

Messaggio

numero	data	Dipartimento
8031	5 agosto 2021	SANITÀ E SOCIALITÀ
Concerne		

Richiesta di un contributo straordinario massimo di 3.5 milioni di franchi per il mantenimento in prontezza di un dispositivo ospedaliero per il ricovero dei pazienti COVID fino all'estate 2022

Signor Presidente,
signore e signori deputati,

con il presente messaggio, in considerazione delle esperienze maturate e dell'incertezza persistente riguardo all'evoluzione della pandemia, si richiede lo stanziamento di un contributo di 3.5 milioni di franchi per approntare un dispositivo di prontezza straordinario atto ad accogliere nei reparti di cure intense i pazienti COVID che dovessero necessitare di cure specializzate durante il periodo che va dal 1° luglio 2021 al 30 giugno 2022.

1. RETROSPETTIVA SULL'EVOLUZIONE DELLA PANDEMIA E LA SUA GESTIONE OSPEDALIERA

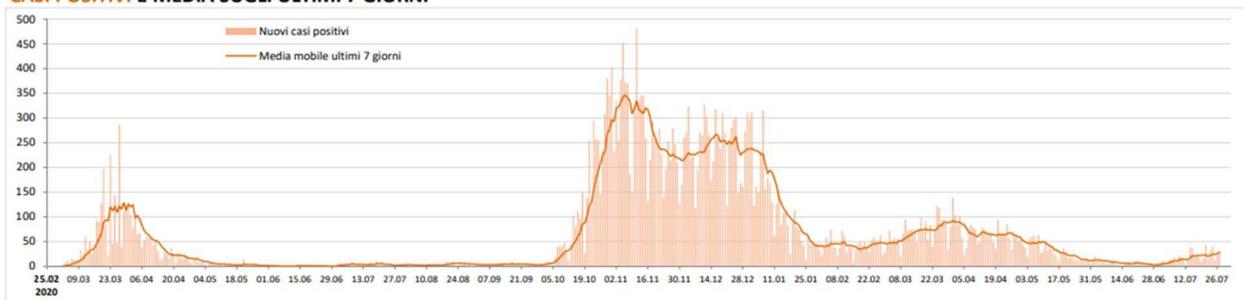
Prima di entrare nel merito della richiesta di credito, esponiamo di seguito un breve riassunto dell'evoluzione che la pandemia ha conosciuto sino ad oggi, dal profilo epidemiologico e della presa a carico sanitaria. Richiamiamo a tal fine anche il Messaggio governativo n. 7893 del 1° ottobre 2020 "Covid-19: misure e aspetti finanziari", nel quale figura una puntuale cronologia degli eventi e delle decisioni governative adottate sin dalla costituzione, a fine gennaio 2020, del Gruppo di coordinamento 2019-nCov.

1.1 Casi positivi

Il primo caso positivo in Ticino è stato diagnosticato il 25 febbraio 2020. Le nuove diagnosi sono aumentate in maniera esponenziale fino alla fine di marzo per poi calare quasi con la stessa rapidità durante il mese di aprile 2020. Tra la metà di maggio e la fine di settembre i casi diagnosticati sono rimasti molto contenuti per poi tornare improvvisamente e rapidamente a crescere, determinando una seconda ondata su livelli molto elevati per oltre tre mesi, tra l'inizio di ottobre e la fine di gennaio 2021. Dopo una parziale riduzione, in marzo si è assistito ad una nuova ripresa, seppur fortunatamente più contenuta, fino a metà aprile, quando i casi sono tornati a scendere in maniera costante fino ad una media inferiore ai 10 casi giornalieri nel mese di giugno. Da inizio luglio, diversamente dall'estate 2020 durante la quale per quattro mesi non si sono sostanzialmente più avuti contagi, il numero dei nuovi positivi è tornato a crescere in maniera progressiva, certo rimanendo su valori assoluti molto lontani da quelli della seconda ondata, ma risultando in definitiva più che triplo rispetto al mese precedente.

La tabella che segue illustra l'evoluzione descritta. Occorre tuttavia tener presente che i numeri dei casi positivi nella prima e nella seconda ondata non sono comparabili e non permettono di valutare il reale impatto nelle due fasi pandemiche. In effetti, durante la prima ondata le disponibilità di test diagnostici per questa nuova malattia erano assai ridotte. In pratica si testavano solo le persone che presentavano sintomi gravi, spesso solo al momento dell'ospedalizzazione, tant'è che il tasso di positività ha raggiunto quasi il 40%. La disponibilità di test è poi progressivamente cresciuta e le indicazioni a svolgerli sono state conseguentemente allargate, raccomandandoli sin dall'apparizione di sintomi lievi e infine anche in persone asintomatiche.

CASI POSITIVI E MEDIA SUGLI ULTIMI 7 GIORNI



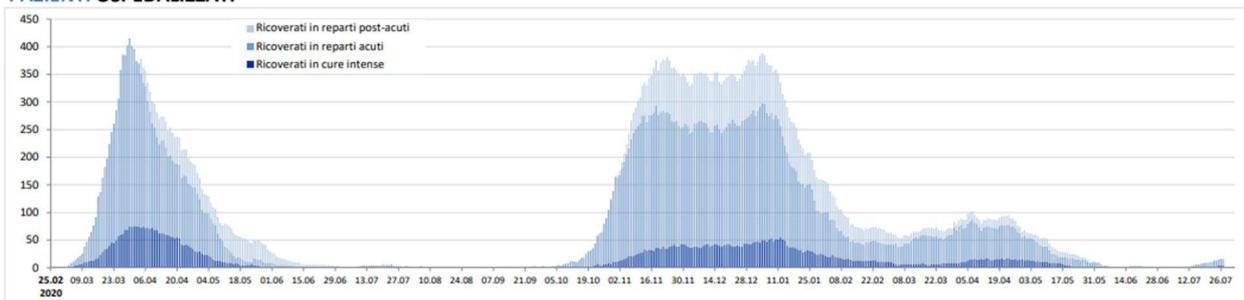
L'andamento osservato sull'arco di un anno e mezzo è la conseguenza di più fattori: al di là di elementi imponderabili intrinseci al virus, in particolare la diffusione di varianti più contagiose, hanno giocato un ruolo decisivo le misure di igiene e di protezione accresciute, il distanziamento interpersonale, le restrizioni alle attività sociali ed economiche, la stagionalità e non da ultimo evidentemente la progressione della campagna vaccinale.

1.2 Pazienti ospedalizzati

La pandemia ha avuto ripercussioni assai rilevanti anche in termini di ricoveri ospedalieri. Durante la prima ondata circa il 25% delle persone diagnosticate positive ha dovuto essere ospedalizzato, con un *décalage* di sette-dieci giorni. In funzione della diversa impostazione sui test diagnostici, questa percentuale è diminuita durante la seconda ondata, mentre è rimasta nel complesso costante la quota dei pazienti ricoverati che ha poi necessitato di un trattamento di cure intense, pari a circa il 15%. Durante la prima ondata l'occupazione massima degli ospedali è stata raggiunta il 30 marzo 2020 con 415 pazienti affetti da COVID-19 ospedalizzati, di cui 75 in terapia intensiva. I valori massimi sono stati analoghi nella seconda ondata con, il 4 gennaio 2021, 388 pazienti ricoverati, di cui 50 in cure intense.

Il grafico seguente mostra il numero di ospedalizzazioni da inizio pandemia ad oggi. Appare evidente la sincronia, con il ritardo sopraenunciato, dell'andamento dei pazienti ricoverati rispetto alla curva delle persone con test positivo al COVID-19, indipendentemente dalla diversa attività diagnostica.

PAZIENTI OSPEDALIZZATI



1.3 Adeguamento dell'organizzazione ospedaliera

Sin dall'apparizione dei primi casi, prevedendo l'evoluzione e la pressione che ne sarebbe derivata per il sistema ospedaliero, l'Ente Ospedaliero Cantonale e la Clinica Luganese Moncucco si sono organizzati per farvi fronte, proponendo di consacrare due strutture esclusivamente alla cura dei pazienti COVID-19. È stata così ridefinita l'offerta ospedaliera in maniera complementare tra i diversi ospedali pubblici e privati, aumentando in particolare il numero di letti dedicati alla terapia intensiva. Tenuto conto delle disposizioni adottate sul piano federale e in base all'evolversi della pandemia, il Consiglio di Stato ha in seguito adottato diverse risoluzioni, da un lato definendo un dispositivo ospedaliero COVID declinato in letti di reparto acuti, post-acuti e di riabilitazione, nonché in letti di cure intense e, dall'altro lato, prendendo man mano decisioni su chiusure e riaperture di reparti, di pronto soccorso e di centri di primo soccorso, con opportuni spostamenti, soppressioni e nuove assegnazioni (temporanee) di mandati di prestazione, ritenuti necessari al fine di assicurare alla popolazione la necessaria copertura dei fabbisogni perlomeno prioritari e non procrastinabili.

Parallelamente prendevano corpo il rafforzamento della medicina ambulatoriale, con il potenziamento del servizio di guardia medica e l'istituzione dei checkpoint sanitari, la rete dei soccorsi pre-ospedalieri per il trasporto dei pazienti da un ospedale all'altro nonché la collaborazione con l'esercito e la protezione civile, adeguandosi giorno per giorno al rapido evolversi dell'emergenza.

Tra i provvedimenti più incisivi si ricorda in particolare, poiché foriero di rivendicazioni finanziarie tuttora pendenti da parte delle strutture sanitarie, il blocco degli interventi e degli esami non urgenti e procrastinabili senza pregiudizio per il paziente decretato sul territorio nazionale dal Consiglio federale dal 17 marzo al 27 aprile 2020.

Fortunatamente il dispositivo decretato dal Consiglio di Stato ha sempre consentito di mantenere delle riserve di capacità rispetto alle esigenze di ricoveri ospedalieri richieste della pandemia.

Di seguito si elencano le risoluzioni governative sul dispositivo ospedaliero che si sono susseguite nel tempo.

Dispositivo di letti di cure intense

	Ante pandemia	Dedicati esclusivamente a pazienti COVID (ricavati dalla disponibilità ante pandemia e/o potenziando la stessa)										
		RG 1578 25.03.20	RG 1840 15.04.20	RG 2191 6.05.20	RG 4894 01.10.20	RG 5691 06.11.20	RG 6137 25.11.20	RG 209 20.01.2021	RG 1052 3.03.21	RG 2456 12.05.21		
		I ondata			II ondata							
		dal 26.3 al 13.4	dal 14.4 al 6.5	dal 7.5 al 27.5	dall'1.10 al 5.11	dal 6.11 al 24.11	dal 25.11	fino a	dal 4.03	fino a		
La Carità, Locarno	7	45	40	21	42	45	42	36	14	7		
Luganese - Moncucco, Lugano	6	41	15	7	19	30	33	26	7	7		
Cardiocentro, Lugano	9	6	6	1	7	7	7	7	1	1		
Cure continue*		22	20	16	20	20	20	10	5	5		
Civico, Lugano	16											
San Giovanni, Bellinzona	9											
Beata Vergine, Mendrisio	6											
Totale	53	114	81	45	88	102	102	79	27	20		
punta massima di ricoverati nelle cure intense		76 01.04.20	60 15.04.20	13 08.05.20	7 23.10.20	38 24.11.20	55 12.01.21	33 21.01.21	17 23.04.21			

*per pazienti non ancora eleggibili per la degenza in reparto e bisognosi di sorveglianza accresciuta

Dispositivo di letti di reparto

	Ante pandemia	Dedicati esclusivamente a pazienti COVID (ricavati dalla disponibilità ante pandemia e/o potenziando la stessa)									
		RG 1578 25.03.20	RG 1840 15.04.20	RG 2191 06.05.20	RG 4894 01.10.20	RG 5531 26.10.20	RG 5691 06.11.20	RG 6137 25.11.20	RG 209 20.01.21	RG 1052 3.03.21	RG 2456 12.05.21
		I ondata			II ondata						
		dal 26.3 al 13.4	dal 14.4 al 6.5	dal 7.5 al 27.5	dall'1.10 al 25.10	dal 26.10 al 5.11	dal 6.11 al 24.11	dal 25.11	fino a	dal 04.03	fino a
Letti somatico-acuti e post-acuti											
La Carità, Locarno	155	210	120	100	120	155	175	175	175	35	35
Luganese - Moncucco, Lugano	184	240	105	60	100	100	145	170	170	40	40
Cardiocentro, Lugano	30										
Civico e Italiano, Lugano	282	105 *	55		50	50	50	50	50	0	0
San Giovanni, Bellinzona	215										
Beata Vergine, Mendrisio	140										
Santa Chiara, Locarno	100	58	12				30	30	30	0	0
Ars Medica, Gravesano	70	60	30								
Sant'Anna, Sorengo	80										
Malcantonese, Castelrotto		26	28	28	28	28	30	30	30	10	0
Faido	15	70	55		70	70	70	45	30	15	0
Acquarossa	15										
Varini, Locarno	10										
Totale 1	1'141										
Letti di riabilitazione											
CREOC, Novaggio	75	14	14	14		14	14	14	11	5	0
CREOC, Faido	45										
Hildebrand, Brissago	105	14	14	14		14	14	14	14	5	0
Totale 2	225										
Totale 3	1'366	797	433	216	368	431	498	528	510	110	75
punta massima di ricoverati nei reparti di degenza		340 30. 03. 20	205 15. 04. 20	79 08. 05. 20	61 25. 10. 20	208 05. 11. 20	347 23. 11. 20	338 04. 01. 21	200 20. 01. 21	87 07. 04. 21	

sede Ospedale Italiano *

1.4 Presa a carico in cure intense

La riorganizzazione della presa in carico dei pazienti COVID ha comportato consistenti investimenti in risorse logistiche e di personale, necessari anche per far fronte, per quanto possibile, al temuto rischio di precettamento del personale frontaliero. Del resto, nel Cantone normalmente sono in esercizio 53 postazioni di cure intense, che nell'emergenza è stato previsto di aumentare fino a 120 letti, di cui 91 per pazienti COVID e 29 per pazienti affetti da altre patologie.

La presa in carico di un paziente COVID in cure intense ha "consumato" fino a otto volte le risorse necessarie a un passaggio in cure intense "di routine". Per questo motivo, oltre ad offrire la possibilità di pernottare in loco al personale frontaliero, si è fatto capo a personale specializzato, soprattutto in anestesia, delle strutture colpite dal blocco delle attività non urgenti e si è ricorso a personale già fuori dall'attività per scelta, in congedo o in pensione oppure all'aumento della percentuale di lavoro di collaboratori a tempo parziale o ancora a docenti e allievi delle scuole sanitarie, ad ore straordinarie, a turni di 12 ore, a soppressione di vacanze e recuperi. Questi sforzi hanno comportato un tributo di sovraccarico psicologico e fisico, ancorché avvenuto su base volontaria, di grande impatto, che non può divenire la nuova normalità per il personale e sarà ben difficilmente esigibile e ottenibile in eventuali ulteriori occasioni future.

Il lavoro in cure intense richiede inoltre un percorso formativo specializzato, lacuna a cui si è potuto ovviare almeno parzialmente grazie alla disponibilità di personale già formato adeguatamente nell'istruire velocemente i colleghi.

Infine, vi è stata una buona collaborazione tra istituti non preposti alla presa a carico di pazienti COVID che avevano delle risorse inutilizzate a causa della diminuita o mancata attività e gli istituti COVID (acuti) che necessitavano di tali risorse per garantire il dispositivo richiesto dalle contingenze.

Vi è comunque stata una sostanziale differenza nell'approccio alle risorse tra la prima e la seconda ondata. Durante la prima ondata (marzo 2020 – maggio 2020), di fronte a una malattia sconosciuta e alla velocità con la quale il virus si propagava, la risposta del personale reclutato, spostato e formato in urgenza è stata unanime e esemplare. Nel corso della seconda ondata (ottobre 2020 – maggio 2021), più lunga e logorante, facendo tesoro dell'esperienza passata, all'EOC sono stati creati un pool di infermieri e una équipe di supporto composta da operatori socio-sanitari e da assistenti di cura, per una disponibilità di circa 60 persone (con contratti a ore scaduti a fine giugno 2021). I mesi estivi 2020 trascorsi in relativa tranquillità hanno inoltre consentito di formare una trentina di infermieri in cure generali permettendo loro di acquisire le competenze di base per poter essere di supporto agli infermieri specializzati in medicina intensiva.

Va pure rilevato che la Società svizzera di medicina intensiva rilascia la certificazione per l'esercizio dei letti di cure intense sulla base di 2.6 unità a tempo pieno (UTP) di personale curante, di cui almeno un terzo specializzato. L'EOC, oltre ad avere una dotazione per letto di cure intense superiore a quanto richiesto, può vantare il 90% di personale specializzato. Ciò ha permesso di garantire l'esercizio di un contingente doppio di letti di cure intense rispetto alle postazioni certificate.

2. PROSPETTIVE EPIDEMIOLOGICHE

Sul piano internazionale come a livello svizzero, gli esperti restano molto cauti nel formulare previsioni sull'evoluzione della pandemia durante la prossima stagione fredda. Come esposto anche dal Consiglio federale nel Rapporto del 30 giugno 2021 sulla strategia e la pianificazione a medio termine, potremmo in sostanza essere confrontati con scenari di ogni tipo: un numero di nuovi casi stabile su valori bassi, con la possibilità di focolai circoscritti e senza conseguenze rilevanti per il sistema sanitario e quindi ulteriori tappe verso la normalizzazione; oppure un nuovo rilevante aumento dei contagi indotto dalla stagionalità del virus, dalla quota di popolazione non vaccinata, dalla revoca dei provvedimenti o dalla comparsa di varianti più contagiose; oppure ancora l'apparizione di una variante immunoevasiva che potrebbe quasi riportarci alla situazione iniziale, con l'esigenza di nuovi e incisivi interventi statali.

Restano un'incognita anche gli effetti della combinazione tra il COVID-19 e l'influenza stagionale che non ha attecchito durante lo scorso inverno, ma potrebbe manifestarsi in maniera più intensa e incisiva con l'allentamento delle restrizioni. In autunno infatti la società civile avrà ripreso da qualche mese una vita quasi del tutto simile al periodo pre-pandemia, con il solo eventuale perdurare delle misure di igiene e protezione accresciuta apprese nell'ultimo anno e mezzo.

La campagna di vaccinazione, confrontata durante tutta la primavera con le ristrettezze nelle forniture per rapporto alla richiesta di persone intenzionate a vaccinarsi, ad inizio luglio 2021

ha potuto soddisfare integralmente questa richiesta per le prime dosi e da allora conosce quindi una dinamica inversa, con esuberi nelle disponibilità di vaccini, perlomeno di uno dei due omologati. La quota di popolazione vaccinata è tuttavia solo di poco superiore al 50%, livello che non può impedire un'ulteriore diffusa circolazione del virus. I tassi di immunizzazione sono certo più elevati nelle fasce d'età più a rischio di complicazioni, ma restano comunque 13'000 persone con più di 65 anni e altrettante tra 55 e 64 anni che non sono vaccinate. Se si considera che durante la seconda ondata, in cui l'attività diagnostica è stata simile a quella che potrebbe essere garantita in futuro, oltre il 7% della popolazione in età AVS ha contratto il virus e che in questa fascia d'età un terzo dei positivi ha necessitato di un ricovero, ben si comprende quale potrebbe essere di nuovo l'impatto sul sistema ospedaliero.

Secondo le evidenze scientifiche, i vaccini a mRNA omologati e impiegati in Svizzera danno buona prova di efficacia anche per rapporto alle nuove varianti attualmente note e in circolazione. L'incremento importante dei casi nei Paesi più toccati per primi dalla nuova variante Delta, come il Regno Unito, la Russia o Israele, in parte con un'alta quota di popolazione vaccinata, desta tuttavia preoccupazioni. Dal profilo della contagiosità, si stima che il tasso naturale di replicazione del virus (R_0) nella variante originale fosse di 3.5, nella variante Alpha apparsa attorno a fine 2020 fosse di 5, mentre nella variante Delta è stimato tra 8 e 10. Come già avvenuto per la variante Alpha, anche la variante Delta si è rapidamente affermata pure in Svizzera, dove in due mesi dal nulla è arrivata a rappresentare ormai la quasi totalità dei nuovi contagi.



In generale vi è piuttosto la convinzione che una nuova crescita stagionale dei casi sarà inevitabile, ma sarà inferiore per entità e durata a quella conosciuta a partire dallo scorso mese di ottobre perché la quota di popolazione suscettibile di propagare il virus sarà più contenuta grazie alla campagna di vaccinazione. Anche secondo il Consiglio federale la pianificazione e la risposta di prontezza a medio termine deve concentrarsi su uno scenario di questo genere e preparare comunque un potenziamento dei dispositivi sanitari.

3. NECESSITÀ DI PIANIFICAZIONE A MEDIO TERMINE

Di fronte all'incertezza dell'evoluzione epidemiologica durante il prossimo autunno/inverno, per proseguire e confermare la via della normalizzazione della vita sociale occorre predisporre strutture organizzative e dispositivi in prontezza che permettano di reagire rapidamente in caso di recrudescenza dei casi e dei ricoveri, limitando il più possibile la

reintroduzione di restrizioni e provvedimenti straordinari. In tal senso anche il già menzionato Rapporto del Consiglio federale del 30 giugno 2021 evidenzia la necessità di una pianificazione a medio termine soprattutto in cinque ambiti: sistema di sorveglianza e monitoraggio, possibilità di test, tracciamento dei contatti, vaccinazioni e capacità di ricovero ospedaliero.

3.1 Sistema di sorveglianza e monitoraggio

Il sistema di sorveglianza nazionale andrà perfezionato al fine di individuare rapidamente la comparsa di nuove varianti preoccupanti del virus, monitorarne la diffusione in Svizzera e cercare di contenerla, tra l'altro con provvedimenti sanitari di confine. Un'attenzione particolare dovrà essere riservata ai casi con decorsi che richiedono un ricovero ospedaliero e ai casi di reinfezione dopo il completamento del ciclo vaccinale.

Questo compito spetta in particolare ai servizi competenti per il controllo delle malattie infettive dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), che dovranno emanare direttive e raccomandazioni, e dovrà essere attuato di concerto con gli Uffici dei medici cantonali e i laboratori di analisi diagnostica, per lo sviluppo di nuovi metodi e il sequenziamento del genoma del virus. Questo sistema di monitoraggio è in costante evoluzione sin dall'inizio della pandemia e non richiederà in futuro particolari adeguamenti nell'organizzazione dei servizi cantonali, oltre al costante adattamento tra il numero di casi, la complessità della loro gestione ed il personale dedicato.

3.2 Capacità di test

Per quanto riguarda la strategia di test, è importante che venga mantenuta la possibilità di accedere facilmente all'esame diagnostico, in particolare per le persone che presentano sintomi e i contatti stretti non vaccinati di persone positive. Occorrono anche sufficienti risorse di laboratorio per aumentare rapidamente il numero di test in caso di peggioramento della situazione epidemiologica. La Confederazione prevede che una volta vaccinate tutte le persone adulte che lo desiderano, i test ripetuti e preventivi saranno ridotti, soprattutto nelle aziende.

Nel nostro Cantone all'apice della seconda ondata si è arrivati a svolgere fino a 1'800 test PCR al giorno, mentre nell'attuale situazione positiva ne vengono svolti mediamente 250, con un tasso di positività che, dopo essere sceso sotto l'1%, con l'apparizione della variante Delta si è assestato attorno al 7-8%. Vi è quindi una buona riserva nelle potenzialità dei laboratori, che hanno sviluppato pure capacità di svolgere test salivari in pooling per diverse decine di migliaia di persone al giorno, rimaste invero in larga parte inutilizzate, almeno nel Canton Ticino.

L'accesso al test per le persone sintomatiche è stato garantito attraverso la rete ordinaria degli studi medici sul territorio, ma anche con checkline dedicate nei pronti soccorso ospedalieri e soprattutto, sin dal mese di marzo dello scorso anno, con l'istituzione di checkpoint sanitari dedicati in tutte le regioni del Cantone, coordinati dall'Ordine dei Medici del Canton Ticino (OMCT). Da oltre un migliaio di visite a settimana, a fine maggio 2021 l'affluenza si è ridotta ad un centinaio di persone in considerazione sia del mutato quadro epidemiologico sia dell'effetto di sostituzione generato dalla disponibilità sul mercato di autotest e della possibilità di farsi testare in farmacia. Di conseguenza, dopo aver ridotto gli orari di apertura, i checkpoint sono stati progressivamente chiusi nel corso del mese di giugno e la loro attività ha potuto essere assorbita dagli studi medici sul territorio e dai pronto

soccorso dell'EOC. Grazie all'esperienza acquisita, dando prova anche di buona flessibilità nell'adeguare l'offerta alle esigenze, in caso di bisogno sarà comunque possibile riattivare rapidamente queste strutture, utili anche nell'ambito di analisi ambientali estese in caso di possibili focolai. Vista l'evoluzione più recente dei contagi, le valutazioni in tal senso sono già riprese.

3.3 Tracciamento dei contatti

Il tracciamento dei contatti rimarrà determinante per cercare di interrompere le catene di trasmissione al momento della diagnosi di nuovi casi positivi, soprattutto qualora dovessero apparire nuove varianti. La Confederazione sollecita i Cantoni a mantenere adeguate risorse per questo compito, accrescendo la flessibilità dei dispositivi cantonali e adattandoli rapidamente alle necessità in caso di nuovo aumento dei contagi.

In Ticino le risorse dedicate sono integrate nell'insieme dei servizi di supporto amministrativi coordinati dalla Sezione del militare e della protezione della popolazione (SMPP), in particolare, oltre al servizio di contact tracing, il personale dedicato ai centri di vaccinazione, al numero verde vaccinazioni e ai test ripetuti, con un'organizzazione che favorisce dunque l'utilizzo razionale delle risorse in funzione dei bisogni più acuti del momento. Il servizio può inoltre contare su un applicativo informatico sviluppato ad hoc nonché sulle competenze tecniche e scientifiche dell'Ufficio del medico cantonale, con alcune risorse straordinarie a tempo parziale sollecitate soprattutto nel management di focolai. Il dispositivo dedito a questi servizi è stato costantemente adeguato nel tempo e la pianificazione dei bisogni per il prossimo autunno terrà conto delle indicazioni della Confederazione, segnatamente la prosecuzione dell'attività almeno fino alla prossima primavera, cercando di salvaguardare le competenze acquisite e di valorizzare le persone chiave nella gestione del tracciamento dei contatti sin dalla sua introduzione a maggio 2020.

3.4 Vaccinazioni

Come già osservato, la possibilità di gestire con successo l'epidemia e superare il prossimo inverno senza eccessiva pressione sul sistema sanitario e senza la reintroduzione di severe limitazioni alle attività sociali ed economiche dipenderà in maniera rilevante dal grado di adesione della popolazione alla vaccinazione.

Dopo aver potuto vaccinare tutte le persone che si sono annunciate appena possibile, occorre intensificare la campagna di informazione per incentivare la disponibilità a farsi vaccinare anche presso le persone che sono scettiche o hanno rimandato la decisione. La Confederazione sollecita inoltre i Cantoni a mettere a disposizione le risorse necessarie per la vaccinazione di adolescenti e bambini nonché per possibili vaccinazioni di richiamo a partire dal prossimo inverno. Per i richiami invita a privilegiare le vaccinazioni su larga scala in grandi centri e si presume che sarà sufficiente un'unica dose supplementare, sia per prorogare la durata della copertura vaccinale oltre i 12 mesi recentemente stabiliti, sia per estenderne l'efficacia a nuove varianti del virus.

Per numero di somministrazioni, il Ticino è sempre stato tra i Cantoni più rapidi e virtuosi, grazie ad una pianificazione accurata e un'organizzazione efficiente e modulata in funzione delle categorie a cui è stato dato successivamente accesso alla vaccinazione. Si è così in particolare garantita la vaccinazione in loco presso le strutture sanitarie e sociosanitarie, in prossimità per le persone più anziane nei centri gestiti dai Comuni con i medici del comprensorio, negli studi medici per i pazienti vulnerabili e non da ultimo, per ottimizzare

l'efficienza e la velocità della campagna, nei mini e nei maxicentri cantonali. Ne sono stati attivati fino a sei contemporaneamente, con i quattro maggiori strutturati con una quindicina di piste ciascuno, ciò che ha permesso di somministrare oltre 25'000 dosi la settimana, capacità comunque sempre condizionata dalla disponibilità dei vaccini e non da limiti logistici o organizzativi.

Entro inizio agosto tutte le persone che si sono annunciate con disponibilità immediata hanno potuto completare il ciclo vaccinale con le due dosi di principio prescritte. Sono così state vaccinate circa 200'000 persone. Il dispositivo dei centri cantonali è stato e verrà progressivamente ridimensionato in funzione dell'esaurimento delle liste d'attesa, ritenuto che non è sostenibile mantenere una simile organizzazione per poche decine di appuntamenti al giorno per centro. Da inizio settembre resterà così attivo il solo centro di Giubiasco, a cui saranno affiancate delle possibilità di vaccinazione più in prossimità, attraverso servizi ed operatori sanitari ordinari, studi medici e farmacie.

Anche nell'ambito di questa rimodulazione sarà fondamentale preservare le competenze acquisite, garantendo la continuità attraverso un nucleo ristretto di collaboratori che, assieme agli altri partner coinvolti come le Regioni di Protezione civile e la Federazione Cantonale Ticinese dei Servizi Autoambulanza, possano coordinare la riattivazione di altri centri, nel caso di rinnovato interesse dopo il periodo estivo, magari a seguito di un'estensione dell'impiego del certificato COVID in Svizzera o all'estero, o addirittura ripristinare un'organizzazione analoga all'attuale in tempi rapidi qualora si dovesse procedere ad una terza vaccinazione di richiamo. In effetti a quel momento occorrerebbe vaccinare di nuovo almeno 200'000 ticinesi, verosimilmente su una durata più corta grazie ad una maggiore disponibilità di vaccini.

3.5 Capacità del sistema sanitario

Nel proprio rapporto sulle prospettive a medio termine, il Consiglio federale rende attenti i Cantoni, a cui spetta il compito di pianificare e garantire le capacità del sistema sanitario, di adoperarsi affinché, in caso di nuovo aumento del numero di casi e delle necessità di ospedalizzazione, siano disponibili risorse sufficienti per evitare di dover nuovamente posticipare interventi elettivi, ricoveri per accertamenti o comunque non strettamente urgenti, con il rischio di cumulare ritardi nella presa a carico. Le esperienze raccolte hanno evidenziato limiti di capacità, in particolare a livello di posti di terapia intensiva e di personale aggiuntivo con competenze specialistiche. Sempre il rapporto del Consiglio federale sottolinea pure l'esigenza per il sistema sanitario di poter reagire in maniera adeguata anche al carico aggiuntivo causato dagli effetti a lungo termine sulla salute del COVID-19.

L'esigenza di mantenere la prontezza del dispositivo cantonale COVID-19 anche su questo fronte è condivisa. Non è infatti ragionevole perdere le competenze umane acquisite e l'esperienza maturata smantellando completamente i dispositivi di gestione della pandemia durante le ondate passate con l'auspicio di poterli semmai ricostruire rapidamente in futuro. Come osservato, si dovrà evitare di andare in questa direzione per il tracciamento dei contatti o i centri di vaccinazione e a maggior ragione è opportuno preservare le competenze altamente specifiche del personale di cura di terapia intensiva, tanto agognato durante la prima ondata. In funzione di uno scenario realistico e non sovradimensionato, occorre poter disporre di personale altamente competente da impiegare immediatamente nelle terapie intensive al bisogno, senza intaccare, perlomeno entro certi limiti, l'attività ordinaria. Non è possibile rinunciare a questo personale ora, perché in caso di crisi il personale formato non sarà disponibile mentre quello disponibile logicamente non sarà formato. Farsi cogliere impreparati su questo fronte ad una terza ondata non sarebbe più accettabile.

Le valutazioni svolte riguardo al dispositivo di prontezza per il prossimo autunno/inverno nello specifico ambito ospedaliero sono esposte nei capitoli che seguono.

4. SITUAZIONE E PROSPETTIVE NELL'OTTICA DEGLI OSPEDALI

Sul fronte delle ospedalizzazioni, a fine giugno è stato raggiunto il risultato di non avere più alcun paziente ricoverato per COVID-19, ma nelle ultime settimane, con l'aumento dei contagi, seppur concentrati in larga misura su una popolazione più giovane, anche le ospedalizzazioni sono tornate inevitabilmente a crescere. Vi sono attualmente all'incirca una decina di pazienti in ospedale, di cui alcuni in cure intense. È bene però anche ricordare che gli ospedali non sono vuoti, ma rimangono operativi con tutta l'attività ordinaria pre-COVID, a cui si aggiunge un certo effetto di recupero, aggravato dalla presa a carico ritardata di alcuni pazienti.

La situazione del personale resta problematica. Il carico di lavoro in termini di ore e di complessità dei casi affrontati nella prima e nella seconda ondata ha influito sulla resistenza fisica e psicologica delle collaboratrici e dei collaboratori. I collaboratori dei reparti no-COVID hanno pure accumulato ore straordinarie e il desiderio di ritornare a lavorare in situazione di normalità, nelle sedi previste dai contratti originari, si fa sentire. Sono aumentate le ore di assenza per malattia e anche le richieste di riduzione del tempo di lavoro, senza dimenticare chi abbandona la professione o opta per mettersi in proprio o riorientare la propria attività professionale. Anche il rapporto del Consiglio federale evidenzia del resto assenze più frequenti a causa di sovraccarico.

In questo contesto non è pensabile poter affrontare una nuova ondata, seppur verosimilmente più contenuta, senza un'adeguata organizzazione che possa prevedere già sin d'ora un dispositivo a crescere, in funzione dell'eventuale aumento delle degenze, garantendo come Cantone il necessario supporto finanziario per il costo straordinario di personale dedicato e in prontezza.

L'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) e la Clinica Luganese Moncucco (CLM) hanno avuto modo di esporre ai competenti servizi del DSS gli scenari da loro ipotizzati e i concetti organizzativi elaborati di conseguenza per l'autunno/inverno 2021/2022.

Essi hanno innanzitutto rilevato che la gestione dei pazienti COVID, non più concentrata per l'EOC sull'Ospedale regionale di Locarno in un'ottica di normalizzazione e di gestione ordinaria di questa patologia, rimarrebbe decentralizzata, per quanto riguarda la fase acuta, nei 4 ospedali regionali dell'EOC e presso la CLM. Questo nuovo assetto è stato formalizzato con risoluzione governativa del 7 luglio 2021.

Le previsioni svolte partono inoltre dall'assunto secondo cui in forma stazionaria potrebbe dover essere preso a carico il 60% del numero massimo di pazienti sin qui ricoverati (415 il 30 marzo 2020) per un totale di 250 letti, di cui 150 nei reparti acuti e 38 in cure intense. I letti supplementari di cure intense, rispetto alla situazione originale dei letti certificati, sarebbero 18 per l'EOC e 7 per la CLM, mentre le restanti postazioni necessarie verrebbero ricavate dalla dotazione ordinaria. Per i reparti di degenza, rispetto alla situazione ante-COVID, verrebbero invece predisposti unicamente 20 letti supplementari alla CLM.

L'EOC ha previsto un modello a tre fasi dal profilo temporale: luglio-settembre 2021, ottobre 2021-aprile 2022, maggio-giugno 2022. Durante la prima fase prevede un dispositivo minimo e la focalizzazione sulla formazione delle nuove risorse, con l'autunno il

potenziamento a 18 letti e poi il ritorno ai livelli iniziali. In generale calcola una dotazione inferiore a quella abituale e più precisamente 2.7 UTP per letto di cure intense (durante il periodo più critico la dotazione è arrivata a 3.6 UTP per letto di cure intense).

L'organizzazione prevista si fonda sul concetto per cui in via prioritaria viene spostato il personale di reparto disponibile a lavorare in cure intense. La scelta avverrebbe sulla base dell'attitudine, dell'esperienza conseguita durante la pandemia o anche dell'intenzione di proseguire una formazione post-diploma in una delle tre aree critiche (pronto soccorso, cure intense, anestesia). La sostituzione nei reparti avverrebbe attingendo al pool di personale con contratto a tempo determinato attivato durante l'emergenza COVID, anche quindi a infermieri neo-diplomati. A tal fine, alcuni contratti in scadenza a fine maggio/giugno sono stati già rinnovati. L'EOC si è così assunto un rischio aziendale ritenuto inevitabile per garantire cure adeguate in caso di un nuovo incremento delle ospedalizzazioni.

La CLM ha previsto un dispositivo in prontezza su otto mesi (ottobre-maggio), assumendosi i costi della formazione del personale supplementare assunto tra giugno e settembre.

Gli istituti ritengono che, visto il turnover nel settore infermieristico, il potenziamento dettato dalla prontezza COVID non comporterà licenziamenti al momento in cui questo dispositivo non sarà più necessario, ma assunzioni definitive con il vantaggio di poter disporre di personale già introdotto e anche motivato a proseguire una formazione post-diploma.

L'EOC ha valutato l'impegno finanziario del Cantone tra 4.7 e 5 milioni di franchi per il dispositivo di cure intense, ai quali andrebbero aggiunti da 0.5 a 1.1 milioni di franchi per il potenziamento del personale del reparto RAMI di Locarno, destinato ad accogliere in quella sede i pazienti COVID. La CLM ha quantificato la necessità di finanziamento in 3.4 milioni di franchi, equamente distribuiti per i 7 letti di cure intense e i 20 letti di reparto. Di conseguenza l'intervento del Cantone oscillerebbe, per il dispositivo di cure intense tra 6.4 e 6.7 milioni di franchi, ai quali si aggiungerebbero da 2.2 a 2.8 milioni di franchi per la prontezza nei reparti. Da questi costi verrebbero poi dedotti i ricavi dei pazienti ricoverati.

5. VALUTAZIONE E PROPOSTA DI FINANZIAMENTO DEL DISPOSITIVO

Come già osservato, l'esigenza di garantire capacità di riserva straordinarie sul fronte da sempre più critico e limitante dei letti di cure intense nel contesto di incertezza e fragilità che caratterizzerà con tutta probabilità la prossima stagione fredda è ritenuta giustificata. Le previsioni in questo campo rimangono estremamente difficili e, per quanto autorevoli, sono spesso state smentite. Non si può tuttavia prescindere dal ventilare qualche ipotesi e nella misura del possibile attuarle in modo flessibile per non sovraccaricare oltre il limite il sistema sanitario da un lato e gestire oculatamente le risorse pubbliche dall'altro lato. Del resto possibili misure almeno in parte alternative, come il trasferimento di pazienti in ospedali di altri Cantoni o i prestiti di personale, si sono rivelate estremamente dispendiose per un effetto pratico assai limitato.

L'evoluzione epidemiologica, con ormai diverse decine di casi positivi giornalieri, desta inevitabilmente qualche preoccupazione, tanto più se confrontata con l'estate scorsa, quando per diversi mesi il virus sembrava sparito mentre poi si è registrata una seconda ondata lunga e virulenta, che ha messo di nuovo sotto grande pressione il sistema sanitario ed ha imposto importanti restrizioni alla vita sociale ed economica. La quota di popolazione vaccinata è ampia, ma ancora da incrementare soprattutto alla luce della maggiore contagiosità delle nuove varianti. Le misure di igiene e di protezione accresciute sono ormai

entrate nel comportamento usuale della gente. Gli altri pilastri nella lotta all'epidemia, come il monitoraggio delle nuove varianti, il depistaggio diagnostico o il tracciamento dei contatti, sono ben consolidati. D'altro canto è vero che l'abbandono di quasi tutte le restrizioni ai contatti interpersonali e sociali può determinare un certo rischio, ma in caso di segnali di ripresa si potrà prioritariamente ricorrere ad un utilizzo più esteso del certificato COVID-19.

In base a queste considerazioni, rispetto al 60% proposto dalle strutture, si ritiene sostenibile dimensionare il dispositivo di prontezza su un numero di pazienti degenti pari al 40% del valore massimo registrato durante la prima ondata. Inoltre, appare più opportuno assicurare il dispositivo di prontezza per le sole cure intensive, vero nodo gordiano delle capacità del sistema sanitario nella cura dei pazienti affetti da COVID. Si tratta di uno scenario invero piuttosto prudentiale, che da un lato riconosce l'esigenza di un impegno supplementare straordinario, ma d'altro canto fa pure affidamento sulla capacità e la responsabilità delle strutture ospedaliere nel far fronte alle necessità ulteriori di cura e ricovero per COVID che dovessero malauguratamente ancora presentarsi.

Riprendendo la logica dei calcoli esposti dalle due strutture, il 40% della punta massima di 415 pazienti corrisponde a circa 170 pazienti, di cui il 15% potrebbe necessitare di cure intense, ovvero 25 pazienti. Tenendo conto dell'indicazione di EOC e CLM di poter dedicare parte dei letti di cure intense attuali ai pazienti COVID nella misura di 11 letti (9 presso l'EOC e 2 presso la CLM) ne resterebbero da approntare 14, ripartiti in 10 presso le sedi EOC e 4 presso la CLM.

Riteniamo adeguato e interessante il modello a tre fasi avanzato dall'EOC, che permette di considerare una prospettiva di medio termine, decisiva qualora una nuova ondata dovesse rivelarsi lunga e logorante come quella dell'inverno scorso.

Riprendiamo quindi il modello proposto, adattandolo alle disponibilità ritenute necessarie, in considerazione dei fattori seguenti:

- la dotazione di personale medico durante le tre fasi non è proporzionale al numero di letti messi in esercizio. Infatti, nella prima fase di tre mesi che si snoda durante i mesi estivi si conta di poter gestire la degenza dei pazienti COVID con la dotazione abituale di letti di cure intense potenziati di 5 unità, ma con il personale medico già presente, aumentato di un capo-clinica al 90%. La fase centrale è la più lunga e la più intensa. L'aumento ulteriore di 5 letti comporta la presenza di un team di medici che possano coadiuvare i colleghi presenti sul lungo periodo (da inizio ottobre a fine aprile). Se per i medici assistenti il fabbisogno supplementare è limitato a 2.2 UTP, poiché si possono spostare dai reparti, per i medici capi-clinica il discorso è diverso, in quanto devono essere reperiti ex-novo e si tratta di assumere temporaneamente 3.6 UTP che vanno ad aggiungersi allo 0.9 UTP già presente nella prima fase, per un totale di 6.7 UTP. Da maggio a giugno 2022 si prevede un graduale ritorno alla normalità con la dotazione prevista nella prima fase;
- la dotazione di personale curante infermieristico è invece calcolata per letto disponibile, e più precisamente sono state considerate 2.7 UTP per letto;
- il calcolo della dotazione di personale e i rispettivi costi sono stati standardizzati tenendo conto delle retribuzioni proposte dall'EOC in funzione dei diversi profili professionali e concetti di impiego, anche per la Clinica Luganese Moncucco SA.

Ne risultano in definitiva le dotazioni di personale supplementare e le implicazioni di costi straordinari riassunti nella tabella che segue:

	prima fase 3 mesi		seconda fase 7 mesi		terza fase 2 mesi		totale
Ente Ospedaliero Cantonale							
Letti di cure intense	5		10		5		
Personale	UTP	Costo	UTP	Costo	UTP	Costo	
medici	0.9	40'227	6.7	611'852	0.9	26'818	678'897
personale curante	13.5	283'946	27.0	1'325'079	13.5	189'297	1'798'322
Totale							2'477'200

Clinica Luganese Moncucco SA							
	2		4		2		
Personale	UTP	Costo	UTP	Costo	UTP	Costo	
medici	0.4	16'091	2.7	244'741	0.4	10'727	271'559
personale curante	5.4	113'578	10.8	530'032	5.4	75'719	719'329
Totale							990'900

Totale EOC e Luganese Moncucco	3'468'100
---------------------------------------	------------------

La spesa preventivata di 3.5 milioni di franchi rappresenta l'importo massimo, cioè il costo nel caso in cui i letti restino vuoti. Qualora vi fossero dei ricoveri, i ricavi riconosciuti verrebbero dedotti dal contributo cantonale indicato. La modalità di calcolo degli eventuali ricavi derivanti dalle fatturazioni delle degenze avvenute nei 14 letti supplementari di cure intense, saranno concordate tra EOC, Clinica Luganese Moncucco SA e Dipartimento della sanità e della socialità in sede separata.

Entro due mesi dalla conclusione del progetto relativo al dispositivo di prontezza (fine agosto 2022) i due istituti coinvolti presenteranno una valutazione dell'esperienza, indicando in particolare la destinazione finale delle postazioni supplementari di cure intense e più precisamente l'avvenuto smantellamento o la necessità di mantenere in tutto o in parte i letti, solo se nel frattempo riconosciuti e autorizzati dalla Società svizzera di medicina intensiva o in fase di certificazione.

Va da sé che da luglio 2022 in poi il Cantone di principio non riconoscerà più il finanziamento di questa dotazione supplementare di postazioni di cure intense quale prestazione d'interesse generale: se questa capacità di prontezza aggiuntiva dovesse rimanere inutilizzata significherebbe che la gestione dei casi COVID, in conseguenza in particolare dell'immunità acquisita grazie ai vaccini, potrebbe venir assorbita nell'attività ordinaria pre-pandemia, mentre se venisse sfruttata e fosse ritenuta necessaria a più lungo termine, toccherebbe alle strutture consolidarla nell'ambito della rimodulazione della propria offerta ordinaria, assumendosene il rischio finanziario nell'ambito della gestione aziendale corrente.

6. PIANO FINANZIARIO E LINEE DIRETTIVE

Il contributo straordinario ad EOC e CLM di complessivi 3.5 milioni di franchi è richiesto “una tantum” per la fase che si auspica finale di gestione della pandemia. La cifra sopraesposta non è quindi un credito da inserire in tendenza e si esaurirà con il consuntivo 2022. Il contributo richiesto sarà registrato a carico del CRB 295, conto 36340014 “contributi per ospedalizzazioni nel Cantone”. La spesa proposta, a cavallo di due anni contabili, rappresenta all'incirca solo l'1% del contributo ordinario annuale alle ospedalizzazioni nel e fuori Cantone.

Si ricorda che in vista del possibile indennizzo dei maggiori costi e dei minori introiti causati dalla pandemia agli istituti ospedalieri, in sede di Consuntivo 2020 del Cantone sono stati accantonati 46.8 milioni di franchi e versati acconti straordinari maggiorati per 13.2 milioni di franchi (cfr. Messaggio n. 7982 del 14 aprile 2021, Consuntivo 2020, pag. 17; Messaggio n. 7893 del 1° ottobre 2020, Covid-19: misure e aspetti finanziari, pag. 17-18). Gli approfondimenti svolti nel frattempo sulla base delle richieste degli istituti e dei dati contabili sulle chiusure dell'esercizio 2020, potrebbero portare al riconoscimento di contributi pari a circa 2/3 di questi 60 milioni di franchi.

Come detto, gli eventuali ricavi conseguiti a seguito del ricovero in cure intense di pazienti affetti da COVID-19, facendo capo quindi alle risorse aggiuntive previste, verranno dedotti dal contributo versato quale garanzia di prontezza.

7. CONCLUSIONI

Il Consiglio di Stato è convinto che la proposta formulata, oltre che un gesto tangibile nei confronti delle strutture sanitarie che si sono adoperate con encomiabile impegno nell'affrontare la pandemia, rappresenti un contributo necessario, proporzionato e prudentemente valutato. Tale contributo permette sostanzialmente di assicurare durante il prossimo autunno/inverno, caratterizzato ancora da grande incertezza sul fronte pandemico, una dotazione straordinaria di letti di cure intense pari a circa il 25% delle 53 postazioni ufficialmente certificate e in esercizio nel Cantone. Questa riserva in prontezza consentirebbe, entro certi limiti, di affrontare una prevedibile ulteriore, seppur più contenuta, ondata senza dover limitare l'attività ospedaliera ordinaria e procrastinare trattamenti e interventi.

Viene in tal modo dato seguito anche ad una delle raccomandazioni espresse dal Consiglio federale in relazione alla pianificazione a medio termine delle misure per fronteggiare l'epidemia. Accanto in particolare al sistema di monitoraggio della diffusione dei contagi e delle varianti, al dispositivo per facilitare l'accesso ai test diagnostici, al mantenimento del tracciamento dei contatti e alla preparazione dell'organizzazione per un eventuale terzo richiamo vaccinale, il Governo federale chiede infatti ai Cantoni di pianificare sufficienti capacità negli ospedali in caso di nuovo aumento del numero di casi e di ricoveri.

Affinché le strutture interessate possano pianificare il loro impegno con una certa garanzia finanziaria, appare opportuno che il credito possa essere approvato con urgenza.

La clausola d'urgenza (art. 43 Cost. cant.) permette l'entrata in vigore immediata se lo decide la maggioranza dei membri del Gran Consiglio. Visti i tempi di mantenimento del dispositivo di prontezza, è irrilevante che l'atto urgente perda la sua validità dopo un anno dalla sua entrata in vigore.

Invitandovi a voler sostenere il decreto urgente allegato, vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato

Il Presidente: Manuele Bertoli

Il Cancelliere: Arnoldo Coduri

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO URGENTE

concernente la concessione di un contributo straordinario massimo di 3'500'000 franchi per un dispositivo ospedaliero per i pazienti COVID fino all'estate 2022

IL GRAN CONSIGLIO
DELLA REPUBBLICA E CANTONE TICINO

visto il messaggio 5 agosto 2021 n. 8031 del Consiglio di Stato,

d e c r e t a :

Articolo 1

È autorizzato il mantenimento di 14 letti cure intense per il ricovero dei pazienti COVID adeguatamente attrezzati in prontezza all'Ente Ospedaliero Cantonale (10) e alla Clinica Luganese Moncucco SA (4) per il periodo dal 1° luglio 2021 al 30 giugno 2022.

Articolo 2

A tale scopo è stanziato un contributo straordinario di 3'500'000 franchi suddiviso in 2'500'000 franchi a favore dell'Ente ospedaliero cantonale e 1'000'000 di franchi a favore della Clinica Luganese Moncucco.

Articolo 3

Dal contributo saranno dedotte le entrate derivanti dalla fatturazione delle degenze nei 14 letti di cure intense.

Articolo 4

Il Consiglio di Stato è competente per la definizione delle modalità di versamento del contributo straordinario.

Articolo 5

Entro fine agosto 2022, i due istituti menzionati presenteranno al Consiglio di Stato un rapporto di valutazione dell'esperienza.

Articolo 6

Il presente decreto legislativo, giudicato di natura urgente, è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi ed entra in vigore immediatamente. Esso perde la sua validità dopo un anno dall'entrata in vigore.