra-addominali													
	GEF3	Chirurgia della carotide													
	ANG3	Interventi sulla carotide e sui vasi extracranici													
	GEF4	Chirurgia vascolare dei vasi intracranici (interventi elettivi, escl. Stroke)													
	ANG4	Interventi sui vasi intracranici (interventi elettivi, escl. Stroke)													
	HER1	Chirurgia cardiaca semplice													
	HER1.1	Cardiochirurgia e chirurgia vascolare con circolazione extracorporea													
	HER1.1.1	Chirurgia coronarica (BPAC)													
	HER1.1.2	Cardiochirurgia congenita complessa													
	HER1.1.3	Chirurgia e interventi all'aorta toracale													
	HER1.1.4	Interventi (aperti) alla valvola aortica													
	HER1.1.5	Interventi (aperti) alla valvola mitralica													
	KAR1	Cardiologia (stimolatore cardiaco compreso)													
	KAR1.1	Cardiologia interventistica (interventi coronarici)													
	KAR1.1.1	Cardiologia interventistica (interventi speciali)													
	KAR1.2	Elettrofisiologia (ablazioni)													
	KAR1.3	Defibrillatore impiantabile (ICD) / stimolazione biventricolare e trattamento TRC													
	RAD1	Radiologia interventistica (per i vasi solo diagnostica)													
	URO1.1.1	Prostatectomia radicale													
	URO1.1.2	Cistectomia radicale													
	URO1.1.3	Chirurgia complessa dei reni (Nefrectomia per indicazione oncologica e nefrectomia parziale)													
	URO1.1.4	Surrenalectomia isolata													
	URO1.1.5	Plastica ricostruttiva del giunto pieloureterale													
	URO1.1.6	Plastica ricostruttiva dell'uretra													
	URO1.1.7	Impianto di uno sfintere urinario artificiale													
	URO1.1.8	Nefrostomia percutanea con frammentazione dei calcoli													
	PNE1.1	Pneumologia con terapia respiratoria specialistica													
	PNE1.2	Valutazione prima o status dopo trapianto polmonare													
	PNE1.3	Fibrosi cistica													
PNE2	Polisonnografia														
THO1	Chirurgia toracica														
THO1.1	Neoplasie maligne del sistema respiratorio (resezione curativa)														
THO1.2	Chirurgia del mediastino														

Gruppi principali di prestazioni	Sigla	Gruppi di prestazioni													
			Ospedale regionale di Lugano (ORL)	Clinica Luganese (Moncucco)	Clinica S. Anna	Clinica Ars Medica	Cardiocentro Ticino (CCT)	Ospedale regionale di Bellinzona (OSG)	Ospedale regionale di Bellinzona (FAI)	Ospedale regionale di Bellinzona (ACC)	Ospedale regionale di Locarno (ODL)	Clinica S. Chiara	Clinica Varini	Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)	Istituti fuori Cantone ¹
Multi-disciplinari e complesse	TPL1	Trapianto cardiaco (IVHSM)													
	TPL2	Trapianto polmonare (IVHSM)													
	TPL3	Trapianto epatico (IVHSM)													
	TPL4	Trapianto pancreatico (IVHSM)													
	TPL5	Trapianto renale (IVHSM)													
	TPL6	Trapianto intestinale													
	TPL7	Trapianto splenico													
	BEW3	Chirurgia della mano													
	BEW4	Artroscopia della spalla e del gomito													
	BEW6	Ricostruzione dell'estremità superiore													
	BEW7	Ricostruzione dell'estremità inferiore													
	BEW8	Chirurgia della colonna vertebrale													
	BEW8.1	Chirurgia specialistica della colonna vertebrale													
	BEW9	Tumori dell'apparato locomotorio													
	BEW10	Chirurgia del plesso													
	BEW11	Reimpianti													
	RHE2	Reumatologia interdisciplinare													
	GYN1.1	Neoplasie maligne della vulva e della vagina													
	GYN1.2	Neoplasie maligne del collo dell'utero													
	GYN1.3	Neoplasie maligne del corpo dell'utero													
	GYN1.4	Neoplasie maligne dell'ovaio													
	GYN2	Neoplasie maligne della mammella													
	PLC1	Chirurgia di conversione sessuale													
	GEBH	Casa del parto (dalla 37° settimana di gestazione)													
	GEB1.1	Ostetricia (dalla 32° settimana di gestazione e ≥1250g)													
	GEB1.1.1	Ostetricia specialistica													
	NEO1.1	Neonatologia (livello IIB, dalla 32° settimana di gestazione e ≥1250g)													
	NEO1.1.1	Neonatologia specialistica (livello III, dalla 28/07 settimana di gestazione e < 1000g)													
	NEO1.1.1.1	Neonatologia altamente specializzata													
	RAO1	Radio-oncologia													
NUK1	Medicina nucleare														
UNF1	Chirurgia traumatologica (politrauma)														
UNF1.1	Chirurgia traumatologica specialistica (traumi cranio-cerebrali)														
UNF2	Ustioni (CIMAS*)														

Gruppi principali di prestazioni	Sigla	Gruppi di prestazioni	Ospedale regionale di Lugano (ORL)	Clinica Luganese (Moncucco)	Clinica S. Anna	Clinica Ars Medica	Cardiocentro Ticino (CCT)	Ospedale regionale di Bellinzona (OSG)	Ospedale regionale di Bellinzona (FAI)	Ospedale regionale di Bellinzona (ACQ)	Ospedale regionale di Locarno (ODL)	Clinica S. Chiara	Clinica Varini	Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)	Istituti fuori Cantone ¹
Discipline trasversali	KINM	Pediatria													
	KINC	Chirurgia pediatrica													
	KINB	Chirurgia pediatrica di base													
	GER	Geriatría acuta													
	PAL	Cure palliative													
															
<p>¹ Ospedali universitari Svizzeri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Universitätsspital Basel - Universitäts-Kinderspital Basel (UKBB) - Inselspital Bern - Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) - Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) - Universitätsspital Zürich (USZ) - Kinderspital Zürich <p>² Altri istituti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schweizerische Epilepsie-Zentrum Klinik Lengg AG 															

1. Reparti acuti a minor intensità (RAmi)

Gruppi di prestazioni	Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)	Ospedale regionale di Locarno (ODL)	Ospedale di zona di Acquarossa	Clinica Luganese (sede S. Rocco)	Clinica Varini	Ospedale Malcantone	Totale
Reparti acuti a minore intensità							
Numero di letti autorizzati	15	15	30	60	30	30	180

Osservazione

I reparti AMI vengono inseriti al cpv. 1 in quanto si ritiene debbano essere di competenza ospedaliera.

La CPO è cosciente che si tratta di una prestazione ospedaliera che non rientra nel sistema SwissDRG e che pertanto richiederà una specifica impostazione tariffale. L'ipotesi di partenza a cui tendere è la definizione di una tariffa giornaliera (per giornata di cura) stabilita secondo il costo effettivo di ogni singolo reparto AMI.

3. Istituti di riabilitazione

Gruppi di prestazioni	EOC Novaggio	Ospedale Regionale Bellinzona e Valli Sede Faido	Clinica Hildebrand	Cardiocentro Ticino	Istituti fuori Cantone *
-----------------------	--------------	---	--------------------	---------------------	--------------------------

Riabilitazione neurologica					(1)
Riabilitazione per para- e tetraplegici					
Riabilitazione muscoloscheletrica					
Riabilitazione cardiovascolare					
Riabilitazione polmonare					
Riabilitazione internistica-oncologica					
Riabilitazione psicosomatica					
Riabilitazione precoce					
Riabilitazione pediatrica					(2)
Numero di letti autorizzati	75	45	105	-	--

Mandato provvisorio da rivalutare dopo due anni dall'entrata in vigore della pianificazione

(1) Istituti fuori cantone riconosciuti per la riabilitazione neurologica:

- Klinik Bethesda, Tschugg (BE)
- Clinique romande de réadaptation suvacare, Sion (VS)
- Rehab Basel AG, Basel (BS)
- Schweizer Paraplegiker Zentrum, Notwil (LU)

(4) Istituti fuori cantone riconosciuti per la riabilitazione pediatrica

- Kinderspital Affoltern am Albis, Affoltern am Albis (ZH)

Mandato di riabilitazione cardio-polmonare provvisorio assegnato a

- Clinica Hildebrand
- Clinica di riabilitazione di Novaggio
- Cardiocentro (che farà parte di REHA-TI)

Nell'ambito della dotazione già in essere (CCT) e attribuita (per gli altri due istituti).

4. Istituti di psichiatria

Gruppi di prestazioni	Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC)	Clinica Viarnetto	Clinica S. Croce	Ospedale Malcantonese
-----------------------	--------------------------------------	-------------------	------------------	-----------------------

Psichiatria generale	F0 Disturbi organici				
	F10 Alcol				
	F11-F19 Droghe				
	F2 Schizofrenia				
	F3 Disturbi dell'umore (affettivi)				
	F4 Disturbi nevrotici				
	F6 Disturbi della personalità				
	F55-F99 Altro				
Psichiatria coatta					
Disturbi alimentari					

Numero di letti autorizzati	140	45	82	28
-----------------------------	-----	----	----	----

9.2. Istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal

Articolo 2

È adottato il seguente elenco di istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal:

Istituti per anziani suddivisi per regione e tipo di istituto

Istituto	Posti letto
TICINO	5'353
COMPENSORIO MENDRISIOTTO E BASSO CERESIO	957
Centro comunale per Anziani, Balerna	35
Casa Anziani Soave, Chiasso	45
Casa Anziani Giardino, Chiasso	83
Fondazione La Quietè, Mendrisio	49
Casa Anziani Torriani, Mendrisio	99
Casa Anziani Girotondo, Novazzano	54
Istituto S. Filomena, Stabio	55
Istituto Luigi Rossi, Capolago ¹	40
Casa Tusculum, Arogno ¹	36
Casa di riposo Don Guanella, Castel S. Pietro	35
Fondazione Casa S. Rocco, Morbio Inferiore	121
Casa Anziani Santa Lucia, Arzo	53
Ass. Miss. Sacro Cuore di Gesù, Rancate	32
Nuova Casa Anziani Consortile, Vacallo	70
Nuova Casa Anziani Consortile, Coldrerio	60
Nuova Casa Anziani Ceresio, Melano	60
Centro Vitadomo - Tertianum, Chiasso	30

¹ L'Istituto Luigi Rossi a Capolago sarà dismesso nella seconda metà del decennio, al momento della piena operatività derivante dall'ampliamento di 40 posti letto di Casa Tusculum ad Arogno, che passerà a 76 posti letto (36 + 40)

COMPENSORIO LUGANESE	1'580
Casa Serena, Lugano	164
Residenza Castagneto, Castagnola	43
Residenza Gemmo, Lugano	124
Centro La Piazzetta, Loreto	93
Residenza alla Meridiana, Viganello	92
Casa dei Ciechi, Lugano	53
Cà Riziero Rezzonico, Lugano	78
Casa Anziani Girasole, Massagno	66
Istituto Caccia-Rusca, Morcote	66
Residenza Paradiso, Paradiso	76
Casa Anziani Opera Caritas, Sonvico	76
Casa Al Pagnolo, Sorengo	65
Centro L'Orizzonte, Colla	40
Casa Bianca Maria, Cadro	52
Istituto S. Giuseppe, Tesserete	50
Residenza Parco Maraini, Lugano	53
Istituto S. Maria (San Rocco), Savosa	85
Nuova Casa Anziani di Lugano-Pregassona	114
Nuova Casa Anziani consortile di Comano, Cureglia, Porza, Savosa e Vezia, a Comano	70
Nuova Casa Anziani, Canobbio	80
Residenza Du Lac Tertianum, Paradiso	40

Istituto	Posti letto
COMPENSORIO MALCANTONE E VEDEGGIO	489
Casa Anziani Cigno Bianco, Agno	72
Stella Maris, Bedano	100
Casa Anziani Malcantonese, Castelrotto	105
Casa Anziani Alto Vedeggio, Mezzovico	72
Residenza Rivabella, Magliaso	50
<i>Nuova Casa Anziani Basso Malcantone, Caslano</i>	70
<i>Centro Vitadomo-Tertianum, Agno</i>	20
COMPENSORIO LOCARNESE E VALLEMAGGIA	1'180
Casa S. Giorgio, Brissago	61
Casa Anziani S. Carlo, Locarno	121
Casa REA, Minusio	60
Casa Anziani Fondazione Varini, Orselina	28
Casa Anziani Montesano, Orselina	45
Centro Sociale Onsernonese, Russo	38
Istituto Sacra Famiglia, Loco	26
Casa Anziani Cinque Fonti, San Nazzaro	78
Casa Sorriso (Tarcisio), Tenero	40
Casa Belsoggiorno, Ascona	56
Istituto Solarium, Gordola	96
Ricovero San Donato, Intragna	91
Casa Anziani Vallemaggia (Centro sociosanitario), Cevio	33
Casa Anziani, Someo	14
Residenza Al Lido, Locarno	30
Residenza Al Parco, Muralto	48
Piccola Casa Divina Provvidenza, Gordevio	65
Istituto Don Guanella, Maggia	80
Casa Carmelo S. Teresa, Brione s/ Minusio	48
Casa S. Agnese, Muralto	20
<i>Nuova Casa Anziani Fondazione Patrizia, Losone</i>	60
<i>Centro Vitadomo-Tertianum, Tenero</i>	42
COMPENSORIO BELLINZONESE	542
Casa Anziani Comunale Bellinzona	72
Casa Anziani Greina, Bellinzona	59
Casa Anziani ARANDA, Giubiasco	107
Casa Anziani Circolo del Ticino, Sementina	80
Casa di riposo Paganini-Rè, Bellinzona	98
<i>Nuova Casa Anziani Comunale, Bellinzona</i>	76
<i>Nuova Casa Anziani, ex-Clinica Sementina</i>	20
<i>Centro Vitadomo-Tertianum, Bellinzona</i>	30
COMPENSORIO TRE VALLI	464
Casa Anziani Comunale Biasca	60
Casa Anziani Visagno, Claro	80
Casa Anziani La Quercia, Acquarossa	101
Casa Anziani Santa Croce, Faido	104
Casa Anziani (ex-Diocesano), Prato Leventina	41
<i>Nuova Casa Anziani Tre Valli, Giomico</i>	78

Cure acute e transitorie (CAT) in Casa per anziani

Istituto	Posti letto
TICINO	90
SOTTOCENERI	45
Casa Anziani Santa Lucia, Arzo*	15
Casa Anziani Opera Caritas, Sonvico	30
SOPRACENERI	45
Casa Anziani Vallemaggia (Centro sociosanitario), Cevio	15
Nuova Casa Anziani, ex-Clinica Sementina	30

*Da trasferire nella nuova ala OBV quale reparto AMI alla sua entrata in funzione. A quel momento sarà valutato il mantenimento anche dei 15 letti CAT di Arzo.

Cure palliative specialistiche in Casa per anziani

Istituto	Posti letto
TICINO	51
SOTTOCENERI	21
Casa Anziani Giardino, Chiasso	11
Casa Serena, Lugano	10
SOPRACENERI	30
Sopraceneri 1 (Istituto da individuare)	15
Sopraceneri 2 (Istituto da individuare)	15

Istituti per invalidi

Istituto	Posti letto
TICINO	243
OTAF - Casa Giroggio, Sorengo	31
OTAF - Casa Belinda / Casa Nava, Lugano / Sorengo	24
Istituto Provvida Madre, Balerna	35
Residenza Paradiso, Paradiso	10
Residenza Fondazione Varini, Orselina	10
Centro sociosanitario / Residenza alle Betulle, Cevio	12
CARL, Mendrisio	121

Articolo 3

Gli istituti menzionati nel presente decreto legislativo devono adeguare la propria organizzazione ai nuovi mandati di prestazione entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto.

Articolo 4

Agli istituti, che figuravano sull'elenco del 29 novembre 2005, ma che non sono riconosciuti dal presente decreto ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal, è accordato un periodo di sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto, al fine di procedere al ri-orientamento della propria attività e per permettere agli assicurati di portare a termine le proprie cure.

Articolo 5

È data facoltà al Consiglio di Stato di decidere eventuali deroghe ai punti 3 e 4, sulla base di richieste documentate, presentate dai singoli istituti.

Articolo 6

Il Consiglio di Stato può aggiornare il presente decreto legislativo nei limiti dell'art. 66 cpv. 3 LCAMal.

Articolo 7

Conformemente agli art. 32 e 58 LAMal, 77 OAMal, 80, 81 e 82 (LSan), gli istituti figuranti sull'elenco dovranno effettuare controlli di qualità secondo le indicazioni del Dipartimento della sanità e della socialità.

Articolo 8

Il Dipartimento della sanità e della socialità, tramite i propri servizi competenti, è incaricato di assicurare la consulenza necessaria e di verificare il rispetto delle condizioni stabilite con il presente decreto legislativo.

Articolo 8 bis

Il Consiglio di Stato presenta la lista dell'attribuzione dei mandati al Gran Consiglio dopo due anni dalla sua entrata in vigore per un suo aggiornamento specificando i criteri che ne determinano l'attribuzione ai diversi istituti in particolare:

- determinando sulla base del numero complessivo dei casi, il numero di centri necessari in Ticino per la rispettiva specialità;
- rispettando un numero minimo di casi trattati nelle diverse specializzazioni;
- condividendo l'impostazione strategica dell'EOC.

Articolo 9

Il decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 29 novembre 2005 è abrogato.

Articolo 10

Il presente decreto legislativo è notificato agli interessati mediante pubblicazione nel Foglio ufficiale (art. 36 lett. c) (PA). Contro lo stesso è dato ricorso al Tribunale amministrativo federale entro 30 giorni dalla sua pubblicazione (art. 53 LAMal).

Articolo 11

Non appena cresciuto in giudicato, anche solo parzialmente, il presente decreto legislativo è pubblicato nel bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi. Il Consiglio di Stato ne determina l'entrata in vigore; esso può fissare un'entrata in vigore differenziata.

9.3. Modifica della LCAMal (RAMi e volumi massimi di pianificazione)

Disegno di

LEGGE

di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997; modifica

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il messaggio 26 maggio 2014 n. 6945 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 30 novembre 2015 n. 6945 R1 - 6945A R1 della maggioranza della Commissione speciale pianificazione ospedaliera,

d e c r e t a:

I.

La LCAMal del 26 giugno 1997 è modificata come segue:

Art. 63a cpv. 1 lett. d (nuova)

¹Per definire l'offerta necessaria a coprire il fabbisogno di cure la pianificazione ai sensi dell'art. 39 LAMal considera i seguenti istituti:

- a) ospedali somatici acuti, psichiatrici e di riabilitazione (art. 39 cpv. 1 LAMal);
- b) le case di cura; e
- c) le case per partorienti (art. 39 cpv. 3 LAMal).
- d) i reparti Acuti a minore intensità (RAMi), di regola situati all'interno degli ospedali somatici acuti di cui alla lett. a).

Art. 63c cpv. 3

³Il mandato definisce il ventaglio di prestazioni.

⁵I fornitori di prestazioni non possono trasferire a terzi i mandati a loro assegnati.

⁶Agli ospedali non è permesso, al di fuori dei loro spazi, fornire o fare in modo che vengano fornite prestazioni mediche che rientrano nel mandato di prestazioni.

Art. 63d cpv. 1 lett. a (nuova)

¹Nella valutazione e nella scelta degli istituti figuranti nell'elenco, il Cantone considera in particolare:

- a) il rispetto di criteri strutturali e gestionali, definiti in un apposito regolamento dal Consiglio di Stato,
- b) la qualità e l'economicità delle prestazioni;
- c) l'accessibilità alle cure entro un termine utile;
- d) la disponibilità e la capacità dell'istituto ad adempiere al mandato di prestazioni.

II.

¹Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum la presente modifica di legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

²Il Consiglio di Stato ne determina l'entrata in vigore.

9.4. Modifica della LEOC

Disegno di

LEGGE

sull'EOC (Ente Ospedaliero Cantonale) del 19 dicembre 2000; modifica

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il messaggio 26 maggio 2014 n. 6945 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 30 novembre 2015 n. 6945 R1 - 6945A R1 della maggioranza della Commissione speciale pianificazione ospedaliera,

d e c r e t a:

I.

La legge sull'EOC del 19 dicembre 2000 è modificata come segue:

Art. 2

¹L'EOC provvede alla direzione e alla gestione di strutture sanitarie d'interesse pubblico garantendo alla popolazione le strutture stazionarie e i servizi medici necessari.

²L'EOC gestisce le strutture sanitarie con criteri di efficienza ed economicità nel rispetto della promozione continua della qualità delle cure e dell'equità d'accesso alle cure.

Art. 3 cpv. 1 e 3, 4 (nuovi)

¹La missione e i mandati di prestazione all'EOC sono definiti dalla pianificazione ospedaliera cantonale ai sensi della legislazione federale in materia di assicurazione malattia e delle altre pianificazioni cantonali e federali.

³Per raggiungere lo scopo di cui al cpv. 1, limitatamente all'ambito stazionario, l'EOC può costituire società, assumere partecipazioni o collaborare sotto altra forma con terzi.

⁴Collaborazioni concluse sulla base del cpv. 3 che vanno oltre la gestione di aspetti di ordinaria amministrazione soggiacciono all'approvazione del Gran Consiglio.

Art. 4

Strutture sanitarie

L'EOC gestisce le strutture sanitarie garantendo una copertura adeguata in tutte le regioni.

Art. 5

Le strutture sanitarie dell'EOC garantiscono, conformemente alla pianificazione ospedaliera e ai mandati di prestazione, a ogni paziente:

- a) uguale qualità di assistenza medica e sanitaria indipendentemente dal tipo di contratto assicurativo;
- b) un trattamento sanitario conforme allo stato della scienza ed adeguato ai mezzi disponibili, nel rispetto della propria dignità e libertà e nell'ossequio del principio dell'informazione e del consenso;
- c) in casi urgenti il diritto di essere curato nelle strutture stazionarie e ambulatoriali degli ospedali pubblici.

Art. 6 cpv. 2, 3 e 4 (nuovi)

²Il capitale di dotazione iniziale e ogni suo aumento sono autorizzati dal Gran Consiglio.

³Il Consiglio di Stato e il Consiglio di amministrazione stabiliscono l'interesse del capitale di dotazione. In caso di mancato accordo fa stato il tasso d'interesse medio del debito pubblico.

⁴Lo Stato ne garantisce gli impegni. La garanzia dello Stato non si estende agli impegni di società affiliate.

⁵Prima di ogni negozio per la costituzione di società affiliate deve essere eseguito un processo di due diligence e pretese precise garanzie finanziarie da parte del o dei partner.

Conti annuali

Art. 6bis (nuovo)

¹Il conto annuale è allestito conformemente alle raccomandazioni contabili Swiss GAAP FER.

²L'esercizio dell'EOC si chiude il 31 dicembre di ogni anno. Entro tre mesi il conto d'esercizio dovrà essere approvato dal Consiglio di amministrazione e sottoposto all'ufficio di revisione. Entro sei mesi il conto d'esercizio dovrà essere sottoposto al Consiglio di Stato.

³Il Consiglio di amministrazione costituisce le riserve necessarie per un adeguato autofinanziamento degli investimenti e per coprire le perdite di esercizi sfavorevoli.

⁴L'utile netto d'esercizio serve ad alimentare il fondo di compensazione dei rischi e a pagare l'interesse sul capitale di dotazione. La parte residua è ripartita nei fondi e nelle riserve del capitale proprio.

Art. 9 lett. c)

Gli organi dell'EOC sono:

- c) le Direzioni locali e operative.

Art. 16 lett. e), f) (nuove)

Il Consiglio di amministrazione in particolare:

- e) concorda con la Direzione generale un'adeguata comunicazione interna ed esterna;
- f) sottopone al Consiglio di Stato i negozi giuridici di cui all'art. 3 cpv. 4.

Art. 17 lett. b)

Il Consiglio di amministrazione in particolare:

- b) assume, sospende, revoca i membri della Direzione generale, i membri delle Direzioni locali e operative, l'ispettore del controllo, i medici primari e vice-primari;

Art. 18 lett. g) (nuova)

Il Consiglio di amministrazione in particolare:

- g) decide l'assunzione di partecipazioni, riservata l'approvazione del Gran Consiglio ai sensi dell'art. 3 cpv. 4 della presente legge.

Art. 21 cpv. 4

⁴La Direzione generale vigila sull'attività delle strutture sanitarie ed adotta i provvedimenti urgenti.

C. La Direzione locale e operativa

Art. 22 cpv. 1, 2, 3 e 4 (nuovo)

¹La Direzione locale e operativa esegue i compiti che le sono assegnati dal Consiglio di amministrazione e dalla Direzione generale dell'EOC.

²La Direzione locale e operativa dipende dalla Direzione generale dell'EOC.

³La Direzione locale e operativa consulta regolarmente i rappresentanti del personale.

⁴Le Direzioni locali e operative concordano con la Direzione generale i flussi informativi esterni.

Art. 26 lett. c) (nuova)

Il Consiglio di Stato:

- c) sottopone i negozi giuridici ai sensi dell'art. 3 cpv. 4 per approvazione definitiva al Gran Consiglio in particolare osservando il rispetto della stesse condizioni quadro in vigore al EOC quali il principio del primariato, il contratto collettivo di lavoro, la disponibilità di un numero adeguato di posti di formazione.

II.

¹Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum la presente modifica di legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

²Il Consiglio di Stato ne determina l'entrata in vigore.

9.5. Iniziativa popolare generica del 4 aprile 2013 “Giù le mani dagli ospedali!”

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- vista l’iniziativa popolare legislativa generica “Giù le mani dagli ospedali!” del 4 aprile 2013;
- richiamati gli art. 37 segg. della Costituzione della Repubblica e Cantone Ticino e la Legge sull’esercizio dei diritti politici del 7 ottobre 1998;
- visto il rapporto 30 novembre 2015 n. 6945 R1 - 6945A R1 della maggioranza della Commissione speciale pianificazione ospedaliera,

d e c r e t a:

I.

È elaborato il seguente testo conforme alla domanda di iniziativa:

La Legge sull’EOC (Ente ospedaliero cantonale) del 19 dicembre 2000 è modificata come segue:

Art. 4

¹L’EOC gestisce gli ospedali regionali di Bellinzona, Locarno, Lugano e Mendrisio e gli ospedali di zona di Blenio, Leventina e Vallemaggia.

²Negli ospedali regionali di cui al cpv. 1 sono garantite le seguenti specialità con i relativi reparti di degenza:

- medicina interna
- chirurgia
- pediatria
- ginecologia
- ostetricia
- terapia intensiva certificata dalla Società Svizzera di Medicina Intensiva

³Negli ospedali regionali di cui al cpv. 1 sono garantite le prestazioni di "Emergenza e Pronto soccorso" secondo quanto previsto dalla Direttiva del Dipartimento della sanità e della socialità sui Servizi di "Emergenza e Pronto Soccorso" di categoria A, 24 ore al giorno, 7 giorni su 7, del 4 giugno 2007

Art. 4 bis

Negli ospedali regionali e negli ospedali di zona è organizzato, nell’ambito del servizio di Emergenza e Pronto soccorso" o in forma separata, un servizio ambulatoriale di medicina generale e altri servizi destinati all’esame e alla cura di persone non ospedalizzate. Ogni persona ha il diritto di rivolgersi a questo servizio ambulatoriale.

II.

L’iniziativa popolare legislativa generica “Giù le mani dagli ospedali” è respinta.

III.

È raccomandato al popolo di respingere l’iniziativa.