

# Messaggio

numero	data	Dipartimento
<b>6945</b>	26 maggio 2014	<b>SANITÀ E SOCIALITÀ</b>
Concerne		

- **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

I.	CONSIDERAZIONI GENERALI .....	5
II.	MODALITÀ DI ELABORAZIONE DEL PROGETTO DI PIANIFICAZIONE .....	9
III.	OBIETTIVI E CONTENUTI DEL NUOVO PROGETTO DI PIANIFICAZIONE .....	11
1.	Contesto ospedaliero attuale .....	11
2.	Il nuovo contesto legislativo federale .....	11
3.	Obiettivi della nuova pianificazione .....	13
IV.	LA PIANIFICAZIONE DEL SETTORE SOMATICO-ACUTO .....	15
1.	Lo studio sul fabbisogno .....	15
2.	L'attribuzione dei mandati .....	15
3.	Definizione dei volumi massimi .....	21
V.	LA PIANIFICAZIONE DEL SETTORE RIABILITAZIONE .....	22
1.	Lo studio sul fabbisogno .....	22
2.	L'attribuzione dei mandati .....	23
VI.	LA PIANIFICAZIONE DEL SETTORE PSICHIATRIA .....	25
1.	Lo studio sul fabbisogno .....	25
2.	L'attribuzione dei mandati .....	26
VII.	RICOVERI FUORI CANTONE .....	27
VIII.	LA PIANIFICAZIONE DELLE CASE DI CURA 2a FASE (ART. 39 CPV. 3 LAMAL) .....	31
1.	Gli Istituti di cura e sostegno funzionale (di seguito istituti di cura) .....	31
1.1	La diminuzione del fabbisogno in ambito somatico-acuto .....	31

1.2	I requisiti di qualità richiesti in ambito somatico-acuto.....	31
1.3	L'evidenza di un bisogno di cure non coperto in modo appropriato.....	32
1.4	I vantaggi della soluzione proposta.....	33
1.5	La creazione degli istituti di cura: gli aspetti operativi .....	34
1.5.1	<i>La dimensione e l'organizzazione degli istituti di cura</i> .....	35
1.5.2	<i>Il costo e il finanziamento degli istituti di cura</i> .....	35
1.5.2.1	La situazione attuale .....	35
1.5.2.2	Il costo dei futuri istituti di cura.....	36
1.5.2.3	Il finanziamento degli assicuratori.....	36
1.5.2.4	La partecipazione del paziente .....	37
1.5.2.5	Il finanziamento dell'ente pubblico .....	37
1.6	La quantificazione del fabbisogno e l'ubicazione dei futuri istituti di cura .....	37
2.	L'attenzione per le zone periferiche .....	39
2.1	Mantenimento delle cure di base e di un reparto di geriatria acuta in valle .....	39
2.2	I posti di lavoro .....	40
2.3	Il pronto soccorso .....	41
2.3.1	<i>L'organizzazione attuale</i> .....	41
2.3.2	<i>Le statistiche sull'utilizzo dei PS</i> .....	42
2.3.3	<i>La trasformazione in centri medici d'urgenza</i> .....	42
2.4	I flussi finanziari.....	43
3.	Istituti per anziani e invalidi medicalizzati.....	43
3.1	Istituti per anziani medicalizzati .....	43
3.2	Centri di competenza in cure palliative specialistiche, nelle case per anziani .....	44
3.3	Istituti per invalidi medicalizzati.....	44
IX.	PARERE DELLE CONFERENZE REGIONALI DELLA SANITÀ .....	45
X.	LE IMPLICAZIONI FINANZIARIE .....	50
XI.	MODIFICHE LEGISLATIVE.....	52
1.	La nuova Legge sugli istituti di cura .....	52
1.1	Impostazione generale .....	52
1.2	Commento ai singoli articoli.....	53
1.3	Relazione con le linee direttive e il piano finanziario e ripercussioni di natura finanziaria per il Cantone e gli enti locali.....	57
1.4	Compatibilità con le altre leggi cantonali e federali e con il diritto europeo applicabile .....	57
2.	Modifica della Legge sull'EOC (Ente Ospedaliero Cantonale) .....	57
2.1	In generale .....	57
2.2	Commento ai singoli articoli.....	58
XII.	CALENDARIO E TAPPE D'IMPLEMENTAZIONE .....	60
1.	In generale .....	60
2.	I progetti di collaborazione .....	61
2.1	Collaborazione Ente Ospedaliero Cantonale (Ospedale Regionale di Lugano - ORL) e Genolier Swiss Medical Network (Clinica Sant'Anna) .....	61
2.2	Collaborazione Ente Ospedaliero Cantonale (Ospedale Regionale di Locarno - ODL) e Clinica Santa Chiara.....	62

3.	Il concetto di pianificazione continua.....	62
4.	Il Gruppo di accompagnamento.....	63
XIII.	RAPPORTO SULL'INIZIATIVA POPOLARE GENERICA GIÙ LE MANI DAGLI OSPEDALI .....	64
1.	Introduzione.....	64
2.	Considerazioni giuridiche.....	64
3.	Congruenza con le proposte pianificatorie.....	65
3.1	Mandati assegnati agli ospedali regionali .....	65
3.2	Servizi di pronto soccorso negli ospedali regionali.....	66
3.3	Servizi ambulatoriali di medicina generale.....	66
	Disegno di Legge sugli istituti di cura e sostegno funzionale.....	68
	Disegno di Legge sull'EOC (Ente Ospedaliero Cantonale) del 19 dicembre 2000; modifica.....	74
	Disegno di Decreto legislativo concernente l'aggiornamento degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.....	77

## INDICE TABELLE

Tabella 1: Posti letto autorizzati dal 1.1.2015 .....	8
Tabella 2: Numero posti letto nel settore ospedaliero e variazione 1996-2005, Ticino .....	11
Tabella 3: Previsione del fabbisogno di cure nel settore somatico-acuto nel 2020 e confronto con il 2010, Ticino .....	15
Tabella 4: Nuova caratterizzazione degli istituti ospedalieri .....	18
Tabella 5: Istituti somatico-acuti .....	19
Tabella 6: Volume di prestazioni dal 1° gennaio 2015 .....	22
Tabella 7: Previsione del fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi) ..	23
Tabella 8: Proposta di assegnazione mandati riabilitazione .....	24
Tabella 9: Previsione del fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi) ..	25
Tabella 10: Previsione del fabbisogno 2020 per classe di età, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi) .....	26
Tabella 11: Proposta di assegnazione mandati psichiatria .....	27
Tabella 12: Gruppi di prestazioni assegnati fuori Cantone .....	29
Tabella 13: Visite nei PS di Acquarossa, Faido e Castelrotto, dati 2013 .....	42
Tabella 14: Posti letto nel nuovo Elenco degli istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) rispetto al DL 23 settembre 2013 – Ticino e comprensori SACD .....	44
Tabella 15: Posti letto in istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) – Case per anziani Centri di competenza in cure palliative specialistiche .....	44
Tabella 16: Posti letto nel nuovo Elenco degli istituti per invalidi autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) rispetto al DL 23 settembre 2013 .....	45
Tabella 17: Sintesi delle principali rivendicazioni espresse dalle Conferenze regionali (39 cpv. 1 LAMal) ....	47
Tabella 18: Sintesi delle principali rivendicazioni espresse dalle Conferenze regionali (39 cpv. 3 LAMal) ....	48
Tabella 19: Evoluzione contributi cantonali per ospedalizzazioni nel e fuori Cantone .....	50
Tabella 20: Ripartizione degli oneri dei futuri istituti di cura, confronto tra situazione esistente e nuova proposta .....	52

## INDICE FIGURE

Figura 1: Invecchiamento della popolazione .....	34
Figura 2: Ubicazione e dimensione istituti di cura .....	38

## ALLEGATI

Rapporto sull'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 della Legge sull'assicurazione malattie (LAMal) .....	(A)
Pareri delle Conferenze Regionali della sanità .....	(B)

Signor Presidente,  
signore e signori deputati,

con il presente Messaggio sottoponiamo all'esame del Gran Consiglio il Decreto legislativo concernente l'aggiornamento degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione contro le malattie (art. 39 LAMal), il progetto di nuova Legge per i previsti istituti di cura e la modifica della Legge sull'EOC (Ente Ospedaliero Cantonale) del 20 dicembre 2000. Con lo stesso si risponde anche ad alcuni atti parlamentari pendenti e si prende posizione inoltre sull'iniziativa popolare generica "Giù le mani dagli ospedali" e parlamentare generica "Giù le mani dai Pronto soccorso", entrambe promosse dal MPS.

La proposta pianificatoria è fondata sul Rapporto della Commissione della pianificazione sanitaria e del Dipartimento della sanità e della socialità relativo alla pianificazione ospedaliera e delle case di cura, del gennaio 2014 (di seguito Rapporto), che è parte integrante di questo Messaggio (allegato A). Di seguito vengono sintetizzati gli elementi fondamentali della nuova proposta di pianificazione ospedaliera e per maggiori dettagli si rinvia direttamente al Rapporto menzionato.

## **I. CONSIDERAZIONI GENERALI**

L'obbligo di pianificare l'offerta ospedaliera stazionaria prescritto ai Cantoni dalla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) rappresenta una forma di regolazione statale in un sistema che proprio la revisione della LAMal da cui deriva il presente aggiornamento pianificatorio vuole improntato a una maggiore concorrenza. Il nostro Cantone è inoltre uno dei pochi in cui la pianificazione ospedaliera è decisa dal Gran Consiglio. Questa competenza parlamentare, su aspetti anche viepiù complessi dal profilo tecnico, se da un lato assicura un percorso democratico indiscutibile, dall'altro lato rende più difficile la presa di decisioni che possono tangere interessi particolari in contrasto tra di loro. Per di più questo processo avviene in un contesto ospedaliero caratterizzato da parecchie strutture, ampiamente diffuse a livello territoriale, in cui il settore privato rappresenta il 40% dell'offerta, a fronte di un 20% a livello nazionale.

È quindi inevitabile che, com'è stato il caso anche in passato, le proposte pianificatorie suscitino aspettative e reazioni a vario titolo. Si tratta però di cogliere l'occasione di questo atto per favorire scelte e processi fondati sui bisogni dei pazienti e sulla qualità delle cure nel nostro Cantone. Questa opportunità è peraltro data solo per il settore stazionario. In effetti l'offerta ambulatoriale esula dagli obblighi pianificatori. Sia per importanza finanziaria, sia per il trasferimento sempre più spinto verso questo tipo di presa in carico, occorre comunque tenerne conto quando si pianifica il settore stazionario, anche perché questa evoluzione interessa in primo luogo proprio le strutture ospedaliere, che si sviluppano sempre più come centri di servizi sanitari rivolti non solo a pazienti degenti, ma anche destinati a prestazioni ambulatoriali. Concentrazioni di prestazioni in ambito stazionario non impediscono quindi in ogni caso di consolidare e/o sviluppare un'offerta parallela ambulatoriale.

La proposta di pianificazione ospedaliera illustrata nel presente Messaggio considera questi aspetti, declinandoli in funzione dell'odierna evoluzione della realtà sanitaria e demografica.

Infatti, la libera scelta del paziente di farsi curare in tutta la Svizzera che pone gli istituti ospedalieri in concorrenza fra di loro, le vie di comunicazione in costante sviluppo che raccorciano le distanze con il resto del Paese e la concentrazione a livello nazionale di alcune discipline e interventi di punta implicano per il nostro Cantone un'attenzione per la

qualità di presa in carico del paziente, per poter offrire cure adeguate ed appropriate, al fine di mantenere e migliorare l'attrattività dei nostri nosocomi. Quest'attrattività deve essere garantita sia per i pazienti, sia per gli operatori sanitari, al fine di poter contare su professionisti riconosciuti anche in vista delle future sfide in ambito accademico.

A tale scopo si propone, da un lato, una moderata ulteriore centralizzazione delle cure ospedaliere più complesse, garantendo comunque un'ampia diffusione delle cure di prossimità e, d'altro lato, l'istituzione di nuove strutture, gli istituti di cura, al fine di garantire un'offerta completa in funzione dei bisogni differenziati dei pazienti e una distribuzione equa delle cure su tutto il territorio cantonale.

Al centro dei lavori pianificatori è stato posto il paziente ed è in questo senso che si è rafforzata la rete di presa in carico e lo sviluppo del percorso del paziente, dal ricovero in un istituto acuto, alla continuazione delle cure in strutture sub-acute fino alla dimissione e il rientro a domicilio, se del caso con il supporto dei servizi di assistenza e cura a domicilio.

Il presente Messaggio si fonda su un lavoro tecnico approfondito che è iniziato per la prima volta con uno studio sul fabbisogno commissionato ad esperti "super partes" per poi sfociare in proposte che rafforzano le peculiarità sia delle strutture pubbliche, sia di quelle private. In particolare, l'offerta nel settore pubblico è completa e basata su due poli regionali, costituiti dall'Ospedale Regionale di Lugano da un lato e dall'Ospedale San Giovanni dall'altro lato, che sono stati valorizzati nei loro contenuti e risultano ben complementari. L'EOC mantiene inoltre la regia dei progetti di collaborazione previsti con le cliniche private Santa Chiara di Locarno e Sant'Anna di Sorengo, che pure caratterizzano questa pianificazione. Al riguardo l'EOC non rinuncia a mandati e non dismette, ma investe con risorse strutturali e umane in vista di una razionalizzazione dell'offerta che al momento attuale appare ancora troppo dispersiva. Gli altri ospedali dell'EOC, Beata Vergine di Mendrisio e La Carità di Locarno così come la Clinica Luganese di Lugano restano poli di riferimento regionali con tutte le specialità necessarie per garantire una medicina di prossimità di buon livello e con la possibilità di dedicarsi alla popolazione anziana con la geriatria acuta e con la gestione dei reparti sub-acute del comprensorio. Le altre cliniche private del Luganese, Ars Medica di Gravesano e Cardiocentro Ticino, si rafforzano nelle loro specialità, ortopedia, cardiologia e cardiocirurgia. Gli ospedali di valle dell'EOC, Acquarossa e Faido, l'Ospedale Malcantonese di Castelrotto, la clinica Varini di Orselina e la Clinica San Rocco della Clinica Luganese, ri-orientano il loro reparto di medicina di base verso la presa in carico di pazienti sub-acute che hanno terminato la prima fase di cura in un ospedale acuto o che arrivano direttamente dal domicilio perché non necessitano di un ricovero in un ospedale acuto.

La riqualifica di queste ultime strutture rappresenta un valore aggiunto a fronte di una durata di degenza sempre più breve ed un'intensità di presa in carico sempre maggiore nelle strutture acute, che devono quindi disporre di requisiti di qualità accresciuti. Fornisce infatti una risposta adeguata ai bisogni emergenti legati in particolare all'invecchiamento della popolazione e alla conseguente necessità di ricoveri per periodi di convalescenza o di ripresa da fasi di scompenso che non richiedono però le misure diagnostiche e terapeutiche che caratterizzano gli ospedali somatico-acute. Pone inoltre la necessaria distinzione e chiarezza anche dal profilo delle regole di finanziamento stabilite dalla LAMal, garantendo un futuro duraturo a questi istituti.

Tra questi ultimi, un'attenzione accresciuta viene poi riservata alle strutture situate nelle zone periferiche, dove occorre mantenere e rafforzare dei presidi sanitari. Si propone che gli stessi siano gestiti in collaborazione con i medici del territorio, anche per migliorare le condizioni quadro di esercizio della professione in queste regioni, confrontate con difficoltà ad assicurare il ricambio generazionale.

Questo progetto pianificatorio è stato accolto senza particolari riserve dagli Assicuratori malattia. Questo consenso non era scontato per rapporto a una proposta di offerta che viene sostanzialmente consolidata ed è importante poiché esclude incertezze maggiori su una parte importante del finanziamento delle prestazioni ospedaliere.

Auspichiamo quindi che la proposta possa essere avallata e valorizzata anche da una decisione tempestiva del Parlamento. Ricordiamo infatti che il termine di legge per l'entrata in vigore del nuovo assetto è il 1° gennaio 2015.

Qui appresso si propone una visione schematica del progetto limitatamente alle ripercussioni sul numero di posti letto attualmente in esercizio. Si richiamano comunque le precisazioni sviluppate nel seguito del Messaggio:

**Tabella 1: Posti letto autorizzati dal 1.1.2015**

Settore ospedaliero						Oggetto del presente messaggio
	degenza media in		giorni di cura	=letti	DL proposto <sup>1</sup>	
	2012	2020	2020	2020	dal 1.1.15	
somatico-acuto con requisiti di qualità articolati e complessi definiti per 125 gruppi di prestazioni	7.02	5.8	-18%	-263	<b>-241</b>	Ospedale Bellinzona e Valli, sede ACQ -50
						Ospedale Bellinzona e Valli, sede FAI -33
						Ospedale Malcantonese, Castelrotto -30
						Clinica Varini, Orselina -38
						Clinica Luganese, sede S. Rocco, Lugano -60
						Ospedale Beata Vergine, Mendrisio -15
riabilitazione	29.3	25.6	30%	50	<b>30</b>	Ospedale La Carità, Locarno -15
						Clinica Hildebrand, Brissago 15
						Clinica di riabilitazione di Novaggio 15
psichiatria	39.2	34.2	-9%	-27	<b>-15</b>	Ospedale Bellinzona e Valli, sede FAI (20)
						Clinica psichiatrica cantonale

**Istituti di cura con requisiti di qualità propri alla tipologia di pazienti diversa da quella trattata in un ospedale acuto (continuazione cure e ammissione diretta dal domicilio per casi che non possono rimanere a casa, ma che non necessitano di un ricovero in un ospedale acuto)**

Trasformazioni e nuove aperture	degenza media in		giorni di cura	DL proposto <sup>1</sup>	
	2012	2020	2020		
ex CAT/STT esistenti	19.8	21	19710	<b>45</b>	<i>Scorporati dalla prima fase e discussi nella seconda fase, oggetto del presente messaggio</i> Casa Santa Lucia, Arzo 15 Centro socio-sanitario, Cevio 15 Casa anziani, Castelrotto, ritorna Casa per anziani (15) Opera Caritas, Sonvico 15
nuovi CAT/STT		21	14783	<b>45</b>	ex-clinica di riabilitazione Sementina 30 Opera Caritas, Sonvico 15
ex ospedali con il solo mandato di medicina di base	15.5	21	59'130	<b>150</b>	Ospedale Bellinzona e Valli, sede ACQ 30 Ospedale Malcantonese, Castelrotto 30 Clinica Varini, Orselina 30 Clinica Luganese, sede di S. Rocco, Lugano 60
ospedali acuti		21	9855	<b>(30)</b>	Ospedale Bellinzona e Valli, sede FAI (in attesa della ristrutturazione di Sementina) 30
				<b>30</b>	Ospedale Beata Vergine, Mendrisio 15 Ospedale La Carità, Locarno 15

<sup>1</sup>L'entrata in vigore è distinta dalla data d'implementazione, per i relativi approfondimenti si rimanda al capitolo apposito

Case per anziani con la possibilità di soggiorni temporanei e Istituti per invalidi	Prima fase già approvata dal GC il 23.9.2013 e aggiornamento seconda fase oggetto del presente messaggio <input checked="" type="checkbox"/>
---	--



## II. MODALITÀ DI ELABORAZIONE DEL PROGETTO DI PIANIFICAZIONE

La pianificazione qui presentata ha quale obiettivo l'aggiornamento dell'elenco contenuto nel Decreto legislativo del 29 novembre 2005. In effetti, le modifiche della LAMal introdotte dalla LF del 21 dicembre 2007 (Finanziamento ospedaliero) e le modifiche delle relative ordinanze del 22 ottobre 2008, tra le quali in particolare l'OAMal (entrate in vigore il 1° gennaio 2009) impongono ai Cantoni, ai quali è assegnato il compito di pianificare il settore stazionario al beneficio del finanziamento della LAMal (art. 39 LAMal) di rivedere le proprie pianificazioni conformemente al nuovo assetto legislativo federale entro il 1° gennaio 2015.

Secondo le disposizioni cantonali d'applicazione, in Ticino la pianificazione è elaborata dal Consiglio di Stato in collaborazione con la Commissione della pianificazione sanitaria, nella quale sono rappresentati tutti gli ambienti interessati. Previa consultazione delle Conferenze regionali della sanità, nelle quali sono rappresentati a loro volta tutti gli ambienti interessati di ogni regione, la pianificazione è poi trasmessa per approvazione al Gran Consiglio (art. 64 e 65 LCAMal).

Il 13 luglio 2010 il Consiglio di Stato ha istituito la Commissione della pianificazione sanitaria<sup>1</sup>, incaricandola di elaborare un progetto di aggiornamento dell'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione malattie.

La procedura di elaborazione del progetto di pianificazione ha coinvolto, sin dalla prima fase di costituzione della Commissione della pianificazione sanitaria, l'insieme degli attori, delle istituzioni e degli enti presenti sul territorio e direttamente interessati al progetto. Tutti i settori interessati hanno quindi potuto esprimere il loro parere nei diversi gremii previsti dalla Legge cantonale di applicazione della LAMal (art. 64 LCAMal). A queste riunioni formali devono essere aggiunti numerosi incontri specifici bilaterali e multilaterali avvenuti fra il Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) e gli attori implicati nella definizione ed implementazione dell'aggiornamento della pianificazione ospedaliera e delle case di cura.

La Commissione, composta di 15 membri<sup>2</sup>, si è riunita 21 volte; l'ultima riunione è avvenuta in data 3 febbraio 2014.

La Commissione si è occupata innanzitutto della prima fase della pianificazione delle case di cura ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal, poi confluita nel Messaggio 6620 del 21 marzo 2012, la cui approvazione da parte del Gran Consiglio è avvenuta in data 23 settembre 2013.

I lavori relativi alla pianificazione ospedaliera vera e propria sono cominciati verso la fine del 2011, ovvero con un certo ritardo<sup>3</sup> rispetto all'entrata in vigore della nuova normativa federale. Ciò è stato giustificato con la difficoltà di avere le informazioni finanziarie e sulla qualità, necessarie ai fini della valutazione dell'attività ospedaliera, prima dell'introduzione di strumenti e regole uniformi, prevista per il 1° gennaio 2012.

La Commissione si è concentrata sull'aggiornamento della pianificazione ospedaliera, suddividendo il lavoro in diverse tappe importanti: valutazioni e scelta della metodologia da adottare (audizioni di altri Cantoni), elaborazione dello studio sul fabbisogno, procedura di sollecitazione dell'offerta, analisi delle candidature e incontri con le parti interessate, proposte di attribuzione dei mandati e allestimento del Rapporto. Quest'ultimo è stato

---

<sup>1</sup> Per la lista dei membri della Commissione si veda l'allegato 1 del Rapporto.

<sup>2</sup> 5 DSS, 2 EOC, 2 ACPT, 2 OMCT, 1 ADICASI, 1 ACSI, 1 ASI, 1 assicuratori malattia.

<sup>3</sup> Ritardo sottolineato nella Mozione PLR del 31 maggio 2010 e nella Mozione del 25 giugno 2009 "La pianificazione ospedaliera dei mandati deve entrare in vigore al 1.1.2012", sottoscritta dai Presidenti e dai Capi-gruppo PLR, PS e PPD.

inviato alle Conferenze regionali della sanità a metà febbraio 2014 per l'allestimento delle loro prese di posizione che sono state inoltrate al DSS per la fine di marzo 2014. Le Conferenze regionali della sanità sono sei, corrispondenti ai comprensori dei servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse pubblico: Mendrisiotto e Basso Ceresio, Luganese, Malcantone e Vedeggio, Locarnese e Vallemaggia, Bellinzonese e Tre Valli. Per ogni singola Conferenza sono stati riuniti rappresentanti dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), delle cliniche private (ACPT), dell'Ordine dei medici del Canton Ticino (OMCT), dell'Associazione delle Consumatrici e dei Consumatori della Svizzera Italiana (ACSI), degli assicuratori malattia (*santésuisse*), dell'Associazione dei direttori delle Case per anziani della Svizzera Italiana (ADICASI) e dell'Associazione dei comuni in ambito socio-sanitario (ACAS).

La proposta di pianificazione è quindi il risultato di un lavoro concertato e in gran parte condiviso che ha coinvolto l'insieme degli attori presenti sul territorio ticinese e attivi nel settore sanitario.

Competente per l'adozione della pianificazione è, in virtù dell'art. 65 LCAMal, il Gran Consiglio. Negli altri Cantoni, la decisione è invece governativa, se non addirittura dipartimentale. Come già menzionato nel Messaggio del 7 dicembre 2004 (n. 5606) concernente la precedente pianificazione, si ribadisce e si conferma la posizione unanime di dottrina e giurisprudenza che considerano l'elenco ospedaliero come una decisione esecutiva. Ne consegue che esso non soggiace a referendum, non trattandosi di atto di carattere generale e obbligatorio ai sensi dell'art. 42 della Costituzione cantonale. Per completezza si rileva inoltre che l'elenco ospedaliero può essere impugnato dinanzi al Tribunale amministrativo federale, secondo l'art. 53 LAMal.

I capitoli seguenti sviluppano dapprima la proposta pianificatoria delle strutture finanziate attraverso l'art. 39 cpv. 1 LAMal nei suoi tre settori: somatico-acuto, riabilitazione e psichiatria, tenuto conto anche delle possibilità di cura fuori Cantone.

In seguito viene approfondita una delle novità fondamentali della presente Pianificazione che concerne la creazione di istituti di cura atti alla presa in carico di pazienti in fase sub-acuta. Istituti che consentiranno di migliorare la catena di cure e di garantire un'offerta qualitativa ottimale ai pazienti ticinesi.

Sono poi sintetizzate le prese di posizione delle Conferenze regionali della sanità, grazie alle quali sono stati apportati alcuni significativi correttivi alla proposta iniziale di pianificazione contenuta nel Rapporto.

Sulla base di quanto esposto vengono evidenziate le implicazioni finanziarie per la messa in atto dei cambiamenti proposti così come le necessarie modifiche legislative per consentire l'implementazione delle proposte.

Segue un calendario che descrive le principali tappe di messa in vigore dei cambiamenti proposti.

Infine si presenta il rapporto sull'iniziativa popolare generica "Giù le mani dagli ospedali".

### III. OBIETTIVI E CONTENUTI DEL NUOVO PROGETTO DI PIANIFICAZIONE

#### 1. Contesto ospedaliero attuale

Le finalità e le modalità della pianificazione proposte nel presente Messaggio devono essere inserite nel contesto in cui è stata sviluppata la pianificazione ospedaliera cantonale dal 1. gennaio 1996, data di entrata in vigore della LAMal e del conseguente obbligo di pianificare il settore ospedaliero e delle case di cura sulla base del fabbisogno di prestazioni sanitarie della popolazione. Da allora il Cantone Ticino ha intrapreso un complesso processo di pianificazione atto a ridurre l'esubero di posti letto rispetto al resto della Svizzera. I risultati di questo processo sono riassunti nella tabella seguente.

**Tabella 2: Numero posti letto nel settore ospedaliero e variazione 1996-2005, Ticino**

	Prima dell'entrata in vigore LAMal (01.01.1996)	DL 2005	Variazione 1996-2005	In %
Cure somatico-acute	2'187	1'432	-755	-35%
Cure psichiatriche	335	306	-29	-9%
Cure riabilitative	226	175	-51	-23%
<b>TOTALE</b>	<b>2'748</b>	<b>1'913</b>	<b>-835</b>	<b>-30%</b>

Si evidenzia in particolare l'importante riduzione del numero di posti letto avvenuta sull'arco di un decennio. Questa diminuzione, pari a quasi 1/3 dei posti letto è stata effettuata in parte con riduzioni dei letti delle strutture ed in parte attraverso la chiusura o la riconversione in case per anziani di interi istituti, come indicato dal Consiglio federale, allora autorità di ricorso in materia, che si era espresso nel 2000 sul primo progetto pianificatorio ticinese impugnato dalla Federazione cantonale degli assicuratori malattia.

Da rilevare inoltre che il contesto ospedaliero ticinese è strettamente connesso con il territorio. Gli sviluppi di tale settore s'inseriscono in un federalismo sanitario voluto dal legislatore federale che ha demandato l'onere della pianificazione ospedaliera ai Cantoni i quali sono pertanto tenuti a prendere in considerazione peculiarità e modelli di presa in carico specifici ad una determinata regione. In tal senso il Canton Ticino è caratterizzato da una conformazione geografica particolare, contraddistinta da parecchie valli e regioni periferiche nonché da vari poli urbani regionali, dall'esistenza di una forte percentuale di letti ospedalieri nel settore privato<sup>4</sup> e da una struttura più anziana della popolazione rispetto al resto della Svizzera<sup>5</sup>. Queste specificità hanno avuto ed hanno tutt'oggi un impatto importante sulla definizione del processo pianificatorio e la conseguente elaborazione delle liste ospedaliere.

#### 2. Il nuovo contesto legislativo federale

Le normative federali di riferimento in ambito di pianificazione ospedaliera sono rimaste immutate fino alla revisione della LAMal del 21 dicembre 2007 concernente il nuovo regime di finanziamento ospedaliero, entrata in vigore il 1. gennaio 2009. Questa revisione ha introdotto nuovi elementi fondamentali che hanno influenzato e influenzeranno anche in futuro il processo di pianificazione ospedaliera, in particolare:

<sup>4</sup> Nell'ultima pianificazione ospedaliera cantonale la percentuale di letti riconosciuti attribuiti al settore privato ammonta al 41%. A titolo di paragone in Svizzera i letti delle strutture private rappresentano il 19%.

<sup>5</sup> La popolazione ticinese compresa fra 65 e 79 anni rappresenta il 15% della popolazione totale mentre è il 12.8% in Svizzera, e quella con più di 80 anni è pari al 5.8% mentre costituisce il 4.8% in Svizzera (UFS 2012: 12).

- a) **regime di finanziamento uniforme delle prestazioni** per tutti gli istituti autorizzati: la nuova legislazione impone il passaggio da un finanziamento pubblico dell'oggetto fondato sulle giornate di cura e limitato agli ospedali pubblici ad un finanziamento del soggetto in base a tariffe forfetarie riferite alle prestazioni (*baserate*), analogo per tutti gli istituti autorizzati ad esercitare (siano essi pubblici o privati), garantito dagli assicuratori e dai Cantoni (da questi ultimi almeno in misura del 55%) e basato su di una struttura tariffale uniforme sul piano nazionale (SwissDRG) (art. 49 cpv. 1, 49a cpv. 1 e 2 LAMal). Le nuove disposizioni legislative sanciscono inoltre che la pianificazione deve essere riferita alle prestazioni per quanto concerne il settore somatico-acuto e alle prestazioni o alle capacità nei settori della riabilitazione e della psichiatria (art. 58c OAMal). I nuovi presupposti alla base del finanziamento ospedaliero hanno creato la necessità di adattare la pianificazione ospedaliera in funzione dei nuovi criteri. Tale revisione dovrà essere attuata entro il 1. gennaio 2015 (LAMal, disposizioni transitorie relative alla modifica del 21 dicembre 2007, cpv. 3);
- b) **concorrenza accresciuta tra ospedali svizzeri**: il nuovo sistema di finanziamento duale (Assicuratori malattia e Cantoni) e armonizzato per tutti gli istituti autorizzati rappresenta una modifica sostanziale che favorisce una concorrenza regolata fra ospedali pubblici e cliniche private, ponendo di fatto i criteri qualitativi e di economicità come elementi centrali nell'attribuzione dei mandati di prestazione pianificatori (Messaggio del Consiglio federale n. 04.061 del 15 settembre 2004<sup>6</sup>, pag. 4920 e 4926 segg.). Inoltre, le nuove disposizioni federali codificano in particolare l'esigenza di garantire una diffusione territoriale che consenta l'accesso dei pazienti alle cure entro un termine ragionevole (art. 58b cpv. 4 lett. b OAMal);
- c) **libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera**: dal 1° gennaio 2012 l'articolo 41 LAMal consente al paziente di scegliere liberamente dove farsi curare tra i fornitori di prestazioni autorizzati. Contrariamente alla situazione precedente, se il fornitore di prestazioni figura su un elenco cantonale (del domicilio del paziente e/o del Cantone sede dell'ospedale) Assicuratori e Cantone sono tenuti a remunerare la loro quota parte rispettiva sia nel caso di ricovero per motivi d'ordine medico (urgenza e indisponibilità della prestazione nel Cantone di domicilio)<sup>7</sup>, sia nel caso di ricovero per libera scelta<sup>8</sup>;
- d) **pianificazione sovra-cantonale della medicina altamente specializzata (MAS)**: conformemente all'art. 39 al. 2bis della LAMal, a partire dal 2009 i Cantoni pianificano in maniera congiunta i settori altamente specializzati della medicina; la stessa norma prevede che se non vi provvedono in tempo utile il Consiglio federale stabilisce quali ospedali per quali prestazioni devono figurare negli elenchi dei Cantoni. Gli ambiti identificati come appartenenti alla MAS sono sottratti alle competenze pianificatorie cantonali.

Le nuove disposizioni federali hanno imposto al Cantone di adeguare la relativa Legge cantonale di applicazione (LCAMal) e di stabilire un nuovo elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal. Il Cantone si è segnatamente dotato di una serie di strumenti che dovrebbero permettere di monitorare l'offerta e controllare la spesa ospedaliera. In tal senso ha in particolare previsto la definizione di un volume massimo di prestazioni a livello pianificatorio (art. 63c cpv. 3 LCAMal), la precisazione dei requisiti per l'adempimento dell'obbligo di ammissione (art. 63e LCAMal), la retribuzione mediante un contributo globale con un meccanismo di adeguamento a costi variabili sulla base di un

---

<sup>6</sup> Concernente la modifica della Legge federale sull'assicurazione malattie (Finanziamento ospedaliero) in FF2004.

<sup>7</sup> A tariffa integrale (a condizione che l'ospedale figuri sull'elenco del Cantone sede dell'ospedale).

<sup>8</sup> Alla tariffa applicata per la stessa prestazione in un ospedale che figura sull'elenco del Cantone di domicilio del paziente (l'art. 66v LCAMal precisa: alla tariffa più bassa applicata per la stessa prestazione).

volume annuale di prestazioni (art. 66d segg. LCAMal), l'introduzione di contratti di prestazione (art. 66g-66i LCAMal) e la possibilità per il Cantone di assistere alle negoziazioni tariffali (art. 67a cpv. 4 LCAMal). Adottata dal Gran Consiglio il 17 marzo 2011, questa modifica legislativa è poi stata oggetto di un ricorso al Tribunale federale, che ha statuito con sentenza del 10 luglio 2012, rigettando integralmente il gravame.

Consolidate con la sentenza del Tribunale federale le basi legali cantonali di applicazione delle nuove normative introdotte nella LAMal, occorre poi tradurle nella prassi amministrativa corrente, sia per quanto concerne il finanziamento di ospedali e cliniche, ciò che già avviene dall'inizio del 2012, sia in vista dell'aggiornamento dell'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal, come proposto dal presente Messaggio.

Al fine di rispondere alle nuove esigenze legislative e, in particolare, all'elaborazione di una pianificazione per prestazioni, il nostro Cantone, coerentemente a quanto raccomandato dalla Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori della sanità, ha applicato il concetto e il modello di raggruppamento delle prestazioni elaborato dalla Direzione della sanità del Canton Zurigo (GD-ZH) con la collaborazione della Direzione della sanità e della socialità del Canton Berna.

Rispetto alle pianificazioni precedenti allestite in base al solo criterio delle capacità (pianificazione del numero di letti), la nuova pianificazione presenta quindi una complessità maggiore, vista la necessità di definire in modo dettagliato una lista di gruppi di prestazioni alle quali corrispondono una serie di criteri di tipo qualitativo, medico e tecnico. Questo concetto di raggruppamento delle prestazioni è stato applicato non solo in ambito somatico-acuto, ma anche nel settore della riabilitazione e, in parte, della psichiatria.

### **3. Obiettivi della nuova pianificazione**

Tenuto conto delle nuove disposizioni vigenti a livello federale, le quali disegnano un nuovo contesto concorrenziale a livello nazionale e pongono, senza invero specificare, dei criteri di qualità ed economicità a cui tutte le pianificazioni ospedaliere cantonali sono tenute a sottostare, il progetto di pianificazione proposto nel presente Messaggio definisce un nuovo assetto di distribuzione delle cure che prende in considerazione le particolarità del settore ospedaliero presente nel nostro Cantone.

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.

La nozione di concentrazione si fonda, oltre che sulla base di documenti strategici e politici, su necessità di tipo contestuale e medico. Oltre alla già menzionata riforma

concernente il finanziamento ospedaliero e alla conseguente competitività introdotta sul territorio nazionale, altri importanti progetti hanno influenzato e influenzeranno nel prossimo futuro il contesto ospedaliero svizzero e ticinese. In particolare la promozione di un settore sanitario attrattivo e di qualità è un'esigenza che consente di rispondere a programmi sovracantonali (concentrazione delle discipline inerenti alla Medicina Altamente Specializzata [MAS], per esempio) e cantonali (istituzione del Master in medicina umana [vedi Messaggio 6920 del 12 marzo 2014], per esempio).

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.

Nell'ambito dei settori della **riabilitazione** e della **psichiatria** è stato privilegiato il mantenimento ed il rafforzamento dell'attuale offerta di cure. I mandati di prestazione sono quindi stati attribuiti sulla base delle competenze già presenti e riconosciute nelle singole strutture, delle risorse strutturali e del rispetto di criteri di qualità definiti a livello cantonale, nazionale ed internazionale.

Nell'ambito dell'aggiornamento della pianificazione delle **case di cura**, si propone la trasformazione dei cinque istituti con il solo mandato di medicina di base in istituti di cura ai sensi dell'art. 39 cpv. 3. Durante l'allestimento dello studio sul fabbisogno è stato accertato che nel nostro Cantone vi è una richiesta di cure sub-acute soddisfatta impropriamente da questi istituti e in modo non soddisfacente dagli attuali reparti di Cure acute e transitorie inseriti nelle Case per anziani. Considerando inoltre che gli istituti acuti con il solo mandato di medicina di base adempiono ai requisiti di qualità richiesti per le cure che dispensano attualmente, ma non a quelli necessari ormai a livello nazionale per essere considerati ospedali somatico-acuti, preso atto inoltre che il fabbisogno di giornate di cura nel settore somatico-acuto diminuirà in maniera importante da qui al 2020, il ri-orientamento in istituti di cura permette di conciliare tutti gli aspetti elencati.

I previsti istituti di cura: Ospedale di Acquarossa, Ospedale di Faido e Ospedale Malcantonese di Castelrotto continueranno a garantire le prestazioni erogate negli attuali pronto soccorso, se del caso potenziandole con i prospettati centri medici d'urgenza. Questi ambulatori medici, ricavati negli spazi appositamente attrezzati all'interno degli ospedali, permetteranno di avere personale medico dedicato durante il giorno che, oltre alla propria attività ambulatoriale, accoglierà i pazienti che si presenteranno per consulti urgenti. Per le urgenze notturne si sta valutando la necessità di una guardia medica o di un picchetto medico.

Di seguito si illustrano le proposte settoriali.

## IV. LA PIANIFICAZIONE DEL SETTORE SOMATICO-ACUTO

### 1. Lo studio sul fabbisogno

In ambito somatico-acuto, la GD-ZH ha svolto un importante lavoro preliminare, poi riconosciuto anche dalla CDS e da parecchi Cantoni, che hanno rispettivamente raccomandato e applicato la relativa metodologia. Con la collaborazione di oltre cento medici attivi nei vari campi di specializzazione, la GD-ZH ha allestito una nuova classificazione delle patologie. In particolare sono stati creati 125 gruppi di prestazioni in cui sono state catalogate le diverse decine di migliaia di codici diagnostici. I gruppi di prestazioni sono stati perfezionati nel tempo e sono orientati ai criteri d'efficacia organizzativa di un ospedale e alle specialità mediche usuali.

Sulla base di tale modello di classificazione, in un primo tempo è stata elaborata la previsione del fabbisogno 2020 per il nostro Cantone (relativa alla popolazione domiciliata), fondata sull'analisi dell'impatto di diversi fattori d'influenza (demografici, epidemiologici, tecnico-medici ed economici) per ognuno dei 125 gruppi di prestazioni. L'evoluzione prospettata del fabbisogno è illustrata nella tabella seguente.

**Tabella 3: Previsione del fabbisogno di cure nel settore somatico-acuto nel 2020 e confronto con il 2010, Ticino**

	2010	Scenario principale	
		2020	Variazione in %
Tasso di ospedalizzazione/ 10'000 abitanti	1703	1643	-3.5%
Numero di pazienti (casi)	57'602	58'591	+1.7%
Durata media di degenza (DMD)	7.2	5.8	-19.7%
Giornate di cura	413'917	338'045	-18.3%
Giornate di cura / 10'000 abitanti	12'235	9'510	-22.3%

In particolare si evidenzia:

- un prospettato incremento del numero di pazienti di circa il 2%;
- una diminuzione prevista delle giornate di cura del 18% e
- una riduzione della durata media di degenza di circa il 20%.

È importante rilevare che l'evoluzione prevista non è ripartita in modo omogeneo tra i gruppi principali di prestazioni.

I dati della statistica medica 2012 sono in linea con le ipotesi di evoluzione formulate nello studio sul fabbisogno.

### 2. L'attribuzione dei mandati

Sulla base dello studio sul fabbisogno menzionato, si è deciso di continuare ad utilizzare la metodologia elaborata dalla GD-ZH anche per la fase di definizione dei criteri di qualità e di assegnazione dei mandati, tramite l'allestimento di un modulo d'offerta. Questa procedura è stata scelta in quanto garante di trasparenza e con la finalità di ottenere le informazioni sull'interesse e sulle capacità dichiarati dagli istituti di offrire le prestazioni

richieste, per in seguito valutarle in funzione del fabbisogno del nostro territorio e del rispetto dei criteri adottati dalla GD-ZH e fatti propri dal nostro Cantone.

Il modulo d'offerta è stato trasmesso agli istituti con sede nel nostro Cantone, rendendo attenti quest'ultimi sul fatto che, come previsto anche dallo stesso Canton Zurigo, l'adempimento dei requisiti non avrebbe comportato il diritto automatico all'ottenimento del mandato. In generale i moduli d'offerta inoltrati evidenziano che tutte le strutture, eccezion fatta per la Clinica Ars Medica ed il Cardiocentro Ticino, hanno postulato per l'ottenimento di uno spettro molto ampio di prestazioni. Gli istituti ospedalieri hanno pertanto compilato il modulo d'offerta nell'ottica di conservare e semmai espandere i campi d'attività attuali, senza concentrarsi e profilarsi in maniera autonoma in determinate specialità. Le candidature ricevute hanno quindi confermato ed in parte ampliato la forte dispersione già attualmente presente sul nostro territorio.

Sulla base dello studio del fabbisogno e dei moduli d'offerta compilati dai singoli istituti è stata quindi elaborata la proposta di elenco ospedaliero fondata sugli obiettivi menzionati nel capitolo precedente. La distribuzione dei gruppi di prestazioni a ospedali e cliniche ticinesi è stata effettuata sulla base di un'analisi dei dati di attività storici (2010-2012) prendendo in considerazione i criteri seguenti di valutazione: volumi di attività (storico e fabbisogno 2020), qualità, economicità, distribuzione regionale, distribuzione pubblico/privato, interazione fra settore stazionario e ambulatoriale e capacità dei singoli istituti di assorbire i volumi dovuti alla concentrazione di alcuni mandati. Inoltre, al fine di attuare gli indirizzi pianificatori descritti e gli obiettivi di concentrazione definiti, 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 macro-categorie 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.

Il nuovo elenco ospedaliero nell'ambito somatico-acuto è stato quindi elaborato con la finalità di concretizzare quanto esposto e caratterizzando ogni ospedale e clinica attraverso l'attribuzione di gruppi di prestazioni che permettano una buona copertura territoriale delle cure di prossimità ed una maggior concentrazione delle cure particolarmente complesse. Ogni ospedale e clinica è quindi stato valorizzato nelle discipline nelle quali è già riconosciuto, così da favorire le potenzialità di crescita e di sviluppo e contraddistinguere l'offerta di cure di ospedali e cliniche evitando dei doppi.

La tabella seguente riassume la distribuzione di cure negli ospedali pubblici e nelle cliniche private, proposte dalla presente pianificazione.

**Tabella 4: Nuova caratterizzazione degli istituti ospedalieri**

<b>Istituto</b>	<b>Tipologia d'istituto</b>	<b>Ambito di specializzazione</b>
<b>ORL</b>	Istituti di riferimento per il Sotto ed il Sopraceneri – poli di riferimento cantonale unici per talune specializzazioni	neurologia, neurochirurgia, oftalmologia, chirurgia vascolare, angiologia, politrauma, ortopedia, cure palliative (II livello), chirurgia viscerale complessa
<b>OSG</b>		pediatria (e pediatria specializzata), neonatologia e ostetricia specializzate, oncologia, ematologia, radio-oncologia, dermatologia, pneumologia, chirurgia toracica, cure palliative (I livello)
<b>OBV</b>	Istituti di prossimità	ortopedia, geriatria acuta
<b>ODL – Santa Chiara</b>		ortopedia, geriatria acuta
<b>Clinica Luganese</b>		urologia, geriatria acuta
<b>Clinica Ars Medica</b>	Istituto specializzato	ortopedia elettiva
<b>Clinica Sant'Anna</b>	Polo donna-madre-bambino in collaborazione con ORL	ginecologia, neonatologia, ostetricia, oncologia
<b>Cardiocentro Ticino</b>	Istituto specializzato	cardiologia e cardiocirurgia
<b>Clinica Varini</b>	Istituto specializzato	cure palliative (II livello)

La realizzazione del progetto di pianificazione si basa, oltre che sulla caratterizzazione di ogni istituto, anche su progetti di collaborazione fra settore pubblico e privato per la fornitura di cure nell'ambito della ginecologia-ostetricia-neonatologia (polo donna-madre-bambino) nel Luganese e per la fornitura di prestazioni congiunte, a tendere in tutti i campi, nel Locarnese. Per quanto riguarda il Locarnese si rileva che il mantenimento di due nosocomi che offrono le stesse cure, considerata la massa critica di pazienti, ne pregiudicherebbe la valorizzazione, minandone l'attrattività sul medio-lungo termine.

Si evidenzia che l'EOC non rinuncia ai mandati in essere, al contrario con questi progetti di collaborazione coglie l'opportunità per rafforzare ed estendere le proprie competenze e le proprie modalità di presa in carico in parte anche a pazienti ora seguiti dalle strutture private. Le collaborazioni individuate rappresentano una delle novità più importanti della proposta pianificatoria, permettono la messa in comune di risorse strutturali, umane e finanziarie da parte di enti aventi personalità giuridica propria. La finalità è quella di incentivare un miglior utilizzo delle capacità a disposizione e di evitare, a livello distrettuale e regionale, la presenza di doppioni nella fornitura di cure, i quali possono essere fonte di

inefficienza quanto alla distribuzione delle risorse e inefficaci dal punto di vista della qualità delle cure erogate.

La proposta di favorire collaborazioni strutturate fra gli istituti menzionati è stata avallata dalla Commissione della pianificazione sanitaria e discussa, in seguito, con gli istituti direttamente interessati. Questi ultimi si sono dapprima impegnati con una lettera d'intenti, in seguito sviluppata in un documento di progetto di grande massima (*roadmap*) trasmesso a fine marzo 2014 al DSS. Il contenuto dei progetti di collaborazione è sviluppato al capitolo XII del presente Messaggio.

In sintesi il nuovo elenco di pianificazione ospedaliera consente di:

- 1) concentrare le prestazioni complesse e garantire un'ampia diffusione delle cure di prossimità rafforzando due centri di riferimento (uno nel Sottoceneri: ORL ed uno nel Sopraceneri: OSG);
- 2) garantire una continuità di presa in carico consolidando e valorizzando l'offerta del settore pubblico, il quale deve poter fornire l'insieme dei gruppi di prestazioni;
- 3) incentivare le collaborazioni fra settore ospedaliero pubblico e privato;
- 4) consolidare la realtà sanitaria ticinese attraverso un'offerta sanitaria concorrenziale anche nel nuovo contesto nazionale.

Sulla base di quanto descritto la nuova proposta di pianificazione ospedaliera per il settore somatico-acuto è la seguente.

**Tabella 5: Istituti somatico-acuti**

Gruppi principali di prestazioni	Sigla	Gruppi di prestazioni	Ospedale regionale di Lugano (ORL)	Clinica Luganese	Clinica S. Anna	Clinica Ars Medica	Cardicentro Ticino (CCT)	Ospedale regionale di Bellinzona (OSG)	Ospedale regionale di Locarno (ODL)	Clinica S. Chiara	Clinica Varini	Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)	Istituti fuori Cantone <sup>1-2</sup>
			14'100	5'300	2'500	4'400	6'700	13'100	6'600	2'900	180	6'200	--
Pacchetto di base	BP	Pacchetto base per la chirurgia e la medicina interna											
Pacchetto di base elettivo	BPE	Pacchetto base per i fornitori di prestazioni elettive											
Gruppi di prestazioni specialistiche	DER2	Trattamento delle ferite											
	HNO1	Otorinolaringoiatria (chirurgia ORL)											
	HNO1.1	Chirurgia cervico-facciale											
	HNO1.2	Chirurgia allargata del naso e dei seni paranasali											
	HNO1.3	Chirurgia dell'orecchio medio											
	END1	Endocrinologia											
	NEU1	Neurologia											
	NEU3	Malattie cerebrovascolari (senza Stroke Unit)											
	GAE1	Gastroenterologia											
	VIS1	Chirurgia viscerale											
	HAE2	Linfomi indolenti e leucemie croniche											
	HAE3	Malattie mieloproliferative e sindromi mielodisplastiche											
	GEF1	Chirurgia vascolare dei vasi periferici (arteriosi)											
	ANG1	Interventi sui vasi periferici (arteriosi)											
	NEP1	Nefrologia (insufficienza renale)											
	URO1	Urologia senza titolo di formazione approfondita "Urologia operatoria"											
	URO1.1	Urologia con titolo di formazione approfondita "Urologia operatoria"											
	PNE1	Pneumologia											
	BEW1	Chirurgia dell'apparato locomotore											
	BEW2	Ortopedia											
	BEW5	Artroscopia del ginocchio											
	RHE1	Reumatologia											
	GYN1	Ginecologia											
GEB1	Assistenza di base in ostetricia (dalla 34° settimana di gestazione e ≥2000g)												
NEO1	Assistenza di base ai neonati (dalla 34° sett. di gestazione e ≥2000g)												
ONK1	Oncologia												



Gruppi principali di prestazioni	Sigla	Gruppi di prestazioni	Ospedale regionale di Lugano (ORL)	Clinica Luganese	Clinica S. Anna	Clinica Ars Medica	Cardiocentro Ticino (COT)	Ospedale regionale di Bellinzona (OSG)	Ospedale regionale di Locarno (ODL)	Clinica S. Chiara	Clinica Varini	Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)	Istituti fuori Cantone <sup>1,2</sup>
Discipline trasversali	KINM	Pediatria	■					■	■	■		■	
	KINC	Chirurgia pediatrica						■					
	KINB	Chirurgia pediatrica di base						■					
	GER	Geriatría acuta		■					■	■		■	
	PAL	Centro di competenze in cure palliative	■					■				■	

<sup>1</sup> **Ospedali univertari Svizzeri:**

- Universitätsspital Basel
- Universitäts-Kinderspital Basel (UKBB)
- Inselspital Bern
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Universitätsspital Zürich (USZ)
- Kinderspital Zürich

<sup>2</sup> **Altri istituti:**

- Schweizerische Epilepsie-Zentrum Klinik Lengg AG

■ Mandato

■ Mandato provvisorio - confermato nel 2017 unicamente se raggiunta casistica minima

■ Mandato provvisorio - fino a definizione del progetto di collaborazione ORL - S. Anna

■ Mandato provvisorio - fino a definizione del progetto di collaborazione ODL - S. Chiara

■ Mandato provvisorio - entro il 2017 dovrà confluire su un unico polo

■ Mandati MAS e mandati MAS provvisori (\*)

### 3. Definizione dei volumi massimi

L'art. 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. Come già ricordato, contro questa disposizione una clinica privata aveva interposto ricorso, respinto il 10 luglio 2012 dal Tribunale federale. Il TF non aveva ritenuto la norma in contrasto con la legislazione federale, che pure impone di riferire la pianificazione, nel settore somatico-acuto, alle prestazioni (art. 58c lett. a OAMal).

La determinazione dei volumi è resa difficoltosa da una serie di fattori imponderabili quali l'impatto della creazione degli istituti di cura, la libera scelta dei pazienti all'interno e all'esterno del Cantone, l'evoluzione dell'attività ambulatoriale nei singoli istituti e dei progetti di collaborazione, i cambiamenti della struttura tariffale DRG e la quota di pazienti LAMal sul totale delle prestazioni offerte dai singoli istituti.

Occorre inoltre valutare le conseguenze sui volumi delle scelte di decentralizzare le cure di prossimità e di concentrare le discipline multidisciplinari e complesse.

In ragione di ciò i volumi sono stati calcolati con estrema prudenza, prendendo come base i dati 2012 (dedotti i casi trasferiti agli istituti di cura), tenendo conto degli aspetti territoriali per quanto riguarda le cure di prossimità e delle proporzioni oggi esistenti nel caso delle discipline multidisciplinari e complesse. Per tener conto di tutti i fattori imponderabili elencati alle quantità ottenute è stata aggiunta una riserva del 15%.

I volumi di seguito indicati sono relativi all'attività globale degli istituti e comprendono anche le prestazioni erogate a pazienti confederati e stranieri. Al momento attuale non è possibile limitare l'attribuzione dei volumi per le sole prestazioni erogate a pazienti ticinesi LAMal.

I risultati ottenuti sono i seguenti.

**Tabella 6: Volume di prestazioni dal 1° gennaio 2015**

	ORLugano	Clinica Luganese	Clinica Sant'Anna	Clinica Ars Medica	Cardiocentro	Ospedale regionale Bellinzona e Valli	Ospedale La Carità di Locarno	Clinica Santa Chiara	Clinica Varini	Ospedale Beata Vergine
<i>Caseload</i>	14'100	5'300	2'500	4'400	6'700	13'100	6'600	2'900	180	6'200

Considerata l'unicità di questa prescrizione cantonale e soprattutto le innumerevoli incognite evidenziate, che possono determinare scostamenti significativi di questi valori, si ritiene indispensabile che al Consiglio di Stato venga delegata la possibilità di apportare adeguamenti dei volumi di prestazioni a livello pianificatorio, sulla scorta dell'evoluzione dei dati storici.

## V. LA PIANIFICAZIONE DEL SETTORE RIABILITAZIONE

A seguito della revisione della LAMal del 2007, il legislatore ha concesso ai Cantoni un nuovo spazio di manovra nel settore della riabilitazione, permettendo a quest'ultimi di elaborare una pianificazione riferita alle prestazioni o, come sin'ora, alle capacità. Ciò significa che per la riabilitazione si sarebbe potuto determinare il fabbisogno dei prossimi anni in termini di posti letto. Tuttavia, seguendo l'indirizzo di altri Cantoni, nonché il modello perfezionato dalla GD-ZH per questo settore, si è ritenuto opportuno proporre una prima determinazione del fabbisogno in termini di prestazioni e non di capacità. L'offerta di prestazioni e quindi la lista ospedaliera è stata per contro tradotta in numero di letti. Si evidenzia inoltre che, sul piano federale, sono in corso ulteriori lavori di perfezionamento per proporre anche nel settore riabilitativo una struttura tariffale uniforme a livello nazionale basata sulle prestazioni (ST-Reha), analogamente alla struttura SwissDRG già realizzata nel settore somatico-acuto.

### 1. Lo studio sul fabbisogno

L'elaborazione della previsione del fabbisogno 2020 nel settore riabilitativo è stata effettuata secondo la metodologia sviluppata dalla GD-ZH prendendo in considerazione diversi fattori d'influenza, fra i quali si menziona l'evoluzione demografica e l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento per prestazioni (ST-Reha). Il fabbisogno è riferito alla popolazione domiciliata nel Cantone.

I principali risultati sul fabbisogno 2020 nel settore della riabilitazione, suddiviso nei singoli gruppi di prestazioni sono riassunti nella tabella seguente.

**Tabella 7: Previsione del fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)**

	Casi			DMD			GC		
	2010	2020	%	2010	2020	%	2010	2020	%
Muscolo-scheletrica	1'351	1'836	+36%	23.3	21.5	-8%	31'480	39'500	+25%
Neurologica	468	549	+17%	43.7	40.3	-8%	20'442	22'137	+8%
Cardiovascolare	43	120	+179%	25.5	23.7	-7%	1'097	2'838	+159%
Polmonare	18	123	+583%	23.2	23.9	+3%	417	2'938	+605%
Internistica - oncologica	103	169	+64%	27.8	25.4	-9%	2'865	4'298	+50%
Psicosomatica	6	62	+933%	22.0	15.8	-28%	132	980	+642%
Altro	40	60	+50%	40.1	34.8	-13%	1'603	2'090	+30%
<b>Totale</b>	<b>2'029</b>	<b>2'919</b>	<b>+44%</b>	<b>28.6</b>	<b>25.6</b>	<b>-10%</b>	<b>58'036</b>	<b>74'781</b>	<b>+29%</b>

In particolare si evidenzia:

- un incremento importante del numero dei pazienti di circa il 44%;
- un aumento delle giornate pari a circa 29%;
- una riduzione della degenza media di circa il 10%.

La tabella rileva inoltre degli importanti scostamenti fra i gruppi principali di prestazioni. Nel complesso l'aumento indicato delle giornate di cura determina una crescita del fabbisogno di una cinquantina di posti letto.

## 2. L'attribuzione dei mandati

Sulla base di quanto precede, per la fase di attribuzione dei mandati, la Commissione della pianificazione sanitaria ha ritenuto opportuno, come per il settore somatico-acuto e sull'esempio di altri Cantoni, trasmettere a tutti gli istituti già attivi in ambito LAMal i moduli di offerta, debitamente tradotti, allestiti dalla GD-ZH.

Dieci istituti hanno inoltrato la propria candidatura per l'ottenimento di almeno un mandato in ambito riabilitativo. Oltre ai quattro istituti che già oggi dispongono di un mandato di riabilitazione altri sette, attivi in ambito somatico-acuto o in ambito psichiatrico, si sono candidati per figurare sull'elenco ospedaliero nel settore della riabilitazione.

Le analisi delle offerte pervenute sono state eseguite sulla base dei criteri elaborati dal modulo d'offerta che definisce indicatori di struttura, processo e risultato in ambito qualitativo e analizza, per ogni gruppo di prestazioni, una serie di caratteristiche che devono essere ottemperate.

I criteri principali alla base della valutazione sono i seguenti:

- 1) l'adempimento dei criteri d'affiliazione imposti dalla rete di competenza REHA TICINO e l'adesione alla stessa al fine di mantenere e rafforzare la rete nel suo assetto attuale;
- 2) l'adempimento dei criteri di riferimento per singolo gruppo di prestazioni;
- 3) il rispetto dei requisiti generali e specifici di qualità stabiliti a livello nazionale e dei parametri per specialità emanati da SWISS REHA e REHA TICINO;
- 4) la gestione autonoma, dal punto di vista delle infrastrutture, dell'attività dell'organizzazione e anche a livello contabile, nel caso in cui un istituto fosse già attivo nel settore somatico-acuto.

Sulla base dell'analisi effettuata la proposta di assegnazione dei mandati per la riabilitazione dal 1° gennaio 2015 è la seguente.

**Tabella 8: Proposta di assegnazione mandati riabilitazione**

Gruppi di prestazioni	EOC Novaggio	Ospedale Regionale Bellinzona e Valli Sede Faido	Clinica Hildebrand
Riabilitazione neurologica			
Riabilitazione per para- e tetraplegici			
Riabilitazione muscolo-scheletrica			
Riabilitazione cardiovascolare			
Riabilitazione polmonare			
Riabilitazione internistica-oncologica			
Riabilitazione psicosomatica			
Riabilitazione precoce			

Il numero di letti è così attribuito:

	situazione attuale	cambiamenti 1.1.2015
- Clinica Hildebrand di Brissago	90	+15 = 105 letti
- Ente Ospedaliero Cantonale		
- Clinica di riabilitazione di Novaggio	60	+15 = 75 letti
- Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (sede di Faido)	25	= 25 letti
- Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli (sede di Bellinzona)	4	- 4 = 0 letti

Si evidenzia in particolare un potenziamento dei posti letto che passano dai 179 attuali ai 205 previsti per il 1° gennaio 2015. Le due strutture che vedrebbero incrementati i posti letto hanno la disponibilità e la capacità per assorbire questo aumento. Queste nuove attribuzioni appaiono inoltre equilibrate dal profilo del criterio di distribuzione geografica, essendo ripartite in modo uguale tra Sopra- e Sottoceneri.

Un successivo approfondimento tramite un monitoraggio periodico del fabbisogno, sarà effettuato nei prossimi anni. In particolare sarà valutata la possibilità di aumentare la capacità ricettiva dell'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli, sede di Faido, nell'ambito riabilitativo, segnatamente dopo l'entrata in funzione del previsto istituto di cura di Sementina.

Si rileva infine che l'attribuzione di un mandato di riabilitazione cardiovascolare e polmonare è al momento in fase di valutazione, in ragione del numero esiguo di casi trattati. L'attribuzione di questi due mandati resta, per il momento, subordinato alla presentazione ed alla valutazione di un progetto congiunto fra tre istituti che si sono proposti per l'erogazione di tali prestazioni (REHA TICINO, attraverso l'Ente Ospedaliero Cantonale e la Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago, e il Cardiocentro Ticino). Lo studio di fattibilità dovrà essere sottoposto al DSS entro fine novembre 2014.



## VI. LA PIANIFICAZIONE DEL SETTORE PSICHIATRIA

La pianificazione attualmente in vigore distingue, per il settore della psichiatria, due categorie di presa in carico: la psichiatria generale e la psichiatria per pazienti ammessi in regime coatto.

Anche in ambito psichiatrico, come in quello riabilitativo, il legislatore federale ha concesso ai Cantoni un importante margine di manovra, consentendo di elaborare una pianificazione riferita alle prestazioni, o, come sin d'ora, alle capacità. Ciò significa che per la psichiatria la determinazione del fabbisogno da coprire nei prossimi anni può ancora essere definita in termini di posti letto. Tuttavia, seguendo l'indirizzo di altri Cantoni e il modello perfezionato dalla GD-ZH per questo settore, si è ritenuto opportuno sviluppare lo studio del fabbisogno in termini di prestazioni e non di capacità. L'offerta di prestazioni e quindi l'elenco ospedaliero proposto, sono stati poi tradotti in numero di letti.

### 1. Lo studio sul fabbisogno

Per la previsione del fabbisogno 2020 nella cura psichiatrica stazionaria è stata quindi applicata la metodologia sviluppata dalla GD-ZH. Questo modello prende in considerazione, in particolare, lo sviluppo demografico e il fattore economico relativo al cambiamento del metodo di finanziamento previsto per il 2018 nell'ambito delle cure stazionarie psichiatriche. Quest'ultimo è da considerarsi come il fattore determinante che andrà ad incidere sulla durata media di degenza prevista per il 2020<sup>9</sup>.

L'analisi del fabbisogno è stata effettuata suddividendo i pazienti presi in carico in otto gruppi di prestazioni in base alla principale patologia psichiatrica diagnosticata. Per ottenere una maggior precisione al modello predittivo del fabbisogno i pazienti sono stati ulteriormente suddivisi in cinque classi di età.

I principali risultati sul fabbisogno 2020 nel settore della psichiatria suddiviso nei singoli gruppi di prestazioni sono riassunti nella tabella seguente.

**Tabella 9: Previsione del fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)**

	Casi			DDM			GC		
	2010	2020		2010	2020		2010	2020	
F0 Disturbi organici	45	63	+40%	66.2	51.8	-22%	2980	3266	+10%
F10 Alcol	220	240	+9%	31.4	24.0	-24%	6913	5754	-17%
F11-F19 Droghe	205	208	+1%	37.1	28.5	-23%	7609	5923	-22%
F2 Schizofrenia	529	550	+4%	51.0	42.2	-17%	26981	23186	-14%
F3 Disturbi dell'umore (affettivi)	665	729	+10%	43.3	38.3	-11%	28788	27932	-3%
F4 Disturbi nevrotici	303	342	+13%	34.6	31.4	-9%	10481	10738	+2%
F6 Disturbi della personalità	318	325	+2%	31.7	26.2	-17%	10087	8518	-16%
F50-F99 Altro	95	114	+20%	28.7	23.4	-18%	2730	2672	-2%
<b>Totale</b>	<b>2'380</b>	<b>2'571</b>	<b>+8%</b>	<b>40.6</b>	<b>34.2</b>	<b>-16%</b>	<b>96'569</b>	<b>87'989</b>	<b>-9%</b>

Le previsioni 2020 suddivise in classe di età sono riportate nella tabella seguente.

<sup>9</sup> È importante rilevare che il Canton Zurigo, effettuando le previsioni per la psichiatria per il Canton Ticino, non ha riprodotto semplicemente il suo modello, ma lo ha adattato alle condizioni e alle peculiarità esistenti nel settore delle cure psichiatriche stazionarie e ambulatoriali del nostro territorio. In particolare, in considerazione dell'offerta e della tipologia di presa in carico ambulatoriale, per il Ticino, diversamente dal Canton Zurigo, non è stata considerata l'incidenza di un trasferimento delle cure al settore ambulatoriale.

**Tabella 10: Previsione del fabbisogno 2020 per classe di età, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)**

	Casi			DDM			GC		
	2010	2020		2010	2020		2010	2020	
0-17	17	17	+0%	38.1	34.2	-10%	648	582	-10%
18-39	795	771	-3%	37.5	30.5	-19%	29'783	23'482	-21%
40-59	1'066	1'147	+8%	40.8	34.5	-16%	43'518	39'518	-9%
60-79	445	539	+21%	46.4	40.2	-13%	20'628	21'694	+5%
80+	57	97	+70%	34.9	28.0	-20%	1'992	2'713	+36%
<b>Totale</b>	<b>2'380</b>	<b>2'571</b>	<b>+8%</b>	<b>40.6</b>	<b>34.2</b>	<b>-16%</b>	<b>96'569</b>	<b>87'989</b>	<b>-9%</b>

In sintesi, per quel che concerne la previsione del fabbisogno di cure 2020 si rileva quindi:

- un incremento del numero dei pazienti di circa l'8%;
- una diminuzione delle giornate pari a circa il 9%;
- una riduzione della degenza media di circa il 16%.

## 2. L'attribuzione dei mandati

Sulla base di quanto precede, per la fase di attribuzione dei mandati, si è ritenuto superfluo per questo settore procedere con un modulo d'offerta. In funzione di quanto già fatto da altri Cantoni e tenuto conto del mandato generico già in essere, è stata decisa l'attribuzione di un mandato globale o "generale" per le cure psichiatriche e non quindi suddiviso nelle otto categorie già descritte. Oltre a questo mandato generale, è stata riconosciuta la necessità di specificare il mandato per la presa in carico di pazienti in regime coatto e quello per pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare.

Sulla base del fabbisogno stabilito per il 2020 e delle discussioni intraprese con le strutture psichiatriche, si propone:

- l'attribuzione del mandato unicamente se sono ottemperati i requisiti generali e specifici di qualità;
- l'assegnazione del mandato psichiatrico a tutti gli istituti che già offrono prestazioni psichiatriche stazionarie;
- l'assegnazione di un mandato generale, vale a dire esteso genericamente a tutti gli 8 gruppi di prestazioni psichiatrici;
- l'attribuzione del mandato solo per il trattamento di pazienti adulti (età  $\geq 16$  anni);
- l'attribuzione di un mandato specifico ad un solo istituto psichiatrico per la presa in carico dei disturbi del comportamento alimentare;
- l'assegnazione del mandato per i ricoveri coatti agli istituti che già accolgono attualmente questa casistica.

Il numero di letti totale subisce una lieve diminuzione passando dai 306 attuali ai 291 previsti per il 1° gennaio 2015. La riduzione del numero di posti letto è giustificata essenzialmente dalla diminuzione prevista della degenza media (-16%) e da un possibile passaggio di presa in carico di pazienti dal settore stazionario a quello ambulatoriale con riferimento anche alle proposte operative concernenti il potenziamento dei Servizi psicosociali (SPS) per adulti, il rafforzamento dell'organizzazione territoriale della gerontopsichiatria e la nuova modalità di presa in carico degli *heavy user* contenute nella Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014 - 2017 recentemente approvata dal Consiglio di Stato e trasmessa al Gran Consiglio.

La proposta di assegnazione dei mandati per la psichiatria dal 1° gennaio 2015 è quindi la seguente.

**Tabella 11: Proposta di assegnazione mandati psichiatria**

		Clinica Psichiatrica Cantonale Mendrisio	Clinica Viarnetto Pregassona	Clinica Santa Croce Orselina	Ospedale Malcantonese Castelrotto
Psichiatria generale	F0 Disturbi organici				
	F10 Alcol				
	F11-F19 Droghe				
	F2 Schizofrenia				
	F3 Disturbi dell'umore (affettivi)				
	F4 Disturbi nevrotici				
	F6 Disturbi della personalità				
	F55-F99 Altro				
Psichiatria coatta					
Disturbi alimentari					

Il numero di letti è così attribuito:

	situazione attuale	cambiamenti 1.1.2015
- Clinica Psichiatrica Cantonale, Mendrisio	155	-15 = 140 letti
- Clinica Viarnetto, Lugano	45	= 45 letti
- Clinica Santa Croce, Orselina	80	= 80 letti
- Ospedale Malcantonese, Castelrotto	26	= 26 letti

Tale proposta conferma quindi sostanzialmente la situazione già in vigore con l'attuale pianificazione. Il mantenimento di tutte le strutture già attive consente inoltre di offrire una complementarietà negli approcci di presa in carico e di rispondere ai diversi bisogni della popolazione.

## VII. RICOVERI FUORI CANTONE

Dal 1° gennaio 2012, l'art. 41 LAMal consente al paziente di scegliere liberamente dove farsi curare tra i fornitori di prestazioni autorizzati. Diversamente dalla situazione precedente, se il fornitore di prestazione figura su un elenco cantonale (del Cantone di domicilio del paziente e/o del Cantone sede dell'ospedale) assicuratori e Cantone sono tenuti a remunerare la loro quota parte rispettiva nel seguente modo:

- nel caso di ricovero per motivi d'ordine medico (urgenza e indisponibilità della prestazione nel Cantone di domicilio): a tariffa integrale;
- nel caso di ricovero per libera scelta: alla tariffa applicata per la stessa prestazione in un ospedale che figura sull'elenco del Cantone di domicilio del paziente (l'art. 66v LCAMal precisa: alla tariffa più bassa applicata per la stessa prestazione negli ospedali del Cantone di domicilio).

Il numero di pazienti domiciliati in Ticino e curati fuori Cantone è rimasto complessivamente stabile tra il 2011 e il 2012. Rispetto ai pazienti totali ticinesi (61'930 nel 2012), la quota di ricoveri fuori Cantone rimane limitata, situandosi attorno al 5%.

Nel **settore somatico-acuto**, dei 125 gruppi di prestazioni definiti dal modello della GD-ZH ve ne sono 14 che si propone di assegnare ad istituti fuori Cantone. Si tratta di gruppi di prestazioni appartenenti alla macro-categoria delle prestazioni multidisciplinari e complesse e la loro assegnazione al di fuori dei confini cantonali si giustifica per i motivi seguenti:

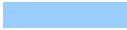
- 4 gruppi di prestazioni appartengono alle discipline regolate a livello sovracantonale dalla CIMAS;
- 3 gruppi di prestazioni non hanno registrato volumi sufficienti rispetto al numero minimo di casi stabilito dal modello della GD-ZH;
- 6 gruppi di prestazioni non hanno registrato casi o hanno registrato un numero di casi non sufficiente per garantire una presa in carico di qualità (< 5 casi all'anno);
- 1 gruppo di prestazioni non è fornito da nessun istituto del Cantone.

Questi gruppi di prestazioni comprendono cure e interventi rari e complessi. Per questi gruppi di prestazioni, nel 2012, nel nostro Cantone, sono stati registrati in totale 27 casi (di cui 10 in ambito MAS). Per il 2020 si prevedono 138 casi, 50 dei quali di pertinenza MAS.

**Tabella 12: Gruppi di prestazioni assegnati fuori Cantone**

Sigla	Gruppi di prestazioni	Totale	Fabbisogno globale 2020	Numero minimo casi
HNO1.3.2	Impianti cocleari (CIMAS*)	0	4	
HAE5	Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (CIMAS*)	0	8	
TPL1	Trapianti TPL1 Trapianti di organi solidi (CIMAS*)	3	33	
UNF2	Ustioni (CIMAS*)	7	5	
<b>Totale</b>		<b>10</b>	<b>50</b>	
HER1.1.2	Cardiochirurgia congenita complessa	0	2	10
BEW9	Tumori dell'apparato locomotorio	2	4	10
BEW10	Chirurgia del plesso	5	16	10
<b>Totale</b>		<b>7</b>	<b>22</b>	
HNO1.1.1	Chirurgia cervicale complessa (chirurgia tumorale interdisciplinare)	5	12	
HNO1.2.1	Chirurgia allargata del naso e dei seni paranasali con apertura della dura madre	0	8	
HNO1.3.1	Chirurgia allargata dell'orecchio con orecchio interno e/o apertura della dura madre	0	2	
AUG1.1	Strabologia	1	1	
AUG1.2	Affezioni dell'orbita	1	2	
PNE1.2	Valutazione prima o status dopo trapianto polmonare	3	40	
<b>Totale</b>		<b>10</b>	<b>65</b>	
PLC1	Chirurgia di conversione sessuale	0	1	
<b>Totale</b>		<b>0</b>	<b>1</b>	
<b>Totale</b>		<b>27</b>	<b>138</b>	

 gruppi di prestazioni MAS provvisori o definitivi

 gruppi di prestazioni per i quali non si raggiungono i volumi minimi stabiliti dalla GD ZH

 gruppi di prestazioni non forniti in Ticino

 gruppi di prestazioni senza casi o con un numero di casi non sufficiente per garantire la qualità

Le prestazioni da assegnare fuori Cantone sono state attribuite ai 5 ospedali universitari. Nell'elenco per i ricoveri fuori Cantone è integrato anche l'unico centro in Svizzera per la cura dell'epilessia che ha sede a Zurigo.

Per quel che concerne il **settore della riabilitazione**, le prestazioni non attribuite a istituti con sede nel Cantone sono

- la riabilitazione cardiologica, per la quale sono inseriti sull'elenco cantonale i seguenti istituti:
  - Rehabilitationszentrum Seewis, GR
  - Klinik Gais AG, AR
  - Klinik Barmelweid AG, AG
  - Klinik Schloss Mammern AG, TG
- la riabilitazione polmonare per la quale sono inseriti sull'elenco cantonale i seguenti istituti:
  - Zürcher Höhenklinik Davos, GR
  - Klinik Schloss Mammern AG, TG

- Luzerner Höhenklinik Montana, VS
  - Klinik Barmelweid AG, AG
  - RSV – CHCVs, Centre Valaisan de pneumologie, VS
- la riabilitazione pediatrica per la quale si farà capo al Kinderspital Affoltern am Albis, ZH.

Questi istituti sono stati scelti poiché si tratta delle strutture dove si registrano più frequentemente ricoveri di pazienti ticinesi per le patologie in questione.

Per quel che concerne la riabilitazione neurologica è necessario prevedere di poter inviare fuori Cantone pazienti con patologie non curabili in Ticino, in particolare:

- Klinik Bethesda, BE, unico centro per la cura del morbo di Parkinson
- Clinique romande de réadaptation suvacare, VS (unico centro per protesi particolari)
- Rehab Basel AG, BS
- Schweizer Paraplegiker Zentrum Nottwil, LU.

Nel **settore della psichiatria**, il fabbisogno è ritenuto coperto dalle strutture presenti sul territorio cantonale.

## VIII. LA PIANIFICAZIONE DELLE CASE DI CURA 2a FASE (ART. 39 CPV. 3 LAMAL)

### 1. Gli Istituti di cura e sostegno funzionale (di seguito istituti di cura)

Il progetto di pianificazione qui illustrato propone di completare la rete di cure esistente e le diverse tipologie di presa in carico in funzione dei bisogni e del percorso del paziente con la creazione degli istituti di cura. Questo “tassello mancante” è stato individuato partendo da una serie di riflessioni, per certi versi sviluppatasi indipendentemente l’una dall’altra, i cui risultati motivano e sostengono la loro creazione.

#### 1.1 *La diminuzione del fabbisogno in ambito somatico-acuto*

Come già rilevato in precedenza, lo studio sul fabbisogno di cure in ambito somatico-acuto ha messo in evidenza una diminuzione delle giornate di cura previste per il 2020 del 18%, corrispondenti a circa 260 posti letto.

La previsione della GD-ZH è stata allestita partendo da statistiche mediche rilevate nel 2010, al netto di circa tremila casi ritenuti curabili in altre strutture non somatico-acute, come spiegato al punto seguente.

I dati 2010 della Statistica medica evidenziavano un’anomalia dei dati ticinesi rispetto al resto della Svizzera. In particolare, 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: TI 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<sup>10</sup>. 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.

#### 1.2 *I requisiti di qualità richiesti in ambito somatico-acuto*

Gli elevati requisiti di qualità necessari per l’assegnazione del pacchetto di base e della geriatria acuta complessa rivelano l’impossibilità, oltre che la mancanza di necessità di attribuire questi due mandati agli istituti che attualmente dispongono del solo mandato di medicina di base. Questi istituti, del resto, costituiscono già una categoria per certi versi intermedia, definita con l’ultima pianificazione, ma ora difficilmente compatibile anche con le nuove regole di finanziamento.

#### Il pacchetto di base

Comprende tutte le prestazioni fornite quotidianamente da specialisti in medicina interna e chirurgia generale. Occorre garantire la presenza del medico internista, del chirurgo e del medico anestesista 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, entro 60 minuti. Richiede inoltre l’esistenza di un servizio di pronto soccorso e deve di riflesso essere assicurato in tutti gli

---

<sup>10</sup> 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%.

ospedali che dispongono di un tale servizio. Questo servizio deve garantire la presenza medica diurna in sede di specialisti in medicina interna e in chirurgia e la presenza notturna di medici assistenti in medicina e chirurgia. È poi ancora necessario che l'ospedale abbia un reparto di cure continue, ovvero di sorveglianza e terapia monitorizzata non invasiva e di sorveglianza post-operatoria, anche in supporto alla sala risveglio e deve avere un laboratorio e un servizio di radiologia con raggi X e TAC 365 giorni all'anno, 24 ore su 24.

Gli istituti con il solo mandato di medicina di base sono in particolare privi e non abbisognano di un servizio di chirurgia, e di riflesso, anche di anesthesiologia così come di letti di cure continue.

### La geriatria acuta complessa

Non si tratta della usuale presa in carico dei pazienti geriatrici: questa fa infatti parte delle cure di base di tutti gli istituti ospedalieri somatico-acuti. Si caratterizza invece per trattamenti specifici e complessi che riguardano poche centinaia di pazienti all'anno per tutto il Cantone con patologie acute e polimorbidi.

Offre un approccio multidisciplinare con la presenza di un team geriatrico diretto da uno specialista con formazione supplementare o con la specializzazione in geriatria clinica e presuppone l'implementazione di strumenti per una valutazione:

- della mobilità, del grado di autosufficienza, della sfera cognitiva ed emozionale del paziente;
- delle sue condizioni sociali: ambiente sociale, abitativo, attività domestiche ed extradomestiche, necessità di cure e di aiuti.

È pure previsto l'impiego integrato di fisioterapisti, ergoterapisti, logopedisti, psicologi e neuropsicologi.

La degenza media può raggiungere i 50 giorni, occorrono valutazioni settimanali del team di cura e il costo è molto elevato.

È in ogni caso richiesta la presenza di un pronto soccorso con le caratteristiche sopra descritte.

Visto il fabbisogno contenuto di queste prestazioni, lo stato clinico dei pazienti interessati con patologie acute e polimorbidi e i requisiti necessari, i mandati per questa particolare tipologia di geriatria non possono che essere attribuiti a strutture somatico-acute che offrono l'intero spettro delle cure di prossimità.

### **1.3 L'evidenza di un bisogno di cure non coperto in modo appropriato**

Il sistema tariffale SwissDRG induce a dimissioni più tempestive dalle strutture somatico-acute e non è stato concepito per remunerare soggiorni che vanno oltre una degenza media standard stabilita a livello internazionale. Ciò comporta un duplice effetto: da un lato, per gli istituti con il solo mandato di medicina di base e, d'altro lato, per i reparti di cure acute e transitorie (CAT[+, perché potenziati rispetto a quanto previsto dall'art. 25a LAMal]) ricavati nelle case per anziani di Arzo, Cevio, Castelrotto e Sonvico e chiamati anch'essi ad occuparsi della continuazione delle cure. I primi sono penalizzati dal punto di vista finanziario per la presenza di numerosi pazienti *outlier* (la cui degenza oltrepassa i limiti normativi fissati dal DRG con conseguente diminuzione del peso attribuito al caso trattato), mentre i secondi si trovano a dover accogliere pazienti sempre più fragili, con la conseguenza che le loro competenze medico-infermieristiche dovrebbero essere ulteriormente accresciute. Infine, dal canto loro gli istituti somatico-acuti denunciano un



sovraffollamento dei reparti per l'impossibilità di poter dimettere i pazienti che hanno terminato la prima fase di cura acuta a causa della carenza di posti adibiti a questo scopo.

Si rileva inoltre che nei reparti CAT attuali, per collocazione e regime legislativo applicabile, vige di principio il limite di età AVS, che ostacola il ricovero di pazienti più giovani. Le cure CAT, dispensate in reparti di strutture adibite principalmente a casa per anziani sono assimilate sovente a cure dispensate da una casa per anziani, con il significato che ne consegue per la presa in carico, ma anche per la percezione dei pazienti e dei loro familiari.

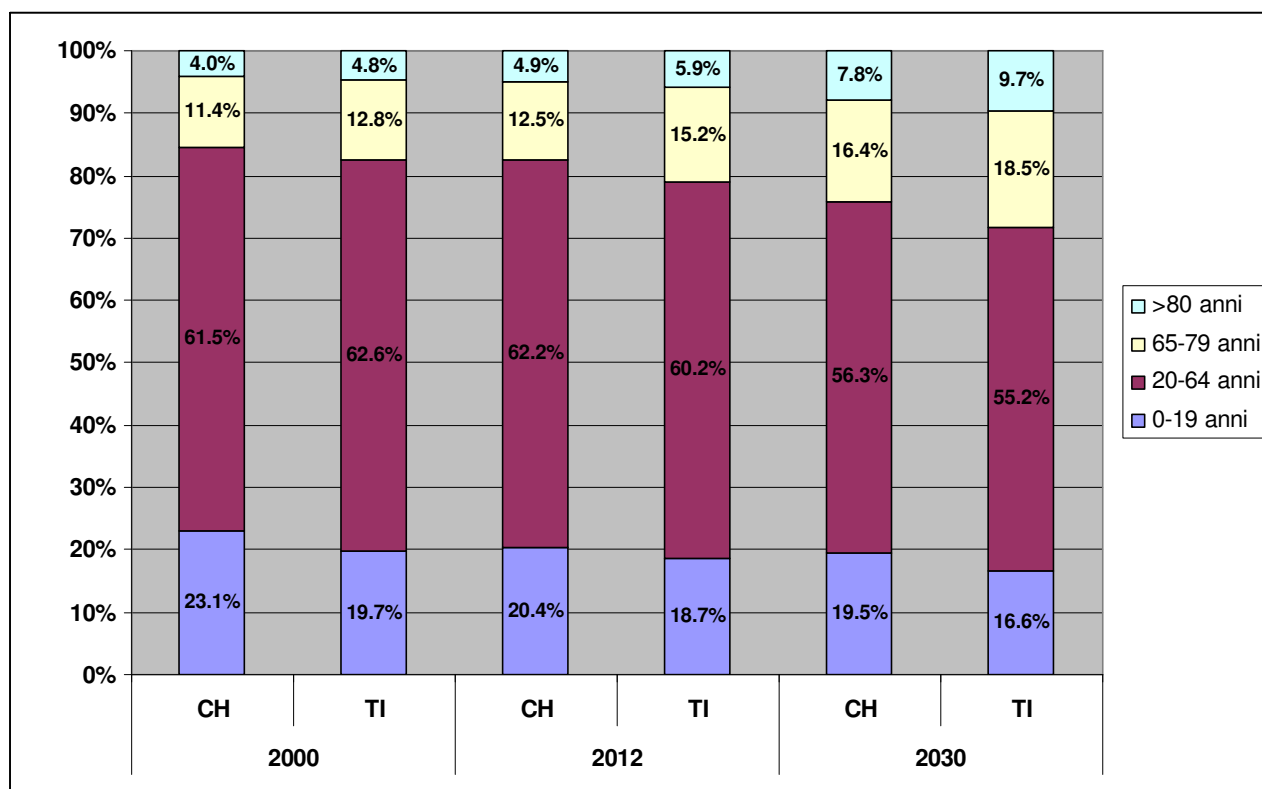
Le due tipologie di presa in carico (istituti con il solo mandato di medicina di base e CAT) non sono sostitutive l'una dell'altra, ma spesso si sommano. Non di raro la degenza complessiva del paziente si protrae quindi per sette settimane, con trasferimenti fra diverse strutture che si possono ripercuotere negativamente sul processo di cura (ospedale acuto: una settimana + istituto di medicina di base: due settimane + CAT: due settimane + soggiorno terapeutico temporaneo (STT): due settimane).

#### **1.4 I vantaggi della soluzione proposta**

La necessità di diminuire i letti nel settore somatico-acuto e la mancanza dei requisiti richiesti per l'ottenimento del pacchetto di base e della geriatria acuta complessa avrebbe potuto indurre ad una mera riconversione degli istituti con il solo mandato di medicina di base in case per anziani o strutture CAT ai sensi della legislazione federale. Questa ipotesi è stata immediatamente scartata a favore di un loro ri-orientamento, congiuntamente a quello dei reparti CAT in esercizio, necessario per:

- sopperire ai bisogni di cure sub-acute evidenziati dall'esame dei dati 2010, alla base del calcolo sul fabbisogno, che proseguirà anche in futuro;
- offrire questo tipo di cura in tutte le regioni del Cantone;
- migliorare la presa in carico, evitando anche ricoveri ripetuti in luoghi diversi;
- mantenere per quanto possibile in funzione del contesto legislativo, di fabbisogno e di requisiti di qualità, le competenze presenti in queste strutture e di riflesso anche i posti di lavoro, considerata l'ubicazione in zone periferiche di taluni di questi istituti;
- tener conto dell'invecchiamento della popolazione ticinese come ben evidenziato dal grafico seguente.

**Figura 1: Invecchiamento della popolazione**



La proposta di creare gli istituti di cura, ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal, coniuga in modo soddisfacente i vari aspetti. Questi istituti completeranno l'offerta sanitaria attuale insieme all'ospedale acuto (a monte) e le case per anziani con il loro reparti adibiti a soggiorno temporaneo e alle cure palliative e i servizi di aiuto e cura a domicilio (a valle). Per tipologia di presa in carico e durata di degenza, si tratta di strutture più vicine al settore somatico-acuto che non a quello socio-sanitario. Questa soluzione dovrebbe inoltre semplificare ed accorciare il percorso di cura (ospedale acuto: una settimana + istituto di cura: al massimo quattro settimane) e garantirebbe l'accesso anche a pazienti sotto i 65 anni.

### **1.5 La creazione degli istituti di cura: gli aspetti operativi**

Per definire le caratteristiche che un paziente deve presentare per poter accedere a questa forma di trattamento sub-acuto, sono state promosse delle riflessioni concrete con un gruppo di medici di esperienza e attività diverse.

In particolare il paziente eleggibile per questo tipo di presa in carico:

- soffre per i postumi di un evento acuto o per scompensi clinicamente non complessi di patologie croniche;
- necessita di assistenza qualificata, di terapie e di procedure diagnostiche non complesse;
- ha bisogno di cure non erogabili a domicilio;
- non abbisogna di cure palliative specialistiche o di una valutazione nell'Unità di geriatria complessa;
- non presenta scompensi acuti di malattia psichiatrica;
- non è in età pediatrica.

Le cure erogate dagli istituti di cura dovrebbero permettere il recupero dell'autonomia e il rientro a domicilio dopo un soggiorno stimato in media di tre settimane del paziente che proviene da ospedale somatico-acuto (continuazione delle cure) o direttamente dal domicilio.

### **1.5.1 La dimensione e l'organizzazione degli istituti di cura**

Per ragioni di economia di scala, gli istituti di cura dovranno di regola avere una dimensione minima di 30 posti. La vicinanza o l'adiacenza a istituti somatico-acuti o, in via subordinata a case per anziani, permetterà inoltre evidenti sinergie quanto alla presenza di alcune figure, in particolare si pensa al medico, ad alcuni requisiti strutturali, come un laboratorio di analisi, e alla condivisione dei servizi generali e di amministrazione.

L'aspetto cardine della nuova proposta è la presa in carico globale del paziente, in particolare la valutazione e la definizione del suo percorso dall'ammissione alla dimissione. Gli interventi saranno coordinati e gli obiettivi di risultato verificati. Il rientro a casa è organizzato coinvolgendo, se del caso, la rete dei servizi di aiuto e assistenza a domicilio.

I lavori per definire le dotazioni di personale sono ancora in corso e coinvolgono tutte le strutture deputate a diventare istituto di cura. In particolare si prevede la possibilità di connotare alcuni istituti con l'offerta di prestazioni incentrate su determinate patologie, con l'obiettivo di mantenere per quanto possibile le competenze esistenti, negli attuali istituti di medicina di base. Più precisamente:

- Ospedale Malcantonese: riattivazione polmonare;
- Ospedale di Acquarossa: *memory clinic*, demenze, *alzheimer*;
- Clinica Luganese: grazie alla vicinanza con la struttura acuta, pazienti polimorbidi e fragili;
- Clinica Varini: pazienti geriatrici.

È assicurata la presenza medica diurna con figure che possano garantire la formazione di medici assistenti, mentre per la notte si stanno valutando con i medici operanti negli istituti interessati le opzioni guardia medica o picchetto.

### **1.5.2 Il costo e il finanziamento degli istituti di cura**

#### **1.5.2.1 La situazione attuale**

Gli istituti con il solo mandato di medicina di base sono tutti gestiti da enti che erogano anche altre prestazioni. In ambito somatico-acuto: gli Ospedali di zona di Acquarossa e Faido che fanno parte dell'EOC; la Clinica S. Rocco della Clinica Luganese; il reparto di medicina di base inserito nell'Ospedale Malcantonese di Castelrotto che gestisce anche il reparto di psichiatria. In ambito socio-sanitario: la Fondazione proprietaria della Clinica Varini gestisce anche una casa anziani e un foyer per invalidi.

L'organizzazione degli istituti di cura e di conseguenza il loro costo possono essere influenzati dallo sfruttamento di sinergie con le altre attività (si pensi solo alla presenza del medico di notte o alla messa in comune dei servizi generali e dell'amministrazione).

Ne consegue che anche la valutazione del costo per giornata partendo dalle tariffe per punto DRG in vigore (*baserate*) è influenzata da questi fattori. La tariffa oscilla infatti dai CHF 6'600 dell'Ospedale Malcantonese di Castelrotto ai CHF 9'756 dell'EOC multisito (dati 2014). Di conseguenza il costo per giornata di cura ottenuto suddividendo il fatturato (tariffa moltiplicata per attività) per le giornate di cura dei cinque istituti interessati (Ospedale di Faido compreso) è vicino ai CHF 600/g.

La tariffa applicata negli istituti con il solo mandato di medicina di base, come in tutti gli istituti del settore ospedaliero considerato dall'art. 39 cpv. 1 LAMal, è ripartita nella misura del 55% a carico dei Cantoni e del 45% a carico degli assicuratori. Il paziente partecipa versando CHF 15/g direttamente agli assicuratori.

I reparti CAT/STT che beneficiano delle sinergie legate al fatto di essere inseriti in una casa per anziani, costano invece circa CHF 340/g. Il finanziamento è regolato secondo le disposizioni dell'art. 39 cpv. 3 LAMal. Gli assicuratori pagano per le prestazioni CAT CHF 125/g per 14 giorni mentre in seguito se il ricovero prosegue come STT, oppure se il paziente proviene da domicilio ed è considerato da subito STT, con CHF 60/g. Il paziente contribuisce con CHF 50.-/g e il resto (da CHF 165/g a CHF 230/g) è coperto da Cantone e Comuni, rispettivamente nella misura del 20% (da CHF 33/g a CHF 46/g) e dell'80% (da CHF 132/g a CHF 184/g).

### **1.5.2.2 Il costo dei futuri istituti di cura**

Per valutare il costo dei futuri istituti di cura si sono considerati i dati relativi all'Ospedale Malcantonese e alla Clinica Varini, le cui tariffe non sono influenzate dall'erogazione di prestazioni in ambito acuto come per l'EOC e la Clinica Luganese. Tenendo conto anche delle sinergie esistenti con altri settori di attività, il costo è stato valutato in CHF 450/g.

### **1.5.2.3 Il finanziamento degli assicuratori**

La prima via percorsa dal DSS ha privilegiato il mantenimento degli attuali istituti con il solo mandato di medicina di base sotto l'art. 39 cpv. 1. In particolare, tenuto conto delle difficoltà per rapporto al sistema tariffale SwissDRG e nel rispetto delle disposizioni LAMal che prevedono (ancora) per i soli settori della psichiatria e della riabilitazione una remunerazione a giornata, era stata valutata la possibilità di attribuire questi letti al settore della riabilitazione, pur con un distinguo per rapporto alla riabilitazione definita secondo i criteri di SWISS REHA e della rete REHA TICINO.

Nel corso del mese di aprile 2013 è quindi stato chiesto agli assicuratori di esaminare la proposta sopraccitata, anche alla luce delle diverse soluzioni messe in atto e mantenute da alcuni Cantoni quale risposta al bisogno di cure sub-acute, come ad esempio mandati di riabilitazione geriatrica a CHF 700/g o i cosiddetti letti "B", che dispensano cure acute di base e prestazioni di riabilitazione a forfait giornalieri elevati, peraltro accettati dagli stessi assicuratori. Il Cantone era disposto a concordare una durata determinata di sperimentazione, nell'attesa delle riflessioni in atto a livello federale, in particolare per quanto riguarda il finanziamento per prestazioni anche nell'ambito riabilitativo. Le risposte arrivate nel corso del mese di maggio del 2013 hanno però respinto con decisione la proposta del mantenimento di questi letti sotto l'art. 39 cpv. 1.

A questo punto si è dovuto optare per una soluzione invero più conforme alla LAMal ed in questo senso è stato adottato il concetto di finanziamento dell'istituto di cura ai sensi dell'art. 39 cpv. 3. Il finanziamento per questa tipologia di cura è quello definito dall'Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre) del 29 settembre 1995, agli articoli 7 e seguenti. In particolare si prevede la partecipazione degli assicuratori per le prestazioni infermieristiche secondo i gradi di dipendenza (da CHF 9 a CHF 108 al giorno) e la remunerazione all'atto per le prestazioni mediche e terapeutiche (fisioterapia, ergoterapia).

Al momento della stesura del presente Messaggio, sono ancora in atto discussioni con gli assicuratori per valutare la possibilità di un rimborso delle prestazioni mediche, infermieristiche e terapeutiche in forma forfettaria. Questa soluzione comporterebbe indubbi vantaggi. Oltre ad evitare l'implementazione dello strumento di commisurazione dell'intensità dell'intervento infermieristico (necessario per valutare quale importo fatturare)

agli enti gestori che attualmente ancora non operano con questo strumento, permetterebbe infatti di coordinare e controllare meglio l'intervento dei vari operatori, evitando la moltiplicazione di prestazioni fatturabili, con una semplificazione evidente anche dal punto di vista amministrativo per tutte le parti coinvolte. Le simulazioni della fatturazione possibile per un soggiorno standard di tre settimane, allestite in collaborazione con alcuni medici attivi sul territorio nell'ambito della medicina di base e nei CAT+, permettono di affermare che la partecipazione degli assicuratori dovrebbe situarsi attorno ai CHF 200/g.

In una prima fase, in assenza di dati storici che permettano di valutare compiutamente la possibile entità della remunerazione forfettaria, sarà con tutta probabilità necessaria una fase di introduzione con la fatturazione effettiva di ogni singola prestazione medica e terapeutica.

#### **1.5.2.4 La partecipazione del paziente**

Nel Rapporto si ipotizzava la partecipazione del paziente analoga a quella già oggi richiesta per i soggiorni nelle strutture CAT e cioè CHF 50/g. In ragione delle numerose sollecitazioni pervenute negli ultimi mesi in particolare dalle Conferenze regionali della sanità e da vari enti e associazioni, il Consiglio di Stato ha optato per una richiesta più contenuta che si situa a metà strada tra la partecipazione per la degenza in ambito somatico-acuto e quella nelle CAT, pari a CHF 30/g. Propone inoltre di introdurre un limite massimo di CHF 600 all'anno, corrispondente in pratica al contributo per un ricovero della durata media prevista di tre settimane.

#### **1.5.2.5 Il finanziamento dell'ente pubblico**

I nuovi istituti di cura dovranno essere finanziati da parte dell'Ente pubblico in analogia con quanto avviene per tutte le prestazioni contemplate dal cpv. 3 dell'art. 39 LAMal, ovvero per la parte non coperta da assicuratori e pazienti. Riprendendo la chiave di ripartizione tra Cantone e Comuni vigente in tutto il settore socio-sanitario (case per anziani e servizi di assistenza e cura a domicilio), il Rapporto posto in consultazione proponeva di porre l'onere a carico del Cantone nella misura del 20% e dei Comuni per il restante 80%. Nei settori ospedaliero, delle case per anziani e dei servizi di assistenza e cura a domicilio, i Comuni, con la nuova di ripartizione introdotta nel 2000, che pone in particolare l'intera spesa ospedaliera a carico del Cantone, beneficiano di un minor aggravio di circa 65 milioni di franchi rispetto al contributo che avrebbero fornito se fosse ancora in vigore il sistema di ripartizione precedente. Ciò a seguito in particolare dell'onere supplementare di circa 100 milioni di franchi assunto dal Cantone con il nuovo sistema di finanziamento ospedaliero.

Anche su questo punto il Consiglio di Stato non è rimasto sordo agli appelli ricevuti da più parti e ha valutato vari scenari di suddivisione della spesa, optando infine per un equo 50/50. Tra i Comuni si propone poi di ripartire la spesa in base al gettito d'imposta cantonale, come per i servizi di assistenza e cure a domicilio, senza quindi tener conto del domicilio dei pazienti.

Una stima dell'onere complessivo a carico di Cantone e Comuni per questa nuova tipologia di presa in carico può essere solo di grande massima, non essendoci termini di paragone storici e i contenuti di dettaglio sono esplicitati al capitolo X.

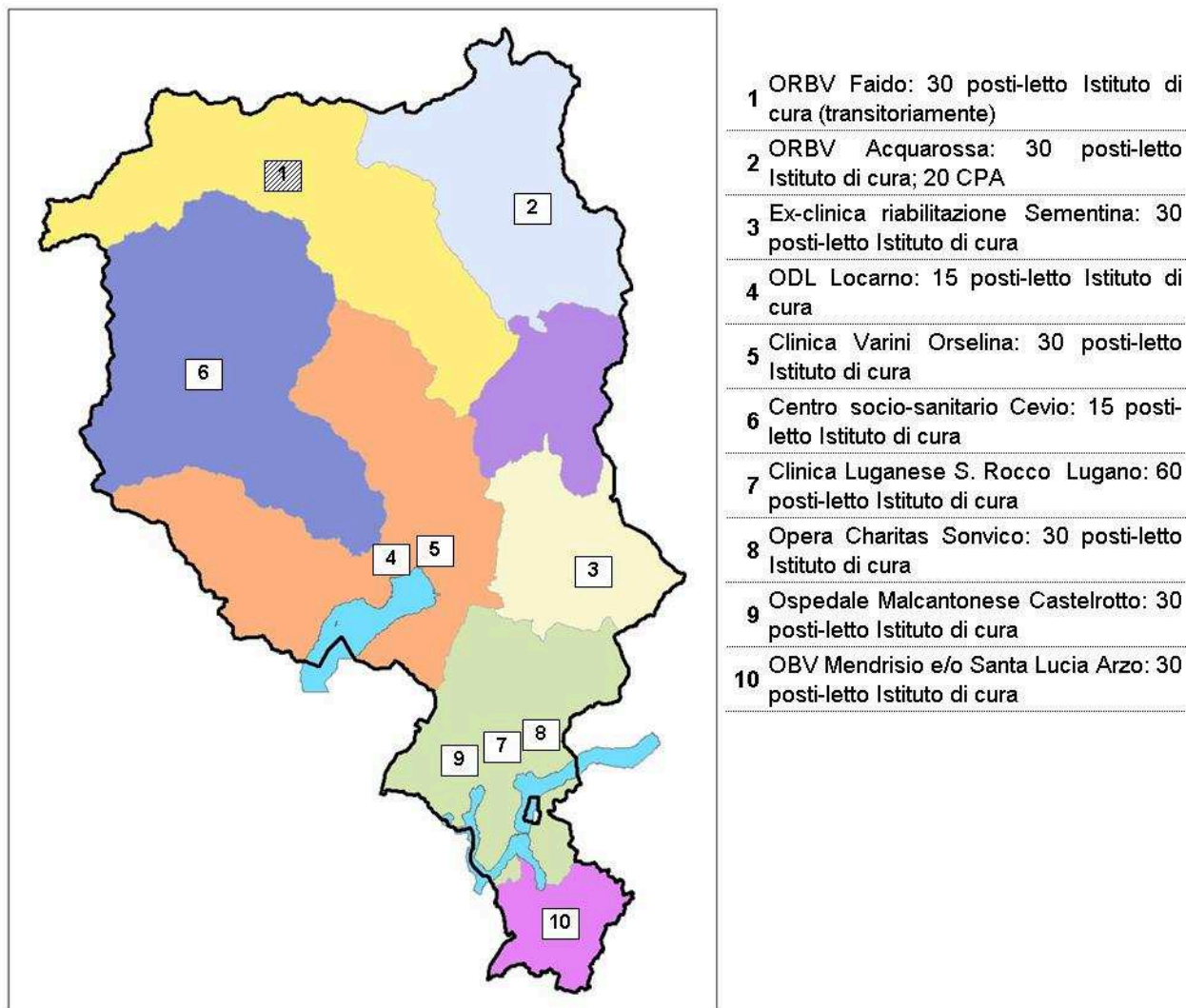
### **1.6 La quantificazione del fabbisogno e l'ubicazione dei futuri istituti di cura**

Il fabbisogno di letti è stato calcolato identificando un potenziale di circa quattromila pazienti (3'000 menzionati all'inizio del capitolo e 800 curati oggi nei reparti CAT/STT).

Con una degenza media di tre settimane, durata considerata ottimale per la tipologia di pazienti interessata, si è stimato un bisogno iniziale circa 250 letti.

La cartina geografica riportata di seguito illustra la distribuzione sul territorio degli istituti di cura che garantisce, insieme agli ospedali acuti esistenti, un buon livello di prossimità anche per queste cure.

**Figura 2: Ubicazione e dimensione istituti di cura**



La prevista trasformazione e implementazione del nuovo tassello di cure avverrà a tappe. Per quanto riguarda l'Ospedale di Acquarossa, diversamente da quanto menzionato nel Rapporto, che prevedeva la sua chiusura temporanea in attesa dell'edificazione del nuovo stabile, si sta valutando la possibilità di costruire il nuovo ospedale sul sedime adiacente alla costruzione esistente, permettendo quindi il ri-orientamento in istituto di cura senza interruzione dell'attività. Questo permetterà all'istituto bleniese di mantenere in Valle intatte le proprie potenzialità e di trasferirle nella nuova struttura.

La destinazione dei letti di medicina di base attualmente in esercizio all'Ospedale di Faido (33), inizialmente previsti proprio per far fronte alla chiusura di Acquarossa, saranno invece destinati alla copertura dei posti previsti a Sementina (30) che saranno agibili non prima del 2016. I letti di medicina di base di Faido saranno in seguito destinati in parte alla riabilitazione (20). L'utilizzo dei rimanenti 10 rimane ancora aperto, ma potrebbero rimanere istituto di cura per i bisogni della Valle.

In attesa che l'EOC costruisca un nuovo stabile a Mendrisio, adiacente all'Ospedale Beata Vergine, il reparto di 15 letti presso la Casa per anziani S. Lucia di Arzo potrebbe essere potenziato transitoriamente a 30 posti letto; successivamente se ne valuterà il mantenimento.

Per quanto riguarda i 15 posti previsti all'Ospedale La Carità di Locarno, occorre attendere le risultanze del progetto di collaborazione con la Clinica Santa Chiara, per capire con che tempistica potranno essere messi a disposizione del nuovo istituto di cura.

## **2. L'attenzione per le zone periferiche**

Il processo di trasformazione degli ospedali con mandato di medicina di base in istituti di cura è fonte di preoccupazione soprattutto per gli abitanti delle Tre Valli in relazione evidentemente agli ospedali ORBV sede di Faido e ORBV sede di Acquarossa in istituti di cura per gli abitanti delle Tre Valli. L'interrogazione del 6 dicembre 2013 del deputato Franco Celio "Ospedali di Faido e di Acquarossa decapitati", la petizione "Per la difesa del servizio ospedaliero nelle Tre Valli", lanciata dalle sezioni di Leventina del Partito Socialista, del Partito Liberale Radicale e del Partito Popolare Democratico, unitamente alle forze politiche rappresentate tramite le liste civiche, la petizione "L'ospedale bleniese di Acquarossa deve continuare a vivere" promossa dai Sindaci dei Comuni bleniesi di Serravalle Luca Bianchetti, Acquarossa, Ivo Gianora e Blenio, Marino Truaisch, nonché dai deputati al Gran Consiglio Gianni Guidicelli e Walter Gianora che ha raccolto oltre 6'000 firme, l'analoga raccolta di firme promossa dal MPS e le numerose prese di posizione al riguardo, pervenute in questi mesi, testimoniano la sensibilità su questa tematica, che tocca gli aspetti tra i più delicati della vita di un individuo, quali la salute e la sicurezza del posto di lavoro ed assume anche una connotazione di politica regionale e sostegno alle zone periferiche.

Gli atti sopraccitati in sostanza richiedono:

- il mantenimento delle prestazioni di base sanitarie ospedaliere nella forma degli attuali reparti di medicina interna anche nelle regioni periferiche di valle, che devono godere di pari dignità e servizi come il resto del Cantone;
- la continuazione dell'attività del reparto di geriatria acuta ad Acquarossa;
- la garanzia dei posti di lavoro attuali;
- l'apertura dei servizi di pronto soccorso 24 ore su 24;
- il ripensamento dei flussi finanziari con l'obiettivo di non caricare ulteriormente i Comuni e i pazienti.

### **2.1 *Mantenimento delle cure di base e di un reparto di geriatria acuta in valle***

Come ampiamente esposto in precedenza, con il progetto di pianificazione illustrato nel presente Messaggio si afferma con forza la necessità di mantenere in valle un'offerta di cure di base, senza chiudere strutture o riconvertirle in case per anziani. Occorre però maggior chiarezza nella distinzione dei diversi comparti di cura a fronte dei fabbisogni constatati e delle nuove regole di finanziamento introdotte dopo la pianificazione oggi in vigore. Per garantire la migliore qualità possibile e un livello elevato di cure specialistiche nonché multidisciplinari e complesse in favore di tutta la popolazione ticinese, compresi gli abitanti delle valli, si è del resto resa necessaria a tutti i livelli una certa concentrazione che, proprio per tenere in considerazione il concetto di diffusione territoriale delle cure di prossimità, non si è comunque voluto forzare eccessivamente, suscitando invero anche critiche di indirizzo opposto.

Già con l'ultima pianificazione (2005) gli istituti che oggi sono candidati a diventare istituto di cura erano stati identificati come "non somatico-acuti", perché la suddivisione dei mandati in vigore allora non permetteva di operare distinzioni più precise. In questo senso si era optato per l'inserimento di un asterisco che li caratterizzasse per l'offerta limitata alla medicina di base.

Se si ripercorre la storia di questi istituti, si osserva che nel corso degli ultimi decenni hanno già conosciuto un'importante evoluzione e una ridefinizione dei propri mandati, dettate non tanto da imposizioni legislative o pianificatorie quanto piuttosto dall'evoluzione naturale della medicina e delle modalità di presa in carico. Ad esempio ad Acquarossa, fino al 1980 era in funzione il reparto di maternità e fino al 1991 il servizio di chirurgia e le sale operatorie. Queste prestazioni sono poi state abbandonate anche a seguito di autorevoli perizie che hanno ritenuto non più date le necessarie condizioni di sicurezza e qualità, tenuto conto anche della casistica trattata. Già al momento della chiusura dei reparti di chirurgia si paventava lo smantellamento dell'assistenza sanitaria nelle zone periferiche del Cantone, ma così non è stato. Questo percorso segue il progresso della medicina che oggi ha ovunque l'obiettivo di ridurre al minimo la degenza in un ospedale acuto e, quando è possibile, di non operare in regime stazionario, ma privilegiare la scelta ambulatoriale.

Non adeguare oggi le strutture esistenti potrebbe significare un lento declino per gli istituti di Valle che, in ogni caso, non potranno competere con gli altri nosocomi somatico-acuti, i quali grazie alla presenza contemporanea di più specialisti ed una casistica che permette di acquisire un'adeguata esperienza accresceranno il livello di qualità. Con il tempo queste migliori premesse e garanzie potrebbero incidere sulle scelte dei pazienti ed anche sull'attrattività dei posti di lavoro, rendendo difficile la reperibilità di medici intenzionati ad operare nelle strutture periferiche.

La trasformazione è quindi un'opportunità da cogliere e da valorizzare per mettere a disposizione della popolazione delle valli un'offerta di cure necessaria, durevole nel tempo e appropriata. Ciò vale sia per lo sviluppo del reparto di riabilitazione a Faido, che potrebbe diventare così in questo segmento un centro di competenza cantonale, sia per la creazione dell'Istituto di cura ad Acquarossa.

Al momento attuale (dati 2013) i due ospedali ricoverano pazienti del proprio distretto nella misura del 30% ad Acquarossa (331 pazienti) e del 45% (solo reparto di medicina) a Faido (424 pazienti). Altri ospedali dell'EOC prendono a carico i pazienti provenienti dai due distretti, 589 dal distretto di Blenio e 956 dalla Leventina (senza contare quanti ricorrono alle cliniche private).

La dimensione dell'istituto di cura di Acquarossa e transitoriamente di Faido fino alla conclusione dei lavori a Sementina, risponde quindi al bisogno di cure dei pazienti della valle. Come ribadito più volte, per Faido è prevista la conversione di 20 letti per cure riabilitative che andrebbero ad aggiungersi ai 25 esistenti. Una valutazione di dettaglio su un eventuale mantenimento di alcuni letti di istituto di cura a Faido sarà fatta al momento dell'apertura dell'istituto di Sementina.

## **2.2 I posti di lavoro**

Il personale che lavora attualmente nei due ospedali è calibrato sulla dimensione e sulla tipologia di pazienti odierne. Acquarossa conta 50 posti, di cui 30 diventeranno istituto di cura e 20 posti di casa anziani. La dotazione complessiva del personale curante non potrà essere molto diversa dall'attuale; cambierà piuttosto il mix di professionisti richiesto. Lo stesso discorso vale per Faido che, con la prevista trasformazione a medio termine in istituto di riabilitazione per 20 letti e la probabile continuazione quale istituto di cura in valle



Leventina per i rimanenti 10/15 letti, non fa temere un ridimensionamento dei posti di lavoro garantiti attualmente.

Si rileva che su un totale di 107 persone che lavorano ad Acquarossa solo 49 persone (46%) risiedono in Valle. Leggermente di più sono le persone domiciliate in Leventina che lavorano a Faido: su un totale di 105 persone rappresentano il 58% (61).

Dal profilo dell'attenzione alle regioni periferiche, non va inoltre dimenticato che anche i servizi centrali dell'EOC situati a Biasca, proprio per ragioni di questa natura, costituiscono una buona opportunità di impiego per le persone residenti nelle valli. Attualmente sono però solo 10 i bleniesi e 14 i leventinesi impiegati, su un totale di 132 persone che lavorano a Biasca.

L'esigenza di dover realizzare ad Acquarossa un nuovo stabile costituisce certo un'opportunità per prevedere l'insediamento di nuovi servizi e conseguentemente nuove attività che veicolano posti di lavoro qualificati quali la distribuzione dei pasti a domicilio, il miglioramento della rete di assistenza e cura a domicilio, l'apertura di centri diurni, l'insediamento di una sede del Servizio Autoambulanze Tre Valli Soccorso, ecc.

## **2.3 Il pronto soccorso**

### **2.3.1 L'organizzazione attuale**

Gli attuali istituti con il solo mandato di medicina di base di Acquarossa, Faido e Castelrotto assicurano un pronto soccorso di "tipo B" alla popolazione del comprensorio. Questa tipologia di pronto soccorso (PS) è definita all'art. 9 cpv. 1 del Regolamento concernente i servizi di urgenza medica negli ospedali e nelle cliniche (del 29 aprile 2005).

#### **«Pronto soccorso»**

**Art. 9** <sup>1</sup> Sono servizi di categoria B i servizi che:

- a) *garantiscono 24 ore su 24 o a tempo determinato una prima valutazione ed assistenza di urgenze mediche a pazienti con funzioni vitali non compromesse e senza rischio per un danno grave e permanente alla salute, e*
- b) *dispongono di procedure codificate per assicurare il trasferimento di pazienti instabili.*

Nella realtà i tre PS citati hanno uno sportello di "ricezione pazienti" durante i giorni feriali dalle 8.00 alle 20.00 ad Acquarossa e Faido e dalle 10.00 alle 14.00 a Castelrotto. In tutti e tre gli ospedali non c'è personale medico e paramedico dedicato all'attività di PS. Ad Acquarossa e Faido il personale è disponibile ai piani 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, mentre a Castelrotto la disponibilità in sede è assicurata di giorno e di notte è garantito il picchetto medico.

### 2.3.2 Le statistiche sull'utilizzo dei PS

Tabella 13: Visite nei PS di Acquarossa, Faido e Castelrotto, dati 2013

Dati 2013	ACQUAROSSA		FAIDO		CASTELROTTO	
		visite/h		visite/h		visite/h
<b>Visite nella fascia oraria</b>						
07:00 - 15.59	2'178	0.66	1'352	0.41	862	0.26
16.00 - 19.59	641	0.44	391	0.27	261	0.18
20.00 - 06.59	450	0.11	286	0.07	100	0.02
<b>Visite in un anno</b>	<b>3'269</b>		<b>2'029</b>		<b>1223</b>	
<b>Visite al giorno nella fascia oraria 07.00 - 19.59</b>	<b>7.7</b>		<b>4.8</b>		<b>3.1</b>	
<b>Visite al giorno nella fascia oraria 20.00 - 06.59</b>	<b>1.2</b>		<b>0.8</b>		<b>0.3</b>	

Come si può desumere l'utilizzo dei PS periferici è alquanto contenuto, sia per quanto riguarda la frequenza giornaliera, sia per quella oraria. Il pronto soccorso di Acquarossa risulta essere il più frequentato e durante la fascia diurna prende in carico un paziente all'ora. Nella fascia serale e notturna la frequenza si abbassa notevolmente per tutti e tre i PS, a Faido è inferiore al paziente per notte, mentre a Castelrotto si reca un paziente ogni tre notti. La casistica che si presenta nei tre istituti è di regola di modesta gravità e rientra nei cosiddetti casi bagatella che potranno essere presi in carico senza difficoltà dai previsti centri medici d'urgenza come esplicitato al punto seguente.

### 2.3.3 La trasformazione in centri medici d'urgenza

Il ri-orientamento degli ospedali citati in istituti di cura non incide sull'esistenza dei servizi di PS nei tre ospedali sopraccitati.

Dal momento che l'istituto di cura disporrà di una presenza medica 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 (ancora da valutare se nella fascia notturna ci sarà la guardia medica o se si farà capo al picchetto disponibile in quindici minuti), non vi sarebbe nessuna difficoltà a garantire la continuità del servizio attuale. Di fronte alla scarsa frequentazione dei servizi, occorre però anche interrogarsi sulla loro attrattività quali posti di lavoro per i medici che dovrebbero operarvi. Inoltre la loro funzione sanitaria deve essere contestualizzata per rapporto alle preoccupazioni espresse soprattutto dal Circolo Medico delle Tre Valli a più riprese e in particolare:

- la mancanza di medici di famiglia in periferia dovuta all'invecchiamento degli attuali medici attivi sul territorio e alla scarsa attrattività ad installarsi;
- la difficoltà nella gestione dei picchetti medici festivi che diventa particolarmente onerosa per la scarsità di medici che non hanno ancora compiuto 60 anni (limite per il servizio);
- l'impegno richiesto per garantire il picchetto festivo a tutta la regione Tre Valli;
- la scarsa disponibilità di farmacie di picchetto la sera e i giorni festivi.

Queste preoccupazioni, che travalicano evidentemente il mero ambito della pianificazione ospedaliera, inducono a favorire la ricerca di una soluzione condivisa tra i vari attori che possa permettere di risolvere, almeno in parte, i problemi sollevati e a migliorare il servizio offerto alla popolazione delle Tre Valli.

A tale scopo è stato istituito un gruppo di lavoro formato da rappresentanti dello Stato, dell'EOC e dei medici del territorio.

Il progetto, per il momento abbozzato e non ancora definito nei dettagli, prevede che l'EOC metta a disposizione, all'interno degli Ospedali di Acquarossa e di Faido, dei locali

attrezzati per ospitare uno studio medico, con la possibilità di usufruire dei servizi di radiologia e di laboratorio dell'EOC.

L'offerta è destinata *in primis* ai medici liberi professionisti che potrebbero svolgere la loro attività ambulatoriale e nel contempo occuparsi dei pazienti che dovessero presentarsi spontaneamente per un'urgenza.

L'EOC assicura invece la presenza di medici specialisti nelle valli durante la settimana ed è intenzionato ad aprire anche una farmacia all'interno dell'Ospedale di Acquarossa per sopperire alla mancanza di farmacie aperte in valle, la sera e i giorni festivi.

Il picchetto serale e festivo potrà essere condiviso tra i medici del circolo e quelli operanti all'interno degli istituti di cura. L'EOC dovrebbe quindi garantire una presenza ed un supporto sussidiari ai medici del territorio, agevolandone il lavoro e migliorando così anche l'attrattiva per nuovi insediamenti di medici nelle valli.

Anche l'eventuale trasformazione integrale dell'Ospedale di Faido in centro di riabilitazione non deve far temere per l'eventuale scomparsa della figura del medico internista (e quindi in grado di valutare lo status dei pazienti che dovessero presentarsi in urgenza), poiché le linee guida SWISS REHA e REHA TICINO, prevedono l'approccio interdisciplinare e di conseguenza la presenza di un medico internista è requisito imprescindibile.

In aggiunta si osserva che le paure di un sovraffollamento del PS dell'Ospedale San Giovanni sono ingiustificate. Da un lato l'EOC sta sperimentando da qualche tempo la collaborazione con i medici del territorio per la gestione dei casi bagatella, ragione per cui i tempi di attesa si sono ridotti di molto e le vere urgenze sono riconosciute dal *triage* effettuato all'entrata. Dall'altro lato, la presenza fisica di un medico "dedicato" nei locali dei centri medici d'urgenza risponderà ancora meglio rispetto alla situazione odierna a richieste che già oggi vengono soddisfatte dal PS dell'Ospedale S. Giovanni.

## **2.4 I flussi finanziari**

Anche per quanto riguarda quest'ultimo aspetto si è voluto rispondere concretamente nel Messaggio alle sollecitazioni intervenute proponendo una diversa ripartizione del finanziamento residuo tra Cantoni e Comuni nella misura del 50% ciascuno e diminuendo la quota giornaliera posta a carico del paziente, che dovrebbe ammontare a CHF 30, ritenuto un massimo di CHF 600/g.

Per concludere giova pure ribadire che il progetto istituti di cura beneficerà inizialmente di una fase sperimentale di due anni, durante la quale, una raccolta di indicatori permetterà di valutarne appieno la pertinenza e di apportare le necessarie correzioni di percorso.

## **3. Istituti per anziani e invalidi medicalizzati**

Come già segnalato, il presente Messaggio integra anche l'aggiornamento della pianificazione approvata dal Parlamento il 23 settembre 2013, che costituiva una prima tappa pianificatoria (cfr. Messaggio 6620).

### **3.1 Istituti per anziani medicalizzati**

Le rettifiche di posti letto rispetto al DL del 23 settembre 2013 riguardano, in particolare:

- l'allineamento alla situazione più recente e alle ultime verifiche e autorizzazioni rilasciate;

- l'aggiornamento per progetti di ampliamento/ristrutturazione o nuova costruzione d'istituti;
- l'inserimento di nuove iniziative individuate nel biennio 2012-2013 per progetti di ampliamento/ristrutturazione, nuova costruzione d'istituti o trasformazione di strutture già disponibili.

Questi adeguamenti sono riassunti nella tabella che segue.

**Tabella 14: Posti letto nel nuovo Elenco degli istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) rispetto al DL 23 settembre 2013 - Ticino e comprensori SACD**

	POSTI LETTO LAMal 2013 (DL 23.09.2013) <i>(senza STT (CAT))</i>	RETTIFICHE POSTI LETTO 2013 <i>(singoli istituti)</i>	NUOVI POSTI LETTO 2014-2020 <i>(con CuPa)</i>	POSTI LETTO SUPPLEMENTARI (al netto)	POSTI LETTO DA AUTORIZZARE LAMal 2015 (a regime) <i>con CuPa</i>
	1	2	3	4=2+3	5=1+4
<b>TICINO</b>	<b>4'944</b>	<b>-125</b>	<b>405</b>	<b>280</b>	<b>5'224</b>
MENDRISIOTTO E BASSO CERESIO	934	-34	99	65	999
LUGANESE	1'447	-27	156	129	1'576
MALCANTONE E VEDEGGIO	449	4	35	39	488
LOCARNESE E VALLEMAGGIA	1'152	-41	65	24	1'176
BELLINZONESE	505	-14	30	16	521
TRE VALLI	457	-13	20	7	464

Fonte: UACD, 2013. Elaborazione: DASF, 2014.

### 3.2 Centri di competenza in cure palliative specialistiche, nelle case per anziani

Coerentemente con la strategia cantonale in materia di cure palliative, nel corso del 2013 l'Ufficio del medico cantonale e l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio hanno proceduto a una valutazione, in base a precisi criteri di scelta, delle potenziali case per anziani candidate a questa nuova tipologia di presa in carico. Nell'ambito della presente seconda tappa della pianificazione delle case di cura, si propongono pertanto i primi 30 posti letto presso due centri di competenza in cure palliative specialistiche presso case per anziani, ambedue al momento localizzate nel Sottoceneri. Per quanto riguarda la dotazione di posti letto per cure palliative specialistiche presso case per anziani del Sopraceneri saranno individuate nei prossimi anni le strutture adeguate.

**Tabella 15: Posti letto in istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) - Case per anziani Centri di competenza in cure palliative specialistiche**

	POSTI LETTO LAMal 2013 (DL 23.09.2013) <i>(senza STT (CAT))</i>	RETTIFICHE POSTI LETTO 2013 <i>(singoli istituti)</i>	NUOVI POSTI LETTO 2014-2020	POSTI LETTO SUPPLEMENTARI (al netto)	POSTI LETTO DA AUTORIZZARE LAMal 2015 (a regime)
	1	2	3	4=2+3	5=1+4
<b>TICINO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
SOTTOCENERI	0	0	30	30	30
SOPRACENERI	0	0	0	0	0

Fonte: UACD, 2013. Elaborazione: DASF, 2014.

### 3.3 Istituti per invalidi medicalizzati

Con questa seconda tappa dell'aggiornamento, s'intende procedere a un profondo riordino dell'elenco degli istituti per invalidi e dei posti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3).

Le ragioni sono essenzialmente da ricercare nel fatto che unicamente 7 di queste strutture residenziali per invalidi sono firmatarie di una Convenzione in essere con gli assicuratori malattia e, nel contempo, le uniche che presentano una sostanziale e costante erogazione di prestazioni di cura ai fini della LAMal (art. 7 dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Opre).

Per rapporto all'Elenco degli istituti per invalidi autorizzati ad esercitare a carico della LAMal inserito nel DL approvato il 23 settembre 2013 (M6620) si propone dunque lo stralcio di 8 istituti per invalidi adulti e dei relativi 204 posti e la conferma invece dell'autorizzazione per 232 posti letto nel nuovo Elenco LAMal 2015 nelle rimanenti 7 strutture per invalidi.

La nuova situazione è illustrata dalla tabella seguente.

**Tabella 16: Posti letto nel nuovo Elenco degli istituti per invalidi autorizzati ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3) rispetto al DL 23 settembre 2013**

	POSTILETTO LAMal 2013 (DL 23.09.2013) 1	RETTIFICHE POSTI 2013 (singoli istituti) 2	NUOVI POSTI DA AUTORIZZARE 3	POSTI LETTO DA AUTORIZZARE LAMal 2015 (a regime) 4=1+2+3
<b>TICINO</b>	<b>436</b>	<b>-204</b>	<b>0</b>	<b>232</b>
ISTITUTI CON CONVENZIONE CM	232	0	0	232
ISTITUTI SENZA CONVENZIONE CM	204	-204	0	0

Fonte: UI, 2013. Elaborazione: DASF, 2014.

## IX. PARERE DELLE CONFERENZE REGIONALI DELLA SANITÀ

Conformemente alla LCAMal, sono state costituite sei Conferenze regionali chiamate a dare al Consiglio di Stato un parere consultivo sul progetto di pianificazione. Le sei Conferenze regionali hanno raggruppato rispettivamente i Comuni delle regioni Mendrisiotto e Basso Ceresio, Luganese, Malcantone-Vedeggio, Locarnese e Vallemaggia, Bellinzonese e Regione Tre Valli. I comprensori corrispondono a quelli dei servizi di assistenza e cura a domicilio pubblici. In ciascuna Conferenza sono stati coinvolti otto rappresentanti dei servizi e dei professionisti della sanità come già menzionato al capitolo II. Le Conferenze regionali, che hanno ricevuto il disegno di pianificazione a metà febbraio, erano chiamate ad inoltrare il loro parere entro il 31 marzo 2014. L'avviso delle singole Conferenze è allegato al presente Messaggio. Di seguito viene presentata una sintesi delle principali osservazioni suddivise per settore di presa in carico.

Per quel che concerne le proposte formulate nel progetto di pianificazione ospedaliera relative all'art. 39 cpv. 1 LAMal (somatico-acuto, riabilitazione e psichiatria), quattro Conferenze su sei (Mendrisiotto e Basso Ceresio, Luganese, Malcantone-Vedeggio, Locarnese) hanno condiviso gli indirizzi proposti. Le Conferenze citate sottolineano in particolare la necessità di garantire una presa in carico adeguata e di qualità, di concentrare le prestazioni più complesse senza rinunciare a garantire un'ampia diffusione delle cure di prossimità, di consolidare la realtà sanitaria ticinese al fine di mantenerla attrattiva nel nuovo contesto nazionale e di contenere la crescita della spesa sanitaria grazie anche ai partenariati proposti fra EOC e Cliniche private.

Un giudizio non unanime è stato per contro espresso dalla Conferenza regionale delle Tre Valli. La maggioranza della stessa ha approvato di principio la nuova pianificazione; 3 membri su 7 non hanno però sottoscritto la relativa presa di posizione in ragione della prospettata riconversione a istituto di cura dell'Ospedale di Acquarossa e della futura

organizzazione dei Centri di medicina d'urgenza di Faido e Acquarossa. In tal senso è stato sottoposto anche un breve Rapporto di minoranza nel quale si rileva la necessità di attribuire all'Ospedale di Faido il reparto di riabilitazione e di medicina generale con il PS operativo 24 ore e all'Ospedale di Acquarossa il reparto di geriatria e il PS aperto 24 ore. Tale proposta, secondo i firmatari di questo Rapporto di minoranza, consentirebbe di mantenere una medicina di prossimità, efficace ed efficiente nelle Tre Valli.

La Conferenza regionale della sanità del Bellinzonese ha espresso forti preoccupazioni rispetto al progetto pianificatorio, pur condividendo il modello di riferimento adottato. I membri hanno rilevato in particolare la necessità che l'Ospedale Regionale di Bellinzona sia confermato come uno dei due poli ospedalieri di riferimento. In particolare la Conferenza ha sottolineato le difficoltà logistiche dell'Ospedale S. Giovanni (OSG) dovuto all'aumento di pazienti oggi curati nelle valli e la necessità di confermare la caratterizzazione dell'OSG quale unico polo di riferimento cantonale per l'oncologia, la neonatologia complessa, la pediatria e la senologia. In questo senso è stato chiesto che il mandato legato alla ginecologia multidisciplinare e complessa sia attribuito senza limite temporale all'OSG. È altresì stata postulata la conferma di tutti i mandati proposti dal progetto, con l'aggiunta del mandato di chirurgia della mano e l'attribuzione, in maniera provvisoria, dei mandati in ambito della chirurgia ortopedica e traumatologica con l'Ospedale Regionale di Locarno, al fine di instaurare una miglior collaborazione fra i due istituti.

Le tabelle alle pagine seguenti sintetizzano le principali prese di posizione per settore.

**Tabella 17: Sintesi delle principali rivendicazioni espresse dalle Conferenze regionali (39 cpv. 1 LAMal)**

	<b>Somatico-acuto</b>	<b>Riabilitazione</b>
<b>Mendrisiotto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione al progetto</li> <li>• Assegnazione aggiuntiva all'OBV dei mandati di chirurgia della mano (BEW3) e gastroenterologia specialistica (GAE1.1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letti assegnati in luoghi discosti</li> </ul>
<b>Luganese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione al progetto</li> <li>• Assegnazione aggiuntiva del mandato di Urologia specialistica (URO1.1.1-URO1.1.7) anche all'ORL</li> <li>• Concentrazione deve essere garantita nel rispetto del principio di economicità</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulla da segnalare</li> </ul>
<b>Malcantone-Vedeggio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione al progetto</li> <li>• Nulla da segnalare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attribuzione all'Ospedale Malcantonese della riabilitazione polmonare</li> </ul>
<b>Locarnese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione al progetto</li> <li>• Mantenimento nella regione di Pronto soccorso e Cure intense di elevato livello</li> <li>• Assegnazione aggiuntiva dei mandati di ricostruzione dell'estremità superiore (BEW6), Oftalmologia (AUG1, AUG1.3-1.7), chirurgia maxillare (KIE1), Chirurgia della colonna (BEW8-BEW8.1), ginecologia specialistica (GYN1.1-GYN2), chirurgia cardiaca semplice (HER1, inserimento pacemaker in situazioni non complesse)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulla da segnalare</li> </ul>
<b>Bellinzonese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione di principio al progetto</li> <li>• Preoccupazioni di tipo logistico (struttura, PS)</li> <li>• Richiesta di riconoscimento dell'OSG quale centro cantonale di riferimento per la pediatria, la neonatologia (IIB), l'oncologia e la senologia</li> <li>• Richiesta di creare l'Ospedale Pediatrico Cantonale a Bellinzona</li> <li>• Richiesta di ottenere il mandato completo della chirurgia della mano (BEW3)</li> <li>• Richiesta di disporre del mandato provvisorio (fino al 2017) in collaborazione con l'Ospedale Regionale di Locarno per l'ortopedia specialistica (BEW4, BEW6 e BEW7)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulla da segnalare, soddisfazione sul progetto pianificatorio nell'ambito della riabilitazione</li> </ul>
<b>Tre Valli</b>	<p>Rapporto di maggioranza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione al progetto</li> <li>• Richiesta di valutazione della presa in carico del paziente geriatrico</li> <li>• Necessaria definizione dell'organizzazione e funzionamento dei Centri di medicina d'urgenza di Faido e Acquarossa</li> </ul> <p>Rapporto di minoranza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessità di mantenere una medicina di prossimità nei due istituti e il PS aperto 24 ore su 24 e 7 giorni su 7</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulla da segnalare</li> </ul>
Tutte le Conferenze regionali hanno condiviso il progetto relativo al settore della <b>psichiatria</b> .		

**Tabella 18: Sintesi delle principali rivendicazioni espresse dalle Conferenze regionali (39 cpv. 3 LAMal)**

	<b>Istituti di cura</b>	<b>Case per anziani</b>
<b>Mendrisiotto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione al progetto</li> <li>• Riserva sulle modalità di finanziamento (sia ripartizione Cantone-Comuni sia partecipazione del paziente)</li> <li>• Preoccupazione sul numero di posti previsti nel Mendrisiotto (30) ritenuti troppo pochi anche per rapporto alla dotazione delle altre regioni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carenza di posti letto nel comprensorio</li> </ul>
<b>Luganese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione al progetto, ma riserva sulle modalità di finanziamento (sia ripartizione Cantone-Comuni, sia partecipazione del paziente)</li> <li>• Perplexità per la dotazione medica 24 ore su 24, ritenuta non necessaria vista la tipologia di pazienti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nessuna osservazione</li> </ul>
<b>Malcantone-Vedeggio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione al progetto</li> <li>• Dubbi sul costo per giornata ipotizzato e la sua conciliabilità con la presenza medica 24 ore su 24</li> <li>• Necessità di avere un pronto soccorso anche nella regione Malcantone</li> <li>• Nessuna partecipazione finanziaria dei Comuni al finanziamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento dei 15 posti CAT attuali a Castelrotto come posti di casa anziani</li> </ul>
<b>Locarnese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione al progetto</li> <li>• Riserva sulle modalità di finanziamento (sia ripartizione Cantone-Comuni, sia partecipazione del paziente)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richiesta di potenziamento di posti letto nella cintura urbana</li> </ul>
<b>Bellinzonese</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione al progetto</li> <li>• Preoccupazione per un aumento delle degenze al San Giovanni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nessuna osservazione</li> </ul>
<b>Tre Valli</b>	<p>Rapporto di maggioranza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adesione al progetto</li> <li>• Richiesta di definire meglio gli aspetti organizzativi (dotazione di personale, creazione centri medici d'urgenza) e finanziari;</li> <li>• Richiesta di costruire il nuovo ospedale di Acquarossa senza interrompere l'attività dell'esistente;</li> <li>• Necessità di un monitoraggio delle conseguenze della trasformazione</li> </ul> <p>Rapporto di minoranza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento dello status quo per entrambi gli ospedali di ACQ e FAI (medicina generale, geriatria e Pronto soccorso)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nessuna osservazione</li> </ul>
Nessuna osservazione sugli istituti per <b>invalidi</b>		

Sulla base del parere espresso dalle Conferenze Regionali della Sanità il Consiglio di Stato ha deciso di modificare il progetto di pianificazione ospedaliera, tenendo conto, in particolare, delle rivendicazioni espresse dalla Conferenza del Bellinzonese e delle perplessità concernenti la nuova ripartizione degli oneri di finanziamento degli istituti di cura.



Per quel che concerne l'Ospedale Regionale di Bellinzona, al di là della conferma dei mandati attribuiti e del suo ruolo di ospedale di riferimento per il Sopraceneri e per alcune specializzazioni per l'intero Cantone, si propone inoltre l'attribuzione del mandato di chirurgia della mano. Tale attribuzione è fondata sulla riconosciuta competenza nazionale quale Hand Trauma Center, dalla casistica trattata e da una recente perizia che ha sottolineato la qualità quale sede di riferimento del sito di Bellinzona. In funzione del numero di casi presenti sul nostro Cantone, si propone quindi la creazione di un polo anche nel Sopraceneri ubicato presso la sede dell'Ospedale Regionale di Bellinzona. Non va del resto dimenticato che la chirurgia della mano è svolta nella grande maggioranza dei casi in regime ambulatoriale.

Per il resto si ribadiscono le analisi espresse nel Rapporto e quindi le relative attribuzioni di mandati, al fine di garantire la qualità delle cure fornite al paziente, al di là di interessi particolari di singole strutture o di rivendicazioni regionali. La nuova metodologia imporrà inoltre degli adeguamenti costanti. I mandati saranno quindi attribuiti per periodi limitati (4 anni) e l'adempimento dei relativi requisiti di qualità regolarmente verificati. L'orizzonte temporale di questa pianificazione è quindi il 2020. L'ipotesi di un ospedale cantonale unico di riferimento esula da questa tempistica e sarà semmai da affrontare a più lungo termine. Il disegno pianificatorio proposto, rafforzando una certa concentrazione delle specialità complesse su uno o due poli, non si pone in ogni caso in contrasto con un simile scenario.

Per quel che concerne le osservazioni espresse sulla creazione dei nuovi istituti di cura, si conferma l'intenzione di approfondire anche con le strutture interessate i vari aspetti ancora da precisare dal profilo operativo. In particolare le dotazioni di personale medico, paramedico e terapeutico saranno definite tenendo conto della possibilità di accogliere i pazienti che già oggi fanno capo agli istituti con il solo mandato di medicina di base, quindi non solo pazienti stabili, come definiti inizialmente, ma anche più fragili e bisognosi di approcci differenziati. Il costo di questa migliore presa in carico non dovrebbe comunque portare a scostamenti rilevanti nel costo per giornata di cura (stimato in CHF 450).

Come già rilevato al capitolo sugli istituti di cura, anche la ripartizione degli oneri tra Cantone, Comuni e pazienti è stata oggetto di revisione rispetto alla proposta iniziale. In particolare la partecipazione a carico del paziente è stata diminuita da CHF 50/g a CHF 30/g, avvicinando la realtà degli istituti di cura a quella ospedaliera (CHF 15/g) per un massimo di CHF 600 all'anno, mentre si propone di suddividere l'onere a carico di Cantone e Comuni al 50%.

Con riferimento alla richiesta di potenziamento dei posti letto nelle case per anziani, si rileva che la concretizzazione dei progetti di costruzione e di ampliamento non è compito del Cantone, ma degli enti locali. Per quanto riguarda i 15 posti letto nella regione Malcantone si segnala che la casa per anziani di Castelrotto sarà autorizzata per 105 letti recuperando quindi i 15 posti letto destinati nel 2011 all'esperienza CAT.

## X. LE IMPLICAZIONI FINANZIARIE

Il nuovo assetto pianificatorio presenta incognite importanti evidenziate nei capitoli precedenti che non permettono di valutare compiutamente le conseguenze finanziarie delle scelte effettuate. In generale si può affermare che l'attività prevista in termini di pazienti trattati e di indice di gravità non dovrebbe in ogni caso diminuire. I risparmi ipotizzabili sono quindi quelli generati da una maggiore concentrazione delle specialità multidisciplinari e complesse (economie di scala) e dalle collaborazioni in divenire tra EOC e Cliniche Sant'Anna e Santa Chiara, difficili da valutare allo stato attuale. L'obiettivo di questa pianificazione è quello di cercare di contenere la spesa sanitaria entro i limiti attuali, a fronte della crescita importante registrata negli ultimi anni anche al di là delle nuove modalità di finanziamento e quindi dell'onere assunto in relazione al finanziamento delle cliniche private.

Il DSS ha manifestato a più riprese le proprie preoccupazioni di fronte alla lievitazione della spesa sanitaria avvenuto tra il 2011 e il 2013. Si veda al riguardo la tabella seguente, tenendo conto che il dato di preventivo 2014 considera lo sforzo compiuto anche dagli ospedali e dalle cliniche, che hanno visto ridursi dell'1.8% i contributi, quale misura adottata dal Consiglio di Stato per contenere il disavanzo. Considerando l'eccezionalità di tale misura, un eventuale contenimento dei costi potrà essere effettuato solo agendo al momento dell'approvazione o della fissazione delle tariffe.

**Tabella 19: Evoluzione contributi cantonali per ospedalizzazioni nel e fuori Cantone**

Partecipazione cantonale in Mio. CHF	2011	2012	2013	2014 Preventivo
Per ospedalizzazioni nel Cantone	199.0	293.8	302.7	299.7
Variazione rispetto al 2011		+ 94.8	+ 103.7	+ 100.7
Per ospedalizzazioni fuori Cantone	13.2	19.3	23.1	20.4
Variazione rispetto al 2011		+ 6.1	+ 9.9	+ 7.2
Totale	212.2	313.1	325.8	320.1
Variazione rispetto al 2011		+ 100.9	+ 113.6	+ 107.9
Indice (2011 = 100)	100	148	154	151

I limiti d'intervento del Cantone sono dettati in primo luogo dalla LAMal. Da un lato le tariffe sono negoziate tra assicuratori e fornitori di prestazione (all'Autorità cantonale ne compete l'approvazione o la fissazione in caso di mancato accordo), dall'altro la libera scelta del fornitore di prestazione assicurata al paziente a livello nazionale costa al Cantone parecchi milioni con pochi margini di manovra. La LCAMal permette di ridurre la copertura finanziaria di interventi garantiti anche in Ticino a livello della tariffa più bassa applicata per la stessa prestazione nel Cantone. Questa misura permette un **contenimento** dei costi stimato nell'ordine di circa **un milione di franchi** all'anno.

Al di là del regime legislativo federale, il nostro Cantone si è dotato di strumenti che permettono di esercitare in una certa misura un controllo della spesa e che danno adito a trattative intense e difficili con le strutture, sfociate anche in contestazioni giudiziarie. Si pensi in particolare allo strumento del contratto di prestazione, previsto dalla LCAMal, che prevede la definizione di un finanziamento ex-ante a tariffa piena e una remunerazione ai soli costi variabili sugli eventuali volumi eccedenti a consuntivo che superano per due anni consecutivi la soglia del 3%. Se si considerano i dati di consuntivo 2012, una remunerazione a tariffa piena dei volumi avrebbe comportato per il Cantone un'ulteriore **spesa supplementare** di circa **13 milioni di franchi**, senza possibilità per l'Autorità cantonale di ricalibrare la tariffa in funzione dei nuovi (e maggiori) volumi d'attività.<sup>11</sup>

Precisato che l'obiettivo finanziario minimo della pianificazione è quello citato di una spesa stabilizzata ai livelli odierni, si espongono di seguito le implicazioni finanziarie della creazione degli istituti di cura e del loro finanziamento ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal.

Il fatto che i suddetti istituti non saranno più finanziati secondo le regole dell'art. 39 cpv. 1 (45% assicuratori / 55% Cantone) implica una ridefinizione della spesa e una differente ripartizione della stessa sui diversi agenti finanziatori. È stata analizzata la spesa attuale e quella attesa nei nuovi istituti di cura dei casi oggi trattati in medicina di base e nei reparti CAT/STT e che dovrebbero confluire nei futuri istituti di cura (le ipotesi di calcolo sono riprese dai rapporti pianificatori). Di seguito le risultanze principali:

- Oggi gli istituti con il solo mandato di medicina di base e i CAT/STT costano CHF 50.4 Mio di cui CHF 24.5 Mio assunti dallo Stato, CHF 20.1 Mio dagli assicuratori mentre i pazienti pagano direttamente agli assicuratori CHF 1.0 Mio (CHF 15/g). I CAT/STT costano CHF 5.7 Mio, di cui CHF 2.2 Mio a carico dei Comuni, CHF 2.1 Mio a carico degli assicuratori, CHF 0.6 Mio a carico del Cantone e CHF 0.8 a carico dei pazienti (CHF 50/g).
- Nell'ipotesi di un travaso del 70% dei pazienti degli attuali istituti con il solo mandato di medicina di base e del 100% degli attuali CAT/STT nei futuri istituti di cura e di una degenza media di 21 gg (oggi negli istituti di medicina di base è di 15.5 gg e nei CAT/STT di 19.8 gg), il **costo complessivo** permane **stabile** e si situa attorno a CHF 38 Mio. Con l'istituto di cura diminuisce il costo medio per giornata (aumenta per i CAT; rimane stabile per istituti come l'Ospedale Malcantonese e la Clinica Varini, mentre diminuisce sensibilmente per la Clinica Luganese, sede di S. Rocco e gli ospedali dell'EOC di Faido e Acquarossa), aumentano per contro le giornate di cura a causa di una degenza più lunga (21 gg).

Si ha inoltre un **cambiamento nella ripartizione della spesa** sui diversi finanziatori. Ipotizzando un costo di CHF 450/g, la partecipazione degli assicuratori malattia (AM) dovrebbe ammontare a CHF 200/g, con un incremento di CHF 0.6 Mio rispetto alla situazione attuale. Diversamente da quanto indicato nel Rapporto, al fine di garantire una maggiore equità nell'assunzione dell'onere finanziario complessivo la partecipazione del **paziente** sarà limitata a **CHF 30** per giornata di cura, mentre il finanziamento residuo andrebbe a carico del **Cantone** e dei **Comuni** nella misura del **50% ciascuno**.

Di seguito esplicitiamo in uno schema i calcoli sull'insieme della spesa relativa agli istituti di cura nel confronto tra la situazione attuale, la proposta contenuta nel presente Messaggio e l'ipotesi contenuta nel Rapporto.

---

<sup>11</sup> Lo strumento del contratto di prestazione con la definizione di un budget globale è utilizzato anche nel Canton Vaud.

**Tabella 20: Ripartizione degli oneri dei futuri istituti di cura, confronto tra situazione esistente e nuova proposta**

Situazione attuale (dati 2012)									
	Giornate di cura	Casi trattati	DMD	Costo in mio di CHF	Costo/CG	Assicuratori	Comuni	Stato	Paziente
Istituti medicina di base	69720	4512	15.5	44.6	640.2	20.1	0.0	24.5	1.0
CAT	16969	857	19.8	5.7	338.0	2.1	2.2	0.6	0.8
<b>Totale</b>	<b>86689</b>	<b>5369</b>	<b>16.1</b>	<b>50.4</b>	<b>581.0</b>	<b>22.2</b>	<b>2.2</b>	<b>25.1</b>	<b>1.9</b>
Ipotesi di passaggio del 70% dei pazienti degli istituti di medicina di base nei futuri istituti di cura									
	65773	4015	16.4	37.0	562.2	16.2	2.2	17.7	1.6

Situazione 2015 - proposta Messaggio									
			Variabili di costo e ripartizione						
			Totale	450					
			AM	200					
			Pazienti	30					
			Stato	110					
			Comuni	110					
Istituti di cura	GC	Uscite	DMD	Costo	Costo/CG	AM	Comuni	Stato	Paziente
Totale	83768	3989	21	37.7	450	16.8	9.2	9.2	2.5
Differenze rispetto alla situazione attuale				0.7		0.6	7.0	-8.5	0.9

Con la proposta contenuta nel presente Messaggio il Cantone risparmierebbe rispetto alla situazione di partenza, CHF 8.5 Mio, mentre i Comuni e i pazienti aumenterebbero la loro partecipazione rispettivamente di CHF 7 Mio e di CHF 0.9 Mio. Questa proposta rappresenta un'alternativa convincente nei confronti della situazione prospettata nel Rapporto, che caricava sui Comuni l'80% della spesa prevista di CHF 12 -15 Mio.

Si rileva che le variabili alla base del calcolo possono incidere molto sui calcoli sopraesposti. In particolare la durata di degenza influenza il numero di pazienti potenzialmente ricoverabili. Se questa diminuisse, ulteriori pazienti potrebbero trovar posto negli istituti di cura, alleggerendo il settore somatico-acuto, con conseguenti risparmi sulle relative degenze. Inoltre non è stato possibile valutare quanto la presenza di questo nuovo tassello nella catena delle cure possa influenzare la presa in carico globale del paziente, con minori trasferimenti e una durata di degenza nell'insieme più corta.

## XI. MODIFICHE LEGISLATIVE

### 1. La nuova Legge sugli istituti di cura

#### 1.1 Impostazione generale

Gli istituti di cura necessitano una loro collocazione precisa nell'ambito della legislazione che regola le prestazioni erogate nel campo sanitario e sociosanitario. Ogni segmento di cura dispone di una propria legge di riferimento, segnatamente la Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane del 30 novembre 2010 (LANz) e la Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 30 novembre 2010 (LACD). La presa in carico ospedaliera è invece disciplinata in maniera già sufficientemente dettagliata dalla LAMal, e dalle relative disposizioni d'esecuzione, nonché dalla Legge cantonale di applicazione (LCAMal), segnatamente dalle nuove disposizioni introdotte nel 2011 per recepire la revisione della LAMal sul finanziamento ospedaliero. È stata effettuata un'analisi di dettaglio delle leggi settoriali citate, nell'ottica di

valutare la possibilità di disciplinare gli istituti di cura semplicemente mediante alcune normative specifiche all'interno della LANz, che pure riguarda, sotto il profilo della LAMal, prestazioni inserite sotto l'art. 39 cpv. 3. Viste le tante particolarità di questa nuova offerta per il settore post- e subacuto, che si distingue su molteplici aspetti dalle regole applicabili alla lungodegenza, si è infine ritenuto necessario optare per una base legale specifica, peraltro più affine per oggetto e modalità pianificatorie e di finanziamento alla Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997. La codifica in una nuova legge contribuisce anche dal profilo formale a caratterizzare e valorizzare la prestazione e la missione specifiche degli istituti di cura.

Riprendendo comunque i capitoli e lo schema generale delle altre leggi citate, la nuova Legge sugli istituti di cura e sostegno funzionale (LICur) definisce in particolare:

- i criteri di riconoscimento;
- il principio del finanziamento con contributo globale;
- gli agenti finanziatori e la ripartizione degli oneri finanziari;
- i contenuti dei contratti di prestazione quadro e annuale;
- gli strumenti di gestione e la trasmissione dei dati;
- le regole di controllo e vigilanza;
- i rimedi di diritto e le norme transitorie.

## **1.2 *Commento ai singoli articoli***

### **Art. 1 - Scopo**

Tale norma è dedicata allo scopo della legge, che è quello di definire e disciplinare le modalità di finanziamento delle nuove strutture di cura. La stessa precisa inoltre che queste strutture si occupano della cura somatica sub-acuta di pazienti in età adulta (che hanno compiuto i 16 anni).

### **Art. 2 - Campo d'applicazione**

Definisce in maniera più puntuale gli istituti di cura e sostegno funzionale, delimitandone le competenze e precisandone l'ambito d'intervento e d'attività. La cura subacuta comprende sia la continuazione del percorso del paziente dopo un ricovero stazionario in una struttura somatico acuta (post-acuto), ma anche la presa in carico di pazienti provenienti direttamente dal domicilio che necessitano di una presa in carico temporanea stazionaria a bassa intensità di assistenza medico-terapeutica e diagnostica.

### **Art. 3 - Prestazioni**

Questa norma delega all'Esecutivo cantonale la facoltà di delimitare ulteriormente il genere di cure che gli istituti sono chiamati ad offrire. Stabilito il principio e inquadrato questo comparto nella catena delle cure, è poi come negli altri ambiti un compito esecutivo quello di precisare tecnicamente la tipologia di pazienti, il ventaglio e l'intensità di prestazioni così come i criteri strutturali organizzativi e la dotazione minima di personale.

### **Art. 4 - Tipologia di pazienti**

Come già esplicitato nel capitolo generale del Messaggio dedicato agli istituti di cura, l'introduzione del sistema tariffale di remunerazione delle prestazioni ospedaliere SwissDRG e l'accorciamento delle degenze nel settore somatico-acuto hanno evidenziato la necessità di creare e rafforzare le strutture "a valle" degli istituti somatico-acuti. Come per l'articolo precedente riguardante le prestazioni, appare necessario attribuire al

Consiglio di Stato anche la facoltà di definire quali elementi distintivi devono presentare, rispettivamente non devono avere, i pazienti eleggibili per la nuova unità di cure. Su questi aspetti sono del resto in corso analisi e discussione anche con i futuri enti gestori, che giustamente devono essere coinvolti.

#### Art. 5 - Pianificazione cantonale

La norma precisa come le nuove unità di cure rientrino nell'ambito della pianificazione cantonale di cui all'art. 39 LAMal, e rinvia alla rispettiva legge cantonale d'applicazione, che ne definisce e ne regola modalità, criteri e procedura. Diversamente dal settore delle case per anziani, in questo comparto non appare necessaria una pianificazione supplementare a quella imposta dalla LAMal.

#### Art. 6 - Riconoscimento

Questa disposizione apre il Capitolo Secondo della legge, dedicato al riconoscimento e al finanziamento.

La norma - che riprende in sostanza parte dei parametri già attualmente applicati nel contesto della Legge anziani e i concetti di qualità ed economicità sanciti dalla LAMal e dalle sue Ordinanze - elenca i criteri che una struttura sociosanitaria deve soddisfare per poter ottenere il riconoscimento, primo requisito formale indispensabile ai fini del finanziamento. L'articolo conferisce poi al Consiglio di Stato (cpv. 2) il compito di regolamentare la procedura di riconoscimento e definire la o le autorità competenti ai fini del riconoscimento.

#### Art. 7 - Oggetto del finanziamento

L'articolo delimita la tipologia di costi coperti dal finanziamento ad opera degli agenti finanziatori coinvolti.

#### Art. 8 - Agenti finanziatori

Gli agenti finanziatori sono elencati in ordine d'importanza dal profilo dell'impatto finanziario. Le norme successive specificano poi le modalità di finanziamento per ciascuno di questi agenti finanziatori: Cantone e Comuni (art. 9 segg.), assicuratori (art. 18) e pazienti (art. 19).

#### Art. 9 - Contributo globale - principio

Si stabilisce che il finanziamento delle strutture riconosciute avviene attraverso la concessione di un contributo globale annuo stabilito dal Consiglio di Stato tramite un contratto di prestazione, sulla base dei compiti attribuiti all'ente gestore e della sua attività. Vengono pertanto riprese le modalità di gestione introdotte in maniera generalizzata dall'inizio degli anni 2000 con tutti gli enti esterni, tra cui anche in ambito sanitario e sociosanitario. Contributo globale e contratto di prestazione rappresentano strumenti per responsabilizzare e incentivare il contenimento dei costi. Compete all'ente sussidiato ottenere un equilibrio finanziario sul medio termine attraverso la costituzione di un fondo di compensazione dei rischi. Tale fondo permetterà di regolare le differenze positive e negative tra contributo e fabbisogno.

#### Art. 10 - Determinazione del contributo globale

Il contributo globale (che comprende il finanziamento del Cantone e dei Comuni) è determinato sottraendo ai costi totali (prestazioni di cura, alberghiere, la formazione non universitaria e i costi d'investimento), la partecipazione degli assicuratori malattie, quella dei pazienti e tutti gli altri ricavi d'esercizio. Si rileva in particolare che il finanziamento

degli investimenti è previsto attraverso il riconoscimento di un'adeguata quota nell'ambito del contributo globale annuale e non mediante crediti specifici.

#### Art. 11 - Ripartizione del contributo globale

A fronte delle critiche espresse dai Comuni e dai loro rappresentanti in seno alle Conferenze regionali, come già segnalato si è deciso di non riprendere la chiave di riparto utilizzata nella LANz e nella LACD (80/20), ma di ripartire l'onere in modo paritario tra i due livelli istituzionali (50/50).

La norma codifica inoltre il principio secondo cui la partecipazione dei singoli Comuni è stabilita esclusivamente in funzione del loro gettito d'imposta cantonale, senza tener conto del domicilio del paziente come in parte avviene per le case per anziani.

#### Art. 12 - Istanza di compensazione

Tale disposto ricalca quanto previsto a tale proposito dalla Legge anziani all'art. 18, a sua volta ripreso dalla precedente legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973, ora abrogata.

#### Art. 13 - Contratto di prestazione - Principio

La possibilità di finanziare ospedali pubblici e cliniche private attraverso questo metodo di gestione è contemplata all'art. 51 cpv. 1 LAMal. Il contratto di prestazione è uno strumento di gestione applicato dal Cantone in modo generalizzato per i principali servizi pubblici. Oltre al campo socio-sanitario (anziani, cure e assistenza a domicilio, invalidi e dipendenze), si ricorda anche il settore dei trasporti e quello degli studi universitari. Nel contesto sanitario 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. Esso consente di favorire un finanziamento prospettico e trasparente e, parallelamente, di responsabilizzare ed incentivare il contenimento dei costi. Il contratto di prestazione ha permesso, 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 e di un contratto di prestazione annuale. L'esistenza stessa del principio di rinnovo annuale consente di prendere in considerazione eventuali cambiamenti e/o scostamenti rispetto alla situazione regolamentata a preventivo, attraverso la definizione di soglie che permettano di valutare possibili variazioni. Questa metodologia governa dal 2012 anche i rapporti con le cliniche private. Per le susposte ragioni non vi sono motivi per cui tale sistema non possa venir applicato anche agli istituti di cura.

#### Art. 14 - Contratto quadro, e Art. 15 Contratto di prestazione annuale

Questi articoli disciplinano i contenuti minimi dei contratti di prestazione. I contratti regolano i principi generali e gli impegni tra il Cantone e i fornitori di prestazioni relativi alle prestazioni risultanti dai mandati di prestazione a loro attribuiti conformemente alla pianificazione. Il fatto che siano conclusi a cadenza annuale permette senza dubbio una grande flessibilità, a vantaggio del Cantone.

L'art. 15 cpv. 2 crea la base legale per definire attraverso una decisione gli obblighi relativi alla fornitura delle prestazioni e alle modalità di remunerazione, qualora non sia possibile giungere ad un accordo.

#### Art. 16 - Strumenti di gestione, e Art.17 Trasmissione dei dati

Questi articoli disciplinano gli obblighi dei fornitori di prestazioni con i quali il Cantone ha stipulato un contratto di prestazione. In particolare, i fornitori di prestazioni devono disporre di strumenti di gestione adeguati e conformi alle disposizioni federali e devono trasmettere le statistiche e i dati necessari alla verifica dell'esecuzione dei contratti.

#### Art. 18 - Partecipazione degli assicuratori

Con questo articolo si stabilisce che gli assicuratori partecipano al finanziamento attraverso il pagamento di un forfait giornaliero. Questo metodo di finanziamento, oltre a razionalizzare i costi amministrativi connessi con la fatturazione all'atto, permette ai partner tariffali di negoziare un'unica tariffa. Gli assicuratori pagano oggi un forfait giornaliero anche nella riabilitazione e nella psichiatria.

Verosimilmente in una prima fase questa modalità di partecipazione degli assicuratori non potrà essere applicata in assenza di una base storica di dati. Per questo motivo all'art. 26 è stata introdotta una norma transitoria.

#### Art. 19 - Partecipazione del paziente

A differenza di quanto avviene per le case per anziani, il soggiorno del paziente in un istituto di cura è temporaneo in vista del rientro a domicilio. Il paziente durante il proprio soggiorno presso l'istituto di cura, continua a sostenere i costi di alloggio del proprio domicilio. Per questa ragione è improprio stabilire un'analogia con le rette giornaliere in casa per anziani, le quali entro determinati limiti variano in funzione degli elementi di reddito e sostanza, situandosi mediamente ad oltre CHF 100/g. Attualmente nei reparti CAT la partecipazione del paziente è di CHF 50/g. Come già esposto, si propone però di rivedere tale importo, riducendo la partecipazione giornaliera a CHF 30/g e fissando un importo annuo massimo di CHF 600, per non penalizzare chi ricorre a ricoveri ripetuti. La riduzione a CHF 30/g invece dei CHF 50/g previsti inizialmente ha un modesto impatto sull'importo complessivo del finanziamento, ma è di significativa importanza per il singolo cittadino. Ad ulteriore garanzia, gli importi massimi vengono stabiliti direttamente nella legge, ciò che non è il caso negli altri settori.

#### Art. 20 - Finanziamenti particolari

Con questo articolo si è voluta dare la possibilità al Cantone di considerare e finanziare alcune prestazioni non prettamente connesse con l'esercizio dell'istituto di cura, necessarie e finanziabili, si pensi in particolare alla necessità di disporre di servizi particolari come il centro medico d'urgenza. L'onere per questo genere di prestazioni sarà assunto interamente dal Cantone, senza compartecipazione da parte dei Comuni.

#### Art. 21 - Controllo e vigilanza - Competenza

Tale norma apre il Capitolo terzo dedicato al controllo sul corretto adempimento dei contratti di prestazione e alla necessaria vigilanza. L'articolo stabilisce che la competenza per esercitare la vigilanza sull'attività degli istituti di cura spetta al Consiglio di Stato, il quale può intervenire, laddove lo reputi opportuno, ordinando verifiche e revisioni nonché richiedendo i dati che ritiene necessari. Questa disposizione prevede infine la possibilità di stabilire misure di vigilanza ad hoc nel contratto quadro.

#### Art. 22 - Violazioni del contratto e Art. 23 - Modifica delle circostanze

Questi articoli definiscono le conseguenze di eventuali violazioni di disposizioni legali e dei contratti di prestazioni e creano la base legale per l'eventuale modifica dei contratti, nel caso di cambiamenti importanti e imprevedibili delle circostanze.



L'art. 22 cpv. 3 rimanda per analogia alle norme previste dalla Legge sui sussidi per quanto concerne la restituzione del contributo globale in caso di mancato adempimento dei contratti di prestazione.

#### Art. 24 - Commissione consultiva dei Comuni

Vista la partecipazione dei Comuni al finanziamento degli istituti di cura, risulta logico assoggettare anche questo tipo di prestazione alle competenze della Commissione consultiva dei Comuni istituita nell'ambito della LANz e della LACD.

#### Art. 25 - Rimedi di diritto

Le vie di ricorso sono stabilite secondo la procedura prevista dalla Legge sulla procedura amministrativa. Restano evidentemente riservate le decisioni per le quali in particolare la legislazione federale prevede altri mezzi di impugnazione, come ad esempio il ricorso al Tribunale amministrativo federale in materia tariffale.

#### Art. 26 - Disposizioni transitorie e finali

Come già esposto, occorre prevedere la possibilità di fatturazione all'atto per i primi due anni dall'entrata in vigore della presente legge per dare modo agli assicuratori malattie di creare una base storica di dati che aiutasse a definire meglio e a sostenere l'introduzione di eventuali forfait giornalieri.

### **1.3 *Relazione con le linee direttive e il piano finanziario e ripercussioni di natura finanziaria per il Cantone e gli enti locali***

Per le considerazioni di ordine finanziario si rimanda al capitolo apposito.

### **1.4 *Compatibilità con le altre leggi cantonali e federali e con il diritto europeo applicabile***

La nuova legge è compatibile con altre leggi cantonali e con la legislazione federale sull'assicurazione malattie. Non ha inoltre conseguenze sul fronte del diritto europeo. Sotto l'aspetto della parità uomo-donna, il testo legislativo in rassegna non pone alcun problema.

## **2. Modifica della Legge sull'EOC (Ente Ospedaliero Cantonale)**

### **2.1 *In generale***

Per tutte le strutture ospedaliere e quindi evidentemente anche per l'EOC il regime di finanziamento entrato in vigore il 1.1.2012 ha comportato e comporterà viepiù il rafforzamento della concorrenza e una gestione improntata ai criteri della qualità ed economicità delle cure: tutti gli ospedali, poco importa se pubblici o privati, sono obbligati ad operare in modo imprenditoriale per assicurare la loro competitività. Le implicazioni per l'EOC, che gestisce la rete ospedaliera pubblica secondo il consolidato modello dell'ospedale multisito sono importanti e richiedono la capacità di sviluppare delle specializzazioni, concentrando determinate attività secondo criteri di efficienza e di qualità. Ciò è possibile solo attraverso una certa flessibilità organizzativa: si tratta di un'esigenza importante, di cui la revisione parziale della LEOC, qui proposta, tiene espressamente conto.

In questa ottica è opportuna anche una parziale ridefinizione della missione dell'EOC, che integri quella attuale alla luce del nuovo assetto legislativo federale e cantonale in tema di

finanziamento ospedaliero e di pianificazione. Coerentemente con la chiara e doverosa distinzione che si propone tra la fase di ricovero ospedaliero acuta e quella post- e subacuta, adeguando anche le relative modalità di finanziamento secondo le disposizioni della LAMal, occorre in particolare consentire e favorire la gestione da parte dell'EOC anche di queste strutture intermedie, estendendone quindi la missione per rapporto al contesto prettamente ospedaliero acuto.

Inoltre è fondamentale che nello svolgimento dei mandati di prestazione attribuitigli dal Cantone, l'Ente abbia la facoltà - espressamente prevista dalla legge - di stipulare e concludere qualsiasi negozio giuridico finalizzato al miglioramento dell'efficienza e della qualità delle prestazioni; in particolare che possa costituire società, assumere partecipazioni e collaborare sotto altra forma con terzi attori della sanità, designando anche i rispettivi membri (delegati) nei consigli di amministrazione delle partecipate. Del resto, in non pochi altri Cantoni, gli stessi istituti ospedalieri pubblici hanno assunto la forma giuridica della società anonima, ciò che consente loro anche di rispondere al meglio alle esigenze poste dall'entrata in vigore del nuovo regime di finanziamento delle cure. L'EOC quale azienda di proprietà del Cantone gestita attraverso un contratto di prestazione gode già oggi di una buona condizione di indipendenza gestionale. Cionondimeno, posti adeguati strumenti di controllo, deve essergli riconosciuta, con un'apposita base legale, la facoltà di muoversi con flessibilità e autonomia ai fini di allacciare collaborazioni e stringere alleanze con attori del settore sanitario privato di interesse pubblico, per il tramite dell'attribuzione di mandati di prestazione da parte dell'autorità cantonale.

La revisione o la precisazione di alcune norme è strettamente legata all'adozione della nuova pianificazione e alla relativa implementazione. Si coglie però l'occasione anche per affrontare altre esigenze di adeguamento della legge, ad esempio stabilendo il principio dell'attribuzione di un capitale di dotazione e definendo meglio alcuni articoli di natura finanziaria.

Le seguenti proposte di modifica hanno quindi quale obiettivo quello di consentire all'EOC di evolvere in un contesto concorrenziale e in continua mutazione.

## **2.2 *Commento ai singoli articoli***

### **Art. 2 - Scopi**

Come affermato nell'introduzione, la sostituzione dell'attuale denominazione ospedale pubblico con quella più generica di struttura sanitaria d'interesse pubblico si giustifica con l'esigenza di una maggiore flessibilità in relazione al ruolo e alla funzione attribuiti alle singole strutture gestite dall'EOC.

### **Art. 3 - Missione e mandati di prestazioni**

La missione e i mandati attribuiti all'EOC non sono più definiti solo dalla pianificazione ospedaliera cantonale. Occorre in effetti tener conto anche delle altre pianificazioni settoriali (anziani, sociopsichiatria, ecc.) e di quelle sovracantonali o federali (medicina altamente specializzata). Da qui la precisazione al cpv. 1.

L'aggiunta del cpv. 3 consente all'EOC di attuare collaborazioni con terzi al fine di concretizzare la missione e i mandati attribuiti dalla pianificazione ospedaliera cantonale, come esplicitato nei capitoli precedenti, sia in ambito somatico-acuto, sia in ambito sub-acuto. La dottrina ritiene necessaria una simile autorizzazione esplicita nella legge istitutiva. In tal senso si è ad esempio proceduto negli scorsi anni per quanto concerne

l'Azienda cantonale dei rifiuti (LACR; cfr. art. 2 cpv. 3 LACR e Messaggio n. 6318 del 20 gennaio 2010).

La facoltà di concludere accordi o costituire società con altri partner del settore sanitario può riguardare aspetti puntuali oppure anche assumere valenza di principio, come può essere il caso per i progetti di collaborazione evocati nel presente Messaggio relativi allo sviluppo di un polo congiunto donna-madre-bambino nel Luganese o alla visione di un ospedale unico nel Locarnese. Al di là degli strumenti di controllo usuali, tra cui in particolare l'attribuzione da parte dello Stato dei mandati pianificatori, appare opportuno subordinare espressamente la conclusione di collaborazioni che vanno oltre la gestione di aspetti di ordinaria amministrazione all'approvazione del Consiglio di Stato, come previsto dal nuovo cpv. 4.

#### Art. 4 - Strutture sanitarie

La nuova formulazione del cpv. 1 consente di evitare vincoli eccessivi in relazione all'ubicazione di strutture sanitarie, pur riconoscendo l'esigenza di un'adeguata copertura dell'intero territorio ticinese. L'ancoraggio nella legge di un elenco di strutture per distretto non è più compatibile con i criteri di flessibilità che sono stati menzionati precedentemente e d'altronde la lista che oggi figura nella legge risulta superata dalle circostanze. Governo e Parlamento dispongono in ogni caso gli strumenti adeguati per favorire od opporsi a modifiche significative del ruolo delle singole strutture o cambi di destinazione importanti, segnatamente attraverso la pianificazione ospedaliera e la competenza di attribuire mandati speciali (art. 3 cpv. 2) e di approvare accordi di collaborazione di particolare rilevanza (art. 3 cpv. 4).

#### Art. 6 - Patrimonio

Analogamente a quanto avviene per altre realtà parastatali e conformemente ai moderni criteri di *governance* delle aziende autonome di diritto pubblico, risulta adeguato dotare anche l'EOC di un capitale di dotazione. A questo proposito si precisa che il capitale di dotazione sarà costituito convertendo l'attuale capitale proprio e parte dei fondi esistenti, senza ulteriori versamenti da parte dello Stato. La definizione del capitale di dotazione iniziale sarà oggetto di messaggio separato. La formulazione del cpv. 3 sul tasso d'interesse del capitale di dotazione riprende quella dell'art. 7 della Legge sulla Banca dello Stato del Cantone Ticino del 25 ottobre 1988. L'esclusione della garanzia dello Stato per gli impegni delle società affiliate (cpv. 4) è pure comune agli altri enti parastatali (art. 4 LBSCt, art. 2 cpv. 1 LAET art. 4 cpv. 2 LACR).

#### Art. 6bis - Conti annuali (nuovo)

L'aggiunta di questo articolo, che regola le norme relative alla presentazione dei conti, colma una lacuna esistente nell'attuale legislazione.

#### Art. 9 - Organi

In determinati ambiti è auspicabile la creazione di unità organizzative trasversali alle differenti sedi (Dipartimenti e/o istituti, come p. es. lo IOSI), con riconoscimento formale anche nella Legge. Da qui la necessità di affiancare nel presente articolo le Direzioni operative a quelle già oggi presenti (Direzioni locali). Di conseguenza sono modificati gli art. 17 lett. b e 22.

#### Art. 16 - Compiti generali

Una accorta politica della comunicazione aziendale è destinata ad assumere viepiù rilevanza del contesto socio sanitario ticinese, con particolare riguardo alla creazione del consenso (nel Cantone e nell'azienda stessa) sulle strategie dell'Ente, per esempio

nell'ambito della concentrazione delle specializzazioni e della collaborazione con altri attori privati della sanità ticinese. Appare quindi opportuno formalizzare l'obbligo di informazione tra i compiti del Consiglio di amministrazione (lett. e).

L'aggiunta della lett. f è invece semplicemente la conseguenza dell'art. 3 cpv. 4 (cfr. anche, per lo stesso motivo, gli art. 18 lett. g e 26 lett. c).

#### Art. 22 - Compiti

Per l'aggiunta della Direzione operativa si veda il commento all'art. 9. L'aggiunta del cpv. 4 è coerente con la nuova norma introdotta all'art. 16 lett. e in relazione alla comunicazione interna ed esterna da parte dell'azienda.

## **XII. CALENDARIO E TAPPE D'IMPLEMENTAZIONE**

### **1. In generale**

Il presente capitolo ha quale obiettivo quello di dettagliare l'agenda di messa in vigore del nuovo progetto pianificatorio, con particolare attenzione ai due progetti di collaborazione fra settore ospedaliero pubblico e privato. Un interesse specifico verrà posto inoltre alla necessità di avere un processo dinamico e periodico di revisione della pianificazione (*Rollende Planung*) e all'accompagnamento che dovrà essere effettuato da parte di un gruppo tecnico composto da diversi attori direttamente coinvolti nel processo pianificatorio.

Il progetto di pianificazione ospedaliera non implica particolari aggiustamenti strutturali rispetto alle attuali modalità operative degli istituti. Si ricorda, in particolare, che per rapporto all'attività odierna nessun nuovo mandato è stato attribuito a cliniche ed ospedali, i quali pertanto non devono acquisire nuove competenze in un lasso di tempo relativamente breve. Non è d'altro canto però nemmeno esigibile che gli istituti adottino i cambiamenti comunque necessari, ad esempio per quanto riguarda le figure professionali ed i relativi rapporti di impiego, prima che abbiano certezze sull'effettiva attribuzione dei mandati. Per queste ragioni si presume che l'effettiva implementazione della nuova pianificazione, così come proposta per il settore somatico acuto, la riabilitazione e la psichiatria, possa avvenire nei sei mesi dalla crescita in giudicato della decisione parlamentare, ritenuto che in caso di ricorso occorrerà stabilire in funzione dell'oggetto del gravame ed anche sulla scorta di eventuali decreti dell'autorità preposta, ovvero il Tribunale amministrativo federale, se l'impugnativa comporta effetto sospensivo e, se del caso, per quali prestazioni o istituti. Di principio comunque, gli istituti sono quindi tenuti ad adeguare la propria organizzazione al nuovo assetto pianificatorio e ad adottare i relativi requisiti di qualità entro sei mesi. Eventuali richieste di deroghe a tale tempistica dovranno essere segnalate, adeguatamente motivate, al Consiglio di Stato entro 3 mesi dall'entrata in vigore del Decreto legislativo. Il Governo deciderà poi sulla concessione di eccezioni.

La tempistica di messa in vigore della nuova pianificazione deve per contro risultare più dilazionata per quel che concerne i progetti di collaborazione fra EOC e cliniche private (Clinica Sant'Anna e Clinica Santa Chiara), come meglio indicato qui appresso.

Per quanto riguarda gli istituti di cura, si prevede l'entrata in funzione per il 1° luglio 2015 rispettivamente, anche in questo caso, dopo sei mesi dalla crescita in giudicato della decisione del Gran Consiglio. Fanno eccezione il potenziamento dell'Opera Charitas di Sonvico e della ex-Clinica Humaine di Sementina che saranno agibili al più presto dal 1° gennaio 2016. In tale attesa l'Ospedale di Faido destinerà i propri letti di medicina di base alla nuova prestazione dell'istituto di cura (30 letti). Al momento dell'entrata in funzione della struttura di Sementina, il Consiglio di Stato rivaluterà la destinazione del reparto di istituto di cura di Faido, tenuto conto del previsto fabbisogno non coperto di

ulteriori 20 letti in riabilitazione. Per quanto riguarda l'Ospedale di Acquarossa, contrariamente allo scenario ritenuto nel Rapporto che prevedeva la chiusura temporanea in attesa dell'edificazione del nuovo stabile, si è fatta strada l'ipotesi di poter costruire il nuovo ospedale sul sedime adiacente alla costruzione esistente, permettendo quindi il ri-orientamento in istituto di cura senza interruzione dell'attività. I posti letto per l'istituto di cura nel Mendrisiotto sono previsti nella nuova costruzione che l'EOC intende edificare vicino all'Ospedale Beata Vergine; nel frattempo rimangono in esercizio i 15 posti letto ora CAT alla Casa Santa Lucia di Arzo, se del caso potenziati a 30.

## **2. I progetti di collaborazione**

L'obiettivo dei progetti di collaborazione è quello di evitare doppioni, favorire economie di scala, garantire la qualità e la sicurezza attraverso un aumento della massa critica e migliorare l'attrattività delle strutture ticinesi in un nuovo contesto concorrenziale. Si tratta di progetti promossi dalle strutture stesse proprio con queste finalità, approvati e seguiti dal DSS. È errato ravvisarvi una dismissione o un indebolimento delle strutture pubbliche a vantaggio dei partner privati. Per l'EOC questi progetti costituiscono infatti un'opportunità per rafforzare ed estendere le proprie competenze e le proprie modalità di presa in carico in parte anche ai pazienti ora seguiti dalle strutture private. La tempistica legata all'attuazione dei progetti menzionati è definita nei paragrafi seguenti.

### **2.1 Collaborazione Ente Ospedaliero Cantonale (Ospedale Regionale di Lugano - ORL) e Genolier Swiss Medical Network (Clinica Sant'Anna)**

Questo progetto di collaborazione ha l'obiettivo di una condivisione dei mandati fra ORL e Clinica Sant'Anna nell'ambito della ginecologia e neonatologia-ostetricia nel Luganese. I centri che si occupano delle discipline menzionate passerebbero così da 3 a 2 nel Sottoceneri, evitando di fatto una doppia offerta esistente a pochi chilometri di distanza.

Secondo gli intendimenti esposti al DSS, questo centro unico per la regione del Luganese dovrà poter contare su una collaborazione con un polo di riferimento in ambito pediatrico, attraverso una sinergia, per i casi più gravi, con l'Ospedale San Giovanni di Bellinzona (o se necessario, ad es. con gli ospedali pediatrici di Lucerna e Zurigo). L'Ospedale di Bellinzona rimane pertanto, anche in futuro, il centro di riferimento pediatrico cantonale. Il progetto si fonda sulla condivisione di mandati e non sul trasferimento di mandati di prestazioni pubblici verso il privato. La collaborazione diverrà effettiva in un nuovo stabile, che sarà costruito a tale scopo nei prossimi anni, consentendo un miglioramento della massa critica (sviluppo di un reparto con ca. 1'500 parti annui) e una condivisione delle risorse più razionale, migliorando la cura e la prognosi delle pazienti e riducendo di fatto la morbilità e la mortalità materna e neonatale.

Per garantire il livello di eccellenza, il nuovo Centro prevede di adottare un modello organizzativo e di conduzione tipico del pubblico (*Chefarztmodell*), garantendo anche la possibilità di classificare il nosocomio per la formazione FMH come categoria B o A. L'entrata in funzione di questa nuova realtà è prevista per il 2018-2020, in ragione della necessità di realizzare la nuova costruzione che consenta di accogliere le pazienti.

Durante il periodo transitorio, il DSS seguirà da vicino i lavori fra i due partner. Entrambi dovranno comunque continuare ad assicurare, durante questo periodo, le prestazioni di ginecologia e neonatologia-ostetrica rispettando i criteri di qualità di presa in carico stabiliti dal modello pianificatorio. Gli approfondimenti dovranno includere una serie di tappe di avvicinamento rispetto a elementi fondamentali quali la responsabilità medica e finanziaria, l'assetto giuridico futuro o gli aspetti logistici e operativi.

Nel caso in cui queste tappe di avvicinamento non venissero rispettate e il progetto di collaborazione non dovesse concretamente avere esito positivo, al più tardi entro la fine del 2017 verrà formulata una nuova proposta di ripartizione di mandati fra le due strutture.

## **2.2 Collaborazione Ente Ospedaliero Cantonale (Ospedale Regionale di Locarno - ODL) e Clinica Santa Chiara**

Il progetto di collaborazione fra Ospedale Regionale di Locarno e Clinica Santa Chiara ha l'obiettivo di creare un ospedale unico per il Locarnese con una collaborazione inizialmente prevista nei mandati della ginecologia e neonatologia ostetricia. Di fatto, attraverso tale condivisione dei mandati, anche nel Sopraceneri, i centri che si occupano delle discipline menzionate passerebbero da 3 a 2. Secondo il documento d'intenti sottoposto al DSS, i due istituti hanno dato mandato all'USI al fine di elaborare, durante il 2014, un progetto che comprenda la valutazione sulla fattibilità istituzionale, giuridica, organizzativa, logistica ed economico-finanziaria delle modalità di cooperazione fra pubblico e privato nel settore sanitario del Locarnese.

Una prima tappa della collaborazione prospettata dovrebbe essere attuata attraverso la messa in vigore di un progetto pilota di sperimentazione della durata di almeno 6 mesi che prevede la condivisione presso la sede dell'ODL del mandato di ostetricia e neonatologia, mentre nella sede della Clinica di quello di ginecologia. Questa prima tappa dovrebbe poter essere attuata in tempi brevi, ovvero a partire dall'estate 2014. Ciò richiede un'autorizzazione speciale del Consiglio di Stato in quanto di per sé rappresenta una deroga al Decreto legislativo che regola l'attuale pianificazione ospedaliera cantonale anche se, in virtù del suo carattere sperimentale e revocabile, va intesa quale revisione di minore entità ai sensi dell'art. 66 cpv. 3 LCAMal. L'approvazione di questo progetto pilota presuppone in ogni caso che venga messo a disposizione del Governo un documento che chiarisca le responsabilità in ambito medico, finanziario e riguardo al personale, le condizioni di fatturazione e il rispetto dei criteri di qualità imposti dal modello pianificatorio.

Entro metà 2015 ODL e Clinica dovranno poi confermare la creazione di un partenariato e la sua forma, così da poter giungere ad una suddivisione condivisa dell'insieme dei mandati attribuiti per il Locarnese sulle due sedi. In caso di insuccesso della fase pilota, verrà elaborata una nuova proposta di ripartizione dei mandati che dovrà essere approvata al più tardi entro la fine del 2015. Fino ad allora i due istituti potranno mantenere i mandati provvisori evidenziati nell'elenco allegato.

Entrambi i progetti descritti richiedono la modifica della Legge sull'Ente Ospedaliero Cantonale del 19 dicembre 2000, e meglio l'aggiunta del proposto art. 3 cpv. 3 LEOC che consente la costituzione di società e l'assunzione di partecipazioni.

Inoltre, una volta definiti nei loro dettagli, i due progetti di collaborazione saranno trasmessi al Gran Consiglio per approvazione.

## **3. Il concetto di pianificazione continua**

Il progetto di pianificazione ospedaliera si fonda su basi concettuali e finanziarie dinamiche in continua evoluzione. Gli stessi gruppi di prestazioni elaborati dalla GD-ZH su cui è costruito il modello di pianificazione per prestazioni, sono regolarmente rivisti ed affinati. In questo senso è proprio in consultazione, con termine per osservazioni il 31 maggio 2014, un aggiornamento dei gruppi di prestazioni ospedaliere. Lo stesso propone comunque dei cambiamenti relativamente marginali, prendendo in considerazione nuove esigenze su alcune prestazioni specifiche e i nuovi codici operatori e diagnostici introdotti dalla

statistica medica. Analogo discorso vale inoltre per la struttura tariffale SwissDRG, la quale è soggetta a continui aggiornamenti dovuti in parte all'adeguamento dei cataloghi delle prestazioni e dei codici alla base della classificazione e alle pratiche legate alla codifica. In tale contesto è quindi evidente che la pianificazione ospedaliera e le sue puntuali attribuzioni di mandati, fondate sui due elementi menzionati, devono essere soggette a revisioni periodiche e frequenti (*rollende Planung*).

La lista ospedaliera, con i relativi 125 gruppi di prestazioni già solo per il settore somatico-acuto, è d'altronde forzatamente assai più complessa e dettagliata di quella oggi in vigore, per cui, a fronte anche della rapida evoluzione della medicina e della tecnica, è impensabile che rimanga immutata, come sostanzialmente l'attuale, per quasi dieci anni. Prova ne sia il fatto che negli altri Cantoni, dove l'elenco pianificatorio è di competenza governativa se non addirittura dipartimentale, lo stesso viene aggiornato anche più volte durante uno stesso anno.

In questo contesto, al fine di garantire la necessaria flessibilità e già per ragioni di praticabilità è indispensabile confermare ed interpretare estensivamente la competenza governativa di adottare revisioni di minore entità, come previsto dall'art. 66 cpv. 3 LCAMal. L'efficienza e l'efficacia della pianificazione ospedaliera dipende anche dalla capacità ad affrontare un contesto dinamico e a proporre delle risposte che permettano agli istituti di evolvere in tale processo.

D'altra parte va evidenziato che, al di là dei mandati provvisori espressamente indicati come tali in quanto legati ai progetti di collaborazione e soggetti alla tempistica citata nei relativi capitoli, nessun mandato può essere attribuito illimitatamente nel tempo. Come avviene anche sul piano intercantonale nelle attribuzioni dei mandati MAS, l'adempimento dei requisiti per lo svolgimento dei singoli gruppi di prestazione deve essere costantemente monitorato e dopo un periodo indicativamente di quattro anni sarà opportuno procedere ad una verifica generale con contestuale conferma o revisione del complesso dei mandati. In ogni caso si tratterà di un esercizio pianificatorio non più comparabile a quello attuale, che comporta un cambiamento radicale di impostazione e metodologia.

Per quanto riguarda il nuovo tassello degli istituti di cura si prevede una sperimentazione di due anni con una raccolta di indicatori che ne permettano di valutarne i risultati.

#### **4. Il Gruppo di accompagnamento**

Come già evidenziato nel Rapporto, l'introduzione di un nuovo modello di finanziamento tramite DRG e la pianificazione per prestazioni, abbinati alla necessità di rispettare rigorosi requisiti di qualità, potrebbero comportare delle difficoltà pratiche di implementazione. Il maggior grado di dettaglio dei mandati, pur se già sperimentato altrove, crea inoltre il timore di crescenti controversie sul riconoscimento anche finanziario da parte degli assicuratori malattia di determinate prestazioni, erogate magari in via subordinata e collaterale al trattamento di altre patologie principali.

Per monitorare la messa in pratica della nuova pianificazione, appianare possibili divergenze e proporre se del caso correttivi o precisazioni alla lista ospedaliera si conferma quindi che verrà proposta l'istituzione di un gruppo tecnico di accompagnamento. Questo gremio sarà composto da medici di strutture pubbliche e private, da collaboratori del DSS e da rappresentanti degli assicuratori. Esso sarà chiamato a discutere ed esprimersi su casi specifici contestati dagli enti finanziatori in quanto, per esempio, ritenuti fuori mandato.

### **XIII. RAPPORTO SULL'INIZIATIVA POPOLARE GENERICA GIÙ LE MANI DAGLI OSPEDALI**

#### **1. Introduzione**

Il 4 aprile 2013 è stata depositata un'iniziativa popolare legislativa generica denominata "Giù le mani dagli ospedali" (FU 2013 pag. 2984 seg.) dichiarata riuscita il 21 giugno seguente avendo raccolto 7665 firme valide (FU 2013 pag. 4943). L'iniziativa propone di modificare la Legge sull'Ente ospedaliero cantonale, del 19 dicembre 2000, nel senso di precisare una serie di prestazioni e reparti che l'EOC è tenuto a garantire nei quattro ospedali regionali ed in parte anche negli ospedali di zona, così definiti dall'art. 4 LEOC. Più precisamente chiede:

- che nei quattro ospedali regionali siano garantite le specialità e i reparti di medicina interna, chirurgia, pediatria, ginecologia, ostetricia e terapia intensiva (punto 1);
- che nei quattro ospedali regionali siano garantite le prestazioni di emergenza e pronto soccorso di categoria A ai sensi della relativa direttiva dipartimentale (punto 2);
- che negli ospedali regionali e di zona venga organizzato nell'ambito del servizio di emergenza e pronto soccorso o in forma separata un servizio ambulatoriale di medicina generale e altri servizi destinati alla cura di persone non ospedalizzate, aperti a chiunque (punto 3).

Secondo gli art. 131 cpv. 2 e 135 cpv. 2 LEDP, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2013 ed applicabile alle iniziative dichiarate valide fino a quel momento, in caso di iniziativa popolare costituzionale o legislativa in forma generica il Gran Consiglio è tenuto a elaborare il progetto di riforma parziale nel senso della domanda avvalendosi del Consiglio di Stato, che può in ogni caso presentare un rapporto. In ogni caso il Gran Consiglio deve pronunciarsi entro 18 mesi dalla pubblicazione del risultato della raccolta delle firme o dalla presentazione del Messaggio relativo del Consiglio di Stato (art. 135 cpv. 5 LEDP). Questo termine ha natura ordinatoria.

Nel caso specifico, l'iniziativa è stata demandata alla Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio per esame della sua ricevibilità. Nel corso del mese di marzo 2014 la Commissione si è espressa al riguardo in senso affermativo. L'iniziativa è poi stata attribuita per l'esame di merito alla Commissione speciale istituita per l'esame della pianificazione ospedaliera, visto lo stretto legame tematico tra i due atti. Considerata l'effettiva sussistenza di questo legame, si coglie pertanto l'occasione del presente Messaggio per esporre la presa di posizione del Consiglio di Stato sull'iniziativa in questione.

#### **2. Considerazioni giuridiche**

La pianificazione del settore ospedaliero stazionario è prevista e disciplinata dalla LAMal, soprattutto dopo la revisione del 21 dicembre 2007 e la conseguente precisazione dei criteri pianificatori apportata agli art. 58a segg. OAMal. L'attribuzione dei mandati deve quindi avvenire in base a tali principi, assicurando un equo accesso a cure di qualità nel rispetto del principio dell'efficacia e dell'economicità. Nell'ottica del raggiungimento di tale scopo, la Legge prevede di tenere debitamente conto anche dell'offerta privata (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal). La pianificazione deve in ogni caso essere intesa a coprire il fabbisogno (art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal). Il mantenimento di capacità ospedaliere per motivi di politica regionale, quindi al di là di quanto necessario alla copertura del fabbisogno, non è compreso nelle tariffe ospedaliere e nella relativa partecipazione degli assicuratori malattia, ma deve essere assunto integralmente dagli enti pubblici in quanto prestazione di interesse generale (art. 49 cpv. 3 LAMal e art. 66 cpv. 3 LCAMal).



Le funzioni e i mandati degli ospedali pubblici, così come delle strutture private, dipendono quindi, per quanto attiene all'ambito stazionario, dalla pianificazione attuata dal Cantone secondo i suddetti principi. Un'assegnazione a priori di mandati nella LEOC, a prescindere da qualsiasi valutazione di questi principi e dalla presa in considerazione anche dell'offerta ospedaliera privata, potrebbe apparire lesiva dei criteri pianificatori e della parità di trattamento tra i diversi fornitori di prestazioni in ambito pianificatorio, oltre a risultare quantomeno dubbia anche per rapporto al principio della concorrenza sancito dalla LAMal. Potrebbe pertanto configurarsi almeno in parte come prestazione di interesse generale non coperta dal finanziamento degli assicuratori malattia.

Del resto l'art. 3 cpv. 1 LEOC specifica chiaramente che la missione e i mandati di prestazione dell'EOC sono definiti dalla pianificazione ospedaliera cantonale ai sensi della legislazione federale in materia di assicurazione malattia, cui, secondo la formulazione proposta nel relativo capitolo, si aggiungerebbero le altre pianificazioni cantonali e federali. La LEOC stessa rinvia quindi giustamente all'ordinamento legislativo federale e cantonale più generale, cui l'Ente, come tutti gli altri attori della scena sanitaria, è tenuto a conformarsi. Ancorare disposizioni riferite ad aspetti pianificatori puntuali all'interno della LEOC mal si concilierebbe con la natura e lo scopo di un simile testo legislativo.

Non da ultimo, una modifica della LEOC nel senso voluto dagli autori dell'iniziativa rappresenterebbe un vincolo eccessivo per l'imprenditorialità che deve essere riconosciuta ad un ente autonomo di diritto pubblico quale l'EOC, attivo sul mercato sanitario e ospedaliero in concorrenza con altri attori.

### **3. Congruenza con le proposte pianificatorie**

Al di là delle esposte perplessità di natura giuridica, è determinante osservare che il progetto pianificatorio proposto con il presente Messaggio recepisce pressoché integralmente le richieste formulate con l'iniziativa, sia in riferimento alla conferma di un'offerta assai ampia di cure di prossimità nelle quattro regioni del Cantone, sia per quanto riguarda i servizi sanitari garantiti nelle valli. Come evidenziato in precedenza, per taluni mandati l'offerta potrebbe venir garantita dall'EOC nel Locarnese e nel Luganese non come ora parallelamente ed in concorrenza con le strutture private, ma attraverso una gestione comune e condivisa. Ribadiamo che non si tratta di un trasferimento di mandati dal pubblico al privato, ma di progetti di collaborazione promossi e condotti dall'EOC che, evitando eccessive sovrapposizioni e dispersioni, aumenterebbero la casistica, la qualità delle cure, la sicurezza dei pazienti nonché la sostenibilità economica delle prestazioni erogate.

#### **3.1 Mandati assegnati agli ospedali regionali**

Per quanto concerne più specificatamente il punto 1 dell'iniziativa, si conferma che i mandati richiesti dagli iniziativaisti per gli ospedali regionali sono di fatto già previsti dall'attuale proposta di pianificazione. La stessa, oltre a consolidare una certa concentrazione delle prestazioni multidisciplinari e complesse, mira nel contempo a garantire un'ampia copertura regionale per quanto riguarda le prestazioni di base. Tra quest'ultime figurano anche la medicina interna, la chirurgia generale, la pediatria, la ginecologia e l'ostetricia. In effetti, per tutte e quattro le sedi regionali dell'EOC, oltre al pacchetto di base che comprende gran parte della medicina interna e della chirurgia generale, è prevista l'assegnazione dell'intera gamma delle prestazioni specialistiche, tra le quali figurano anche la ginecologia e l'assistenza di base in ostetricia, nonché la disciplina trasversale della pediatria. Attraverso la compilazione dei moduli d'offerta, l'EOC ha inoltre specificato che garantirà presso tutti gli ospedali regionali la presenza di un'unità

di medicina intensiva almeno di livello 2 (cure intense) e presso l'ORL di un'unità di medicina intensiva di livello 3, secondo le definizioni del modello zurighese.

### **3.2 Servizi di pronto soccorso negli ospedali regionali**

La proposta di pianificazione prevede per le sedi di Lugano e Bellinzona un pronto soccorso (PS) di livello 3 e 4, mentre per le sedi di Locarno e Mendrisio un PS di Livello 2 e 4. Secondo i requisiti stabiliti dalla GD ZH, il PS di livello 2 prevede per la fascia diurna (7-17) la presenza di medici specialisti in medicina e in chirurgia e per la fascia notturna (17-7) la presenza di medici assistenti in medicina e chirurgia; lo specialista, anche durante la notte, deve intervenire in 30 min. e l'anestesista in 15 min. Il PS di livello 3 prevede la disponibilità prioritaria di medici specialisti in medicina e chirurgia 24 ore su 24 e 7 giorni su 7; oltre a ciò, anche il medico anestesista e il medico intensivista devono essere presenti in sede. Il PS di livello 4 (ostetricia) prevede infine l'intervento di uno specialista in ginecologia e ostetricia in 10 min. e i parti cesarei in urgenza devono essere effettuati in meno di 15 min. (tempo dalla decisione alla nascita); il medico anestesista deve intervenire entro 10 min. e l'ostetrica deve essere presente in sede 24 ore su 24.

Questi requisiti sono dunque diversi, ma di principio più precisi e più elevati rispetto a quelli previsti dalla direttiva dipartimentale attuale per i PS di categoria A. Quest'ultima richiede la disponibilità immediata (presenza dell'operatore in ospedale/clinica) dei servizi di chirurgia, laboratorio, medicina interna, pediatria e unità di cure intense. Per tutti gli ospedali regionali, la proposta di pianificazione garantisce la presenza di tali servizi attraverso l'assegnazione del pacchetto di base (medicina interna, chirurgia e laboratorio) e della pediatria di base. Per quanto riguarda la medicina intensiva, come specificato al punto precedente, l'EOC garantirà dal 2015 un'unità di medicina intensiva di Livello 2 a Bellinzona, Locarno e Mendrisio, e un'unità di medicina intensiva di Livello 3 a Lugano (ORL).

### **3.3 Servizi ambulatoriali di medicina generale**

Su questo punto la richiesta dell'iniziativa esula invero dal contesto pianificatorio, in quanto non concerne le prestazioni stazionarie. Al riguardo si rinvia all'ampio capitolo sulla descrizione degli attuali servizi di pronto soccorso di tipo "B" negli ospedali di Faido e Acquarossa e sulla prevista trasformazione in centri medici d'urgenza. Nonostante l'evidenziata assai limitata frequentazione notturna, in questi istituti sarà garantita anche in futuro una presenza medica costante, da valutare se sotto forma di guardia medica o di picchetto disponibile in 15 minuti. Oltre ad essere concepito anche come opportunità per agevolare l'attività dei medici del territorio, con un supporto sussidiario da parte dell'EOC, il nuovo assetto dei servizi continuerà altresì a garantire visite specialistiche su appuntamento da parte dei medici specialisti dell'EOC (ad esempio in ortopedia o ginecologia).

Anche su questo punto le proposte formulate con il presente Messaggio recepiscono quindi le richieste dell'iniziativa. Anzi, assicurano per certi versi un servizio più performante ritenuto che l'iniziativa non rivendica di per sé ad esempio né la copertura 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 né la possibilità di effettuare visite specialistiche.

Nel medesimo senso si ritiene che l'istituzione dei centri medici d'urgenza rappresenti una risposta adeguata anche alla richiesta avanzata con l'iniziativa parlamentare generica intitolata "Giù le mani dal pronto soccorso" presentata il 27 gennaio 2014 dal deputato Matteo Pronzini.



Con il presente Messaggio si ritengono evasi gli atti parlamentari seguenti:

- Mozione del 25 giugno 2009 “La pianificazione ospedaliera dei mandati deve entrare in vigore al 1.1.2012” dei capigruppo e dei Presidenti PLR, PPD e PS;
- Mozione del 31 maggio 2010 “Pianificazione ospedaliera: i ritardi del DSS rischiano di incidere pesantemente sulle cassa cantonali e sulle tasche dei ticinesi” del Gruppo PLR;
- Interrogazione 268.13 del 6 dicembre 2013 “Ospedali di Faido e di Acquarossa decapitati?” del deputato Franco Celio.

\* \* \* \* \*

Visto quanto precede, si invita il Gran Consiglio ad adottare la presente Pianificazione.

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

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, M. Bertoli

Il Cancelliere, G. Gianella

Disegno di

## **LEGGE**

### **sugli istituti di cura e sostegno funzionale (LICur)**

Il Gran Consiglio  
della Repubblica e Cantone Ticino

- richiamati gli art. 39 cpv. 3 e 50 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994, gli art. 7 e seguenti dell'ordinanza sulle prestazioni del 29 settembre 1995 (OPre) e l'ordinanza sull'assicurazione malattia del 27 giugno 1995 (OAMal);
- richiamata la legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal);
- richiamata la legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario del 18 aprile 1989 (Legge sanitaria);
- visto il messaggio 26 maggio 2014 n. 6945 del Consiglio di Stato;

**d e c r e t a :**

#### **Capitolo primo - Parte generale**

##### **Art. 1**

##### **A. Scopo**

La presente legge ha lo scopo di disciplinare il finanziamento di strutture per la cura somatica sub-acuta di pazienti adulti.

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

##### **B. Campo d'applicazione**

<sup>1</sup>Sono considerate strutture per la cura sub-acuta, gli istituti che si occupano, in regime stazionario, della continuazione di cure stazionarie acute e della cura e assistenza di pazienti provenienti dal domicilio.

<sup>2</sup>Le strutture di cui al capoverso 1 sono chiamate istituti di cura e sostegno funzionale, di seguito istituti di cura.

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

##### **C. Prestazioni**

<sup>1</sup>Il Consiglio di Stato stabilisce quali cure mediche, infermieristiche, diagnostiche, terapeutiche e sociali le strutture devono garantire.

<sup>2</sup>Le prestazioni erogate devono essere di qualità, appropriate ed economiche.

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

##### **D. Tipologia di pazienti**

Il Consiglio di Stato stabilisce la tipologia di pazienti che fanno capo agli istituti di cura, in particolare definisce i criteri d'ammissione e di esclusione.

## **Art. 5**

### **E. Pianificazione cantonale**

<sup>1</sup>Gli Istituti di cura e sostegno funzionale rientrano nella pianificazione cantonale ai sensi dell'art. 39 LAMal.

<sup>2</sup>Le modalità, i criteri e la procedura sono definiti dalla legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997.

## **Capitolo secondo - Riconoscimento e finanziamento**

### **Art. 6**

#### **A. Riconoscimento**

<sup>1</sup>L'istituto di cura può essere riconosciuto ai sensi della presente legge se adempie cumulativamente i seguenti requisiti:

- a) è in possesso di un'autorizzazione d'esercizio ai sensi dell'art. 80 della legge sanitaria del 18 aprile 1989;
- b) figura nel decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 cpv. 3 LAMal);
- c) garantisce l'accoglienza di pazienti di regola domiciliati nel Cantone senza discriminazione di alcun tipo;
- d) opera nel rispetto di criteri di economicità e di adeguatezza delle prestazioni ritenuti dall'autorità competente;
- e) dispone di attrezzature e di personale adeguati secondo parametri minimi stabiliti dall'autorità competente.

<sup>2</sup>Il Consiglio di Stato stabilisce la procedura e le competenze in ambito di riconoscimento.

### **Art. 7**

#### **B. Principi I. Oggetto del finanziamento**

Il finanziamento degli istituti di cura copre i costi della degenza e delle prestazioni di cura ai sensi dell'art. 3. Essi comprendono i costi d'investimento e i costi per la formazione non universitaria.

### **Art. 8**

#### **II. Agenti finanziatori**

Il finanziamento delle prestazioni erogate dagli istituti di cura figuranti sull'elenco conformemente all'art. 39 cpv. 3 LAMal è assunto:

- a) dal Cantone e dai Comuni tramite un contributo globale;
- b) dagli assicuratori malattia;
- c) dai pazienti.

### **Art. 9**

#### **C. Contributo globale I. Principio**

Il Consiglio di Stato fissa annualmente per ogni istituto di cura un contributo globale sulla base dei compiti attribuiti all'ente gestore dell'istituto di cura.

## **Art. 10**

### **II. Determinazione del contributo globale**

Il contributo globale è stabilito tenendo conto:

- a) dei costi:
  - delle prestazioni di cura;
  - alberghieri;
  - della formazione non universitaria;
  - d'investimento;
- b) delle seguenti entrate:
  - partecipazioni degli assicuratori malattia ai sensi dell'art. 18;
  - contributi a carico dei pazienti ai sensi dell'art. 19;
  - altre partecipazioni assicurative;
  - altri ricavi d'esercizio.

## **Art. 11**

### **III. Ripartizione del contributo globale**

<sup>1</sup>Il contributo è assunto da Cantoni e Comuni nella misura di un mezzo ciascuno.

<sup>2</sup>La somma di contributi globali assunti dai Comuni è ripartita nella misura corrispondente ad una percentuale uniforme del loro gettito d'imposta cantonale.

<sup>3</sup>Le ulteriori modalità di calcolo sono stabilite dal Consiglio di Stato.

## **Art. 1**

### **IV. Istanza di compensazione**

<sup>1</sup>Il Consiglio di Stato designa un'istanza di compensazione che riceve in pagamento i contributi del Cantone e dei Comuni e versa alle strutture sociosanitarie l'importo corrispondente al contributo globale stabilito dal Consiglio di Stato.

<sup>2</sup>Le ulteriori modalità di pagamento, incluse quelle relative al versamento di acconti, sono stabilite dal Consiglio di Stato.

## **Art. 13**

### **D. Contratto di prestazione I. Principio**

Il Consiglio di Stato stipula con ogni istituto di cura un contratto quadro e un contratto di prestazione annuale.

## **Art. 14**

### **II. Contratto quadro**

<sup>1</sup>Il contratto quadro regola i principi generali e gli impegni tra il Cantone e l'istituto di cura relativi alle prestazioni finanziate dallo Stato.

<sup>2</sup>Esso definisce in particolare:

- a) la tipologia di prestazioni;
- b) l'attività di formazione non universitaria;
- c) gli obblighi di assistenza;
- d) il rispetto delle condizioni di lavoro usuali del settore;
- e) le modalità di calcolo del contributo e dei suoi adeguamenti;

- f) la natura, le modalità e la frequenza dei dati da trasmettere;
- g) le disposizioni relative alla sua approvazione e al suo rinnovo, come pure a eventuali aggiornamenti o revoca.

<sup>3</sup>Esso è concluso di regola per una durata di quattro anni.

#### **Art. 15**

### **III. Contratto di prestazione annuale**

<sup>1</sup>Il contratto di prestazione annuale regola nel dettaglio i diritti e i doveri dell'istituto di cura e del Cantone nei limiti dell'art. 14.

<sup>2</sup>Esso definisce in particolare:

- a) il volume delle prestazioni da fornire;
- b) i criteri di qualità;
- c) la remunerazione delle prestazioni;
- d) l'ammontare del contributo globale e gli eventuali adeguamenti.

<sup>3</sup>In assenza di un contratto di prestazione annuale, il Consiglio di Stato stabilisce in una decisione formale gli obblighi relativi alla fornitura delle prestazioni, in particolare il tipo, il volume delle prestazioni, i criteri di qualità e le modalità di remunerazione.

#### **Art. 16**

### **E. Strumenti di gestione**

<sup>1</sup>I fornitori di prestazioni devono disporre di strumenti di gestione adeguati conformi alle disposizioni federali in materia, in particolare di:

- a) una statistica delle prestazioni;
- b) una contabilità analitica;
- c) una contabilità degli investimenti.

<sup>2</sup>Il Cantone e gli assicuratori LAMal possono consultare gli atti.

#### **Art. 17**

### **F. Trasmissione dei dati**

<sup>1</sup>Gli istituti di cura devono trasmettere al Cantone le statistiche previste dalla legislazione federale e tutti i dati necessari alla verifica dell'esecuzione dei contratti di prestazione.

<sup>2</sup>La natura dei dati, le modalità e la frequenza di trasmissione sono definiti nel contratto quadro.

#### **Art. 18**

### **G. Partecipazione degli assicuratori**

<sup>1</sup>L'assicuratore malattia assume le stesse prestazioni previste in caso di cura ambulatoriale secondo l'art. 25a LAMal.

<sup>2</sup>La remunerazione delle prestazioni mediche, infermieristiche, diagnostiche e terapeutiche avviene sulla base di forfait stabiliti tramite convenzioni.

<sup>3</sup>Per le norme relative alle convenzioni tariffali e ai rapporti tra partner tariffali si rimanda a quanto previsto agli art. 67 e segg. LCAMal.

## **Art. 19**

### **H. Partecipazione del paziente**

<sup>1</sup>La partecipazione del paziente è stabilita dal Consiglio di Stato, che determina degli importi forfettari.

<sup>2</sup>L'importo giornaliero massimo ammonta a fr. 30.-, l'importo annuo massimo ammonta a fr. 600.-.

## **Art. 20**

### **I. Finanziamenti particolari**

<sup>1</sup>Il Cantone può erogare contributi agli istituti di cura per progetti particolari.

<sup>2</sup>In particolare possono rientrare sotto il cpv. 1 attività atte a garantire un'assistenza sanitaria appropriata alla popolazione e l'erogazione di prestazioni di interesse pubblico.

## **Capitolo terzo - Controllo e vigilanza**

### **Art. 21**

#### **A. Competenza**

Il Consiglio di Stato:

- a) esercita il controllo sul corretto adempimento dei contratti di prestazione;
- b) può ordinare le opportune verifiche e revisioni, nonché chiedere i dati che ritiene necessari;
- c) può stabilire nel contratto quadro misure speciali di vigilanza.

### **Art. 22**

#### **B. Violazioni del contratto**

<sup>1</sup>In caso di violazione delle disposizioni legali, del contratto quadro e/o dei contratti di prestazione il Consiglio di Stato può pronunciare contro i fornitori di prestazioni le seguenti sanzioni:

- a) l'ammonimento;
- b) la multa da fr. 500.- a fr. 200'000.-;
- c) la riduzione parziale del finanziamento;
- d) la rescissione con effetto immediato dei contratti di prestazione con soppressione totale del finanziamento;
- e) la revoca del mandato di prestazione e l'esclusione temporanea o definitiva dall'elenco pianificatorio in caso di gravi e/o ripetute violazioni.

<sup>2</sup>Nei casi gravi la multa può essere cumulata con le sanzioni di cui al cpv. 1 lett. c) ed e).

<sup>3</sup>Per la restituzione del finanziamento si applicano per analogia gli art. 16 e segg. della legge sui sussidi cantonali del 22 giugno 1994.



### **Art. 23**

#### **C. Modifica delle circostanze**

Il contratto di prestazione è modificato in caso di cambiamenti importanti e imprevedibili delle circostanze, in particolare nel caso di modifiche della legislazione.

### **Art. 24**

#### **D. Commissione consultiva dei Comuni**

Gli istituti di cura soggiacciono alla Commissione consultiva dei Comuni, nominata dal Consiglio di Stato al fine di garantire un loro coinvolgimento nell'applicazione della presente legge. Composizione, compiti e organizzazione interna della Commissione, sono definiti nel regolamento della Commissione consultiva dei Comuni in base alla legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane e alla legge sull'assistenza e cura a domicilio del 22 ottobre 2013, che si applica per analogia.

## **Capitolo quarto - Rimedi di diritto e norme finali**

### **Art. 25**

#### **A. Rimedi di diritto**

<sup>1</sup>Contro le decisioni dell'autorità competente è dato ricorso al Consiglio di Stato.

<sup>2</sup>Contro le decisioni del Consiglio di Stato è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo.

<sup>3</sup>La procedura è retta dalla legge sulla procedura amministrativa del 24 settembre 2013.

### **Art. 26**

#### **B. Disposizioni transitorie e finali**

<sup>1</sup>Per due anni dall'entrata in vigore della presente legge, gli istituti di cura fatturano:

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

<sup>2</sup>Alla fine dei due anni i partner tariffali valuteranno i dati a disposizione per stabilire la remunerazione a forfait a contare dal terzo anno, sulla base della fatturazione analitica.

### **Art. 27**

#### **C. Entrata in vigore**

<sup>1</sup>Decorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

<sup>2</sup>Il Consiglio di Stato ne stabilisce la data di entrata in vigore.

Disegno di

## **LEGGE**

### **sull'EOC (Ente Ospedaliero Cantonale) del 19 dicembre 2000**

Il Gran Consiglio  
della Repubblica e Cantone Ticino

visto il messaggio 26 maggio 2014 n. 6945 del Consiglio di Stato;

#### **d e c r e t a:**

#### **I.**

La legge sull'EOC del 19 dicembre 2000 è modificata come segue:

#### **Art. 2**

<sup>1</sup>L'EOC provvede alla direzione e alla gestione di strutture sanitarie d'interesse pubblico garantendo alla popolazione le strutture stazionarie e i servizi medici necessari.

<sup>2</sup>L'EOC gestisce le strutture sanitarie con criteri di efficienza ed economicità nel rispetto della promozione continua della qualità delle cure e dell'equità d'accesso alle cure.

#### **Art. 3 cpv. 1 e 3, 4 (nuovi)**

<sup>1</sup>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 e delle altre pianificazioni cantonali e federali.

<sup>3</sup>Per raggiungere lo scopo di cui al cpv. 1, l'EOC può costituire società, assumere partecipazioni o collaborare sotto altra forma con terzi.

<sup>4</sup>Collaborazioni concluse sulla base del cpv. 3 che vanno oltre la gestione di aspetti di ordinaria amministrazione soggiacciono all'approvazione del Consiglio di Stato.

#### **Art. 4**

#### **Strutture sanitarie**

L'EOC gestisce le strutture sanitarie garantendo una copertura adeguata in tutte le regioni.

#### **Art. 5**

Le strutture sanitarie dell'EOC garantiscono, conformemente alla pianificazione ospedaliera e ai mandati di prestazione, a ogni paziente:

- a) uguale qualità di assistenza medica e sanitaria indipendentemente dal tipo di contratto assicurativo;

- b) un trattamento sanitario conforme allo stato della scienza ed adeguato ai mezzi disponibili, nel rispetto della propria dignità e libertà e nell'ossequio del principio dell'informazione e del consenso;
- c) in casi urgenti il diritto di essere curato nelle strutture stazionarie e ambulatoriali degli ospedali pubblici.

#### **Art. 6 cpv. 2, 3 e 4 (nuovi)**

<sup>2</sup>Il capitale di dotazione iniziale e ogni suo aumento sono autorizzati dal Gran Consiglio.

<sup>3</sup>Il Consiglio di Stato e il Consiglio di amministrazione stabiliscono l'interesse del capitale di dotazione. In caso di mancato accordo fa stato il tasso d'interesse medio del debito pubblico.

<sup>4</sup>Lo Stato ne garantisce gli impegni. La garanzia dello Stato non si estende agli impegni di società affiliate.

#### **Art. 6bis (nuovo)**

#### **Conti annuali**

<sup>1</sup>Il conto annuale è allestito conformemente alle raccomandazioni contabili Swiss GAAP FER.

<sup>2</sup>L'esercizio dell'EOC si chiude il 31 dicembre di ogni anno. Entro tre mesi il conto d'esercizio dovrà essere approvato dal Consiglio di amministrazione e sottoposto all'ufficio di revisione. Entro sei mesi il conto d'esercizio dovrà essere sottoposto al Consiglio di Stato.

<sup>3</sup>Il Consiglio di amministrazione costituisce le riserve necessarie per un adeguato autofinanziamento degli investimenti e per coprire le perdite di esercizi sfavorevoli.

<sup>4</sup>L'utile netto d'esercizio serve ad alimentare il fondo di compensazione dei rischi e a pagare l'interesse sul capitale di dotazione. La parte residua è ripartita nei fondi e nelle riserve del capitale proprio.

#### **Art. 9 lett. c)**

Gli organi dell'EOC sono:

- c) le Direzioni locali e operative.

#### **Art. 16 lett. e), f) (nuove)**

Il Consiglio di amministrazione in particolare:

- e) concorda con la Direzione generale un'adeguata comunicazione interna ed esterna;
- f) sottopone al Consiglio di Stato i negozi giuridici di cui all'art. 3 cpv. 4.

### **Art. 17 lett. b)**

Il Consiglio di amministrazione in particolare:

- b) assume, sospende, revoca i membri della Direzione generale, i membri delle Direzioni locali e operative, l'ispettore del controllo, i medici primari e vice-primari;

### **Art. 18 lett. g) (nuova)**

Il Consiglio di amministrazione in particolare:

- g) decide l'assunzione di partecipazioni, riservata l'approvazione del Consiglio di Stato ai sensi dell'art. 3 cpv. 4 della presente legge.

### **Art. 21 cpv. 4**

<sup>4</sup>La Direzione generale vigila sull'attività delle strutture sanitarie ed adotta i provvedimenti urgenti.

## **C. La Direzione locale e operativa**

### **Art. 22 cpv. 1, 2, 3 e 4 (nuovo)**

<sup>1</sup>La Direzione locale e operativa esegue i compiti che le sono assegnati dal Consiglio di amministrazione e dalla Direzione generale dell'EOC.

<sup>2</sup>La Direzione locale e operativa dipende dalla Direzione generale dell'EOC.

<sup>3</sup>La Direzione locale e operativa consulta regolarmente i rappresentanti del personale.

<sup>4</sup>Le Direzioni locali e operative concordano con la Direzione generale i flussi informativi esterni.

### **Art. 26 lett. c) (nuova)**

Il Consiglio di Stato:

- c) approva i negozi giuridici ai sensi dell'art. 3 cpv. 4.

## **II.**

<sup>1</sup>Trascorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum la presente modifica di legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

<sup>2</sup>Il Consiglio di Stato ne determina l'entrata in vigore.

Disegno di

## DECRETO LEGISLATIVO

concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie

Il Gran Consiglio  
della Repubblica e Cantone Ticino

visto il messaggio 26 maggio 2014 n. 6945 del Consiglio di Stato,

richiamati:

- l'art. 39 della legge federale sull'Assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal);
- gli art. 63 e seg. della legge di applicazione della legge federale sull'assicurazione malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal);
- i pareri espressi dalle Conferenze regionali della sanità,

**d e c r e t a:**

### Articolo 1

È adottato il seguente elenco di istituti comprensivo dei mandati e dei volumi ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal e degli art. 63 e segg. LCAMal:

#### 1. Istituti somatico-acuti

Gruppi principali di prestazioni	Sigla	Gruppi di prestazioni	Istituti											
			Ospedale regionale di Lugano (ORL)	Clinica Luganese	Clinica S. Anna	Clinica Ars Medica	Cardiocentro Ticino (CCT)	Ospedale regionale di Bellinzona (OSG)	Ospedale regionale di Locarno (ODL)	Clinica S. Chiara	Clinica Varini	Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)	Istituti fuori Cantone <sup>1,2</sup>	
Volume massimo (caseload)			14'100	5'300	2'500	4'400	6'700	13'100	6'600	2'900	180	6'200	--	
Pacchetto di base	BP	Pacchetto base per la chirurgia e la medicina interna												
Pacchetto di base elettivo	BPE	Pacchetto base per i fornitori di prestazioni elettive												
Gruppi di prestazioni specialistiche	DER2	Trattamento delle ferite												
	HNO1	Otorinolaringoiatria (chirurgia ORL)												
	HNO1.1	Chirurgia cervico-facciale												
	HNO1.2	Chirurgia allargata del naso e dei seni paranasali												
	HNO1.3	Chirurgia dell'orecchio medio												
	END1	Endocrinologia												
	NEU1	Neurologia												
	NEU3	Malattie cerebrovascolari (senza Stroke Unit)												
	GAE1	Gastroenterologia												
	VIS1	Chirurgia viscerale												
	HAE2	Linfomi indolenti e leucemie croniche												
	HAE3	Malattie mieloproliferative e sindromi mielodisplastiche												
	GEF1	Chirurgia vascolare dei vasi periferici (arteriosi)												
	ANG1	Interventi sui vasi periferici (arteriosi)												
	NEP1	Nefrologia (insufficienza renale)												
	URO1	Urologia senza titolo di formazione approfondita "Urologia operatoria"												
	URO1.1	Urologia con titolo di formazione approfondita "Urologia operatoria"												
	PNE1	Pneumologia												
	BEW1	Chirurgia dell'apparato locomotore												
	BEW2	Ortopedia												
	BEW5	Artroscopia del ginocchio												
	RHE1	Reumatologia												
GYN1	Ginecologia													
GEB1	Assistenza di base in ostetricia (dalla 34° settimana di gestazione e ≥2000g)													
NEO1	Assistenza di base ai neonati (dalla 34° sett. di gestazione e ≥2000g)													
ONK1	Oncologia													

Gruppi principali di prestazioni	Sigla	Gruppi di prestazioni	Ospedale regionale di Lugano (ORL)	Clinica Luganese	Clinica S. Anna	Clinica Ars Medica	Cardiocentro Ticino (CCT)	Ospedale regionale di Bellinzona (OSG)	Ospedale regionale di Locarno (ODL)	Clinica S. Chiara	Clinica Vairini	Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)	Istituti fuori Cantone <sup>1,2</sup>
Gruppi di prestazioni multidisciplinari e complesse	DER1	Dermatologia (incluse malattie sessualmente trasmissibili)											
	DER1.1	Dermatologia oncologica											
	DER1.2	Patologie dermatologiche severe											
	HNO1.1.1	Chirurgia cervicale complessa (chirurgia tumorale interdisciplinare)											
	HNO1.2.1	Chirurgia allargata del naso e dei seni paranasali con apertura della dura madre											
	HNO1.3.1	Chirurgia allargata dell'orecchio con orecchio interno e/o apertura della dura madre											
	HNO1.3.2	Impianti cocleari (CIMAS)											
	HNO2	Chirurgia della tiroide e delle paratiroidi											
	KIE1	Chirurgia maxillare											
	NCH1	Neurochirurgia											
	NCH1.1	Neurochirurgia specializzata											
	NEU2	Tumore maligno secondario del sistema nervoso											
	NEU2.1	Tumore primario del sistema nervoso centrale (senza pazienti palliativi)											
	NEU3.1	Malattie cerebrovascolari (con Stroke Unit; provvisorio)											
	NEU4	Epilettologia: diagnostica complessa											
	NEU4.1	Epilettologia: trattamento complesso											
	AUG1	Oftalmologia											
	AUG1.1	Strabologia											
	AUG1.2	Affezioni dell'orbita											
	AUG1.3	Palpebre e apparato lacrimale, problemi di chirurgia plastica											
	AUG1.4	Congiuntiva, cornea e sclera (trapianti di cornea compresi)											
	AUG1.5	Glaucoma											
	AUG1.6	Cataratta											
	AUG1.7	Affezioni del corpo vitreo/della retina											
	GAE1.1	Gastroenterologia specialistica											
	VIS1.1	Chirurgia pancreatica maggiore											
	VIS1.2	Chirurgia epatica maggiore											
	VIS1.3	Chirurgia esofagea											
	VIS1.4	Chirurgia bariatrica											
	VIS1.5	Chirurgia rettale bassa											
	HAE1	Linfomi aggressivi e leucemie acute											
	HAE1.1	Linfomi altamente aggressivi e leucemie acute											
	HAE4	Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche											
	HAE5	Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche (CIMAS)											
	GEF2	Chirurgia vascolare dei vasi intra-addominali											
	ANG2	Interventi sui vasi intra-addominali											
	GEF3	Chirurgia della carotide											
	ANG3	Interventi sulla carotide e sui vasi extracranici											
	GEF4	Chirurgia vascolare dei vasi intracranici											
	ANG4	Interventi sui vasi intracranici											
	HER1	Chirurgia cardiaca semplice											
	HER1.1	Cardiochirurgia e chirurgia vascolare con circolazione extracorporea											
	HER1.1.1	Chirurgia coronarica (BPAC)											
	HER1.1.2	Cardiochirurgia congenita complessa											
	KAR1	Cardiologia (stimolatore cardiaco compreso)											
	KAR1.1	Cardiologia interventistica (interventi coronarici)											
	KAR1.1.1	Cardiologia interventistica (interventi speciali)											
	KAR1.2	Elettrofisiologia (ablazioni)											
	KAR1.3	Defibrillatore impiantabile (ICD) / stimolazione biventricolare e trattamento TRC											
	RAD1	Radiologia interventistica (per i vasi solo diagnostica)											
	URO1.1.1	Prostatectomia radicale											
	URO1.1.2	Cistectomia radicale											
	URO1.1.3	Chirurgia complessa dei reni (Nefrectomia per indicazione oncologica e nefrectomia parziale)											
	URO1.1.4	Surrenectomia isolata											
	URO1.1.5	Plastica ricostruttiva del giunto pielo-ureterale											
	URO1.1.6	Plastica ricostruttiva dell'uretra											
	URO1.1.7	Impianto di uno sfintere urinario artificiale											
	URO1.1.8	Nefrostomia percutanea con frammentazione dei calcoli											
	PNE1.1	Pneumologia con terapia respiratoria specialistica											
	PNE1.2	Valutazione prima o status dopo trapianto polmonare											
	PNE1.3	Fibrosi cistica e ipertensione polmonare primaria (diagnostica complessa)											
	PNE2	Polisonnografia											
	THO1	Chirurgia toracica											
	THO1.1	Neoplasie maligne del sistema respiratorio (resezione curativa)											
	THO1.2	Chirurgia del mediastino											
	TPL1	Trapianti TPL1. Trapianti di organi solidi (CIMAS)											
	BEW3	Chirurgia della mano											
	BEW4	Artroscopia della spalla e del gomito											
	BEW6	Ricostruzione dell'estremità superiore											
	BEW7	Ricostruzione dell'estremità inferiore											
	BEW8	Chirurgia della colonna vertebrale											
	BEW8.1	Chirurgia specialistica della colonna vertebrale											
	BEW9	Tumori dell'apparato locomotorio											
	BEW10	Chirurgia del plesso											
	BEW11	Reimpianti											
	RHE2	Reumatologia interdisciplinare											
	GYN1.1	Neoplasie maligne della vulva e della vagina											
	GYN1.2	Neoplasie maligne del collo dell'utero											
	GYN1.3	Neoplasie maligne del corpo dell'utero											
	GYN1.4	Neoplasie maligne dell'ovaio											
	GYN2	Neoplasie maligne della mammella											
	PLC1	Chirurgia di conversione sessuale											
	GEBH	Casa del parto (dalla 37° settimana di gestazione)											
	GEB1.1	Ostetricia (dalla 32° settimana di gestazione e ≥1250g)											
	GEB1.1.1	Ostetricia specialistica											
	NEO1.1	Neonatologia (livello IIB, dalla 32° settimana di gestazione e ≥1250g)											
	NEO1.1.1	Neonatologia specialistica (livello III)											
	RAO1	Radio-oncologia											
	NUK1	Medicina nucleare											
	UNF1	Chirurgia traumatologica (politrauma)											
	UNF1.1	Chirurgia traumatologica specialistica (traumi cranio-cerebrali)											
	UNF2	Ustioni (CIMAS)											

Gruppi principali di prestazioni	Sigla	Gruppi di prestazioni	Ospedale regionale di Lugano (ORL)	Clinica Luganese	Clinica S. Anna	Clinica Ars Medica	Cardiocentro Ticino (CCT)	Ospedale regionale di Bellinzona (OSG)	Ospedale regionale di Locarno (ODL)	Clinica S. Chiara	Clinica Varini	Ospedale regionale di Mendrisio (OBV)	Istituti fuori Cantone <sup>1,2</sup>
Discipline trasversali	KINM	Pediatria											
	KINC	Chirurgia pediatrica											
	KINB	Chirurgia pediatrica di base											
	GER	Geriatría acuta											
	PAL	Centro di competenze in cure palliative											

<sup>1</sup> **Ospedali univertitari Svizzeri:**


- Universitätsspital Basel
- Universitäts-Kinderspital Basel (UKBB)
- Inselspital Bern
- Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)
- Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- Universitätsspital Zürich (USZ)
- Kinderspital Zürich


<sup>2</sup> **Altri istituti:**


- Schweizerische Epilepsie-Zentrum Klinik Lengg AG


 Mandato

 Mandato provvisorio - confermato nel 2017 unicamente se raggiunta casistica minima

 Mandato provvisorio - fino a definizione del progetto di collaborazione ORL - S. Anna

 Mandato provvisorio - fino a definizione del progetto di collaborazione ODL - S. Chiara

 Mandato provvisorio - entro il 2017 dovrà confluire su un unico polo

 Mandati MAS e mandati MAS provvisori (\*)

## 2. Istituti di riabilitazione

Gruppi di prestazioni	EOC Novaggio	Ospedale Regionale Bellinzona e Valli Sede Faido <sup>1</sup>	Clinica Hildebrand	Istituti fuori Cantone *
Riabilitazione neurologica <sup>2</sup>				
Riabilitazione per para- e tetraplegici				
Riabilitazione muscoloscheletrica				
Riabilitazione cardiovascolare <sup>3</sup>				
Riabilitazione polmonare <sup>4</sup>				
Riabilitazione internistica-oncologica				
Riabilitazione psicosomatica				
Riabilitazione precoce				
Riabilitazione pediatrica <sup>5</sup>				
Numero di letti autorizzati	75	25 (+20)	105	

### Note:

<sup>1</sup>Messa in esercizio subordinata a decisione del Consiglio di Stato al momento dell'entrata in funzione dell'istituto di cura di Sementina

### \*Dettaglio istituti di cura

#### <sup>2</sup>Riabilitazione neurologica

- Klinik Bethesda, Tschugg (BE)
- Clinique romande de réadaptation suvacare, Sion (VS)
- Rehab Basel AG, Basel (BS)
- Schweizer Paraplegiker Zentrum, Nottwil (LU)

#### <sup>3</sup>Riabilitazione cardiovascolare

- Rehabilitationszentrum Seewis, Seewis Dorf (GR)
- Klinik Gais AG, Gais (AR)
- Klinik Barmelweid AG, Barmelweid (AG)
- Klinik Schloss Mammern AG, Mammern (TG)

#### <sup>4</sup>Riabilitazione polmonare

- Zürcher Höhenklinik, Davos (GR)
- Klinik Schloss Mammern AG, Mammern (TG)
- Luzerner Höhenklinik Montana, Crans-Montana (VS)
- Klinik Barmelweid AG, Barmelweid (AG)
- RSV – CHCVs, Centre Valaisan de pneumologie, Crans-Montana (VS)

#### <sup>5</sup>Riabilitazione pediatrica

- Kinderspital Affoltern am Albis, Affoltern am Albis (ZH)



### 3. Istituti di psichiatria

Gruppi di prestazioni		Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC)	Clinica Viaretto	Clinica S. Croce	Ospedale Malcantonese
Psichiatria generale	F0 Disturbi organici				
	F10 Alcol				
	F11-F19 Droghe				
	F2 Schizofrenia				
	F3 Disturbi dell'umore (affettivi)				
	F4 Disturbi nevrotici				
	F6 Disturbi della personalità				
	F55-F99 Altro				
Psichiatria coatta					
Disturbi alimentari					
Numero di letti autorizzati		140	45	80	26

## **Articolo 2**

È adottato il seguente elenco di istituti ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal:

### **1. Istituti per anziani suddivisi per regione e tipo di istituto**

<b>Istituto</b>	<b>Posti letto</b>
<b>TICINO</b>	<b>5'224</b>
<b>COMPRESORIO MENDRISIOTTO E BASSO CERESIO</b>	<b>999</b>
Centro comunale per Anziani, Balerna	39
Casa Anziani Soave, Chiasso	45
Casa Anziani Giardino, Chiasso	96
Fondazione La Quietè, Mendrisio	49
Casa Anziani Torriani, Mendrisio	99
Casa Anziani Girotondo, Novazzano	54
Istituto S. Filomena, Stabio	55
Istituto Luigi Rossi, Capolago <sup>1</sup>	40
Casa Tusculum, Arogno	76
Casa di riposo Don Guanella, Castel S. Pietro	35
Fondazione Casa S. Rocco, Morbio Inferiore	116
Casa Anziani Santa Lucia, Arzo	53
Ass. Miss. Sacro Cuore di Gesù, Rancate	32
<i>Nuova Casa Anziani Consortile, Vacallo</i>	<i>70</i>
<i>Nuova Casa Anziani Consortile, Coldrerio</i>	<i>60</i>
<i>Nuova Casa Anziani ex-Clinica San Pietro, Stabio</i>	<i>0</i>
<i>Nuova Casa Anziani, Riva S. Vitale/Melano</i>	<i>60</i>
<i>Centro Vitadomo - Tertianum, Chiasso</i>	<i>20</i>
<b>COMPRESORIO LUGANESE</b>	<b>1'576</b>
Casa Serena, Lugano	177
Residenza Castagneto, Castagnola	43
Residenza Gemmo, Lugano	124
Centro La Piazzetta, Loreto	93
Residenza alla Meridiana, Viganello	92
Casa dei Ciechi, Lugano	53
Cà Riziero Rezzonico, Lugano	78
Casa Anziani Girasole, Massagno	66
Istituto Caccia-Rusca, Morcote	66
Residenza Paradiso, Paradiso	76
Casa Anziani Opera Caritas, Sonvico	46
Casa Al Pagnolo, Sorengo	78
Centro L'Orizzonte, Colla	40
Casa Bianca Maria, Cadro	52
Istituto S. Giuseppe, Tesserete	50
Residenza Parco Maraini, Lugano	53
Istituto S. Maria (San Rocco), Savosa	85
<i>Nuova Casa Anziani di Lugano-Pregassona</i>	<i>114</i>
<i>Nuova Casa Anziani consortile di Comano, Cureglia, Porza, Savosa e Vezia, a Comano</i>	<i>70</i>
<i>Nuova Casa Anziani, Canobbio</i>	<i>80</i>
<i>Residenza Du Lac Tertianum, Paradiso</i>	<i>40</i>

<sup>1</sup> L'Istituto Luigi Rossi a Capolago sarà dismesso nella seconda metà del decennio, al momento della piena operatività derivante dall'ampliamento di Casa Tusculum ad Arogno

Istituto	Posti letto
<b>COMPRESORIO MALCANTONE E VEDEGGIO</b>	<b>488</b>
Casa Anziani Cigno Bianco, Agno	72
Stella Maris, Bedano	99
Casa Anziani Malcantonese, Castelrotto	105
Casa Anziani Alto Vedeggio, Mezzovico	72
Residenza Rivabella, Magliaso	50
<i>Nuova Casa Anziani Basso Malcantone, Caslano</i>	70
<i>Centro Vitadomo-Tertianum, Agno</i>	20
<b>COMPRESORIO LOCARNESE E VALLEMAGGIA</b>	<b>1'176</b>
Casa S. Giorgio, Brissago	61
Casa Anziani S. Carlo, Locarno	121
Casa REA, Minusio	60
Casa Anziani Fondazione Varini, Orselina	28
Casa Anziani Montesano, Orselina	45
Centro Sociale Onsernonese, Russo	38
Istituto Sacra Famiglia, Loco	26
Casa Anziani Cinque Fonti, San Nazzaro	78
Casa Sorriso (Tarcisio), Tenero	36
Casa Belsoggiorno, Ascona	56
Istituto Solarium, Gordola	96
Ricovero San Donato, Intragna	91
Casa Anziani Vallemaggia (Centro sociosanitario), Cevio	33
Casa Anziani, Someo	14
Residenza Al Lido, Locarno	30
Residenza Al Parco, Muralto	70
Piccola Casa Divina Prowidenza, Gordevio	65
Istituto Don Guanella, Maggia	80
Casa Carmelo S. Teresa, Brione s/ Minusio	48
Casa S. Agnese, Muralto	20
<i>Nuova Casa Anziani Fondazione Patrizia, Losone</i>	60
<i>Centro Vitadomo-Tertianum, Tenero</i>	20
<b>COMPRESORIO BELLINZONESE</b>	<b>521</b>
Casa Anziani Comunale Bellinzona	72
Casa Anziani Greina, Bellinzona	59
Casa Anziani ARANDA, Giubiasco	86
Casa Anziani Circolo del Ticino, Sementina	80
Casa di riposo Paganini-Rè, Bellinzona	98
<i>Nuova Casa Anziani Comunale, Bellinzona</i>	76
<i>Nuova Casa Anziani, ex-Clinica Sementina</i>	20
<i>Centro Vitadomo-Tertianum, Bellinzona</i>	30
<b>COMPRESORIO TRE VALLI</b>	<b>464</b>
Casa Anziani Comunale Biasca	60
Casa Anziani Visagno, Claro	80
Casa Anziani La Quercia, Acquarossa	101
Casa Anziani Santa Croce, Faido	104
Casa Anziani (ex-Diocesano), Prato Leventina	41
<i>Nuova Casa Anziani Tre Valli, Giornico</i>	78

## 2. Istituti per le cure palliative specialistiche in CPA

Istituto	Posti letto
<b>TICINO</b>	<b>30</b>
Casa Anziani Giardino, Chiasso	15
Casa Serena, Lugano	15

## 3. Istituti per invalidi

Istituto	Posti letto
<b>TICINO</b>	<b>232</b>
OTAF - Casa Giroggio, Sorengo	31
OTAF - Casa Belinda, Lugano	13
Istituto Prowida Madre, Balerna	35
Residenza Paradiso, Paradiso	10
Residenza Fondazione Varini, Orselina	10
Centro sociosanitario, Cevio	12
CARL, Mendrisio	121

## 4. Istituti di cura e sostegno funzionale suddivisi per regione e tipo di istituto

Istituto	Posti letto
<b>TICINO</b>	<b>210</b>
<b>COMPENSORIO MENDRISIOTTO E BASSO CERESIO</b>	<b>30</b>
<i>Casa Anziani Santa Lucia, Arzo</i>	15
<i>EOC Ospedale Beata Vergine, Mendrisio</i>	15
<b>COMPENSORIO LUGANESE</b>	<b>90</b>
<i>Casa Anziani Opera Caritas, Sonvico</i>	30
<i>Clinica Luganese, sede S. Rocco, Lugano</i>	60
<b>COMPENSORIO MALCANTONE E VEDEGGIO</b>	<b>30</b>
<i>Ospedale Malcantonese, Castelrotto</i>	30
<b>COMPENSORIO LOCARNESE E VALLEMAGGIA</b>	<b>60</b>
<i>Centro sociosanitario, Cevio</i>	15
<i>Clinica Fondazione Varini, Orselina</i>	30
<i>EOC Ospedale La Carità, Locarno</i>	15
<b>COMPENSORIO BELLINZONESE</b>	<b>30</b>
<i>EOC ex-Clinica a Sementina</i>	30
<b>COMPENSORIO TRE VALLI</b>	<b>(30)</b>
<i>EOC Ospedale regionale Bellinzona e Valli, Acquarossa</i>	30
<i>EOC Ospedale regionale Bellinzona e Valli, Faido<sup>1</sup></i>	(30)

### Note:

<sup>1</sup>Transitoriamente fino all'entrata in funzione dell'istituto di cura di Sementina. In seguito decisione del Consiglio di Stato sulla trasformazione in letti di riabilitazione (20) e/o sulla continuazione come istituto di cura

## Articolo 3

Gli istituti menzionati nel presente decreto legislativo devono adeguare la propria organizzazione ai nuovi mandati di prestazione entro sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto.

#### **Articolo 4**

Agli istituti, che figuravano sull'elenco del 29 novembre 2005, ma che non sono riconosciuti dal presente decreto ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal, è accordato un periodo di sei mesi dall'entrata in vigore del presente decreto, al fine di procedere al ri-orientamento della propria attività e per permettere agli assicurati di portare a termine le proprie cure.

#### **Articolo 5**

È data facoltà al Consiglio di Stato di decidere eventuali deroghe ai punti 3 e 4, sulla base di richieste documentate, presentate dai singoli istituti.

#### **Articolo 6**

Il Consiglio di Stato può aggiornare il presente decreto legislativo nei limiti dell'art. 66 cpv. 3 LCAMal.

#### **Articolo 7**

Conformemente agli art. 32 e 58 LAMal, 77 OAMal, 80, 81 e 82 (LSan), gli istituti figuranti sull'elenco dovranno effettuare controlli di qualità secondo le indicazioni del Dipartimento della sanità e della socialità.

#### **Articolo 8**

Il Dipartimento della sanità e della socialità, tramite i propri servizi competenti, è incaricato di assicurare la consulenza necessaria e di verificare il rispetto delle condizioni stabilite con il presente decreto legislativo.

#### **Articolo 9**

Il decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie del 29 novembre 2005 è abrogato.

#### **Articolo 10**

Il presente decreto legislativo è notificato agli interessati mediante pubblicazione nel Foglio ufficiale (art. 36 lett. c) (PA). Contro lo stesso è dato ricorso al Tribunale amministrativo federale entro 30 giorni dalla sua pubblicazione (art. 53 LAMal).

#### **Articolo 11**

Non appena cresciuto in giudicato, anche solo parzialmente, il presente decreto legislativo è pubblicato nel bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi. Il Consiglio di Stato ne determina l'entrata in vigore; esso può fissare un'entrata in vigore differenziata.