

Preavviso

numero	data	competenza
8250 R	20 novembre 2024	DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ

della Commissione gestione e finanze sul messaggio 22 marzo 2023 concernente la pianificazione ospedaliera cantonale:

- **determinazione**
 - **degli indirizzi strategici sulla base del calcolo del fabbisogno**
 - **delle prestazioni economicamente d'interesse generale**
- **presa di conoscenza**
 - **del modulo di sollecitazione d'offerta**
 - **della suddivisione nei gruppi di prestazione e dei relativi requisiti"**

INDICE

1.	PREMESSA	2
2.	IL RAPPORTO DELLA COMMISSIONE SANITÀ E SICUREZZA SOCIALE (CSSS) DEL 10 OTTOBRE 2024.....	2
3.	BASI LEGALI	3
3.1.	Cantone	3
3.2.	Sentenza Tribunale amministrativo federale (TAF).....	4
4.	IL QUADRO OSPEDALIERO IN SVIZZERA.....	7
5.	CONSIDERAZIONI CGF.....	8
5.1.	Impostazione generale.....	8
5.2.	Quadro giuridico.....	9
5.3.	Fabbisogno	10
5.4.	Qualità.....	10
5.5.	Procedure	10
5.6.	Letti RAMI	11
5.7.	Finanze	11
5.8.	Prospettive	12
6.	CONCLUSIONI	15

1. PREMESSA

La Commissione sanità e sicurezza sociale (CSSS) ha redatto un rapporto relativo alla Pianificazione ospedaliera presentata dal Consiglio di Stato con il Messaggio 8259 del 22 marzo 2023.

La Commissione gestione e finanze (CGF) ne ha preso atto in data 10 ottobre 2024 e deve fornire il proprio preavviso in base a

Legge sul Gran Consiglio e sui rapporti con il Consiglio di Stato (LGC), art 24

Commissione gestione e finanze

Art. 24¹²¹ La Commissione gestione e finanze esamina e preavvisa:

a) il rapporto sugli indirizzi di sviluppo socio-economico, di politica finanziaria e di organizzazione del territorio;

...

⁴La Commissione gestione e finanze ha facoltà di formulare un preavviso sull'impatto finanziario di un oggetto assegnato ad altra Commissione. Il preavviso dev'essere allegato al rapporto commissionale.

2. IL RAPPORTO DELLA COMMISSIONE SANITÀ E SICUREZZA SOCIALE (CSSS) DEL 10 OTTOBRE 2024

La CGF esprime apprezzamento per il grande lavoro svolto da parte della CSSS conclusosi con un rapporto unanime relativo al sempre delicato tema della pianificazione ospedaliera cantonale (POC).

Come già detto nelle note introduttive della POC del 2015 *“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.”

Il Gran Consiglio ha approvato l'attuale pianificazione ospedaliera nel 2015 che è entrata in vigore pur con l'eccezione di alcuni istituti che l'anno impugnata con esito positivo di fronte al Tribunale amministrativo federale. Importante sottolineare come la sentenza del TAF del 2019 abbia di fatto provocato una disparità di trattamento tra le ricorrenti clinica Moncucco e clinica Santa Chiara, ora riunite nel Gruppo ospedaliero Moncucco, che sono state di fatto liberate dalla POC del 2015 e gli altri attori che invece, non avendo ricorso, sono rimasti soggetti alla decisione di allora.

In altri cantoni, trovatisi in situazioni simili, la POC era stata annullata e ripresentata con le correzioni del caso dopo un paio di anni. Peccato che in Ticino siano stati necessari 5 anni.

3. BASI LEGALI

Ogni riflessione e discussione sulla pianificazione ospedaliera non può fare astrazione da un quadro giuridico molto denso e non sempre scontato.

3.1. Cantone

Le basi legali cantonali che definiscono i criteri da considerare per la pianificazione ospedaliera sono definite nella LCAMAL in base alle norme dell'Ordinanza federale sull'assicurazione malattie (OAMal), agli art. 58a segg. Il legislatore federale sottolinea all'art 58 cpv 4 che nella valutazione degli ospedali il Cantone deve tenere conto in particolare dei criteri economicità e qualità delle cure, indicatori strettamente correlati con il numero minimo dei casi e la concentrazione delle prestazioni.

Art. 58d²³⁰ Valutazione dell'economicità e della qualità

¹ La valutazione dell'economicità degli ospedali e delle case per partorienti è effettuata segnatamente mediante confronti dei costi corretti per il grado di gravità. Per le case di cura l'economicità della fornitura di prestazioni dev'essere presa in considerazione in modo adeguato.

² Nella valutazione della qualità degli istituti occorre in particolare esaminare se l'insieme dell'istituto adempie le esigenze seguenti:

- a. disporre del necessario personale qualificato;
- b. disporre di un adeguato sistema di gestione della qualità;
- c. disporre di un sistema interno di rapporti e d'apprendimento appropriato e aver aderito a una rete di notifica di eventi indesiderabili uniforme a livello svizzero, per quanto tale rete esista;
- d. disporre delle attrezzature che consentono di partecipare alle misurazioni nazionali della qualità;
- e. disporre dell'attrezzatura per garantire la sicurezza delle terapie farmacologiche, in particolare mediante il rilevamento elettronico dei medicinali prescritti e dispensati.

³ I risultati delle misurazioni della qualità condotte su scala nazionale possono essere utilizzati come criteri di selezione degli istituti.

⁴ Nella valutazione degli ospedali occorre in particolare tener conto dello sfruttamento di sinergie, del numero minimo di casi e del potenziale di concentrazione di prestazioni al fine di rafforzare l'economicità e la qualità delle cure.

⁵ La valutazione dell'economicità e della qualità può basarsi su valutazioni recenti di altri Cantoni.

I criteri di pianificazione sono poi tradotti nella LCAMAL a livello cantonale e nello specifico:

E. Criteri di pianificazione

Art. 63d^{[116]1} Nella 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, l'appropriatezza e l'economicità delle prestazioni erogate;^[117]
- c) l'accessibilità alle cure entro un termine utile;
- d) la disponibilità e la capacità dell'istituto ad adempiere al mandato di prestazioni;
- e) la disponibilità di strumenti e procedure che garantiscano la sicurezza dei pazienti trattati negli istituti che figurano sull'elenco ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 lett. e e cpv. 3 LAMal.^[118]

² Nel valutare l'economicità e la qualità, il Cantone considera in particolare:

- a) l'efficienza della fornitura di prestazioni;
- b) la prova della qualità necessaria;
- c) nel settore ospedaliero, il numero minimo di casi e lo sfruttamento di sinergie.

³ Il Cantone tiene pure conto della libertà di scelta dell'assicurato e dell'obbligo di ammissione degli istituti.

H. Competenze del Gran Consiglio

I. In generale

Art. 65^[121] Il Gran Consiglio sulla base di un messaggio trasmesso dal Consiglio di Stato:

- a. determina l'impostazione strategica della pianificazione ospedaliera cantonale tenendo conto del calcolo del fabbisogno;
- b. prende conoscenza del modulo di sollecitazione d'offerta, della suddivisione nei gruppi di prestazione e dei requisiti ad essi associati;
- c. decide l'eventuale aumento della quota parte minima a carico del Cantone nella remunerazione delle prestazioni ospedaliere ai sensi dell'art. 49a cpv. 2 ter LAMal;
- d. determina la partecipazione del Cantone ai costi delle prestazioni economicamente di interesse generale ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAMal;
- e. approva il finanziamento di programmi sanitari specifici.

Fornitori di prestazioni con sede nel Cantone

A. Principio

Art. 66c^[130] Il finanziamento delle prestazioni erogate dai fornitori di prestazioni con sede nel Cantone indicati all'art. 66a è assunto dal Cantone tramite un contributo globale, dagli assicuratori LAMal e, per i reparti acuti di minore intensità, anche dai pazienti.

² Il Cantone può finanziare i costi riconosciuti delle prestazioni economicamente di interesse generale ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAMal.

Art. 66f^[134] Il Cantone può determinare l'ammontare del contributo relativo ai costi riconosciuti delle prestazioni economicamente di interesse generale ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAMal tenendo conto in particolare delle disposizioni federali e di altre norme applicabili.

D. Contratto di prestazione

I. Principio

Art. 66g^[135] Il Consiglio di Stato stipula con i fornitori di prestazioni dei contratti quadro e dei contratti di prestazione annuali.

....

3.2. Sentenza Tribunale amministrativo federale (TAF)

Per una corretta applicazione della LAMAL, e subordinatamente della LCMal, nell'esercizio concreto di una pianificazione ospedaliera è sicuramente molto istruttiva una lettura attenta della sentenza del TAF del 25 febbraio 2019 in merito al ricorso della clinica Moncucco contro la decisione del GC relativa alla pianificazione ospedaliera approvata dal Gran Consiglio il 15 dicembre 2015.

2019 V/6 Estratto della decisione della Corte III nella causa Clinica Luganese Moncucco contro Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino C–2229/2016 del 25 febbraio 2019

Ci limitiamo a presentare alcuni estratti che ci sembrano significativi.

Nell'elaborazione della pianificazione ospedaliera e dell'elenco degli ospedali, il cantone dispone di un ampio potere di apprezzamento.

...

L'art. 39 cpv. 1 LAMal prevede che 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 (a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) se

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

...

Nell'eseguire la valutazione e la scelta dell'offerta da assicurare che figura nell'elenco, i Cantoni considerano in particolare l'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni (lett. a), l'accesso dei pazienti alle cure entro un termine utile (lett. b) e la disponibilità e la capacità dell'istituto ad adempiere il mandato di prestazioni.

...

La pianificazione deve creare le condizioni sufficienti per promuovere l'economicità della fornitura delle prestazioni e la concorrenza a livello di qualità.

...

La quota-parte cantonale non finanzia più gli stabilimenti in quanto tali, ma le prestazioni, e la stessa è versata a seconda delle prestazioni fornite dall'ospedale (art. 49a cpv. 3 LAMal). La libertà economica non conferisce alcun diritto ad un finanziamento delle prestazioni quantitativamente illimitato da parte dello Stato e non esclude, per conseguenza, una limitazione delle prestazioni (co)finanziate dallo Stato.

I diritti scaturenti dalla libertà economica si esauriscono per conseguenza nel diritto ad una pianificazione obiettivamente sostenibile (DTF 138 II 398 consid. 3.9.3 e 3.9.4).

...

Nel valutare l'economicità e la qualità (della fornitura delle prestazioni), i Cantoni considerano in particolare l'efficienza della fornitura di prestazioni (lett. a), la prova della qualità necessaria (lett. b) e, nel settore ospedaliero, il numero minimo di casi e lo sfruttamento di sinergie.

...

Anche se con la revisione della LAMal sul finanziamento ospedaliero, il legislatore ha voluto promuovere la concorrenza tra fornitori di prestazioni, la concorrenza non sostituisce la pianificazione ospedaliera intesa a coprire il fabbisogno di cure. Di principio, la pianificazione del fabbisogno è adeguata al fabbisogno di cure quando copre questo fabbisogno, ma non più del fabbisogno. Solo il numero di ospedali necessari per coprire il fabbisogno di cure dovrebbe essere ammesso ad esercitare prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

...

La LAMal in particolare stabilisce che gli istituti che forniscono cure stazionarie devono adempiere a requisiti di qualità delle prestazioni erogate e di economicità ai fini sia del finanziamento delle prestazioni di cura sia del riconoscimento degli istituti nelle pianificazioni ospedaliere cantonali.

Preavviso n. 8250 R del 20 novembre 2024

...

Oltre ai requisiti di qualità e di economicità, sono requisiti generali anche l'obbligo di ammissione di tutti i pazienti, indipendentemente dal tipo di copertura assicurativa, e la garanzia di accessibilità alle cure entro un termine utile (art. 41a LAMal).

...

Un concetto per la garanzia della qualità, l'esistenza di un Critical Incident Reporting System (CIRS), la partecipazione regolare alle misurazioni degli indicatori di qualità definite dall'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità in ospedali e cliniche (ANQ), i sondaggi regolari sul grado di soddisfazione dei pazienti.

...

Permettere la concorrenza a livello di qualità, la pianificazione deve creare le condizioni sufficienti per promuovere l'economicità della fornitura delle prestazioni e la concorrenza a livello di qualità. Nel nuovo sistema, che determina i criteri pianificatori, dovrebbe crearsi l'incentivo per la fornitura di prestazioni più economiche e di migliore qualità. In questo senso, dovrebbe essere data la possibilità ai fornitori di prestazioni di migliore qualità di guadagnare quote di mercato a scapito dei fornitori di qualità inferiore.

...

Più in generale, il sistema di finanziamento tratta gli ospedali pubblici e privati (autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) allo stesso modo per quanto concerne il loro finanziamento. La preesistente differenza di trattamento, voluta dal legislatore, tra gli ospedali pubblici e quelli privati è stata quindi soppressa e vi è ora di principio un diritto alla parità di trattamento anche in tale contesto, dato che ora gli ospedali pubblici sono in concorrenza diretta con quelli privati.

Giova pure rammentare che anche nell'ambito della pianificazione ospedaliera, secondo la legislazione federale in vigore, non è esclusa una concentrazione dell'offerta verso quei fornitori di prestazione che possono vantare un numero di casi più elevato. Tuttavia, ciò presuppone comunque l'effettuazione di una pianificazione ospedaliera conforme al diritto federale (segnatamente dal profilo della determinazione del fabbisogno e dell'esame dell'economicità e della qualità) e una scelta di concentrazione che non incorra in un eccesso od un abuso del potere di apprezzamento.

Senza voler semplificare eccessivamente un tema sicuramente molto complesso ma volendo sottolineare gli aspetti essenziali da considerare, la sentenza citata precisa che la pianificazione ospedaliera cantonale deve:

- basarsi su una solida analisi del bisogno;
- presentare una valutazione chiara e trasparente relativa ai **criteri di economicità e qualità** delle prestazioni erogate dagli istituti considerati;
- trattare allo stesso modo gli istituti pubblici e quelli privati.

Rispettati questi principi, il Cantone ha le competenze per impostare una pianificazione ospedaliera che tenga conto delle necessità della propria popolazione, delle caratteristiche del proprio territorio e degli attori esistenti.

4. IL QUADRO OSPEDALIERO IN SVIZZERA

La cronaca recente di oltre Gottardo ha riportato in modo ripetuto e frequente di difficili situazioni finanziarie di molte strutture ospedaliere.

Alcuni dati riferiti al rispettivo consuntivo 2023:

Ospedale	Costi d'esercizio	Risultato
- Gruppo Insel	1'844 mio	- 112 mio
- Universspital Zürich	1'578 mio	- 49 mio
- Spital Uster	160 mio	0.3 mio (nel 2022 - 5 mio)
- Spital Chur	487 mio	2.5 mio
- Spital Wetzikon	152 mio	- 11 mio
- EOC	908 mio	3 mio
- Clinica Moncucco	155 mio	0.1 mio

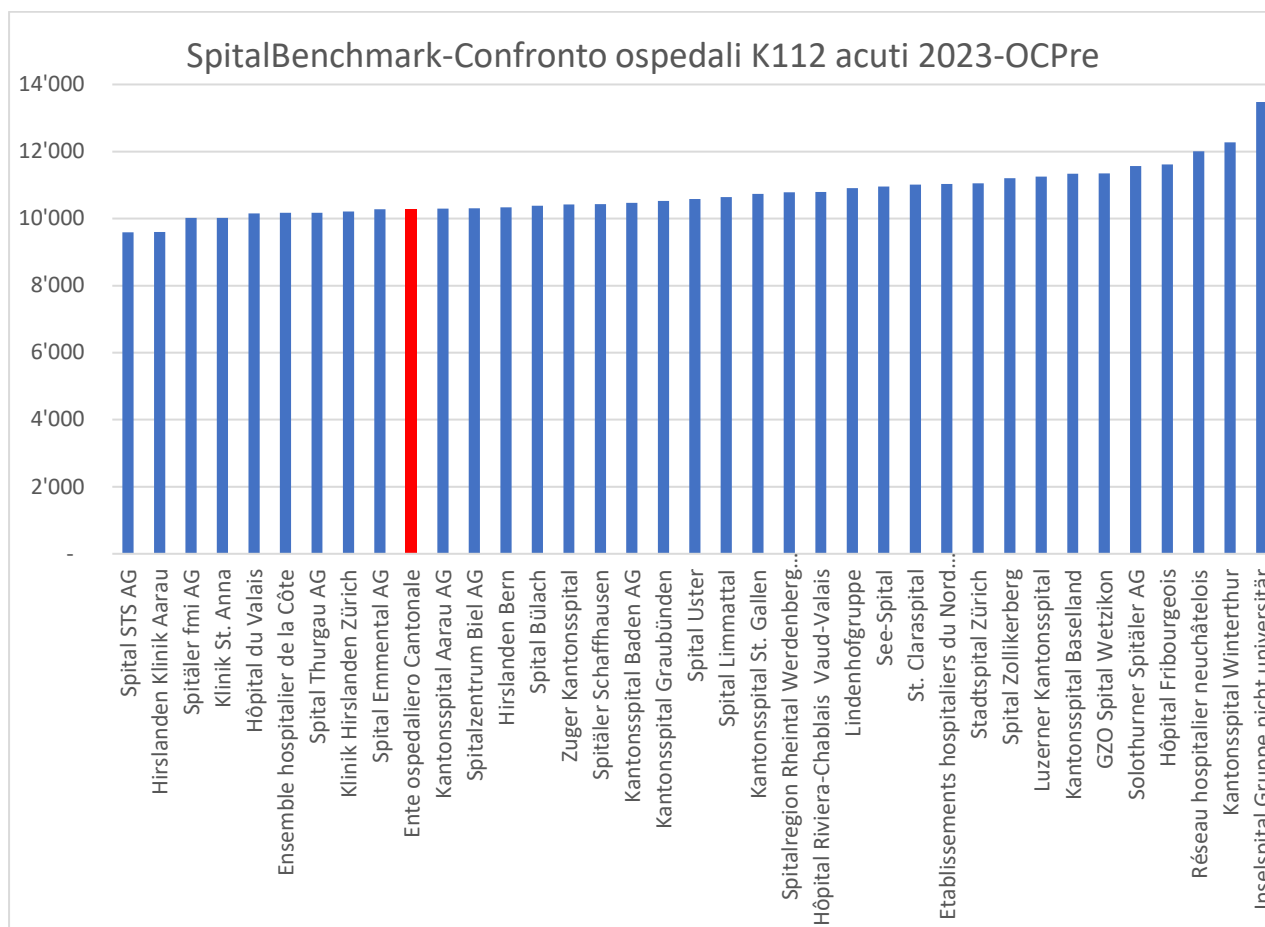
Oltre Gottardo parecchi ospedali hanno chiuso con deficit importanti e lamentano una situazione finanziaria precaria. L'Inselspital ha annunciato un piano di ristrutturazione, mentre l'ospedale di Wetzikon lotta per la propria sopravvivenza.

In generale si riporta una situazione di generale fragilità finanziaria che mette le strutture ospedaliere sotto una forte pressione. Non è diversa la situazione in Ticino in cui è bene evidente che, a fronte delle necessità di continuo rinnovo infrastrutturale e tecnico, i margini finanziari sono piuttosto limitati e richiedono grande attenzione.

Esula dalle possibilità di questo rapporto un'analisi approfondita e strutturata del criterio dell'economicità confrontando le singole strutture ospedaliere presenti su suolo ticinese, anche perché molto diverse tra loro.

Sul piano nazionale i diversi ospedali vengono suddivisi in categorie.

Ci sembra utile precisare che l'EOC, nel confronto con altre strutture ospedaliere della stessa categoria in Svizzera, presenta costi del tutto in linea, rispettivamente nell'ultimo quartile pur essendo una struttura multisito con tutto quanto questo comporta.



Fonte "SpitalBenchmark"

5. CONSIDERAZIONI CGF

La Commissione della gestione e delle finanze deve focalizzare le proprie osservazioni, coerentemente con il suo ruolo, sugli aspetti finanziari e quindi è chiamata a riflettere sugli elementi essenziali che determinano la spesa pubblica di questo importante compito dello Stato.

5.1. Impostazione generale

La POC proposta cerca di trovare un comun denominatore che permetta a tutti gli attori di condividere una base di partenza non conflittuale per appunto evitare i già citati ricorsi il cui esito non è mai scontato.

Tuttavia è altrettanto evidente che il Cantone ha la facoltà e il dovere di definire, pur all'interno di un quadro giuridico molto denso, un'impostazione della POC che sia pertinente tenendo conto dei fabbisogni della popolazione, dell'economicità delle prestazioni offerte, assicurando l'attesa qualità e limiti finanziari dello Stato che non possono essere infiniti.

Il Cantone assume un ruolo di regolatore cruciale nel coordinare le offerte dei diversi attori, definendo ex ante delle regole chiare con indicatori espliciti e verificandoli costantemente.

In questo senso sarebbe auspicabile tenere conto di alcuni aspetti rilevanti in particolare per le conseguenze che possono avere nella gestione dei costi del settore:

- coordinazione delle diverse pianificazioni e del progressivo passaggio di prestazioni dallo stazionario verso il settore ambulatoriale: si tratta di una trasformazione che deve essere seguita con attenzione anche in relazione all'esito della votazione EFAS e alla regolamentazione sull'entrata in vigore di numeri massimi di medici nel settore ambulatoriale.
- La gestione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) richiede probabilmente un'ulteriore precisazione per garantirne l'attesa efficacia.
- Alla base dell'attribuzione dei mandati vi dovrebbero essere indicatori di qualità e economicità univoci e trasparenti che sarebbe auspicabile illustrare in modo esplicito prima della procedura. Lo stesso ragionamento si pone per il criterio "quote di mercato".
- Le modalità del monitoraggio del sistema e quindi delle regole poste è compito del DSS. In considerazione dei rapidi cambiamenti esistenti, ad esempio per quanto attiene lo spostamento di specialisti da una struttura all'altra, è auspicabile che il controllo sia annuale. Solo così si dà un senso al concetto di "rollende Planung".
- Richiamando il modello di Zurigo in relazione alla fissazione dei numeri minimi, nell'abito della futura pianificazione ospedaliera sarebbe da valutare un approfondimento della possibile attribuzione dei mandati all'operatore piuttosto che alla struttura. È ben evidente che è diverso dire che una struttura ospedaliera in cui operano 4 specialisti ha effettuato 100 casi in una determinata specialità piuttosto che dire che lo stesso numero di casi sia stato trattato da un singolo medico specialista. Infatti a Zurigo il Governo si riserva un aggiornamento dei mandati ogni sei mesi proprio per poter seguire eventuali spostamenti del medico specialista e verificare la capacità della struttura di rimpiazzarlo garantendo le stesse competenze.
- Pur considerando il principio ribadito dalla citata sentenza del TAF che strutture pubbliche e quelle private siano da trattare allo stesso modo, è pur vero che in Ticino vi sono alcune specificità attribuite all'EOC che è opportuno menzionare considerandone l'incidenza sui costi di gestione:
 - o le prestazioni di interesse generale;
 - o è detentore unico delle MAS;
 - o assicura la stragrande maggioranza dei posti di formazione per studenti di medicina e per medici assistenti;
 - o è unico attore nelle urgenze complesse.

5.2. Quadro giuridico

Il rapporto della CSSS ben riassume il quadro giuridico da considerare.

La basi giuridiche federali come LAMal e relativa ordinanza OAMal in cui si definiscono i criteri fondamentali di economicità, qualità, accessibilità alle cure in tempi utili, disponibilità e capacità dell'istituto ad adempiere al mandato di prestazioni.

La Legge cantonale LCAMal presuppone l'adempimento anche di una serie di criteri di struttura e di gestione definiti in un apposito regolamento del Consiglio di Stato (art. 63 cpv. 1 lett. a LCAMal). Il rinvio è al nuovo Regolamento sulla qualità e la sicurezza delle strutture ospedaliere, che è stato

approvato il 18 gennaio 2023 e che precisa le condizioni per il rilascio dell'autorizzazione d'esercizio agli ospedali. Assieme alla menzionata disposizione della LCAMal, esso risponde alle richieste formulate con l'iniziativa popolare legislativa elaborata "Per la qualità e sicurezza delle cure ospedaliere", presentata nel 2017.

5.3. Fabbisogno

Il primo fattore che deve essere considerato è certamente la valutazione del bisogno di cure sanitarie della popolazione ticinese.

Il Consiglio di Stato, forse per maggior garanzia di oggettività tenendo conto delle criticità sollevate dalla sentenza del TAF citata, ha opportunamente chiesto alla "Gesundheitsdirektion" di Zurigo la verifica del fabbisogno del Ticino orizzonte 2032.

Il rapporto riprende e conferma i risultati sul fabbisogno definiti secondo la metodologia della GD-ZH anche in considerazione che già in passato si era dimostrata attendibile.

Le prospettive del settore ospedaliero indicate dal rapporto commissionale poggiano sul Rapporto SUPSI che ha integrato l'analisi del fabbisogno secondo la metodologia GD-ZH in una valutazione più ampia della situazione esistente.

La CSSS considera equilibrato il rapporto SUPSI tenendo conto dei diversi interessi in gioco.

5.4. Qualità

Un secondo aspetto essenziale è riflettere sulle modalità che permettono di migliorare la qualità delle cure offerte in Ticino. Dal 2012 tutti gli istituti ospedalieri ticinesi hanno firmato il contratto nazionale di qualità con l'ANQ (Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitalern und Kliniken – www.anq.ch/it/risultati-delle-misurazioni). Gli indicatori di qualità degli ospedali per cure acute svizzeri 2022 sono ripresi anche dal sito dell'Ufficio federale della sanità (www.bag.admin.ch/bag/it/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-spitaelern/qualitaetsindikatoren-der-schweizer-akutspitaeler.html).

Al proposito ci sembra importante sottolineare quanto detto nell'audizione del 31 agosto 2024 da parte dei vertici dell'EOC: *"Non centralizzare significherebbe mettere in pericolo la qualità delle cure"*.

Considerando che in Ticino in alcune specialità non si raggiungono i numeri minimi attesi, i medici specialisti privilegeranno altre destinazioni ciò che a medio e lungo termine indebolirà la qualità dell'offerta ospedaliera in Ticino a favore dei centri di oltre Gottardo. Ricordiamo che oggi Zurigo dista in treno soli 90 minuti da Bellinzona.

5.5. Procedure

La procedura per l'attribuzione dei mandati deve essere rigorosa tenendo conto degli elementi contestati nella decisione del TF del 2019.

In particolare si condividono gli elementi elencati dalla CSSS per quanto attiene l'impostazione dei moduli d'offerta che dovranno contenere:

- le quote minime e il numero di casi minimi (5% e minimo 10 casi per tipo, considerando oltre alla struttura anche l'operatore che ha eseguito l'intervento);

- l'esatto periodo in cui questi requisiti dovevano o entro cui debbono essere assolti e le conseguenze in caso di mancato assolvimento (principio della "rollende Planung");
- per i mandati relativi alla medicina multidisciplinari e complesse (MDC) bisogna applicare criteri chiari di cosa categorizza una prestazione come tale (necessità di presenza in house di altre specialità, medicina intensiva di livello superiore, numeri minimi).

Altrettanto importante è la richiesta alla struttura di indicazioni esplicite sulla qualità delle prestazioni e sull'economicità delle stesse.

5.6. Letti RAMI

La CPO sottolinea la bontà di quest'offerta sanitaria molto apprezzata da pazienti e dalle stesse strutture sanitarie.

Il messaggio governativo propone di sopprimere, all'articolo 66e^{bis} lett. a LCAMa l'espressione costi d'investimento e di aggiungere una norma specifica sul finanziamento dei costi d'investimento che rimanda alla LANz.

III. Finanziamento per l'acquisto di terreni, la costruzione, la ristrutturazione e l'ampliamento delle case di cure che gestiscono reparti acuti di minore intensità (RAMI)

Art. 66e^{ter}

Per l'acquisto di terreni o edifici destinati alla realizzazione di case di cura che gestiscono reparti acuti di minore intensità (RAMI), la costruzione, la ristrutturazione nonché l'ampliamento delle stesse si applica per analogia l'art. 7 della Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz), del 30 novembre 2010.

Questa modifica di legge permetterebbe di risparmiare sulla dotazione di 135 letti RAMI 1.7 milioni di franchi all'anno (fr. $38.8 \times 135 \text{letti} \times 365 \text{gg} \times 90\%$ di occupazione), mentre sul Cantone ricadrebbe poi l'onere di sussidio degli investimenti nel caso di nuove costruzioni o ristrutturazione di edifici esistenti ai sensi della LANz.

5.7. Finanze

Il rapporto della CSSS non analizza le conseguenze finanziarie complessive della POC per le finanze del Cantone limitandosi ad esporre l'impatto economico di singole tematiche.

Si parta dalla constatazione che la spesa ospedaliera cantonale è un elemento significativo del budget annuale dello Stato.

Dati del preventivo 2025 (Mess 8484 P2025, pag 148)

363 419.23 mio 10% delle spese operative tot. 4'237.7 mio

Corrisponde al 18% del totale delle spese di trasferimento del cantone (Totale 2'343.2 mio)

Il costo delle cure ospedaliere in Ticino rappresenta quindi il 10% del budget dello Stato, spesa sicuramente importante e che richiede opportune riflessioni e continue verifiche a prescindere dal fatto che negli ultimi anni vi sia stato un aumento contenuto della sua crescita.

Ma le difficoltà finanziarie del Cantone portano alla necessità di controllare e contenere questa voce di spesa come confermato dal Messaggio 8484 inerente il preventivo 2025 (pag 34):

Prelievo straordinario da riserve EOC. L'Ente ospedaliero cantonale partecipa allo sforzo di risanamento delle finanze cantonali con un contributo di 2 milioni di franchi. Per il settore ospedaliero è confermata la misura di contenimento già decisa per il Preventivo 2024 applicando un contributo dell'1.5% del contributo globale. Tale misura è stata contestata da più istituti ospedalieri e ha portato il Consiglio di Stato a stabilire tramite una decisione il contributo globale per questi istituti.

Sempre nel contesto del messaggio sul P2025 (a pag 148) per la voce 363 si specifica:
Contributi a enti pubblici e a terzi: i contributi per le ospedalizzazioni nel Cantone riflettono l'aumento delle tariffe stabilito dalle convenzioni tariffali o previsto, insieme a un leggero incremento del volume delle prestazioni ospedaliere stazionarie. Nell'ambito delle misure di riequilibrio delle finanze cantonali, è stata confermata la riduzione dei contributi globali agli ospedali ticinesi per un totale di 5,5 milioni di franchi. Inoltre, è stato ridotto il contributo all'Ente ospedaliero cantonale di 2 milioni di franchi, grazie allo scioglimento delle riserve dell'Ente.

Tenuto conto della situazione finanziaria del Canton occorre riflettere su quali siano le priorità per continuare a sostenere in modo adeguato l'offerta ospedaliera cantonale soprattutto considerando la necessità di assicurare una certa capacità finanziaria per investimenti e ricerca se si vorrà offrire alla cittadinanza la qualità attesa. Beninteso, e lo si specifica a scanso di equivoci, è una considerazione che riguarda sia l'ambito pubblico che quello privato visto che la LAMAL chiede il trattamento uguale per entrambe le tipologie di attori.

5.8. Prospettive

Le prospettive del settore indicate dal rapporto commissionale CSSS poggiano sul Rapporto SUPSI del prof Carlo De Pietro del settembre 2022 che viene considerato equilibrato tenendo conto dei diversi interessi in gioco.

In particolare risulta interessante riprendere le considerazioni al capitolo "3.5. Efficienza e sostenibilità economica" nel quale l'autore specifica:

"Per dare concretezza al concetto di economicità, l'OAMal prevede che «La valutazione dell'economicità degli ospedali (...) è effettuata segnatamente mediante confronti dei costi corretti per il grado di gravità» (art. 58d, capoverso 1) e che «Nella valutazione degli ospedali occorre in particolare tener conto dello sfruttamento di sinergie, del numero minimo di casi e del potenziale di concentrazione di prestazioni al fine di rafforzare l'economicità e la qualità delle cure» (capoverso 4). La presenza di entrambi questi due elementi nei due capoversi è rilevante."

E più oltre:

...

"Per concludere, sembra utile ricordare cinque elementi chiave che favoriscono l'efficienza e dunque la sostenibilità economica complessiva del settore ospedaliero stazionario.

Il primo – generalmente soddisfatto – è quello dell'appropriatezza clinica, che significa erogare soltanto cure che apportino un'utilità rilevante al paziente (quindi efficaci e adeguate, ai sensi dell'articolo 32 della LAMal).

Preavviso n. 8250 R del 20 novembre 2024

Il secondo elemento è quello dell'appropriatezza organizzativa, che significa ricorrere al ricovero ordinario soltanto quando gli stessi risultati di salute non sono ottenibili con setting organizzativi meno onerosi (casa per anziani, cure a domicilio, day hospital, CAT/STT, letti RAMI, ecc.).

Il terzo elemento è quello dell'efficienza tecnica, che significa utilizzare le risorse disponibili in modo da massimizzare l'output e/o minimizzare gli input (un esempio è offerto dalla significativa riduzione della durata media dei ricoveri, lì dove spiegata dalla migliore organizzazione dei processi assistenziali in ospedale).

Il quarto elemento è il contenimento dei prezzi unitari dei fattori produttivi (esempi riguardano la sostituzione dei farmaci originali con quelli generici, la capacità negoziale – spesso attraverso acquisti di gruppo – per ottenere sconti dai fornitori, i tetti alle remunerazioni moltoelevate di alcuni professionisti).

Il quinto e ultimo elemento è rappresentato dalle economie di scala, possibili quando le dimensioni e i volumi di prestazioni delle strutture ospedaliere sono sufficientemente ampi.”

Infine:

“... Gli ospedali sono strutture con alti costi fissi. Ciò, in linea di principio, fa presumere la presenza di economie di scala (dunque a dimensioni maggiori, dovrebbero corrispondere costi medi minori). Il tema delle economie di scala e della dimensione ottimale degli ospedali da un punto di vista economico è stato molto studiato in letteratura, senza giungere a risultati definitivi. Ciò detto, in generale i risultati sembrano confermare l'esistenza di economie di scala, fino al raggiungimento di una “dimensione ottimale” che, pur con differenze anche sensibili tra i diversi contesti analizzati, è in genere situata tra i 200 e i 300 posti letto (Giancotti et al. 2017). Sempre la letteratura internazionale conferma anche il rischio che, oltre una certa dimensione (in genere stimata attorno ai 600 letti) si possano sviluppare diseconomie di scala, con i costi medi che cioè tendono a rialzarsi (ibidem). Per la Svizzera, uno studio pubblicato nel 2008 su dati 1998-2003 confermava la presenza di importanti economie di scala non sfruttate, a causa delle piccole dimensioni medie degli ospedali svizzeri (Farsi e Filippini, 2007).”

Questa la dimensione degli ospedali in Ticino:

Letti in esercizio, per istituto, 2023

Letti in esercizio	
SETTORE ACUTO	1'296
EOC	858
Ospedali specializzati	828
ORL	282
OSG	215
OBV	140
ODL	155
CCT	36
Medicina di base	30
FAI	15
ACQ	15
Cliniche private	438
Specializzate	413
S. Chiara	100

Preavviso n. 8250 R del 20 novembre 2024

Luganese	183
Ars Medica	60
S. Anna	70
Medicina di base	25
Varini	10
Spinedi	15

Prendere atto delle dimensioni delle strutture ospedaliere in Ticino, permette di capire come sovente siamo distanti dalle dimensioni auspiccate dagli studi internazionali a garanzia di una buona economicità e una buona qualità delle cure. Sembrerebbe quindi non sussistano molti dubbi sul fatto che anche nel nostro Cantone vi siano margini di miglioramento in relazione al criterio di economicità e sostenibilità grazie alla promozione di una migliore economia di scala come indicato dal rapporto SUPSI del prof Carlo De Pietro.

Sul tema centrale della ricerca di equilibrio tra prossimità e concentrazione, il Governo ha richiamato quanto segue:

- Art. 58b cpv. 4 OAMal
«Nel determinare l'offerta da assicurare che figura nell'elenco, i Cantoni considerano in particolare:
a) l'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni;
b) l'accesso dei pazienti alle cure entro un termine utile; [...]».
- Concentrazione; consente di migliorare l'economicità e la qualità.
- Prossimità; consente di garantire l'accesso entro un termine utile alle cure.
Necessità di trovare il giusto equilibrio tra le due dimensioni.
- Cure ambulatoriali; diffusione capillare a garanzia delle cure necessarie, senza degenza ospedaliera.
- Cure di base; importanza della prossimità, in quanto non sono richieste strutture o specialisti particolari.
- Concentrazione "graduale" delle prestazioni specialistiche e multidisciplinari e complesse; quanto più esigenti per complessità e infrastrutture necessarie, tanto maggiore è l'importanza di concentrare l'offerta.
Strumento: quote di mercato.

Le considerazioni appena espresse sono da incrociare con la constatazione che dopo Basilea Città e Ginevra, il Ticino ha il più elevato costo annuo pro capite dell'assicurazione malattia di base. Questo costo elevato della sanità è correlato al fatto che il nostro Cantone si distingue a livello svizzero per consumi elevati di prestazioni sanitarie così come per una densità importante di letti somatico-acuti, sul tasso di ospedalizzazione elevato ogni 1'000 abitanti e sulla durata media della degenza.

Al capitolo prospettive non possiamo infine di tralasciare di considerare la prossima votazione sul referendum contro la riforma del finanziamento uniforme delle prestazioni in base alla quale tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) – a prescindere che siano dispensate in regime ambulatoriale,

stazionario o nelle case di cura – saranno finanziate secondo la stessa chiave di ripartizione. Nuovo sistema di finanziamento noto con l'acronimo EFAS.

Se l'esito del voto del 24 novembre dovesse confermare l'orientamento di parlamento e Consiglio federale, per le finanze del Cantone è stato stimato un aggravio annuo a tendere che potrebbe essere oltre gli 80 milioni di franchi.

6. CONCLUSIONI

La POC è uno strumento strategico significativo per un tema importante che finanziariamente rappresenta ben il 10% del budget dello Stato. Come qualsiasi altra spesa significativa dello stato si tratta di un settore che richiede grande attenzione, una riflessione critica, tempi di adattamento piuttosto importanti e i cambiamenti non possono essere imposti a breve termine.

In prospettiva per il Cantone sarà decisivo utilizzare i margini di manovra disponibili, consapevoli che la sfida principale rimane l'equilibrio tra la qualità delle cure e costi sostenibili.

In conclusione la Commissione condivide lo sforzo della CSSS di voler trovare un comun denominatore condensato in un unico rapporto per approvare una POC che permetta un'impostazione della pianificazione ospedaliera cantonale in una situazione di eguaglianza di tutti gli attori dopo la sentenza del TAF del 2019. Per questo motivo la Commissione appoggia il relativo rapporto ma non può esimersi dal rendere attenti Consiglio di Stato e Parlamento sulle sfide, anche finanziarie, che rimangono da affrontare sul medio e lungo termine per lo sviluppo di un'offerta ospedaliera di qualità nel nostro Cantone.

Per la Commissione gestione e finanze:

Bixio Caprara, relatore
Agustoni - Balli - Bignasca - Dadò -
Durisch - Ferrara - Galeazzi (con riserva) -
Gianella Alessandra - Gendotti - Quadranti -
Sirica - Speciali - Soldati