

Rapporto

numero

8250 R

data

10 ottobre 2024

competenza

DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ

della Commissione sanità e sicurezza sociale 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"**

e

**sull'iniziativa parlamentare 19 settembre 2022 presentata nella forma
generica da Matteo Pronzini e cofirmatarie per MPS-POP-Indipendenti
"Modifica della Legge sull'Ente ospedaliero cantonale (Per una salute di
prossimità e completa)"**

Sommario

1. INTRODUZIONE.....	4
1.1. IL QUADRO GIURIDICO	4
1.2. IL CONTESTO E I MARGINI DI MANOVRA	5
1.3. GLI ATTORI.....	10
2. LA PIANIFICAZIONE IN VIGORE	10
3. IL CONTENUTO DEL MESSAGGIO ALLA LUCE DELLA RIDEFINIZIONE DI COMPETENZE TRA GRAN CONSIGLIO E CONSIGLIO DI STATO IN MATERIA DI PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA.....	11
4. LO STUDIO SUL FABBISOGNO	11
4.1 LO SCENARIO PRINCIPALE	12
5. GLI INDIRIZZI STRATEGICI E OBIETTIVI DELLA PROSSIMA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA.....	13
5.1 OBIETTIVI DELLA PIANIFICAZIONE	15
5.2 LE SFIDE DEL SETTORE OSPEDALIERO TICINESE.....	17
6. I LAVORI DELLA COMMISSIONE DI PIANIFICAZIONE SANITARIA.....	19
6.1. SULLO STUDIO SUL FABBISOGNO	19

6.1.1	Valutazione critica tra previsioni e dati storici	19
6.1.2	Modello di Zurigo e correttivi	20
6.2	INDIRIZZI STRATEGICI	22
6.2.1	Concentrazione e prossimità.....	22
6.2.2	Problematiche legate al personale	23
6.2.3	Mandati e sostenibilità finanziaria.....	23
6.2.4	Percorsi di cura standardizzati	24
6.2.5	Informazione alla popolazione.....	24
7.	LE PRESTAZIONI ECONOMICAMENTE D'INTERESSE GENERALE	24
7.1	PRESTAZIONI D'INTERESSE GENERALE PREVISTE PER TUTTI GLI ISTITUTI OSPEDALIERI	24
7.1.1	Formazione post-diploma dei medici assistenti	24
7.1.2	Riconoscimento di uno sgravio per l'accompagnamento formativo negli enti socio-sanitari.....	25
7.2	PRESTAZIONI DI INTERESSE GENERALE PREVISTE PER IL SOLO ENTE OSPEDALIERO CANTONALE.....	25
7.2.1	Consultori di salute sessuale (CoSS)	25
7.2.2	Piano di messa in allarme dei servizi ospedalieri (Piano MASO).....	26
7.2.3	Coordinatrice organizzazione espianti.....	26
7.2.4	Cartella informatizzata del paziente	26
7.2.5	Centri di primo soccorso	27
7.2.6	Istituto pediatrico della Svizzera italiana (IPSI).....	27
7.2.7	Contributo per attività di sostegno nel reparto pediatrico.....	27
7.2.8	Contributo per il centro di competenza malattie rare	27
7.2.9	Contributo per il mantenimento di uno studio medico a Cevio, presso il centro socio-sanitario	28
8.	MODULI DI SOLLECITAZIONE DELL'OFFERTA E I REQUISITI PER L'OTTENIMENTO DEI MANDATI.....	28
8.1	BASI LEGALI	28
8.1.1	Disposizioni federali	28
8.1.2	Legge cantonale	29
8.1.3	Raccomandazioni della CDS.....	29
8.2.	PROCESSO DI CANDIDATURA	30
9.	PROPOSTE CONCRETE	31
9.1	STUDIO SUL FABBISOGNO	31
9.1.1	Settore somatico-acuto	32
9.1.2	Settore psichiatria	32
9.1.3	Settore riabilitazione	32
9.2.	SETTORE MEDIA E LUNGO DEGENZA.....	32
9.2.1	Fabbisogno	32
9.2.1	Assetto giuridico letti RAMI	35
9.3	INDIRIZZI STRATEGICI	38

9.3.1	Perseguire con determinazione un'adeguata allocazione dei servizi sull'asse prossimità/concentrazione	38
9.3.2	Puntare a un ospedale di riferimento per la medicina somatico-acuta e altamente specializzata	39
9.3.3	Continuare a favorire dinamicamente l'appropriatezza organizzativa	39
9.3.4	Promuovere la definizione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per le patologie ad alta prevalenza o rilevanza.....	39
9.3.5	Migliorare le informazioni a disposizione di pazienti e popolazione	40
10.	LE CONSEGUENZE.....	40
11.	LE AUDIZIONI IN SENO ALLA SOTTOCOMMISSIONE PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA CANTONALE.....	41
11.1	CONSIGLIO DI STATO.....	41
11.2	SUPSI.....	42
11.3	ASSOCIAZIONE DELLE CLINICHE PRIVATE	42
11.4	ENTE OSPEDALIERO CANTONALE	43
11.5	CURAFUTURA	43
11.6	CLINICA MONCUCCO	44
11.7	SWISS MEDICAL NETWORK	45
11.8	ORDINE DEI MEDICI DEL CANTONE TICINO.....	45
12.	RIFLESSIONI COMMISSIONALI.....	46
A.	PUNTI DI DECISIONE DEL GRAN CONSIGLIO	46
A. 1	Circa l'impostazione strategica sulla base del Messaggio del CdS:.....	46
A. 2	Circa il modulo di sollecitazione d'offerta, della suddivisione nei gruppi di prestazione e dei requisiti:.....	47
A. 3	In merito all'eventuale aumento della quota parte minima del Cantone	47
A. 4	Circa i disegni di legge allegati al messaggio	47
A. 5	Circa il finanziamento di programmi sanitari specifici	48
B.	IL SENSO DELLA PIANIFICAZIONE	48
C.	SECONDA AUDIZIONE DEL GOVERNO IL 6 GIUGNO 2024	48
C. 1	Criteri di attribuzione dei mandati.....	48
C. 2	Rollende planung	49
D.	EVASIONE ATTO PARLAMENTARE CONNESSO (EXCURSUS)	50
E.	ALTRI TEMI STRATEGICI	51
12.	CONCLUSIONI.....	54

«La grande scommessa è quanto saremo saggi nell'utilizzare le tecnologie per finalità eticamente e socialmente solidali. Quindi tutto dipenderà nel futuro dalle nostre scelte mentali, che dovranno essere eticamente motivate, pur sempre con un grande punto interrogativo sull'imprevedibilità, in quanto il processo evolutivo della scienza e della tecnologia è intrinsecamente serendipico».
(Telmo Pievani)

1. INTRODUZIONE

A chi si addentra nella selva oscura degli interessi – molti, spesso contrastanti e sempre rilevanti – di una pianificazione ospedaliera cantonale (in seguito: **POC**), verrebbe da dire «*lasciate ogni speranza o voi che entrate*». Ma dal momento che l'esercizio va fatto, la Commissione conta di «*uscire a riveder le stelle*», conscia che la presente Pianificazione è (1) la prima che uscirà con il nuovo quadro giuridico in materia di suddivisione di competenze tra Esecutivo e Legislativo, (2) è stata trattata, discussa e viene proposta al plenum dopo che di fatto il Gran Consiglio ha approvato, a maggioranza, il 13 dicembre 2023, il controprogetto conforme all'Iniziativa popolare "Per cure mediche e ospedaliere di prossimità" che ha portato all'introduzione dei nuovi art. 5a e 5b LEOC (Messaggio n. 8326) di modo che i margini politici per manovre tecnico/economiche più incisive in questa sede sono già stati in parte ridotti. Una riflessione andrà fatta ancora in futuro se si vedono realtà come San Gallo o la regione del Lago Lemano, e più di recente anche Zurigo, dove degli ospedali sono stati chiusi poiché "fallimentari"; (3) è probabilmente una PO di transizione tra quella del 2015 bocciata nel 2019 con le sentenze del Tribunale federale amministrativo – PO che ha lasciato una situazione di disparità insoddisfacente e che va corretta – e una futura successiva PO in cui si potrà contare su criteri di finanziamento e dati più consolidati e uniformi delle degenze ospedaliere. Pensiamo oltre all'ormai noto EFAS per le modalità di finanziamento, anche ad es. al progetto della Confederazione denominato Progetto SpiGes:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/projet-spiges.html>

il quale mira a semplificare la raccolta e l'utilizzazione di dati nell'ambito stazionario ospedaliero divenendo una base su cui eventualmente sviluppare ragionamenti anche a livello pianificatorio e di studio del fabbisogno.

Infine, l'esercizio di POC dovrebbe ambire ad essere un esercizio consolidato e condiviso poiché vi è anche il rischio che in futuro la competenza della PO venga trasferita a livello di Confederazione come proposto di recente da alcuni deputati alle Camere federali (cfr. NZZ, 7.04.2024, pag. 11).

1.1. IL QUADRO GIURIDICO

La POC è prevista dall'art. 65 LCAMal.

A livello cantonale la stessa è prevista in due tappe, come stabilito dalla modifica legislativa adottata dal Gran Consiglio il 20 ottobre 2021.

Consiglio di Stato e Gran Consiglio hanno competenze distinte nelle due tappe, e meglio:

- **Prima tappa:**

Il Consiglio di Stato:

1. allestisce uno studio sul fabbisogno di cure ospedaliere;
2. elabora un messaggio (che è quello oggetto del presente rapporto) sugli indirizzi strategici della POC, consultando la Commissione della pianificazione sanitaria.

Il Gran Consiglio:

3. determina l'impostazione strategica sulla base del messaggio del CdS;
4. prende conoscenza del modulo di sollecitazione d'offerta, della suddivisione nei gruppi di prestazione e dei requisiti;
5. decide l'eventuale aumento della quota parte minima del Cantone;
6. determina la partecipazione del Cantone ai costi delle prestazioni di interesse generale;
7. approva il finanziamento di programmi sanitari specifici.

- **Seconda tappa:**

Il Consiglio di Stato:

1. tenuto conto degli indirizzi dettati dal GC;
2. allestisce l'elenco degli istituti autorizzati;
3. trasmette per discussione con un messaggio l'elenco pianificatorio al Gran Consiglio.

Il Gran Consiglio:

4. prende atto del messaggio con l'elenco dei mandati.

Approvato il messaggio di cui a questo rapporto, il Consiglio di Stato indica che la seconda tappa della POC, di sua competenza, avverrà come segue:

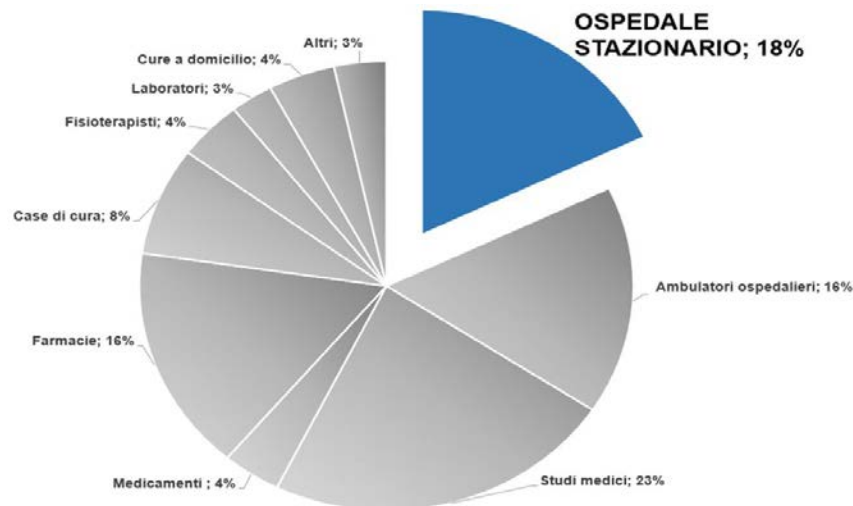
1. tre mesi per la sollecitazione dell'offerta (invio moduli e rientro);
2. tre mesi per la valutazione delle offerte (controllo qualitativo della documentazione, incontri con le strutture, verifiche in situ, decisione dell'attribuzione dei mandati) e per la comunicazione della lista dei mandati con un messaggio al Gran Consiglio (che ne prende atto).

1.2. IL CONTESTO E I MARGINI DI MANOVRA

Dalla modifica della LAMal, entrata in vigore con effetto dal 1° gennaio 2012, i Cantoni sono chiamati (riservata l'entrata in vigore effettiva del sistema EFAS, votato in Parlamento federale a dicembre 2023, che modificherà in futuro la percentuale del contributo parificandolo sia nel settore stazionario sia in quello ambulatoriale) a contribuire:

- nella misura minima del 55% al finanziamento delle degenze ospedaliere (nei settori somatico-acuto, psichiatrico e riabilitativo; settore delle cure ospedaliere stazionarie) che avvengono
- in uno degli istituti (pubblici o privati) che figurano sull'elenco del Cantone, determinato in esito al processo di pianificazione ospedaliera, o in quello di altri Cantoni, in virtù del diritto della libera scelta dell'istituto dove farsi curare sancito dalla LAMal.

Il settore delle cure ospedaliere stazionarie, nel sistema attuale di finanziamento diretto dei Cantoni, incide come dal grafico che segue sull'intera spesa a carico della LAMal considerata per il calcolo dei premi:



Il Cantone Ticino assume la quota di spesa a suo carico finanziando le strutture pubbliche e private che figurano sull'elenco cantonale con un contributo globale definito in un contratto di prestazione (art. 51 cpv. 1 LAMal), e meglio sulla base di un contratto quadro pluriennale e di un contratto di prestazione annuale.

Questo approccio è codificato agli art. 66c segg. LCAMal e agli art. 48a segg. del relativo Regolamento del 29 maggio 2012 (RLCAMal) e ha permesso di tenere sotto controllo il contributo del Cantone al finanziamento delle degenze ospedaliere della popolazione residente in Ticino.

Dal 2012 al 2021 questo contributo è passato da 325.5 milioni di franchi a 393.5 milioni di franchi, con un aumento annuale medio dei contributi cantonali dell'1.8% per le ospedalizzazioni nel Cantone e del 6.3% per quelle fuori Cantone. Complessivamente l'aumento medio annuo dei contributi alle degenze ospedaliere è stato del 2.1%, a fronte di un'evoluzione della spesa sanitaria a carico della LAMal del 3.8% all'anno. Se il Cantone avesse optato per un pagamento fattura per fattura delle degenze ospedaliere nel Cantone, avrebbe dovuto spendere qualche decina di milioni in più.

Il contributo annuale è fisso e rimane acquisito all'istituto se l'attività negoziata a preventivo oscilla entro una soglia del +/- 3%. Al di fuori di questa soglia, scostamenti negativi sfociano in una restituzione al Cantone e scostamenti positivi in un versamento all'Istituto, valutati a costi marginali.

Nel suo messaggio il Governo tiene a evidenziare che la POC non costituisce uno strumento attraverso il quale è possibile incidere sulla spesa sanitaria in generale e nemmeno su quella ospedaliera in particolare. Ciò poiché un istituto che dispone dei requisiti di sicurezza, qualità ed economicità per ottenere un determinato mandato non può, per Legge federale, non essere considerato al momento dell'attribuzione di mandati.

La Commissione osserva che:

- a pag. 35 (punto 1.3.2 del Messaggio) si indica che i Cantoni possono fissare delle soglie per la copertura del fabbisogno che l'istituto deve assicurare. Nel caso l'offerta di cure stazionarie fosse sufficiente o superiore al fabbisogno, un istituto nel Cantone non è considerato come importante per la copertura del fabbisogno se non fornisce, per un determinato gruppo di prestazioni e periodo di tempo, almeno il 5% (e minimo 10 casi) delle cure stazionarie erogate a pazienti residenti. Nella medesima situazione un istituto fuori Cantone non è considerato come importante per la copertura del fabbisogno se non fornisce almeno il 10% (e minimo 10 casi) delle cure stazionarie erogate a pazienti residenti nel Cantone che allestisce la Pianificazione. Quindi il Cantone ha comunque un margine di manovra, seppur ridotto. In questo contesto si inserisce tutta la discussione attuale su quali sono i requisiti (volume storico o da raggiungere entro un lasso di tempo) che devono essere determinati prima. La Commissione ritiene che idealmente la massa minima dovrebbe essere anche superiore ai 10 casi e soprattutto, con un'indicazione certificata sottoposta a seri criteri. Senza giungere a imporre un numero minimo superiore, la Commissione invita il Governo a fare le sue valutazioni anche in questo senso.
- Le famose sentenze (DTAF 2019 V/6 e DTAF 2019 V/7) non appaiono interpretate in modo del tutto corretto nel Messaggio. Viene infatti riportato che prima devono essere fissati in modo trasparente i criteri di scelta – non vi può essere arbitrio nell'attribuzione dei mandati –, ma non viene prescritto che non si possano fare delle scelte e fissare delle priorità.

Lo studio sul fabbisogno conferma che la domanda di prestazioni è e sarà stabile per il prossimo decennio, con un aumento prevedibile nell'ambito della riabilitazione a causa dell'invecchiamento della popolazione.

Ciò detto, l'intenzione della scrivente Commissione è quella di garantire e ricreare pari opportunità di partenza per ovviare a una disparità creatasi tra la POC del 2015, le sentenze del TAF del 2019 poc'anzi richiamate, e quanto è avvenuto nel frattempo tra gli attori pubblici e privati, ma esigere anche che entro un breve lasso di tempo chi non dovesse raggiungere la massa critica minima non si veda confermato il mandato di prestazione.

Infatti, va evidenziato che, nonostante le citate sentenze del TAF mettessero in discussione i principi chiave della Pianificazione del 2015, di fatto la stessa è stata annullata solo per i ricorrenti. Ne è conseguito che alcune strutture possono fare quanto concesso dalla Pianificazione ospedaliera del 2005 e altre che invece sono rimaste vincolate da quella bocciata che per loro è rimasta in vigore. Il tutto sarebbe stato accettabile o facente parte delle "regole del gioco" se i lunghi tempi di attesa per arrivare all'attuale Pianificazione non avessero fortemente pregiudicato la parità di trattamento e accentuato lo squilibrio nella concorrenza.

In altri Cantoni in cui la POC venne bocciata in sede di ricorso, la POC fu azzerata per tutti gli attori in campo, ma ripresentata entro 2 anni.

Ovviamente si tratta di partire non da un "libero tutti", bensì dall'assegnare i mandati a tutti quelli che dispongono dei requisiti del sistema di Zurigo. Da un lato farà seguito la concorrenza tra attori ospedalieri pubblici e privati e dall'altro però, al fine di concentrare comunque le casistiche, andrà dato un periodo per arrivare a coprire il 5% o il 10% casi. La scrivente Commissione ritiene che il periodo debba essere di 2 anni dal conferimento

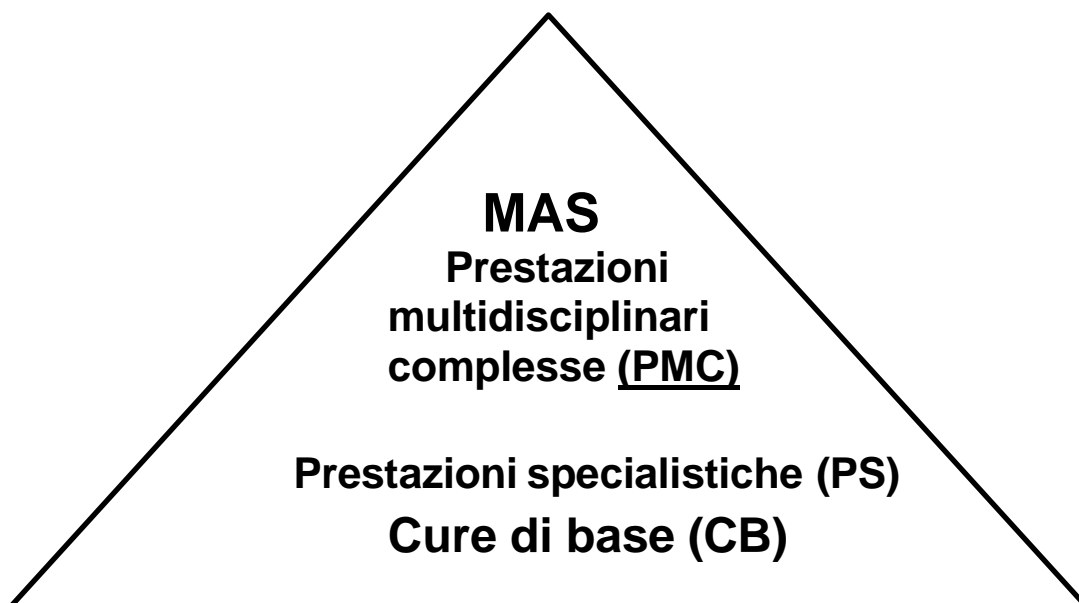
del mandato. Trascorsi i 2 anni, la Commissione parlamentare di controllo dei mandati di prestazione di cui alla POC, istituita con la revisione del quadro giuridico delle competenze di cui al punto 1, verificherà il raggiungimento degli obiettivi e indicherà se il mandato potrà proseguire o meno.

La scrivente Commissione ritiene inoltre che margini di manovra sulla POC ve ne sono e tra questi i seguenti:

1. per concentrare di più, aggiunge la scrivente Commissione, le prestazioni MAS e multidisciplinari e complesse nonché garantire le cure di prossimità:
 - ✓ distinzione netta tra i comparti (acuto/sub acuto), che però non può essere netta, ma il passaggio dall'uno all'altro va coordinato, tanto più che i letti RAMI sono sottoposti alla Lanz e non alla LAMaI;
 - ✓ rafforzamento della presa in carico prima e dopo la degenza (ruolo medico di famiglia, reti di cura integrate, ecc.).

Nella misura in cui continueranno a esistere le 4 macro-dimensioni della POC (pacchetto base, prestazioni specialistiche, prestazioni multidisciplinari e MAS) risulta importante determinare chi definisce quali prestazioni SPLG vanno in quale macro-categoria.

In audizione il 6 giugno 2024, il Governo ha fornito delle ulteriori spiegazioni circa i gruppi di prestazioni che vengono qui riprese schematicamente. I gruppi di prestazioni nel settore somatico-acuto seguono la suddivisione definita dal modello del Cantone Zurigo. La suddivisione nei diversi livelli sarà chiaramente presentata nei moduli d'offerta.



La ripartizione dei gruppi di prestazione tra le varie categorie avverrà sulla base di criteri oggettivi, misurabili e comunicati esplicitamente nel modulo d'offerta, in particolare

- livello richiesto di pronto soccorso;
- livello richiesto di cure intense;
- numeri minimi per sede;
- necessità di altri gruppi di prestazione in sede.

La MAS – medicina altamente specializzata:

- Pianificazione MAS eseguita a livello intercantonale, subsidiariamente dal Consiglio federale (art. 39 cpv. 2bis LAMal).
- Convenzione intercantonale sulla medicina altamente specializzata (CIMAS).
- Organi: Assemblea plenaria, Organo decisionale MAS (10 Cantoni, TI Vicepresidenza), Organo scientifico MAS (15 esperti).
- Finora attribuzione sovracantonale e rivalutazione periodica di mandati per oltre una trentina di gruppi di prestazioni.
- Esempi: trapianti, gravi ustioni, politrauma, ictus, chirurgia viscerale complessa, ecc.

2. Coordinamento con altre pianificazioni (Pianificazione integrata, art. 5 Lanz e assistenza e cura a domicilio, art. 7 LACD; Pianificazione settore invalidi, art. 2a LISPI e Pianificazione sociopsichiatrica art. 13 LASP) e altre regolamentazioni, quali ad es. quella sulla "Limitazione del numero di medici nel settore ambulatoriale" che potenzialmente può avere un impatto sull'ospedale (cfr. punto 9 infra) per regolare l'attribuzione dei mandati:

- ✓ rispetto dei requisiti al momento delle candidature o entro il lasso di tempo soprandicato, il tutto per garantire mandati solo a chi raggiunge le soglie minime del modello di Zurigo lasciando poi al mercato determinare oltre chi sarà premiato o meno.
- ✓ Definizione di quote di mercato minime (almeno il 5% (e minimo 10 casi) sulla base di dati storici, risp. da raggiungere nei 2 anni successivi e mantenere nel tempo.

3. Per sfoltire gli istituti sull'elenco ed evitare i "doppioni":

- ✓ nessuna base legale per chiudere istituti privati.
- ✓ Se la struttura ha i requisiti, come sopra regolati, il mandato deve essere assegnati

In merito al tema del coordinamento delle Pianificazioni il DSS, sentito in audizione il 6 giugno 2024, ha riconosciuto che vi sono dei punti di contatto con la POC, quali ad es.

- con la Pianificazione integrata Lanz/LACD: strutture per la degenza post-acuta: CAT, STT e RAMI.
- Con la Pianificazione LASP: home treatment, équipe mobile psicogeriatrica, servizio di psichiatria e psicologia medica (psichiatria di liaison).
- Con la Pianificazione LISPI: case con occupazione medicalizzate.

Oltre a ciò, vi sono altri strumenti cantonali per contenere la spesa:

4. fissazione delle tariffe laddove non vi è accordo fra i fornitori di prestazione e gli assicuratori malattia.
5. Regime della gestione strategica delle ammissioni di nuovi medici (cfr. M e R n. 8283 votato nel giugno 2023 dal Gran Consiglio).
6. La proposta di Programmi d'azione cantonali (cfr. ad es. MO n. 1557 di Matteo Quadranti e M n. 8362):
 - ✓ di promozione della salute;
 - ✓ di prevenzione (alcol, tabacco e prodotti affini).
7. L'attività di pressione a livello nazionale tramite prese di posizioni, scambi nei gremi tecnici e politici, iniziative cantonali.

8. Il contenimento del numero di attrezzature diagnostiche a tecnologia avanzata o particolarmente costosa (applicazione rigorosa della Legge).

1.3 GLI ATTORI

Per rapporto alla precedente Pianificazione del 2015, il panorama ospedaliero si è semplificato grazie ad alcune collaborazioni pubblico-privato (vedi ODL ostetricia - CSC ginecologia) e alla riduzione degli attori.

Infatti:

- il Cardiocentro (CCT) integrato nell'EOC.
- l'Ars medica e Sant'Anna di proprietà di Swiss Medical Network Hospitals.
- Santa Chiara e Moncucco di proprietà del Gruppo ospedaliero Moncucco SA.

2. LA PIANIFICAZIONE IN VIGORE

La Pianificazione ospedaliera attualmente in vigore è stata approvata con decreto legislativo il 15 dicembre 2015 dopo un iter durato cinque anni.

Per la prima volta si era proceduto alla determinazione del fabbisogno di cure ospedaliere della popolazione (prescritto dall'art. 58b cpv. 1 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie, del 27 giugno 1995; OAMal) avvalendosi di un modello di previsione sviluppato dalla Gesundheitsdirektion del Cantone Zurigo (GD-ZH). Modello che prevedeva in particolare il raggruppamento delle patologie del settore somatico-acuto in 125 gruppi di prestazioni e l'analisi dell'impatto di diversi fattori d'influenza: demografici, epidemiologici, tecnico-medici ed economici. Per la determinazione dei criteri di qualità e l'assegnazione dei mandati si era pure fatto capo alla metodologia sviluppata dalla GD-ZH, alla quale si sono aggiunti i volumi storici di attività per ogni singola prestazione, la necessità di concentrazione di talune attività, l'interazione pubblico/privato e la diffusione delle cure di prossimità.

Contro il decreto legislativo del 15 dicembre 2015 sono stati presentati dei ricorsi dalla Clinica Luganese Moncucco SA e dalla Clinica Santa Chiara SA nonché, il 22 maggio 2019, dal Ricovero Malcantonese di Castelrotto. Il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha accolto i ricorsi (DTAF 2019 V/6 e DTAF 2019 V/7):

- permettendo a due istituti privati (Clinica Luganese Moncucco SA e Clinica Santa Chiara SA) di lavorare sulla base del vecchio decreto pianificatorio del 2005 con alcune conseguenze negative sopra evidenziate a livello di parità di condizioni di partenza;
- stigmatizzando le modifiche apportate allo studio sul fabbisogno allestito dalla GD-ZH;
- limitando i margini di manovra del Cantone quanto alla scelta di non attribuire i mandati a chi dispone dei requisiti, senza aver definito gli stessi (che si devono basare su sicurezza, qualità ed economicità) in modo esaustivo al momento della messa a concorso;
- a tal proposito la Commissione ribadisce quanto indicato sopra, ovvero che le famose sentenze DTAF 2019 V/6 e DTAF 2019 V/7 non escludono che si possano fare delle

scelte e fissare delle priorità. L'impostazione della POC di cui al messaggio sembrava invece sottolineare che i margini di manovra fossero scarsi o nulli e che insomma il problema dei costi non esistesse visto che la crescita dei costi ospedalieri è marginale. Se non che la situazione finanziaria in generale è critica non solo per il Cantone Ticino, ma anche e soprattutto per molti ospedali. Oltre Gottardo parecchi ospedali hanno chiuso con deficit importanti (Inselspital/BE, Uster/ZH, Coira /GR, ecc.) e alcune strutture saranno chiuse (ospedale Wetzikon/ZH). Ne consegue che non può essere relativizzata l'incidenza finanziaria dell'offerta ospedaliera come traspare nella trama di fondo del Messaggio.

- Imponendo un confronto sull'economicità delle prestazioni basato sui costi e non sulle tariffe e
- richiedendo chiarezza sul comparto RAMI inserito nella realtà ospedaliera, ma di fatto finanziato come una casa di cura (senza partecipazione dei Comuni).

Vanno poi ricordati i seguenti fatti:

- Referendum accolto contro la modifica della LEOC del 5 giugno 2016;
- bocciatura dell'iniziativa popolare «Giù le mani dagli ospedali».

3. IL CONTENUTO DEL MESSAGGIO ALLA LUCE DELLA RIDEFINIZIONE DI COMPETENZE TRA GRAN CONSIGLIO E CONSIGLIO DI STATO IN MATERIA DI PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA

Nel messaggio in oggetto del Consiglio di Stato sono dunque stati presentati:

- le risultanze dello studio sul fabbisogno (art. 64 lett. a LCAMal);
- le proposte di indirizzi strategici (art. 64 lett. b LCAMal);
- i lavori della Commissione di pianificazione sanitaria (art. 64 lett. b LCAMal);
- le prestazioni economicamente d'interesse generale da finanziare con contributo cantonale (art. 65 lett. d LCAMal);
- i moduli per la sollecitazione d'offerta (art. 65 lett. b LCAMal);
- le proposte finali.

4. LO STUDIO SUL FABBISOGNO

Il Consiglio di Stato, con Risoluzione governativa n. 597 del 5 febbraio 2020, ha incaricato la Direzione della sanità del Cantone Zurigo (GD-ZH) di elaborare un'analisi e una previsione del fabbisogno ospedaliero con orizzonte temporale 2025 per il settore somatico-acuto e 2030 per i settori della psichiatria e della riabilitazione. Le proiezioni sono poi state aggiornate allineando i tre settori partendo dai dati disponibili del 2019 fino al 2032.

Il modello tiene conto dello sviluppo demografico e di cinque fattori d'influenza:

- lo sviluppo della tecnologia medica;
- l'evoluzione epidemiologica;
- il trasferimento da attività stazionaria ad ambulatoriale;
- il tasso di ospedalizzazione;
- la degenza media, il tutto declinato per età o per classi di età.

Il risultato finale valuta tre scenari (principale, minimo e massimo), indicando opportuno quello principale, che vede stabilità per i settori somatico-acuto e psichiatria e aumento nell'ambito della riabilitazione. Di seguito si riassumono solo dati relativi allo scenario principale.

4.1 LO SCENARIO PRINCIPALE

Per il 2032 i calcoli effettuati dall'UST prevedono un importante invecchiamento della popolazione. Nel 2032 ci saranno 11'653 residenti sopra gli 80 anni in più rispetto al 2019 (+46.8%) e una riduzione della popolazione professionalmente attiva nella fascia 40-64 anni di 13'723 unità (-10.5%).

Somatico - acuto	2019	Scenario principale		
		2032	Δ	Δ%
Numero di pazienti (casi)	57'095	59'850	2'755	4.8%
Giornate di cura (GC)	364'814	340'170	-24'644	-6.8%
Durata media di degenza (DMD)	6.4	5.7	-0.7	-11.0%
Psichiatria	2019	Scenario principale		
		2032	Δ	Δ%
Numero di pazienti (casi)	2'891	2'724	-167	-5.8%
Giornate di cura (GC)	92'446	88'296	-4'150	-4.5%
Durata media di degenza (DMD)	32	32.4	0	1.3%
Riabilitazione	2019	Scenario principale		
		2032	Δ	Δ%
Numero di pazienti (casi)	3'027	3'617	590	19.5%
Giornate di cura (GC)	82'227	94'617	12'390	15.1%
Durata media di degenza (DMD)	27.2	26.2	-1	-3.7%

Per il settore somatico-acuto ci si attende:

- un incremento del numero di pazienti (casi) del 4.8%, dovuto essenzialmente all'invecchiamento della popolazione;
- una diminuzione delle giornate di cura del 6.8%;
- una riduzione della durata media di degenza dell'11%;
- un aumento del tasso di ospedalizzazione del 4.7%.

Per la psichiatria ci si attende:

- una diminuzione del numero di pazienti (casi) del 5.8%, dovuto al trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale;
- una diminuzione delle giornate di cura del 4.5%;
- un incremento della durata media di degenza dell'1.4%;
- una diminuzione del tasso di ospedalizzazione del 5.9%.

Per la riabilitazione stazionaria ci si attende:

- un incremento del numero di pazienti (casi) del 19.5%%, dovuto in gran parte allo sviluppo demografico riconducibile all'invecchiamento della popolazione ticinese e al conseguente aumento di pazienti fragili (polimorbidi);
- un incremento delle giornate di cura del 15.1%;
- una riduzione della durata media di degenza del 3.7%;
- un aumento del tasso di ospedalizzazione del 19.3%.

Per i dettagli relativi ai tre settori, si rimanda al Rapporto sul fabbisogno cantonale di cure ospedaliere orizzonte 2032 allegato al messaggio del Consiglio di Stato.

5. GLI INDIRIZZI STRATEGICI E OBIETTIVI DELLA PROSSIMA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA

Premessa:

Il Consiglio di Stato ha dato mandato alla Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI), la quale ha consegnato un rapporto di 65 pagine a settembre 2022.

Il documento individua, per limiti dell'ambito della POC e/o per scelta del mandante, le sfide del sistema ospedaliero ticinese senza però entrare nell'ottica di una visione a 360° del sistema sanitario ed affini: segnatamente, non contemplando un sistema integrato con le cure a domicilio e case anziani, risp. con delle politiche di salute pubblica avente quale scopo la prevenzione o mantenimento della salute per rapporto alla cura della malattia. Esso propone alcuni percorsi strategici che potrebbero essere un fattore determinante nell'ambito dell'attribuzione dei mandati. Per i dettagli, si rimanda al documento allegato al messaggio governativo.

Le ragioni di pianificare i servizi d'interesse pubblico sono sostanzialmente tre:

- il mercato imperfetto, dove domanda e offerta non producono condizioni di equità e secondariamente di efficienza;
- la necessità di agire in prospettiva riguardo al fabbisogno di cure della popolazione;
- la natura pubblica dei servizi erogati con conseguente allocazione di risorse pubbliche.

Il rapporto commenta l'evoluzione avvenuta negli ultimi venti anni, nel corso dei quali vi è stata una riduzione del numero di siti, una leggera riduzione dei posti letto, un forte aumento del personale ospedaliero e un costo complessivo lievitato da 13.7 miliardi di franchi nel 2000 a 32.1 miliardi di franchi nel 2020, con un costo per giornata di cura passato da 830 franchi nel 2000 a 1'751 franchi nel 2020.

Il che evidenzia e relativizza quanto indicato inizialmente nel Messaggio, il quale minimizza il problema finanziario dei costi ospedalieri.

Relativamente all'attività ospedaliera stazionaria, è confermata l'accresciuta intensità in competenze, in tecnologia, in efficienza e rapidità, correlata a un marcato aumento dell'età media dei pazienti ricoverati (nel 2020 il 41% delle giornate di cura riguardavano pazienti con più di settant'anni).

Gli ospedali hanno incrementato in misura notevole anche l'attività ambulatoriale, a causa dell'aumento della domanda legata all'invecchiamento della popolazione (sebbene un recente studio faccia riferimento a un frequente fabbisogno di cure da parte dei giovani) e alla prevalenza di malattie croniche che richiedono prestazioni specialistiche (diagnostica per immagini e laboratorio) disponibili soltanto in ospedale.

La Commissione rileva che:

- lo spostamento dei trattamenti dallo stazionario all'ambulatoriale è soprattutto dovuto all'evoluzione dei trattamenti medici sempre meno invasivi e quindi spostati a trattamenti ambulatoriali negli ospedali, nelle cliniche e centri medici.
- anche i programmi di prevenzione segnatamente sui giovani – screening – possono far incrementare la domanda – si risparmia su lungo termine? Sarà una questione da monitorare per una verifica sull'efficienza.

Inoltre, le disposizioni dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, del 29 settembre 1995 (OPre) prevedono l'assunzione dei costi in regime stazionario per determinate prestazioni soltanto se un'esecuzione ambulatoriale non è appropriata o non è economica a causa di circostanze particolari.

In sintesi, si conferma che l'ospedale continua a svolgere un ruolo centrale nei sistemi sanitari avanzati e a concentrare tecnologia e competenze per erogare servizi specializzati e complessi, favorito dallo sviluppo quantitativo e qualitativo dei servizi esterni all'ospedale quali, in particolare nel nostro Cantone, i reparti acuti di minore intensità (RAMI), i letti di cure acute e transitorie (CAT) e di soggiorni temporanei e terapeutici temporanei (ST e STT), le case per anziani medicalizzate, i centri diurni, i servizi di appoggio e le cure a domicilio.

Il rapporto si sofferma anche sul ruolo che gli ospedali hanno assunto nell'ambito della ricerca e della formazione: il legame tra assistenza, formazione e ricerca deve restare centrale quando si pianifica l'evoluzione del settore ospedaliero (anche se gli oneri di spesa per questi ultimi due ambiti sono esclusi dal finanziamento a carico della LAMal). Alla base della ricerca clinica, ma anche della formazione di base, del perfezionamento e dell'aggiornamento continuo ci deve essere una sufficiente casistica al fine di disporre di competenze adeguate che, nel caso della ricerca clinica, permettano di partecipare a bandi di ricerca competitivi. La casistica minima è anche richiesta dall'Istituto svizzero per la formazione medica per i reparti che vogliono essere riconosciuti quali centri di formazione. Per quanto attiene alla casistica minima si rinvia a quanto sopra indicato (Messaggio pag. 35 cap. 1.3.2.).

Il rapporto osserva infine che gli ospedali svolgono un ruolo importante in termini:

- sociali, in quanto infondono un senso di sicurezza (accesso più facile ai servizi per le comunità locali), al di là che alcune patologie (ictus e infarto) richiedono una centralizzazione vista la complessità e la specializzazione della presa a carico,

veicolando una maggiore attrattività nella scelta del luogo di residenza, in particolare per le famiglie giovani.

- Economici poiché essi offrono numerosi e qualificati posti di lavoro, stabili e ben pagati, propiziano i commerci e aiutano i fornitori di beni e servizi. L'importanza di questi fattori spiega la maggior parte delle resistenze allorché si decide un ridimensionamento dell'offerta e una concentrazione dei servizi.

A tal proposito la Commissione evidenzia che tali affermazioni si prestano a possibili interpretazioni e non sempre sono fondate su studi scientifici. Ad es. non è certo, o non consta esservi un'evidenza documentale, che la scelta del luogo di residenza sia dettata dalla presenza di un ospedale (piuttosto che ad es. la vicinanza al lavoro, a un asilo nido, o un moltiplicatore d'imposta attrattivo) tanto più che oggi vi sono diversi centri medici e medici sul territorio.

Inoltre, bisognerebbe fare uno studio su costi-benefici della frammentazione degli ospedali per rapporto a quanto apportano all'economia locale.

5.1 OBIETTIVI DELLA PIANIFICAZIONE

Garantire alla popolazione ticinese un'offerta sufficiente in prestazioni ospedaliere stazionarie, tenendo conto in particolare:

- della qualità della fornitura di prestazioni (secondo l'elenco di condizioni previste dall'art. 58d OAMal) dei servizi di qualità attraverso indicatori di struttura: sufficiente assistenza medica, necessaria presenza di personale specializzato, installazione adeguata di attrezzature mediche e fornitura di medicinali, nonché presenza di una cartella informatizzata certificata, oltre che di processo e di esito e dell'economicità (che vorrebbe concentrazione delle strutture per conseguire sufficienti economie di scala);
- dell'accesso dei pazienti alle cure entro un termine utile. Il criterio dell'accessibilità territoriale, che vorrebbe strutture numerose, piccole e diffuse, deve essere affiancato da quelli della qualità e della sicurezza e del contenimento dei costi (che vorrebbero una spinta invece verso concentrazione della casistica), anche considerata la presenza di ottimi servizi pre-ospedalieri;
- della disponibilità e della capacità dell'istituto ad adempiere il mandato di prestazioni. Con l'iscrizione sull'elenco ospedaliero, l'istituto sanitario è autorizzato a fatturare le sue prestazioni a carico dell'AOMS per i mandati attribuiti.

La POC ripartisce i mandati di prestazione tra i seguenti fornitori di prestazioni:

- «*gli stabilimenti e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (ospedali)*» (art. 39 cpv. 1 LAMal), e
- «*[...] gli stabilimenti, [gli] istituti o [i] rispettivi reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura)*» (art. 39 cpv. 3 LAMal).

Garantire a tutta la popolazione un accesso e un trattamento alle cure secondo equità, valutata secondo tre dimensioni:

1. l'accessibilità fisica alle strutture;

2. l'assenza di barriere all'entrata connesse allo status socio-economico, all'appartenenza culturale o al passato migratorio e
3. la garanzia di trattamento indipendentemente dalla copertura assicurativa.

Lo studio SUPSI pone l'accento anche su un obiettivo non indicato nella LAMal:

- promuovere condizioni idonee a rispondere ai bisogni formativi del territorio e di favorire (e finanziare) la ricerca.

In quest'ottica richiama le iniziative federali per aumentare i posti nei curricula universitari (bachelor e master), con il masterplan su quattro anni e una dotazione di cento milioni di franchi, la concretizzazione dell'iniziativa "Per cure infermieristiche forti", con incentivi promossi a più livelli per incrementare l'attrattività della professione e il pacchetto PROSAN votato dal Gran Consiglio a febbraio 2022, che ha l'obiettivo di incentivare più persone a intraprendere una formazione sanitaria tramite adeguati sostegni finanziari e di sostenere e incrementare l'**impegno formativo** delle strutture sanitarie.

Qualcuno ha sollevato di recente – e quindi successivamente allo studio della SUPSI – il tema delle partenze di medici non accademici dagli ospedali EOC ritenendo che quest'ultimo abbia assunto troppi professori a discapito di medici clinici, di reparto. Tesi su cui la dirigenza EOC ha fornito le sue motivazioni a sostegno di questa scelta e indicando che il ricambio è fisiologico. Il turnover di primari e capoclinica – soprattutto in seno all'EOC – sembra comunque rimanere eccessivo, ragione per cui la Commissione auspica una ricerca mirata di medici di talento ticinesi attivi e formati in Svizzera.

Per quanto riguarda la ricerca, il rapporto ammette le difficoltà nel correlare questa realtà con il settore ospedaliero, limitandosi a citare gli istituti collegati all'USI (IOR, IRB e IOSI) quali elementi centrali in quest'ambito.

Un altro obiettivo, sicuramente assai rilevante, è la **finalità economica, nel senso che le prestazioni previste devono essere efficaci, appropriate ed economiche.** Per dare concretezza al concetto, l'OAMal prevede che si debbano operare dei confronti dei costi corretti per grado di gravità e tener conto dello sfruttamento di sinergie, del numero minimo di casi e del potenziale di concentrazione delle prestazioni (art. 58d cpv. 1 e 4 OAMal).

Secondo il rapporto sono **cinque gli elementi chiave che favoriscono l'efficienza e dunque la sostenibilità economica:**

- l'appropriatezza clinica (prestazioni utili allo stato di salute del paziente);
- l'appropriatezza organizzativa (ricorso al ricovero dopo aver escluso altri setting organizzativi meno onerosi);
- l'appropriatezza tecnica (utilizzo delle risorse disponibili massimizzando l'output e minimizzando l'input, ad es. accorciamento della durata media di degenza);
- il contenimento dei prezzi unitari dei fattori produttivi (ad es. utilizzo di farmaci generici);
- le economie di scala possibili con dimensioni e volumi sufficientemente ampi.

Da ultimo, il rapporto segnala due aspetti centrali del sistema sanitario svizzero:

- la libertà di scelta dell'assicurato riguardo a operatori e strutture e
- la libertà d'iniziativa economica per i fornitori di cura.

I Cantoni devono mantenere una certa contendibilità del mercato, ad esempio riconoscendo a più strutture (ovviamente anche pubbliche e private) lo stesso mandato (a parità di requisiti).

Il tutto senza dimenticare la competizione a livello nazionale e le strategie della Politica sanitaria federale.

5.2 LE SFIDE DEL SETTORE OSPEDALIERO TICINESE

Il rapporto sugli indirizzi evidenzia che:

- il 72% delle giornate di cura complessive nel settore somatico-acuto è assicurato dall'EOC (compreso CCT);
- il 46% delle giornate di cura nel settore psichiatrico è garantito dalla Clinica psichiatrica cantonale, Mendrisio;
- il 54% delle cure nel settore riabilitativo avviene alla Clinica Hildebrand, Brissago;
- il settore ospedaliero ticinese dà lavoro a ca. 7'000 persone equivalenti a tempo pieno con un indotto lavorativo ed economico di grande impatto. Già solo dai conti dell'EOC si evince che dell'intero valore generato, circa il 72% è distribuito in Ticino (606 milioni nel 2021).

Da un punto di vista geografico vi è una grande concentrazione dell'offerta di cure nel Luganese e nel Locarnese.

Partendo dalla considerazione che il sistema sanitario cantonale è articolato in innumerevoli strutture e numerosi operatori, a fronte di pochi strumenti di coordinamento e a una scarsa diffusione delle reti integrate di cura, il rapporto sviluppa alcuni argomenti a favore di:

- una maggiore concentrazione quali la sicurezza del paziente e la qualità delle cure collegate alle maggiori competenze degli operatori e alla presenza di servizi diversi sotto lo stesso tetto;
- la formazione legata ai volumi minimi e l'attrattività professionale.

Una maggiore concentrazione favorisce lo sviluppo di contesti lavorativi capaci di attirare un numero sufficiente di professionisti, ne permette la selezione e contribuisce alla loro motivazione, così che non abbandonino il settore o il nostro territorio.

Pure le economie di scala e di scopo, dipendenti dai volumi, dal genere di prestazioni offerte e dalle dimensioni ne sarebbero avvantaggiate.

La concentrazione deve però essere bilanciata da una rete di servizi di prossimità che garantisca un accesso equo.

Il rapporto indica **cinque possibili indirizzi strategici** della prossima Pianificazione:

1. perseguire con determinazione un'adeguata allocazione dei servizi sull'asse prossimità/concentrazione.

Oggi gran parte dei bisogni di cura della popolazione residente trova risposta di facile accesso e nelle immediate vicinanze della propria abitazione o del proprio luogo di lavoro, grazie alla densa e forte rete di cure primarie e l'ampia e crescente diffusione sul territorio di case per anziani medicalizzate e di altre strutture sanitarie non ospedaliere. In media, nel 90% dei casi, i mezzi di soccorso arrivano sul luogo dell'evento in quindici minuti.

Gran parte delle prestazioni stazionarie che fino a un recente passato erano erogate in ambito ospedaliero, oggi, senza alcun problema qualitativo, sono assicurate da strutture non ospedaliere, anche in zone periferiche.

Ciò depone a favore di una concentrazione spinta della casistica e delle prestazioni in pochi centri ospedalieri. Nel rapporto si cita l'esempio delle sei maternità in esercizio nel Cantone, i cui volumi d'attività limitati potrebbero comportare rischi in termini di sicurezza, difficoltà nel mantenere aggiornate le competenze degli operatori e nell'attrarre professionisti e costi di infrastruttura non utilizzata a pieno regime.

La Commissione, consapevole che al centro di qualsiasi pianificazione e decisione in ambito sanitario occorra porre la sicurezza e la qualità delle cure, auspica che – compatibilmente con le esigenze poste dalla Legislazione federale – sia dedicata una particolare attenzione all'accessibilità di alcune prestazioni di base, in particolare quelle legate alla nascita e alla cura dei minori. Questa riflessione si impone a maggior ragione per le strutture in cui queste prestazioni sono attualmente offerte e fornite nel rispetto delle esigenze qualitative.

2. Puntare a un ospedale di riferimento per la medicina somatico-acuta e altamente specializzata.

L'accento viene qui messo sulla necessità della formazione e della ricerca insieme all'impegno di rendere il sistema ospedaliero attrattivo per i professionisti e a sostegno dell'opportunità di disporre di un ospedale di riferimento per la medicina altamente specializzata e per le prestazioni multidisciplinari e complesse. Non si tratta solo del Master in medicina umana dell'USI, ma altrettanto quale presupposto per poter offrire un partner affidabile e competente alla filiera della ricerca e dell'industria biomedicale sviluppatasi in Ticino, e poter offrire formazioni specialistiche di qualità ad altri professionisti sanitari non medici.

Il Messaggio non accenna a un vero e proprio **ospedale universitario**. Verosimilmente il tema dovrà essere affrontato nel corso del periodo prospettato per la presente POC al fine di capire meglio i pro e i contro di questa ipotesi, visto che in alcune altre realtà cantonali degli ospedali universitari hanno riscontrato, o riscontrano, delle difficoltà.

3. Continuare a favorire dinamicamente l'appropriatezza organizzativa.

Vista la costante diminuzione della degenza media e la progressiva differenziazione dei setting di cura integrati ai diversi percorsi di assistenza (RAMI, CAT/STT, case per anziani, cure a domicilio), occorre monitorare i criteri d'accesso dei pazienti ai vari comparti, la loro efficacia clinica-assistenziale, l'adeguatezza del mix di personale assegnato e le modalità di finanziamento.

4. Promuovere la definizione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) di tipo integrato per le patologie ad alta prevalenza o rilevanza.

I PDTA favoriscono la standardizzazione di alcuni "itinerari clinici" interni al contesto ospedaliero e coinvolgono i principali attori a monte e a valle del ricovero. I PDTA facilitano la promozione della conoscenza e del confronto tra gli attori, nonché ad es. l'integrazione dei sistemi informatici. Ne è un esempio la rete REHA Ticino che promuove la progettazione di percorsi del paziente condivisi tra strutture pubbliche (EOC) e private (Clinica Hildebrand, centro di riabilitazione, Brissago).

5. Migliorare le informazioni a disposizione di pazienti e popolazione.

Vista la centralità della libertà di scelta medico-sanitaria, bisogna permettere al paziente di usufruire di informazioni rilevanti, trasparenti, veritiere e chiare come ad es. il numero di casi trattati dall'ospedale, dalle équipes e dai singoli medici, i titoli dei medici, i contratti-tipo, i rapporti delle ispezioni di qualità o i risultati dei sondaggi tra i pazienti. Il tutto creando una sana competizione tra i vari attori. In quest'ottica la Commissione ritiene però che, oltre all'informazione, vada contemporaneamente promosso anche lo sviluppo di una comunicazione rispettosa ed esperta fra curanti e pazienti, in particolare attraverso la specifica formazione degli operatori medici, sanitari e amministrativi su questa tematica.

Circa la **digitalizzazione della medicina**, il Messaggio non spende molte parole su questo ambito molto attuale e di cui si parla molto in vari altri ambiti.

La scrivente Commissione ritiene che la digitalizzazione potrebbe diventare un asse strategico di innovazione interessante considerando che in Ticino abbiamo un EOC con numeri importanti, una facoltà di biomedicina con la formazione di master in medicina, un istituto all'avanguardia nell'IA come l'ISDI, una facoltà di informatica all'USI e il Centro svizzero di calcolo.

6. I LAVORI DELLA COMMISSIONE DI PIANIFICAZIONE SANITARIA

La Commissione della pianificazione sanitaria, prevista quale organo consultivo del Consiglio di Stato ai sensi dell'art. 64 lett. b LCAMal, è stata costituita dal Consiglio di Stato il 31 agosto 2022. Essa ha coinvolto tutti gli ambienti interessati e ha riunito rappresentanti della Divisione della salute pubblica del DSS, dell'EOC, dell'Associazione Cliniche Private Ticinesi, dell'Ordine dei medici del Cantone Ticino, degli assicuratori malattia, dell'Associazione consumatrici e consumatori della Svizzera italiana, della Federazione Cantonale Ticinese dei Servizi Autoambulanze, dell'Associazione dei Comuni in ambito socio-sanitario e dell'Associazione dei direttori delle Case per anziani della Svizzera Italiana.

Oltre alle discussioni durante le riunioni, ai membri è stato richiesto un parere scritto che è raccolto in un file di 57 pagine allegato al Messaggio sulla POC. Alcuni di questi membri sono stati sentiti durante i lavori commissionali pertanto si tornerà, per quanto necessario in tema nell'apposito capitolo. Va evidenziato, senza troppa sorpresa, che spesso le posizioni si contrappongono. Non sono mancate alcune critiche sulle tempistiche di coinvolgimento dei membri della Commissione di pianificazione sanitaria. Da qui almeno lo sforzo della Sottocommissione POC della scrivente Commissione di sentire alcuni di essi al di là delle singole prese di posizione scritte.

6.1. SULLO STUDIO SUL FABBISOGNO

6.1.1 Valutazione critica tra previsioni e dati storici

Per quanto riguarda il fabbisogno nel settore somatico-acuto, per verificare l'attendibilità del modello della GD-ZH, la Commissione ha ritenuto importante confrontare i dati della

previsione fatta per la precedente Pianificazione con i dati effettivi consolidati nel frattempo.

Studio sul fabbisogno 2010-2020 con la correzione apportata ai dati di partenza che includevano ospedalizzazioni improprie					
	Dati effettivi 2010	Previsione 2020	Dati effettivi 2019	Differenza dati effettivi 2019 vs Stima 2020	
CASI	53'891	58'591	57'095	-1'496	-2.6%
GIORNATE	365'878	338'045	364'214	26'169	7.7%
DEGENZA MEDIA	6.8	5.8	6.4	0.6	10.6%

Rispetto a quanto prospettato, la degenza media non è diminuita nella misura prevista. Ciò potrebbe essere spiegabile fondamentalmente con tre fattori:

- la percentuale di persone anziane più alta che nel resto della Svizzera;
- lo sviluppo più lento dell'effetto di sostituzione tra stazionario e ambulatoriale e
- la mancanza di posti letto per la fase post-acuta rispetto a quanto prospettato dalla Pianificazione del 2015 (30 letti RAMI OBV aperti solo al 1° gennaio 2022 e mancata apertura di 60 letti RAMI nel Luganese, previsti come sviluppo dell'offerta di medicina di base presso la Clinica San Rocco, ma non attivati a seguito del ricorso della Clinica Luganese Moncucco SA che ha assorbito la struttura).

Nel complesso, tenuto conto delle innumerevoli incertezze e dei tanti fattori aleatori, il confronto con l'evoluzione effettiva ha **comunque** dimostrato **un buon grado di affidabilità del modello previsionale**.

La Commissione ha inoltre chiesto spiegazioni relativamente al fabbisogno in crescita nell'ambito di ostetricia e neonatologia (131 nascite in più dal 2019 al 2032) apparentemente in contrasto con l'evoluzione demografica. L'Ufficio federale di statistica ha indicato che i calcoli GD-ZH si basano sulle sue previsioni demografiche: il fenomeno migratorio comporta un aumento sia delle donne in età fertile, sia del numero di figli per donna, da 1.29 nel 2019 a 1.37 nel 2032.

6.1.2 Modello di Zurigo e correttivi

La Commissione ha criticato l'applicazione dei correttivi adottati dalla metodologia della GD-ZH per la previsione 2032 e l'allineamento parziale alla durata media di degenza svizzera e al tasso di ospedalizzazione svizzero.

Sentito in merito un esperto della GD-ZH, quest'ultimo, dopo spiegazioni tecniche per cui si rinvia il lettore curioso al Messaggio, ha confermato che

- la tendenza alla riduzione della durata di degenza media è un trend già in corso negli ultimi anni anche nel Cantone Ticino, come nel resto della Svizzera, e si verifica soprattutto nelle classi d'età più avanzate, come risulta dalla tabella seguente.

Anno	classi di età				
	0-59	60-69	70-79	80-89	90+
2012	4.62	6.96	8.79	11.11	11.98
2013	4.50	6.95	8.62	10.95	11.59
2014	4.48	6.73	8.76	10.99	11.95
2015	4.33	6.77	8.50	10.58	11.71
2016	4.26	6.84	8.34	10.60	11.52
2017	4.17	6.58	8.12	10.14	11.11
2018	4.16	6.28	7.65	9.50	10.15
2019	4.11	6.38	7.66	9.27	10.21
Diminuzione media annua 2012- 2019	-1.9%	-1.8%	-2.0%	-2.7%	-2.8%

Inoltre, la durata di degenza ha un'influenza solo relativa sull'esito della Pianificazione ospedaliera. Quest'ultima deve in effetti basarsi sulle prestazioni (casi) e non sulle giornate. Le giornate di cura (derivanti dalla durata media di degenza) influenzano le capacità in termini di letti, che tuttavia per il settore somatico-acuto non possono più essere pianificati, ma la cui stima è lasciata ai singoli fornitori di prestazione.

- Circa l'allineamento al tasso di ospedalizzazione svizzero.
Il modello della GD-ZH parte dall'assunto che nell'ambito sanitario (e anche nel settore stazionario somatico-acuto) esista una sovra offerta e non una sotto dotazione. Tale ipotesi è suffragata da studi scientifici indipendenti che dimostrano come nell'ambito stazionario somatico-acuto vi sia un potenziale di miglioramento dell'efficienza nell'erogazione delle prestazioni del 20%.
Va ricordato che le sentenze del TAF sulla POC 2015 hanno stigmatizzato le modifiche effettuate dal Cantone applicando criteri propri al modello scientifico scelto. Si ritiene pertanto che le risultanze dell'analisi della GD-ZH, non debbano essere corrette.
- Variabilità degli scenari.
La Commissione ha rilevato che la presentazione di tre scenari con uno scarto fra gli stessi di notevole entità non favorisce un'analisi accurata del fabbisogno, né permette di identificare ove vi sia un esubero di offerta, documentata a livello svizzero attorno al 20%. Un altro appunto alla metodologia di Zurigo è relativo alla mancata considerazione del fattore epidemiologico, che ha portato alcuni membri a suggerire di adottare la previsione di casi dello scenario massimo, mentre altri hanno considerato troppo alto già lo scenario di riferimento.

- Coordinamento tra le varie Pianificazioni e incidenza delle modifiche legislative in atto.

Sono state sollevate critiche relativamente all'allestimento delle Pianificazioni di settore senza considerare a sufficienza le interconnessioni tra le stesse (anziani e cure a domicilio – invalidi – sociopsichiatria), quando invece per garantire la stabilità e l'adeguatezza dell'offerta ospedaliera andrebbe rafforzata e coordinata la presa in carico a monte e a valle della degenza ospedaliera.

Il Governo ritiene per contro che in realtà una risposta sia stata data con la Pianificazione integrata LAnz-LACD 2021-2030 (cfr. Messaggio n. 8095 del 15 dicembre 2021 approvato dal Gran Consiglio il 23 gennaio 2023), su uno scenario strategico di sviluppo moderato dell'offerta stazionaria (+26% all'orizzonte 2030) e al rafforzamento invece del mantenimento a domicilio (+62%) e dei servizi d'appoggio e aiuti diretti (105%).

La Commissione ritiene, tuttavia, che una migliore integrazione tra le varie Pianificazioni debba essere fatta in quanto spesso fanno parte di un unico iter continuativo del paziente e cittadino, il quale prima della casa anziani passa dall'ospedale e prima di dover essere ricoverato disponeva di un aiuto domiciliare.

In riferimento allo sviluppo dell'offerta ambulatoriale, che potrebbe essere fortemente influenzata dall'applicazione delle disposizioni sulla limitazione dell'ammissione di nuovi medici, da quelle sull'obbligo di presa a carico ambulatoriale per alcuni interventi chirurgici (AvoS) e dal sistema di finanziamento uniforme delle prestazioni (EFAS), sono però emerse due visioni opposte: chi ritiene il ricorso alle cure ambulatoriali sottostimato e chi invece lo vede sopravvalutato.

- Incidenza della scarsità di risorse di personale.

La Commissione ha criticato il fatto che la penuria di personale (in particolare medici e infermieri) non sia stata considerata quale fattore d'incidenza nello studio del fabbisogno di cure. A questo proposito, la GD-ZH ritiene che non sia possibile parametrizzare, standardizzare e rendere misurabile nel tempo questo aspetto.

6.2 INDIRIZZI STRATEGICI

La Commissione ha giudicato in parte lo studio troppo discorsivo e troppo parco di dati su costi, tassi di occupazione e numeri di casi, ritenuti elementi fondamentali sui quali basare le scelte pianificatorie, aggiungendo che il testo avrebbe dovuto includere maggiori confronti intercantonali, con esempi concreti di pianificazioni ospedaliere e relative implicazioni su qualità e costi. Alcuni hanno lamentato anche una scarsa contestualizzazione della realtà ticinese, che vede una forte presenza di istituti privati, rimproverando allo studio la predominanza di temi analizzati prevalentemente da un'ottica pubblica. Infine, sembra essere mancata una riflessione sulle, purtroppo, probabili epidemie e pandemie che il sistema potrebbe essere chiamato ad affrontare.

6.2.1 Concentrazione e prossimità

La Commissione è unanime nel concordare che la concentrazione della medicina specialistica vada sostenuta.

Il suggerimento di mantenere un certo livello di concentrazione con l'obiettivo di migliorare sicurezza, qualità e livello di formazione per il personale medico e curante, nonché di attirare profili di spessore, d'investire nella ricerca e operare economie di scala, non ha raccolto l'unanimità della Commissione. Alcuni membri hanno sostenuto che la pluralità di mandati assicurata su più sedi favorisca invece l'arrivo di nuovi medici in Ticino e permetta di evitare monopoli che rendono meno attrattivo il posto di lavoro, con uno scadimento qualitativo nelle strutture che si vedono ridotti i mandati. Altri hanno insistito sull'ospedale unico di riferimento per la medicina altamente specializzata, ciò che permetterebbe di convogliare formazione e ricerca su un unico polo, in sinergia con il Master in medicina umana. C'è chi ha osservato che la concentrazione come la prossimità richiederanno un ripensamento dell'organizzazione dei servizi preospedalieri con il rafforzamento di prestazioni come la guardia medica presente alla centrale d'allarme, la telemedicina e la gestione dei trasferimenti tra istituti.

La Commissione rileva che sia un peccato quanto emerso in quella Commissione: si ritiene che in ambito somatico-acuto, in particolare nelle attività chirurgiche, sarà importante concentrare le attività chirurgiche più sofisticate in uno o due strutture in modo da raggiungere i numeri auspicati anche dalle Casse malati.

Più piccole e diffuse sul territorio saranno le strutture stazionarie e meno attrattive saranno per i medici svizzeri o formati in Svizzera negli ospedali universitari, con conseguente impiego di medici stranieri (italiani) e allontanamento del Ticino dalla rete di ospedali svizzeri.

Invero, vi è chi ritiene che siamo già in ritardo rispetto alla volontà parlamentare espressa già qualche anno fa di convogliare formazione e ricerca su un unico polo, in sinergia con il Master in medicina umana. Sarà fondamentale che EOC e in particolare Clinica Luganese (Moncucco) superino l'attuale difficoltà di condividere i mandati MAS sotto un unico cappello onde evitare di far perdere mandati importanti al Ticino, soprattutto per l'incapacità di raggiungere i numeri (casi) minimi fissati a livello nazionale. Riflessione, questa, da ricollegare al tema precedente dell'ospedale universitario.

6.2.2 Problematiche legate al personale

Il tema non è stato ritenuto sviluppato a sufficienza. La questione non può essere risolta con una maggior concentrazione dei mandati. Una maggiore attenzione per la formazione del personale attivo in casa per anziani e una collaborazione strutturata tra le case per anziani e gli ospedali in ambito geriatrico e psicogeriatrico potrebbero evitare ospedalizzazioni oggi necessarie a seguito di competenze non adeguate a gestire casi problematici. Ad ogni buon conto, la Commissione ritiene che si debba agire sul lato formativo (cfr. ProSan) ma anche su quello volto a evitare l'abbandono precoce del mestiere.

6.2.3 Mandati e sostenibilità finanziaria

A dire della Commissione, questo aspetto non è stato trattato adeguatamente nello studio SUPSI. Alcuni mandati richiedono requisiti sempre più onerosi (cure intense, cure intermedie e presenza di specialisti in sede) ciò che potrebbe indurre alcuni istituti a rinunciare a determinate prestazioni ponendo gli attori restanti in gravi difficoltà. È stato

pertanto evidenziato che il Cantone potrebbe essere chiamato a intervenire finanziariamente per garantire l'erogazione di determinate prestazioni.

6.2.4 Percorsi di cura standardizzati

La Commissione è apparsa divisa: alcuni hanno ritenuto questo obiettivo un passo importante che sarà sicuramente favorito dall'introduzione generalizzata della cartella informatizzata, altri hanno intravvisto il pericolo che gli ospedali si appropriino di ulteriori spazi nella medicina ambulatoriale senza un vero miglioramento per il paziente, altri ancora ne hanno sottolineato le potenzialità per una riorganizzazione del settore sanitario, che possa promuovere collaborazioni e sinergie, ridefinire gli obiettivi e condividere risorse umane, tecnologiche e finanziarie.

6.2.5 Informazione alla popolazione

La Commissione ha condiviso l'importanza di un'informazione fruibile per il paziente (anche sui costi del sistema sanitario), al fine di consentire scelte consapevoli. Questo sarebbe un compito però precipuo del Cantone che dovrebbe organizzare un sistema informativo obiettivo sulla qualità delle prestazioni erogate dai vari attori sul territorio. Si rinvia a quanto sopra indicato per quanto attiene anche la necessità di incentivare anche la comunicazione fra attori sanitari e pazienti.

7. LE PRESTAZIONI ECONOMICAMENTE D'INTERESSE GENERALE

Il nuovo art. 65 lett. d) LCAMal attribuisce al Gran Consiglio la competenza di determinare la partecipazione del Cantone ai costi delle prestazioni economicamente d'interesse generale. Il Governo, di fatto, riprende le prestazioni finanziate al momento attuale. In seguito, eventuali cambiamenti verranno sottoposti per preavviso alla speciale Commissione di controllo istituita in base al nuovo art. 65a LCAMal.

Il messaggio annuale sui conti consuntivi del Cantone dettaglia in un capitolo apposito le singole componenti del contributo globale versato agli istituti riferite all'anno precedente. Per contro, con l'approvazione del Preventivo del Cantone il Gran Consiglio prende atto della spesa globale prevista per il comparto ospedaliero, spesa che comprende anche le prestazioni d'interesse generale e che non è dettagliata per struttura, per non influenzare i margini di trattativa con i singoli istituti.

7.1 PRESTAZIONI D'INTERESSE GENERALE PREVISTE PER TUTTI GLI ISTITUTI OSPEDALIERI

7.1.1 Formazione post-diploma dei medici assistenti

Il Cantone riconosce a tutti gli istituti ospedalieri un contributo per la formazione post-diploma dei medici assistenti. Il finanziamento è previsto per i medici assistenti in perfezionamento ai sensi del Regolamento per il perfezionamento professionale (RPP) dell'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM), versione del 19 dicembre 2019¹; in

¹ https://www.siwf.ch/files/pdf7/wbo_i.pdf

particolare, è sovvenzionato il primo perfezionamento e l'eventuale formazione approfondita (ad esempio quella in geriatria che presuppone inizialmente il perfezionamento in medicina interna generale). Questo contributo è stabilito in 15'000 franchi all'anno per posto di medico assistente a tempo pieno.

Per l'anno 2021 (ultimo dato disponibile) sono stati versati 4.7 milioni di franchi per un totale di 312.5 medici assistenti a tempo pieno.

7.1.2 Riconoscimento di uno sgravio per l'accompagnamento formativo negli enti sociosanitari

Si tratta di una delle misure previste dal Piano d'azione per il rafforzamento della formazione professionale nel settore sociosanitario (PRO SAN 2021-2024) oggetto del Messaggio n. 8009 del 9 giugno 2021, evaso dal Gran Consiglio il 23 febbraio 2022.

Con questa misura si è inteso estendere, a partire dal 2023, a tutte le strutture ospedaliere finanziate con contratto di prestazione il riconoscimento di uno sgravio per l'accompagnamento formativo, sgravio previsto a titolo sperimentale dal 2019 nel calcolo della dotazione del personale di cura e assistenza degli enti finanziati dall'Ufficio anziani e cure a domicilio.

L'obiettivo di questa misura, auspicata da diversi atti parlamentari e prevista anche dalla nuova Legge federale sulla promozione della formazione in cure infermieristiche, adottata il 16 dicembre 2022 come prima tappa d'attuazione dell'iniziativa popolare "Per cure infermieristiche forti" accolta dal popolo il 28 novembre 2021, è di permettere agli enti una gestione della formazione pratica degli studenti del settore sociosanitario maggiormente organizzata e riconosciuta anche dal punto di vista finanziario. Con questa misura, complementare all'adozione di un sistema di incentivi (modello bernese), s'intende quindi sostenere gli enti nello svolgimento della loro attività formativa, accordando loro un'adeguata dotazione di personale dedicato a questo importante compito di accompagnamento di apprendisti e allievi delle scuole sociosanitarie della Divisione della formazione professionale e della SUPSI.

Lo sgravio, valutato complessivamente a 3 milioni di franchi, sarà introdotto progressivamente nei contratti di prestazione a partire dal 2023 con il finanziamento di 1 milione di franchi distribuito in modo proporzionale tra gli istituti, a dipendenza dell'impegno formativo richiesto.

7.2 PRESTAZIONI DI INTERESSE GENERALE PREVISTE PER IL SOLO ENTE OSPEDALIERO CANTONALE

7.2.1 Consulori di salute sessuale (CoSS)

I CoSS sono stati inseriti nelle quattro sedi degli ospedali regionali dell'EOC da ormai una ventina d'anni. Per l'anno 2021 sono stati versati 1.2 milioni di franchi.

7.2.2 Piano di messa in allarme dei servizi ospedalieri (Piano MASO)

L'EOC, nel quadro del Servizio sanitario coordinato, applica un piano di catastrofe che prevede anche l'aggiornamento continuo sia del piano stesso, sia del personale, per un costo complessivo stimato a 60'000 franchi annui. A questi si aggiungono altri 140'000 franchi annui per garantire allo Stato la prontezza in caso di pandemia, disponendo di una certa riserva di materiale sanitario e di medicinali. Dal 2012, il totale annuo erogato per questa prestazione è di 200'000 franchi.

7.2.3 Coordinatrice organizzazione espianti

L'art. 56 della Legge federale sui trapianti attribuisce ai Cantoni l'organizzazione e il coordinamento delle attività attinenti ai trapianti e prevede segnatamente che vi sia una persona incaricata del coordinamento locale. Il Consiglio di Stato, in data 26 giugno 2007, aveva delegato all'EOC tali compiti.

L'EOC ha assunto già nel 2010 una coordinatrice locale al 40% presso l'Ospedale Regionale di Lugano, sede Ospedale Civico, assumendosi i costi relativi. Dal 2012 questo costo è finanziato dal Cantone con un versamento annuale di 45'300 franchi.

7.2.4 Cartella informatizzata del paziente

La cartella informatizzata del paziente è uno strumento di salute pubblica, disciplinato dall'omonima Legge federale del 19 giugno 2015 (LCIP), che consente di migliorare la comunicazione e il coordinamento degli attori sanitari, aumentare la sicurezza e il coinvolgimento del paziente e, a lungo termine, contenere i costi del sistema sanitario. Per l'implementazione a livello cantonale è stata costituita quale comunità di riferimento l'Associazione e-health Ticino.

Anche per beneficiare dei contributi federali previsti per l'avvio di questo strumento, dal 2019 il Cantone Ticino partecipa al finanziamento dei costi dell'Associazione, per il tramite del contributo per le prestazioni d'interesse generale all'EOC. Inizialmente il contributo è stato limitato a 300'000 franchi annui per cinque anni (fine 2023).

La LCIP è attualmente in fase di profonda revisione. Ad esempio, vi è la prospettiva di considerare la cartella informatizzata come uno strumento dell'assicurazione malattia, offrendo così alla Confederazione un margine di manovra più ampio per disciplinare in dettaglio competenze e compiti federali e cantonali. Nell'attesa che il processo sia completato, la Confederazione prevede una modifica parziale che dovrebbe permettere, attraverso un finanziamento transitorio duale (Confederazione e almeno un pari importo da parte dei Cantoni) di dare un ulteriore impulso al progetto. Nel concreto si tratterebbe di elargire un contributo per cartella informatizzata in essere. Discussioni sono attualmente in atto per definire l'entità del contributo. L'evoluzione della situazione e le modifiche che verranno adottate a livello federale potrebbero indurre a riconsiderare l'organizzazione nonché le modalità e l'entità dei finanziamenti cantonali.

Ciò detto, la Commissione ritiene di dover porre l'accento sul fatto che la digitalizzazione della medicina è un progetto strategico che va aldilà della cartella informatizzata del paziente. Come detto in precedenza, potrebbe essere un asse di innovazione strategico per il Ticino, laddove si ritiene che le premesse ci siano.

7.2.5 Centri di primo soccorso

Presso gli ospedali di Faido e Acquarossa sono operativi due centri di primo soccorso (CPS), diretti da un medico con la funzione di responsabile che si avvale della collaborazione dei medici assistenti presenti in sede e di un responsabile infermieristico con la specializzazione post diploma in cure urgenti. Durante il giorno il CPS dispone di personale dedicato, mentre il servizio di guardia presente in struttura garantisce il servizio nelle fasce serali e notturne. Presso i CPS sono installati una radiologia convenzionale, un laboratorio "point of care" e un apparecchio di elettrocardiografia.

A titolo di prestazione d'interesse generale il Cantone versa all'EOC (dal 2018) 249'700 franchi per ogni centro (in totale 499'400 franchi), corrispondente alla dotazione di personale minima per il funzionamento sopraindicato.

7.2.6 Istituto pediatrico della Svizzera italiana (IPSI)

A seguito di una mozione che chiedeva la creazione di un'unità di cure intensive cantonale rivolta a neonati e pazienti pediatriche e del relativo Messaggio governativo n. 7343 del 5 luglio 2017, il 16 ottobre 2018 il Gran Consiglio ha confermato la necessità e la possibilità di disporre anche nel nostro Cantone di un'unità di cure intermedie neonatali di livello IIB e ha invitato il Consiglio di Stato a considerare dette cure neonatologiche e pediatriche quali prestazioni d'interesse generale, prevedendo di conseguenza un finanziamento di circa 1 milione di franchi a copertura del fabbisogno non coperto dalle tariffe negoziate con gli assicuratori malattia.

Nell'ambito della negoziazione del contratto di prestazione 2022, i servizi preposti hanno stabilito le modalità di calcolo del contributo cantonale quale partecipazione al finanziamento del disavanzo d'esercizio delle cure intermedie di livello IIB e pediatriche dell'Istituto pediatrico della Svizzera italiana (IPSI). Retroattivamente al 2019, il contributo è stabilito in circa 0.8 milioni di franchi all'anno.

7.2.7 Contributo per attività di sostegno nel reparto pediatrico

L'integrazione di attività ludiche e pedagogiche nei piani di cura dei pazienti è una necessità avvertita e richiesta da tutti gli ospedali pediatrici nazionali. All'interno dell'EOC è inserita la figura di una docente integrata nel team pediatrico presso l'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, sede Ospedale San Giovanni, in ragione di 4 ore al giorno, mentre all'Ospedale Regionale di Lugano, sede Ospedale Civico, è presente un educatore in funzione della casistica a supporto dell'équipe curante. Le attività si snodano tra gioco, aiuto nei compiti, attività creative, accompagnamento durante le terapie e ascolto dei genitori, fornendo se del caso sostegno nella risoluzione di problemi pratici. Le figure pedagogiche rappresentano un aiuto concreto per l'équipe anche per distrarre il bambino, motivarlo nel mangiare o nel digiunare, nonché per accompagnarlo nei vari spostamenti all'interno dell'ospedale per affrontare gli esami diagnostici e/o le terapie.

Il contributo richiesto è di 70'000 franchi all'anno.

7.2.8 Contributo per il centro di competenza malattie rare

L'EOC rappresenta la Piattaforma Malattie Rare Svizzera italiana all'interno dell'Associazione Coordinamento nazionale per le malattie rare (KOSEK) fondata a Berna nel 2017. Nell'attesa della nuova legge federale che dovrà assicurarne il finanziamento,

ritenuta la componente di salute pubblica della tematica e considerato che i progetti in corso presso l'EOC sono coperti solo parzialmente dalle fatturazioni TARMED, si riconosce all'EOC un contributo annuale di 90'000 franchi.

7.2.9 Contributo per il mantenimento di uno studio medico a Cevio, presso il centro sociosanitario

Negli ultimi anni l'EOC, e in particolare l'Ospedale Regionale di Locarno, assicurano le prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche erogate presso lo studio medico situato nel Centro sociosanitario di Cevio e accolgono i pazienti provenienti dallo stesso garantendo una continuità di presa in carico, formando in particolare i medici che intendono insediarsi poi come medici di famiglia in Valle Maggia. Si rafforza il concetto di rete territoriale, permettendo ai medici del centro sociosanitario di avere accesso alle competenze specialistiche dell'ospedale e garantire a quest'ultimo di mantenere un'antenna sul territorio, di poter offrire ai candidati medici dell'USI ulteriori possibilità formative supervisionate da EOC e ai medici assistenti di perfezionare la formazione post-diploma presso il centro sociosanitario. La gestione dello studio medico all'interno del centro sociosanitario e la concretizzazione di quanto sopraesposto (aspetti di cura e formazione) generano dei costi che la fatturazione delle prestazioni non permette al momento attuale di coprire. In questo senso la prestazione d'interesse generale, valutata in 70'000 annui franchi è considerata per un periodo di tre anni. Nell'autunno 2025, in occasione delle negoziazioni 2026, dovrà essere in ogni caso rivalutata.

La Commissione ritiene che per queste realtà discoste, ma non solo, anche il ruolo dei medici di famiglia dovrà essere valorizzato a livello locale ad es. con un sostegno finanziario per la locazione e l'acquisto macchinari da parte di Comuni, Patriziati e/o Consorzi alfine di assicurare un minimo di attrattività per il medico.

8. MODULI DI SOLLECITAZIONE DELL'OFFERTA E I REQUISITI PER L'OTTENIMENTO DEI MANDATI

8.1 BASI LEGALI

L'assegnazione dei mandati pianificatori deve avvenire entro i limiti definiti dalle basi legali di riferimento.

8.1.1 Disposizioni federali

L'art. 39 cpv. 2ter LAMal assegna al Consiglio federale il compito di emanare dei criteri di pianificazione uniformi in base a qualità ed economicità. Le relative normative si trovano agli art. 58a-58f OAMal, ampliati e precisati con revisione del 23 giugno 2021, entrata in vigore il 1° gennaio 2022. Ne risulta che il fabbisogno di cure della popolazione, in base al quale i Cantoni sono pertanto tenuti a pianificare le cure stazionarie offerte sul proprio territorio (art. 39 cpv. 1 let. d e cpv. 2 LAMal), deve essere determinato dalla valutazione della statistica medica e dei fattori d'influenza rilevanti per la previsione del fabbisogno, dalla presa in considerazione dell'offerta di cure fornite da istituti che non figurano sull'elenco e dai ricoveri stazionari di pazienti ticinesi fuori Cantone. I Cantoni devono altresì considerare l'economicità e la qualità della fornitura di prestazioni, l'accesso dei pazienti alle cure entro un termine utile e la disponibilità e la capacità dell'istituto ad adempiere al mandato di prestazioni (art. 58b OAMal).

Per la valutazione dell'economicità degli ospedali, i Cantoni devono effettuare dei confronti dei costi corretti per il grado di gravità (art. 58d cpv. 1 OAMal). Per la valutazione della qualità devono invece verificare che dispongano del necessario personale qualificato, di un adeguato sistema di gestione della qualità, di un sistema interno di rapporti e d'apprendimento appropriato, dell'adesione a una rete di notifica di eventi indesiderabili uniforme a livello svizzero nonché delle attrezzature che consentono di partecipare alle misurazioni nazionali della qualità e di garantire la sicurezza delle terapie farmacologiche, in particolare mediante il rilevamento elettronico dei medicinali prescritti e dispensati (art. 58d cpv. 2 lett. a-e OAMal). Oltre a ciò, nella valutazione degli ospedali, il Cantone deve anche 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 (art. 58d cpv. 4 OAMal).

8.1.2 Legge cantonale

Oltre ai criteri fondamentali di economicità, qualità, accessibilità alle cure in tempi utili, disponibilità e capacità dell'istituto ad adempiere al mandato di prestazioni, la 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.

8.1.3 Raccomandazioni della CDS²

Le raccomandazioni della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) hanno lo scopo di promuovere un'interpretazione unitaria degli obblighi pianificatori dei Cantoni e di favorire il coordinamento intercantonale ai sensi dell'art. 39 cpv. 2 LAMal. Le raccomandazioni della CDS non sono giuridicamente vincolanti e spaziano su tutti gli ambiti della presa a carico stazionaria. La versione attualmente in vigore è stata approvata dall'Assemblea plenaria della CDS il 20 maggio 2022 e tiene conto della recente modifica dell'OAMal sui criteri di pianificazione (art. 58a segg.) e della giurisprudenza del Tribunale federale (TF) rispettivamente del Tribunale amministrativo federale (TAF).

Le Raccomandazioni, tra l'altro, includono:

- la catalogazione delle cure stazionarie secondo il concetto di gruppi di prestazioni sviluppato dal Cantone Zurigo (SPLG);
- il rispetto, per l'assegnazione di un mandato di prestazione, del criterio dell'economicità;
- l'obbligo di includere nei mandati di prestazione l'obbligo di partecipazione alle misure di promozione e misurazione della qualità dell'Associazione nazionale per la qualità (ANQ);
- la possibilità per i Cantoni di definire l'accessibilità alle cure entro tempi utili come criterio importante per l'ottenimento di un mandato di prestazione;

² [Raccomandazioni sulla pianificazione ospedaliera versione francese](#)
[Raccomandazioni sulla pianificazione ospedaliera versione tedesca](#)

- la possibilità di fissare un numero minimo di casi per determinati gruppi di prestazioni (art. 58d cpv. 4 e 58f cpv. 4 lett. f) OAMal);
 - la possibilità per i Cantoni di prevedere il contenimento dei volumi al fine di evitare cure stazionarie inutili e sovracapacità;
 - la possibilità di considerare le condizioni di lavoro come un criterio per l'attribuzione di un mandato di prestazione;
 - inserire tra i criteri per l'assegnazione dei mandati quello della formazione;
 - il controllo periodico del rispetto dei mandati di prestazione, pena sanzioni.
- Per il dettaglio delle 16 Raccomandazioni si rinvia al Messaggio, pag. 35-37.

La scrivente Commissione evidenzia come, di fatto, il margine di manovra proprio come quello delegato al Consiglio di Stato sia limitato dai criteri stabiliti a livello di diritto superiore. Il margine di manovra è ancora più limitato se non si inseriscono altri criteri o si consolidano quelli già esistenti. Si veda ad es. il numero minimo di casi per operatore che comunque differiscono da GD-ZH o non appaiono nei dati. I criteri devono pertanto essere espliciti e costi delle prestazioni possono essere un criterio di scelta.

8.2. PROCESSO DI CANDIDATURA

Ogni settore (somatico-acuto, psichiatria e riabilitazione) prevede il raggruppamento in discipline delle prestazioni erogate e, nell'ambito somatico-acuto e psichiatrico, un'ulteriore scomposizione in gruppi di prestazioni. Dopo di che figura l'elenco dei requisiti minimi di qualità ai sensi dell'art. 58d OAMal e di quelli legati a ogni disciplina e/o gruppo di prestazioni chiedendo di confermare la loro presenza o meno al momento della compilazione. I fogli seguenti sono riferiti alle singole prestazioni per le quali l'istituto pone o meno la sua candidatura.

Per il settore somatico-acuto il raggruppamento dei gruppi di prestazione e la definizione dei requisiti specifici per l'attribuzione dei mandati è stata consolidata e recepita nei suoi principi anche dalle nuove e più precise disposizioni federali sui criteri di pianificazione, segnatamente all'art. 58f OAMal. Come visto, questo modello è anche raccomandato dalla CDS ed è il più diffuso a livello nazionale. Sul piano cantonale, il suo utilizzo è stato ancorato all'art. 1bis del vigente decreto legislativo sull'elenco pianificatorio, quale tassello della risposta legislativa all'iniziativa popolare per la qualità e la sicurezza delle cure ospedaliere. Le prestazioni sono raggruppate in 25 discipline suddivise a loro volta in 149 gruppi di prestazioni che tengono conto della complessità del trattamento e dovranno considerare anche la suddivisione in prestazioni: a) pacchetto base (BP), b) prestazioni specialistiche (PS) e c) multidisciplinari e complesse (MDC). Per le 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).

La Commissione ritiene che questi elementi dovranno figurare nell'offerta e per meglio capire come il DSS intenderà procedere si è postulata una seconda audizione di cui si dirà nel capitolo 12.

I requisiti associati ai gruppi di prestazioni stabiliscono in particolare il tempo di reperibilità del personale medico in sede, la tipologia di specializzazione medica richiesta, il livello di pronto soccorso, di medicina intensiva o di cure continue, l'articolazione del tumorboard,

la composizione delle collaborazioni in sede o esterne e i volumi minimi per poter ambire all'ottenimento del mandato.

Per il settore psichiatrico il modello prevede due distinte tipologie di offerta: completa o specialistica, declinate in 17 discipline a loro volta suddivise in 23 gruppi di prestazioni.

Per il settore della riabilitazione la sistematica dalla GD-ZH risulta eccessivamente dettagliata per la casistica ticinese. Per queste ragioni si è deciso d'impostare la pianificazione delle cure stazionarie in riabilitazione sulla base della sistematica sviluppata dalla CDS con i relativi requisiti minimi³. La sistematica raggruppa le prestazioni in 14 discipline e stabilisce i requisiti strutturali e organizzativi minimi per disciplina.

I tre moduli sono allegati al messaggio.

9. PROPOSTE CONCRETE

Tenuto conto di quanto precede, le considerazioni finali del Governo sono le seguenti:

9.1 STUDIO SUL FABBISOGNO

Nonostante le critiche emerse dalla Commissione sanitaria, sono confermate le risultanze dell'analisi della GD-ZH (scenario principale), senza apporre correttivi di sorta.

Lo studio sul fabbisogno per l'attuale Pianificazione, effettuato già secondo la metodologia della GD-ZH sulla base dei dati effettivi di attività del 2010, ha dimostrato una buona attendibilità, tenuto conto dei numerosi fattori di aleatorietà.

Secondo gli scenari principali di riferimento, la situazione con orizzonte temporale 2032 si presenta pertanto come segue:

	Numero di pazienti (Casi)	Differenz a rispetto al 2019		Numero di giornate di cura	Differenz a rispetto al 2019	
Settore somatico-acuto	59'850	+2'755	+4.8%	340'170	-24'644	-6.8%
Settore psichiatria	2'724	-167	-5.8%	88'296	-4'150	-4.5%
Settore riabilitazione	3'617	+590	+19.5%	94'617	+12'390	+15.1%

³ [Raccomandazioni CDS - standard minimi di qualità REHA - versione francese](#)
[Raccomandazioni CDS - standard minimi di qualità REHA - versione tedesca](#)

Rapporto n. 8250 R del 10 ottobre 2024

9.1.1 Settore somatico-acuto

Età	CASI				GC				DMD		
	2019	2032	Δ	Δ %	2019	2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ %
0-15	4'898	4'742	-156	-3.2	19'030	15'714	-3'316	-17.4	3.3	-0.6	-14.7
16-39	7'976	7'318	-658	-8.2	28'400	22'892	-5'508	-19.4	3.1	-0.4	-12.1
40-64	15'169	12'851	-2'318	-15.3	74'774	56'305	-18'469	-24.7	4.4	-0.5	-11.1
65-79	15'854	16'701	847	5.3	117'534	102'957	-14'577	-12.4	6.2	-1.2	-16.8
80+	13'198	18'236	5'038	38.2	125'076	142'304	17'228	13.8	7.8	-1.7	-17.7
Totale	57'095	59'848	2'753	16.8	364'814	340'172	-24'642	-6.8	5.7	-0.7	-11.0

9.1.2 Settore psichiatria

ETÀ	CASI				DMD				GC			
	2019	2032	Δ	Δ%	2019	2032	Δ	Δ%	2019	2032	Δ	Δ%
0-13	2	2	0	0.0%	31.0	31.2	0.1	0.5%	62	71	9	14.5%
14-17	44	64	20	45.5%	39.2	39.3	0.1	0.3%	1'725	2'502	777	45.0%
18-64	2'347	2'003	-344	-14.7%	30.7	30.8	0.1	0.3%	72'015	61'623	-10'392	-14.4%
65+	498	657	159	31.9%	37.4	36.7	-0.8	-2.1%	18'643	24'100	5'457	29.3%
Totale	2'891	2'726	-165	-5.7%	32.0	32.4	0.4	1.3%	92'445	88'296	-4'149	-4.5%

9.1.3 Settore riabilitazione

Età	Casi				DMD				GC			
	2019	2032	Δ	Δ%	2019	2032	Δ	Δ%	2019	2032	Δ	Δ%
0-17	5	5	0	0.0%	34.0	33.1	-1	-2.7%	170	155	-15	-8.8%
18-39	77	74	-3	-3.9%	28.8	28.0	-1	-2.8%	2'215	2'056	-159	-7.2%
40-59	475	397	-78	-16.4%	29.3	28.1	-1	-3.9%	13'912	11'185	-2'727	-19.6%
60-74	990	1'208	218	22.0%	27.3	26.5	-1	-2.9%	27'020	32'026	5'006	18.5%
+75	1'480	1'933	453	30.6%	26.3	25.4	-1	-3.2%	38'911	49'195	10'284	26.4%
Totale	3'027	3'617	590	19.5%	27.2	26.2	-1	-3.7%	82'228	94'617	12'389	15.1%

9.2. SETTORE MEDIA E LUNGO DEGENZA

9.2.1 Fabbisogno

Come sollevato anche dalla Commissione sanitaria, la prevista diminuzione della degenza media in particolare nell'ambito somatico-acuto e la fragilizzazione dei pazienti richiede

una presa in carico nella post-degenza acuta, con adeguata intensità e obiettivo di rientro a domicilio.

La Pianificazione integrata LANz-LACD (Messaggio n. 8095 del 15 dicembre 2021), approvata dal Gran Consiglio il 23 gennaio 2023, stima un aumento del fabbisogno contenuto: dai 110 posti letto esistenti a 119 per i CAT/STT e dai 105 posti letto in esercizio nel 2020 a 145 posti per i RAMI (con possibilità di adeguamento dal 2025).

Qualche informazione sui RAMI:

Reperti acuti di minore intensità (RAMI) - art. 66b lett. e) LCAMal

1. Criteri strutturali

L'unità RAMI è intesa di regola di 30 posti letto. Essa deve poter disporre di camere singole e/o doppie con servizi igienici adiacenti (minimo uno ogni due posti letto), nonché di una camera d'isolamento con servizi igienici propri e con filtro fisico (anticamera).

A livello diagnostico la struttura deve essere attrezzata con una radiologia convenzionale, un ECG, un defibrillatore e un apparecchio per le analisi di laboratorio di base (point of care).

2. Tipologia di pazienti

Sono indicati per l'ammissione presso queste unità, persone che presentano una stabilità clinica definita come assenza di uno dei criteri di esclusione, descritti più avanti.

Trattasi di pazienti che:

- presentano:
 - affezioni o problematiche cliniche tali da necessitare una presa in carico diretta o la continuazione delle cure stazionarie acute e che non sono in grado di restare o rientrare al proprio domicilio;
 - un aggravamento dello stato funzionale potenzialmente o parzialmente reversibile;
- necessitano di:
 - continuazione di terapie enterali e/o parenterali;
 - isolamento protettivo o da contatto;
 - supporto nelle attività di base della vita quotidiana {ADL / IADL};
- non necessitano nell'immediato di esami strumentali complessi e/o di misure tecnologiche di diagnosi e cura.

Sono invece esclusi i pazienti che:

- presentano:
 - gravi alterazioni neurologiche;
 - stati di dipendenza in fase attiva o acuta (OH, droghe);
 - instabilità emodinamica e/o respiratoria;
 - uno scompenso acuto di malattia psichiatrica anche cronica con necessità di un setting specialistico;

- rischio elevato di infezioni o di recidiva di uno stato infettivo recente;
- necessitano di:
 - investigazioni diagnostiche complesse;
 - sorveglianza continua dei parametri emodinamici e clinici, compresa telemetria;
 - cure potenzialmente erogabili a domicilio (sa due passaggi al giorno);
- qualificano per:
 - riabilitazione secondo i mandati pianificatori;
 - cure palliative specialistiche (di tipo B);
 - una valutazione e cure nell'Unità di geriatria complessa; provengono da un reparto CAT;
 - sono in età pediatrica.

3. Modalità d'ammissione

Si tratta di pazienti adulti la cui ammissione è prescritta da un medico ospedaliero o del territorio.

L'ammissione può essere pianificata o decisa nell'arco della giornata dal momento della segnalazione del medico.

L'ammissione è accompagnata dalla documentazione medica di base descrittiva del/i problema/i socio-sanitario/i.

4. Tipologia di prestazioni

I RAMI garantiscono prestazioni mediche, infermieristiche, di fisioterapia e di ergoterapia. Possono assicurare un sostegno a una corretta alimentazione (dietista) e alla dimissione (assistente sociale). Altre prestazioni sono disponibili su chiamata: tecnico ortopedico, psichiatra, logopedista, neuropsicologo, dentista, ecc..

La degenza media presso un reparto RAMI è stimata mediamente di 21 giorni.

5. Dotazione di personale

Criteri organizzativi minimi, ritenuti requisiti di polizia sanitaria, espressi in unità a tempo pieno (UTP) per posto letto (occupato al 90%), comprensiva di vacanze, congedi e malattie:

0.080	UTP/letto	Personale medico (per la notte è assicurato un picchetto esterno, tempo d'intervento in sede entro un'ora dalla chiamata)
0.460	UTP/letto	Personale curante di cui il 40% infermieri diplomati
0.070	UTP/letto	Fisioterapista
0.007	UTP/letto	Ergoterapista

Criteri organizzativi massimi, considerati ai fini del calcolo della partecipazione finanziaria cantonale, espressi in unità a tempo pieno (UTP) per posto letto (occupato al 90%), comprensiva di vacanze, congedi e malattia, considerando un grado di dipendenza medio, stabilito con lo strumento di valutazione RAI, di 1.8:

0.040	UTP/letto	FMH in medicina interna o generale, presenza diurna (per la notte è assicurato un picchetto esterno, tempo d'intervento in sede entro un'ora dalla chiamata)
0.057	UTP/letto	Medico assistente
0.033	UTP/letto	Infermiere caporeparto
0.703	UTP/letto	Personale curante di cui almeno il 50% infermieri diplomati
0.033	UTP/letto	Aiuto medico
0.083	UTP/letto	Fisioterapista
0.033	UTP/letto	Ergoterapista
0.017	UTP/letto	Dietista
0.017	UTP/letto	Assistente sociale

6. Dotazione supplementare per gli istituti che garantiscono un centro di primo soccorso.
Per gli istituti che, accanto ai letti RAMI, garantiscono un centro di primo soccorso, sono riconosciute le seguenti unità supplementari (espresse in unità a tempo pieno):

0.70 UTP Medico assistente
1.70 ->UTP->Infermieri diplomati

La dotazione dei centri di primo soccorso sarà valutata alla fine del periodo di sperimentazione, sulla base del numero degli interventi effettuati e della loro durata.

9.2.1 Assetto giuridico letti RAMI

9.2.1.1 Situazione attuale e soddisfazione per questi reparti

Le sentenze del TAF hanno criticato fortemente il regime attuale dal profilo giuridico.

I RAMI sono considerati «*reparti che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (case di cura)*» secondo l'art. 39 cpv. 3 LAMal, ma la loro denominazione non figura nell'elenco dei fornitori di prestazione stabiliti dall'art. 35 cpv. 2 LAMal. Il TAF ne ha pertanto dedotto che non rappresentano un fornitore autorizzato a operare a carico dell'assicurazione malattie.

Tecnicamente, i RAMI prevedono una fatturazione delle prestazioni coerente con quella di una casa per anziani (fatturazione secondo l'OPre per le cure e secondo TARMED per le prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche), ad eccezione dei costi d'investimento, remunerati all'interno della tariffa a carico del Cantone. Il disavanzo d'esercizio, dopo deduzione delle fatturazioni agli assicuratori e al paziente (30 franchi al giorno, limitato a 600 franchi all'anno; cfr. art. 66ebis lett. b LCAMal), considerato un costo massimo giornaliero di 484.80 franchi, è coperto interamente dal Cantone, senza partecipazione finanziaria dei Comuni come è invece il caso delle case per anziani e dei reparti CAT. Gli investimenti non sono considerati come finanziabili con misure ad hoc, come previsto dalla LANz, bensì il loro costo (in termini di ammortamenti e interessi) è incluso nel costo giornaliero riconosciuto nella misura di 38.80 franchi (8% di 484.80 franchi).

Nel complesso, secondo i dati consolidati per il 2021, per rapporto al costo giornaliero massimo riconosciuto, gli assicuratori si assumono in media il 42.3% (204.90 franchi) e i pazienti il 3.6% (17.60 franchi). **Nel 2021 il Cantone ha finanziato i RAMI con circa 9 milioni di franchi.** Le critiche sollevate al momento dell'istituzione dei RAMI di instaurare un regime chiaramente favorevole agli assicuratori malattia rispetto alla quota parte del 45% della tariffa a loro carico per le degenze acute secondo il sistema SwissDRG, si sono dunque rivelate infondate, a maggior ragione se si considerano anche gli effetti sulla durata delle degenze. La partecipazione del paziente è di 600 franchi (al massimo per anno), ossia franchi 30 x 20 giorni al massimo anche se il paziente viene ricoverato più volte in un anno nei RAMI.

La partecipazione del paziente corrisponde a 30/484 franchi, poco più del 6%. Quella degli assicurati + pazienti a franchi $(204.90 + 30) = 234.90$, ossia al 48% del costo giornaliero complessivo

L'art. 84a cpv. 2 LCAMal avrebbe previsto a partire dal terzo anno (dal 2020) una remunerazione forfettaria (simile a quella ospedaliera), sulla base della fatturazione analitica dei primi due anni d'esercizio. Ciò che non è mai avvenuto, in attesa di consolidare l'assetto giuridico prima di poterne semmai ridiscutere con gli assicuratori malattia e di verificare la funzionalità del regime transitorio.

La formalizzazione del contributo cantonale avviene attraverso la sottoscrizione di un contratto quadro e di un contratto annuale, in analogia a quanto previsto per gli ospedali per l'ambito stazionario.

In questi anni, la presa in carico dei pazienti in regime RAMI si è vieppiù caratterizzata, affrancandosi in modo riconoscibile da quella ospedaliera acuta e di CAT-STT, a grande soddisfazione della rete sociosanitaria e dei pazienti.

Il Consiglio di Stato sostiene pertanto questo comparto di cura e la possibilità di renderlo compatibile con la Legislazione federale con alcune modifiche da apportare nelle leggi cantonali interessate, come illustrato di seguito.

9.2.1.2 Conformità alla LAMal

Attualmente l'art. 63a LCAMal elenca gli istituti necessari a coprire il fabbisogno di cure aggiungendo a ospedali, case di cura e case per partorienti, alla lett. d) «*i reparti Acuti a minore intensità (Rami), di regola situati all'interno degli ospedali somatici acuti di acuti alla lett. a)*». In questa formulazione e in forma distinta un tale fornitore di prestazioni non è previsto all'art. 35 LAMal.

Si propone pertanto di modificare l'art. 63a LCAMal e correlati, così come gli artt. 1 e 2 della LEOC così come indicato nei disegni di legge allegati al rapporto.

9.2.1.3 Finanziamento delle prestazioni di cura

Viste le riserve degli assicuratori malattia e la buona prova data dal sistema attuale di fatturazione, si propone di consolidare la soluzione transitoria e abbandonare il rimborso forfettario.

L'art. 84a LCAMal viene quindi abrogato e all'art. 66ebis lett. b LCAMal l'espressione «rimborso delle prestazioni mediche, infermieristiche, diagnostiche e terapeutiche sulla base di forfait stabiliti tramite convenzione (si vedano art. 67 e ss. LCAMal)» viene sostituita dalle indicazioni ora contenute all'art. 84a cpv.1 LCAMal, ovvero:

le prestazioni di cura e assistenza in base ai criteri di cui agli art. 7 e segg. OPre; le prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche all'atto;
i medicinali e i mezzi ausiliari per singola fornitura.

9.2.1.4 Finanziamento dei costi d'investimento

Le strutture RAMI resteranno limitate nel numero ma diverse tra loro a seconda degli enti gestori (EOC rispettivamente enti e cliniche privati). Si intende parificare le modalità di finanziamento cantonale degli investimenti per i RAMI a quelle in vigore per le case per anziani. Ciò implica di scorporare dal contributo cantonale annuale di gestione la quota parte destinata agli investimenti e di prevedere invece la possibilità di erogare sussidi specifici in caso di investimenti. Questa modifica permetterà di sostenere la realizzazione del nuovo Centro sociosanitario di Acquarossa, che dovrà andare a sostituire il vetusto ospedale.

Si propone pertanto di sopprimere, all'articolo 66ebis lett. a LCAMal l'espressione costi d'investimento e di aggiungere una norma specifica (66e ter LCAMal) sul finanziamento dei costi d'investimento che rimanda alla LANz. Il testo è quello di cui al disegno legge allegato al rapporto.

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

Il tema delle tariffe "insufficienti" per gli ospedali meriterebbe un capitolo dedicato. Il problema delle tariffe insufficienti è comunque un tema nazionale. Tuttavia, non si può non ribadire i numerosi problemi finanziari di cui soffrono gran parte degli ospedali svizzeri come menzionato in precedenza.

La tariffa del Cantone, calcolata su un costo giornaliero di CHF 484.30, è vecchia ormai di più di 10 anni e non è mai stata adeguata, in particolare al rincaro del costo del personale, dei costi energetici, degli alimentari, ecc.

Togliere semplicemente l'8% della tariffa a tutti gli istituti RAMI, poiché – quando investono – il Cantone li tratterebbe come CPA, renderà tutto il comparto precario. Infatti, la tariffa copre forse solo i costi d'esercizio (senza oneri finanziari) con un EBIDTDA tra 0% e 1%! Se si vuole veramente mantenere una maggiore intensità di cure nei RAMI – come deciso dal Parlamento con la POC 2015 – per non farli scadere a CAT-STT, un adeguamento della tariffa appare indispensabile!

In occasione dell'audizione del Governo del 6 giugno 2024, quest'ultimo ha affermato di condividere la necessità di una revisione della tariffa "garantita" dal Cantone.

9.3 INDIRIZZI STRATEGICI

Le parti interessate rappresentate in seno alla Commissione della pianificazione sanitaria hanno formulato parecchie osservazioni rispetto alle indicazioni e alle proposte di indirizzi risultanti dal Rapporto SUPSI.

Secondo il Governo risulta tuttavia difficile individuare proposte di aggiornamento e modifica che esprimano visioni ampiamente condivise all'interno della Commissione. Anche queste divergenze rafforzano la convinzione che le indicazioni dello studio SUPSI rappresentino nel complesso una sintesi equilibrata, ancorché forzosamente poco profilata verso una o l'altra direzione. Si propone pertanto di recepire gli indirizzi strategici dello studio SUPSI che sono così riassunti e, se del caso completati con suggerimenti aggiuntivi.

9.3.1 Perseguire con determinazione un'adeguata allocazione dei servizi sull'asse prossimità/concentrazione

Per il settore somatico-acuto si tratta di riproporre la suddivisione delle prestazioni in base alle cinque macrocategorie definite nella scorsa Pianificazione e attualizzate in base alla versione aggiornata del modello della GD-ZH: il pacchetto di base e le prestazioni specialistiche a più ospedali, assicurando le cure di prossimità, le prestazioni multidisciplinari e complesse e la medicina altamente specializzata, con numeri di casi limitati, di principio su un'unica o un numero esiguo di sedi, mentre le discipline trasversali su più sedi a dipendenza dei legami con gli altri mandati attribuiti e ai volumi attesi, importanti per la geriatria, più contenuti per la pediatria.

La Commissione rileva che bisognerebbe specificare cosa entra in quale categoria e che vi è qualche perplessità circa la conformità al principio del metodo di Zurigo e che quindi potrebbe dar adito a contestazioni. Inoltre, la differenza nella scelta tra prossimità e concentrazione deve restare fondata sulla qualità che può essere garantita, segnatamente con delle casistiche minime in percentuale e per nr. di casi.

Per completare le indicazioni su questo punto, il Consiglio di Stato propone di confermare la decisione adottata dal Gran Consiglio in occasione della Pianificazione ospedaliera 2015 relativa al mantenimento di un reparto di medicina interna acuta nelle sedi di Acquarossa e Faido dell'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli. In tale contesto andrà valutata la dimensione strutturale e la dotazione di risorse dei relativi centri di primo soccorso.

L'iniziativa popolare "Per cure mediche ospedaliere di prossimità", depositata nel 2017 è stata nel frattempo ritirata a seguito della recente approvazione del Messaggio n. 8326 da parte di questo Parlamento.

La gestione dei reparti di medicina acuta di Faido e Acquarossa comporta costi annui per 9.5 milioni di franchi, di cui 7.5 milioni di franchi recuperati tramite le tariffe assunte da assicuratori malattia e Cantone in ragione del 45% rispettivamente del 55%, con uno scoperto assunto dall'EOC di 2 milioni di franchi (dati 2019).

Come indicato nell'introduzione, l'iniziativa popolare "Per cure mediche e ospedaliere di prossimità", depositata nel 2017, è stata nel frattempo ritirata a seguito della recente approvazione del Messaggio n. 8326 da parte di questo Parlamento con il relativo controprogetto.

Una parte della Commissione ritiene comunque che, al di là di criteri di economicità o diseconomicità, il ruolo di questi reparti di medicina nei due ospedali di Faido e Acquarossa debba essere preservato anche in futuro poiché fungono da "polmone" all'Ospedale San Giovanni di Bellinzona e privilegiano la prossimità con il paziente.

Un'altra parte della Commissione, per contro, evidenzia come questo sia un esempio di diseconomicità delle cure; quanti sono i pazienti trattati all'anno? Con quali frequenze? Cos'è il costo della prestazione? Meglio sarebbe ipotizzare il modello di Centro sociosanitario al posto di mantenere reparti somatici acuti con numeri insostenibili.

Nell'attribuzione dei mandati potrà essere considerata anche la rilevanza dell'istituto per la copertura del fabbisogno cantonale. La CDS raccomanda di stabilire per ogni gruppo di prestazioni una quota minima del 5% massimo 10% per un periodo definito. In aggiunta, i Cantoni possono definire delle quote diverse. In queste valutazioni andrà presa in considerazione anche l'attività ambulatoriale assicurata dagli istituti per la stessa tipologia di prestazione.

La Commissione rileva che questi elementi non possono essere considerati nella fase di attribuzione, ma prima di compilare il modulo di offerta affinché le regole del gioco siano conosciute. Inoltre, oltre alla quota in %, bisognerà anche inserire la questione dei numeri minimi di casi per specializzazione.

9.3.2 Puntare a un ospedale di riferimento per la medicina somatico-acuta e altamente specializzata

Coerentemente con quanto espresso in precedenza, occorre disporre di un ospedale che funga da riferimento – con poche e motivate eccezioni – per la medicina altamente specializzata e per le prestazioni multidisciplinari e complesse.

Per queste ultime andrà indicato già nel modulo d'offerta cosa rientra in quest'ultime discipline.

9.3.3 Continuare a favorire dinamicamente l'appropriatezza organizzativa

È auspicata la formalizzazione del monitoraggio dello sviluppo dei vari comparti di cura a monte e a valle della degenza ospedaliera stazionaria, con la valutazione dei criteri di eleggibilità al ricovero, dello skill mix del personale e dell'organizzazione delle cure.

9.3.4 Promuovere la definizione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per le patologie ad alta prevalenza o rilevanza

Gli istituti ospedalieri, in collaborazione con i medici di famiglia, devono partecipare fattivamente alla definizione e poi alla gestione e all'adozione dei PDTA.

La Commissione ritiene che in questo ambito il Cantone debba fungere da regista e quindi che si definisca chi sarà il responsabile.

È auspicata una maggiore interazione fra i vari comparti di cura a monte e a valle della degenza ospedaliera.

Un rafforzamento della centrale d'allarme 144, anche in ottica di coordinamento sanitario, potrebbe contribuire a indirizzare in modo pertinente i pazienti verso l'interlocutore più appropriato. Questo potrebbe avvenire con la presenza fisica presso la stessa centrale

della guardia medica, con la gestione delle richieste di trasferimento non medicalizzato tra istituti e del servizio di telemedicina.

9.3.5 Migliorare le informazioni a disposizione di pazienti e popolazione

Si auspica a breve una concertazione tra i vari attori del sistema sanitario cantonale al fine di coordinare la pubblicazione d'informazioni oggettive e indispensabili alla popolazione per poter operare delle scelte che riguardano la propria salute con consapevolezza.

10. LE CONSEGUENZE

Non è prevista alcuna modifica dell'organico e nemmeno sono previste conseguenze per i Comuni né in termini di dispendio amministrativo né in termini di oneri finanziari, ritenuto che il settore ospedaliero continuerà a essere gestito e finanziato, per la parte che incombe all'Ente pubblico, esclusivamente dal Cantone. Questi principi vengono confermati anche per rapporto alle Case di cura-RAMI.

Le problematiche d'investimento riguardano solo i letti RAMI, mentre il problema non si pone per gli istituti ospedalieri acuti in quanto la tariffa concordata tra fornitori di prestazione e assicuratori comprende anche la parte relativa alla remunerazione degli investimenti.

Il presente messaggio propone che le modalità del finanziamento cantonale degli investimenti delle strutture RAMI siano equiparate a quelle in vigore per le case per anziani. Di conseguenza, occorrerà prevedere un piano degli investimenti per la ristrutturazione dei letti RAMI esistenti presso l'Ospedale Malcantonese di Castelrotto e la Clinica Varini di Orselina, che sono le strutture più vetuste in esercizio, mentre i RAMI esistenti presso gli Ospedali regionali di Mendrisio e Locarno sono rispettivamente di recente costruzione o ancora in ottimo stato. Diverso è il discorso per i RAMI di Acquarossa che dovranno essere ricollocati nel nuovo centro sociosanitario, la cui edificazione è ancora in fase di progettazione. L'apertura di una trentina di nuovi RAMI nel Luganese potrebbe invece avvenire in edifici già esistenti, opportunamente adattati, la cui ubicazione non è ancora stata individuata.

La nuova POC impatta sui costi di gestione dei letti RAMI:

- il finanziamento cantonale degli investimenti permette di risparmiare la quota parte di costi giornalieri riservata alla remunerazione degli investimenti sui letti RAMI esistenti (135) pari a circa 1.7 milioni di franchi all'anno.
- L'apertura di una trentina di nuovi letti RAMI con un costo giornaliero a carico del Cantone di 262.30 franchi (dato 2021) comporterà 2.6 milioni di franchi all'anno (fr. $262.3 \times 30 \text{ letti} \times 365 \text{ gg} \times 90\%$ di occupazione), compensati in parte da un minor ricorso a strutture ospedaliere acute.

Le proposte di questo Messaggio si inseriscono nelle Linee direttive 2019-2023 – e andrà ripreso nelle future Linee direttive, sull'asse strategico n. 3 "Qualità di vita" e nell'obiettivo n. 26 "Migliorare la qualità, la sicurezza e l'efficacia del sistema sanitario".

Dopo Basilea Città e Ginevra, il Ticino ha il più elevato costo annuo pro capite dell'assicurazione malattia di base.

Ciò è legato al fatto che il nostro Cantone si distingue a livello svizzero per consumi elevati di prestazioni sanitarie: ciò è evidente, ad esempio, nei confronti sulla densità di letti somatico-acuti, sul tasso di ospedalizzazione ogni 1'000 abitanti e sulla durata media della degenza.

Se non va dimenticato che le persone con più di 65 anni costituiscono un quarto della popolazione ticinese e che le spese sanitarie generate da questa fascia di popolazione sono rilevanti, il Consiglio di Stato dovrà pur tener conto del recente studio da cui risulta che il consumo di sanità è in realtà particolarmente marcato da noi anche dai giovani, al di là di quanto afferma il Messaggio.

La Commissione rileva comunque ancora queste criticità in punto al finanziamento dei letti RAMI:

- di regola, il finanziamento dello Stato secondo la LANz copre l'ammortamento del prestito e degli interessi ipotecari. Lo Stato dovrà tenere conto che Istituzioni private (Fondazioni) con l'unico scopo della gestione di strutture sanitarie non dispongono di sufficienti capitali (liquidità) da investire nella ristrutturazione e nell'ammodernamento/ampliamento di immobili. Il ricorso all'indebitamento sarà la regola;
- il risparmio nel finanziamento sopra indicato in 1.7 milioni di franchi appare poco realistico a fronte del necessario adeguamento tariffale RAMI;
- senza un adeguamento tariffale sarà poco attrattiva l'estensione dei RAMI. La Commissione ha comunque appurato, in occasione dell'audizione del 6 giugno 2024, che il Governo condivide, come indicato in precedenza, la necessità di una revisione della tariffa. Rimane comunque da quantificare l'auspicato minor ricorso alle strutture ospedaliere, senz'altro più marcato a seguito del trasferimento di attività dallo stazionario all'ambulatoriale

11. LE AUDIZIONI IN SENO ALLA SOTTOCOMMISSIONE PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA CANTONALE

L'11 maggio 2023 la Commissione sanità e sicurezza sociale, alla quale è attribuito il Messaggio sulla Pianificazione ospedaliera cantonale, ha deciso di creare una Sottocommissione dedicata per lo svolgimento dei lavori.

La Commissione ha dapprima sentito in audizione il Consiglio di Stato, per poi cedere i lavori alla Sottocommissione, la quale ha audizionato gli attori interessati (per ulteriore completezza, il presente R rimanda alle prese di posizione allegate al M).

11.1 CONSIGLIO DI STATO

Il 25 maggio 2023 il Consiglio di Stato, nelle persone del Direttore del DSS, del Direttore della Divisione della salute pubblica e della Capo Area di gestione sanitaria, è stato sentito in audizione in seno al plenum commissionale. L'audizione è servita a riassumere il contenuto del Messaggio con qualche aggiornamento di cui già si è detto. Per rafforzare qualità ed efficienza delle prestazioni un altro tassello è la modifica della LAMal, che ha

portato all'istituto della Commissione federale per la qualità. A ciò si aggiunge l'adozione del [Regolamento sulla qualità e sulla sicurezza delle strutture ospedaliere \[RL 811.850\]](#) a seguito dell'[approvazione parlamentare](#) del controprogetto all'[Iniziativa popolare n. P137 "Per la qualità e la sicurezza delle cure"](#).

Una seconda audizione, volta a chiarire alcuni aspetti e ottenere risposte ad alcuni quesiti emersi e accennati anche di seguito, è avvenuta il 6 giugno 2024 in presenza del Direttore del DSS, del Direttore della Divisione della salute pubblica e del Capo Area di gestione sanitaria.

11.2 SUPSI

In data 24 agosto 2023 la Sottocommissione Pianificazione ospedaliera ha sentito in audizione il prof. Carlo De Pietro, autore dello studio sugli indirizzi strategici (Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale, SUPSI).

Il Prof. De Pietro ha attirato l'attenzione sul fatto che i professionisti del settore, soprattutto quelli che hanno a che fare con specializzazioni meno frequenti, ritengono che il settore ospedaliero ticinese non sia ancora sufficientemente concentrato, come del resto dimostrano i relativi dati. Egli, dunque, non intravede motivi per non procedere a una concentrazione selettiva laddove necessario.

Circa i RAMI, dato che sembrano ottenere qualche successo, ritiene opportuno puntare su di essi. È quindi il momento di rendere la soluzione definitiva anche sulla modalità di finanziamento.

Egli ha poi informato che sembrano esserci troppe differenze di trattamento tra un sito e l'altro relativamente alle grandi patologie con grandi numeri che assorbono molte risorse e dunque si tratta di un processo che va standardizzato. In questo senso il Ticino potrebbe decidere di non aspettare la politica federale per 10-15 anni (quando sarà la Commissione federale per la qualità a imporlo) e procedere già su questa strada.

11.3 ASSOCIAZIONE DELLE CLINICHE PRIVATE

Il 24 agosto 2023 la Sottocommissione ha audizionato il Presidente dell'Associazione delle cliniche private ticinesi (ACPT), sig. Giancarlo Dillena.

Egli ha rimarcato il fatto che il principio di base della conciliazione tra specializzazione e territorialità è facilmente condivisibile, ma che bisognerà vedere come verrà declinato. La sua sensazione è che in questo momento si insiste molto sullo spingere verso l'ospedale principale universitario, magari a scapito di una certa dimensione di territorialità e non vorrebbe che la spinta verso lo sviluppo della parte accademica, che è fatta anche da componenti di prestigio e rivalità personale, andasse a scapito della vicinanza delle strutture al territorio, di cui loro sono una componente importante.

Il sig. Dillena ha poi rilevato come i tre scenari prefigurati nella valutazione di bisogni, da un lato sono rassicuranti perché significa che non vi sono delle linee preconcrete (bisogna tagliare per risparmiare, ecc.), ma hanno un margine di apprezzamento e adeguamento molto ampio, per cui chi si aspettava una Pianificazione con indicazioni precise è rimasto un po' deluso. E si chiede se saranno i funzionari a decidere quale scenario applicare.

Infine, circa la collaborazione pubblico-privato, egli sottolinea come essa dovrebbe essere strutturata e non solo di principio, con accordi puntuali negoziati in modo settoriali, senza che ci sia una filosofia per favorire queste iniziative.

11.4 ENTE OSPEDALIERO CANTONALE

Il Direttore generale dell'EOC, sig. Glauco Martinetti, e il Capo dell'area medica, prof. Paolo Ferrari, sono stati sentiti in audizione in seno alla Sottocommissione il 31 agosto 2023.

In particolare, relativamente al fabbisogno, il Dir. Martinetti ritiene che alcune cifre necessitino di un approfondimento: tutti i membri della Commissione Pianificazione sanitaria concordano con il fatto che il solo anno 2019 come riferimento porta ad avere una variazione nelle proiezioni delle cifre molto alta, motivo per cui lo scenario minimo e quello massimo divergono molto. Non vi è sicurezza, a suo parere, che quello medio rappresenti la media che davvero si presenterà.

Inoltre, l'analisi sul fabbisogno è a comparti stagni, sebbene i vari sistemi (acuto, RAMI, ecc.) sono permeabili.

Bisogna cercare di essere in chiaro su cosa si vuole ottenere con una Pianificazione ospedaliera: il contenimento dei costi o il miglioramento della qualità? Si tratta di un elemento che non traspare in modo chiaro.

Essi rimarcano il fatto che il trasferimento sull'ambulatoriale presuppone che vada affrontato il quesito della sostenibilità: per la comunità è più economico il regime ambulatoriale, ma l'EOC poi non riesce più ad autofinanziare la sua attività in generale. L'ambulatoriale sta crescendo del 6%-7% e non c'è una copertura dei costi. La tariffa attuale, che è la più bassa in Svizzera, non copre i costi e porta a un forte deficit. È dunque necessaria una copertura dei costi con una tariffa maggiore.

Inoltre, nell'ambito formativo, sebbene il sistema oggi prevede uguali diritti, i doveri sono completamente diversi. Da una statistica svizzera emerge che il 4% dei medici viene formato dalle cliniche private, mentre il restante 96% dagli ospedali pubblici. Quello della formazione è un compito che impatta fortemente sui costi.

Infine, l'EOC è fautore di una definizione di indicatori chiari e univoci (valevoli sia per l'EOC, sia per le cliniche). Esso parteggia per una concentrazione, perché gli indicatori porteranno a quella. Il concetto di multisito, che condividono, non presuppone che si faccia tutto dappertutto, bensì anche di mettere un focus (cosa impossibile senza indicatori chiari). Non centralizzare significherebbe mettere in pericolo la qualità delle cure. La decisione politica da prendere, a loro avviso, è se si vuole promuovere e sostenere la qualità per il paziente, oppure un suo trasferimento per le cure fuori Cantone. Oggi si assiste a una mancanza di formazione a causa del non raggiungimento di un certo numero di casi: tra 6 o 7 anni i medici che sono stati formati in Ticino avranno visto pochi casi e questo causerà un grande problema di qualità dei medici.

11.5 CURAFUTURA

Il 14 settembre 2023 la Sottocommissione ha sentito in audizione il Presidente di Curafutura, sig. Pius Zängerle, e la Responsabile della comunicazione della Svizzera italiana, sig.ra Céline Antonini.

Curafutura si è in particolare concentrata sul non ottimale tasso di occupazione dei letti, un dato che va preso in considerazione per pensare a come dovrebbero essere le strutture ospedaliere del futuro e facendo presente che, sebbene non siano i costi del settore stazionario a esplodere, vi è stato un leggero aumento anche in questo ambito, con un impatto di una certa rilevanza. Essa ha lamentato la mancanza di un'analisi dettagliata della situazione attuale prima di procedere all'elaborazione degli Indirizzi strategici.

Indirizzi che, sottolinea, sono talmente generici (ad es. relativamente all'asse concentrazione/prossimità) che non chiariscono in quale direzione s'intende proseguire,

facendo presupporre che si opti per uno status quo. Ciò, nonostante sarebbe importante proseguire nella direzione della concentrazione, che apporterebbe vantaggi in termini anche di qualità delle cure.

Relativamente ai RAMI, essa non li ritiene strategici, affermando che lo sono molto di più la qualità e i costi sulle grandi specialità.

Curafutura ritiene che i seguenti interrogativi siano ancora aperti:

- «1. cosa pensa il CdS del tasso di occupazione così basso in molte cliniche? Non considera che ci sono dei costi e delle implicazioni anche per la scarsità a livello di personale legati a questa sovradotazione?
2. Quali sono i criteri per definire dove concentrare? Quali sono gli ambiti, oltre per esempio alle maternità, dove il CdS pensa ci sia un margine per concentrare?
3. Perché, contrariamente al Cantone ZH, non vengono definiti e richiesti numeri minimi per operatore?
4. Quali strutture oggi non raggiungono i numeri minimi così come definiti nei moduli d'offerta?
5. Gli attuali PS sul territorio raggiungono i numeri minimi? Se no, si considera che gli stessi raggiungono i criteri di efficienza/efficacia?
6. Se una clinica non dispone ancora di un determinato criterio nel 2023, ma indica che nel 2024 ce l'avrà, ma poi questo non si concretizza, queste prestazioni verranno considerate PIG?
7. Il rapporto SUPSI indica che le maternità non raggiungono i numeri minimi e che questo crea una situazione pericolosa. Quali sono le intenzioni del CdS in materia di reparti di maternità? È pronto a finanziare le maternità che non raggiungono i criteri tramite le PIG?
8. Come si pensa di migliorare l'informazione sui fornitori di prestazioni a disposizione dei pazienti?».

Essa propone inoltre di inserire nel DL allegato al Messaggio (art. 2 cpv. 1, lett. B), il criterio dei numeri minimi anche per operatore: un medico, per eseguire determinate operazioni, dovrebbe assicurare di farne almeno un certo numero.

Sempre nel DL, propone che venga chiarito come bisogna scindere tra le prestazioni LAMal secondo i criteri definiti dalla Legge e le scelte di politica regionali, le quali non possono essere finanziate dai premi.

Infine, ribadisce che dovrebbe esistere la possibilità di rivedere alcuni aspetti della Pianificazione durante il suo corso, per non dover aspettare tanti anni per apportare degli ev. cambiamenti che si renderebbero necessari in corso d'opera.

11.6 CLINICA MONCUCCO

In occasione della sua riunione del 21 settembre 2023, la Sottocommissione ha audizionato il Direttore della Clinica Moncucco, sig. Christian Camponovo, e il Presidente del CdA della stessa, avv. dr. Mauro Dell'Ambrogio.

Essi lamentano che la tendenza di rafforzare il monopolio dell'EOC emerge anche con la Pianificazione in oggetto, che va a discapito dei privati (il Messaggio nulla dice sul fatto che dove è possibile dev'esserci una concorrenza, per rispetto dell'autonomia dei medici). Inoltre, essi affermano di essere assolutamente paragonabili, se non superiore, all'EOC in ordine alla formazione del personale non medico. Anzi, vorrebbero fare di più, ma vi sono delle prescrizioni molto restrittive che non lo rendono possibile.

Infine, fanno notare come oggi il regime sia in sovraofferta di posti di stage e di formazione: ci sono lunghi periodi dell'anno in cui i posti offerti non sono occupati.

11.7 SWISS MEDICAL NETWORK

In rappresentanza di Swiss Medical Network il 21 settembre 2023 sono stati sentiti in audizione il Direttore generale della Regione Ticino per Clinica Ars Medica e Clinica Sant'Anna, sig. Fabio Rezzonico, e la Direttrice della Clinica St. Anna, sig.ra Michela Pfyffer.

La sig.ra Pfyffer osserva che lo scopo di una pianificazione ospedaliera non è quello di pianificare un'offerta, e nemmeno di vietare o assegnare mandati, se non si vuole ricadere sullo stesso errore fatto con l'ultima, perché ci sono delle dinamiche tali, nel nostro Cantone, che impediranno di andare a togliere o a stravolgere lo scenario pianificatorio attuale. Soprattutto considerando determinati attori che, per importanza o per investimenti fatti ecc. oggi hanno un posizionamento che difficilmente è contestabile. La Pianificazione serve a garantire l'approvvigionamento delle cure (tutti devono avere accesso alle cure) coprendo il fabbisogno, garantendo cure economicamente sostenibili e di qualità. Dunque, se c'è più offerta sul mercato, essa non deve essere ridotta, bensì si può lavorare ad es. sulle MAS (dove in Ticino manca la massa critica per avere più di un ospedale) creando Centri di specialità. Per il "pacchetto di base" piuttosto che quei mandati specialistici ma accessori a quelli di base, che permettono alle strutture di prendere a carico il paziente in maniera completa, si dovrebbe avere il coraggio di dare un mandato alle strutture che rispettano il modello di Zurigo. Se prendiamo un modello da altri Cantoni, non possiamo poi adattarlo (a favore di una parte e a sfavore di un'altra).

Se il modello di Zurigo richiede determinati criteri e le strutture si stanno impegnando, facendo anche investimenti importanti, non si può poi trovare altre argomentazioni per non dare il mandato perché il fabbisogno è già garantito da altre strutture. Se si decide di adottare il modello di Zurigo, il principio è che le strutture che hanno i requisiti ricevono il mandato; quello che suggeriscono, a supplemento, è concedere un periodo di tempo per soddisfare requisiti di volumi o di numeri di medici o di creare sinergie sul territorio che, oggi, non si riescono ancora a creare.

Inoltre, gli audizionati biasimano il fatto che quando si parla di qualità si mette ancora in discussione quella del privato, dimenticando che con il modello di finanziamento ospedaliero ogni anno ricevono un contratto di prestazione (che rientra in un contratto quadro) e per ottenere il finanziamento devono rispondere a tutta una serie di requisiti. A loro avviso, una Pianificazione moderna non deve entrare più nel tema pubblico/privato, ma di chi può fare meglio le cose (e dunque le collaborazioni non sono solo auspicabili, ma necessarie).

Infine, relativamente all'ambito della formazione, essi affermano di eseguire tutto quello che gli viene richiesto, pur rimarcando che è chiaro che non possono arrivare ai numeri dell'EOC, non avendo la massa di volume di pazienti per essere attrattivi in quell'ambito.

11.8 ORDINE DEI MEDICI DEL CANTONE TICINO

Il Presidente dell'Ordine dei medici del Cantone Ticino (OMCT), dr. med. Franco Denti, è stato sentito in audizione il 12 ottobre 2023.

Egli ha attirato l'attenzione sul fatto che nel Messaggio i RAMI vengono mantenuti, ma rimane il problema del contenuto sanitario da dargli. I RAMI, essendo passati dal cpv. 1 dell'art. 39 al cpv. 3 LCAMal, si confondono con la riabilitazione. A suo avviso è fondamentale salvare i RAMI con lo stesso criterio finanziario e andranno previsti sempre negli ospedali acuti, pena il rischio che in futuro spariranno e diventeranno CAT. I RAMI non sono fatti solo per gli anziani, bensì per i pazienti adulti che devono solo essere stabilizzati.

In merito alla concentrazione, egli auspica che vengano concentrate almeno le MAS. È necessario, a suo avviso, cambiare il paradigma di gestione degli ospedali e delle cliniche, che è rimasto indietro. Il personale deve essere valorizzato dal punto di vista finanziario e poi messo in condizione di poter lavorare a tempo parziale. Anche i medici stessi non lavorano più al 100%, ciò significa un bisogno di almeno il 30% in più di medici per l'EOC. Dunque, o si centralizzano le competenze e si evitano i doppioni, o il rischio è di perdere competenze, energie e casistiche. Anche nella formazione degli infermieri e dei medici si dovrà rivedere quali sono i posti che hanno una casistica tale da permetterla.

12. RIFLESSIONI COMMISSIONALI

In seguito alle audizioni, la Sottocommissione ha presentato le sue riflessioni al plenum commissionale, segnatamente sui punti per i quali è prevista l'approvazione del Gran Consiglio (infra A), sui principi che la Pianificazione dovrebbe tener presente (infra B), sulla seconda audizione del Consiglio di Stato avvenuta in data 6 giugno 2024 (infra C) voluta per chiarire alcuni aspetti e ottenere risposte ad alcuni quesiti emersi e accennati anche qui di seguito. La Commissione ha ritenuto di evadere con questo Rapporto un altro atto parlamentare pendente (infra D) prima di soffermarsi su alcuni altri temi ritenuti strategici (infra E).

A. PUNTI DI DECISIONE DEL GRAN CONSIGLIO

A. 1 Circa l'impostazione strategica sulla base del Messaggio del CdS:

Nel Messaggio, la Commissione ritiene manchino alcune osservazioni fondamentali:

- a) ruolo del Cantone: esso ha un ruolo cruciale nel determinare:
 - coordinazione delle Pianificazioni e previsto passaggio stazionario verso ambulatoriale + PDTA.
 - Elaborazione degli indicatori di qualità ed economicità univoci e trasparenti.
 - Definizione della lista di SPLG attribuiti ai grandi ambiti di prestazione: pacchetto base, prestazioni specialistiche, multidisciplinari e complesse (e MAS).
 - Modalità e frequenza monitoraggio.
 - Numeri minimi.
 - Implementazione di un'effettiva Rollende Planung che possa adattarsi costantemente e celermente alle modifiche contestuali ed evoluzioni cliniche.

- b) Si parla di quote di mercato nella fase di attribuzione dei mandati – questo deve essere definito e fatto prima. Quando ci si candida bisogna conoscere le regole del gioco come già sopra indicato.

c) Non si fa menzione del ruolo dell'ospedale pubblico, o poco. Certo durante le audizioni sono emerse le differenti visioni tra EOC e rappresentanti delle Cliniche private che, per contro, lamentano una concentrazione elevata di mandati all'EOC. Dall'altro lato la dirigenza dell'EOC ha sollevato di recente (20/21.06.2024 sui Quotidiani ticinesi⁴) l'insufficiente sostegno della politica cantonale al settore della ricerca medicosanitaria svolta dall'EOC e ciò a differenza di quanto fatto da altri Cantoni.

Forse, salvo voler iniziare a pensare a una legge cantonale sugli ospedali (quindi pubblici e privati) come esistono in altri Cantoni, si potrebbe rimarcare il ruolo dell'ospedale pubblico (vedi anche catalogo PIG, che rimane magro rispetto ad altri Cantoni), nonché altri suoi compiti di politica regionale, obbligo di ammissione, sovraccapacità, formazione e, appunto, ricerca.

d) Non si fa menzione o poco alle discipline trasversali tipo: geriatria, cure palliative, pediatria, ecc.).

A. 2 Circa il modulo di sollecitazione d'offerta, della suddivisione nei gruppi di prestazione e dei requisiti:

Come sopra indicato, fondamentalmente la Commissione chiede che i moduli di sollecitazione vadano rivisti in modo tale che le regole di partenza e le condizioni siano chiare per tutti i concorrenti prima dell'inoltro delle loro offerte e non al momento dell'attribuzione dei mandati, in quanto potrebbero sorgere problemi di trasparenza. Pertanto, i moduli dovranno contenere:

- le quote minime e il numero di casi minimi (5% e minimo 10 casi per tipo);
- l'esatto periodo in cui questi requisiti dovevano o entro cui debbono essere assolti e le conseguenze in caso di mancato assolvimento;
- 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).

A. 3 In merito all'eventuale aumento della quota parte minima del Cantone

La Commissione ritiene che allo stadio attuale e in questo periodo storico si debba mantenere lo status quo.

A riguardo della partecipazione del Cantone ai costi delle prestazioni d'interesse generale, fatta eccezione per un eventuale ampliamento/potenziamento dell'attività dei Consultori di salute sessuale che sono oggetto di un atto parlamentare (Mozione n. 1632) ancora in fase di disamina commissionale, per le altre prestazioni esistenti non si chiedono modifiche come non se ne propongono di nuove.

A. 4 Circa i disegni di legge allegati al messaggio

Gli stessi sono approvati con le modifiche apportate nei testi allegati al presente rapporto a seguito di quanto ivi indicato e concluso dalla scrivente Commissione.

⁴ Cfr. ad es. "[Eoc: 'Solo il Ticino non investe nella ricerca'](#)", La Regione, 20.06.2024.

A. 5 Circa il finanziamento di programmi sanitari specifici

Non essendovi programmi sanitari specifici previsti nella presente Pianificazione, non vi sono preavvisi da dare.

B. IL SENSO DELLA PIANIFICAZIONE

La Pianificazione dovrebbe:

- rispettare la sussidiarietà dell'offerta pubblica (principio costituzionale);
- essere lo strumento per definire gli standard di qualità ovvero permettere di capire quale qualità di medicina possiamo permetterci e come ottimizzare il sistema;
- dovrebbe identificare mancanze nell'offerta sia in termini di disponibilità che prossimità;
- garantire, con imparzialità e trasparenza, che gli attori che rispettano i criteri ricevano i mandati (se vi sono nuovi attori il conferimento del mandato dovrebbe o potrebbe essere concesso in forma provvisoria su tipo 3 anni) e questo sia che siano nel settore pubblico o nel privato;
- definire la medicina altamente specializzata in maniera sensata e rappresentare un'eccezione. La medicina specializzata riguarda in genere una medicina di punta e rara;
- evitare che l'ospedale di riferimento che riceve il mandato altamente specialistico interferisca e limiti l'attività di prossimità;
- accettare il principio della collaborazione quale strumento di evoluzione del sistema sanitario, rispetto all'intervento regolatorio e pianificatorio dello Stato.

C. SECONDA AUDIZIONE DEL GOVERNO IL 6 GIUGNO 2024

L'audizione, oltre ad alcune questioni già riprese nei relativi capitoli e paragrafi, aveva soprattutto l'obiettivo di condividere alcuni temi che vengono qui ripresi schematicamente. In breve, quindi:

C. 1 Criteri di attribuzione dei mandati

C.1.1 Quote di mercato

- Le quote di mercato hanno lo scopo di aumentare la concentrazione dei gruppi di prestazione e, di conseguenza, di migliorare l'efficienza delle cure.
- Le quote di mercato sono modulate secondo la diffusione e la complessità dei gruppi di prestazione:

Quote di mercato ipotizzate Ipotesi

Cure di base	0%	2%
Prestazioni specializzate	2%	5%
Prestazioni multidisciplinari e complesse	5%	10%

C.1.2 Numero minimo di casi

- L'attribuzione di un numero minimo di casi (sia per sede che per operatore) è fatta per garantire la qualità delle cure.

- Numeri minimi di casi per sede e per singoli gruppi di prestazione: ripresa di principio dei numeri definiti da ZH.
- Numeri minimi di casi per operatore: obbligo di registrazione per i gruppi di prestazione definiti da ZH, ma non criteri di attribuzione dei mandati allo stato attuale.
- Introduzione in un secondo tempo con la Rollende Planung.

Attuazione:

- Il numero minimo di casi per sede è facilmente verificabile grazie ai dati forniti dalla statistica sanitaria.
- Per il numero minimo di casi per operatore, servono dati attualmente non disponibili.
- Con l'introduzione di «SpiGes» (nuovo progetto dell'UST per la raccolta dei dati sanitari) nell'anno 2025 (per la raccolta dei dati 2024), è prevista la dichiarazione da parte degli istituti sanitari degli operatori che hanno fornito la singola prestazione.

C.1.3 "Impatto" sui mandati di prestazione

L'impatto dell'introduzione delle quote di mercato (in entrambe le varianti) e dei numeri minimi per sede è modesto, se si considerano le Pianificazioni attuali, in termini sia di mandati sia di volumi di prestazioni.

C.1.4 Requisiti di qualità e di economicità

Qualità:

Istituto dispone di un adeguato sistema di gestione della qualità QRM, sistema di segnalazione e di apprendimento CIRS + collegamento a CIRNET, CPI, direttive (concetto di gestione del rischio clinico, concetto d'igiene ospedaliera, ecc.).

Economicità:

Confronto dei costi corretti per il grado di gravità. Analisi dell'efficienza dei costi.

Confronto anche pluriennale, sulla base dei dati REKOLE. Analisi della stabilità economica.

Per i candidati a nuovi mandati vengono utilizzati dati previsionali.

C. 2 Rollende planung

Un mandato può essere attribuito a titolo "definitivo" o provvisorio:

- Un mandato è attribuito a titolo definitivo quando i criteri tecnici secondo il modulo d'offerta sono adempiuti e le quote di mercato⁵, il numero minimo di casi per sede* (e per operatore) sono raggiunti al momento dell'attribuzione.
- Un mandato è attribuito a titolo provvisorio quando: i criteri tecnici secondo il modulo d'offerta sono adempiuti e
 - a. le quote di mercato, il numero minimo di casi per sede (e per operatore) non sono raggiunti, o
 - b. l'istituto che richiede l'attribuzione del gruppo di prestazioni non dispone del mandato con la Pianificazione attuale.

⁵ Applicabile solo se l'istituto aveva già il mandato con la Pianificazione in essere.

Rapporto n. 8250 R del 10 ottobre 2024

Tempistiche:

- aggiornamento annuale della Pianificazione secondo l'evoluzione dei gruppi di prestazione definiti dal modello ZH (aggiornamento tecnico).
- Verifica annuale del raggiungimento dei vari criteri di attribuzione, in particolare:
- Quote di mercato.
- Numero di casi per sede (e, in futuro, per operatore).

Modifica ulteriore nell'attribuzione dei mandati:

- in caso di non raggiungimento dei criteri stabiliti nel modulo d'offerta (quote di mercato e/o numeri minimi in particolare) per due anni consecutivi, i mandati provvisori decadono.
- Obbligo di notificare i cambiamenti relativi ai criteri di attribuzione, in particolare per quanto attiene ai medici. A dipendenza della lacuna, modifica dell'attribuzione dei mandati o fissazione di un termine per tornare ad adempiere i requisiti.

Tempistiche di revisione (ipotesi)

Competenza Consiglio di Stato

- Aggiornamenti tecnici: ogni anno.
- Mandati provvisori: ogni 2 anni.
- Mandati definitivi: 6 anni.
- Aggiornamenti puntuali e parziali in caso di rivalutazione del fabbisogno se necessario.

Competenza Gran Consiglio

- Nuovi indirizzi strategici: 10 anni.

D. EVASIONE ATTO PARLAMENTARE CONNESSO (EXCURSUS)

Il 19.09.2022 l'MPS-POP-Indipendenti aveva presentato un'iniziativa parlamentare generica (n. 750) con cui si chiedeva una modifica della LEOC-Legge sull'Ente ospedaliero cantonale (Per una salute di prossimità e completa). La proposta prevedeva che nella LEOC venissero inseriti questi punti:

- « 1. Tutte le sedi degli ospedali regionali e di zona devono essere provvisti di servizi di Pronto Soccorso aperti 7 giorni su 7, 24 ore al giorno. Nelle sedi degli ospedali regionali i Pronto Soccorso dovranno essere di tipo A (livello 3 e 4), negli ospedali di zona di tipo B (livello 1).*
- 2. Negli ospedali regionali dovrà parimenti essere garantito 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 un Pronto Soccorso pediatrico.*
- 3. Negli ospedali regionali devono essere presenti tutte le prestazioni di base e specialistiche, incluse cure intensive, geriatriche, ostetricia e reparti per il parto fisiologico gestito da levatrici nel rispetto delle raccomandazioni OMS e UNICEF concernenti il parto.*
- 4. L'Ospedale Italiano di Lugano-Viganello dovrà essere inserito a pieno titolo nell'elenco degli ospedali regionali.*
- 5. Negli ospedali regionali e di zona per ogni prestazione stazionaria presente verrà organizzato un servizio ambulatoriale destinato all'esame e alla cura di persone non*

ospedalizzate aperto 7 giorni su 7 per almeno 14 ore. Il diritto di rivolgersi a questo servizio ambulatoriale deve essere garantito a ogni persona.

6. *Negli ospedali di zona di Acquarossa e Faido devono essere garantite le prestazioni del pacchetto base di medicina interna, così come la geriatria. Al fine di garantire la qualità delle cure e l'economicità dei reparti devono garantirne almeno 50 letti».*

Tenuto conto del nuovo quadro giuridico che ci si è dati per la definizione delle competenze in tema di Pianificazione ospedaliera;
considerato inoltre quanto è già stato votato favorevolmente, a maggioranza, dal Gran Consiglio il 13.12.2023 relativamente al Messaggio n. 8326 sull'Iniziativa popolare legislativa generica "Per cure mediche e ospedaliere di prossimità" che ha portato all'introduzione dei nuovi art. 5a e 5b LEOC;
tenuto conto di quanto contenuto nel presente rapporto; si propone di respingere la citata iniziativa.

E. ALTRI TEMI STRATEGICI

1. Problema del consumo di sanità dei giovani, ma anche il monitoraggio dei costi dello screening e dell'aumento di costi di quest'ultimo.

2. Collaborazioni pubblico-privato con uguali diritti e oneri, anche nella formazione del personale medico e infermieristico che al momento pare essere una discriminante nella misura in cui la formazione del personale medico difficilmente può essere erogata dalle strutture private a causa dei requisiti di riconoscimento ISFM con conseguente iniquità di oneri. Il punto viene evidenziato in quanto si ritiene che la posizione del Governo su questo tema non sia del tutto chiara secondo il contenuto del Messaggio. Di fatto, esistono già oggi delle collaborazioni pubblico-private sia nel settore della riabilitazione (Clinica Hildebrand, Brissago – Clinica EOC di Novaggio) o in quello della ginecologia e ostetricia tra la Clinica Santa Chiara e l'Ospedale EOC La Carità.

Altri ambiti e attori possono essere sostenuti in queste collaborazioni nella misura in cui tendono a ridurre i costi, aumentare la qualità e accrescere l'esperienza e la motivazione dei medici e degli infermieri (tutti fattori da monitorare). Si pensi ad es. a delle collaborazioni tra Clinica Sant'Anna con l'Ospedale Civico e/o Italiano dell'EOC a Lugano.

Tra concorrenza e competizione forse una sana "cooperazione" può risultare la soluzione.

Queste collaborazioni possono risolvere anche alcuni problemi spesso molto concreti: ad es. quello secondo cui un Ospedale o una Clinica ottengono un mandato di prestazione per una specialità grazie a uno specialista in forza presso questa struttura. Se quest'ultimo volesse andarsene per passare ad altra clinica o ospedale il risultato sarebbe che la struttura perderebbe il mandato che andrebbe spostato alla nuova oppure il medico resterebbe vincolato a vita allo stesso datore di lavoro.

In occasione dell'audizione 6 giugno 2024 il DSS ha osservato in merito alla collaborazione pubblico-privato che le basi legali della Pianificazione ospedaliera non

permettono interventi d'imperio particolarmente incisivi, ad es. imponendo la chiusura di strutture o la collaborazione pubblico-privato.

Il Cantone può comunque appoggiare iniziative di collaborazione tra istituti, volte a migliorare l'efficienza delle cure ed evitare ridondanze.

Strumenti interessanti e oggettivi per promuovere queste collaborazioni sono i criteri:

- della quota di mercato;
- del numero minimo di casi per l'attribuzione dei mandati.

3. Maggiore concorrenza o miglior suddivisione dei compiti? Nel messaggio si è partiti dall'evidenziare che la concorrenza è una premessa, salvo poi negli orientamenti strategici sottolineare gli aspetti di prossimità e soprattutto di concentrazione.

Sulla prossimità la Commissione resta in questo ambito pianificatorio vincolata comunque al voto che ha approvato il testo conforme all'iniziativa popolare denominata "Per cure mediche e ospedaliere di prossimità" (n. 138 e relativo Messaggi e Rapporto n. 8326 votati di recente in Gran Consiglio). Ne consegue che soluzioni drastiche non paiono essere attuabili al momento, ragione per cui un margine di risparmio e ottimizzazione dei costi rimane nella concentrazione e in una sana concorrenza fondata su una corretta e trasparente procedura di assegnazione dei mandati che tenga conto dei fattori già sopra esposti.

Resta il fatto che prioritario sarebbe che l'accessibilità a cure di qualità sia garantito, concetto diverso dall'assicurare una medicina di prossimità diffusa sul territorio che viene assicurata dai medici di famiglia.

La Commissione evidenzia il principio della libertà di scelta del paziente tra cliniche private, anche tra loro, e ospedali dell'EOC con la loro concorrenza interna. Questa libertà è stata voluta anche dalla Confederazione con l'attuale sistema e con quello futuro di finanziamento del sistema sanitario (EFAS) che stabilisce, a parità di condizioni – e nel caso specifico di questa pianificazione – di condizioni di partenza con la dovuta chiarezza dei moduli d'offerta e nelle relative assegnazioni.

Sul tema della concorrenza tra gli attori, il Governo nella seconda audizione di cui sopra ci ha indicato quanto segue:

- la procedura di assegnazione dei mandati di prestazioni deve essere trasparente e fondata su criteri oggettivi e misurabili.
- La sentenza del TAF contro la Pianificazione 2015 ha indicato che il Cantone ha privilegiato gli ospedali pubblici a priori, non fondandosi su criteri oggettivi.

L'obiettivo è dunque di consentire una concorrenza "alla pari" tra i vari attori che solleciteranno dei mandati, grazie a una procedura trasparente e aperta.

Mentre sulla prossimità vs 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.

4. Investimenti maggiori nella politica sanitaria quale strumento per preservare la salute e ridurre i costi di cura delle malattie. Circa questo aspetto, essendovi un atto parlamentare (Mozione n. 1557) e relativo Messaggio (n. 8362) attualmente sotto esame della Commissione, si rinuncia a entrare nel dettaglio in questa sede rinviando all'apposito rapporto che verrà emesso.

5. Sviluppo e sostegno ai medici di famiglia/medici del territorio. Il tema è stato sollevato ancora di recente (cfr. Corriere del Ticino 24 giugno 2024: "Più valore ai medici di famiglia"). L'efficienza della medicina di famiglia attiva sul territorio è fondamentale per ridurre i costi, le ospedalizzazioni ed evitare le doppie prestazioni (radiografie, ecografie, TAC, ecc.). La medicina di famiglia deve fungere da filtro e regia per l'accesso ai medici specialisti, alle ospedalizzazioni e successive degenze post ospedaliere. Da un modello di sanità reattiva che porta al ricovero o a cure specialistiche, si dovrà promuovere un modello di medicina proattiva coordinata sulla persona del paziente dai medici del territorio. Se non che il ruolo, l'immagine e il prestigio di tale professione è in calo anche perché le tariffe vigenti e il proliferare di centri medici nelle città rende più duro trovare medici interessati a questo tipo di attività che rende meno di diverse specializzazioni. Ne consegue che si tratterà di portare avanti, anche quale indirizzo strategico, oltre all'integrazione delle varie pianificazioni (psichiatrica, anziani e cure a domicilio) con la nuova Pianificazione ospedaliera, anche una politica di promozione e supporto dei medici di famiglia, e questo non solo nelle zone periferiche, dove forse si dovranno trovare sistemi di finanziamento misti con la partecipazione di Enti locali quali i Comuni, ev. Consorziati, patriziati, ecc. La Commissione saluta positivamente la collaborazione tra EOC, OMCT e USI volto ad attivare un innovativo servizio finalizzato al potenziamento della medicina di famiglia⁶.

La Commissione, per quanto non riguardi direttamente la POC, ma i medici in genere, ha preso atto dell'introduzione, a far tempo dal 1° gennaio 2026 del TARDOC, il quale sostituirà il TARMED. Il cambio di struttura tariffale era auspicata da tempo dalle casse malati per ridurre i costi che si ripercuotono sui premi.

6. Pediatria: lo studio sul fabbisogno non fa nessuna menzione su una categoria importante; quella pediatrica. Delle proiezioni in questo ambito sarebbero auspiccate. In ogni caso, per rapporto allo stato attuale, un maggior coordinamento picchetti soprattutto durante le ferie.

⁶ Cfr comunicato stampa 11.09.2024 reperibile su www.eoc.ch.

7. Il proseguimento da parte delle autorità politiche, scolastiche nonché dell'EOC e delle cliniche private presenti in Ticino dei lavori volti a promuovere la formazione e le condizioni quadro al fine del mantenimento in attività del personale infermieristico, laddove per condizioni quadro non si devono intendere solo condizioni salariali bensì pure attrattività della professione con una migliore conciliabilità lavoro famiglia avuti presente anche le esigenze delle nuove generazioni che sempre più auspicano lavoro a tempo parziale.
8. Infine, si ritiene che la Pianificazione in oggetto trascuri, almeno in apparenza, il settore della ricerca e sperimentazione, senza dimenticare, nell'era digitale, anche la telemedicina. La Commissione auspica che il tema degli investimenti del Cantone per la ricerca possa essere oggetto di una verifica e proposta di Messaggio apposito.

12. CONCLUSIONI

Gli enigmi non si sciolgono, si sciogliessero non sarebbero tali.
(Paul Celan)

Tenuto conto di quanto sopra, la scrivente Commissione, consapevole della necessità di dotarsi quanto prima di una nuova POC soprattutto tenuto conto dell'esistenza di quella precedente;

consapevole che ogni pianificazione presenta dei fattori imponderabili, ma fiduciosa che la Commissione di controllo dei mandati di prestazione istituita con la recente modifica del riparto delle competenze in materia di POC tra Esecutivo e Legislativo possa correggere eventuali errori previsionali e verificare il raggiungimento dei numeri minimi indicati nei considerandi del presente rapporto;

preso atto che le modalità e i criteri delle POC sono sempre più vincolati e vincolanti secondo il diritto federale superiore;

preoccupata comunque per la situazione economico finanziaria del Cantone;

auspicando sia dagli attori pubblici come da quelli privati una collaborazione laddove necessaria o anche solo opportuna e una sana competizione di mercato volta a ridurre/ottimizzare i costi sia che anche la popolazione possa fare la sua parte con (cor-)responsabilità al fine di ridurre i costi della salute e, di riflesso, i premi della cassa malati (in Ticino sempre più alti della media e non solo per l'invecchiamento della popolazione);

invita il Gran Consiglio ad approvare il presente rapporto, adottando l'allegato decreto legislativo concernente la Pianificazione ospedaliera cantonale e approvando gli annessi disegni di legge, che non subiscono modifiche rispetto alla proposta governativa, e, nel contempo, a respingere l'Iniziativa generica n. 750 "Per una salute di prossimità e completa".

Per la Commissione sanità e sicurezza sociale:

Matteo Quadranti, relatore

Agustoni - Aldi - Caverzasio - Cedraschi - Corti -
Filippini - Forini - Gianella Alex - Giudici - Isabella -
Mazzoleni - Merlo - Petralli (con riserva) -
Riget - Rusconi - Schnellmann

Allegato:

- Preavviso della Commissione gestione e finanze del 20 novembre 2024

Disegno di

**Decreto legislativo
concernente la pianificazione ospedaliera cantonale
del**

**IL GRAN CONSIGLIO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO**

visto l'articolo 65 della legge cantonale di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal);
visto il messaggio del Consiglio di Stato n. 8250 del 22 marzo 2023,
visto il rapporto della Commissione sanità e sicurezza sociale n. 8250 R del 10 ottobre 2024,

decreta:

Art. 1

Il rapporto sul fabbisogno di cure con orizzonte temporale 2032 allestito dal Dipartimento della sanità del Cantone di Zurigo è approvato.

Art. 2

La seconda tappa della pianificazione ospedaliera (definizione e attribuzione dei mandati) deve tener conto dei seguenti indirizzi strategici:

1. L'assegnazione dei mandati:
 - a. deve assicurare una medicina di prossimità diffusa sul territorio (pacchetto di base)
 - b. garantire una determinata concentrazione dell'attività (numeri minimi per sede e quota di mercato storica stabiliti per tipologia di prestazione nel modulo di sollecitazione dell'offerta) nelle prestazioni specialistiche e in quelle multidisciplinari e complesse.
2. I mandati che comportano una presa in carico complessa devono tener conto dell'impegno della struttura a formalizzare progetti di collaborazione con altri fornitori di prestazione sul territorio per definire percorsi diagnostici e terapeutici comuni (PDTA).
3. Sarà concessa in forma provvisoria per la durata di 2 anni ai nuovi attori sanitari/concorrenti - a cui verrà poi confermata – se garantiranno il raggiungimento degli obiettivi di concentrazione dell'attività come da cpv. 1 lett. b).
4. Il Consiglio di Stato è incaricato di implementare un sistema di monitoraggio di valutazione dell'appropriatezza organizzativa dei vari comparti di cura.
5. Il Consiglio di Stato è incaricato di elaborare un sistema informativo semplice, fruibile e completo riguardo alla qualità e al costo delle prestazioni erogate dai singoli istituti ospedalieri.

Art. 3

Sono approvate le seguenti prestazioni economicamente d'interesse generale:

- a. formazione post-diploma dei medici assistenti per la prima specializzazione e per la specializzazione approfondita;

- b. sgravio per l'accompagnamento formativo negli enti sociosanitari;
- c. contributo per il finanziamento dei centri di primo soccorso delle sedi di Acquarossa e Faido dell'Ospedale regionale di Bellinzona e Valli e dell'Ospedale Malcantonese di Castelrotto;
- d. contributo all'Ente Ospedaliero Cantonale quale partecipazione al finanziamento:
 - dei consultori di salute sessuale;
 - del piano di messa in allarme dei servizi ospedalieri;
 - del coordinamento per l'organizzazione dell'espianto d'organi;
 - dell'implementazione della cartella informatizzata del paziente;
 - delle cure neonatali di livello IIB e pediatriche;
 - delle attività di sostegno nel reparto pediatrico;
 - dell'attività del centro di competenza malattie rare;
 - del mantenimento di uno studio medico presso il centro sociosanitario di Cevio.

Art. 4

¹Il presente decreto legislativo entra in vigore immediatamente.

Disegno di

Legge
di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal)
modifica del

IL GRAN CONSIGLIO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

visto il messaggio del Consiglio di Stato n. 8250 del 22 marzo 2023,

decreta:

I

La legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal) è modificata come segue:

Art. 63a cpv. 1 lett. d e cpv. 1^{bis}

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

(...)

d) *abrogata*

^{1bis}Le case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal) possono gestire i reparti acuti di minore intensità (di seguito Case di cura - RAMI) di regola situati in prossimità degli ospedali somatico acuti di cui al cpv. 1 lett. a.

C. Modalità di pianificazione

Art. 63b

La pianificazione è riferita alle prestazioni per quanto concerne gli ospedali somatico acuti e le case per partorienti, alle prestazioni o alle capacità per la riabilitazione e la cura di malattie psichiatriche in ospedale, alle capacità per le case di cura e le case di cura - RAMI.

TITOLO V^{bis}

Finanziamento delle prestazioni di cura erogate negli ospedali (art. 39 cpv. 1 LAMal) e nelle case di cura – RAMI (art. 39 cpv. 3 LAMal)

Art. 66a cpv. 2

²Il Cantone partecipa al finanziamento delle prestazioni erogate nelle case di cura – RAMI autorizzate a esercitare a carico della LAMal e che figurano sull'elenco ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal.

Art. 66b lett. c

Sono considerati fornitori di prestazioni:

(...)

c) le case di cura - RAMI.

Art. 66c cpv. 1

¹Il finanziamento delle prestazioni erogate dai fornitori di prestazioni con sede nel Cantone indicati nell'art. 66a è assunto dal Cantone tramite un contributo globale, dagli assicuratori LAMal e, per le case di cura – RAMI, anche dai pazienti.

II. Prestazioni erogate dalle case di cura – RAMI

Art. 66e^{bis}

Il contributo globale è stabilito tenendo conto:

a) dei costi:

- delle prestazioni di cura;
- alberghieri;
- della formazione universitaria e della formazione di base e terziaria nelle professioni sanitarie;

b) delle seguenti entrate:

- rimborso delle prestazioni di cura e assistenza in base ai criteri di cui agli art. 7 e segg. dell'ordinanza sulle prestazioni del 29 settembre 1995 (OPre), delle prestazioni mediche, diagnostiche e terapeutiche all'atto nonché dei medicinali e dei mezzi ausiliari per singola fornitura;
- contributi a carico dei pazienti, stabiliti in fr. 30 a giornata per un massimo di fr. 600.- annui;
- altre partecipazioni assicurative;
- altri ricavi d'esercizio.

II^{bis} Finanziamento per l'acquisto di terreni, la costruzione, la ristrutturazione e l'ampliamento delle case di cura – RAMI

Art. 66e^{ter}

Per l'acquisto di terreni o edifici destinati alla realizzazione di case di cura – 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 del 30 novembre 2010 (LANz).

Art. 84a

abrogato

II

¹La presente legge sottostà a referendum facoltativo.

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

Disegno di

**Legge
sull'EOC (Ente ospedaliero cantonale)**

modifica del

**IL GRAN CONSIGLIO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO**

visto il messaggio del Consiglio di Stato n. 8250 del 22 marzo 2023, decreta:

I

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

Titolo

Legge sull'Ente Ospedaliero Cantonale (LEOC)

Ragione sociale, personalità giuridica, sede Art. 1

Sotto la denominazione Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) è istituita una azienda cantonale, indipendente dall'Amministrazione dello Stato, avente personalità giuridica propria di diritto pubblico e sede a Bellinzona.

Art. 2 cpv. 3

³L'EOC provvede all'organizzazione e alla gestione delle case di cura – RAMI ai sensi dell'art. 63a cpv. 1^{bis} LCAMal, previste dalla pianificazione ospedaliera cantonale ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal in prossimità degli istituti acuti dell'EOC.

II

¹La presente legge sottostà a referendum facoltativo.

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