

Messaggio

numero
8250

data
22 marzo 2023

competenza
DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ

Pianificazione ospedaliera cantonale:

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

INDICE

I.	INTRODUZIONE	5
II.	LA PIANIFICAZIONE IN VIGORE	8
III.	IL CAMBIO DI COMPETENZE TRA GRAN CONSIGLIO E CONSIGLIO DI STATO IN MATERIA DI PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA	10
IV.	LO STUDIO SUL FABBISOGNO.....	11
	1. SVILUPPO DEMOGRAFICO 2032	12
	2. FABBISOGNO SOMATICO-ACUTO.....	12
	3. FABBISOGNO PSICHIATRIA	14
	4. FABBISOGNO RIABILITAZIONE.....	15
V.	GLI INDIRIZZI STRATEGICI DELLA PROSSIMA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA.....	16
	1. ORIGINI E CONDIZIONI DELLA PIANIFICAZIONE PUBBLICA OSPEDALIERA DA PARTE DELLO STATO	16
	2. IL RUOLO DEL SETTORE OSPEDALIERO NEL SISTEMA SANITARIO SVIZZERO	17
	3. OBIETTIVI DELLA PIANIFICAZIONE	18
	4. GLI ORIENTAMENTI DELLE STRATEGIE E DELLA POLITICA SANITARIA FEDERALI	19
	5. LE SFIDE DEL SETTORE OSPEDALIERO TICINESE	19
	6. CONCLUSIONI	21
	6.1 Perseguire con determinazione un'adeguata allocazione dei servizi sull'asse prossimità/concentrazione	21
	6.2 Puntare a un ospedale di riferimento per la medicina somatico-acuta e altamente specializzata	22
	6.3 Continuare a favorire dinamicamente l'appropriatezza organizzativa ..	22

6.4	Promuovere la definizione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per le patologie ad alta prevalenza o rilevanza ...	22
6.5	Migliorare le informazioni a disposizione di pazienti e popolazione.....	22
VI.	I LAVORI DELLA COMMISSIONE DI PIANIFICAZIONE SANITARIA.....	23
1.	MODALITÀ DI LAVORO	23
2.	STUDIO SUL FABBISOGNO.....	24
2.1	Necessità di una valutazione critica sulle previsioni e confronto con i dati storici	24
2.2	Modello di Zurigo e correttivi	25
2.2.1	<i>Riduzione della degenza media</i>	25
2.2.2	<i>Allineamento al tasso di ospedalizzazione svizzero</i>	26
2.3	Variabilità degli scenari	27
2.4	Coordinamento tra le varie pianificazioni e incidenza delle modifiche legislative in atto.....	27
2.5	Incidenza della scarsità di risorse di personale	28
3.	INDIRIZZI STRATEGICI	28
3.1	In generale	28
3.2	Concentrazione e prossimità	28
3.3	Problematiche legate al personale	28
3.4	Mandati e sostenibilità finanziaria.....	29
3.5	Percorsi di cura standardizzati	29
3.6	Informazione alla popolazione.....	29
VII.	LE PRESTAZIONI ECONOMICAMENTE D'INTERESSE GENERALE.....	29
1.	PRESTAZIONI D'INTERESSE GENERALE PREVISTE PER TUTTI GLI ISTITUTI OSPEDALIERI.....	30
1.1	Formazione post-diploma dei medici assistenti.....	30
1.2	Riconoscimento di uno sgravio per l'accompagnamento formativo negli enti sociosanitari	30
2.	PRESTAZIONI DI INTERESSE GENERALE PREVISTE PER IL SOLO ENTE OSPEDALIERO CANTONALE	31
2.1	Consultori di salute sessuale (CoSS).....	31
2.2	Piano di messa in allarme dei servizi ospedalieri (Piano MASO)	31
2.3	Coordinatrice organizzazione espianti.....	31
2.4	Cartella informatizzata del paziente	32
2.5	Centri di primo soccorso.....	32
2.6	Istituto pediatrico della Svizzera italiana (IPSI).....	32
2.7	Contributo per attività di sostegno nel reparto pediatrico	33
2.8	Contributo per il centro di competenza malattie rare	33
2.9	Contributo per il mantenimento di uno studio medico a Cevio, presso il centro socio-sanitario	33

VIII. MODULI DI SOLLECITAZIONE DELL'OFFERTA E I REQUISITI PER L'OTTENIMENTO DEI MANDATI	34
1. BASI LEGALI	34
1.1 Disposizioni federali	34
1.2 Legge cantonale.....	34
1.3 Raccomandazioni della CDS.....	35
1.3.1 <i>Pianificazione ospedaliera in base alle prestazioni</i>	35
1.3.2 <i>Pianificazione ospedaliera conforme al fabbisogno</i>	35
1.3.3 <i>Catalogo delle prestazioni</i>	35
1.3.4 <i>Aspetto economico</i>	36
1.3.5 <i>Qualità</i>	36
1.3.6 <i>Accessibilità</i>	36
1.3.7 <i>Numero minimo di casi</i>	36
1.3.8 <i>Gestione dei volumi</i>	36
1.3.9 <i>Obbligo d'ammissione</i>	36
1.3.10 <i>Servizio di pronto soccorso</i>	36
1.3.11 <i>Coordinazione intercantonale della pianificazione ospedaliera e flussi di pazienti</i>	37
1.3.12 <i>Trasmissione dati</i>	37
1.3.13 <i>Condizioni di lavoro</i>	37
1.3.14 <i>Formazione</i>	37
1.3.15 <i>Controlling, sorveglianza e sanzioni</i>	37
1.3.16 <i>Protezione dati e sicurezza dell'informazione</i>	37
2. PROCESSO DI CANDIDATURA	37
2.1 In generale	37
2.2 Settore somatico-acuto	38
2.3 Settore psichiatrico.....	38
2.4 Settore della riabilitazione	38
IX. PROPOSTE CONCRETE	39
1. STUDIO SUL FABBISOGNO.....	39
1.1 Settore somatico-acuto	40
1.2 Settore psichiatria.....	40
1.3 Settore riabilitazione.....	40
2. SETTORE MEDIA E LUNGO DEGENZA	41
2.1 Fabbisogno.....	41
2.2 Assetto giuridico	42
2.2.1 <i>Situazione attuale</i>	42
2.2.2 <i>Conformità alla LAMal</i>	43
2.2.3 <i>Finanziamento delle prestazioni di cura</i>	44
2.2.4 <i>Finanziamento dei costi d'investimento</i>	44

3. INDIRIZZI STRATEGICI	45
3.1 Perseguire con determinazione un'adeguata allocazione dei servizi sull'asse prossimità/concentrazione	45
3.2 Puntare a un ospedale di riferimento per la medicina somatico-acuta e altamente specializzata	46
3.3 Continuare a favorire dinamicamente l'appropriatezza organizzativa ..	46
3.4 Promuovere la definizione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) per le patologie ad alta prevalenza o rilevanza ...	46
3.5 Migliorare le informazioni a disposizione di pazienti e popolazione.....	47
X. LE CONSEGUENZE.....	47
1. CONSEGUENZE SUL PERSONALE	47
2. CONSEGUENZE A LIVELLO DI ENTI LOCALI.....	47
3. CONSEGUENZE FINANZIARIE	48
3.1 Costi d'investimento	48
3.2 Costi di gestione.....	48
XI. RELAZIONE CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO.....	48
XII. CONCLUSIONE.....	49

Signora Presidente,
signore deputate e signori deputati,

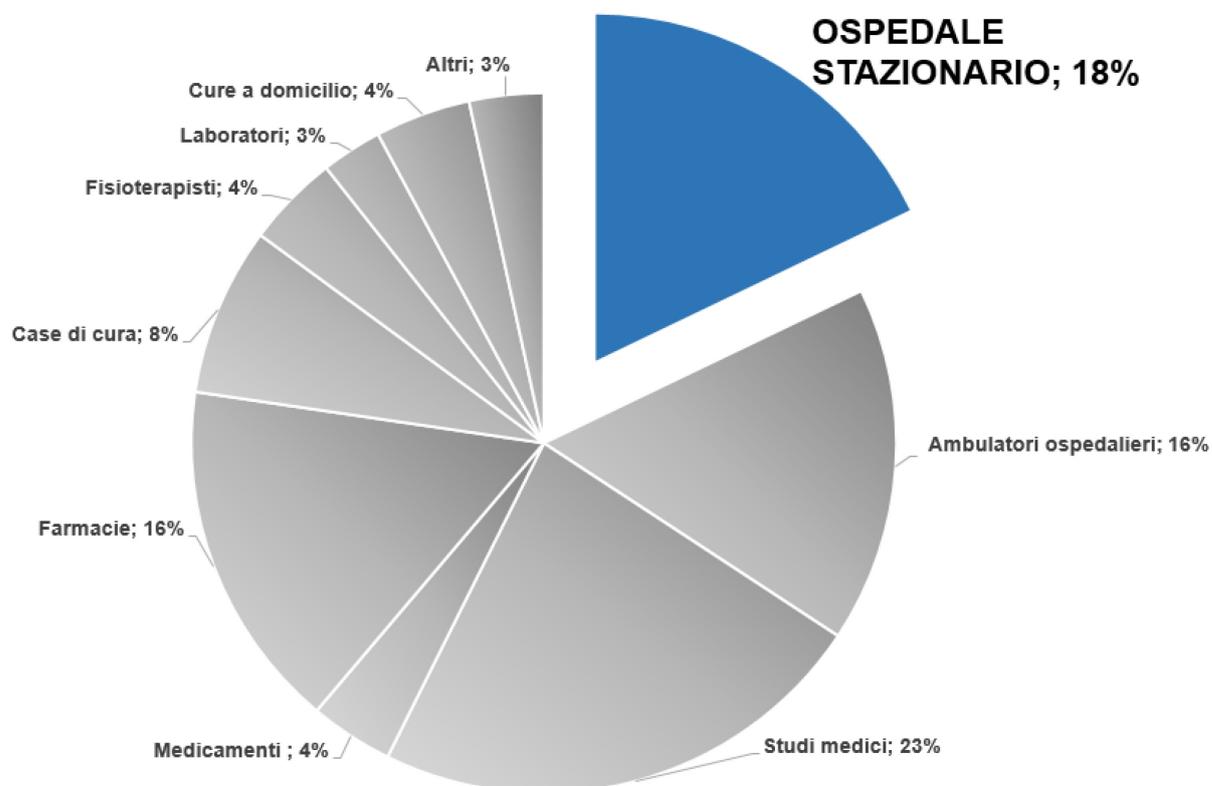
con il presente messaggio si ottempera a quanto previsto dall'art. 65 della Legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie, del 26 giugno 1997 (LCAMal), nella nuova formulazione adottata dal Gran Consiglio il 20 ottobre 2021. Vengono quindi presentati, da un lato, una proposta di possibili indirizzi strategici della nuova pianificazione ospedaliera cantonale per il periodo 2024-2032 coerenti con lo studio sul fabbisogno di cure ospedaliere stazionarie, nonché, d'altro lato, il ventaglio delle prestazioni economicamente d'interesse generale finanziabili con contributo cantonale. Viene inoltre illustrata la documentazione di supporto per la procedura di sollecitazione dell'offerta alla base dell'attribuzione dei mandati di prestazione agli istituti ospedalieri.

I. INTRODUZIONE

Prima di entrare nel merito della tematica in oggetto, si ritiene opportuno contestualizzare l'impegno del Cantone nel finanziamento delle ospedalizzazioni nel e fuori Cantone dall'introduzione delle modifiche della Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal), entrate in vigore con effetto dal 1° gennaio 2012. Da allora i Cantoni sono chiamati a contribuire nella misura minima del 55% al finanziamento delle degenze ospedaliere (nei settori somatico-acuto, psichiatrico e riabilitativo) che avvengono in uno degli istituti 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.

Da più parti, segnatamente nelle discussioni tra i vari attori del sistema sanitario riguardo a competenze e responsabilità sull'evoluzione della spesa del settore, vi è in effetti l'aspettativa che la pianificazione ospedaliera possa incidere in maniera tangibile sull'ammontare dei costi del sistema sanitario in generale, con conseguente ricaduta positiva sui premi degli assicuratori malattia e sui contributi cantonali (alle degenze e alla riduzione degli stessi premi).

In realtà va innanzitutto tenuto presente che il settore delle cure ospedaliere stazionarie, considerato anche il finanziamento diretto dei Cantoni in ragione almeno del 55%, incide solo nella misura di meno del 20% sull'intera spesa a carico della LAMal considerata per il calcolo dei premi, come risulta dal grafico seguente.

Suddivisione tra categorie di prestazioni (media 2018 - 2021)

In aggiunta a questo limitato impatto finanziario per rapporto al complesso della spesa coperta con i premi di cassa malati, va considerato che il Canton 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. La possibilità di finanziare ospedali pubblici e cliniche private attraverso questo metodo di gestione è contemplata all'art. 51 cpv. 1 LAMal.

Nel contesto ospedaliero ticinese lo strumento del contratto di prestazione è uno strumento gestionale consolidato dal 2002, data dell'entrata in vigore del primo contratto di prestazione con l'Ente ospedaliero cantonale, parallelamente all'introduzione in altri settori finanziati dallo Stato. Il contratto di prestazione consente di favorire un finanziamento prospettico e trasparente e, parallelamente, di responsabilizzare ed incentivare il contenimento dei costi. Il contratto di prestazione ha permesso, già durante gli anni di applicazione presso l'EOC, di essere considerato come un metodo di gestione flessibile ed efficiente che garantisce una gestione efficace del settore ospedaliero.

L'applicazione empirica di questi concetti avviene attraverso la definizione di un contratto quadro pluriennale (di principio quadriennale) e di un contratto di prestazione annuale. Il rinnovo annuale consente di prendere in considerazione eventuali cambiamenti e/o scostamenti rispetto alle situazioni degli anni precedenti. Di principio 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

Messaggio n. 8250 del 22 marzo 2023

restituzione al Cantone e scostamenti positivi in un versamento all'Istituto, valutati a costi marginali.

La metodologia sopradescritta – codificata agli art. 66c segg. LCAMal e agli art. 48a segg. del relativo Regolamento, del 29 maggio 2012 (RLCAMal) – ha permesso di tenere particolarmente sotto controllo il contributo del Cantone al finanziamento delle degenze ospedaliere della popolazione residente in Ticino. Dal 2012 al 2021 questo contributo è infatti passato da 325.5 milioni di franchi a 393.5 milioni di franchi (senza considerare il finanziamento supplementare relativo alla pandemia per il quale sono stati accantonati a fine 2020, 60 milioni di franchi e al netto di ricuperi), come risulta dalla tabella sottostante.

Evoluzione dei contributi cantonali per ospedalizzazioni nel e fuori Cantone	C2011	C2012	C2013	C2014	C2015	C2016	C2017	C2018	C2019	C2020	C2021
Clinica psichiatrica cantonale	13.2	12.4	13.2	10.9	12.4	12.3	12.5	13.6	13.6	13.6	13.8
EOC (dal 2021 compreso CCT)	199.0	182.3	184.7	182.2	186.5	188.2	193.4	199.4	210.0	214.6	245.6
Ospedali pubblici (EOC + CPC + CCT dal 2021)	212.2	194.7	198.0	193.1	198.9	200.5	205.9	213.0	223.6	228.2	259.4
Cliniche private	0.0	111.5	117.9	118.9	125.6	129.2	132.4	130.2	129.1	130.9	100.7
Ricuperi								-1.7	-1.5	-1.0	0.0
Contributi netti per ospedalizzazioni nel Cantone	212.2	306.2	315.9	312.0	324.5	329.7	338.3	343.2	352.7	359.1	360.1
aumento annuale			3.2%	-1.2%	4.0%	1.6%	2.6%	1.4%	2.8%	1.8%	0.3%
Indice		100.0	103.2	101.9	106.0	107.7	110.5	112.1	115.2	117.3	117.6
Ospedalizzazioni fuori Cantone	13.2	19.3	23.1	26.9	24.4	28.1	32.3	30.4	29.7	33.0	35.5
Ricuperi				-0.2	-0.4	-0.1	-0.9	-0.8	-1.6	-3.2	-2.2
Contributi netti per ospedalizzazioni fuori Cantone	13.2	19.3	23.1	26.7	24.0	28.0	31.4	29.6	28.1	29.8	33.3
aumento annuale			19.7%	16.5%	-9.3%	21.6%	14.9%	31.6%	-2.3%	35.2%	7.6%
Indice		100.0	119.7	139.4	126.4	145.6	167.4	157.5	153.9	171.0	183.9
Totale nel e fuori Cantone	225.4	325.5	339.0	338.7	348.5	357.7	369.7	372.8	380.8	388.8	393.5
aumento annuale			4.1%	-0.1%	2.9%	2.6%	3.4%	0.8%	2.2%	2.1%	1.2%
Indice		100.0	104.1	104.1	107.1	109.9	113.6	114.5	117.0	119.5	120.9

nel 2021
CCT
compreso
nelle cifre
EOC

L'aumento annuale medio dei contributi cantonali nel periodo 2012 – 2021 è stato del **solo 1.8%** per le ospedalizzazioni nel Cantone (dato influenzabile dalle trattative con i singoli istituti) e del 6.3% per le ospedalizzazioni fuori Cantone (dato che corrisponde alle degenze effettive fortemente influenzato da accadimenti non modificabili come incidenti gravi con conseguenti para e tetraplegie, gravi ustionati o trapianti che possono far lievitare la spesa di diversi milioni in un anno). 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 dal 2012 al 2019, qualche decina di milioni in più (2020 e 2021, anni pandemici, esclusi). La negoziazione dei volumi a preventivo e il mantenimento invariato del contributo se l'attività a consuntivo oscilla entro una soglia del +/-3%, ha permesso di remunerare al costo marginale (quota parte di costo che varia al mutare del volume di prestazioni) solo l'attività eccedente la soglia definita per un totale poco più di un milione di franchi. Si ricorda che gli scostamenti tra i contributi definiti a preventivo rispetto a quelli di consuntivo sono puntualmente commentati nel capitolo apposito inserito nei messaggi annuali sul consuntivo del Cantone.

Evidentemente i risultati indicati sono frutto di costante e rigorosa attenzione a questa importante voce di spesa, pari quasi al 10% delle uscite annue del Cantone, e di contrattazioni a volte intense con gli istituti, che comunque in generale e sull'arco degli anni hanno realizzato risultati d'esercizio solidi.

Ne discende pertanto che la pianificazione ospedaliera interviene a disciplinare un settore in cui l'evoluzione della spesa è sotto controllo e segue tassi di crescita ben inferiori a quelli della spesa sanitaria globale.

Inoltre non è uno strumento attraverso il quale sia possibile incidere sulla spesa sanitaria in generale e nemmeno su quella ospedaliera in particolare. Come sarà commentato più avanti, si ricorda a questo proposito che un istituto che dispone dei requisiti di sicurezza, qualità ed economicità per ottenere un determinato mandato non può non essere considerato al momento dell'attribuzione. Tantomeno si può procedere alla chiusura d'imperio di istituti, unica eventuale, incisiva possibilità di risparmio, alla luce del quadro legale federale e della relativa giurisprudenza. La pianificazione ospedaliera si inserisce in effetti in un contesto di accresciuta concorrenza tra ospedali, dentro e fuori Cantone, e di attribuzione per prestazioni, senza più vincoli di capacità e di volumi massimi, rafforzati dalla revisione della LAMal del 2012. A questo proposito si rileva che anche lo studio sul fabbisogno, commentato in seguito, 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 a sostegno di un'offerta già opportunamente dimensionata.

Quanto precede impone di relativizzare le aspettative di risparmio e razionalizzazione dell'offerta. Ciò non significa che non si possano perseguire delle riorganizzazioni accorpando alcuni mandati e ricercando il giusto equilibrio tra concentrazione e prossimità, come spiegato diffusamente nel capitolo sugli indirizzi strategici.

II. LA PIANIFICAZIONE IN VIGORE

La pianificazione ospedaliera attualmente in vigore è stata approvata con decreto legislativo il 15 dicembre 2015 dopo un complesso e articolato 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 della collaborazione della Gesundheitsdirektion del Canton Zurigo (GD-ZH). Quest'ultima aveva sviluppato un modello di previsione al riguardo 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.

Uno degli aspetti innovativi dell'attribuzione dei mandati era rappresentato dai due progetti condivisi tra settore pubblico (Ente ospedaliero cantonale, EOC, sedi Ospedale Regionale di Lugano e Ospedale Regionale di Locarno) e settore privato (Clinica Sant' Anna e Clinica Santa Chiara) con l'idea a medio-lungo termine di disporre rispettivamente di un centro donna/madre/bambino unico nella regione del Luganese e di un ospedale unico nel Locarnese. Siccome ipotizzate anche in forma strutturata (costituzione di società miste di gestione), le collaborazioni sarebbero state possibili solo con una modifica della Legge sull'EOC.

Tenuto conto delle risultanze dello studio sul fabbisogno (un tasso di ospedalizzazione nel nostro Cantone largamente superiore al resto della Svizzera e un esubero di letti nel settore somatico-acuto in prospettiva 2020) si era deciso anche di raggruppare sotto la denominazione "reparti acuti di minore intensità" (RAMI) i letti di medicina di base esistenti secondo la pianificazione del 2005 presso l'Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, sede di Acquarossa, l'Ospedale Malcantonese di Castelrotto, la Clinica Varini di Orselina e l'allora Clinica San Rocco di Lugano, nel frattempo accorpata alla Clinica Luganese Moncucco (per un totale di 150 letti), più ulteriori letti da ricavare presso gli ospedali acuti di Locarno e Mendrisio (rispettivamente 15 e 30). L'offerta RAMI era destinata a pazienti bisognosi di cure a bassa intensità medica, diagnostica e terapeutica, provenienti da un soggiorno ospedaliero acuto o direttamente dal domicilio, finanziati da assicuratori malattia, Cantone e pazienti. Dal profilo delle modalità di finanziamento questi letti erano assimilati alle case di cura previste all'art. 39 cpv. 3 LAMal, quindi in particolare esclusi dal sistema di indennizzo a forfait per caso, lo SwissDRG, proprio delle ospedalizzazioni in ambito somatico-acuto. Il Gran Consiglio ha inoltre ritenuto di non coinvolgere i Comuni nel finanziamento dei disavanzi residui, come previsto invece per le strutture di lungo degenza ai sensi della Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane del 30 novembre 2010 (LANz). I RAMI sono quindi stati inseriti con riferimenti specifici nella LCAMal.

La proposta di modifica della LEOC che avrebbe legittimato i progetti di collaborazione strutturata pubblico-privato sopradescritti è stata oggetto di referendum accolto in votazione popolare il 5 giugno 2016. D'altro canto, il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha accolto il 25 e il 26 febbraio 2019 i ricorsi contro il decreto legislativo del 15 dicembre 2015 presentati dalla Clinica Luganese Moncucco SA e dalla Clinica Santa Chiara SA nonché il 22 maggio 2019 quello presentato dal Ricovero Malcantonese di Castelrotto.

Dalle sentenze citate emerge che le decisioni sulle attribuzioni dei mandati non possono basarsi su considerazioni estranee alla determinazione oggettiva del fabbisogno, al confronto dell'economicità e alla verifica dei requisiti di qualità. Le attribuzioni devono inoltre essere supportate da elementi tecnici trasparenti, sui cui le strutture interessate abbiano avuto la possibilità di prendere posizione. In tale ottica il TAF ha criticato l'attribuzione preferenziale di mandati agli ospedali pubblici o la possibilità data agli istituti di adempiere ai requisiti richiesti per i singoli mandati entro un congruo lasso di tempo dall'ottenimento degli stessi. In sostanza le pur minime concentrazioni di alcune prestazioni specialistiche attuate per evitare ridondanze eccessive sono state ritenute inammissibili, perlomeno nelle modalità attuate, in applicazione del principio secondo cui le strutture che adempiono i requisiti prestabiliti di economicità e qualità hanno poi diritto ad ottenere il mandato per lo specifico gruppo di prestazioni.

Alla luce di queste sentenze, il Cantone avrebbe dovuto avviare tempestivamente i lavori per una rivalutazione del complesso lavoro di attribuzione dei mandati. L'inizio della nuova legislatura, l'avvento della pandemia e il deposito di un'iniziativa parlamentare che ha postulato la modifica delle competenze pianificatorie tra Legislativo ed Esecutivo hanno indotto a ritardare la ripresa del cantiere. Ciò ha permesso ai due istituti attivi in ambito somatico-acuto che avevano ricorso (Clinica Luganese Moncucco SA e Clinica Santa Chiara SA) di continuare ad operare ai sensi del vecchio decreto pianificatorio del 29 novembre 2005, senza delimitazione precisa dei mandati per specialità, creando di fatto una disparità di trattamento con gli istituti che non hanno inoltrato ricorso.

III. IL CAMBIO DI COMPETENZE TRA GRAN CONSIGLIO E CONSIGLIO DI STATO IN MATERIA DI PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA

Il 20 ottobre 2021 il Gran Consiglio ha adottato un controprogetto all'Iniziativa parlamentare elaborata intitolata "A chi la competenza per l'improcrastinabile nuova pianificazione ospedaliera cantonale?" presentata il 21 settembre 2020 da Matteo Quadranti e cofirmatari per il Gruppo PLR (IE 588). Tale revisione modifica in modo sostanziale le competenze per l'elaborazione della pianificazione ospedaliera, fin lì attribuite ai due poteri.

In particolare, la LCAMal antecedente alle modifiche adottate prevedeva quanto segue:

Art. 64

Il Consiglio di Stato elabora la pianificazione in collaborazione con la Commissione della pianificazione sanitaria, nella quale sono rappresentati tutti gli ambienti interessati, consultando le Conferenze regionali della sanità, nelle quali sono rappresentati tutti gli ambienti interessati di ogni regione.

Art. 65

Il Consiglio di Stato trasmette con un messaggio la pianificazione al Gran Consiglio, il quale sulla base di un rapporto commissionale la approva o la respinge o la modifica sentito il parere scritto del Consiglio di Stato e della Commissione della gestione e delle finanze.

Dal rapporto della Commissione sanità e sicurezza sociale (CSSS) del 30 settembre 2021, al quale si rimanda per i dettagli, si evince che la soluzione poi adottata dal Gran Consiglio, ha preso spunto dalle basi legali vigenti negli altri Cantoni. Pressoché tutti prevedono la competenza decisionale sugli elenchi (mandati) del Consiglio di Stato se non addirittura del Dipartimento competente, mentre al Gran Consiglio è semmai affidata la definizione di obiettivi strategici e di principi generali. La Commissione ha tenuto conto anche delle modifiche dell'OAMal che sarebbero entrate in vigore il 1° gennaio 2022, le quali precisano i criteri da seguire per allestire la pianificazione delle cure in ambito acuto (somatico, psichiatrico e di riabilitazione) e gli elenchi ospedalieri. Ha pure considerato le modifiche del finanziamento delle cure a carico della LAMal in discussione (modello EFAS, Einheitliche Finanzierung Ambulant und Stationär), il previsto pilotaggio dell'offerta ambulatoriale o il trasferimento in corso degli interventi in ambito ambulatoriale (AvoS, Ambulant vor Stationär), per non citare che alcune delle modifiche in atto in una realtà in rapida e continua evoluzione.

Nel concreto, la ridefinizione delle competenze ha in particolare affidato al Gran Consiglio il compito di elaborare gli indirizzi strategici che dovranno disegnare un perimetro ideale

entro il quale inserire la pianificazione e gli istituti, salvaguardando il principio della libera concorrenza sancito dalla LAMal, in caso di adempimento dei requisiti di qualità e di economicità.

Di seguito il tenore dei nuovi articoli della LCAMal:

Art. 64 Il Consiglio di Stato:

- a. allestisce uno studio sul fabbisogno di cure ospedaliere della popolazione residente;
- b. elabora con un messaggio gli indirizzi strategici della pianificazione ospedaliera cantonale, fondandosi sulle risultanze dello studio sul fabbisogno, consultando la Commissione della pianificazione sanitaria, nella quale sono rappresentati tutti gli ambienti interessati;
- c. tenuto conto degli indirizzi dettati dal Gran Consiglio:
 - allestisce l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal, in base alla presenza dei requisiti richiesti nel bando di concorso e alla valutazione dell'economicità e della qualità ai sensi dei criteri stabiliti dalla LAMal e dall'OAMal;
 - trasmette per discussione con un messaggio l'elenco pianificatorio al Gran Consiglio.

Art. 65 Il Gran Consiglio sulla base di un messaggio trasmesso dal Consiglio di Stato:

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

Nel prosieguo del presente messaggio si presentano quindi:

- 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.

IV. LO STUDIO SUL FABBISOGNO

Il Consiglio di Stato con risoluzione n. 597 del 5 febbraio 2020 ha incaricato la Direzione della sanità del Canton 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, partendo dai dati consolidati delle statistiche mediche relative all'anno 2018. A seguito dei ritardi nell'esame dei dati consegnati nel corso dell'estate 2020, forzatamente rimandato a causa della pandemia COVID-19, è poi stato chiesto alla GD-ZH di aggiornare le proiezioni allineando i tre settori partendo dai dati disponibili del 2019 fino al 2032.

Il modello sviluppato dalla GD-ZH considera i dati della statistica medica 2019 quale base di partenza, 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 e la degenza media, il tutto declinato per età o per classi di età.

Il risultato finale delle elaborazioni della GD-ZH, presentato sotto forma di tabelle, è stato consegnato a primavera 2022. Di seguito se ne indicano le cifre chiave riassuntive per i tre settori (somatico-acuto, psichiatria e riabilitazione), secondo tre scenari (principale, minimo e massimo), precedute dall'indicazione dello sviluppo demografico atteso per classi di età (secondo lo scenario di riferimento UST) nel 2032. I commenti si riferiscono allo scenario principale, ritenuta l'ipotesi di sviluppo più verosimile. I dati degli altri scenari evidenziano comunque l'ampio grado di incertezza e di oscillazione possibile, nonostante la metodologia consolidata. Per i dettagli si rimanda al rapporto allegato al presente messaggio.

1. SVILUPPO DEMOGRAFICO 2032

Classi di età	Scenario di riferimento UST			
	2019	2032	Δ	Δ%
0-15	49'447	44'797	-4'650	-9.4%
16-39	90'795	88'023	-2'772	-3.1%
40-64	130'531	116'808	-13'723	-10.5%
65-79	55'810	65'888	10'078	18.1%
80+	24'908	36'561	11'653	46.8%
Totale	353'510	352'077	586	0.2%

Per quanto concerne lo sviluppo demografico, lo studio sul fabbisogno si basa sullo scenario di riferimento elaborato dell'Ufficio federale di statistica (UST). Per il 2032 i calcoli effettuati dall'UST non prevedono particolari scostamenti del numero complessivo di residenti in Ticino (+0.2%), ma prevedono invece 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%).

2. FABBISOGNO SOMATICO-ACUTO

Somatico-acuto	2019	Scenario principale			Scenario minimo			Scenario massimo		
		2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%
Numero di pazienti (casi)	57'095	59'850	2'755	4.8%	56'729	-366	-0.6%	65'960	8'865	15.5%
Giornate di cura (GC)	364'814	340'170	-24'644	-6.8%	291'393	-73'421	-20.1%	414'096	49'282	13.5%
Durata media di degenza (DMD)	6.4	5.7	-0.7	-11.0%	5.1	-1.3	-19.6%	6.3	-0.1	-1.7%
Popolazione	351'491	352'077	586	0.2%	352'077	586	0.2%	352'077	586	0.2%
Tasso di ospedalizzazione / 10'000 abitanti	1'624	1'700	76	4.7%	1'611	-13	-0.8%	1'873	249	15.3%
Giornate di cura / 10'000 abitanti	10'379	9'662	-717	-6.9%	8'276	-2'103	-20.3%	11'762	1'382	13.3%

Nel settore somatico-acuto, rispetto alla situazione osservata nel 2019, per l'anno 2032 ci si attende (nello scenario principale):

- un incremento del numero di pazienti (casi) del 4.8% (da 57'095 a 59'950);
- una diminuzione delle giornate di cura del 6.8% (da 364'814 a 340'170);
- una riduzione della durata media di degenza dell'11% (da 6.4 giorni a 5.7);
- un aumento del tasso di ospedalizzazione del 4.7% (da 1'624 a 1'700 ogni 10'000 abitanti).

L'incremento del numero complessivo di casi previsto (+4.8%) è dovuto essenzialmente all'invecchiamento della popolazione. Se si considerasse unicamente l'effetto dell'evoluzione demografica sul fabbisogno di cure nel 2032, l'aumento del numero di pazienti sarebbe del 14.9%. Questo effetto viene tuttavia calmierato dal passaggio di parte della casistica stazionaria al settore ambulatoriale (-3.1%) e dall'allineamento parziale del tasso di ospedalizzazione cantonale a quello nazionale (-6.1%). L'impatto sul numero di casi dovuto allo sviluppo della tecnologia medica (+0.5%) e rispettivamente all'epidemiologia (0.0%) sono invece pressoché impercettibili.

La diminuzione del numero complessivo di giornate di cura previsto (-6.8%) è principalmente riconducibile alla diminuzione della durata media di degenza.

La tabella che segue dettaglia la previsione di sviluppo del numero di casi per singolo gruppo principale di prestazioni:

Messaggio n. 8250 del 22 marzo 2023

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo			Scenario minimo		
		2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ %
Pacchetto di base	24'639	27'136	2'497	10.1	29'533	4'894	19.9	25'954	1'315	5.3
Dermatologia	246	225	-21	-8.5	282	36	14.6	197	-49	-19.9
Otorinolaringoiatria	2'114	1'638	-476	-22.5	2'128	14	0.7	1'414	-700	-33.1
Neurochirurgia	321	331	10	3.1	350	29	9.0	322	1	0.3
Neurologia	1'212	1'435	223	18.4	1'474	262	21.6	1'416	204	16.8
Oftalmologia	419	426	7	1.7	480	61	14.6	400	-19	-4.5
Endocrinologia	344	410	66	19.2	413	69	20.1	408	64	18.6
Gastroenterologia	1'977	2'079	102	5.2	2'401	424	21.4	1'925	-52	-2.6
Chirurgia viscerale	1'173	1'222	49	4.2	1'271	98	8.4	1'197	24	2.0
Ematologia	799	887	88	11.0	989	190	23.8	836	37	4.6
Angiologia	903	984	81	9.0	1'098	195	21.6	927	24	2.7
Cardiologia e cardiocirurgia	2'709	2'914	205	7.6	3'173	464	17.1	2'788	79	2.9
Nefrologia	525	470	-55	-10.5	673	148	28.2	368	-157	-29.9
Urologia	2'898	2'820	-78	-2.7	3'274	376	13.0	2'603	-295	-10.2
Pneumologia	1'433	1'533	100	7.0	1'823	390	27.2	1'388	-45	-3.1
Chirurgia toracica	189	184	-5	-2.6	206	17	9.0	174	-15	-7.9
Trapianti	25	26	1	4.0	26	1	4.0	26	1	4.0
Chirurgia ortopedica	7'496	7'250	-246	-3.3	8'334	838	11.2	6'580	-916	-12.2
Reumatologia	251	265	14	5.6	288	37	14.7	254	3	1.2
Ginecologia	1'417	1'304	-113	-8.0	1'394	-23	-1.6	1'260	-157	-11.1
Ostetricia	2'878	3'027	149	5.2	3'027	149	5.2	3'027	149	5.2
Neonatologia	2'543	2'674	131	5.2	2'674	131	5.2	2'674	131	5.2
(Radio-)oncologia	482	486	4	0.8	522	40	8.3	468	-14	-2.9
Lesioni gravi (traumatismi)	102	124	22	21.6	127	25	24.5	123	21	20.6
Totale	57'095	59'850	2'755	4.8	65'960	8'865	15.5	56'729	-366	-0.6

3. FABBISOGNO PSICHIATRIA

Psichiatria	2019	Scenario principale			Scenario minimo			Scenario massimo		
		2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%
Numero di pazienti (casi)	2'891	2'724	-167	-5.8%	2'527	-364	-12.6%	3'058	167	5.8%
Giornate di cura (GC)	92'446	88'296	-4'150	-4.5%	82'004	-10'442	-11.3%	98'617	6'171	6.7%
Durata media di degenza (DMD)	32.0	32.4	0.4	1.4%	32.5	0.5	1.5%	32.2	0.3	0.8%
Popolazione	351'491	352'077	586	0.2%	352'077	586	0.2%	352'077	586	0.2%
Tasso di ospedalizzazione / 10'000 abitanti	82	77	-5	-5.9%	72	-10	-12.7%	87	5	5.6%
Giornate di cura / 10'000 abitanti	2'630	2'508	-122	-4.6%	2'329	-301	-11.4%	2'801	171	6.5%

Nella psichiatria stazionaria, rispetto alla situazione osservata nel 2019, per il 2032 ci si attende (nello scenario principale):

- una diminuzione del numero di pazienti (casi) del 5.8% (da 2'891 a 2'724);
- una diminuzione delle giornate di cura del 4.5% (da 92'446 a 88'296);

- un incremento della durata media di degenza dell'1.4% (da 32.0 giorni a 32.4);
- una diminuzione del tasso di ospedalizzazione del 5.9% (da 82 a 77 ogni 10'000 abitanti).

La diminuzione nel numero di casi complessivi prevista (-5.8%) è principalmente riconducibile all'effetto del trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale (-12.1%) e della stagnazione demografica (-3.2%). La riduzione della casistica causata di queste due variabili è però parzialmente mitigata da una maggiore propensione dei pazienti (o dei famigliari) a farsi curare (+10.1%).

La diminuzione delle giornate di cura previste (-4.6%) è dovuta principalmente alla diminuzione della casistica complessiva (-5.8%), il cui effetto è marginalmente attenuato da un leggero aumento della durata di degenza media attesa (+1.4%).

4. FABBISOGNO RIABILITAZIONE

Riabilitazione	2019	Scenario principale			Scenario minimo			Scenario massimo		
		2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%
Numero di pazienti (casi)	3'027	3'617	590	19.5%	3'358	331	10.9%	3'873	846	27.9%
Giornate di cura (GC)	82'227	94'617	12'390	15.1%	81'751	-476	-0.6%	103'551	21'324	25.9%
Durata media di degenza (DMD)	27.2	26.2	-1.0	-3.7%	24.3	-2.8	-10.4%	26.7	-0.4	-1.6%
Popolazione	351'491	352'077	586.0	0.2%	352'077	586.0	0.2%	352'077	586.0	0.2%
Tasso di ospedalizzazione / 10'000 abitanti	86	103	17	19.3%	95	9	10.8%	110	24	27.7%
Giornate di cura / 10'000 abitanti	2'339	2'687	348	14.9%	2'322	-17	-0.7%	2'941	602	25.7%

Nella riabilitazione stazionaria, rispetto alla situazione osservata nel 2019, per il 2032 ci si attende (nello scenario principale):

- un incremento del numero di pazienti (casi) del 19.5% (da 3'027 a 3'617);
- un incremento delle giornate di cura del 15.1% (da 82'227 a 94'617);
- una riduzione della durata media di degenza del 3.7% (da 27.2 giorni a 26.2);
- un aumento del tasso di ospedalizzazione del 19.3% (da 86 a 103 ogni 10'000 abitanti).

L'aumento importante del numero di casi previsto (+19.5%) è dovuto in gran parte allo sviluppo demografico, il cui effetto isolato porterebbe ad un incremento dei casi del 16.8%. L'incremento generato dallo sviluppo demografico è riconducibile all'invecchiamento della popolazione ticinese e al conseguente aumento di pazienti fragili (polimorbidi) che necessitano di maggiori prestazioni riabilitative. Il trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale, un po' come nel settore somatico-acuto, ha un impatto relativamente marginale (-2.5%) sul numero di casi.

L'importante incremento delle giornate di cura previste (+15.1%) è dovuto in primo luogo all'aumento del numero di casi (+19.5%), il cui effetto è lievemente mitigato da una leggera diminuzione attesa della durata media di degenza (-3.7%).

V. GLI INDIRIZZI STRATEGICI DELLA PROSSIMA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA

Si rileva in entrata che circoscrivere il concetto di indirizzo strategico alla sola realtà ospedaliera stazionaria non è impresa facile. L'esame delle basi legali esistenti negli altri Cantoni ha permesso di appurare che la strategia è semmai pensata nella sua accezione più ampia di indirizzo politico nell'ambito dell'offerta sanitaria complessiva, che comprende quindi, oltre agli ospedali, anche tutte le forme di degenza a corto, medio e lungo termine (cure acute e transitorie, case per anziani e case per anziani medicalizzate, soggiorni terapeutici temporanei, istituti per invalidi,...) e prese a carico ambulatoriali (servizi di assistenza e cura a domicilio, home treatment psichiatrico, centri diurni, ambulatori, studi medici,...). In questo senso è importante rilevare che gli indirizzi strategici della pianificazione ospedaliera non possono fare astrazione dell'offerta a tutto campo esistente sul territorio cantonale, se del caso proponendo degli adeguamenti.

Il Consiglio di Stato ha ritenuto opportuno conferire un mandato alla Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana, con risoluzione governativa n. 1575 del 30 marzo 2022, al fine di poter disporre di uno sguardo esterno e professionale da parte di esperti conoscitori del territorio ticinese e cogniti in materia di politica ed economia sanitaria nazionale, cantonale e regionale.

Di seguito si sintetizza il rapporto consegnato a settembre 2022, rimandando per i dettagli al documento completo, in allegato.

Il documento è articolato in sei capitoli, i primi quattro dei quali servono a introdurre la tematica, a svilupparne le sfaccettature storico-politiche a livello internazionale e nazionale per poi arrivare ad individuare le sfide del nostro (ticinese) sistema ospedaliero e proporre alcuni percorsi strategici che potrebbero essere un fattore determinante nell'ambito dell'attribuzione dei mandati.

1. ORIGINI E CONDIZIONI DELLA PIANIFICAZIONE PUBBLICA OSPEDALIERA DA PARTE DELLO STATO

Si ricorda che 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. Le modalità, l'intensità e gli strumenti della pianificazione ospedaliera variano molto tra i paesi occidentali e dipendono dalla distribuzione delle competenze a livello istituzionale e dal livello di coinvolgimento degli attori interessati. La difficoltà che accomuna tutti è quella di pianificare un settore (quello ospedaliero) fortemente imbricato con altri e dai confini sempre meno netti.

Il rapporto commenta poi l'articolo 39 LAMal evidenziandone i tratti fondamentali: la necessità di pianificare un fabbisogno, di verificare l'appropriatezza delle risorse tecniche e umane (qualità), di coordinare le pianificazioni a livello sovracantonale e di stabilire congiuntamente la pianificazione della medicina altamente specializzata. Si rimanda poi alla definizione dei criteri pianificatori specificati agli art. 58a e seguenti dell'OAMal.

2. IL RUOLO DEL SETTORE OSPEDALIERO NEL SISTEMA SANITARIO SVIZZERO

Dopo aver illustrato il panorama ospedaliero svizzero con alcune cifre significative quali il numero di ospedali, il numero di personale a tempo pieno, i costi complessivi (settori stazionario e ambulatoriale), il numero di letti e di pazienti e la durata media di degenza, nonché il costo per giornata di degenza nel 2020, il rapporto commenta l'evoluzione avvenuta negli ultimi venti anni. Le considerazioni di rilievo evidenziano 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.

Per quanto riguarda l'attività ospedaliera stazionaria (fulcro delle attività ospedaliere) il rapporto conferma la sua 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 anche l'attività ambulatoriale in misura notevole. Ciò è spiegabile con l'aumento della domanda legata all'invecchiamento della popolazione e alla prevalenza di malattie croniche che richiedono prestazioni specialistiche (diagnostica per immagini e laboratorio) disponibili soltanto in ospedale. Si ricordano anche le disposizioni dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, del 29 settembre 1995 (OPre) che prevedono l'assunzione dei costi in regime stazionario per determinate prestazioni (al 1° gennaio 2023 si tratta di 18 interventi) soltanto se un'esecuzione ambulatoriale non è appropriata o non è economica a causa di circostanze particolari (cosiddetto regime AvoS, *Ambulant vor Stationär*).

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. Evidenzia che il legame tra assistenza, formazione e ricerca deve restare centrale quando si pianifica l'evoluzione del settore ospedaliero, a prescindere dal fatto che gli oneri di spesa per gli ultimi due ambiti citati siano 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.

Il rapporto osserva che gli ospedali svolgono un ruolo importante anche in termini sociali ed economici. Per quanto attiene al primo aspetto, 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. Dal punto di vista economico gli ospedali 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.

3. OBIETTIVI DELLA PIANIFICAZIONE

L'obiettivo centrale riguarda l'importanza di assicurare al territorio una disponibilità di servizi ospedalieri adeguata – in quantità e qualità – per rispondere ai bisogni della popolazione residente, senza quindi incorrere in condizioni di sotto- o sovra-capacità, misurabili rispettivamente con la presenza di liste d'attesa e con la sovrabbondanza di candidature per la stessa specialità a parità di requisiti.

Il secondo obiettivo è quello di garantire 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. Accanto a questi, i Cantoni possono misurare la qualità anche attraverso gli indicatori di processo e di esito. L'art. 58d OAMal fornisce un elenco delle condizioni che permettono ai Cantoni di effettuare una selezione nel quadro dell'allestimento dell'elenco ospedaliero. Le opinioni divergenti dei vari attori del sistema riguardo alla definizione e all'utilizzo dei dati raccolti in ambito qualitativo, non facilitano l'uso di questi indicatori da parte dei Cantoni per fare selezione. Anche il rapporto ritiene che le definizioni qualitative connesse all'esercizio dei mandati ospedalieri secondo la metodologia di Zurigo rappresentino un passo importante verso una unità interpretativa da parte dei Cantoni che hanno adottato a maggioranza questi criteri (peraltro sviluppati in collaborazione con le società di specialità).

Un terzo obiettivo è quello di garantire a tutta la popolazione un accesso e un trattamento alle cure equi. L'equità nella salute si consegue quando tutti possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute e benessere. L'equità può essere valutata almeno secondo tre dimensioni: l'accessibilità fisica alle strutture, l'assenza di barriere all'entrata connesse allo status socio-economico, all'appartenenza culturale o al passato migratorio e da ultimo la garanzia di trattamento indipendentemente dalla copertura assicurativa.

Lo studio SUPSI pone l'accento anche su un obiettivo non indicato nella LAMal, quello di 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 ad intraprendere una formazione sanitaria tramite adeguati sostegni finanziari e di sostenere e incrementare l'impegno formativo delle strutture sanitarie. 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, 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 dell'architettura istituzionale del sistema sanitario svizzero: la libertà di scelta dell'assicurato riguardo ad 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 lo stesso mandato (a parità di requisiti). Sul piano federale la concorrenza potrebbe risultare distorta da almeno tre elementi: le prestazioni d'interesse generale finanziate dal Cantone, che potrebbero contemplare ambiti in realtà da finanziare in base alla LAMal, le tariffe di riferimento per le ospedalizzazioni fuori cantone, che potrebbero limitare la libera scelta, e la fruibilità delle informazioni sulla qualità delle prestazioni messe a disposizione dei pazienti.

4. GLI ORIENTAMENTI DELLE STRATEGIE E DELLA POLITICA SANITARIA FEDERALI

Più breve degli altri, il capitolo evoca le strategie federali globali Sanità 2020 e Sanità 2030, osservando che gli orientamenti di quest'ultima più rilevanti nel contesto in esame risultano essere la promozione della digitalizzazione e utilizzazione dei dati e il rafforzamento delle cure coordinate. Si sofferma inoltre su altre iniziative e dossier aperti, quali i pacchetti 1 e 2 di misure per il contenimento dei costi, i lavori della commissione federale per la qualità e il finanziamento uniforme delle cure ambulatoriali e stazionarie (EFAS).

5. LE SFIDE DEL SETTORE OSPEDALIERO TICINESE

Dopo aver riportato le cifre chiave del settore ospedaliero ticinese del 2019 (le ultime non influenzate dalla pandemia COVID-19), il rapporto ne commenta le evidenze attualizzate ad oggi:

- 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.

Da un punto di vista geografico vi è una grande concentrazione dell'offerta di cure nel Luganese e nel Locarnese e gli attori sul territorio, se guardiamo all'ultimo decennio, non sono diminuiti per sede fisica, ma si sono raggruppati a livello giuridico:

- l'EOC ha incluso l'istituto Cardiocentro Ticino;
- il gruppo Swiss Medical Network Hospitals SA è proprietario della Clinica Ars Medica di Gravesano e della Clinica Sant'Anna di Soresano;

- la Clinica Santa Chiara di Locarno appartiene ora al Gruppo ospedaliero Moncucco SA che possiede anche la Clinica Moncucco di Lugano.

Il rapporto ritorna sull'aumento molto importante dell'attività ospedaliera ambulatoriale, identificandone le ragioni già esposte nei capitoli precedenti e che sono riassunte in quattro elementi: l'aumento delle patologie croniche che richiedono verifiche periodiche, ma meno ricoveri; il rafforzamento delle competenze dei servizi di cure a domicilio e delle case per anziani; gli alti investimenti richiesti dalle tecnologie sanitarie, che implicano alti tassi di utilizzo e competenze specializzate e che quindi sono realizzati in prevalenza negli ospedali; l'esclusione del settore ambulatoriale dalla pianificazione, ciò che permette maggiore autonomia agli istituti ospedalieri nella valutazione e nella realizzazione di nuove offerte, funzionali ai loro obiettivi economici e attrattivi per i professionisti sanitari.

Il settore ospedaliero ticinese è un importante datore di lavoro, in quanto offre 7'000 posti equivalenti a tempo pieno nel 2019, con un indotto economico e lavorativo di grande impatto. I tassi di crescita del personale curante non solo in ambito ospedaliero, ma anche nelle case per anziani e nei servizi di cura a domicilio e le previsioni del fabbisogno stimato nei prossimi anni acquiscono la concorrenza tra i vari comparti per assicurarsi il personale necessario. La sfida di formare un sufficiente numero di operatori anche in previsione di ridurre la dipendenza dall'estero è ardua e comporta azioni concrete a più livelli: dall'aumento della capacità formativa, al mantenimento degli operatori sanitari nella professione. Queste sfide riguardano sia le formazioni sanitarie delle Scuole specializzate superiori (SSS), sia la SUPSI, ma anche il Master in medicina umana dell'USI che dovrà continuare ad offrire una formazione di qualità, pur non disponendo di volumi e di una gamma di attività comparabile a quella degli altri ospedali universitari. Occorre inoltre proporre condizioni di lavoro e prospettive professionali attrattive per rimanere in Ticino, dipendenti da una decisa concentrazione della casistica più specializzata.

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 nella misura in cui non è legato alla regione di residenza. Si citano al riguardo la distribuzione territoriale dei servizi di pronto soccorso e dei reparti di ginecologia-ostetricia e l'impatto socio-economico della presenza di strutture ospedaliere sul territorio.

L'ultima considerazione del capitolo riguarda la sostenibilità economica del settore ospedaliero, che a livello svizzero assorbe circa il 37% della spesa totale. Uno degli obiettivi della pianificazione ospedaliera è il contenimento dell'aumento della spesa, con azioni volte a migliorare l'appropriatezza organizzativa (e dunque a prediligere i trattamenti ambulatoriali a quelli stazionari e, tra questi ultimi, i setting che assorbono meno risorse,

quali i letti RAMI e CAT/STT) e a perseguire – verificandone la reale consistenza – economie di scala e scopo.

6. CONCLUSIONI

Nelle sue conclusioni il rapporto sintetizza in cinque possibili piste gli indirizzi strategici della prossima pianificazione:

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

Al momento attuale 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. Gran parte delle prestazioni stazionarie che fino a un recente passato erano erogate in ambito ospedaliero, oggi, senza alcun problema dal profilo qualitativo, sono assicurate da strutture non ospedaliere, anche in zone periferiche (esempio AVAD in Vallemaggia che gestisce servizi di cura e assistenza a domicilio, case per anziani, reparto CAT/STT, istituto per invalidi adulti e dispone anche di uno studio medico presso il centro sociosanitario di Cevio). Nella commisurazione dell'offerta ospedaliera stazionaria occorrerà tener conto anche dei grandi risultati raggiunti nell'ambito del soccorso preospedaliero: in media, nel 90% dei casi, i mezzi di soccorso arrivano sul luogo dell'evento in quindici minuti.

Le cure ospedaliere *strictu sensu* sono tali quando richiedono la disponibilità immediata di altri servizi (es. cure intense), di competenze professionali presenti solo in ospedale e di apparecchiature specializzate non trasportabili.

Quanto sopraesposto, unitamente a considerazioni di natura economica, 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.

A detta dell'esperto la suddivisione tra i mandati operata nel corso della precedente pianificazione ha tutta la sua ragion d'essere. Sostiene quindi l'attribuzione del pacchetto di base ispirata al principio della prossimità, l'assegnazione delle prestazioni specialistiche anche a più ospedali in relazione alla loro vocazione e la convergenza su un'unica sede delle prestazioni multidisciplinari e complesse, a meno di contare su volumi particolarmente elevati. Le discipline MAS (attribuite dall'Organo decisionale sovracantonale della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità) di principio devono essere concentrate su un'unica sede. Le discipline trasversali sono attribuite in modo differenziato per tipologia di prestazione.

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

Oltre alla necessità di garantire sicurezza e qualità nelle cure, l'esigenza della formazione e della ricerca insieme all'impegno di rendere il sistema ospedaliero attrattivo per i professionisti sono elementi che sostengono l'opportunità di disporre sul territorio cantonale di un ospedale che funga – con poche e motivate eccezioni – da riferimento per la medicina altamente specializzata e per le prestazioni multidisciplinari e complesse. Questo auspicio non è da leggere solo in relazione al Master in medicina umana dell'USI (che richiede anche la compresenza di tutte le altre discipline), ma piuttosto un presupposto per poter offrire un partner affidabile e competente alla filiera della ricerca e dell'industria biomedicale sviluppatasi in Ticino, permettere la partecipazione a studi clinici multicentrici a livello nazionale e internazionale, avere volumi e competenze sufficienti per garantire la formazione post-diploma e poter offrire formazioni specialistiche di qualità ad altri professionisti sanitari non medici.

6.3 Continuare a favorire dinamicamente l'appropriatezza organizzativa

A fronte delle evoluzioni della presa in carico dei pazienti, connesse in particolare con la costante diminuzione della degenza media e la progressiva differenziazione dei *setting* di cura, andata di pari passo con la disponibilità di percorsi diversi a dipendenza dello stato generale di salute (RAMI, CAT/STT, case per anziani, cure a domicilio), occorre monitorare i criteri di inclusione e accesso dei pazienti ai vari comparti, la loro efficacia clinica-assistenziale, l'adeguatezza del mix di personale assegnato e le modalità di finanziamento.

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

Il ricovero è spesso un segmento centrale all'interno di un percorso di cura. La pianificazione ospedaliera potrebbe condizionare l'attribuzione di un mandato alla disponibilità degli istituti ospedalieri di partecipare fattivamente alla definizione e poi alla gestione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali. Si tratta di percorsi di assistenza integrata multiprofessionali, definiti per curare persone con una specifica condizione patologica e che tengono conto dell'organizzazione territoriale e della regolamentazione specifica del contesto nel quale sono adottati. 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. Si cita l'esempio della rete REHA Ticino che promuove la progettazione di percorsi del paziente condivisi tra strutture pubbliche (EOC) e private (Clinica Hildebrand, centro di riabilitazione, Brissago).

6.5 Migliorare le informazioni a disposizione di pazienti e popolazione

Una condizione necessaria per uno sviluppo positivo della concorrenza in termini di qualità ed economicità è la disponibilità di informazioni sufficienti per operare scelte cognitive da parte degli attori che rappresentano la domanda. La politica sanitaria svizzera mette la libertà di scelta al centro e ciò implica la possibilità di usufruire di informazioni rilevanti 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. Tutto questo favorirebbe il miglioramento continuo della qualità dei singoli fornitori. La definizione e la selezione delle informazioni da rendere pubbliche devono essere concertate tra gli attori, aspetto questo non privo di difficoltà.

VI. 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 Dipartimento della sanità e della socialità, che ha assicurato il coordinamento dei lavori, dell'Ente ospedaliero cantonale, dell'Associazione Cliniche Private Ticinesi, dell'Ordine dei medici del Canton 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.

La Commissione si è riunita 4 volte: il 21 settembre, il 6 ottobre, il 21 ottobre e il 24 novembre 2022. Le sedute sono state dedicate alla presentazione dello studio sul fabbisogno di cure ospedaliere acute nei tre settori (somatico, psichiatrico e riabilitativo) allestito dalla GD-ZH e degli indirizzi strategici della futura pianificazione ospedaliera elaborati dalla SUPSI. Oltre alle discussioni durante le riunioni, ai membri è stato richiesto un parere scritto su entrambi i documenti.

Di seguito si riassumono i contenuti principali delle critiche sollevate, rimandando per i contenuti di dettaglio alle singole prese di posizione allegate al messaggio. Per fluidità espositiva, si usa il termine Commissione anche quando è opinione di un solo o di pochi membri, a cui spesso si contrappongono posizioni anche molto diverse sugli stessi temi. È dunque bene precisare che accanto alle osservazioni riportate nelle pagine che seguono, sono stati espressi anche giudizi positivi e di condivisione dei temi e delle conclusioni tratte nei due studi.

1. MODALITÀ DI LAVORO

La Commissione ha in generale criticato la tempistica molto ristretta dei lavori, la distribuzione tardiva dei materiali e soprattutto la mancanza di coinvolgimento preventivo nella stesura dei due documenti da valutare. Una concertazione ex-ante, ritenuta opportuna soprattutto nel caso degli indirizzi strategici, avrebbe permesso di valorizzare le competenze della Commissione nonché di dare un apporto concreto e tangibile agli indirizzi futuri della pianificazione ospedaliera e avrebbe favorito la costruzione di un consenso che permetta di minimizzare il rischio di ricorsi nelle tappe successive della stessa pianificazione.

La Commissione ha inoltre osservato che prima dello studio sul fabbisogno dovevano essere chiariti alcuni aspetti di fondo, quali ad esempio il grado di copertura del fabbisogno

di cure da garantire in Ticino. Al riguardo le opinioni sono peraltro state discordanti: alcuni vorrebbero la copertura massima possibile all'interno del Cantone mentre altri preferirebbero l'invio oltre Gottardo per alcune prestazioni numericamente poco rilevanti o troppo costose da assicurare in loco.

Visto il coinvolgimento limitato e ben più ridotto che negli esercizi precedenti, fondati però su un diverso iter procedurale, la Commissione ha espresso l'auspicio di poter almeno visionare il progetto di messaggio che sarebbe stato elaborato tenendo conto anche dei suoi lavori. A questa richiesta è poi stato dato seguito positivamente.

2. STUDIO SUL FABBISOGNO

2.1 Necessità di una valutazione critica sulle previsioni e confronto con i 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 criticato la previsione basata su un unico anno di riferimento (2019) anziché su un periodo più lungo, l'aumento consistente delle prestazioni del pacchetto di base (spiegabile con l'invecchiamento della popolazione che impatta sul pacchetto di base che rappresenta il 40% di tutte le prestazioni erogate) e 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 (vedi cap. IV). L'Ufficio federale di statistica, interpellato in proposito poiché i calcoli GD-ZH si basano sulle sue previsioni demografiche, correla i dati al fenomeno

migratorio che 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.

2.2 Modello di Zurigo e correttivi

Per quanto riguarda la previsione con orizzonte temporale 2032, la Commissione ha criticato l'applicazione dei correttivi adottati dalla metodologia della GD-ZH e, più precisamente, l'allineamento parziale alla durata media di degenza svizzera e al tasso di ospedalizzazione svizzero (non presente nella precedente metodologia 2010-2020).

Per dibattere le criticità emerse durante le discussioni è stata richiesta la presenza di un esperto della GD-ZH durante la riunione del 24 novembre 2022. Ricordato che la metodologia prevede la declinazione del fabbisogno secondo tre scenari (minimo – principale – massimo) l'esperto ha spiegato come segue i correttivi per i due aspetti citati.

2.2.1 Riduzione della degenza media

La GD-ZH ha operato una doppia correzione della degenza media:

- Un allineamento alla media nazionale per gruppo di prestazioni (SPLG) e per classe di età
 - Nello scenario principale: la differenza con la media svizzera viene ridotta del 50%:
 - Es. SPLG xy = 8 giorni in Ticino e 7 giorni in CH, la degenza considerata è di 7.5 giorni (8 giorni – 50% della differenza di 1 giorno)
 - Nello scenario minimo: la differenza con la media svizzera viene ridotta del 75%:
 - Es. SPLG xz = 8 giorni in Ticino e 7 giorni in CH, la degenza considerata è di 7.25 giorni (8 giorni – 75% della differenza di 1 g)
 - Nello scenario massimo non viene effettuata nessuna correzione.
- Una riduzione generale della degenza media per SPLG e per classi di età
 - Nello scenario principale: è applicata una diminuzione lineare dell'1%
 - Nello scenario minimo: è applicata una diminuzione lineare dell'1.5%
 - Nello scenario massimo: è applicata una diminuzione lineare dello 0.7%

Il modello tiene conto delle particolarità cantonali riguardo alla struttura demografica dal momento che considera le singole SPLG per ciascuna classe di età. Di conseguenza la riduzione della durata di degenza della singola SPLG è composita.

La tendenza alla riduzione della durata di degenza media è un trend già in corso negli ultimi anni anche nel Canton 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%

Va in ogni caso pure considerato che 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.

2.2.2 Allineamento al tasso di ospedalizzazione svizzero

- Nello scenario principale: la differenza con la media svizzera viene ridotta del 50%
- Nello scenario minimo: la differenza con la media svizzera viene ridotta del 75%
- Nello scenario massimo non viene effettuata nessuna correzione.

Il modello della GD-ZH parte dall'assunto che nell'ambito sanitario (e anche nel settore stazionario somatico-acuto) esista una sovraofferta e non una sottodotazione. Tale ipotesi è suffragata e ripresa nel modello da uno studio commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) all'Istituto di consulenza INFRAS e alla Scuola universitaria professionale zurighese (ZHAW) che dimostra come nell'ambito stazionario somatico-acuto vi sia un potenziale di miglioramento dell'efficienza nell'erogazione delle prestazioni del 20%.

Se si dovessero ignorare i due fattori citati e spiegati poc'anzi, le risultanze calcolate dalla GD-ZH porterebbero a differenze invero non irrilevanti rispetto ai dati di previsione dello scenario principale, come emerge dalla tabella seguente:

	senza allineamento tasso di ospedalizzazione CH				con allineamento al tasso di ospedalizzazione svizzero, ma senza allineamento alla degenza media				senza considerare i due fattori			
	2032	Δ	Δ%	differenza con SP Δ%		Δ	Δ%	differenza con SP Δ%		Δ	Δ%	differenza con SP Δ%
Pazienti (casi)	63'912	6'817	11.9%	7.1%	59850	2'755	4.8%	0.0%	63912	6'817	11.9%	7.1%
Giornate di cura	365'640	826	0.2%	7.0%	366670	1'856	0.5%	7.3%	394272	29'458	8.1%	14.8%

SP = scenario principale

Va ricordato a questo proposito che le sentenze del TAF già riassunte in precedenza 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, che considerano tutte le tendenze e le modifiche in atto nell'ambito delle conoscenze e degli sviluppi della medicina, non debbano essere corrette, tanto più che un aumento delle giornate di cura del 15%, a fronte di una serie storica di tendenza opposta e del rafforzamento delle cure a monte e a valle della degenza ospedaliera, non appare verosimile.

2.3 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.

2.4 Coordinamento tra le varie pianificazioni e incidenza delle modifiche legislative in atto

Da più parti 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. In realtà l'orientamento alla presa in carico domiciliare e alla gestione integrata dell'offerta rappresentano due dei principi cardine della Pianificazione integrata LAnz-LACD 2021-2030, basata, come da 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%).

È stata inoltre rimarcata l'incertezza riguardo 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). Anche su questi aspetti sono però emerse due visioni

opposte: chi ritiene il ricorso alle cure ambulatoriali sottostimato e chi invece lo vede sopravvalutato.

2.5 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. Questo fattore potrebbe incidere in maniera rilevante sulla scelta del luogo ove curare il paziente; ad esempio le case per anziani, se in difficoltà e a corto di personale, potrebbero ricorrere ai trasferimenti in ospedale più frequentemente che in passato. A questo proposito, la GD-ZH ritiene che non sia possibile parametrizzare, standardizzare e rendere misurabile nel tempo questo aspetto.

3. INDIRIZZI STRATEGICI

3.1 In generale

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.

3.2 Concentrazione e prossimità

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, di 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.

3.3 Problematiche legate al personale

Il tema della penuria, della dipendenza dall'estero e della formazione del personale (medico e curante) non è stato ritenuto sviluppato a sufficienza. La questione è di rilevanza strategica e 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 per gestire casi problematici. Alcuni membri hanno ritenuto che

la concentrazione possa favorire e migliorare la formazione specialistica grazie alla presenza di casi diversificati per disciplina e in buon numero.

3.4 Mandati e sostenibilità finanziaria

La sostenibilità economica è uno dei temi che a dire della Commissione non è stato trattato adeguatamente nello studio SUPSI. Alcuni mandati richiedono requisiti sempre più onerosi (cure intense, cure intermedie, 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.

3.5 Percorsi di cura standardizzati

Su questo punto 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.

3.6 Informazione alla popolazione

La Commissione ha sostanzialmente condiviso l'importanza di un'informazione fruibile per il paziente (anche sui costi del sistema sanitario), al fine di consentire scelte consapevoli. Questo è stato ritenuto un compito precipuo del Cantone che dovrebbe organizzare un sistema informativo obiettivo sulla qualità delle prestazioni erogate dai vari attori sul territorio.

VII. LE PRESTAZIONI ECONOMICAMENTE D'INTERESSE GENERALE

L'art. 49 cpv. 3 LAMal (dal titolo marginale "Convenzioni tariffali con gli ospedali"), prevede che le tariffe concordate tra assicuratori e fornitori di prestazioni non debbano finanziare:

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

Sul piano cantonale, l'art. 66f LCAMal prevede che il Cantone possa determinare l'ammontare del contributo relativo ai costi riconosciuti delle cosiddette prestazioni economicamente di interesse generale ai sensi dell'art. 49 cpv. 3 LAMal. La definizione delle prestazioni d'interesse generale è contenuta nei contratti quadro di prestazione della durata di quattro anni sottoscritti tra il Consiglio di Stato e i fornitori di prestazione e il loro finanziamento è stabilito nel contratto annuale (art. 66d cpv. 1 e 66g cpv. 1 LCAMal). Esse vengono inoltre illustrate nei messaggi governativi sui rapporti annuali dell'EOC.

Il nuovo art. 65 lett. d LCAMal, entrato in vigore il 20 ottobre 2021, attribuisce al Gran Consiglio la competenza di determinare la partecipazione del Cantone ai costi delle prestazioni economicamente di interesse generale. Di seguito vengono pertanto riprese e commentate 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.

Si ricorda inoltre che 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 di interesse generale e che non è dettagliata per struttura, per non influenzare i margini di trattativa con i singoli istituti.

1. PRESTAZIONI D'INTERESSE GENERALE PREVISTE PER TUTTI GLI ISTITUTI OSPEDALIERI

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 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 fr. 15'000 all'anno per posto di medico assistente a tempo pieno. Le unità in formazione sono stabilite a preventivo e corrette sulla base dei dati effettivi comunicati in sede di presentazione della documentazione di consuntivo. 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.

L'importo di fr. 15'000 all'anno per posto a tempo pieno corrisponde all'indennizzo previsto dall'Accordo intercantonale del 20 novembre 2014 concernente i contributi cantonali agli ospedali per il finanziamento del perfezionamento professionale dei medici e la relativa compensazione tra i Cantoni. La ratifica di questo Accordo è stata proposta con Messaggio n. 7154 del 23 dicembre 2015 anche perché i dati disponibili a quel momento conducevano ad un impatto finanziario neutro per il nostro Cantone. Successivamente è emerso che ne sarebbe invece derivato un aggravio finanziario superiore a un milione di franchi (circa franchi 1'168'000 secondo gli ultimi dati disponibili) e il Messaggio è stato quindi sospeso. Ad inizio 2022 l'Accordo ha finalmente ottenuto l'adesione di almeno 18 Cantoni, quorum necessario per la sua entrata in vigore e lo scorso novembre si è pertanto tenuta l'assemblea costitutiva. Oltre al Ticino restano esclusi solo i Cantoni di Basilea Campagna, Svitto e Uri.

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

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

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.

2. PRESTAZIONI DI INTERESSE GENERALE PREVISTE PER IL SOLO ENTE OSPEDALIERO CANTONALE

2.1 Consulitori di salute sessuale (CoSS)

I CoSS sono stati inseriti nelle quattro sedi degli ospedali regionali dell'EOC da ormai una ventina d'anni. In proposito si richiama in particolare l'approvazione da parte del Gran Consiglio il 24 gennaio 2005 del Messaggio n. 5295 del 24 settembre 2002 che prevedeva la riorganizzazione dei CPF, confermando l'indirizzo previsto dalla Legge cantonale di applicazione della Legge federale sui consultori di gravidanza secondo la quale i CPF *"hanno di regola sede negli ospedali pubblici e la loro organizzazione e gestione interne sono assicurate, nel rispetto della legge, dall'Ente Ospedaliero Cantonale."* (art. 3 cpv. 1).

Le attività dei CoSS sono dettagliate nei messaggi del Consiglio di Stato sull'approvazione del Rapporto annuale dell'EOC. Per l'anno 2021 sono stati versati 1.2 milioni di franchi.

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 fr. 60'000 annui. A questi si aggiungono altri fr. 140'000 annui per garantire uno 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 fr. 200'000.

2.3 Coordinatrice organizzazione espianti

L'articolo 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 fr. 45'300.

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 di interesse generale all'EOC. Inizialmente il contributo è stato limitato a fr. 300'000 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.

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

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 pediatrici e del relativo Messaggio governativo n. 7343 del 5 luglio 2017, il Gran Consiglio il 16 ottobre 2018 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 un 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.

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 fr. 70'000 all'anno.

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 fr. 90'000.

2.9 Contributo per il mantenimento di uno studio medico a Cevio, presso il centro socio-sanitario

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 socio-sanitario 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 socio-sanitario 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 socio-sanitario. La gestione dello studio medico all'interno del centro socio-sanitario 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 fr. 70'000 annui è considerata per un periodo di tre anni. Nell'autunno 2025, in occasione delle negoziazioni 2026, dovrà essere in ogni caso rivalutata.

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

1. BASI LEGALI

Il processo che conduce all'assegnazione dei mandati pianificatori deve evidentemente avvenire entro i limiti definiti dalle basi legali di riferimento, di cui giova riassumere di seguito i contenuti essenziali.

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 e 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).

1.2 Legge cantonale

La LCAMal riprende, e non potrebbe essere altrimenti, i concetti della legge federale. Giova però segnalare che, oltre ai criteri fondamentali di economicità, qualità, accessibilità alle cure in tempi utili, disponibilità e capacità dell'istituto ad adempiere al mandato di prestazioni, 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.

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).

Di seguito vengono ripresi alcuni passaggi significativi di queste Raccomandazioni:

1.3.1 *Pianificazione ospedaliera in base alle prestazioni*

La pianificazione ospedaliera considera tutti i fornitori interessati e si conclude con la pubblicazione dell'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal. Essa deve rispondere ai criteri enunciati negli art. 58a - 58f OAMal. I dati statistici per la determinazione del fabbisogno secondo l'art. 58b cpv. 1 e 2 sono quelli presentati dall'Ufficio federale di statistica (UST).

In caso di adattamenti dei mandati di entità contenuta, l'aggiornamento della lista ospedaliera è possibile senza dover ripercorrere l'intera procedura di pianificazione ospedaliera.

La determinazione del fabbisogno e dell'offerta da un lato, e quella dell'attribuzione dei mandati, dall'altra, possono essere oggetto di decisioni separate.

1.3.2 *Pianificazione ospedaliera conforme al fabbisogno*

I Cantoni devono pianificare il fabbisogno di cure stazionarie della propria popolazione residente. Devono pertanto essere considerati anche i flussi intercantionali. Il fabbisogno deve essere determinato secondo una procedura trasparente e verificabile considerando i fattori d'influenza pertinenti ai sensi dell'art. 58b cpv. 1 OAMal.

Oltre ai criteri di qualità e di economicità, l'importanza di un ospedale per la copertura del fabbisogno di cure è un ulteriore requisito valido per l'attribuzione di un mandato di prestazione. 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.

1.3.3 *Catalogo delle prestazioni*

La CDS raccomanda di catalogare le cure stazionarie secondo il concetto di gruppi di prestazioni sviluppato dal Canton Zurigo (SPLG) e di fondarsi sui requisiti definiti da questo modello per ciascun gruppo di prestazione, attribuendo per ogni gruppo di prestazioni almeno un mandato a un ospedale intra- o extra-cantonale.

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

I Cantoni possono vincolare l'attribuzione di un mandato di prestazione all'erogazione di un determinato ventaglio di prestazioni in una regione.

L'attribuzione dei mandati è legata al sito ospedaliero e non è trasferibile a terzi.

1.3.4 Aspetto economico

L'assegnazione di un mandato di prestazione presuppone il rispetto del criterio dell'economicità. I Cantoni procedono all'esame dell'economicità comparando i costi per caso aggiustati in base alla gravità della casistica e utilizzando il metodo per la determinazione dei costi sviluppato dalla CDS.

1.3.5 Qualità

Per la valutazione della qualità i Cantoni possono richiedere all'istituto un'auto-dichiarazione di conformità all'art. 58d cpv. 2 OAMal.

I Cantoni possono formulare dei requisiti specifici riferiti alle prestazioni volti a migliorare la qualità delle strutture e dei processi e può obbligare gli istituti a partecipare a misure per lo sviluppo della qualità e della sicurezza dei pazienti.

I Cantoni devono includere nei mandati di prestazione l'obbligo di partecipazione alle misure di promozione e misurazione della qualità dell'Associazione nazionale per la qualità (ANQ). Viene raccomandato di utilizzare il modello di rapporto qualità sviluppato da H+.

1.3.6 Accessibilità

I Cantoni possono definire l'accessibilità alle cure entro tempi utili come criterio importante per l'ottenimento di un mandato di prestazioni. Nel quadro della valutazione di questo requisito, possono operare distinzioni secondo il tipo di cura (primo soccorso, medicina d'urgenza e specialistica) e il settore di attività (somatico-acuto, psichiatrico e riabilitativo).

1.3.7 Numero minimo di casi

I Cantoni possono fissare un numero minimo di casi per determinati gruppi di prestazioni ai sensi degli art. 58d cpv. 4 e 58f cpv. 4 lett. f OAMal.

1.3.8 Gestione dei volumi

I Cantoni possono prevedere il contenimento dei volumi al fine di evitare cure stazionarie inutili e sovraccapacità. Possono limitare il numero di casi per determinate categorie di prestazioni (gestione dei volumi diretta) così come limitare le capacità e l'attrezzatura o introdurre un contributo globale ai sensi dell'art. 51 LAMal (gestione dei volumi indiretta). L'erogazione delle prestazioni in regime stazionario può essere limitata se la stessa è generalmente più efficace, economica e adeguata in regime ambulatoriale.

1.3.9 Obbligo d'ammissione

I Cantoni devono assicurare il rispetto dell'obbligo d'ammissione ai sensi dell'art. 41a cpv. 2 LAMal. A tal fine possono imporre agli istituti una quota minima di pazienti con la sola assicurazione di base.

1.3.10 Servizio di pronto soccorso

I Cantoni possono imporre la disponibilità di un servizio di pronto soccorso e i relativi requisiti.

1.3.11 Coordinazione intercantonale della pianificazione ospedaliera e flussi di pazienti

Se necessario, il flusso di pazienti e i loro bisogni sono analizzati per area o categoria di prestazione.

Nell'ambito dei propri lavori pianificatori i Cantoni devono raccogliere le osservazioni degli altri Cantoni tramite una procedura di consultazione.

1.3.12 Trasmissione dati

Tramite il contratto di prestazione, i Cantoni obbligano gli istituti a trasmettere i dati completi della statistica medica e della statistica amministrativa ospedaliera dell'UST, i dati sui costi conformemente alle raccomandazioni della CDS sull'esame dell'economicità e quelli richiesti da SwissDRG SA.

I Cantoni possono richiedere la trasmissione di altri dati purché prevista da una base legale appropriata.

I Cantoni possono pubblicare il numero di casi per gruppo di prestazioni.

1.3.13 Condizioni di lavoro

I Cantoni possono richiedere agli istituti di pubblicare in modo trasparente le disposizioni interne in materia di politica del personale e i salari. Le condizioni di lavoro possono essere un criterio per l'attribuzione di un mandato di prestazione.

I Cantoni possono plafonare i salari e vietare la remunerazione legata alle prestazioni.

1.3.14 Formazione

I Cantoni disciplinano il finanziamento della ricerca e della formazione universitaria secondo l'art. 49 cpv. 3 lett. b LAMal.

La garanzia di formazione di base e continua nelle professioni sanitarie non universitarie è inserita come obbligo nel mandato cantonale; le direttive si basano sul potenziale di formazione di ogni istituto determinato in base a criteri uniformi a livello cantonale.

La formazione è un criterio da considerare nell'ambito dell'assegnazione dei mandati. Gli istituti con mandato di insegnamento e di ricerca devono poter contare su un catalogo di prestazioni consono al tipo d'insegnamento da loro offerto.

1.3.15 Controlling, sorveglianza e sanzioni

I Cantoni devono periodicamente controllare che i mandati di prestazione siano rispettati e possono fissare delle sanzioni per la violazione del contratto di prestazione.

1.3.16 Protezione dati e sicurezza dell'informazione

Si raccomanda ai Cantoni di esigere dai propri istituti ospedalieri il rispetto del diritto cantonale e federale in materia di protezione dati.

2. PROCESSO DI CANDIDATURA

2.1 In generale

Ogni settore, somatico-acuto, psichiatria e riabilitazione, prevede il raggruppamento in discipline delle prestazioni erogate e, nell'ambito somatico-acuto, un'ulteriore scomposizione in gruppi di prestazioni. Questo ventaglio di prestazioni è riportato nel modulo di sollecitazione dell'offerta, uno per ogni ambito, che non è altro che un

documento in formato Excel strutturato con più fogli. Nei primi si danno le informazioni di compilazione, una panoramica delle discipline e dei gruppi di prestazioni e dei requisiti ad essi associati. Dopo di che si entra nel vivo della compilazione con l'elenco dei requisiti minimi di qualità ai sensi dell'art. 58d OAMal e di quelli legati ad 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, se la candidatura è corredata dai requisiti richiesti, la prestazione si colora automaticamente di verde, in caso contrario il colore rosso evidenzia un problema che dovrà poi essere analizzato al momento dell'esame delle candidature.

2.2 Settore somatico-acuto

Per il settore somatico-acuto si è ritenuto di impostare la nuova pianificazione ospedaliera sulla versione aggiornata del modello zurighese già utilizzato per la pianificazione oggi in vigore. Questa metodologia sul raggruppamento dei gruppi di prestazione e la definizione dei requisiti specifici per l'attribuzione dei mandati di ciascuno di questi gruppi nel frattempo 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. 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.

2.3 Settore psichiatrico

Si è deciso di utilizzare la sistematica sviluppata dalla GD-ZH anche per la pianificazione della psichiatria stazionaria. Si tratta di un modello ampiamente rivisitato rispetto al precedente e che prevede due distinte tipologie di offerta: completa o specialistica, declinate in 17 discipline a loro volta suddivise in 23 gruppi di prestazioni. Per questo settore il modulo specifico, dettaglia in particolare la tipologia e la presenza di specializzazioni mediche, di personale curante e di psicologi per disciplina.

2.4 Settore della riabilitazione

La sistematica recentemente sviluppata dalla GD-ZH per il settore della riabilitazione stazionaria risulta eccessivamente dettagliata per la casistica ticinese. Inoltre le cliniche di riabilitazione ticinesi non sono situate fisicamente all'interno di un contesto somatico-acuto come spesso accade nel Canton Zurigo, rendendo possibili molte sinergie tra questi due settori di cura. In ragione di queste sostanziali differenze, l'adempimento dei requisiti stabiliti dal modello zurighese da parte delle cliniche di riabilitazione ticinesi risulterebbe problematica. Per queste ragioni si è deciso di impostare la pianificazione delle cure stazionarie in riabilitazione sulla base della sistematica sviluppata dalla CDS con i relativi requisiti minimi. Questa metodologia è inclusa nelle raccomandazioni per la pianificazione ospedaliera del settore, approvate dall'Assemblea plenaria della CDS il 24 novembre

2022³. La sistematica della CDS offre una definizione condivisa del concetto di riabilitazione stazionaria, raggruppa le prestazioni in 14 discipline e stabilisce i requisiti strutturali e organizzativi minimi per disciplina che gli istituti devono soddisfare lasciando ai Cantoni la possibilità di definire ulteriori criteri per l'ottenimento del mandato.

Per questo settore, il modulo specifico dettaglia per disciplina il fabbisogno di figure professionali: medico specialista, infermiere, fisioterapista, ergoterapista, nutrizionista, ecc., nonché i dispositivi medico-tecnici e terapeutico-tecnologici necessari.

I tre moduli per la sollecitazione dell'offerta (somatico-acuto, psichiatria e riabilitazione) sono allegati al presente messaggio. Dal momento che i mandati sono attribuiti per sede fisica, anche i requisiti devono essere presenti ed adempiuti nella sede fisica per la quale si pone la candidatura. Gli indirizzi strategici decisi dal Gran Consiglio potrebbero indurre a riprecisare determinati requisiti e di conseguenza anche i moduli potrebbero ancora subire delle modifiche.

IX. PROPOSTE CONCRETE

Tenuto conto di quanto precede, si traggono di seguito delle considerazioni finali relativamente allo studio sul fabbisogno e agli indirizzi strategici, a cui si aggiunge una valutazione sul futuro inquadramento giuridico dei RAMI, a seguito delle citate sentenze del TAF sulla pianificazione in vigore.

1. STUDIO SUL FABBISOGNO

Nonostante le critiche emerse dalla Commissione sanitaria, si ritiene opportuno scegliere lo scenario principale e confermare le risultanze dell'analisi della GD-ZH, senza apporre correttivi di sorta.

Si rammentano in proposito le sentenze del TAF sulle modifiche apportate dal Cantone allo studio del fabbisogno allestito in occasione della precedente pianificazione che hanno contribuito all'accoglimento del ricorso presentato dalla Clinica Luganese Moncucco SA e dalla Clinica Santa Chiara SA, permettendo a quest'ultime di esercitare in base al vecchio decreto pianificatorio del 29 novembre 2005 e ponendole di fatto in una situazione privilegiata rispetto a tutti gli altri istituti ospedalieri.

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. Ancora oggi, nonostante l'affinamento del modello, che ora prevede ad esempio già una certa correzione dei tassi di ospedalizzazione o delle durate medie di degenza, le differenze di esito tra i tre scenari (minimo – principale – massimo) restano inevitabilmente ampie. Inoltre la correlazione tra la previsione del fabbisogno e poi l'attribuzione concreta agli istituti dei mandati per i singoli gruppi di prestazioni rimane sostanzialmente solo orientativa.

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

Messaggio n. 8250 del 22 marzo 2023

Secondo gli scenari principali di riferimento, la situazione con orizzonte temporale 2032 si presenta pertanto come segue (cfr. cap. IV):

	Numero di pazienti (Casi)	Differenza rispetto al 2019		Numero di giornate di cura	Differenza 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%

In sintesi sull'arco temporale di un decennio si conferma una sostanziale stabilità nei settori somatico-acuto e psichiatria, ma, come risulta dalle tabelle che seguono, con un marcato fabbisogno di cure in aumento nelle classi di età più avanzate, in considerazione soprattutto dell'aumento della popolazione in queste fasce di età:

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

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%

1.3 Settore riabilitazione

Nel settore della riabilitazione si constata un aumento importante dei casi e delle giornate di cura in generale e molto marcato nella fascia di popolazione che supera i 60 anni.

Messaggio n. 8250 del 22 marzo 2023

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%

2. SETTORE MEDIA E LUNGO DEGENZA

2.1 Fabbisogno

Come giustamente e reiteratamente sollevato anche dalla Commissione sanitaria, la prevista diminuzione della degenza media in particolare nell'ambito somatico-acuto (-0.7 giorni) e la fragilizzazione della paziente ivi afferente, richiede una presa in carico assicurata nella post-degenza acuta, con adeguata intensità di presa a carico sanitaria 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, tratta anche questo comparto, in particolare nella previsione dei letti dei reparti acuti di minore intensità (RAMI) e nei reparti di cure acute e transitorie (CAT). Per entrambe le tipologie di offerta 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). Nel frattempo i posti RAMI sono già aumentati a 135, con l'apertura nel 2022 del reparto presso l'Ospedale Regionale di Mendrisio.

I parametri per stimare l'evoluzione del fabbisogno in questo segmento sono limitati e non possono fondarsi sulla metodologia della GD-ZH. Come sopra indicato, attualmente sono in esercizio 135 letti RAMI: 30 all'Ospedale di Acquarossa; 30 alla Clinica Varini di Orselina; 30 all'Ospedale Malcantonese di Castelrotto; 30 all'Ospedale Regionale di Mendrisio e 15 all'Ospedale Regionale di Locarno⁴.

Considerato l'invecchiamento della popolazione, il fabbisogno di letti RAMI è in crescita ed è opportuno già prevedere sin d'ora un ulteriore potenziamento dell'offerta attuale stimato in 30 letti supplementari⁵ che vanno ad aggiungersi ai 15 letti RAMI già inclusi nel rapporto sulla stima del fabbisogno 2030 della pianificazione integrata LANz-LACD.

⁴ Gli attuali 135 letti RAMI risultano inferiori al fabbisogno stimato già nella pianificazione 2015, che prevedeva la trasformazione della ex Clinica San Rocco di proprietà della Clinica Luganese Moncucco SA in 60 posti letto RAMI. Questo adeguamento non si è verificato a causa del ricorso interposto con successo dalla stessa Clinica.

⁵ Per poter predisporre reparti funzionali occorre orientarsi su multipli di 15.

2.2 Assetto giuridico

2.2.1 Situazione attuale

È necessario in questa sede rivalutare l'inquadramento dei letti RAMI dal punto di vista giuridico, in quanto il regime attuale è stato fortemente criticato dalle sentenze del TAF.

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 inseriti di principio fisicamente in strutture (anche) ospedaliere e per continuità tematica, a livello cantonale, nella LCAMal e non nella LAnz. La loro denominazione non figura nell'elenco dei fornitori di prestazione stabiliti dall'art. 35 cpv. 2 LAMal, che per quanto riguarda le strutture che accolgono pazienti o ospiti degenti utilizza unicamente i termini di "ospedali" o "case di cura". Il TAF ne ha pertanto dedotto che non rappresentano un fornitore autorizzato ad 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 (fr. 30 al giorno, limitato a fr. 600 all'anno; cfr. art. 66e^{bis} lett. b LCAMal), considerato un costo massimo giornaliero di fr. 484.80, 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 fr. 38.80 (8% di fr. 484.80).

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% (fr. 204.90) e i pazienti il 3.6% (fr. 17.60). 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. In ragione del limite massimo di fr. 600 annui, anche i pazienti contribuiscono mediamente con una partecipazione di poco superiore alla metà della tariffa giornaliera.

L'articolo 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 viepiù caratterizzata, affrancandosi in modo riconoscibile da quella ospedaliera acuta e di CAT-STT, a grande soddisfazione della rete sociosanitaria e dei pazienti. Inoltre, nel periodo pandemico la loro

presenza si è rivelata provvidenziale per il ricovero dei pazienti nella fase post-COVID, senza dover ricorrere a edifici estranei alla realtà sanitaria come alberghi, rifugi o strutture di colonie o soggiorno collettivo. Gli stessi medici geriatri (si ricorda che i pazienti RAMI sono in prevalenza ultraottantenni) che avevano criticato il riorientamento dei letti di medicina di base in RAMI, oggi apprezzano la soluzione in essere e continuano ad affinare i criteri elettivi di ammissione, coniugandoli con una presenza medica e paramedica sempre più adeguata al fabbisogno.

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. Prima di entrare nel merito delle stesse è opportuno rilevare che sono state considerate, e scartate, anche altre varianti quali:

- il riposizionamento dei letti RAMI nel comparto somatico-acuto, che, da un lato, aumenterebbe di fatto la disponibilità di letti di medicina e quindi l'offerta in ambito acuto senza un fabbisogno reale corrispondente e, dall'altro lato, richiederebbe risorse mediche e infrastrutturali proprie di un ospedale acuto del tutto sproporzionate. Inoltre verrebbero a mancare letti di post-cura: è infatti improprio ritenere che i pazienti che adesso rimangono degenti per oltre tre settimane nei RAMI, possano beneficiare di una durata analoga nei reparti somatico-acuti, dove la degenza media è di circa dodici giorni;
- l'assimilazione dei letti RAMI ai CAT, che implicherebbe un abbassamento dell'intensità di presa in carico per allinearla a quella dei CAT, l'impossibilità di ricoverare da domicilio, l'ammissione solo dall'età AVS e una chiamata alla cassa degli enti locali, a meno di prevedere delle eccezioni con modifiche legali ad hoc;
- una soluzione mista, con il riposizionamento dei letti RAMI nel settore somatico-acuto per i RAMI di Mendrisio e Locarno e la trasformazione in letti CAT-STT dei RAMI di Acquarossa, Orselina e Castelrotto, che riunisce le criticità sopradescritte.

Considerato quanto precede e sottolineata la necessità di non prestare il fianco a possibili ricorsi da parte degli assicuratori malattia così come l'opportunità di non coinvolgere i Comuni nel finanziamento dei letti RAMI, si illustrano di seguito gli adeguamenti delle basi legali per consolidare lo statu quo e apportare maggior chiarezza sul regime dei RAMI in modo da recepire le critiche sollevate dall'istanza ricorsuale.

2.2.2 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 ed in forma distinta un tale fornitore di prestazioni non è previsto all'art. 35 LAMal.

Si propone pertanto di modificare l'art. 63a LCAMal sopprimendo la lett. d) e aggiungendo un nuovo cpv. 1^{bis} del seguente tenore:

^{1bis}le case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal), oltre ai reparti di cure acute e transitorie 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).

Di conseguenza devono essere precisati con questa denominazione ampliata tutti i riferimenti ai RAMI contenuti nella LCAMal, come indicato nel progetto di revisione legislativa allegato.

Per coerenza e precisazione, è opportuno aggiungere nel contesto di questo adeguamento legislativo la gestione di case di cura – RAMI agli scopi dell'EOC, completando quindi l'art. 2 della Legge sull'EOC (Ente ospedaliero cantonale) del 19 dicembre 2000 con un terzo capoverso del seguente tenore:

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

Nella proposta di modifica della Legge sull'EOC si aggiunge l'allineamento del titolo della legge a quello di altri enti parastatali, dove si indica la dicitura completa e poi la sigla tra parentesi. In questo senso il titolo diventa Legge sull'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) e di conseguenza cambia anche l'art. 1:

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.

2.2.3 Finanziamento delle prestazioni di cura

Gli assicuratori malattia hanno sempre espresso riserve ad entrare in materia sulla forfettizzazione, che effettivamente esporrebbe i RAMI a nuovi argomenti di critica di non conformità al diritto federale. Inoltre il sistema della fatturazione all'atto ha dato buona prova in termini di praticabilità così come di partecipazione finanziaria degli assicuratori malattia alle prestazioni erogate in questo comparto di cura. Di conseguenza si propone di consolidare la soluzione transitoria e abbandonare il rimborso forfettario.

L'art. 84a LCAMal viene quindi abrogato e all'art. 66e^{bis} 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.

2.2.4 Finanziamento dei costi d'investimento

Le strutture RAMI sono e resteranno limitate nel numero ma ben diverse tra loro quanto a enti gestori (EOC rispettivamente enti e cliniche privati) così come a situazione e vetustà infrastrutturale. Questa diversità unita all'esperienza concreta durante questi primi anni di gestione e finanziamento delle strutture RAMI evidenzia l'adeguatezza e l'utilità di 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. Quale primo caso di applicazione concreta, questa modifica risulta importante per sostenere la realizzazione del nuovo Centro

sociosanitario di Acquarossa, che dovrà andare a sostituire il vetusto ospedale, confermandone e rafforzandone i contenuti.

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

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

Art. 66e^{ter}

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

Questa modifica di legge permetterebbe di risparmiare sulla dotazione di 135 letti RAMI 1.7 milioni di franchi all'anno (fr. $38.8 \cdot 135 \text{letti} \cdot 365 \text{gg} \cdot 90\%$ 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.

3. INDIRIZZI STRATEGICI

Come visto, 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. Risulta tuttavia difficile individuare proposte di aggiornamento e modifica che esprimano visioni ampiamente condivise all'interno della Commissione. Sono emerse piuttosto opinioni ben differenziate, su taluni aspetti quasi opposte. 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.

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

In particolare 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.

Per completare le indicazioni su questo punto, per ragioni anche di equità di accesso alle cure su tutto il territorio, proponiamo 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 poi anche valutata la dimensione strutturale e la dotazione di risorse dei relativi centri di primo soccorso.

Su questi aspetti si ricorda che è tuttora pendente l'iniziativa popolare "per cure mediche ospedaliere di prossimità", depositata nel 2017 e oggetto in particolare di approfondimenti attraverso uno specifico gruppo di lavoro composto da rappresentanti del DSS, dell'EOC, del Circolo medico delle Tre Valli e del Comitato dell'Associazione per gli ospedali di valle nel corso degli anni 2021 e 2022. Questi lavori sono sfociati in una proposta di revisione della Legge sull'EOC che porterebbe al ritiro dell'iniziativa e che verrà sottoposta prossimamente all'esame del Gran Consiglio.

Anche in considerazione dell'attuale situazione delle finanze cantonali, è altresì d'uopo precisare che 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).

Pure a precisazione di questo indirizzo, riteniamo che nell'attribuzione dei mandati possa essere considerata anche la rilevanza dell'istituto per la copertura del fabbisogno cantonale. Affinché si possa di considerare un istituto come determinante per la copertura del fabbisogno della propria popolazione le raccomandazioni della CDS offrono la possibilità ai Cantoni di stabilire delle quote minime di attività. Questo strumento ha un doppio scopo, ovvero quello di impedire da un lato una sovraofferta e d'altro lato un'eccessiva dispersione delle prestazioni sul territorio 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 funzione della capillarità o della concentrazione necessaria dei gruppi di prestazioni. In queste valutazioni andrà presa in considerazione anche l'attività ambulatoriale assicurata dagli istituti per la stessa tipologia di prestazione.

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

Coerentemente con quanto espresso al punto precedente e per rispondere all'esigenza della formazione e della ricerca insieme all'impegno di rendere il sistema ospedaliero attrattivo per i professionisti, occorre disporre sul territorio cantonale di un ospedale che funga da riferimento – con poche e motivate eccezioni – per la medicina altamente specializzata e per le prestazioni multidisciplinari e complesse.

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.

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

Gli istituti ospedalieri devono partecipare fattivamente alla definizione e poi alla gestione e all'adozione di percorsi diagnostici terapeutici di assistenza integrata multiprofessionali, definiti per curare persone con una specifica condizione patologica.

È auspicata una maggiore interazione fra i vari comparti di cura a monte e a valle della degenza ospedaliera, migliorando la risposta puntuale a bisogni crescenti anche tra ambiti diversi. L'invecchiamento della popolazione pone l'intero assetto sanitario acuto, socio-sanitario e socio-psichiatrico di fronte alla necessità di rivedere e riformulare in modo efficace gli aspetti comunicativi e operativi tra i vari attori.

In questo senso si ritiene che un rafforzamento della centrale d'allarme 144 anche in ottica di coordinamento sanitario potrebbe contribuire ad 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.

3.5 Migliorare le informazioni a disposizione di pazienti e popolazione

Si auspica a breve termine una concertazione tra i vari attori del sistema sanitario cantonale al fine di coordinare la pubblicazione di informazioni oggettive e indispensabili alla popolazione per poter operare delle scelte che riguardano la propria salute con consapevolezza. Questo auspicio darebbe concretizzazione ad una delle Raccomandazioni della CDS sulla pianificazione ospedaliera, secondo cui i Cantoni possono prevedere la pubblicazione dei numeri di casi per ciascun gruppo di prestazioni.

X. LE CONSEGUENZE

1. CONSEGUENZE SUL PERSONALE

Non è prevista alcuna modifica dell'organico. Il lavoro di legato all'attività stazionaria ospedaliera finanziata dal Cantone è svolto dall'Area di gestione sanitaria, che dispone di tre collaboratori scientifici oltre alla capoparea. Il piccolo team continuerà come finora ad occuparsi dell'istruzione del complesso iter di attribuzione dei mandati e del controllo del rispetto dei requisiti strutturali, di qualità ed economici, nonché di verificare in seguito il rispetto dei mandati attribuiti, gestendo nel contempo l'attività di finanziamento corrente tramite i contratti di prestazione sottoscritti dal Cantone con gli istituti ospedalieri autorizzati ad esercitare a carico della LAMal. Il sistema di finanziamento mediante contributo globale, oltre a garantire ampia autonomia agli istituti, minimizza l'impatto burocratico e l'onere amministrativo. Occorrerebbero in effetti ben altre risorse in caso di pagamento fattura per fattura degli oltre 60'000 ricoveri annui nelle strutture ospedaliere ticinesi.

2. CONSEGUENZE A LIVELLO DI ENTI LOCALI

Non sono previste conseguenze per i Comuni né in termini di dispendio amministrativo né in termini di oneri finanziari, ritenuto che il settore ospedaliero continuerà ad 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.

3. CONSEGUENZE FINANZIARIE

3.1 Costi d'investimento

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.

3.2 Costi di gestione

Il contenuto del presente messaggio impatta sui costi di gestione dei letti RAMI con due effetti contrapposti. Il primo riguarda il finanziamento cantonale degli investimenti che 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. Il secondo riguarda l'apertura di una trentina di nuovi letti RAMI con un costo giornaliero a carico del Cantone di fr. 262.30 (dato 2021) per un totale di 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. Considerato che gli enti gestori e le ubicazioni di questi nuovi letti RAMI non sono nemmeno ancora stati individuati, i tempi per la messa in esercizio e quindi per l'assunzione di questo onere sono ancora da definire, in un orizzonte almeno di medio termine.

XI. RELAZIONE CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO

Le proposte di questo messaggio si inseriscono coerentemente nelle linee direttive 2019-2023 sull'asse strategico n. 3 "Qualità di vita", che si prefigge di concentrare l'attenzione sulla sostenibilità del sistema sanitario, alla luce delle tendenze demografiche che comportano maggiori investimenti dovuti all'età avanzata, in ambito stazionario e ambulatoriale. Nel merito, l'obiettivo n. 26 "Migliorare la qualità, la sicurezza e l'efficacia del sistema sanitario" rileva che *"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. 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 equivalgono grosso modo a quelle dei restanti tre quarti."* e propone di *"ridisegnare l'intero percorso del paziente, soprattutto anziano, per proporre misure coordinate e appropriate"*. Questo

proposito è perfettamente concretizzato in alcuni degli indirizzi strategici individuati, nonché nel mantenimento e nel rafforzamento del coordinamento con altre pianificazioni settoriali nella proposta di un percorso di cura del paziente a monte e a valle della degenza ospedaliera acuta.

Per quanto attiene al piano finanziario, si rimanda alle osservazioni fatte al capitolo X, punto 3.

XII. CONCLUSIONE

Sulla base delle considerazioni che precedono, vi invitiamo a voler approvare l'allegato disegno di decreto legislativo concernente la pianificazione ospedaliera in base alla nuova definizione delle competenze parlamentari stabilita dall'art. 65 LCAMal e con esso quindi il rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere, gli indirizzi strategici della pianificazione ospedaliera e l'elenco delle prestazioni di interesse generale. Invitiamo altresì ad approvare i progetti di revisione della LCAMal per precisare la terminologia del comparto di presa a carico sanitaria "istituto di cura-RAMI" e di revisione della LEOC per formalizzare l'estensione dell'attività dell'EOC anche alla gestione di questo segmento di cura.

Vogliate gradire, signora Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato

Il Presidente: Claudio Zali

Il Cancelliere: Arnoldo Coduri

Allegati:

- Rapporto sul fabbisogno cantonale di cure ospedaliere
- Indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera cantonale
- Prese di posizione dei singoli membri della Commissione della pianificazione sanitaria
- Modulo d'offerta settore somatico-acuto
- Modulo d'offerta settore psichiatria
- Modulo d'offerta settore riabilitazione

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,

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. Il Consiglio di Stato è incaricato di implementare un sistema di monitoraggio di valutazione dell'appropriatezza organizzativa dei vari comparti di cura.
4. 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 socio-sanitario 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.