

## CPO Pre-rapporto sul Mess. 6945 e Mess. agg. 6945 A

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

### Indice

1. Premessa
2. Procedere
3. Tempistica
4. I tre temi principali
  - 4.1. Settore acuto di minor intensità (letti AMI)
    - 4.1.1. Definizione
    - 4.1.2. Tipologie organizzative
    - 4.1.3. Ripartizione territoriale
    - 4.1.4. La cura di minor intensità
    - 4.1.5. La situazione di Acquarossa
    - 4.1.6. Assicuratori malattia
    - 4.1.7. Finanze
    - 4.1.8. Conclusione A
  - 4.2. Attribuzione delle specialità
    - 4.2.1. Modello di Zurigo
    - 4.2.2. Canton Grigioni
    - 4.2.3. Il modello ticinese
    - 4.2.4. Le principali criticità
      - 4.2.4.1. Pianificazione ospedaliera e EOC
      - 4.2.4.2. Strategia
      - 4.2.4.3. Applicazione modello di Zurigo
      - 4.2.4.4. Frammentazione
      - 4.2.4.5. Pianificazione evolutiva e competenze
    - 4.2.5. Conclusione B
  - 4.3. Partenariati pubblico – privato
    - 4.3.1. Analisi della necessità
    - 4.3.2. Ambito stazionario
    - 4.3.3. Modello del Primariato
    - 4.3.4. Garanzie finanziarie
    - 4.3.5. Regole del gioco
    - 4.3.6. Procedura e competenze
    - 4.3.7. Conclusione C
5. Volumi massimi di prestazioni
6. Altri temi
7. Conclusioni

## 1. Premessa

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

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

La commissione per la pianificazione ospedaliera è giunta alla conclusione che la pianificazione così come presentata nel messaggio non possa essere accolta senza modifiche sostanziali. Per questo motivo, e in ossequio alle normative citate, sottopone al CdS e alla Commissione della gestione il presente pre-rapporto per consentire agli enti preposti una presa di posizione scritta sulla base della quale sarà allestito il rapporto finale.

## 2. Procedere

Nel presente pre-rapporto la CPO si concentra sui punti centrali della pianificazione come indicato dal CdS nella risposta del 12 novembre u.s. e chiede una presa di posizione entro il 10 gennaio 2015.

Vi sono altri aspetti toccati dalla pianificazione che meritano certamente attenzione ma meno determinanti rispetto ai temi prioritari indicati e che saranno poi sviluppati nel rapporto definitivo.

## 3. La tempistica

Il messaggio 6945 concernente la pianificazione ospedaliera è stato licenziato dal Governo il 26 maggio 2014.

La Commissione speciale pianificazione ospedaliera (di seguito: CPO) è stata costituita già il 30 aprile 2014 per trattare l'iniziativa popolare generica "Giù le mani dagli Ospedali" (pubblicata sul Foglio Ufficiale il 12 aprile 2013) che ha raccolto 7'665 firme e l'iniziativa parlamentare "Giù le mani dai Pronto soccorso", presentata nella forma generica dal deputato Matteo Pronzini il 27 gennaio 2014.

La CPO non può esimersi anzitutto dal rilevare il colpevole ritardo del Governo cantonale nella presentazione del messaggio sulla pianificazione ospedaliera. L'attuazione della riforma della LAMal concernente il finanziamento ospedaliero, approvata dalle Camere federali nel dicembre del 2007 e in vigore dal 1° gennaio del 2009 presuppone, rispetto al passato, un cambiamento di paradigma: l'abbandono del finanziamento esclusivo delle strutture ospedaliere pubbliche e il passaggio a un finanziamento delle prestazioni mediante l'attribuzione di mandati di prestazione, indipendentemente dal carattere pubblico o privato di un istituto.

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

base a una struttura tariffale forfetaria uniforme in tutta la Svizzera (SwissDRG), negoziata dai partner tariffali (fornitori di prestazioni e assicuratori malattia).

Pare del tutto evidente che il Parlamento federale ha lasciato un tempo sufficiente, di ben 6 anni, ai Cantoni per adottare i provvedimenti sanciti dalla LAMal e le rispettive pianificazioni ospedaliere. Prova ne sia il fatto che il Canton Zurigo, modello a cui la pianificazione ticinese fa riferimento, già nel 2012 ha sottoposto al voto popolare una nuova pianificazione cantonale.

Il Governo cantonale ha costituito la Commissione di pianificazione sanitaria il 13 luglio 2010, un organo tecnico incaricato di presentare le basi su cui impostare la pianificazione oggetto del presente messaggio. Il rapporto della Commissione è presentato nell'aprile del 2014 e il mese successivo il Governo ha licenziato il messaggio 6945, praticamente a distanza di ben quattro anni dall'inizio dei lavori. Neppure il sopraggiunto cambiamento di Legislatura nel 2011 permette di giustificare tale ritardo.

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

La CPO ha tuttavia cercato di fare del proprio meglio per giungere quanto prima ad un risultato. Sono state inoltrate al CdS 5 successive serie domande così da permettere l'approfondimento delle varie problematiche che sorgevano.

- Prima serie di domande (09.07.14), risposta CdS al 12 agosto 2014
- Seconda (26 agosto) e terza (1 settembre) serie di domande a cui il CdS ha risposto il 1 ottobre 2014;
- Quarta (6 ottobre) e quinta (26 ottobre) serie di domande a cui il CdS ha risposto il 12 novembre.

Inoltre la CPO ha proceduto all'audizione di numerosi rappresentanti di istituti, ospedali, comuni, associazioni di categoria, ma anche singoli medici che hanno chiesto di essere sentiti.

In diverse occasioni la CPO si è pure incontrata con il Consigliere di Stato Paolo Beltraminelli e con i suoi stretti collaboratori che ringraziamo per la disponibilità e la costruttiva collaborazione.

#### **4. I tre temi principali**

Come indicato nel Messaggio e sottolineato dal CdS nella risposta del 12 novembre u.s., la pianificazione ospedaliera proposta indica i tre temi centrali:

- a. la pianificazione per prestazioni e le proposte di concentrazione;
- b. la creazione degli istituti di cura;
- c. i progetti di collaborazione tra EOC e cliniche private.

Riprendiamo per i tre punti le considerazioni del CdS nella risposta del 12.11.14.

##### **3.a La pianificazione per prestazioni e le proposte di concentrazione**

*La pianificazione per prestazioni è un obbligo di legge sancito nelle modifiche della LAMal adottate il 21 dicembre 2007. L'attenzione è stata posta sul fruitore finale (il paziente) che deve essere a conoscenza di quale ospedale eroga un determinato spettro di prestazioni. La*

concentrazione proposta riguarda solo le prestazioni multidisciplinari e complesse (17% del totale dei pazienti trattati) e in particolare, rispetto alla situazione oggi esistente, solo il 4% dei pazienti curati non potrebbero più essere trattati nella sede odierna. Per situazioni urgenti e contingenti l'attribuzione dei mandati specifici andrà comunque interpretata con ragionevole flessibilità (cfr. anche risposta 4.2, quinta serie). Proprio anche per questo scopo è del resto prevista l'istituzione di un gruppo di accompagnamento (cfr. Messaggio n. 6945, pag. 63).

### 3. b La creazione degli istituti di cura

Lo studio sul fabbisogno di cure acute dei pazienti ticinesi ipotizza una diminuzione del 18% di giornate di cura da oggi al 2020. Questo fenomeno è la conseguenza in particolare della diminuzione della degenza media, del progresso tecnologico, del trasferimento dal settore stazionario all'ambulatoriale e della considerazione di un certo numero di ospedalizzazioni improprie identificate confrontando il ricorso alle cure di base dei ticinesi rispetto al resto della Svizzera, anche tenuto conto dell'invecchiamento della nostra popolazione, uno dei più alti della Svizzera.

La diminuzione del fabbisogno è stata stimata in 250 posti letto che, coniugata alla mancanza dei requisiti di base stabiliti dalla metodologia utilizzata per l'attribuzione dei mandati (adottata da 25 Cantoni su 26), avrebbe significato la cessazione dell'attività per cinque istituti che dispongono attualmente del solo mandato di medicina di base. La soluzione proposta ha voluto evitare questo scenario, per garantire una continuità agli istituti interessati permettendo di coprire un tassello della catena di cure (il sub-acuto) che attualmente trova risposte non del tutto adeguate, diversificate e poco compatibili con gli attuali regimi di finanziamento sul piano federale.

### 3. c I progetti di collaborazione

Sono la logica conseguenza di uno scenario fortemente mutato dal 1° gennaio 2012. Da quel momento lo Stato interviene nel finanziamento delle cure erogate in base alla LAMal anche nelle strutture private. La messa in comune di know-how e di risorse infrastrutturali, di personale e finanziarie, con l'obiettivo di ricercare soluzioni sempre più vantaggiose e di qualità per i pazienti, è da leggere come un'opportunità da cogliere e da favorire. Il tutto rimane istituzionalmente sotto controllo, sia da parte del Gran Consiglio che approva l'assegnazione dei mandati, sia da parte del Consiglio di Stato che ne cura la codifica in convenzioni e riceve la competenza di avallare i progetti di collaborazione che oltrepassano l'ordinaria amministrazione.

#### 4.1. Settore acuto di minor intensità (Letti AMI)

##### 4.1.1. Definizione

La commissione di pianificazione ospedaliera condivide quanto il DSS aveva indicato nello scritto alle CM del 10 aprile 2013 ossia che l'offerta ospedaliera deve occuparsi di offrire anche la fase di cura immediatamente successiva alla fase acuta. Dopo lunghe discussioni la CPO è arrivata al convincimento che l'offerta ospedaliera ticinese deve offrire un **“acuto di minor intensità (letti AMI)”**.

L'analisi del profilo del paziente effettuata dall'EOC conferma questa indicazione e rafforza l'indicazione ricevuta dai medici ascoltati in CPO.

Tenendo in considerazione che

- è verosimilmente opportuno ridurre l'offerta di letti acuti di ca. 250 in considerazione della prevista evoluzione della medicina acuta con una prevista riduzione del 18% delle giornate di cura nel somatico acuto entro il 2020. Tuttavia la riduzione è appunto da intendersi come progressiva e non immediata al 01.01.15 visto che questa ulteriore diminuzione non potrà essere lineare ma essere caratterizzata da una curva con un progressivo appiattimento (ndr nel senso che non sarà possibile andare al di sotto di una certa media di numero di giorni).
- L'analisi dei ricoveri negli ospedali attuali ha confermato un numero significativo di ricoveri **“impropri”** per un ospedale acuto ma indispensabili visto la fragilità dei pazienti **tendenzialmente sempre più anziani e polimorbidi**.

Rilevato che

- in passato, con la soluzione delle cure acute transitorie, si era cercato di rispondere all'esigenza di cure successive alla fase acuta. L'esito di quest'impostazione è però stato piuttosto scarso poiché l'offerta CAT concerneva solo anziani e sono state inserite in case anziani medicalizzate ma senza la necessaria continuità nell'assistenza medica.
- Il rapporto della commissione della pianificazione sanitaria nel definire le caratteristiche del Istituto di cura afferma a p. 78 *“... l'introduzione del sistema tariffale SwissDRG induce a dimissioni più rapide dalle strutture acute, con il bisogno conseguente di accoglienza di persone sempre più fragili. Le competenze medico-infermieristiche delle CAT++/STT, dovrebbero quindi essere ulteriormente accresciute, con un avvicinamento del costo per giornata a quello degli istituti con medicina di base.”* E inoltre *“appare fondamentale che questo tipo di cura che completerebbe l'offerta sanitaria attuale insieme all'ospedale acuto (a monte) e le case per anziani (a valle) sia erogata da strutture più vicine al somatico-acuto che non a quello socio-sanitario.”*
- Quando parliamo di strutture ospedaliere ci riferiamo alle strutture pubbliche gestite dall'Ente ospedaliero cantonale così come alle cliniche private anche considerando il fatto che il finanziamento cantonale è uguale in entrambi i casi.
- Le numerose audizioni e l'analisi effettuata dal servizio infermieristico dell'EOC hanno permesso di maturare il convincimento che la fase post acuta richieda comunque un servizio medico e infermieristico di pertinenza ospedaliera significativamente diverso rispetto al modello di casa anziani.
- Lo stesso DSS ha dovuto rivedere l'impostazione originale per quanto attiene l'intensità del servizio medico e infermieristico, riconoscendo che il fabbisogno effettivo era superiore al previsto avvicinandosi per il personale infermieristico a quanto richiede il somatico-acuto

(proposta DSS aggiornata con un fabbisogno di personale infermieristico a 0,9 UL/posto letto).

- La fase post acuta per questi pazienti fragili rientra pienamente ai sensi dell'art 39 cpv 1 LAMal visto che i pazienti ricoverati rispettano le indicazioni dell'art 25.

Ma veniamo ai vari aspetti e approfondimenti che hanno caratterizzato il lavoro commissionale.

#### 4.1.2. Tipologie organizzative

Esiste una differenza evidente se il reparto AMI è ubicato in un ospedale (soluzione La Carità a Locarno oppure cure a S.Rocco per la clinica Luganese), in uno stabile adiacente (soluzione Ospedale Beata Vergine a Mendrisio) oppure a diversi km di distanza dai reparti acuti (situazione di Acquarossa o Faido).

La differenziazione della situazione logistica comporta anche una diversa ponderazione della struttura organizzativa visto che le sinergie con reparti acuti in caso di aggravamento dello stato di salute del paziente sono evidentemente diverse.

L'ipotesi del DSS di poter stabilire uno standard fisso per l'offerta sanitaria, e quindi anche per il costo, dei letti AMI risulta essere problematica. Da un lato perché le varie strutture si sono caratterizzate per trattamenti diversi. Le cure fornite a Castelrotto sono ad esempio diverse da quelle di Acquarossa. Dall'altro perché le sinergie tra il reparto AMI ed altri servizi offerti dall'ospedale o dalla clinica in questione possono essere piuttosto diverse e diventa molto problematico impostare un modello uniforme rigido e vincolante (vedi cap 4.1.4).

La lista delle strutture pensate con letti AMI consente di capire che nella maggior parte dei casi ci si trova di fronte a strutture ospedaliere (ospedali pubblici o cliniche private) oppure a strutture comunque strettamente collegate a strutture ospedaliere.

	<b>Lista letti sub acuti</b>	<b>Denominazione</b>	<b>Ente gestore</b>
	ORBV Faido 30 p.	ORBV	EOC
	ORBV Acquarossa 30 p.	ORBV	EOC
	Ex Clinica Sementina 30 p.	ORBV	EOC (?) Consorzio casa Anziani?
	ODL Locarno 30 p.	ODL	EOC
	Clinica Varini Orselina 30 p.	Clinica (Osp. privato),	Fondazione Varini
	Centro socio-sanitario Cevio 15 p.	Casa anziani medicalizzata (pubblica) soggiorni temporanei terapeutici (SST) e di cure acute transitorie (CAT)	Associazione Valmaggese Casa per Anziani, Invalidi Adulti e Aiuto Domiciliare

Clinica Luganese S.Rocco 60 p.	Clinica Luganese (Osp privato)	Fond. Ecclesiastica
Opera Charitas Sonvico 30 p.	Casa anziani medicalizzata	Fond. Ecclesiastica
Ospedale Malcantonese Castelrotto 30 p.	Ospedale privato	Fond. Ecclesiastica (G.Rossi)
OBV Mendrisio, Sta Lucia Arzo 30 p.	OBV Casa anziani medicalizzata	EOC

Le due strutture che rappresentano un'eccezione rispetto all'inserimento ospedaliero sono una nel pubblico e una nel privato, si tratta di:

- il centro socio sanitario di Cevio per il quale è utile ricordare che il servizio medico è assicurato dall'Ospedale La Carità di Locarno;
- l'Opera Charitas di Sonvico che per l'assistenza medico-sanitaria ha uno storico e stretto legame con la Clinica Luganese.

Infine per quanto concerne il previsto progetto di Sementina sembrerebbe evidente auspicare che il reparto AMI sia gestito dall'ORBV con l'eventuale supporto del consorzio casa anziani di Sementina per alcuni servizi di supporto.

#### 4.1.3. Ripartizione territoriale

La ripartizione territoriale dei posti letti AMI non sembra rispondere in modo adeguato alle esigenze. Il Mendrisiotto ad esempio lamenta un numero manifestamente insufficiente di posti letto AMI (audit del 28.08.14). Sulla base della popolazione residente (dato 2011) nei vari distretti, si arriva alle seguente presenza di letti nel post acuto ogni 1'000 abitanti per distretto:

- Bellinzonese e valli 1.17 0/00
- Locarnese 0.88 0/00
- Luganese 0.83 0/00
- Mendrisiotto 0.61 0/00

Sulla base di questa constatazione il Mendrisiotto richiede almeno 30 posti letto nella prevista nuova ala dell'Ospedale Beata Vergine oltre ai 15 della casa S.Lucia. Considerando la prospettiva dell'invecchiamento della popolazione sarebbero probabilmente ideale un numero di ca 55-60 posti letto. A questo proposito si sottolinea che nel canton Zurigo, preso a modello di riferimento, siamo ad una media di posti letto nel sub acuto di 1.14 0/00.

Anche il Bellinzonese reclama un'eccessiva e troppo repentina riduzione dei letti AMI che provocherebbe un probabile intasamento dell'Ospedale S.Giovanni. In considerazione di un'occupazione di Acquarossa del 90%, e della conferma che comunque circa il 30% dei pazienti siano casi acuti, non si capisce bene come l'ORBV possa risolvere nello spazio di pochi mesi la domanda esistente.

A Lugano, tra Ospedale Civico e Italiano, non sono proposte riduzioni di letti nel somatico-acuto mentre per la Clinica luganese 60 letti vengono definiti letti AMI.

#### 4.1.4. La cura di minor intensità

Nelle numerose audizioni la CPO ha ricevuto segnali convergenti secondo i quali molti pazienti, in particolare anziani ma non solo, dopo la fase acuta hanno necessità di un periodo di cura in una struttura che offra comunque un trattamento medico significativo.

Per meglio capire le caratteristiche di questa fase post-acuta riportiamo quanto concluso da uno studio effettuato dall'area cure infermieristiche dell'EOC nell'aprile del 2014:

- Sarà fondamentale un buon triage dall'ospedale acuto all'Istituto di Cura e dall'Istituto di Cura al territorio;
- In generale nel post-acuto c'è un mix di competenze diverse rispetto all'acuto.
- Se il bisogno è la presa a carico dei pazienti dall'acuto (6° giornata) si dovrà adottare uno Skill Grade Mix che difficilmente corrisponde a ciò che definisce il DSS;
- Nel post acuto si potrà attingere ad altri profili professionali (es. OSS e ADC) ma la proporzione tra il numero di curanti deve essere legata alla reale tipologia di pazienti (complessità + intensità);
- Se l'esigenza dell'acuto è di dimettere in 6° giornata, comporta il fatto di "configurare" l'IDC in maniera differente a quanto proposto dal DSS; diversamente il paziente dovrà rimanere per più tempo in acuto, con conseguente aumento dei costi;

Detto in altri termini la densità medica presentata nella proposta di Istituto di cura della pianificazione ospedaliera, non coincide con il fabbisogno. La presenza di una medicina di base sembra essere indispensabile così come un'assistenza infermieristica superiore.

In effetti il DSS ha nel frattempo rielaborato il progetto giungendo a conclusioni simili a quelle dell'EOC e alla seguente dotazione riferita a un'unità di 30 letti:

<i>Figura professionale</i>	<i>Unità Tempo pieno</i>	<i>Costo giornata (indicativo)</i>
- <i>Medici fmh</i>	1.2	30.4
- <i>Medici assistenti</i>	2.5	25.4
- <i>Infermiere capo reparto</i>	1	9.4
- <i>Infermieri diplomati</i>	11.3	94.0
- <i>Altro personale curante</i>	11.3	69.0
- <i>Aiuto medico</i>	1	6.3
- <i>Fisioterapisti, Ergoterapisti, Dietisti</i>	4	31.5
- <i>Assistente sociale</i>	0.5	4.5
<b>Totale</b>		<b>509.8</b>

La valutazione è stata fatta tenendo conto una media di trattamenti per definire il bisogno sanitario di minor intensità. Situazione certamente pertinente per alcune sedi ma maggiormente problematica per altre. Proprio per questo motivi non vi è stato grande consenso da parte dei medici coinvolti nella valutazione.



#### 4.1.5. La situazione di Acquarossa

Il modello proposto dal DSS è in particolare problematico per la sede di Acquarossa in cui ci si è specializzati in pazienti geriatrici. La dotazione di base prevista comporta diverse problematiche.

Dotazione di personale attuale all'ospedale di Acquarossa:

Figura professionale	Situazione attuale	Modello proposto DSS
	Unità Tempo pieno	Unità Tempo pieno
- Medici senior FMH	2.9	1.2
- Medici assistenti	5	2.5
- Infermiere capo reparto		1
- Infermieri diplomati	37	11.3
- Altro personale curante (OSS)	7	11.3
- Aiuto medico	1	1
- Radiologia, Laboratorio	3.4	0
- Fisioterapisti, Ergoterapisti, Dietisti	3.3	4
- Assistente sociale	0.5	0.5

È ben evidente la riduzione in particolare della presenza di medici e di personale infermieristico ciò che comporta forzatamente una diversa offerta sanitaria rispetto alla situazione attuale. Se il reparto AMI, per sua stessa definizione, è di minor intensità e quindi offre prestazioni diverse dai reparti somatici acuti, la conseguenza sarà il ricovero di pazienti a Acquarossa con maggior rigore. I casi maggiormente problematici dovranno essere dirottati all'Ospedale San Giovanni assicurando una miglior qualità delle cure.

Rimane un certo dubbio sulla ripartizione della dotazione di personale infermieristico rispetto agli operatori socio sanitari. Vi è chi sostiene che sarebbe preferibile un rapporto di 70:30 piuttosto che il 50:50 proposto. Dal punto di vista dei costi questo aspetto ha un'incidenza piuttosto marginale.

È anche di conseguenza condivisibile una riduzione dei costi di ospedalizzazione, e quindi anche della tariffa da fatturare, della sede di Acquarossa rispetto all'ORBV.

Ma ad Acquarossa non possiamo solo pensare al reparto AMI.

In effetti la LAMal art 39, lett d, indica che il Cantone deve approvare la pianificazione tenendo conto del fabbisogno ospedaliero (e considerando anche l'offerta ospedaliera di altri cantoni e di enti privati, ciò che per Acquarossa non è pertinente) della popolazione. Per questo motivo il DSS sta procedendo alla valutazione di uno specifico modello che consenta di offrire la necessaria copertura grazie a un CMU (Centro Medico di Urgenza) e in collaborazione con i medici della Valle. Ma i CMU tratteranno le bagatelle e non hanno niente a che vedere con il pronto soccorso attuale. La pianificazione ospedaliera deve occuparsi unicamente dello stazionario e non tocca l'ambulatoriale. Tuttavia non possiamo evitare di sottolineare che oggi non ci sono i medici sul posto per far funzionare adeguatamente un eventuale CMU.

Parallelamente il DSS sta valutando l'attribuzione ad Acquarossa di un certo numero di letti per le cure palliative in considerazione di un loro numero manifestamente insufficiente nel sopracceneri visto che ve ne sono solamente alla clinica Varini. Cure palliative che richiedono una dotazione di personale medico specifico.

Insomma ci si potrebbe anche chiedere se ad Acquarossa non si stia cambiando tutto per non cambiare niente e se non fosse meglio soprattutto una riflessione specifica su un nuovo orientamento di questo Ospedale periferico. Stiamo parlando in particolare di una riduzione di ca. 4-5 medici rispetto alla dotazione attuale da mettere in relazione al totale di oltre 500 medici impiegati all'EOC, ciò che sembra essere un problema davvero marginale.

#### 4.1.6. Assicuratori malattia

L'audizione in commissione del rappresentante degli assicuratori malattia il 25 settembre 2014 non ha in realtà permesso di fare molta chiarezza rispetto al modello previsto ma ha evidenziato la complessità del quadro legislativo di riferimento (LAMal, Opre, LCMal).

L'unico aspetto condiviso è il fatto che il sistema attuale non regola in modo esaustivo la fase successiva alla fase acuta e che il modello CAT (cure acute transitorie, LAMal art 25a, cpv 2) non ha portato al risultato sperato.

Sarebbe stato auspicabile capire meglio e sviscerare nel dettaglio i motivi che hanno portato a questo risultato negativo. La CPO ritiene centrale allo scarso risultato dei CAT il fatto che gli stessi sono inseriti in una casa anziani. Difficilmente un paziente è disposto al ricovero per la fase post acuta in una casa anziani. Ciò riguarda coloro al di sotto dei 65 anni (età AVS) così come adulti over 65 non ancora "pronti" per la casa anziani. Un motivo in più per convincersi che la fase post acuta deve essere ancora in una struttura ospedaliera, pur adeguata in modo corretto, e non in una casa anziani.

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

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

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

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

L'offerta sanitaria secondo l'art 39 cpv 3 è invece indennizzata secondo l'art 50 con il pagamento all'atto e applicando i principi stabiliti dall'art 25a ossia l'articolo che regola le cure acute transitorie.

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

### **Art. 39 Ospedali e altri istituti**

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

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

*2 I Cantoni coordinano le loro pianificazioni.*

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

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

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

...

### **Art. 49 Convenzioni tariffali con gli ospedali**

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

...

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

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

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

### **Art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere**

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

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

### **Art. 50 Assunzione delle spese in casa di cura**

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

...

**Art. 25a Cure in caso di malattia**

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

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

La commissione della pianificazione sanitaria (rapporto, p.80 e ss) aveva inizialmente proposto il riconoscimento di questi letti acuti di minor intensità quali letti "B" di ospedale come esistono in alcuni Cantoni romandi con tariffe giornaliere di ca fr.700.-. La stessa impostazione era stata sottoposta agli assicuratori malattia con una lettera il 10 aprile 2013. Di fronte al rifiuto delle Casse malati di entrare in materia (risposte del maggio 2013) il DSS ha proposto la soluzione dell'Istituto di cura in esame.

La CPO non è d'accordo con l'interpretazione data dalle Cassa malati dell'art.49, rispettivamente dell'art 39. Se il paziente richiede ancora un ricovero ospedaliero, secondo l'indicazione medica (art 49 cpv 4), allora sembra evidente che siamo di fronte a un caso che deve essere riconosciuto come indicato dall'art 39 cpv 1. Semmai il punto condivisibile e da chiarire è che la tariffa sia diversa rispetto al reparto acuto.

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

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

**4.1.7. Finanze**

Le informazioni acquisite permettono di sottolineare l'evidente differenza di costo delle prestazioni erogate per il somatico-acuto rispetto ai letti acuti di minor intensità. Sembra a tutti pacifico che non sia corretto pagare un costo eccessivo che non corrisponde a quanto il paziente necessita. Uno degli elementi della LAMal è anche il criterio dell'economicità delle cure. È pure stata riscontrata una sensibile differenza di costo tra le varie strutture esistenti sul territorio, pubbliche o private che siano. Ma a precisa domanda volta a meglio conoscere questi criteri economici la risposta del DSS indica che la valutazione spetta di principio alla contrattazione tra gli assicuratori malattia e l'istituto, alla supervisione di mister prezzi e alla verifica dipartimentale. Questi tre enti assicurano che venga pagato il prezzo giusto.

Per quanto attiene i letti di minor intensità il DSS avrebbe pattuito con gli assicuratori malattia un importo forfettario di ca. fr. 200.- a fronte di un costo giornaliero stimato a ca. fr. 550.-. Sarebbe il 32% in confronto al 45% che le casse malattia dovrebbero pagare in regime ospedaliero LAMal art 39, cpv 1, ma è un importo maggiore di quanto oggi riconosciuto alle CAT secondo LAMal l'art 25a.

Per il momento sappiamo che vi dovrà essere un fase transitoria di due anni per consentire una definizione tariffale forfettaria definitiva.

#### **4.1.8. Conclusione A della CPO**

Sulla base delle analisi effettuate, delle numerose audizioni, dei documenti acquisiti e dell'approfondimento effettuato con lo stesso DSS, la CPO giunge alla seguente conclusione:

- la ripartizione dei costi per i letti AMI deve poggiare sugli stessi principi del settore ospedaliero 55% Cantone – 45% CM (LAMal art 49a);
- considerando che il Ticino nel 2001 ha deciso di attribuire al Cantone l'attività ospedaliera e di lasciare ai comuni la responsabilità delle case per anziani, non si vede il motivo di coinvolgere nuovamente i comuni nella fattispecie proponendo un nuovo ibrido.
- La Commissione di pianificazione ospedaliera propone di respingere la proposta di istituire il modello di "Istituto di cura".
- Si ritiene invece che il decreto legislativo inerente la pianificazione ospedaliera debba essere modificato e orientato alla creazione di reparti ospedalieri AMI (Acute di minor intensità) di competenza e di pertinenza del settore ospedaliero con la conseguente definizione di una specifica tariffa, diversa dal reparto somatico acuto.

## **4.2. Attribuzione delle specialità**

### **4.2.1. Modello di Zurigo**

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

Allora ci sembra opportuno riprendere i capitoli principali della legislazione zurighese (le sottolineature sono nostre).

#### ***A. Allgemeine Bestimmungen***

...

##### *Grundsätze*

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

*2 Private, Gemeinden und der Kanton können Spitäler und Geburtshäuser errichten und betreiben.*

#### ***B. Planung der stationären Spitalversorgung***

##### *Stationäre KVG-Pflichtleistungen*

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

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

3 Die Spitalplanung hat insbesondere folgende Zielsetzungen:

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

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

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

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

b. Anforderungen an die Leistungserbringer

§ 5. 1 Leistungsaufträge können Spitälern und Geburtshäusern erteilt werden, die

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

b. über genügende Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten verfügen,

c. ein den Bundesvorgaben genügendes Qualitätssicherungskonzept nachweisen,

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

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

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

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

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

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

c. Auswahlkriterien

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

a. die für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung erforderlich sind,

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

c. welche die Anforderungen gemäss § 5 bestmöglich erfüllen.

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

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

La pianificazione ospedaliera zurighese persegue in particolare gli obiettivi seguenti:

- **creazione di gruppi di prestazioni per evitare la frammentazione eccessiva sia dal punto di vista medico che economico**

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

- **la garanzia della disponibilità in tempi ridotti di un servizio di pronto soccorso**

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

- **Il coordinamento o la concentrazione di specializzazioni complesse e rare**

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

- **Il coordinamento o la concentrazione di specializzazioni in relazione a un mandato universitario di insegnamento o di ricerca.**

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

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

- **il controllo della qualità**

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

- **una capacità sufficiente di trattamento dei casi**

*b. über genügende Untersuchungs- und Behandlungskapazitäten verfügen,*

- **la presentazione di un concetto di gestione della qualità secondo le direttive federali**

*c. ein den Bundesvorgaben genügendes Qualitätssicherungskonzept nachweisen,*

- **la garanzia di una sufficiente capacità di accoglienza**

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

- **un concetto di gestione del processo di cura che integra la fase precedente e successiva la prestazione acuta**

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

- **la disponibilità alla formazione di personale del contesto sanitario in relazione al fabbisogno cantonale**

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

- la presentazione di una contabilità analitica che permetta di differenziare le diverse situazioni assicurative e categorie di prestazioni

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

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

#### 4.2.2. Canton Grigioni

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

I Grigioni hanno deciso delle eccezioni rispetto al modello di Zurigo per assicurare una corretta copertura delle cure mediche nel somatico acuto di tutto il territorio cantonale. In particolare hanno mantenuto alcuni letti acuti anche in strutture con la sola medicina e senza la chirurgia.

Per un confronto si ricorda che alla fine del 2013 il Cantone dei Grigioni contava 194'959 abitanti. Con 27 persone per chilometro quadrato è il Cantone con la minore densità demografica.

Il Canton Ticino con 346'539 abitanti (popolazione residente permanente nel 2013) riconosce quali ospedali somatici acuti 10 strutture (esclusi Faido e Acquarossa).

Sembra quindi che, pur confermando il modello di Zurigo quale modello di riferimento, sia possibile sostenere delle eccezioni e delle impostazioni leggermente diverse in considerazione delle particolarità e delle esigenze cantonali.

#### 4.2.3. Il modello ticinese

L'attribuzione dei mandati si basa sugli articoli 63 e ss della LCMal. Leggendo i criteri di attribuzione, art 63 lett d, possiamo prendere atto che le basi legali ticinesi sono in linea con quelle zurighesi. Da sottolineare che la LCMal tuttavia non cita, come nel modello zurighese, alcuni obiettivi importanti:

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

L'impostazione cantonale è spiegata a pag 13 del mess 6945.

*In particolare, l'obiettivo principale della presente proposta di pianificazione rimane quello di garantire una distribuzione equa delle cure sull'insieme del territorio cantonale, favorendo una presa in carico capillare per le cure di base e, nel contempo, una maggior concentrazione delle specialità. Questo per consentire ai pazienti ticinesi di beneficiare di cure adeguate, attrattive e di qualità e, parallelamente, favorire una limitata maggior concentrazione della casistica di determinate prestazioni specialistiche, complesse e costose, nell'intento di accrescere la qualità e contenere l'importante crescita della spesa nel settore ospedaliero.*

*Il nuovo elenco pianificatorio del settore **somatico-acuto** risponde all'auspicio di evitare un'eccessiva frammentazione e sovrapposizione di mandati a livello territoriale, prendendo in considerazione gli*



indirizzi di concentrazione già formulati dal Gran Consiglio in occasione dell'approvazione dell'ultima pianificazione ospedaliera e poi ribaditi, tra l'altro, in una mozione interpartitica sottoscritta dai Presidenti e dai Capigruppo PLR, PS, e PPD del 25 giugno 2009.

...

E a pag 14

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

Per poi concludere a pag 16

*La nuova pianificazione è fondata sui postulati di attribuzione seguenti:*

- **nessun nuovo gruppo di prestazioni è attribuito ad istituti che fino ad oggi (dati 2012) non fornivano determinate specialità;**
- **le strutture pubbliche devono poter fornire l'insieme dei gruppi di prestazioni, al fine di garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie sul territorio cantonale, anche in caso di abbandono dell'attività da parte di strutture private.** In questo senso le strutture ospedaliere raggruppate in seno all'EOC forniscono tutte le prestazioni definite dal modello della GD-ZH, anche se, evidentemente, non in ogni singola struttura;
- **discipline particolarmente complesse devono essere concentrate su uno o al massimo due poli ospedalieri.** Questo postulato si fonda su argomentazioni già esplicitate nel capitolo precedente e sulla necessità di evitare una dispersione di casi su più siti per quei gruppi di prestazioni che, a fronte di una casistica limitata, richiedono particolari infrastrutture medico-tecniche e competenze di presa in carico specializzate;
- **le cure di prossimità devono essere diffuse in modo capillare su tutto il territorio cantonale.**

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

- **dal pacchetto di base (e pacchetto di base elettivo):** ventaglio minimo di offerta di cure per tutti gli ospedali, che devono in particolare disporre di un servizio di pronto soccorso e di un reparto di cure continue;
- **dai gruppi di prestazioni specialistiche:** prestazioni più complesse rispetto a quelle del pacchetto di base, che già richiedono la presenza di specialisti, ma che per loro natura e frequenza devono essere garantite a livello regionale;
- **dai gruppi di prestazioni multidisciplinari e complesse:** discipline che si caratterizzano per la necessità di specialisti dedicati, infrastrutture o apparecchiature particolarmente complesse e anche particolarmente costose e di processi di presa in carico e di cura che frequentemente necessitano il supporto di altre discipline con le quali è necessario collaborare. Non raramente le collaborazioni devono essere garantite 24 ore su 24, 7 giorni su 7 e a tratti anche in maniera urgente ed imprevedibile, aspetto che comporta la necessità della presenza concomitante, all'interno della stessa struttura di differenti discipline;
- **discipline trasversali:** discipline che non possono essere assegnate a singoli gruppi di prestazioni essendo legate, in maniera trasversale, a più gruppi. Secondo il modello della GD-ZH le discipline trasversali sono: la pediatria (medicina pediatrica, chirurgia pediatrica di base e chirurgia pediatrica), la geriatria complessa e le cure palliative.

*Le discipline comprese nel pacchetto di base e nei gruppi di prestazioni specialistiche rappresentano le cure di prossimità e inglobano al loro interno l'83% circa di casi attualmente curati negli ospedali e cliniche ticinesi. I gruppi di prestazioni multidisciplinari e complesse rappresentano, per contro il 17% dei casi. Va rilevato a tal proposito che quest'ultima casistica è già oggi ampiamente concentrata in taluni istituti (es: i pazienti di cardiocirurgia). **Il numero di pazienti che, a seguito della diversa distribuzione dei mandati non potrebbe più essere trattato nella stessa struttura di oggi è all'incirca il 4% del totale.***

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

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

#### **4.2.4. Le principali criticità**

##### **4.2.4.1. Pianificazione ospedaliera e EOC**

Si ritiene di dover sottolineare una certa incongruenza tra l'impostazione strategica della pianificazione ospedaliera cantonale che riprende il modello multisito e le prime ipotesi di lavoro sull'impostazione strategica futura dell'EOC e in particolare alcune decisioni del dipartimento di chirurgia dell'EOC. Sottolineiamo come al momento della presentazione del messaggio sulla pianificazione ospedaliera, l'EOC usciva con la presentazione del proprio piano strategico che presentava l'avvio delle riflessioni verso un solo ospedale di riferimento.

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

Ricordiamo quanto stabilisce la Legge che definisce il mandato all'EOC;

#### **Scopi**

##### **Art. 2**

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

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

#### **Missione e mandati di prestazioni**

##### **Art. 3**

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

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

#### **Ospedali pubblici**

##### **Art. 4**

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

Ci troviamo certamente di fronte a sfide epocali che richiedono lungimiranza e spirito imprenditoriale anche nel contesto sanitario con una sfida tra pubblico e privato che la decisione politica di consentire un contributo pubblico paritario al 55% sia al settore privato che a quello pubblico ha reso ancora più complessa. È altresì importante sottolineare la valenza politica

dell'impostazione dell'offerta ospedaliera cantonale viste le implicazioni sanitari, socio-economiche e politiche che ogni scelta comporta.

Per queste considerazioni la CPO è convinta dell'importanza di una condivisione della visione strategica dell'EOC che non può prescindere dalla pianificazione ospedaliera cantonale. Vale evidentemente anche al contrario, ossia che il Governo non può pensare ad impostare la pianificazione ospedaliera senza dapprima chiarire quanto l'EOC è in grado e intende intraprendere.

#### **4.2.4.2. Strategia**

Sul piano strategico talune decisioni dell'EOC, fatte proprie poi nel progetto di pianificazione, vanno nella direzione di una successiva e progressiva concentrazione di specialità al Ospedale Civico, pensiamo alla neurologia, alle malattie cerebrovascolari (stroke unit), al politrauma, alla chirurgia viscerale complessa (Chirurgia pancreatica e epatica maggiore, esofagea e rettale bassa), alla cardiologia già saldamente e ottimamente gestita dal Cardiocentro.

Questo progressivo travaso di competenze verso un solo Ospedale quando la pianificazione indica di voler sostenere due poli di riferimento ha provocato disorientamento e legittime preoccupazione. Anche e soprattutto per l'effetto domino che lo spostamento di una specialità provoca (servizi annessi di anestesia, laboratorio, analisi, ecc).

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

La pianificazione manca ad esempio di un'indicazione esplicita a favore della creazione di centri di competenza con le relative misure accompagnatorie. Pensiamo alla definizione di una possibile priorità quale il progetto Ospedale della donna (modello "Frauenspital") oppure al progetto Ospedale pediatrico (modello "Kinderspital").

Negli scorsi giorni l'EOC ha presentato le proprie intenzioni in merito al rinnovo del proprio parco immobiliare che richiede evidentemente e giustamente una visione strategica a lungo termine. È un'ulteriore dimostrazione di come sia indispensabile una condivisione dell'impostazione. E visto che in Ticino è il parlamento a dover approvare la pianificazione ospedaliera, sarebbe oltremodo auspicabile che le informazioni seguano i canali istituzionali e le procedure di approvazione previste dalla normative cantonali.

#### **4.2.4.3. Applicazione modello di Zurigo**

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

Alcuni esempi:

- La chirurgia della tiroide viene attribuita al OBV, indiscusso leader sul piano cantonale, e il secondo centro, valutato come necessario, non viene attribuito al OSG che le statistiche indicano da sempre il numero due sul piano cantonale;
- Il Civico di Lugano non ottiene l'Urologia multidisciplinare complessa malgrado disponga praticamente già di tutte le specialità viscerali a favore della clinica Luganese grazie alla presenza di un bravo chirurgo ma prossimo alla meritata quiescenza;

- La nuova specialità della geriatria multidisciplinare complessa viene attribuita all'Osp La Carità quando da sempre il centro cantonale per la geriatria è svolto dal ORBV a cui semmai si poteva prospettare una evoluzione e una specializzazione ulteriore nello stesso ambito.
- L'ortopedia di base rimane al ORBV mentre la protetica viene lasciata per il sopra ceneri solo alla Carità di Locarno.

La CPO non vuole mettersi a correggere singole attribuzioni in quanto non dispone delle competenze tecniche necessarie ma si deve limitare a rinviare la proposta al mittente.

#### **4.2.4.4. Frammentazione**

In molte audizioni praticamente tutti medici hanno lamentato un'eccessiva frammentazione delle specialità ciò che mette a repentaglio la possibilità di reclutare medici capaci visto l'impossibilità di poter svolgere la propria specialità in modo completo.

La pianificazione ha coinvolto molti attori e anche parecchi medici. Non abbiamo una spiegazione esaustiva del perché si sia giunti a questo risultato parecchio contrastato dagli stessi medici. Tuttavia la CPO non può esimersi dal constatare che se l'indirizzo iniziale era condiviso, il risultato finale presentato ha offerto il fianco a molte critiche che la CPO deve fare proprie.

Riteniamo che l'attribuzione delle specialità deve essere approvata innanzitutto da un organo tecnico costituita da medici ospedalieri, penso ai direttori sanitari dei diversi istituti, nel contesto di una strategia di base condivisa sul piano politico-strategico.

#### **4.2.4.5. Pianificazione evolutiva e competenze**

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

In questo contesto si tratta di definire le relative competenze.

Il DL del Mess 6945 indica all'art 6 che il Consiglio di Stato può aggiornare il decreto legislativo secondo l'art 66 LCMal, il quale a sua volta al cpv 3 specifica che "revisioni di minore entità sono di competenza del CdS".

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

#### **4.2.5. Conclusione B della CPO**

Per i motivi esposti la CPO propone quanto segue:

- Il CdS presenta al parlamento al più tardi entro fine 2015, una nuova proposta di attribuzione dei mandati;
- Il CdS può modificare l'attribuzione delle specialità con mandati provvisori;
- Il parlamento decide almeno ogni due anni l'attribuzione dei mandati almeno per una legislatura e poi potrebbe decidere un ritmo più rallentato o una diversa impostazione della procedura, a dipendenza dell'evoluzione della situazione e dell'esperienza maturata.

### **4.3. Partenariato pubblico-privato**

#### **4.3.1. Analisi della necessità**

La CPO auspica che a monte dell'avvio di qualsiasi progetto di partenariato sussista sempre l'analisi del bisogno. In effetti è ben noto come nel contesto sanitario sia sovente l'offerta a creare la domanda e non viceversa. Di conseguenza la verifica, come si è fatto per stabilire che la pianificazione ospedaliera cantonale possa ridurre 250 letti nel somatico-acuto, appare a maggior ragione indispensabile anche in progetti di collaborazione con enti privati.

La pianificazione propone due progetti con premesse molto diverse. L'ipotesi di collaborazione tra il Civico e la clinica S.Anna poggia su una realtà consolidata nella quale la clinica è leader quale polo delle nascite nel sottoceneri con oltre 800 parti annui.

La prospettata collaborazione con la clinica S.Chiera poggia su basi maggiormente fragili considerando la mancanza di un profilo particolare della clinica S.Chiera e la relativamente bassa percentuale di occupazione dei letti.

#### **4.3.2. Ambito stazionario**

L'EOC è stato pensato per occuparsi in particolare dell'ambito stazionario (vedi cap 4.2.4.1) ed è importante sottolineare che i progetti PPP devono concentrarsi su questo settore. L'ordine dei medici si è già espresso in modo molto esplicito denunciando un'invasione di campo dell'EOC se volesse avviare attività con privati nel contesto ambulatoriale al di fuori degli ospedali pubblici.

#### **4.3.3. Modello del Primariato**

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

#### **4.3.4. Garanzie finanziarie**

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

#### **4.3.5. Regole del gioco**

La CPO ritiene indispensabile che queste nuove entità applichino contratti collettivi di lavoro così come in vigore all'EOC. Anche le cliniche private applicano un proprio contratto collettivo con, apparentemente, differenze di poco conto rispetto all'EOC. Tuttavia è chiaro ed evidente che il

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

Un secondo aspetto è legato al vincolo di offerta di posti formazione in considerazione della manifesta differenza esistente tra l'EOC e le cliniche private, con il pubblico ad assicurare circa i 4/5 dei posti di formazione esistenti in Ticino nelle varie formazioni sanitarie esistenti.

#### **4.3.6. Procedura e competenze**

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

La CPO fa proprie le parole del Consigliere di Stato Beltraminelli in audizione il quale ha confermato che il progetto di collaborazione, qualora dovesse maturare, sarà sottoposto al parlamento per l'approvazione definitiva confermando quanto menzionato a pag 62 del Mess 6945.

#### **4.3.7. Conclusione C della CPO**

Per i motivi esposti la CPO propone quanto segue:

- Il CdS presenta eventuali progetti definitivi di partenariati PPP al parlamento per la definitiva approvazione e tale procedura è inserita nella LEOC;
- La modifica della LEOC inserisce i principi menzionati quali elementi vincolanti per poter avviare progetti di collaborazione con privati quali; la limitazione all'ambito stazionario, l'applicazione del modello del primariato, l'applicazione del contratto collettivo e un preciso impegno a favore di posti di formazione.

## **5. Volumi massimi prestazioni**

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

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

### **5.1. Volume massimo di prestazioni nell'ambito della pianificazione**

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

*I volumi pianificatori rappresentano un'unità di misura che sostituisce il numero di letti, in vigore fino al 31 dicembre 2014. La fissazione di un perimetro entro il quale ogni istituto può operare è d'altronde strettamente legata anche alla necessità di garantire che i fornitori di prestazioni*

*operino in condizioni strutturali e di risorse appropriate e verificabili dalle istanze preposte alla vigilanza, proprio per garantire la necessaria qualità.*

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

*Non risulta peraltro che queste modalità di applicazione dell'art. 63c cpv. 3 LCAMal abbiano suscitato particolari critiche tra gli istituti interessati.*

## **5.2. Volume delle prestazioni definito nel contratto di prestazione annuale**

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

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

## **5.3. Raggiungimento del volume di prestazioni stabilito nel contratto di prestazione annuale**

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

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

La CPO ha chiesto al CdS di valutare se l'introduzione del SwissDRG non avesse di fatto reso inutile la definizione del volume max. considerando che questo è lo strumento principale di contenimento dei costi ospedalieri.

Questa la risposta:

*Se per sistema SwissDRG si intende la tariffa ospedaliera (baserate) possiamo convenire che, in assenza di regole sulla definizione dei volumi di attività, potrebbe essere sufficiente, ma altresì necessario, intervenire in maniera più incisiva su questo parametro, su cui peraltro le raccomandazioni della Sorveglianza dei prezzi lasciano concreti margini di azione. Occorrerebbe però anche una certa stabilità nella struttura tariffale DRG, ciò che non è ancora il*

caso, tant'è che il 1° gennaio 2015 entrerà in vigore la versione 4.0 della stessa. Variazioni di punteggio per le singole prestazioni sono di particolare rilevanza in strutture di piccole dimensioni e con un limitato ventaglio di prestazioni (es. Cardiocentro).

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

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

Infine era utile sapere quanti istituti hanno superato il volume massimo e in quali prestazioni dall'entrata in vigore del nuovo finanziamento ospedaliero.

I volumi stabiliti dal contratto sono globali, non per prestazione, ogni istituto può quindi muoversi liberamente all'interno del caseload totale. Poniamo l'accento sul fatto che non si tratta di volumi massimi assoluti, ma che è solo entro la soglia del +/-3% che il contributo globale non viene adeguato (mentre le strutture fatturano ogni prestazione agli assicuratori<sup>1</sup>), mentre, oltrepassata la soglia, la remunerazione è degressiva (ai soli costi variabili determinati per istituto<sup>2</sup>).

#### **Settore acuto**

#### **casi che hanno superato il vol max sugli 8 contratti in essere**

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

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

#### **Psichiatria (senza CPC)**

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

<sup>1</sup> Si richiama la norma transitoria della LAMal che prevede che nei primi due anni dall'introduzione dei forfait per caso gli assicuratori possano richiedere la restituzione di parte degli importi versati se il caseload aumenta in modo ingiustificato oltre il 2%.

<sup>2</sup> Si rileva che il Canton Vallese ha recentemente adottato il sistema del contributo globale, con il caseload definito ex-ante, senza soglie, remunerato al 30% per le quantità che superano il dato di partenza.



**Riabilitazione**

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

A fronte di queste indicazioni possiamo riassumere quanto segue:

- La definizione di un volume massimo nella pianificazione è una misura di riferimento per il controllo sanitario da parte del Cantone sulla qualità delle prestazioni erogate in relazione alle specialità attribuite e alla dotazione di base presentata dall'istituto;
- Il volume dei contratti di prestazione non è uno strumento di limitazione delle cure ma esclusivamente uno strumento economico che ha permesso finora un contenimento dei costi per il 55% a carico del Cantone dell'ordine di 16 mio annui.
- Quando lo strumento dello SwissDRG sarà consolidato, potrebbe essere possibile pensare di limitarsi a questo per la corretta gestione dei costi ospedalieri.

In conclusione la **maggioranza / minoranza della CPO** ritiene auspicabile mantenere lo strumento dei volumi massimi sottolineando tuttavia che il consolidamento dello SwissDRG potrebbe portare a una nuova valutazione della situazione.

**6. Altri temi**

Vi sono altri aspetti toccati dalla pianificazione trattati dalla CPO quali la riabilitazione e la psichiatria che hanno suscitato certamente attenzione ma presentano meno punti problematici e appaiono meno determinanti per questo pre-rapporto. Saranno poi sviluppati nel rapporto definitivo.

Naturalmente la CPO ha anche discusso la questione dell'iniziativa popolare "Giù le mani dagli Ospedali" e ne ha tenuto conto nella disamina delle varie problematiche toccate dalla pianificazione. Al momento attuale della procedura non sembra il caso di andare oltre con ulteriori commenti in attesa di avere la presa di posizione di Governo e aver chiarito la posizione dei gruppi parlamentari in merito a questo pre-rapporto.

**7. Conclusioni**

Sulla base del lavoro commissionale e delle considerazioni precedenti riassumiamo le conclusioni della CPO in merito al Mess 6945.

**Conclusione A**

- la ripartizione dei costi per i letti AMI deve poggiare sugli stessi principi del settore ospedaliero 55% Cantone – 45% CM (Lamal art 49a);
- considerando che il Ticino nel 2001 ha deciso di attribuire al Cantone l'attività ospedaliera e di lasciare ai comuni la responsabilità delle case per anziani, non si vede il motivo di coinvolgere nuovamente i comuni nella fattispecie proponendo un nuovo ibrido.

- La Commissione di pianificazione ospedaliera propone di respingere la proposta di istituire il modello di "Istituto di cura".
- Si ritiene invece che il decreto legislativo inerente la pianificazione ospedaliera debba essere modificato e orientato alla creazione di reparti ospedalieri AMI (Acuti di minor intensità) di competenza e di pertinenza del settore ospedaliero con la conseguente definizione di una specifica tariffa, diversa dal reparto somatico acuto.

### **Conclusione B**

- Il CdS presenta al parlamento al più tardi entro fine 2015, una nuova proposta di attribuzione dei mandati;
- Il CdS può modificare l'attribuzione delle specialità con mandati provvisori;
- Il parlamento decide almeno ogni due anni l'attribuzione dei mandati almeno per una legislatura e poi potrebbe decidere un ritmo più rallentato o una diversa impostazione della procedura, a dipendenza dell'evoluzione della situazione e dell'esperienza maturata.

### **Conclusione C**

- Il CdS sottopone eventuali progetti definitivi di partenariati PPP al parlamento per la definitiva approvazione e tale procedura è inserita nella LEOC;
- La modifica della LEOC inserisce alcuni principi quali elementi vincolanti per poter avviare progetti di collaborazione con privati quali; la limitazione all'ambito stazionario, l'applicazione del modello del primariato, l'applicazione del contratto collettivo e un preciso impegno a favore di posti di formazione.

La CPO sottopone al Consiglio di Stato e alla Commissione della gestione questo pre-rapporto chiedendo una presa di posizione scritta secondo LCMal art 65 **entro il 10 gennaio 2015**. Parimenti i gruppi parlamentari comunicheranno alla CPO la loro posizione per chiarire le rispettive maggioranze e minoranze così come l'intenzione di elaborare eventuali rapporti di minoranza.

L'obiettivo della CPO rimane la presentazione del rapporto conclusivo a inizio del prossimo anno così da permettere al Parlamento una decisione entro fine febbraio 2015.

Ringrazio per l'attenzione e saluto cordialmente.

**Per la Commissione Pianificazione Ospedaliera**

Bixio Caprara, presidente