Quale futuro per la Pianificazione ospedaliera cantonale?

Risposta del 14 marzo 2019 all'interpellanza presentata il 4 marzo 2019 da Giovanni Pagani

PAGANI G. - La Pianificazione ospedaliera è uno strumento molto importante per la sanità nel nostro Cantone. Purtroppo il 25 febbraio 2019 il Tribunale amministrativo federale (TAF) l'ha cassata, stabilendo che i decreti approvati tre anni fa dal Gran Consiglio non erano legali. In particolare il Tribunale amministrativo federale ha verificato le modalità con cui sono stati analizzati il fabbisogno delle cure e la loro economicità, e ha criticato la decisione di distanziarsi dal sistema di Zurigo, che veniva considerato un buon sistema da seguire. Il TAF ha inoltre criticato la scelta del Cantone di dare preferenza agli ospedali pubblici rispetto a quelli privati, benché il legislatore federale fosse stato chiaro nel suo volere stabilendo che i due settori andavano parificati. Il TAF ha inoltre criticato la costituzione dei letti acuti di minore intensità (AMI). Pur riconoscendo in essi uno strumento interessante e vantaggioso per il sistema sanitario, segnala che purtroppo non sono codificati a livello federale. È una decisione che ha effetti poiché sia a Mendrisio sia ad Acquarossa sono già pianificati (a Mendrisio sono in via di realizzazione). Occorre dunque chiarire la situazione.

Ciò premesso, ricordo le tre domande poste al Consiglio di Stato nell'interpellanza:

1. *Come intende procedere per sanare le lacune pianificatorie evidenziate dal Tribunale amministrativo federale?*
2. *Ritiene utile che la pianificazione ospedaliera resti di competenza del Gran Consiglio?*
3. *Intende proporre al Gran Consiglio che la competenza sia attribuita al Consiglio di Stato?*

BELTRAMINELLI P., DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ - Mi complimento con il primo firmatario per la sua introduzione e il riassunto molto preciso delle sentenze. Il TAF ha pubblicato due sentenze di 55 pagine piuttosto complesse perché complesso è il tema. Nonostante il breve tempo a disposizione, l'importanza dell'argomento ci ha spinti a fornire in tempo utile almeno una prima risposta alle interpellanze sebbene l'approfondimento della materia rimarrà un compito importante della prossima legislatura.

Bisogna ricordare che in Ticino l'esercizio pianificatorio non ha mai avuto una vita facile. Per chi se lo fosse scordato, già la prima fase del 2001, molto complessa perché in precedenza non vi era l'obbligo di pianificare, era stata bocciata dal Consiglio federale (l'istanza di ricorso non era ancora il Tribunale federale), che aveva rimandato al Cantone l'esercizio per procedere ad alcuni adattamenti. La stessa cosa è accaduta in questa occasione.

La ragione di questo stato di cose, come affermato anche dall'interpellante, sta nel fatto che le particolarità del Canton Ticino e il suo modo di procedere pongono da sempre alcune difficoltà. Essenzialmente, secondo le sentenze del TAF, occorre oggettivare maggiormente il lavoro di pianificazione lasciando meno spazio politico interpretativo, in particolare il calcolo del fabbisogno, la qualità e l'economicità delle cure. Sono questi i tre pilastri della pianificazione ospedaliera. L'esercizio è stato compiuto, ma non con il rigore

del metodo di Zurigo. Ricordo che il metodo di Zurigo è per l'appunto uno strumento che potrebbe anche essere sostituito. È vero che il Cantone si è un po' distanziato da questa metodologia. L'esercizio del Ticino è stato comunque assai laborioso fino a giungere a proporre la particolarità ticinese dei letti AMI.

La Legge federale sull'assicurazione malattia [LAMal; RS 832.10] regola all'art. 39 cpv.1 il finanziamento delle cure acute e al cpv. 3 quello delle case per anziani. Il Ticino si è molto preoccupato, a giusta ragione, del decorso post acuto. In quest'ambito esistono nel nostro Cantone le CAT (cure acute transitorie) e i RAMI (reparti acuti di minore intensità), del cui dettaglio mi occuperò più avanti nelle risposte alle interpellanze.

Rispondo ora alle domande oggetto dell'interpellanza.

1. [Il Consiglio di Stato] *Come intende procedere per sanare le lacune pianificatorie evidenziate dal Tribunale amministrativo federale?*

Il TAF ha impiegato molto tempo per evadere i ricorsi. Sono trascorsi quattro anni dalla decisione sulla Pianificazione ospedaliera e molti di più dal momento in cui sono stati avviati i lavori. Ricordo che nel 2012 è cambiato anche il finanziamento ospedaliero. Secondo l'ordinanza federale i Cantoni sono tenuti a verificare periodicamente la loro pianificazione. Dopo la bocciatura popolare della modifica della Legge sull'Ente ospedaliero cantonale [LEOC; RL 811.100], si era previsto di avviare un altro esercizio pianificatorio per la prossima legislatura. Il Dipartimento inizierà in modo rapido, nel corso della prossima legislatura, una revisione molto importante del settore.

Non bisogna dimenticare che sta rapidamente evolvendo il metodo di intervento sempre più volto alle cure ambulatoriali. Da quest'anno sei specifiche prestazioni, che prima venivano praticate in regime stazionario, di principio dovranno diventare ambulatoriali. Questa evoluzione in futuro sarà viepiù consolidata perché il Canton Zurigo, da sempre all'avanguardia, propone già quattordici specialità svolte prevalentemente in ambito ambulatoriale. A mio vedere non tutte rispettano la legge federale. Tuttavia tale prassi è stata consolidata visto che nessuno ha interposto ricorso. Per il Ticino ne sono state stabilite sei a seguito di un adattamento a livello federale. Sono cambiamenti in atto che obbligano il Cantone a elaborare una nuova pianificazione che darà uno spazio sempre maggiore alle cure ambulatoriali. Si tenga poi conto che lo stazionario è pianificato, mentre l'ambulatoriale non lo è. Ciò vale per tutte le cure ambulatoriali.

Questi temi sono approfonditamente discussi nei gremi federali: tutto lascia presupporre che si giungerà a gestire l'ambulatoriale assieme allo stazionario secondo un sistema unitario di finanziamento. I Cantoni che oggi finanziano solo il 55% dello stazionario, e non finanziano l'ambulatoriale, saranno verosimilmente chiamati a partecipare ai due settori. Naturalmente i Cantoni chiedono di avere la possibilità di gestire in qualche modo le cure ambulatoriali che dovranno parzialmente finanziare. Sono questioni che il Ticino dovrà affrontare, ma che interessano tutta la Svizzera.

Nel frattempo, dall'approvazione della pianificazione ospedaliera, la Conferenza svizzera delle Direttrici e dei Direttori cantonali della sanità, di cui sono membro, ha aggiornato le raccomandazioni sulla pianificazione ospedaliera e sull'analisi dell'economicità effettuata in base ai costi. Vi è anche stata un'evoluzione della giurisprudenza. Una parte della sentenza del Tribunale afferma che bisogna lavorare sui costi e non sulle tariffe: e in tal senso sono stati compiuti dei progressi. Oggi siamo meglio preparati a lavorare sui costi. Dal 2012 è in vigore la struttura tariffaria SwissDRG (che consiste fondamentalmente in forfait) consolidatasi nel corso degli anni. Anche lo studio del fabbisogno ha punti di riferimento più solidi. Ricordo che i lavori pianificatori sono stati avviati a partire da uno studio del fabbisogno allestito su statistiche del 2010. Da allora è evoluto il sistema di

Zurigo ed è trascorso un decennio. Diverse prestazioni che erano differenziate e numerose sono state raggruppate. Del resto si procede in tal senso una volta all'anno. Insomma l'intero settore è costantemente un work in progress.

2. *Ritiene utile che la Pianificazione ospedaliera resti di competenza del Gran Consiglio?*
3. *Intende proporre al Gran Consiglio che la competenza venga attribuita al Consiglio di Stato?*

La seconda e la terza domanda concernono le competenze e sollevano interrogativi che è importante porsi. Il Consiglio di Stato non si è ancora espresso e non lo farà prima della fine della legislatura: sarà un tema che andrà ripreso all'inizio della prossima legislatura. Ricordo che già nel nostro messaggio¹ di cinque anni fa (maggio 2014), il Consiglio di Stato affermava che «*al fine di garantire la necessaria flessibilità*» – e oggi ne serve ancora di più – «*e già per ragioni di praticabilità è indispensabile confermare e interpretare estensivamente la competenza governativa di adottare revisioni di minore entità*». È chiaro che oggi bisognerà ragionare su che cosa significa pianificare, anche alla luce delle sentenze del TAF, che fissa limiti molto più stretti.

Bisogna anche ricordare, come già ho detto all'inizio del mio intervento, che oltretutto il Ticino è giunto al limite del tempo che gli era stato concesso per pianificare. L'esercizio pianificatorio, che avrebbe già potuto essere avviato nel 2009, è iniziato con almeno due anni di ritardo. Sappiamo, senza voler attribuire colpe, che anche il Gran Consiglio ha fatto la sua parte, dando indicazioni politiche nell'attribuzione per esempio dei posti letto nel Mendrisiotto per i reparti denominati RAMI. Va ricordato che la pianificazione non è referendabile – e a tal proposito è sorta una grande discussione in Gran consiglio – perché è una procedura di natura amministrativa. Ciò significa che ci sono pochi spazi di natura politica: le decisioni sono impugnabili e tutti hanno diritto di interporre ricorso. Il Consiglio di Stato e il Gran Consiglio dovranno perciò ragionare – senza farne una prova di forza – nell'interesse della sanità, in continua evoluzione, su quale sia il sistema migliore per pianificare il settore ospedaliero.

PAGANI G. - Ringrazio il Direttore del Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) per la risposta esauriente, che mi ha parzialmente soddisfatto. Il Consigliere di Stato Beltraminelli ha spiegato molto bene l'evoluzione delle metodologie e le difficoltà esistenti. Se ho ben compreso, in futuro ci sarà un maggiore rispetto delle regole del gioco. Mi sarei aspettato anche un commento sul rapporto pubblico privato, che è un aspetto sollevato nella sentenza. Non posso considerarmi soddisfatto della risposta alla seconda domanda. È tuttavia ovvio che con il poco tempo a disposizione non sarebbe giunta una risposta del Consiglio di Stato entro la fine della legislatura.

BELTRAMINELLI P., DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ - In merito al rapporto pubblico privato la sentenza è piuttosto chiara: non si possono distribuire privilegi, ma bisogna proporre un sistema aperto a tutti. Una volta determinato il fabbisogno, occorre attribuire le specialità fondandosi sulle considerazioni di

¹ [Messaggio n. 6945](#): *Aggiornamento della Pianificazione ospedaliera, parte pianificazione ospedali (art. 39 cpv. 1 LAMal) e parte pianificazione case di cura, 2a fase (art. 39 cpv. 3 LAMal); Legge sugli istituti di cura - Modifica della Legge sull'EOC (Ente ospedaliero cantonale); Rapporto sull'iniziativa popolare generica "Giù le mani dagli ospedali", 26.05.2014.*

qualità, costi e benefici. Ricordo che l'iter pianificatorio è molto complesso: esistevano una Commissione di pianificazione preparatoria, le conferenze regionali, eccetera. Fondamentalmente si è ragionato sul principio secondo cui in caso di dismissione dell'attività da parte di un privato vi fosse la garanzia di una presa carico in Ticino la più ampia possibile (95% delle operazioni eseguite in Ticino). Alcune specialità sono state attribuite completamente al Cardiocentro, per quanto sia una struttura privata. Oggi questa impostazione non è più adeguata.

Parzialmente soddisfatto l'interpellante, l'atto parlamentare è dichiarato evaso.