

## Il Consiglio di Stato

Signor  
Matteo Pronzini  
Deputato al Gran Consiglio

### Interrogazione 17 luglio 2016 n. 119.16 Clinica Sant'Anna e controlli da parte dell'autorità cantonale (DSS)

Signor deputato,

prima di entrare nel merito della summenzionata interrogazione, riteniamo opportuno fornirle le seguenti informazioni di carattere generale riferite ai cinque temi trattati nella sua premessa.

#### 1. Un numero insufficiente di medici assistenti

Il termine "medico assistente" è di regola associato al medico che ha concluso la propria formazione di base e sta seguendo il perfezionamento professionale in una specialità medica (formazione FMH); egli non può agire sotto la propria responsabilità professionale. Con il termine di "medico ospedaliero" invece, si indica l'operatore sanitario che ha concluso gli studi universitari di medicina prima del 2002 e i cui eventuali titoli di perfezionamento esteri non sono riconoscibili in base all'Ordinanza sui diplomi, la formazione, il perfezionamento e l'esercizio della professione nelle professioni mediche universitarie, del 27 giugno 2007 (Ordinanza sulle professioni mediche, OPMed; RS 811.112.0); anche il medico ospedaliero non può lavorare sotto la propria responsabilità professionale.

Non esiste un metodo di calcolo approvato dalla comunità scientifica per definire la dotazione in personale medico negli istituti somatici acuti necessaria per "garantire cure di qualità in regime di degenza", né per quanto concerne i medici che agiscono sotto la propria responsabilità professionale, né per i medici ospedalieri o i medici assistenti. La dotazione dipende dal tipo di struttura, dall'attività svolta, dalla complessità e dalla varietà delle prestazioni offerte nonché dall'attività di formazione e ricerca svolta.

Anche la recente pianificazione ospedaliera approvata dal Gran Consiglio, basata su un modello ormai unanimemente adottato a livello nazionale, fa riferimento a requisiti definiti dalle associazioni mediche in collaborazione con il Dipartimento della sanità del Canton Zurigo per la presenza dei medici specialisti, ma non menziona i medici assistenti, la cui presenza è strettamente legata alle capacità formative della singola struttura, riconosciute per la specifica disciplina dall'Istituto svizzero per la formazione medica (ISFM).

Infine, come rilevato anche più avanti, l'assoggettamento dei medici assistenti ed ospedalieri alla Legge sul lavoro ne regola l'orario di lavoro e i tempi di riposo, migliorando nel contempo le premesse di sicurezza.

#### 2. Personale infermieristico non formato per le sale operatorie

Dal punto di vista sanitario la necessità d'assistenza al chirurgo nelle diverse fasi dell'intervento, sia come numero di operatori sanitari, sia come formazione ed esperienza di questi ultimi, dipende dal tipo d'intervento e dall'impiego di tecnologia più o meno complessa.

Le scuole che formano gli operatori sanitari, siano questi assistenti di cura, tecnici di sala operatoria o infermieri, seguono un programma didattico che garantisce alla fine del ciclo di studi, grazie anche a esperienze dirette, l'acquisizione di determinate competenze caratterizzanti la professione. Di fatto, la professionalizzazione dei tecnici di sala operatoria, il cui titolo professionale è riconosciuto a livello federale, sgrava il chirurgo di molte attività dirette e indirette. Questa specifica formazione è stata proposta per la prima volta in Svizzera nel 1972 a Berna e nel 1976 ha ricevuto il riconoscimento quale programma di formazione continua per infermieri di sala operatoria da parte dell'Associazione svizzera degli infermieri (ASI). Nel Canton Ticino tale formazione è disponibile dal 2002 presso il Centro Professionale Sociosanitario medico-tecnico di Lugano.

La Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario del 18 aprile 1989 (Legge sanitaria; RL 6.1.1.1), all'art. 62 cpv. 3 statuisce che un operatore sanitario senza attività indipendente può erogare prestazioni su delega dell'operatore sanitario autorizzato, che ne assume la responsabilità ultima, nei limiti delle proprie capacità e conoscenze collaudate ed in quelli stabiliti dal competente operatore sanitario prescrittore. Ciò dimostra che è responsabilità professionale del chirurgo stabilire chi deve essere presente al tavolo operatorio e con quali mansioni, verificandone le competenze ed assicurandone nel contempo la formazione.

### 3. Qualità delle cure ospedaliere / leggi

La garanzia della qualità è parte integrante delle priorità di politica sanitaria del Consiglio federale e oggetto della strategia nazionale «Sanità2020». Come si può leggere sul sito dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), questa strategia persegue tre obiettivi principali: migliorare la qualità delle prestazioni mediche, aumentare la sicurezza dei pazienti e frenare l'aumento dei costi nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie<sup>1</sup>.

La promozione della qualità tra i medici è pure un compito della Federazione dei medici svizzeri (FMH), che dal 2012 si avvale di un proprio organo: l'Accademia svizzera per la qualità in medicina (ASQM). Anche l'organizzazione mantello degli ospedali svizzeri H+ e l'Associazione nazionale per lo sviluppo della qualità negli ospedali e nelle cliniche (ANQ) lavorano per divulgare e misurare la qualità negli ospedali in Svizzera. Dal 2002 è pure attiva la Fondazione per la sicurezza dei pazienti con l'obiettivo di sviluppare e promuovere la sicurezza dei pazienti, assistere i pazienti lesi in seguito a trattamenti medici o a cure e aiutare il personale coinvolto.

L'attività di vigilanza del Medico cantonale presso gli istituti somatici acuti si basa su criteri di polizia sanitaria, cioè sui principi applicabili conformemente alla Legge sanitaria che garantiscono la sussistenza delle necessarie premesse di sicurezza. Pertanto i criteri e gli indicatori utilizzati nelle ispezioni dell'Ufficio del medico cantonale presso gli istituti somatici acuti sono ricavati dalle indicazioni generali e specifiche contenute nei documenti elaborati dagli enti sopraccitati, dalla letteratura scientifica e dalle *good practice*.

### 4. Rispetto della Legge sul lavoro (LL) nell'ambito ospedaliero

In passato era ritenuto normale e socialmente accettato che i medici lavorassero 80 e più ore alla settimana. La Legge federale sul lavoro nell'industria, nell'artigianato e nel commercio del 13 marzo 1964 (Legge sul lavoro; LL; RS 822.11) prevede tuttavia anche in ambito sanitario un carico di lavoro di massimo 50 ore settimanali (art. 9 cpv. 1 lett. b LL), per un massimo di 7 giorni consecutivi (art. 7 cpv. 2 dell'Ordinanza 2 concernente la legge sul lavoro, del 10 maggio 2000; OLL2; RS 822.112). La complessa regolamentazione delle eccezioni possibili nel settore ospedaliero (art. 15 OLL2) non facilita comunque il computo delle ore di lavoro e dei recuperi del

<sup>1</sup> [www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=it&msg-id=59775](http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=it&msg-id=59775)

personale medico. L'organo di vigilanza ed esecuzione della Legge sul lavoro, a livello cantonale, è l'Ufficio dell'ispettorato del lavoro (UIL).

Per far fronte alla riduzione dell'orario di lavoro prevista dalla Legge sul lavoro, l'Ente ospedaliero cantonale (EOC) negli ultimi anni ha aumentato in maniera progressiva l'effettivo dei medici capiclinica e dei medici assistenti. I turni di lavoro sono stabiliti considerando la durata massima di 50 ore settimanali, prevista peraltro espressamente anche nei contratti di lavoro. Secondo l'EOC eventuali ore straordinarie derivano in gran parte dagli interventi durante le ore di picchetto. Possibili situazioni critiche, ritenute sempre meno frequenti, vengono puntualmente discusse con l'Associazione medici assistenti e capiclinica, sezione Ticino (ASMACT).

Per quanto riguarda la Clinica Sant'Anna e l'asserita infrazione della Legge sul lavoro in relazione ai medici assistenti, va precisato che la struttura non ha alle sue dipendenze medici con questo statuto, ovvero in fase di perfezionamento FMH. Annovera invece alcuni medici ospedalieri.

### **5. Base di calcolo DRG e Tarmed**

Le spiegazioni sui sistemi di fatturazione in base al DRG (per le degenze ospedaliere) e al Tarmed (per i trattamenti ambulatoriali) sono fornite anche nella risposta all'interrogazione n. 113.16 del 30 giugno 2016, a cui si rinvia.

Giova riprendere dal sito dell'UFSP<sup>2</sup> la definizione e lo scopo dei DRG: "In un sistema DRG (Diagnosis Related Groups), i trattamenti sono classificati in gruppi di casi (p. es. appendicectomie sui bambini), composti nel modo più omogeneo possibile secondo criteri medici ed economici. Ogni ospedalizzazione è attribuita a un determinato gruppo di casi (DRG) sulla base della diagnosi e dei trattamenti. I DRG sono identici in tutta la Svizzera e per ognuno di loro viene effettuata una ponderazione dei costi. Moltiplicando quest'ultima per un prezzo di base si ottiene l'importo forfettario riferito alle prestazioni. Il prezzo di base corrisponde a una sorta di valore medio per i trattamenti ospedalieri dispensati in un determinato ospedale; il suo importo varia a seconda dell'ospedale. Il prezzo di base viene stabilito dai partner tariffali (assicuratori e fornitori di prestazioni)."

Anche il sistema Tarmed si basa sulla forfettizzazione delle prestazioni e si riferisce al tipo di prestazione erogata. Si tratta sostanzialmente di un elenco di prestazioni (circa 4600 posizioni) che possono essere effettuate in regime ambulatoriale, espresso in punti. La fatturazione delle prestazioni avviene poi anche in questo caso moltiplicando il punteggio per la tariffa di base di principio concordata tra i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, ovvero il valore del punto tariffale.

Dopo questa premessa, rispondiamo come segue alle singole domande.

**1. La presenza insufficiente di medici assistenti, così come la presenza in sala operatoria di personale non adeguatamente formato ed esterno alla struttura, pregiudica la qualità delle cure alla Clinica Sant'Anna?**

Si ribadisce che la necessità d'assistenza al chirurgo nelle diverse fasi dell'intervento sia come numero di operatori sanitari, sia come formazione ed esperienza di questi ultimi, dipende dal tipo d'intervento e dall'impiego di tecnologia più o meno complessa. Giudicare "insufficiente" la presenza di medici assistenti e inadeguata la formazione di altro personale sanitario senza

<sup>2</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/06492/12987/index.html?lang=it>

definire né caratterizzare l'intervento chirurgico di riferimento è un'affermazione arbitraria che non trova riscontro oggettivo né è rilevante. Come anticipato, non esiste un riferimento univoco per l'attribuzione di operatori sanitari al tavolo operatorio. Ciò dipende dalle capacità tecniche del chirurgo, dalla complessità dell'intervento e dall'organizzazione del lavoro di quello specifico blocco operatorio.

**2. Quanti sono attualmente i medici assistenti presenti alla Clinica Sant'Anna e presso la clinica Ars Medica?**

La Clinica Sant'Anna dichiara alle proprie dipendenze 10 medici ospedalieri: uno in oncologia, tre in neonatologia e sei in medicina, ginecologia, ostetrica e chirurgia. Sono medici che assistono i colleghi con specializzazione FMH, ma non si occupano dei pazienti in modo indipendente e sotto la propria responsabilità. Presso la Clinica sono accreditati 60 medici, di cui 40 regolarmente attivi. Oltre la metà dei medici accreditati ha il suo studio in loco. Alla Clinica Ars Medica sono operativi sette medici ospedalieri. Le due strutture non hanno invece alle dipendenze medici assistenti.

**3. Gli infermieri strumentisti presenti alla Clinica Sant'Anna hanno seguito la specifica formazione e conseguito il relativo diploma?**

Gli infermieri con mansionario di "strumentista" sono al beneficio di una formazione di livello terziario al pari dei tecnici di sala operatoria (TSO), formazione disponibile nel nostro Cantone dal 2002. La formazione degli infermieri avviene seguendo un programma didattico che garantisce, alla fine del ciclo di studi, l'acquisizione di determinate competenze caratterizzanti la professione d'infermiere. Fra queste competenze vi possono essere dei compiti lavorativi non necessariamente appresi durante l'iter scolastico di base, ma acquisiti sul campo tramite esperienza diretta e/o formazioni continue impartite da istituti di formazione o dal datore di lavoro stesso, aspetto questo contemplato dalla Legge sanitaria, segnatamente dall'art. 64.

Presso la Clinica sono attivi operatori sanitari ausiliari con diverse qualifiche ed esperienze professionali: infermieri con formazione di sala operatoria, tecnici di sala operatoria con formazione TSO, tecnici di sala operatoria con formazione acquisita ai sensi dell'art. 64 Legge sanitaria, assistenti specializzati in sala operatoria (ASSO), assistenti di cura. La Clinica rileva che tutti vantano un'esperienza pluriennale, dagli 8 ai 35 anni, e seguono regolarmente corsi di aggiornamento professionale riconosciuti, interni o esterni.

**4. In cosa e quanto consiste l'importante cifra di risparmio per il blocco operatorio (diversa gestione del blocco operatorio) preannunciato per il 2016 da parte della Clinica Sant'Anna?**

La richiesta di informazioni sulla gestione finanziaria di una società per azioni quale la GSMN SA, che gestisce la Clinica Sant'Anna, non è pertinente, viola legittimi interessi privati e non rappresenta una questione di interesse pubblico generale, su cui devono vertere le interrogazioni. Peraltro, per i motivi esposti sopra, un'eventuale riorganizzazione non violerebbe le norme in vigore. Espressamente interpellata, la Clinica ha tuttavia comunicato che *"...non ha preannunciato alcuna cifra di risparmio per il blocco operatorio per il 2016. Molto più semplicemente e come è doveroso, la Clinica in questo settore come in altri cerca di ottimizzare i costi e l'efficienza con diversi interventi [...] Le misure di risparmio si riferiscono alla gestione dello stock (riserva di materiale), alla pianificazione dell'uso degli spazi operatori e a misure analoghe. Nessuno di questi provvedimenti può avere la minima influenza negativa sulla qualità delle cure."*

**5. Il DSS, e il medico cantonale dott. Meriani, in occasione dell'ispezione del febbraio 2014 erano a conoscenza che presso la Clinica vi erano unicamente 4,5 unità di medici assistenti?**

Ribadito che dal numero di medici assistenti o ospedalieri non possono essere tratte deduzioni sull'esistenza delle necessarie premesse di sicurezza, si precisa che nel periodo dell'ispezione i medici dipendenti dalla Clinica Sant'Anna erano pari a sei unità a tempo pieno.

**6. Quanti erano i medici assistenti indicati nel piano di rotazione aggiornato di medici assistenti assegnati al blocco operatorio e all'anestesia?**

Per quanto anche questa domanda sia irrilevante perché non fornisce elementi per determinare la qualità delle prestazioni erogate, si rileva che all'epoca dell'ispezione due medici ospedalieri erano assegnati al blocco operatorio dal lunedì al mercoledì compreso, e uno al giovedì. Il servizio d'anestesia si avvale solo di medici al beneficio del titolo di perfezionamento professionale (medici FMH o con titolo equipollente).

**7. Quanti sono i medici assistenti presenti contemporaneamente nei reparti della Clinica Sant'Anna?**

La Clinica afferma che il numero dei medici ospedalieri presenti contemporaneamente nei reparti varia da uno a cinque a seconda del momento della giornata, del numero di pazienti e degli interventi operatori in corso. La presenza in Clinica di almeno un medico dipendente è in ogni caso assicurata 24 ore su 24 e 365 giorni l'anno.

**8. Il DSS, dal momento in cui è venuto a conoscenza delle lacune di qualità presso la Clinica Sant'Anna (vedi incidente medico del luglio 2014) non ha ritenuto necessario procedere a una nuova ispezione? In caso negativo, quali sono state le ragioni alla base della decisione di non svolgere una nuova ispezione?**

Come meglio esposto nella risposta all'interrogazione 122.16 del 25 luglio 2016, la vigilanza verifica l'esistenza delle premesse di sicurezza, ma non può impedire che un errore medico possa prodursi. I controlli svolti dal Medico cantonale appurano ovviamente che i requisiti fondamentali necessari per operare in sicurezza siano adempiuti e qualora non lo fossero l'autorità può giungere ad imporre il blocco dell'attività. Non è tuttavia corretto associare un singolo errore alla mancanza di vigilanza né pretende di poter garantire l'assenza di errori con la vigilanza, nemmeno se fosse ininterrotta.

Nello specifico, l'ispezione compiuta nel febbraio del 2014 presso la Clinica Sant'Anna ha confermato che la prassi in uso nel blocco operatorio per accertare l'identità dei pazienti che vi accedono era una pratica consolidata. La successiva constatazione che in un caso singolo qualcosa non abbia funzionato nel processo di presa in carico della paziente è indipendente dalla vigilanza effettuata e non può implicare la necessità di una nuova ispezione.

**9. Il DSS sa se anche presso la seconda clinica del Gruppo Genolier, Ars Medica di Gravesano, vi sia la stessa filosofia (sostituzione di medici assistenti con infermieri, riduzione del personale medico, ecc.).**

Le modalità organizzative e il concetto di presa a carico presso la Clinica Ars Medica sono analoghi a quelli in essere presso la Clinica Sant'Anna. È in ogni caso necessario ribadire che parlare di "sostituzione di medici con infermieri" è improprio e fuorviante, soprattutto senza descrizione della specifica tipologia d'intervento. La struttura ha rilevato che per l'esecuzione degli interventi elettivi di routine, che costituiscono la quasi totalità degli interventi presso Ars Medica, non si ritiene necessaria la presenza di medici ospedalieri.

**10. Il DSS sa se presso la seconda clinica del Gruppo Genolier, Ars Medica di Gravesano gli infermieri strumentisti sono in possesso del relativo diploma?**

La tipologia degli operatori sanitari ausiliari impiegati è del tutto simile a quella indicata alla risposta n. 3 in relazione alla Clinica Sant'Anna.

**11. Corrisponde al vero che presso le due cliniche Genolier non viene formato personale medico? Se sì, per quale ragione?**

Sì, corrisponde al vero. Le cliniche, in prevalenza con attività elettiva, non hanno ritenuto di richiedere l'accREDITAMENTO ai sensi del Regolamento per il perfezionamento professionale (RPP) dell'ISFM del 21 giugno 2000<sup>3</sup>. Tale Regolamento definisce i principi del perfezionamento professionale medico e le condizioni per il conseguimento di titoli di perfezionamento professionale, a complemento della Legge federale sulle professioni mediche del 23 giugno 2006 (LPMed; RS 811.112).

**12. Il DSS non ritiene opportuno appurare se non vi siano gli estremi per procedere a delle sanzioni in base all'art. 66r LCAMa?**

Il perfezionamento professionale dei medici non è un'attività obbligatoria per le strutture sanitarie e non rientra nei requisiti necessari per essere riconosciuti quali istituti autorizzati ad operare a carico della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMa; RS 832.10). Pertanto l'applicazione di sanzioni non entra in linea di conto.

**13. Quali sono gli strumenti che il DSS utilizza nelle sue ispezioni presso gli istituti ospedalieri? Vi sono dei regolamenti che definiscono e quantificano i criteri di qualità?**

Si rinvia al punto 3 della premessa, ribadendo che l'attività ispettiva si fonda sui criteri riconosciuti secondo l'approccio in qualità delle organizzazioni sanitarie. I parametri utilizzati sono elencati nel rapporto ispettivo di ciascun nosocomio. Data la loro ampia variabilità in funzione delle circostanze concrete, non risulta possibile codificarli in termini generali.

**14. Come avvengono queste ispezioni? Sono preannunciate e se sì con quale preavviso? Cosa viene controllato? Durante le ispezioni il personale sanitario (medico e infermieristico) viene intervistato? Come si procede al termine dell'ispezione?**

Di regola gli istituti somatici acuti, analogamente alle case per anziani e ai servizi di assistenza e cura a domicilio, sono sottoposti a vigilanza proattiva. I nosocomi sono cioè oggetto di ispezioni a scadenze regolari per la verifica dei requisiti ad ogni rinnovo di autorizzazione.

L'ispezione è preannunciata all'istituto con tre/quattro settimane d'anticipo.

In sede sono verificati gli aspetti strutturali legati all'agibilità dell'edificio, di competenza dell'Ufficio di sanità, mentre l'Ufficio del medico cantonale (UMC) controlla in particolare la corretta tenuta e completezza dei dossier degli operatori sanitari, la turnistica, l'igiene ospedaliera, l'aderenza ai programmi di qualità nazionali, le procedure per la sicurezza del paziente (identificazione, consensi informati, somministrazione terapie, ecc.), le cartelle sanitarie. Gli operatori sanitari possono essere oggetto d'interviste per il riscontro della conoscenza delle istruzioni operative, dei protocolli e delle prassi in uso nel reparto.

Al termine dell'ispezione è redatto un rapporto che è consegnato brevi manu alla direzione amministrativa e sanitaria dell'istituto, al quale viene dato un termine per inoltrare le proprie

<sup>3</sup> [http://www.fmh.ch/files/pdf17/wbo\\_i.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf17/wbo_i.pdf)

osservazioni scritte sul documento. In seguito l'UMC procede alla redazione della versione finale del rapporto e alla definizione delle misure tese a sanare le eventuali non conformità rilevate in sede d'ispezione, con relativa tempistica d'attuazione. Valutate eventuali richieste di proroga, la lista è ultimata e i provvedimenti sono inviati alla direzione dell'istituto. Quest'ultimo è poi tenuto, alla scadenza dei diversi provvedimenti, a confermare con l'appropriato supporto (foto, documentazione, protocolli, ecc.) la realizzazione degli stessi.

Qualora siano riscontrate in sede ispettiva non conformità gravi, il Medico cantonale ordina direttamente i provvedimenti per ristabilire i requisiti di qualità con esplicita indicazione dei tempi d'esecuzione.

**15. Dal 2010 quante sono state le ispezioni annuali eseguite dal DSS negli istituti ospedalieri?**

Il dato è a disposizione nei relativi Rendiconti del Consiglio di Stato, pubblicati annualmente. Le ispezioni vengono svolte ad intervalli regolari ad alcuni anni di distanza e si inseriscono nel complesso dell'attività ispettiva generale svolta dall'Ufficio del medico cantonale. Mediamente negli ultimi due anni sono state eseguite una settantina di ispezioni l'anno presso strutture e servizi sanitari, segnatamente case per anziani e servizi di assistenza e cura a domicilio. Le strutture somatiche acute, secondo i mandati conferiti dalla pianificazione ospedaliera del 2005, sono 13. Nelle stesse negli anni 2010 e 2011 non vi sono state ispezioni, nel 2012 ne sono state ispezionate 3, nel 2013 10, nel 2014 7 e nel 2015 1.

**16. Quali e quante infrazioni sono state riscontrate? Quante sono state le contestazioni e le eventuali infrazioni? Che esito vi è stato di queste contestazioni?**

Considerato che i riscontri derivati dall'ispezione dell'Ufficio del medico cantonale non hanno rilevato elementi d'interesse pubblico generale, l'esito dell'attività di vigilanza sulla Clinica Sant'Anna è sottoposta a esigenze di riservatezza a tutela di legittimi interessi privati e delle prescrizioni in materia di segreto d'ufficio. Si rassicura comunque che i provvedimenti intimati dal Medico cantonale a seguito dell'ispezione del 2014, sono stati tutti realizzati.

Come osservato in risposta alla domanda 14, laddove le non conformità fossero rilevanti e tali da comportare potenzialmente un rischio per i pazienti, verrebbe intimata immediatamente (anticipata verbalmente in sede di ispezione e confermata con raccomandata) la loro correzione o modifica in tempi stretti mentre per tutte le non conformità volte al miglioramento della qualità, ma senza impatto diretto sulla sicurezza dei pazienti, la tempistica è adeguata proporzionalmente.

**17. Nelle cliniche del gruppo Genolier il rapporto n. di letti / n. di infermieri e personale medico è uguale agli altri ospedali dell'EOC e privati? Se no quali sono le differenze?**

Le cliniche gestite da GSMN SA svolgono mandati sanitari diversi dagli ospedali dell'EOC e conseguentemente la dotazione di operatori sanitari per posto letto è differente. Ad oggi, per entrambe le realtà il riferimento minimo quantitativo è di 0,7 unità a tempo pieno per posto letto occupato, di cui il 70% devono essere infermieri diplomati, come indicato nel rapporto del Consiglio di Stato "Pianificazione ospedaliera ed elenco degli stabilimenti sanitari autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal)" del 20 giugno 2001.

**18. Mensilmente l'Ufficio di sanità viene aggiornato sul numero di medici assistenti presenti negli istituti ospedalieri (arrivi e partenze). Che uso viene fatto di questo materiale statistico?**

Non si tratta di materiale statistico ma di informazioni richieste per verificare se tutti i medici attivi negli istituti ospedalieri sono stati regolarmente autorizzati.

- 19. Dopo la denuncia del dott. Denti (e Ghisla) dello scorso dicembre 2015 il Consiglio di Stato si è attivato per verificare il rispetto delle disposizioni della Legge sul lavoro presso gli Ospedali EOC di Faido e Acquarossa?**

Nel corso del 2014 l'Ufficio dell'ispettorato del lavoro (UIL), organo di vigilanza ed esecuzione della Legge federale sul lavoro, ha iniziato il controllo per la verifica del rispetto delle disposizioni sulla durata del lavoro e del riposo nel settore ospedaliero. Gli ospedali di Faido e Acquarossa non sono stati oggetto di verifiche.

L'EOC stabilisce i turni di lavoro considerando la durata massima di 50 ore settimanali, prevista espressamente nei contratti di lavoro, picchetti esclusi, come permette la regolamentazione in materia. Secondo l'Ente è proprio in quest'ambito che i medici accumulano il maggior numero di ore supplementari. Queste ore di regola vengono recuperate a norma di legge. Nel caso di situazioni particolari che rendono impossibile il ricupero entro i termini stabiliti, l'EOC concorda con gli interessati una soluzione. Gli sforamenti del tetto massimo di ore consentite si è ridotto drasticamente dall'introduzione della settimana di 50 ore avvenuta nel 2005, grazie anche a un significativo aumento degli effettivi dei medici. I capiclinica sono passati da 75.7 unità a tempo pieno a 190.8 (+148.8%) e i medici assistenti da 187.5 unità a tempo pieno a 249.9 (+33.3%).

- 20. Corrisponde al vero che dal 1° gennaio 2017 ad Acquarossa e Faido i medici assistenti saranno ridotti da 5 a 3? Se sì, per quale ragione? Questo avrà delle conseguenze sulla qualità delle cure?**

La nuova pianificazione ospedaliera approvata il 15 dicembre 2015 prevede un parziale riorientamento delle strutture ospedaliere di Acquarossa e Faido. In particolare, l'attuale reparto di medicina di base di Acquarossa di 50 letti sarà trasformato in un reparto di 30 letti acuti di minore intensità e in 10 letti di cure acute di medicina a cui si aggiungeranno 10 letti di centro di competenza per cure palliative in casa per anziani, mentre a Faido, degli attuali 33 letti di medicina di base, 10 saranno riservati a cure acute e 20 riattribuiti alla riabilitazione. Verranno inoltre garantiti le attuali prestazioni specialistiche di medicina ambulatoriale così come il servizio di primo soccorso. La dotazione di personale medico verrà rivista sulla base dei profili dei pazienti che dovranno far capo a questi servizi. Rimandiamo a questo proposito al Rapporto di maggioranza della Commissione di pianificazione ospedaliera del 30 novembre 2015 (Rapporto 6945 R1) e più precisamente alla tabella alla pagina 13, che per un reparto acuto di minore intensità di 30 letti indica un effettivo a tempo pieno di medici assistenti di 2.5 unità. La qualità delle cure sarà appropriata e assicurata in relazione ai contenuti sanitari stabiliti per i due nosocomi citati.

- 21. L'ispettorato del lavoro, dal 2010 ad oggi, quanti controlli ha svolto annualmente presso gli istituti ospedalieri pubblici e privati? Quante e quali infrazioni ha riscontrato? Che sanzioni sono state adottate?**

A oggi l'UIL ha dato avvio alla verifica del rispetto delle disposizioni sulla durata del lavoro e del riposo previste dalla Legge sul lavoro in un istituto ospedaliero che occupa un numero considerevole di lavoratori. In base alle risultanze dei controlli effettuati sono state avviate le procedure previste dalla suddetta legge.

- 22. Le ispezioni del DSS sono concordate con l'ispettorato del lavoro? Vi sono collaborazione e sinergie tra i due uffici?**

Come già rilevato, l'UIL è l'organo di vigilanza e esecuzione della Legge sul lavoro. Secondo l'art. 44 LL detto Ufficio è tenuto al segreto nei confronti di terzi sui fatti di cui viene a conoscenza. Tuttavia, a dipendenza delle necessità, si rassicura che vi è coordinazione tra le diverse istanze di controllo.

**23. Per un'operazione in ambito ambulatoriale, quando ad assistere il medico chirurgo non vi è un medico assistente ma solo personale infermieristico ciò viene comunicato da parte della Clinica Sant'Anna alle Casse malati? Se sì, la fattura viene adeguata ai costi del personale infermieristico (inferiore a quello dei medici assistenti)?**

Ribadiamo integralmente quanto esposto in maniera approfondita in risposta all'interrogazione n. 113.16. Di principio le singole posizioni TarMed possono venir esposte con o senza la presenza di assistenti e quindi l'esecuzione di determinati interventi senza la presenza di personale medico è del tutto regolare. La decisione spetta al medico che agisce sotto la propria responsabilità professionale ed è responsabile per l'intervento. Ribadiamo pure che secondo la LAMal il controllo della fatturazione delle prestazioni non è di competenza dei Cantoni, ma degli assicuratori malattia, che esercitano la necessaria vigilanza sulla base di verifiche a campione effettuate su singole fatture.

*Il tempo impiegato per l'elaborazione della presente risposta ammonta complessivamente a 20 ore lavorative.*

Voglia gradire, signor deputato, l'espressione della nostra stima.

PER IL CONSIGLIO DI STATO

Il Presidente:



Paolo Beltraminelli

Il Cancelliere:



Arnoldo Coduri

Copia:

- Dipartimento della sanità e della socialità (dss-dir@ti.ch)
- Divisione della salute pubblica (dss-dsp@ti.ch)
- Ufficio del medico cantonale (dss-umc@ti.ch)
- Ufficio di sanità (dss-us@ti.ch)
- Ufficio dell'ispettorato del lavoro (dfe-uil@ti.ch)