



REHA TICINO
Nicola Mathis
Coordinatore

c/o Ente Ospedaliero Cantonale
Direzione generale – Area Medica
Viale Officina 3
CH-6501 Bellinzona

Tel. +41 (0)91 811 13 14

info@rehaticino.ch
www.rehaticino.ch

DIVISIONE DELLA SALUTE PUBBLICA		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGSV		
Ricevuto il 16 NOV. 2022		196
<input type="checkbox"/> Nota urgente	<input type="checkbox"/> Evasione diretta	
EOC, Direzione generale, CP 1437, CH - 6501 Bellinzona cpc		
<input type="checkbox"/> Riconoscenza	<input type="checkbox"/> Progetto di risposta	

Dipartimento della sanità e della socialità
Avv. Paolo Bianchi
Direttore Divisione della salute pubblica
Residenza governativa
Piazza Governo 7
6501 Bellinzona

Bellinzona, 14 novembre 2022

Pianificazione ospedaliera cantonale in riabilitazione, calcolo del fabbisogno

Stimato Direttore di Divisione e Coordinatore del DSS,

L'attuale pianificazione ospedaliera cantonale assegna alla Clinica di Riabilitazione dell'Ente Ospedaliero Cantonale (CREOC) i mandati per la riabilitazione muscoloscheletrica (sedi Faido e Novaggio), per la riabilitazione internistica-oncologica (sedi Faido e Novaggio) e provvisoriamente il mandato per la riabilitazione cardiovascolare e polmonare (sede Novaggio). Alla Clinica Hildebrand Centro di Riabilitazione Brissago (CRB) sono assegnati i mandati per la riabilitazione neurologica, la riabilitazione para- e tetraplegici, la riabilitazione muscoloscheletrica, per quella psicosomatica, quella precoce e, come per la CREOC, provvisoriamente il mandato per la riabilitazione cardiovascolare e polmonare. I letti autorizzati dall'attuale POC sono 120 alla CREOC (75 sede Novaggio e 45 sede Faido) e 105 alla CRB.

Ricordiamo volentieri che dal 2007 l'Ente Ospedaliero Cantonale e la Clinica Hildebrand Centro di Riabilitazione Brissago hanno sottoscritto un accordo formale di collaborazione, un'alleanza strategica (REHA TICINO) con l'obiettivo primario di garantire ai pazienti un alto livello qualitativo delle prestazioni erogate. Attualmente i mandati cantonali stazionari in riabilitazione sono assegnati unicamente ad una delle due cliniche che appartengono a REHA TICINO.

Con interesse abbiamo avuto modo di visionare il rapporto sul fabbisogno di cure in riabilitazione per il periodo 2019-2032. Innanzitutto desideriamo complimentarci per la completezza e la precisione dell'analisi, le cui conclusioni ci vedono concordi. La valutazione eseguita indica un chiaro aumento del numero di pazienti e di giornate di cura per ogni singolo ambito riabilitativo, complessivamente nell'ordine del 20% (casi) e del 15% (giornate di cura).

Con il presente scritto, desideriamo informare che REHA TICINO, con le sue cliniche CREOC e CRB, sarà in grado di far fronte all'aumentato fabbisogno di cure riabilitative con le attuali strutture. Nello specifico, la sede di Faido della CREOC ha a disposizione camere di degenza attualmente non utilizzate, che potrebbero permettere di aumentare il contingente letti di circa 15 unità; si potrebbe inoltre avere un ulteriore potenziale aumento del numero di letti prendendo in considerazione l'attribuzione alla Riabilitazione anche dei letti attualmente utilizzati per la Medicina.

Presso la sede di Novaggio della CREOC, grazie a dei piccoli interventi strutturali, sarebbe possibile aumentare la capienza di 4 letti.

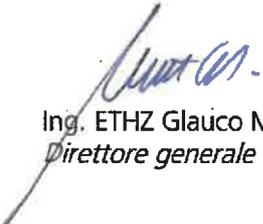
La CRB invece, già attualmente può ospitare fino a 120 pazienti, 15 in più rispetto ai 105 posti letto assegnati e finanziati dal Cantone. Come da discussioni in corso, un ulteriore potenziamento di 5 letti, in particolare per l'accoglienza dei pazienti da domicilio, è già in fase di valutazione.

Siamo fermamente convinti che mantenere lo status-quo nell'assegnazione dei mandati di prestazione alle due cliniche di REHA TICINO, realtà da anni impegnate ad ottimizzare la presa in carico riabilitativa attraverso la creazione e la condivisione di percorsi di cura comuni aggiornati alle più attuali evidenze scientifiche, permetterà, in un contesto di aumentato fabbisogno di cure riabilitative, di continuare a garantire ai pazienti ticinesi e non solo, un'alta qualità del loro programma terapeutico riabilitativo.

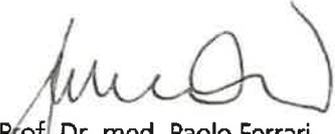
Restiamo volentieri a disposizione per eventuali informazioni in merito.

Cordiali saluti.

Per l'Ente Ospedaliero Cantonale



Ing. ETHZ Glaucio Martinetti
Direttore generale



Prof. Dr. med. Paolo Ferrari
Capo Area Medica



Lic. oec. publ. Nicola Mathis
*Direttore CREOC e
Coordinatore REHA TICINO*

Per la Clinica Hildebrand Centro di Riabilitazione Brissago



Dr. oec. HSG Daniele Lotti
Presidente Consiglio di Fondazione



Sandro Foiada, M.A.
Direttore

Camorino, 7 dicembre 2022 /EC

ADICASI: OSSERVAZIONI SUL RAPPORTO SUL FABBISOGNO CANTONALE DI CURE OSPEDALIERE ORIZZONTE 2032

Facendo seguito alla riunione del 24 novembre 2022, il comitato di ADICASI formula le seguenti osservazioni, con l'obiettivo di portare il punto di vista delle case per anziani del Canton Ticino ai lavori della commissione.

PREMESSA

Le proiezioni future e gli indirizzi strategici concordano nell'indicare che, in futuro, le case per anziani avranno a disposizione meno letti in proporzione all'invecchiamento demografico. Ciò porterà ad accogliere nelle nostre strutture una maggior quota di residenti con un minor grado di indipendenza o con una situazione clinica più complessa. Questa mutata situazione avrà necessariamente ripercussioni in tema di fabbisogno di risorse, personale e competenze per le case. Una sfida, quella del fabbisogno, che per essere affrontata non può prescindere, a nostro parere, da esplorare nuove modalità di interazione e suddivisioni dei compiti con il mondo ospedaliero.

OSSERVAZIONI

Rafforzare la formazione del personale nelle cure

Dover gestire una percentuale di residenti con un quadro clinico più acuto significa dotarsi di più personale e con le competenze necessarie per valutare e gestire situazioni complesse. Una sfida non semplice, in un territorio dove già oggi si fatica a reclutare personale qualificato. Una strada per ovviare al problema è certamente quella della formazione, per la quale si dovrebbe agire -ancor più di quanto si faccia oggi- a due livelli:

- Migliorare e incentivare la formazione di base, per attrarre le future generazioni verso la professione e, al contempo, produrre professionisti sempre più competenti.
- Lavorare sulla formazione continua del personale attuale, ampliando e rafforzando l'offerta formativa per chi lavora nelle strutture per anziani.

Potenziare il seguito medico specialistico nelle strutture, anche attraverso la collaborazione con i reparti geriatrici degli ospedali

La nuova pianificazione dovrebbe prevedere una supervisione specialistica direttamente nelle case per anziani. Ciò potrebbe avvenire, ad esempio, attraverso una collaborazione più stretta con i reparti geriatrici degli ospedali. Tale collaborazione rafforzata potrebbe generare benefici da diversi punti di vista:

- Dal punto di vista del residente: I trasferimenti frequenti in ospedale, gli spostamenti, il cambio delle persone di riferimento, rappresentano spesso dei traumi che minano i suoi punti di riferimento.
- Dal punto di vista amministrativo: le procedure di dimissione, riammissione, ecc., oltre a richiedere lavoro burocratico, rendono meno efficiente la gestione della struttura e l'occupazione dei letti.
- Dal punto di vista finanziario: una degenza in casa anziani è meno costosa di una degenza ospedaliera.
- Dal punto di vista clinico: una presa a carico immediata della situazione può portare benefici alla sua gestione.
- Dal punto di vista formativo: la geriatria diventerà una specialità medica sempre più richiesta. Adottare nuove logiche di collaborazione tra case e ospedali consentirebbe di essere attrattivi per i medici assistenti che diventeranno geriatri.

In sintesi, percorrere una strada di questo tipo non significherebbe trasformare le case anziani in piccoli ospedali, anzi consentirebbe di ottimizzare l'utilizzo delle risorse, evitando, da un lato, di sovraccaricare gli ospedali e, dall'altro, di costringere le case per anziani a dotarsi di personale medico ulteriore. In quest'ottica collaborazioni più strette con il settore acuto saranno di fondamentale importanza nello sviluppo di percorsi socio-assistenziali integrati.

Prossimità elemento chiave in ambito geriatrico

In termini di pianificazione sanitaria la ricerca di un nuovo baricentro tra prossimità e centralizzazione è un tema chiave. Per chi si occupa dell'ultima stagione della vita delle persone, la prossimità è certamente un elemento più rilevante. Diversamente da ambiti molto specialistici, fattori quali la vicinanza con i parenti, la conoscenza della storia clinica e familiare, le possibilità di visita, sono fattori decisivi. Riteniamo importante che la gerarchia resti di prossimità, puntando piuttosto su di una rafforzata collaborazione tra gli attori del territorio.

Sviluppare nuove soluzioni per la gestione degli anziani "psichiatrici"

Spesso le case per anziani si trovano a gestire "giovani anziani", appena in età AVS, con problemi psichiatrici. La coesistenza di questa categoria con gli altri residenti non è sempre facile, dal momento che le strutture e le competenze in casa anziani non sono sempre adeguate.

Riteniamo possa essere utile ragionare su una riflessione a livello di sistema, creando, ad esempio, servizi su scala regionale o reparti gerontopsichiatrici all'interno di alcune case anziani. Oltre a consentire una migliore presa a carico di tali residenti, optare per soluzioni di questo tipo consentirebbe di sgravare gli ospedali acuti.

RAMI: CAT/STT gruppo di lavoro appositamente costituito

Bisognerebbe creare un gruppo di lavoro che supervisioni le attività dei servizi post acuto (RAMI e CAT/STT per le case per anziani) e che possa valutare (anche con protocolli geriatrici) chi ha diritto di accedere a questi servizi. La percezione all'interno delle case per anziani è che l'accesso a queste strutture non sia sufficientemente standardizzato. Riflessioni analoghe andranno condotte anche per i reparti di cure palliative nelle case per anziani.

Avere una visione sistemica delle pianificazioni in ambito sanitario

Crediamo possa essere utile trattare la pianificazione ospedaliera congiuntamente alla Pianificazione integrata LANz – LACD. Il mondo oggi è talmente complesso e interconnesso che affrontare la valutazione del fabbisogno a compartimenti stagni rischia di non portare a risultati ottimali. Le specifiche competenze acquisite negli anni in ambito geriatrico dalle Case anziani, possono essere valorizzate o acquisite da altri settori legati alla pianificazione.

Incontri regolari della Commissione di pianificazione sanitaria

Siamo convinti che i momenti di scambio di esperienze, visioni e giudizi tra i vari attori del mondo sanitario siano fondamentali, sia per avere il polso della situazione, sia in un'ottica di miglioramento continuo dell'efficacia ed efficienza del sistema. Per questo crediamo che gli incontri della commissione debbano avvenire su base annuale, con l'obiettivo di valutare, in funzione dell'esperienza empirica, l'andamento delle misure decise.

Per il Comitato ADICASI

Il Presidente



Eliano Catelli



curafutura

Die innovativen Krankenversicherer
Les assureurs-maladie innovatifs
Gli assicuratori-malattia innovativi

DIVISIONE DELLA SALUTE PUBBLICA		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AGSV		
Ricevuto il 15 Dic 2022		
<input type="checkbox"/> Nota urgente	<input type="checkbox"/> Evasione diretta con cpc	
<input type="checkbox"/> Per esame	<input type="checkbox"/> Progetto di risposta	
<input type="checkbox"/> Per conoscenza		

Die Schweizer Krankenversicherer
Les assureurs-maladie suisses
Gli assicuratori malattia svizzeri

DIREZIONE DSS			
<input checked="" type="checkbox"/> DSP	<input type="checkbox"/> DASF	<input type="checkbox"/> IAS	<input type="checkbox"/> COLL.
RBI			

il 12 Dic. 2022

<input type="checkbox"/> urgente	<input type="checkbox"/> Evasione diretta con cpc
<input type="checkbox"/> esame	<input type="checkbox"/> Progetto di risposta
<input type="checkbox"/> conoscenza	

Alla Direzione del Dipartimento della
socialità e della sanità
Residenza governativa
6501 - Bellinzona

Berna/Soletta, 7 dicembre 2022

Presenza di posizione di curafutura e santésuisse in merito ai lavori della Commissione della pianificazione sanitaria

Egregio Consigliere di Stato,
Egregio Direttore della salute pubblica,
Gentili signore e signori,

Con risoluzione governativa del 31 agosto 2022, il Consiglio di Stato ha deciso, in ottemperanza all'art. 64 LCAMal, di istituire la Commissione della pianificazione sanitaria quale organo consultivo del Consiglio di Stato per l'elaborazione degli indirizzi strategici della pianificazione ospedaliera da sottoporre tramite messaggio al Gran Consiglio. Con la presente curafutura e santésuisse desiderano prendere posizione sui lavori della Commissione della pianificazione sanitaria e sui documenti presentati alla stessa.

1. Considerazioni generali sulle modalità di coinvolgimento della Commissione della pianificazione sanitaria:

curafutura e santésuisse salutano favorevolmente l'istituzione di una Commissione della pianificazione sanitaria ai sensi dell'art. 64 LCAMal. L'art. 64 LCAMal prevede che il Consiglio di Stato elabori con un messaggio gli indirizzi strategici della pianificazione ospedaliera cantonale, fondandosi sulle risultanze dello studio sul fabbisogno, consultando la Commissione della pianificazione sanitaria, nella quale sono rappresentati tutti gli ambienti interessati. Dal punto di vista degli assicuratori-malattia una tale Commissione può portare un valido contributo preliminare in vista dell'elaborazione della futura pianificazione ospedaliera cantonale, pianificazione che potrà svolgere un importante ruolo nel frenare l'aumento dei costi sanitari cantonali e a contribuire al mantenimento di un'alta qualità delle cure.

curafutura e santésuisse prendono tuttavia atto del fatto che i lavori della Commissione non sono sempre stati impostati in modo da permettere una consultazione proficua. Sarebbe stato auspicabile avere ulteriore tempo a disposizione per i lavori della Commissione,

mettere a disposizione i documenti con maggiore anticipo e avere definito in modo chiaro come si intendesse fare confluire le considerazioni della Commissione in un risultato concreto e fruibile per l'elaborazione del messaggio e per la presa di posizione del Gran Consiglio.

In questo senso curafutura e santésuisse auspicano che in futuro la consultazione della Commissione ai sensi della legge avvenga in modo più strutturato, dando in particolare l'opportunità ai membri della Commissione di esprimersi sulla bozza di messaggio del Consiglio di Stato. Siamo infatti convinti che una maggiore integrazione delle considerazioni della Commissione nel messaggio permetterebbe di arrivare a una pianificazione ospedaliera il più possibile condivisa da parte degli ambienti interessati, uno dei criteri per cercare di minimizzare il rischio di ricorsi nelle tappe successive della pianificazione ospedaliera.

2. Documenti sottoposti alla Commissione della pianificazione sanitaria

2.1 Studio sul fabbisogno

curafutura e santésuisse salutano favorevolmente la decisione di adottare il modello della GD-ZH come base per lo studio sul fabbisogno. Rileviamo inoltre come da ormai diversi anni alcune strutture ospedaliere in Ticino registrano tassi di occupazione molto bassi (<60%, fonte dati dell'Ufficio della sanità pubblica) e che non vi sono segnali che possano fare pensare ad una inversione di tendenza. Chiediamo che questo aspetto venga analizzato a fondo nel quadro del messaggio che verrà licenziato e che venga tenuto presente per la pianificazione ospedaliera in corso di elaborazione.

2.2 Indirizzi strategici

In linea di principio le conclusioni indicate nello studio sugli indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera, redatto dal Prof. Carlo De Pietro, risultano condivisibili. curafutura e santésuisse considerano tuttavia che un tale rapporto dovrebbe avere meno carattere discorsivo e includere maggiori dati ed esempio su costi, tassi di occupazione e numeri di casi, elementi fondamentali sui quali basare le scelte che verranno effettuate nel quadro della pianificazione ospedaliera. Inoltre, dovrebbe includere maggiori confronti intercantonali, con l'obiettivo di portare esempi concreti di decisioni di pianificazione ospedaliera e le relative implicazioni sulla qualità e sui costi.

Qui di seguito vengono elencate delle considerazioni relative ad alcune raccomandazioni formulate nello studio:

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

Gli assicuratori-malattia salutano positivamente la volontà espressa nel rapporto sugli indirizzi strategici di procedere ad una maggiore concentrazione dei servizi. L'esempio dei servizi di maternità nel rapporto e le relative considerazioni in merito ai problemi e ai rischi della situazione attuale sono pertinenti e conformi a quanto previsto dall'art. 58 OAMal.

Non ci si può tuttavia limitare a questo settore, bisognerebbe bensì formulare, sulla base dei dati disponibili sui numeri di casi e sui costi, altre proposte di ottimizzazioni possibili e necessarie, sia in merito alle prestazioni multidisciplinari e complesse, sia concernente le prestazioni specialistiche. Chiediamo dunque che questi dati e considerazioni confluiscono nel messaggio del Consiglio di Stato.

È infatti particolarmente importante tenere conto dell'importanza del numero di casi minimi come criterio per garantire un alto livello della qualità delle cure, anche nell'ottica di evitare prestazioni non necessarie o inappropriate. Si rileva infatti che alcune strutture ticinesi, in diversi casi, non raggiungono i numeri minimi secondo la metodologia applicata nel Cantone Zurigo e che questi numeri non sono stati raggiunti consecutivamente negli ultimi 3 anni. Alcuni esempi concernono gli SPLG (Spitalplanungs-Leistungsgruppen) BEW 7.1 e BEW 7.2 (protesi dell'anca e del ginocchio), HNO2 (chirurgia della tiroide) e il GEF3 (chirurgia vascolare della carotide). Un ulteriore esempio è la situazione relativa agli SPLG BEW 3, 4, 6, 7, 8 e 8.1 che sono attribuiti a 2 o 3 strutture. Una riflessione nel quadro del messaggio su una centralizzazione di questi interventi in un'unica struttura sarebbe auspicabile così come l'identificazione di eventuali interventi che potrebbero essere effettuati fuori cantone, in modo da garantire i numeri minimi e, in questo modo, assicurarsi un'alta qualità delle cure. Secondo lo studio sugli indirizzi strategici le prestazioni specialistiche possono essere erogate da più ospedali, ma selezionati in base alle specializzazioni e dunque alle loro vocazioni complessive. È quindi auspicabile che oltre ai criteri previsti dalla metodologia di Zurigo si definiscano ulteriori criteri per razionalizzare ed ottimizzare l'offerta.

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

Gli assicuratori-malattia salutano positivamente l'idea di puntare su un ospedale di riferimento per la medicina somatico-acuta e altamente specializzata. Con tale obiettivo è fondamentale garantire il rispetto di numeri minimi, concentrando le prestazioni MAS vengano in un'unica sede cantonale.

- *Continuare a favorire dinamicamente l'appropriatezza organizzativa*

Nell'ottica di favorire dinamicamente l'appropriatezza organizzativa rileviamo che sarebbe auspicabile eliminare il limite di età di 65 anni e che le CAT possano agire nel sistema sanitario ticinese con meno vincoli, così com'è il caso nel resto della Svizzera.

- *Migliorare le informazioni a disposizione di pazienti e popolazione*

Gli assicuratori-malattia salutano positivamente l'intenzione di migliorare le informazioni a disposizione dei pazienti nella scelta dei fornitori di cure. Sarebbe auspicabile che la trasparenza proposta nel rapporto sia una condizione per l'attribuzione dei mandati e che venga direttamente integrata nelle considerazioni sulla qualità.

Gli assicuratori-malattia rilevano inoltre che il rapporto va nella direzione di incoraggiare l'aumento delle prestazioni d'interesse generale (ricerca, formazione ecc.), approccio

certamente condivisibile, ma che non può tuttavia riflettersi in un aumento dei premi. Tali prestazioni aggiuntive, se potenziate, dovranno dunque essere finanziate dal Cantone, così come lo dovranno essere anche scelte di mantenimento di capacità ospedaliere (e quindi di offerta) per motivi di politica regionale.

3. Considerazioni in vista della stesura del messaggio

curafutura e santésuisse auspicano che il messaggio del Consiglio di Stato porti una visione ambiziosa della pianificazione ospedaliera per il Cantone Ticino e che possa colmare le lacune rilevate a livello del rapporto sugli indirizzi strategici, in particolare per quanto concerne la messa a disposizione di dati sui costi, tassi di occupazione e numeri di casi, così come la menzione di alcuni confronti intercantonali. Inoltre, si augurano che prima del licenziamento del messaggio venga data la possibilità alla Commissione di prendere posizione sullo stesso. Infine, il Consiglio di Stato è incoraggiato a prevedere, dopo l'entrata in vigore della futura pianificazione ospedaliera, delle scadenze regolari con dei rapporti per analizzare come sta procedendo la pianificazione ospedaliera e cosa potrebbe venire migliorato nel quadro dei ciclici aggiornamenti pianificatori. Per il futuro occorrerà inoltre fare una riflessione sulle implicazioni che una pianificazione ospedaliera ha anche sulle altre pianificazioni (LANz-LACD) tenuto conto che il percorso di cura di un paziente diventa sempre più complesso e coinvolge sempre più attori.

Ringraziando per l'attenzione salutiamo molto cordialmente.

curafutura



Pius Zängerle
Direttore



Céline Antonini
Reponsabile di progetto politica sanitaria

santésuisse



Verena Nold
Direttrice



Christoph Kilchenmann
Vice Direttore



Allegato 1

INDIRIZZI STRATEGICI DELLA PROSSIMA PIANIFICAZIONE OSPEDALIERA CANTONALE

1. Considerazioni generali

Lo studio effettuato dalla SUPSI:

- 1) È un'ottima panoramica di quanto sta avvenendo e di quanto è avvenuto nel contesto sanitario e ospedaliero svizzero e ticinese;
- 2) Offre interessanti spunti di approfondimento che devono essere concretizzati attraverso misure effettive;
- 3) Evidenzia la necessità di lavorare in rete e di coordinare le differenti modalità di presa in carico per le quali riteniamo che il Cantone debba avere un ruolo attivo:
 - a. Coordinando le diverse pianificazioni settoriali e stimolando soluzioni concrete (pianificazione sanitaria, reti sanitarie, digitalizzazione).
 - b. Creando le premesse per affrontare una sovrabbondanza dell'offerta e centralizzando le prestazioni multidisciplinari e complesse; in questo senso la pianificazione ospedaliera può essere uno strumento importante.
 - c. Chiarendo il ruolo del settore pubblico e di quello privato (anche per esempio in termini di prestazioni d'interesse generale).
- 4) Rileva l'importanza del comparto geriatrico e sub-acuto per il quale sono necessarie delle risposte concrete (reparti geriatria acuta, RAMI, CAT, per esempio), chiarendo le interconnessioni fra le varie tipologie di presa in carico.
- 5) Manca di concretezza nella proposta di soluzioni, condivisibili dal punto di vista teorico, ma non sistematizzate dal punto di vista empirico (una panoramica sulle soluzioni adottate da altri Cantoni per ogni proposta contenuta nelle conclusioni sarebbe stata opportuna).
- 6) Esige l'approfondimento di alcune tematiche fondamentali (macro e micro):
 - a. Ospedale pubblico vs. clinica privata
 - b. Ospedale di riferimento cantonale
 - c. Formazione e ricerca
 - d. Definizione e trasparenza degli indicatori di economicità e qualità e delle modalità di valutazione dell'offerta.
- 7) Domanda una presa di posizione concreta non solo delle strutture ospedaliere ma anche da parte del Cantone, evidenziando alcuni compiti fondamentali che esso dovrebbe assumere (ruolo ospedale pubblico / privato, fruibilità delle informazioni, coordinamento dei fornitori di cura, trasparenza della procedura pianificatoria, definizione di indicatori, per esempio).

Di seguito sono riportate alcune osservazioni di dettaglio su alcuni punti che l'EOC ritiene importanti approfondire e concretizzare.



2. Considerazione di dettaglio – punti di approfondimento e discussione

- **pp.: 8/9:** si evidenzia la necessità di coordinamento fra le varie pianificazioni esistenti (anziani e cure a domicilio, MAS,...). Il coordinamento deve essere garantito e devono essere chiarite le varie tipologie e responsabilità di presa in carico. Cosa deve fare l'ospedale solo acuto? Come organizzare il percorso di cura del paziente geriatrico (per esempio)? Come deve integrarsi l'ospedale acuto con i fornitori di cure ambulatoriali? I confini fra le varie modalità di presa in carico sono sempre meno netti, proprio per questa ragione è necessario garantire che tutte le pianificazioni esistenti siano coerenti l'una con l'altra.

Una difficoltà che accomuna le diverse esperienze internazionali è quella di pianificare un settore fortemente imbricato con altri e i cui confini diventano nel tempo meno netti. Ci riferiamo in particolare a due piani. Il primo riguarda il continuum tra attività stazionarie (di ricovero per una o più notti) e attività ambulatoriali; il secondo riguarda il continuum tra attività stazionarie acute e attività stazionarie non acute. aspetto non appare in maniera esplicita.

La necessità di coordinamento è ripreso anche a p. 18 evidenziando soprattutto l'aspetto della presa in carico geriatrica.

In sintesi, l'ospedale è chiamato a svolgere un ruolo sempre più specializzato nel sistema sanitario. Ciò significa cure ospedaliere stazionarie sempre più care e dunque alle quali si dovrebbe far ricorso soltanto quando tutti gli altri servizi disponibili risultano insufficienti per i bisogni di salute del paziente. In altre parole, se non fosse per il rapido invecchiamento della popolazione – che di per sé genera aumento dei bisogni anche di ricovero – l'utilizzo dell'ospedale come piattaforma assistenziale diventa sempre meno frequente.

- **p. 9:** i dispositivi di pianificazione ospedaliera prevedono 3 ambiti (analisi fabbisogno, qualità, finanziamento del sistema). Di fatto, nei lavori pianificatori ci si è concentrati sul primo ambito. Come saranno approfonditi gli altri due? Quali sono le azioni che si prevede mettere in atto per favorire una maggior qualità e una sostenibilità finanziaria del sistema?
- **p. 13:** si evidenzia, come nelle pagine seguenti, la necessità di definire dei criteri di qualità e di economicità, si ritiene fondamentale la condivisione e la garanzia di massima trasparenza rispetto agli indicatori che saranno utilizzati per definire l'offerta pianificatoria.

Criteri: la definizione delle liste ospedaliere e l'attribuzione dei mandati di prestazione tengono conto dei requisiti di qualità e di economicità degli istituti, oltre che ovviamente della disponibilità degli istituti sanitari ad adempiere agli eventuali mandati di prestazione che venissero loro attribuiti. Per quanto concerne i criteri di qualità ed economicità, l'ordinanza afferma che occorre «in particolare tener conto dello sfruttamento di sinergie, del numero minimo di casi e del potenziale di concentrazione di prestazioni al fine di rafforzare l'economicità e la qualità delle cure».

In tal senso sono interessanti anche le valutazioni sui ricorsi riportate nelle pp. 13 e ss. Il Cantone come ha deciso di posizionarsi rispetto a quanto affermato? In funzione anche di quanto riportato ribadiamo la necessità di trasparenza.

In generale, gli argomenti sollevati dai ricorrenti hanno a che fare con le modalità adottate per calcolare il fabbisogno e la trasparenza di tale processo, con la scelta dei criteri relativi alla qualità e alla economicità nonché alle modalità della loro applicazione, con la libertà economica e l'equità di trattamento tra ospedali pubblici e privati. L'analisi delle sentenze



*mostra in modo inequivocabile come, nonostante l'apparente e il dichiarato ampio potere di apprezzamento da parte delle autorità cantonali, in realtà **la discrezionalità a disposizione di quelle autorità sia nei fatti assai limitata.***

- **pp. 20 e ss:** l'attività di ricerca e formazione ha un forte impatto sugli ospedali pubblici (anche in termini di efficienza/costi e qualità). Questo ambito come sarà considerato in ambito di pianificazione ospedaliera (ruolo formativo degli ospedali pubblici)?
- **p.25:** la nozione di sovraccapacità è importante e deve essere presa in considerazione. Si rende attenti all'utilizzo del concetto di liste di attesa che può essere dovuto a problemi di organizzazione (come descritto) e di personale. Chi definisce quando una lista di attesa è accettabile per specialità? Cosa vuol dire poche liste di attesa non troppo lunghe? Chi le valuta?
- **pp. 26 e ss:** come si pensa di risolvere la problematica menzionata visto che la pianificazione deve fondarsi su criteri di efficienza e qualità? Quanto definito dalla GD-ZH sono dei requisiti minimi, questi sono da intendersi come indicatori di qualità? Oltre a quelli menzionati ve ne sono altri che saranno misurati?
Rileviamo inoltre il rischio concreto che i criteri di qualità GD-ZH vadano ad aumentare anche i costi (per esempio messa in funzione di reparti di cure intensive per disporre di un mandato specifico – assunzione di personale supplementare per poter beneficiare di un mandato anche per pochi pazienti...).

*Nonostante gli indicatori di qualità relativi a processi e esiti delle cure siano di fondamentale importanza per gli istituti e i singoli team in un'ottica di miglioramento continuo, essi producono informazioni e comparazioni che restano al centro del **dibattito tra specialisti, spesso senza arrivare a produrre valutazioni sintetiche e condivise** dai diversi attori interessati. Per queste ragioni è comprensibile che i cantoni restino molto prudenti – e per lo più restii – nell'utilizzare in modo deterministico tali indicatori di qualità quando devono decidere le liste ospedaliere della pianificazione.*

- **p.32:** concetto fondamentale (specializzazione del privato in alcuni ambiti, mentre pubblico deve fare tutto) – il ruolo dell'ospedale pubblico deve essere chiarito, esplicitato e conseguentemente remunerato. La selezione di attività e di pazienti può essere qualitativa (come descritto) ma anche quantitativa (limite del +/-3% del volume presente nel contratto di prestazione).

D'altro canto, molta letteratura scientifica internazionale si interroga su quanto la concorrenza tra ospedali si basi su qualità ed efficienza e quanto invece si basi sulla capacità degli ospedali stessi (1) di specializzarsi in attività per le quali i sistemi di rimborso (es. SwissDRG) risultano più "generosi" o in attività su cui hanno vantaggi di costo e/o (2) di selezionare i pazienti con costi attesi più bassi rispetto al forfait per caso (es. evitando di ricoverare pazienti per i quali la dimissione dall'ospedale può risultare complessa per problemi sociali o psicologici). Anche in questo caso, il problema è che i sistemi di rimborso faticano a includere informazioni sufficienti a riconoscere integralmente tali diversi elementi di costo³⁷. In particolare, la letteratura scientifica internazionale rileva come in molte esperienze la diversa natura proprietaria degli ospedali – pubblica, privata senza scopo di lucro, privata commerciale – "spieghi" comportamenti diversi. In altre parole, la selezione di attività e pazienti è più forte da parte degli ospedali privati commerciali, seguiti da quelli privati non commerciali e infine da quelli pubblici.

- **pp. 32-33:** si evidenziano gli indicatori di efficienza riportati in grassetto nel paragrafo sottostante. Come fare concretamente a controllarli e prenderli in considerazione nell'ambito della pianificazione ospedaliera? Quali sono le soluzioni proposte da parte del Cantone?



(1) appropriatezza clinica, (2) appropriatezza organizzativa, (3) efficienza tecnica, (4) contenimento dei prezzi unitari (5) economie di scala

- **pp. 33-34:** si evidenzia la necessità di fornire informazioni sulla qualità fruibili ai pazienti: questo è un compito, benché complesso, di competenza del Cantone. Come in altre realtà cantonali spetta pertanto al Dipartimento competente mettere a disposizione, con la fondamentale obiettività, le necessarie informazioni alla popolazione.
- **p. 41:** viene ribadito un punto centrale, anche se mai affrontato direttamente, ma che necessariamente dovrà essere discusso all'interno della pianificazione ospedaliera: L'Ente Ospedaliero Cantonale è da considerarsi come Ente unico (attribuendogli la necessaria flessibilità sulla distribuzione di mandati) o EOC = 9 ospedali singoli? La stessa cosa dovrà essere definita per Moncucco (Moncucco – CSC).

L'EOC in realtà gestisce otto siti ospedalieri (e non uno, come invece succede per gli altri istituti elencati nella tabella). In relazione alla pianificazione cantonale, è importante ricordare lo statuto giuridico dell'EOC, azienda cantonale indipendente dall'Amministrazione dello Stato, con personalità giuridica propria di diritto pubblico ed è importante ricordare che essa opera su due ambiti di cure acute ospedaliere (somatico-acute e di riabilitazione) e con letti RAMI

Concetto ripreso anche a p. 42 e che richiede una riflessione importante, segnatamente all'organizzazione in rete delle strutture ospedaliere pubbliche.

La prosecuzione delle scelte organizzative interne all'EOC, segnate in particolare dal rafforzamento della collaborazione tra le diverse sedi dell'ente attraverso gli "istituti" e da una più netta specializzazione delle singole sedi rispetto alle discipline presenti e alle attività erogate

- **p.45:** conclusione fondamentale e che deve fare riflettere anche su quanto ci si attende dalla pianificazione ospedaliera.
*Nonostante tali chiare limitazioni, il quadro che risulta dalla Tabella 3 – se rapportato a una popolazione residente permanente di 351000 persone nel 2020 – è di un **sistema sanitario cantonale articolato in numerosissime strutture e numerosi operatori**. Non solo le strutture e gli operatori sono numerosi, ma da un punto di vista istituzionale essi sono poco integrati. Tale maggiore integrazione e standardizzazione potrebbe essere promossa anche dalla regolamentazione cantonale, attraverso gli strumenti della pianificazione ospedaliera e dei contratti di prestazione.*

3. Conclusioni del Rapporto:

- 1. Perseguire con determinazione un'adeguata allocazione dei servizi sull'asse prossimità/concentrazione:**
Da quanto appena detto, appare evidente che nel corso degli ultimi anni la presenza sul territorio ticinese di cure specializzate e di qualità, anche stazionarie, non si è progressivamente diradata, ma si è ulteriormente diffusa e si è potenziata.

Principio conforme a quanto sta portando avanti l'EOC (concentrazione su un unico sito della medicina multidisciplinare e complessa).

Si evidenzia chiaramente la sovrabbondanza in ogni settore, che necessità più coordinamento, concentrazione e pianificazione. Per fare questo è necessario avere dei criteri chiari e condivisi (che non appaiono); il processo pianificatorio serve anche a questo. Ottimo l'esempio GEB1 (che si fonda però su presupposti di partenariato pubblico privato promosso dagli attori sul territorio e non in ambito pianificatorio!) gli esempi abbondano



anche su altre discipline. Condivisibile la proposta contenuta a p. 59 della suddivisione di mandati in grandi ambiti di prestazione (pacchetto di base, prestazioni specialistiche, multidisciplinari e complesse e MAS), che era già stata fatta dalla precedente pianificazione e poi contestata a livello ricorsuale. Riteniamo pertanto fondamentale la definizione di indicatori trasparenti (in particolare clinici) che possano giustificare il mantenimento di tale suddivisione. La ricollocazione di alcuni SPLG è già stata frutto di corrispondenza fra EOC e DSS.

Si raccomanda la presa in considerazione di alcune specialità fino ad ora non analizzate dettagliatamente (geriatria, pediatria in particolare).

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

Principio assolutamente condivisibile e che vede l'EOC in prima linea (Ospedale ORL e in seguito Saleggina 2050).

Necessario ancora una volta definire ruoli (pubblico e privato). Rileviamo inoltre le pendenze politiche:

- a) Iniziativa parlamentare del 07 novembre 2016 (Ghisla e cofirmatari) per un Ospedale cantonale universitario di riferimento e all'
- b) Interrogazione del 06 aprile 2022 *Ospedale universitario in Ticino: dagli auspici della scienza ai passi concreti della politica*

D'intesa con il DSS, per dare seguito all'iniziativa e all'interrogazione di cui sopra, nella LEOC andrà inserito il concetto di "Ospedale cantonale di riferimento" attraverso un articolo dedicato. Il testo attualmente al vaglio con il DSS è il seguente:

"L'EOC concentra su un ospedale cantonale di riferimento i mandati relativi alla medicina altamente specializzata (MAS), particolarmente complessi e con un numero ridotto di casi"

3. Continuare a favorire dinamicamente l'appropriatezza organizzativa

Condividiamo il principio, ribadiamo tuttavia la necessità di chiarire i percorsi di presa in carico, favorire la dinamicità e la necessaria flessibilità alle strutture ospedaliere. Altri punti sono di competenza del Cantone, che dovrebbe favorire un coordinamento fra le diverse pianificazioni (pianificazione sanitaria, vedi Canton Argovia per esempio) e rafforzamento della struttura di rete (vedi *Réseaux de santé* nel Canton Vaud).

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

Il ricovero spesso è un segmento all'interno di un percorso di cura che origina e poi si conclude sul territorio, in carico ad altri attori

Siamo d'accordo con il concetto di PDTA, in tal ambito molto potrà fare la digitalizzazione (vedi esempi percorsi di cura integrati e condivisi nel Canton Ginevra attraverso cartella elettronica del paziente).

5. Migliorare le informazioni a disposizione di pazienti e popolazione

Assolutamente d'accordo, ma è il Cantone che lo deve mettere a disposizione (vedi Canton Zurigo) si ritorna ancora una volta al concetto di indicatori di cui sopra.



4. Raccomandazioni

Si raccomandano le seguenti azioni:

- 1) **Coordinamento e verifica delle pianificazioni settoriali** – riflessioni in merito alla definizione di una pianificazione sanitaria e eventuale creazioni di reti di cura (vedi esempi Argovia, Vaud). Riteniamo necessario favorire il concetto di presa in carico integrata sul territorio mettendo in atto delle condizioni facilitanti (vedi anche punto 12).
- 2) **Affrontare, da subito, la problematica relativa alla presa in carico dei pazienti geriatrici e quelli afferenti ai Reparti acuti di minore intensità (RAMI – considerati ancora in fase di “sperimentazione”).** In tal senso si chiede anche la riattivazione a breve del gruppo cantonale coordinato dal DSS. In ambito di pianificazione ospedaliera deve essere chiarito il loro mandato, finanziamento e collocamento.
- 3) **Definizione chiara di quelle che sono le missioni cliniche e i mandati di un ospedale pubblico** rispetto a quello privato in termini di:
 - a. Politica regionale
 - b. Obbligo d'ammissione e ammissione in urgenza/emergenza – prontezza
 - c. Requisiti specifici - sovraccapacità
 - d. Prestazioni di formazione universitaria e ricerca
- 4) Conseguente definizione di una **lista di prestazioni di interesse generale** sulla base di quanto esiste in altri Cantoni (Neuchâtel, Vallese, Ginevra, per esempio).
- 5) **Ospedale pubblico (EOC) deve garantire l'insieme delle prestazioni definite dalla pianificazione ospedaliera.**
- 6) **Definizione di indicatori di economicità univoci e trasparenti** sulla base dei quali sarà definita la modalità di attribuzione dell'offerta (vedi raccomandazioni GDK).
- 7) **Definizione di indicatori di qualità e numero casi minimi in base alla casistica cantonale e federale** (mandati fuori Cantone).
- 8) **Revisione della lista di SPLG attribuiti a grandi ambiti di prestazione** in funzione di parametri clinici (in particolare prestazioni specialistiche – prestazioni multidisciplinari e complesse in funzione anche di precedenti scritti, vedi per esempio DER2 / BEW). **La revisione deve essere aggiornata in base a degli standard clinici condivisi e attuali.** Le prestazioni multidisciplinari e complesse non dovrebbero essere duplicate.
- 9) **Definizione dei mandati prendendo in considerazione l'attività ambulatoriale** – nella precedente pianificazione non sono stati attribuiti dei mandati (per esempio chirurgia della mano) partendo dal presupposto che l'attività degente fosse marginale. Nella realtà l'attività complessiva (comprensiva quindi di quella ambulatoriale) deve essere presa in considerazione.
- 10) **Concentrazione di tutte le prestazioni MAS e multidisciplinari e complesse su un unico sito** (ospedale di riferimento – ORL). In questo senso rinviamo anche a:
 - a) Iniziativa parlamentare del 07 novembre 2016 (Ghisla e confirmatari) per un Ospedale cantonale universitario di riferimento e all'
 - b) Interrogazione del 06 aprile 2022 *Ospedale universitario in Ticino: dagli auspici della scienza ai passi concreti della politica*
 - c) Proposta di revisione della LEOC (vedi Conclusioni del Rapporto, pagina 5, punto 2)
- 11) **Definire in maniera trasparente modalità e frequenza di monitoraggio.**



- 12) Garantire una ***Rollende Planung*** effettiva, che possa adattarsi costantemente e celermente alle modifiche contestuali e evoluzioni cliniche.
- 13) **Gestire la presa in carico e la cura dei pazienti tramite la definizione e monitoraggio dei PDTA.** Promuovere la definizione di PDTA attraverso il concetto *Value Based Medicine* (VBM) e strumenti di digitalizzazione (vedi esempio Canton Ginevra – *plan de soins partagé* attraverso la cartella elettronica del paziente) che possano favorire il coordinamento fra diversi fornitori di cura presenti sul territorio (BRIO / infermieri di legame – reti sanitarie Canton Vaud). Il coordinamento deve essere garantito dal Cantone.



EOC, CP 1437, CH - 6501 Bellinzona

Direzione generale

Divisione della Salute Pubblica
Divisione della Sanità e della Socialità
Residenza governativa
6500 Bellinzona

Bellinzona, 4 ottobre 2022

Presa di posizione sul Rapporto Fabbisogno cantonale di cure ospedaliere 2024-2032

Egregio Direttore Avvocato Bianchi,
Caro Paolo,

ringraziamo per averci messo a disposizione il Rapporto sul Fabbisogno cantonale di cure ospedaliere 2024-2032.

Di seguito inoltriamo alcune osservazioni che riteniamo importanti per il prosieguo dei lavori commissionali e necessari per poter affrontare in maniera coerente l'insieme del processo sulla pianificazione ospedaliera in ambito somatico-acuto, riabilitativo e psichiatrico.

In generale:

- 1) Disporre di 3 scenari che vanno dal +15.7% di casi al -0.5% con uno scenario principale di 5% e delle degenze medie che possono anche venir dimezzate (o più) per disciplina a seconda dello scenario analizzato (vedi per esempio dermatologia, gastroenterologia, ...) è di difficile comprensione e non favorisce un'analisi accurata del fabbisogno.
Le considerazioni che seguono sono fondate unicamente prendendo in considerazione lo scenario principale.
- 2) Tutta l'analisi del fabbisogno si fonda su dei presupposti importanti legati all'invecchiamento della popolazione e il suo impatto sul settore somatico-acuto. Tale aspetto non trova tuttavia riscontro concreto nel Rapporto per definire il futuro fabbisogno non figurando nessun accenno riguardo al settore della **geriatria acuta** e ai **RAMI**. In tal senso il Rapporto risulta parziale e carente da questo punto di vista. Il tema della presa in carico del paziente geriatrico deve essere affrontato nella sua globalità e con maggiori dettagli in termini di quantificazione dei fabbisogni all'interno del presente Rapporto.
- 3) L'impatto dell'evoluzione demografica sul futuro fabbisogno non può essere analizzato a comparti stagni ma è necessaria una valutazione co-ordinata con gli altri studi del fabbisogno in corso attualmente (o già affrontati); in particolare quello sul fabbisogno nel settore degli anziani ma anche in quello socio-psichiatrico. Il rischio di un'analisi di questo tipo è quella di non ottimizzare la presa in carico del paziente attraverso filiere/flussi ben presenti sul nostro territorio.

Questo riveste una particolare importanza anche alla luce del fatto che tutte le proiezioni sono calcolate sulla base di un'ulteriore diminuzione della durata media della degenza, evoluzione che non può essere garantita senza un'efficace organizzazione dei percorsi di cura. L'effetto di questo metodo di valutazione è potenzialmente a rischio di tradursi in:

- a. Una sovrastima del numero di pazienti in ambito acuto (e la verosimile sottostima in altri ambiti)
 - b. Una presa in carico non adeguata del paziente (in ambito acuto invece che in altro ambito più appropriato)
 - c. Un aumento dei costi ospedalieri
- 4) Sorprende anche che lo studio sul fabbisogno non faccia nessuna menzione a un settore di cura strategicamente importante (in particolare per EOC) come quello della **pediatria**. In virtù delle considerazioni fatte sull'evoluzione demografica delle proiezioni quantitative in questo ambito sarebbero fortemente auspicabili.
- 5) Si ritiene che il **trasferimento dall'ambito stazionario a quello ambulatoriale** è stato sottostimato, in ragione anche delle recenti decisioni che stanno avvenendo a livello federale. Se le stime sono state applicate sulla base di quanto oggi avviene nel Canton Zurigo è evidente che la nostra realtà ha dei margini di trasferimento ben maggiori. Il Canton Zurigo è stato uno dei primi Cantoni ad applicare la lista poi resa obbligatoria dall'allegato 1a OPre (vedi documenti allegati) e ad estenderla nel corso degli ultimi anni.
- 6) Infine, ci permettiamo di rilevare che il precedente Rapporto sul fabbisogno del settore somatico-acuto prevedeva dal 2010 al 2020 il passaggio da 57'602 casi a 58'592. **Nel 2019 questi casi sono già inferiori al 2010 (-507) e al 2020 previsto (-1'497)**. Nel 2032 si prevede un aumento (smentito dall'andamento reale dello scorso decennio – vedi tabella 1) fondandosi essenzialmente sul fattore demografico e non prendendo però in considerazione a livello di studio del fabbisogno le modalità di presa in carico.

Tabella 1: Confronti studi sul fabbisogno

Disciplina	Fabbisogno 10-20		Fabbisogno 19-32			
	2010 TI	Stima 2020 TI	2019 TI	2032 TI	Var.	Var. %
Pacchetto di base	26'839	26'012	24'839	27'136	2'497	10.1%
Dermatologia	341	384	246	225	-21	-8.5%
Otorinolaringoiatria	2'005	2'019	2'114	1'638	-476	-22.5%
Neurochirurgia	191	212	321	331	10	3.1%
Neurologia	1'176	1'293	1'212	1'520	308	25.4%
Oftalmologia	570	537	419	426	7	1.7%
Endocrinologia	128	143	344	410	66	19.2%
Gastroenterologia	1'581	1'833	1'977	2'079	102	5.2%
Chirurgia viscerale	663	745	1'173	1'222	49	4.2%
Ematologia	668	734	799	887	88	11.0%
Angiologia	575	694	903	984	81	9.0%
Cardiologia e cardiocirurgia	2'583	3'186	2'709	2'914	205	7.6%
Nefrologia	96	105	525	470	-55	-10.5%
Urologia	2'014	2'189	2'898	2'820	-78	-2.7%
Pneumologia	1'098	1'236	1'433	1'533	100	7.0%
Chirurgia toracica	119	132	189	184	-5	-2.6%
Trapianti	30	33	25	26	1	4.0%
Chirurgia ortopedica	7'125	7'520	7'496	7'250	-246	-3.3%
Reumatologia	542	560	251	265	14	5.6%
Ginecologia	1'854	1'835	1'417	1'304	-113	-8.0%
Ostetricia	3'641	3'599	2'878	3'027	149	5.2%
Neonatologia	3'079	2'940	2'543	2'674	131	5.2%
(Radio-)oncologia	655	620	482	486	4	0.8%
Lesioni gravi (traumatismi)	29	31	102	124	22	21.6%
TOTALE	57'602	58'592	57'098	59'936	2'840	5.0%

Nel dettaglio (metodologia):

- 1) Unico anno di riferimento 2019. Per poter eseguire delle proiezioni future attendibili e realistiche è necessario utilizzare come base l'evoluzione storica sull'arco di più anni nel periodo precedente. Si auspicava, sulla base anche del precedente studio sul fabbisogno un confronto con quanto avvenuto negli scorsi anni per disciplina.
- 2) Presa in considerazione della disciplina. Le discipline sono composte da una serie di SPLG, qui non valutate. Si rende attenti del fatto che a i gruppi di prestazioni all'interno di una stessa disciplina (p.es. ortopedia BEW) possono avere degenze medie molto diverse.
- 3) Di difficile comprensione l'aumento previsto in ambito di ostetricia e neonatologia (+5.2%) tenuto conto anche dell'andamento di questi ultimi anni che vede una costante decrescita delle nascite.
- 4) Risulta pure difficile comprendere l'evoluzione postulata dei casi del pacchetto base (Tabella 1): nel 2010 si osservavano 26'839 casi, con una decrescita stimata a 26'012 per il 2020, nel 2019 il numero di casi effettivamente osservati risultava essere di 24'639 (-2'200 rispetto al 2010), mentre per il 2032 si anticipano ora 27'136 casi (+2'497 rispetto al 2019).
- 5) Per Neurologia, il numero contenuto nella tabella 10 (+25.4) è discordante rispetto a quello contenuto nel grafico 8 (+18.4).

In generale, riteniamo positivo e importante che il Cantone abbia adottato una analisi sistematica dell'offerta, vi ringraziamo pertanto per questo atto. Come evidenziato nelle pagine che precedono attiriamo l'attenzione su due elementi: la presa a carico in ambito geriatrico e quindi la necessaria compenetrazione tra le due pianificazioni (acuta e geriatrica) e il trasferimento dallo stazionario all'ambulatoriale che ci sembra essere sottostimato.

Ringraziando per l'attenzione e, restando a disposizione per qualsiasi complemento informativo, trasmettiamo, egregio Direttore, i nostri più cordiali saluti.



Paolo Sanvido
Presidente CdA



Ing. Glauco Martinetti
Direttore generale



Prof. Paolo Ferrari
Capo Area medica

Allegati: menzionati

Criteria multidisciplinari e complesse

1. necessità di avere nella stessa struttura altre prestazioni specialistiche (eccezione-BEWv /BEWy e GEB,NEO)
2. necessità di avere nella stessa struttura Medicina intensiva di livello 2-3
3. numero minimo di interventi per ospedale (S) o operatore (O)

Kategorie	Abk.	Spezialität	Bezeichnung	FMH Facharzt(t) / Schwerpunkte	Mindestanforderung	Muss Inhouse verfügbar sein	Intensivstation	Mindestfallzahlen
1. BP	BP	Basis pakete	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin	Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesiologie			1	
1. BP	BPE	Basis pakete	Basispaket für elektive Leistungserbringer	entsprechend Leistungsgruppe			1	
2. PS	AUG1	Ophthalmologie	Ophthalmologie	(Ophthalmologie mit Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	BPE/BP		1	
2. PS	AUG1.1	Ophthalmologie	Strabologie	(Ophthalmologie mit Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	BPE/BP		1	
2. PS	AUG1.2	Ophthalmologie	Orbita, Lider, Tränenwege	(Ophthalmologie mit Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	BPE/BP		1	
2. PS	AUG1.3	Ophthalmologie	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie	(Ophthalmologie mit Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	BPE/BP		1	
2. PS	AUG1.4	Ophthalmologie	Katarakt	(Ophthalmologie mit Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	BPE/BP		1	
2. PS	AUG1.5	Ophthalmologie	Glaskörper/Netzhautprobleme	(Ophthalmologie mit Schwerpunkt Ophthalmochirurgie)	BPE/BP		1	
2. PS	BEW1	Bewegungsapparat	Chirurgie Bewegungsapparat	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Chirurgie mit Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	BPE/BP		1	
2. PS	BEW2	Bewegungsapparat	Orthopädie	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)	BPE/BP		1	
2. PS	BEW3	Bewegungsapparat	Handchirurgie	(Handchirurgie)	BPE/BP		1	
2. PS	BEW4	Bewegungsapparat	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Chirurgie mit Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	BPE/BP	BEW1 oder BEW2 oder BEW3	1	
2. PS	BEW5	Bewegungsapparat	Arthroskopie des Knies	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Chirurgie mit Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	BPE/BP	BEW1 oder BEW2	1	
2. PS	BEW6	Bewegungsapparat	Rekonstruktion obere Extremität	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Chirurgie mit Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	BPE/BP	BEW1 oder BEW2 oder BEW3	1	
2. PS	BEW7	Bewegungsapparat	Rekonstruktion untere Extremität	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Chirurgie mit Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	BPE/BP	BEW1 oder BEW2	1	
2. PS	DER1	Dermatologie	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)	(Dermatologie und Venerologie)	BP		1	
2. PS	DER2	Dermatologie	Wundpatienten		BPE/BP			
2. PS	END1	Endokrinologie	Endokrinologie	(Endokrinologie / Diabetologie)	BP		1	
2. PS	GAE1	Gastroenterologie	Gastroenterologie	(Gastroenterologie)	BP		1	
2. PS	GEBH	Geburtshilfe	GEBH Geburtshäuser (≥ 35 0/7 SSW)	(Gynäkologie und Geburtshilfe)		NEOG		
2. PS	GEB3	Geburtshilfe	Hebammengelenkte Geburtshilfe am/nm Spital			GEB1 + NEO1		
2. PS	GYN1	Gynäkologie	Gynäkologie	(Gynäkologie und Geburtshilfe)	BPE/BP		1	
2. PS	HAE3	Hämatologie	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome		BP		1	
2. PS	HNO1	Hals-Nasen-Ohren	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)	(Oto-Rhino-Laryngologie)	BPE/BP		1	
2. PS	HNO1.1	Hals-Nasen-Ohren	Hals- und Gesichtschirurgie	(Oto-Rhino-Laryngologie)	BPE/BP		1	
2. PS	HNO1.2	Hals-Nasen-Ohren	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen	(Oto-Rhino-Laryngologie)	BPE/BP		1	
2. PS	HNO1.3	Hals-Nasen-Ohren	Mittelohrchirurgie (Tympanoplastik, Mastoidchirurgie, Oskuloplastik inkl. Stapesoperationen)	(Oto-Rhino-Laryngologie)	BPE/BP		1	
2. PS	KIE1	Hals-Nasen-Ohren	Kieferchirurgie	(Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) (plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie)	BPE/BP		1	
2. PS	NCH2	Neurochirurgie	Spinale Neurochirurgie	(Neurochirurgie)	BPE/BP		1	
2. PS	NEO1	Neugeborene	Grundversorgung Neugeborene (≥ 35 0/7 SSW und GG 2000g)	(Gynäkologie und Geburtshilfe) (Kinder- und Jugendmedizin)	BP	GEB1		
2. PS	NEO2	Neugeborene	Grundversorgung Neugeborene (≥ 36 0/7 SSW und GG 2000g)			GEBH		
2. PS	NEU1	Neurologie	Neurologie	(Neurologie)	BP			
2. PS	NEU2	Neurologie	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems	Allgemeine Innere Medizin Neurologie Radio-Onkologie / Strahlentherapie Medizinische Onkologie	BP			
2. PS	NEU4.2	Neurologie	Epileptologie: Prächirurgische Epilepsiediagnostik					
2. PS	NUK1	(Radio-) Onkologie	Nuklearmedizin	Nuklearmedizin	BP		1	
2. PS	ONK1	(Radio-) Onkologie	Onkologie	(Medizinische Onkologie) (Allgemeine Innere Medizin)	BP		1	
2. PS	PNE1	Pneumologie	Pneumologie	(Pneumologie)	BP		1	
2. PS	PNE1.1	Pneumologie	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie	Pneumologie	BP		1	
2. PS	PNE2	Pneumologie	Polysomnographie	Fähigkeitsausweis Schlafmedizin mit Facharzt Pneumologie oder Neurologie oder Psychiatrie und Psychotherapie			1	
2. PS	RAD1	Rheuma	Interventionelle Radiologie	Radiologie	BP		1	
2. PS	RHE1	Rheumatologie	Rheumatologie	(Rheumatologie) (Physikalische Medizin und Rehabilitation)	BPE/BP		1	
2. PS	URO1	Urologie	Urologie ohne Schwerpunkt(titel) 'operative Urologie'	(Urologie)	BPE/BP		1	
2. PS	URO1.1	Urologie	Urologie mit Schwerpunkt(titel) 'operative Urologie'	(Urologie mit Schwerpunkt operative Urologie)	BPE/BP		1	
2. PS	URO1.1.7	Urologie	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters	(Urologie mit Schwerpunkten operative Urologie, Neuro-Urologie und Urologie der Frau)	BPE/BP		1	
2. PS	VIS1	Viszeralchirurgie	Viszeralchirurgie	(Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie)	BP	GAE1	1	
3. MDC	ANG1	Gefäße	Interventionen periphere Gefäße (arteriell)	Angiologie Interventionelle Radiologie EBIR Kardiologie Gefäßchirurgie Medizinische Onkologie	BP	RAD1	1	
3. MDC	ANG3	Gefäße	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefäße	(Angiologie) (Radiologie) (Kardiologie) (Radiologie mit Schwerpunkt invasive Neuroradiologie)	BP	GEF3 + NEU1 + RAD1	2	S:10 (bzw. 20 mit GEF3)
3. MDC	BEW10	Bewegungsapparat	Plexuschirurgie	(Handchirurgie) (Neurochirurgie)	BPE/BP	BEW1 oder BEW2 oder BEW3 oder NCH3	1	S:10
3. MDC	BEW11	Bewegungsapparat	Replantationen	Handchirurgie	BP	BEW1 oder BEW2 oder BEW3 und NCH3	2	
3. MDC	BEW7,1	Bewegungsapparat	Ersstprothese Hüfte	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (Chirurgie mit Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie)	BPE/BP	BEW1 oder BEW2	1	O:15 S:50
3. MDC	BEW7.1.1	Bewegungsapparat	Wechseloperationen Hüftprothesen	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)	BPE/BP		1	O:50 in EEW7,1
3. MDC	BEW7.2	Bewegungsapparat	Ersstprothese Knie	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)	BPE/BP	BEW1 oder BEW2	1	O:15 S:50
3. MDC	BEW7.2.1	Bewegungsapparat	Wechseloperationen Knieprothesen	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)	BPE/BP		1	O:50 in BEW7,2
3. MDC	BEW6	Bewegungsapparat	Wirbelsäulenchirurgie	(Schwerpunkttitel Wirbelsäulenchirurgie)	BPE/BP	BEW1 oder BEW2 oder NCH2 oder NCH3	1	S:100 O:50
3. MDC	BEW8.1	Bewegungsapparat	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie	(Schwerpunkttitel Wirbelsäulenchirurgie)	BPE/BP		2	S:20 O:10
3. MDC	BEW8.1.1	Bewegungsapparat	Komplexe Wirbelsäulenchirurgie	(Schwerpunkttitel Wirbelsäulenchirurgie)	BPE/BP		2	S:15 O:10 in BEW8,1
3. MDC	BEW9	Bewegungsapparat	Maligne Knochentumore	(Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates)	BPE/BP	BEW1 oder BEW2 oder NCH2 oder NCH3	1	S:10

3. MDC	DER1.1	Dermatologie	Dermatologische Onkologie	(Dermatologie und Venerologie)	BP	ONK1	1	S 10
3. MDC	DER1.2	Dermatologie	Schwere Hauterkrankungen	(Dermatologie und Venerologie)	BP		2	
3. MDC	GAE1.1	Gastroenterologie	Spezialisierte Gastroenterologie	Gastroenterologie	BP		2	
3. MDC	GEB1	Geburtshilfe	Grundversorgung Geburtshilfe (≥ 35 0/7 SSW und GG 2000g)	(Gynäkologie und Geburtshilfe)	BP	NEO1	1	
3. MDC	GEB1.1	Geburtshilfe	Geburtshilfe (≥ 32 0/7 SSW und GG 1250g)	Gynäkologie und Geburtshilfe	BP	NEO1.1	2	Zuführsrate 1500 (Σ GEB1 und GEB1.1)
3. MDC	GEB1.1.1	Geburtshilfe	Spezialisierte Geburtshilfe	Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt fetomaternale Medizin (Gebärfachkunde)	BP	NEO1.1.1	2	
3. MDC	GEF1	Gefäße	Gefäßchirurgie periphere Gefäße (arteriell)	(Herz- und thorakale Gefäßchirurgie)	BP	ANG1 + RAD1	1	S 10
3. MDC	GEF3	Gefäße	Gefäßchirurgie Carotis	(Gefäßchirurgie) (Herz- und thorakale Gefäßchirurgie und Gefäßchirurgie) (Interventionelle Radiologie EBIR) (Neurochirurgie)	BP	NEU1 + RAD1	2	S 10 (uzw. 20 mit ANG3)
3. MDC	GEFA	Gefäße	Interventionen und Gefäßchirurgie intraabdominale Gefäße	Gefäßchirurgie Herz- und thorakale Gefäßchirurgie (Angiologie) (Radiologie) (Kardiologie)	BP		2	S 20
3. MDC	GYN2	Gynäkologie	Anerkanntes zertifiziertes Brustzentrum	Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie Gynäkologie und Geburtshilfe	BPE/BP		1	O 30 € 100 (bzw. 50 pro Netz- werkplatz)
3. MDC	HAE1	Hämатologie	Aggressive Lymphome und akute Leukämien	Hämатologie Medizinische Onkologie Allgemeine Innere Medizin	BP	ONK1	2	
3. MDC	HAE1.1	Hämатologie	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie	Hämатologie Medizinische Onkologie Allgemeine Innere Medizin	BP	ONK1	2	S 10
3. MDC	HAE2	Hämатologie	Indolente Lymphome und chronische Leukämien	Hämатologie Medizinische Onkologie Allgemeine Innere Medizin	BP	ONK1	1	
3. MDC	HAE4	Hämатologie	Autologe Blutstammzelltransplantation	(Medizinische Onkologie) (Hämатologie)	BP		2	S 10
3. MDC	HER1	Herz	Einfache Herzchirurgie	Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	BP	HER1.1	3	
3. MDC	HER1.1	Herz	Herzchirurgie und Gefäßeingriffe mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)	Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	BP	KAR3 + KAR3.1	1	
3. MDC	HER1.1.1	Herz	Koronarchirurgie (CABG)	Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	BP		3	S 100
3. MDC	HER1.1.2	Herz	Komplexe kongenitale Herzchirurgie	Herz- und thorakale Gefäßchirurgie Kardiologie	BP		3	S 10
3. MDC	HER1.1.3	Herz	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta	Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	BP		3	
3. MDC	HER1.1.4	Herz	Offene Eingriffe an der Aortenklappe	Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	BP		3	
3. MDC	HER1.1.5	Herz	Offene Eingriffe an der Mitralklappe	Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	BP		3	
3. MDC	HNO1.1.1	Hals-Nasen-Ohren	Komplexe Halseingriffe (interdisziplinäre Tumorchirurgie)	(Oto-Rhino-Laryngologie mit Schwerpunkt Hals- und Gesichtschirurgie)	BPE/BP	KJE1	2	
3. MDC	HNO1.2.1	Hals-Nasen-Ohren	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Daueröffnung (interdisziplinäre Schädelbasischirurgie)	(Oto-Rhino-Laryngologie mit Schwerpunkt Hals- und Gesichtschirurgie)	BP	NCH1	1	
3. MDC	HNO1.3.1	Hals-Nasen-Ohren	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und/oder Daueröffnung	(Oto-Rhino-Laryngologie mit Schwerpunkt Hals- und Gesichtschirurgie)	BP	NCH1	1	
3. MDC	HNO2	Hals-Nasen-Ohren	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie	(Oto-Rhino-Laryngologie) (Chirurgie)	BPE/BP		1	S 10
3. MDC	KAR1	Herz	Kardiologie und Devices	Kardiologie Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	BP		2	€ 50
3. MDC	KAR2	Herz	Elektrophysiologie und CRT	Kardiologie	BP		2	S 100
3. MDC	KAR3	Herz	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)	Kardiologie	BP		3	S 500
3. MDC	KAR3.1	Herz	Interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	Kardiologie Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	BP		3	S 10
3. MDC	KAR3.1.1	Herz	Komplexe interventionelle Kardiologie (strukturelle Eingriffe)	Kardiologie Herz- und thorakale Gefäßchirurgie	BP	HER1.1	3	S 75
3. MDC	NCH1	Neurochirurgie	Kraniale Neurochirurgie	Neurochirurgie	BP	RAD1 + NEU1 + HNO1	2	
3. MDC	NCH1.1	Neurochirurgie	Spezialisierte Neurochirurgie	Neurochirurgie	BP	ANG1 + END1	3	S 10
3. MDC	NCH3	Neurochirurgie	Periphere Neurochirurgie	(Neurochirurgie)	BPE/BP	BEW1 oder BEW2 oder BEW3	1	
3. MDC	NEO1	Neugeborene	Neonatologie (≥ 32 0/7 SSW und GG 1250g)	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neonatologie	BP	GEB1.1		
3. MDC	NEO1.1	Neugeborene	Spezialisierte Neonatologie (≥ 28 0/7 SSW und GG ≥ 1000g)	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neonatologie	BP	GEB1.1.1		
3. MDC	NEO1.1.1.1	Neugeborene	Hochspezialisierte Neonatologie (< 32 0/7 SSW und GG < 1500g)	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neonatologie	BP	GEB1.1.1		
3. MDC	NEP1	Nephrologie	Nephrologie (akute Nierenversagen wie auch chronisch terminales Nierenversagen)	(Nephrologie) Intensivmedizin	BP		2	
3. MDC	NEU2.1	Neurologie	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Fälligkeit)	Neurologie Neurochirurgie	BP	NEU1 + NCH1		
3. MDC	NEU3	Neurologie	Zerebrovaskuläre Störungen	Neurologie Allgemeine Innere Medizin	BP		2	
3. MDC	NEU4	Neurologie	Epileptologie: Komplex-Diagnostik	Neurologie				S 10
3. MDC	NEU4.1	Neurologie	Epileptologie: Komplex-Behandlung	Neurologie				S 10
3. MDC	PNE1.2	Pneumologie	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation	Pneumologie	BP		2	
3. MDC	PNE1.3	Pneumologie	Cystische Fibrose	Pneumologie	BP	THO1 + END1 + HNO1.2 + GAE1	2	
3. MDC	RAD2	Gefäße	Komplexe Interventionelle Radiologie	Interventionelle Radiologie EBIR	BP		2	
3. MDC	RAO1	(Radio-) Onkologie	Radio-Onkologie	Radio-Onkologie / Strahlentherapie	BP	ONK1	2	
3. MDC	RHE2	Rheumatologie	Interdisziplinäre Rheumatologie	Rheumatologie Rheumatologie und Physikalische Medizin und Rehabilitation	BP	NEU1 + PNE1 + DER1 + BEW2 + ANG1 + GAE1 + KAR1	2	
3. MDC	THO1	Thoraxchirurgie	Thoraxchirurgie	Chirurgie mit Schwerpunkte Allgemeinchirurgie und Traumatologie resp. Viszeralchirurgie Thoraxchirurgie	BP	PNE1	2	
3. MDC	THO1.1	Thoraxchirurgie	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion durch Lobektomie / Pneumonektomie)	Thoraxchirurgie	BP		3	S 30
3. MDC	THO1.2	Thoraxchirurgie	Mediastinaleingriffe	Thoraxchirurgie	BP		3	
3. MDC	UNF1	Schwere Verletzungen	Unfallchirurgie (Polytrauma)			UNF1.1		
3. MDC	URO1.1.1	Urologie	Radikale Prostatektomie	(Urologie mit Schwerpunkt operative Urologie)	BPE/BP		1	O 10 S 10
3. MDC	URO1.1.3	Urologie	Komplexe Chirurgie der Niere	(Urologie mit Schwerpunkt operative Urologie)	BPE/BP		2	S 10
3. MDC	URO1.1.4	Urologie	Isolierte Adrenalectomie	(Urologie mit Schwerpunkt operative Urologie) (Chirurgie mit Schwerpunkte Viszeralchirurgie)	BPE/BP		2	
3. MDC	URO1.1.8	Urologie	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial	(Urologie mit Schwerpunkt operative Urologie)	BPE/BP	RAD1	1	
4. MAS	GYNT	Gynäkologie	Gynäkologische Tumore (IVHSM)	Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt gynäkologische Onkologie In Ausnahmen Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie	BPE/BP	VIS1	2	O 20 S 20
4. MAS	NCH1.1.1	Neurochirurgie	Vaskuläre Erkrankungen des zentralen Nervensystems ohne die komplexen vaskulären Anomalien (IVHSM)					
4. MAS	NCH1.1.1.1	Neurochirurgie	Neurochirurgische Behandlung von komplexen vaskulären Anomalien des zentralen Nervensystems (IVHSM)					
4. MAS	NEU3.1	Neurologie	Komplexe Behandlung von Hirnschlägen (IVHSM)					
4. MAS	UNF1.1	Schwere Verletzungen	Behandlung von Schwerverletzten (IVHSM)					
4. MAS	URO1.1.2	Urologie	Radikale Zystektomie (IVHSM)					
4. MAS	VIS1.1	Viszeralchirurgie	Pankreasresektion (IVHSM)					
4. MAS	VIS1.2	Viszeralchirurgie	Leberresektion (IVHSM)					
4. MAS	VIS1.3	Viszeralchirurgie	Oesophagusresektion (IVHSM)					
4. MAS	VIS1.4	Viszeralchirurgie	Bariatrische Chirurgie	Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie	BP		1	
4. MAS	VIS1.4.1	Viszeralchirurgie	Komplexe bariatrische Chirurgie (IVHSM)					
4. MAS	VIS1.5	Viszeralchirurgie	Tiefe Rektumresektion (IVHSM)					



Ente Ospedaliero Cantonale

EOC, CP 1437, CH - 6501 Bellinzona

Direzione generale

Divisione della Salute Pubblica
Divisione della Sanità e della Socialità
Residenza governativa
6500 Bellinzona

Bellinzona, 7 dicembre 2022

Presa di posizione sul Rapporto Fabbisogno cantonale di cure ospedaliere 2022-2024 e sul documento Indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera cantonale

Egregio Direttore Avvocato Bianchi,
Caro Paolo,

Ringraziamo per averci messo a disposizione i documenti citati in oggetto.

Con la presente alleghiamo la nostra presa di posizione sul documento redatto dal Prof. De Pietro concernente gli *Indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera* (**Allegato 1**). Per quel che riguarda il *Rapporto sul fabbisogno cantonale di cure ospedaliere – Orizzonte 2032*, confermiamo quanto già scritto in data 4 ottobre 2022 (**Allegato 2**).

In sintesi rileviamo le seguenti problematiche che dovranno essere affrontate nel corso della prossima pianificazione ospedaliera:

- 1) **Coordinamento delle pianificazioni settoriali**, con particolare attenzione ad ambiti trasversali quali la geriatria (geriatria acuta, Reparti acuti di minore intensità e altre modalità di presa in carico del paziente geriatrico). Il tema della presa in carico del paziente geriatrico deve essere affrontato nella sua globalità e con maggiori dettagli in termini di quantificazione del fabbisogno, ruoli e responsabilità all'interno di una rete di fornitori di cura.
- 2) In riferimento a quanto sopra, **approfondimento e chiarificazione della problematica relativa ai pazienti geriatrici e quelli afferenti ai RAMI**.
- 3) Approfondimento della tematica legata al **passaggio dallo stazionario verso l'ambulatoriale**, in funzione anche delle previste modifiche legislative a livello federale.
- 4) **Definizione del mandato di un ospedale pubblico** rispetto a quello privato.
- 5) **Definizione di indicatori di qualità e economicità univoci e trasparenti**.



Ente Ospedaliero Cantonale

- 6) **Revisione della lista di SPLG attribuiti ai grandi ambiti di prestazione** (prestazioni specialistiche, prestazioni multidisciplinari e complesse) in funzione di parametri clinici. In tal senso, alleghiamo una nostra proposta di riclassificazione – basata su criteri oggettivi – che prende spunto dalla nuova classificazione del lista ospedaliera del Canton Zurigo ([leistungsspezifische anforderungen akutsomatik stand 01.03.2022.xlsx \(live.com\)](#)) – **Allegato 3**
- 7) **Concentrazione di tutte le prestazioni MAS e multidisciplinari e complesse su un unico sito** – e definizione del concetto di Ospedale Cantonale di riferimento.
- 8) **Implementazione di una effettiva Rollende Planung** che possa adattarsi costantemente e celermente alle modifiche contestuali e evoluzioni cliniche.

In generale, riteniamo positivo quanto effettuato fino ad ora, è tuttavia importante poter garantire delle risposte concrete alle tematiche di cui sopra, ritenute determinanti nell'allestimento della prossima pianificazione ospedaliera. Ci sembra quindi opportuno proporre un incontro per approfondire le tematiche sopra esposte.

Ringraziando per l'attenzione trasmettiamo, egregio Direttore, i nostri più cordiali saluti.

Paolo Sanvido
Presidente CdA

Ing. Glauco Martinetti
Direttore generale

Prof. Paolo Ferrari
Capo Area medica

Allegati: menzionati



Dipartimento della Sanità e della Socialità
Dipartimento Salute pubblica
Area di gestione sanitaria
6501 Bellinzona

Via mail a ivana.petraglio@ti.ch

Osservazioni sugli indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera

Gentile Signor Bianchi, gentile Signora Petraglio,

come concordato ecco le nostre osservazioni in merito agli indirizzi strategici della pianificazione ospedaliera cantonale del prossimo periodo 2024-2032.

La Lamal prevede all'articolo 39, 2ter che il Consiglio federale emana criteri di pianificazione uniformi in base alla qualità e all'economicità per la pianificazione ospedaliera e per questo scopo sente dapprima i Cantoni, i fornitori di prestazioni e gli assicuratori, non includendo già a questo livello i pazienti o i loro rappresentanti.

L'ACSI ringrazia il DSS per aver potuto partecipare quale rappresentante dei pazienti-consumatori in seno ai lavori commissionali alle discussioni per la prossima tappa della pianificazione ospedaliera del Canton Ticino 2024-2032. Il materiale messo a disposizione e le informazioni ricevute, ci hanno permesso di prendere visione dei risultati della precedente pianificazione e delle ipotesi di pianificazione per il futuro nel Cantone.

L'ACSI è molto preoccupata dell'evoluzione dei costi sanitari, che nel settore delle cure stazionarie ha visto raddoppiare in vent'anni il costo medio delle giornate di cura e delle conseguenze che questa evoluzione ha e avrà nei prossimi anni sul reddito dei cittadini ticinesi. Il settore è di importanza cruciale per il nostro Cantone sia in termini di datori di lavoro, economicamente e di garanzia della qualità di vita dei cittadini.

Nel rapporto viene citata la difficoltà legata alla formazione e alla disponibilità del personale che è un elemento senz'altro di preoccupazione, ma non dovrebbe tuttavia condizionare la scelta strategica delle strutture con una concentrazione delle strutture in una sola regione o due del Cantone. D'altra parte la formazione in campo sanitario deve servire a soddisfare la necessità di personale sul campo ma non accrescere il bisogno di strutture formative specialistiche con ulteriori costi a carico dei pazienti. Di Pietro parla di risorse comunque scarse e in larga misura finanziata con soldi pubblici e questi in sostanza sono richiesti ai cittadini. Spicca la scarsa considerazione dei pazienti come attore principale del sistema con i suoi comportamenti dettati da fattori culturali e di competenza individuale nel rapportarsi ai propri bisogni di salute.

La prossimità resta un elemento importante per le cure di base, soprattutto in una società con un'età demografica più elevata come in Ticino. La domanda che ci si dovrebbe porre a nostro avviso è se è possibile con le stesse risorse fare meglio o di più in questo settore evitando sprechi.

Associazione
consumatrici e
consumatori della
Svizzera italiana

strada di Pregassona 33
6963 Pregassona

Telefono
091 922 97 55

IBAN
CH41 0900 0000 6900 4470 1

www.acsi.ch
acsi@acsi.ch

Consulenze:

Infoconsumi
Casse malati
Pazienti

Contabilità domestica



La Borsa
della Spesa

Telefono
091 922 97 55

bds@acsi.ch

Alleanza
delle organizzazioni
dei consumatori

acsi

frc

KONSUMENTEN
SCHUTZ

In quest'ottica per la nostra associazione è indispensabile che l'obiettivo della prossima pianificazione deve essere prima di tutto quello di mantenere la qualità delle cure erogate in regime stazionario in Ticino senza tuttavia rincarare questo settore o dislocare le prestazioni fuori Cantone se non strettamente indispensabile.

Sui calcoli del fabbisogno ci è difficile comprendere le ipotesi avanzate dal modello Zurigo, pur ringraziando l'esperto che ha chiarito alcuni aspetti in sede di commissione. Riteniamo difficile valutare i tre scenari (minimo, principale, massimo) in qualità di rappresentanti dei pazienti con le differenze effettive che dovrebbero permettere una sovra- o sottostima del fabbisogno effettivo ma che in sostanza non portano ad alcuna riduzione di letti o servizi in futuro e non vediamo incentivi per ridurre così quella parte di prestazioni inutili o non necessarie che sono tuttavia documentate e citate nei rapporti sul fabbisogno della GDK in una percentuale rilevante (ca. 20%). Riteniamo utile continuare a includere i letti RAMI/CAT nel percorso di cure dei pazienti come iniziato con l'attuale pianificazione ospedaliera perché rispondono ad un bisogno di cure di complessità inferiore in modo adeguato. Un altro aspetto citato nel rapporto è quello del Profit - Non profit legato alle strutture ospedaliere private o pubbliche dove proprio anche l'attività ambulatoriale, non soggetta a pianificazione potrebbe restare un elemento imprenditoriale che si riflette negativamente sui costi a carico dei pazienti. Uno spostamento dal regime stazionario sulle cure ambulatoriali (degenze più brevi o prestazioni eseguite in regime ambulatoriale invece che stazionario) deve riflettersi per i pazienti in un contenimento dei costi a loro carico senza una riduzione qualitativa delle cure.

In questo senso riteniamo che un elemento necessario nella prossima pianificazione dovrebbe essere un disincentivo a moltiplicare le offerte sia private che pubbliche per non spingere al sovraconsumo. Tra gli esempi citati resta l'elemento numeri di casi minimi per le maternità p.e. dove il Ticino presenta il minor numero di parti e il maggior numero di reparti p.e.

Un'ulteriore obiettivo importante dal nostro osservatorio è quello di favorire con la pianificazione delle cure stazionarie anche l'integrazione della rete sia a livello di degenza tra un settore ospedaliero e l'altro, con i servizi ambulatoriali e le cure di lungodegenza o a domicilio per poter ridurre l'erogazione di prestazioni mal coordinate o ripetitive per mancanza di comunicazione tra operatori, strutture e pazienti. Mancati coordinamenti portano a favorire prestazioni non necessarie o inutili con costi evitabili per i pazienti e per il Cantone chiamato a pagare le prestazioni stazionarie in misura preponderante, anche se nell'ambito della revisione Lamal l'integrazione della rete non è ancora un pilastro obbligatorio attualmente, ma auspicato nel rapporto Di Pietro.

Per poter decidere, accettare e agire coerentemente i pazienti devono conoscere e sapere. Resta importante per noi favorire la crescita della competenza per la salute (Health literacy) dei pazienti, requisito indispensabile in futuro per poter regolare i consumi sanitari, partendo dall'attore principale che è il paziente.

Oggi con l'invecchiamento demografico sempre più pazienti devono affrontare percorsi di cure complesse, per patologie croniche, di lunga durata e in varie strutture stazionarie e non. Per potersi orientare su cosa serve, dove e quando chiedere e ricevere le cure adeguate, è necessario secondo i principi della Smartermedecine- Choosing Wisley una miglior coscienza e



conoscenza dei pazienti dei percorsi di cura. Questo aspetto dovrebbe essere integrato nel pianificare i percorsi di cura come elemento favorevole a consumi sanitari necessari ed efficienti. Dissentiamo però dall'opinione emersa nel rapporto Di Pietro di creare percorsi standardizzati (PDTA, Cap. 6.4 pag. 62) uniformi, posandosi principalmente sulle strutture ospedaliere con il pericolo di veder aumentare ulteriormente l'offerta anche ambulatoriale nelle strutture ospedaliere presenti o future, magari già collocate sul territorio senza con questo creare effettivi vantaggi per i pazienti a costi inferiori.

Riteniamo importante tenerne conto nella pianificazione, fissare i criteri di qualità includendo l'informazione sufficiente e completa ai pazienti oltre alla formazione dei professionisti sanitari sul rapporto col paziente da questo punto di vista. Sosteniamo quindi il "public-reporting" (pag.64) che deve essere concreto per garantire una libera scelta del paziente cosciente delle possibilità ma anche dei costi che comportano.

Nel complesso condividiamo le conclusioni del rapporto che è indispensabile aumentare la qualità e l'economicità del sistema, ponendo nella pianificazione delle cure stazionarie in primis incentivi corretti a creare processi ottimali in questo settore.

Riteniamo pure utile i prezzi forfettari, la dove possibile per alcune prestazioni, le sostituzioni per il contenimento dei costi e l'adeguamento dei prezzi delle prestazioni consumate per i pazienti alla realtà ticinese, diversa economicamente rispetto alla media svizzera (stipendi inferiori della media).

Infine condividiamo pure la necessità che le informazioni sulla qualità ma anche sui costi del sistema sanitario vigente debbano essere realmente disponibili per i pazienti.

Ringraziandovi dell'attenzione, cogliamo l'occasione di salutarvi cordialmente.

Per l'ACSI:
Evelyne Battaglia-Richi, presidente



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Lodevole
Dipartimento della sanità e della
socialità
Area di gestione sanitaria
All'attenzione della signora
Ivana Petraglio
Residenza governativa
6500 Bellinzona

Mezzovico, 9 dicembre 2022

Presa di posizione dell'OMCT sul progetto di Rapporto sul fabbisogno cantonale di cure ospedaliere - orizzonte 2032, versione settembre 2022, in consultazione

Gentile Signora Petraglio,
gentili Signore, egregi Signori,

facciamo seguito a quanto concordato in occasione dell'ultima riunione della Commissione pianificazione sanitaria e, come richiesto trasmettiamo tempestivamente (termine 9 dicembre 2022) le osservazioni dell'ordine dei Medici del Cantone Ticino.

Le osservazioni sono incentrate sui seguenti temi/punti:

1. Indirizzi (strategici) di politica sanitaria del Governo
2. Valutazione del precedente calcolo del fabbisogno per il 2020 (base anno 2010) e auspicabile confronto con il nuovo calcolo per l'anno 2032 (base anno 2019)
3. Esigenza di coprire prevalentemente in Ticino il fabbisogno cantonale di cure ospedaliere
4. Ospedale di riferimento cantonale per la medicina somatico-acuta e altamente specializzata
5. Trasferimento dei letti RAMI da POC (2015) a quella LANz-LACD
6. Formazione dei professionisti nell'ambito sanitario e penuria di personale sanitario - condizionamenti nell'offerta ospedaliera

Per nostra comodità, sviluppiamo, qui di seguito, i nostri ragionamenti, indicando – laddove opportuno – il possibile inserimento nel progetto di Rapporto messo in consultazione.

Ad 1

Indirizzi (strategici) di politica sanitaria del Governo

In entrata, ci permettiamo di ritenere che, se il Rapporto sul fabbisogno cantonale è destinato al "politico medio", ossia al Deputato al Parlamento che non se ne intende molto di sanità o, che in passato, non ha mai partecipato a un dibattito sulla Pianificazione ospedaliera cantonale, lo stesso



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

debba contemplare anche alcuni indirizzi di natura strategica con particolare riferimento alla politica sanitaria che il Consiglio di Stato intende perseguire per il bene e per la salute dei propri cittadini.

Ai nostri occhi, così come è costruito e presentato, il Rapporto in consultazione - per altro allestito con il supporto della GD del Canton Zurigo - può anche essere considerato come un documento essenzialmente tecnico che proietta nel futuro a lungo termine (10-12 anni) il volume delle prestazioni svolte nel regime stazionario, per il quale la LAMal impone una pianificazione ospedaliera e il relativo aggiornamento di tanto in tanto. In questa veste può essere utilizzato come un allegato al Messaggio che il Consiglio di Stato trasmetterà al Gran Consiglio per l'approvazione degli indirizzi strategici secondo l'Art. 65 lett. a LCAMal approvato dal Parlamento nell'ottobre del 2021.

L'OMCT si permette di sollecitare il Consiglio di Stato e il Dipartimento della sanità e della socialità a condividere con la Commissione consultiva di pianificazione sanitaria almeno gli elementi principali, ossia quelli di natura più strategica legati alla cura dei pazienti negli ospedali e nelle cliniche ticinesi, ma anche fuori Cantone. L'OMCT è consapevole delle difficoltà insite nel dover pianificare i fabbisogni in settori stazionari assai diversi (somatico-acute, riabilitativo, psichiatrico), anziani e lungo degenza, invalidi e disabili. Tuttavia, tenuto conto anche dell'imposizione della Legge federale di procedere alla pianificazione cantonale del settore ambulatoriale, l'OMCT privilegia la presentazione di un quadro di insieme, piuttosto che la semplice disanima di blocchi settoriali.

I problemi principali che i medici riscontrano nel loro operare quotidiano risiedono prevalentemente nelle difficoltà dei loro pazienti di passare da un settore di cura all'altro, soprattutto quando al centro delle attenzioni stanno persone anziane e fragili, per le quali diventa spesso arduo il compito di garantire la migliore continuità delle cure e, di conseguenza, una buona efficacia delle diverse prestazioni sanitarie.

Ad 2

Valutazione del precedente calcolo del fabbisogno per il 2020 (base anno 2010) e auspicabile confronto con il nuovo calcolo per l'anno 2032 (base anno 2019)

Come già accaduto per il calcolo del fabbisogno alla base dell'ultima pianificazione ospedaliera 2015/2020, il Cantone Ticino ha optato per il modello della GD del Canton Zurigo.

Nel Rapporto posto in consultazione l'attenzione è tutta riservata al calcolo del fabbisogno ospedaliero per i tre settori stazionari (somatico-acute, riabilitazione e psichiatria) con orizzonte temporale l'anno 2032.

Poche parole, per contro, sono spese sul (primo) calcolo del fabbisogno di cure ospedaliere alla base della pianificazione ospedaliera approvata dal Gran Consiglio nel dicembre 2015 con l'orizzonte temporale dell'anno 2020.

L'OMCT è perfettamente consapevole della difficoltà¹ di garantire consistenza ai dati sul lungo periodo: in effetti, la coerenza dei dati "è messa in discussione dai cambiamenti nelle definizioni dei casi, dalle diverse versioni dei cataloghi e delle versioni del sistema informatico di

¹ Cfr. Rapporto in consultazione, pag. 12 e ss.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

raggruppamento (grouper).” Certamente l’introduzione di SwissDRG (dal 2012), TARPSY (dal 2018) e ST Reha (dal 2022), l’Ordinanza federale (Art. 3c e allegato 1a OPre) che impone il trasferimento di alcuni interventi dallo stazionario all’ambulatoriale (dal 2019), così come gli aggiornamenti annuali delle codifiche dei trattamenti e delle definizioni dei gruppi di prestazioni (SPLG) nell’ambito acuto non rendono possibile un confronto tra i dati del passato e quelli del futuro.

Il Rapporto posto in consultazione mostra l’evoluzione grafica dei casi in valori assoluti dapprima dal 2012 al 2019, poi dal 2012 al 2032 per ogni settore: Grafico 6 e Grafico 7 per il settore somatico-acuto; Grafico 12 e Grafico 15 per la riabilitazione e Grafico 19 e Grafico 20 per la psichiatria.

L’OMCT ritiene che ai fini di una rappresentazione – seppur sommaria - dell’evoluzione delle cure (stazionarie) in Ticino durante il ventennio 2010/2032 sia utile il confronto tra il dato complessivo dei casi registrati negli anni 2012/19 e proiettati al 2032.

Evidentemente lo scenario principale si situa tra lo scenario massimo e quello minimo, dettato dallo sviluppo demografico e, in particolare, dell’invecchiamento della popolazione.

L’allineamento dei tassi di ospedalizzazione alla media nazionale e la stima del potenziale di trasferimento delle prestazioni stazionarie verso il settore ambulatoriale contribuiscono in sostanza a contenere l’aumento del numero di casi futuri.

Rimane comunque da valutare se l’offerta sanitaria ticinese è in grado di favorire il trasferimento di pazienti (soprattutto anziani) in tempi (più) brevi dal settore somatico-acuto a quello post- o sub-acuto così come sembra avvenire più facilmente nella Svizzera interna e, se così non fosse, perché.

Da qui, probabilmente, anche il diverso tasso medio di ospedalizzazione, (storicamente) più elevato in Ticino, che – se artificialmente avvicinato alla media nazionale – potrebbe ingenerare una valutazione poco realistica del reale fabbisogno di cure ospedaliere, sottostimandolo, che rischierebbe di non trovare collocazione in altre strutture sanitarie (non ospedaliere) del Cantone.

L’OMCT ritiene opportuno un miglior coordinamento delle cure tra il settore somatico-acuto e quello di lungo degenza. Le case per anziani si stanno trasformando da luogo di residenza a piccoli ospedali. In questo senso potrebbe anche essere utile rivalutare lo “statuto” dei letti CAT (Cure acute transitorie) in Ticino, essenzialmente destinati all’anziano (over 65) mentre nella Svizzera interna la “Übergangspflege” è destinata a pazienti non esclusivamente in età AVS, e/o potenziare l’offerta di letti RAMI (vedi anche punto 4) che deve poter mantenere un’offerta di cura ben distinta e più intensa rispetto ai CAT.

Ad 3

Esigenza di coprire prevalentemente in Ticino il fabbisogno cantonale di cure ospedaliere

Per esplicitare l’importanza di condividere alcuni obiettivi di natura strategica e politica prima di procedere con il calcolo (tecnico) del fabbisogno di cure, facciamo riferimento all’esigenza – che sentiamo nostra come OMCT – di coprire prevalentemente in Ticino il fabbisogno cantonale di cure ospedaliere.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Recenti studi² hanno evidenziato che il Cantone Ticino, limitato a nord dalle Alpi e a sud dal confine nazionale con l'Italia, si situa tra i Cantoni che più di tutti riescono a coprire all'interno del proprio territorio il fabbisogno di cure ospedaliere (nella misura del 95% ca.), ma anche di quelle ambulatoriali (96% ca. presso ospedali; 94% ca. presso medici). Diversi sono i motivi che hanno condotto a questa situazione che, secondo l'OMCT, merita di essere confermata e, laddove possibile, ulteriormente consolidata, dato per acquisito il rispetto dei criteri di qualità ed economicità (Art. 39 cpv. 2ter LAMal) previsti dalla stessa LAMal.

I trasferimenti oltre Gottardo di pazienti domiciliati in Ticino sono sicuramente svantaggiosi dal profilo finanziario dal momento in cui le tariffe ticinesi sono tra le più basse in Svizzera.³ I medici dell'OMCT conoscono bene cosa significa per un paziente domiciliato in Ticino, a maggior ragione se anziano e fragile, ma anche per i familiari e i parenti, doversi recare fuori Cantone per una cura: è sicuramente sinonimo di uno sforzo importante, di disagio (per le distanze), di incomprensioni (per la lingua non sempre conosciuta), ma anche per il cambiamento di semplici abitudini e per gli aspetti culturali.

Considerato che il Rapporto sul calcolo del fabbisogno parte dai dati dell'anno 2019 per proiettarli nel futuro (2032), l'OMCT ritiene di poter concludere che, implicitamente, l'importante copertura del fabbisogno ospedaliero in Ticino sia un obiettivo confermato della politica sanitaria cantonale. Tuttavia, la sollecitazione formulata in particolare dagli Assicuratori malattia, secondo i quali la copertura del fabbisogno cantonale delle cure ospedaliere debba essere affrontata ad un livello più sovra-regionale o sovra-cantonale, impone all'Autorità politica di prendere posizione su questo punto in modo chiaro, senza fraintendimenti.

Fatta salva l'esigenza di trasferire il paziente fuori Cantone per determinate patologie (ad es. per i trapianti di organo e per altri interventi inseriti nella MAS, non autorizzati in strutture del nostro Cantone), è utile ricordare che il Ticino ha investito molto negli ultimi anni per dotarsi di risorse specialistiche di elevato livello e qualità, anche grazie al conseguimento da parte dell'EOC dei mandati legati alla Medicina altamente specializzata che permettono – nelle discipline autorizzate dalla pianificazione ospedaliera sovra-cantonale (Art. 39 cpv. 2bis LAMal) - di poter essere curati in Ticino con una qualità che normalmente si riscontra negli ospedali universitari della Svizzera interna. Questo va senz'altro a beneficio dei pazienti e dei loro familiari e parenti ed è, a nostro modo di vedere, un obiettivo di politica sanitaria sul quale l'Autorità politica deve potersi esprimere favorevolmente in modo chiaro.

Ad 4

Ospedale di riferimento cantonale per la medicina somatico-acuta e altamente specializzata

Tra gli indirizzi di natura strategica⁴ da promuovere in un ipotetico Messaggio del Consiglio di Stato all'attenzione del Gran Consiglio, l'OMCT ribadisce l'importanza di poter puntare su **un ospedale unico di riferimento cantonale, così come deliberato dal Parlamento a larga maggioranza il 24 gennaio 2018, approvando l'iniziativa parlamentare generica dell'agosto 2016 lanciata**

² Cfr. Helsana, Report sulle regioni 2020, pag. 34 ss.

³ Cfr. Verbale 24.11.2022 della Commissione della pianificazione sanitaria, pag. 8

⁴ Cfr. SUPSI/C. De Pietro, Indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera cantonale, Rapporto per il DSS, settembre 2022, pag. 60 s.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

dall'Associazione dei Medici Assistenti e Capiclinica del Canton Ticino (ASMACT) e dall'OMCT con l'obiettivo di attuare modifiche al nostro assetto sanitario stazionario e ambulatoriale ospedaliero in tempi drasticamente più rapidi rispetto a quelli che la politica, coadiuvata da un fervente campanilismo, è abituata ad offrire. I tempi per la pianificazione, la progettazione, la realizzazione e la messa in esercizio di strutture ospedaliere importanti sono maledettamente (troppo) lunghi, considerata anche l'applicazione della Legge sulle commesse pubbliche che impone concorsi nelle diverse fasi del progetto, con i numerosi (troppi) ricorsi contro le decisioni dei committenti, che provocano ritardi significativi e costi difficilmente sostenibili.

Con l'approvazione dell'iniziativa parlamentare ASMACT e OMCT hanno voluto gettare le basi per l'istituzione in Ticino di un unico ospedale cantonale di riferimento, che dovrà concentrare in una singola struttura tutta la medicina di punta al fine di creare un polo sanitario d'eccellenza nel quale offrire cure di qualità anche per gli interventi a massa critica ridotta. Questa entità unica dovrà inoltre fare da precursore e da traino per la formazione e la ricerca, anche per essere maggiormente efficienti in funzione del Master di Medicina umana dell'USI avviato con successo nel 2020.

L'OMCT è cosciente di quanto è necessario fare per garantire la migliore qualità negli ambiti delle discipline più complesse e della Medicina altamente specializzata (MAS): in determinati settori dell'attività ospedaliera, in particolare della chirurgia complessa, la concentrazione è un'assoluta necessità. Ciò non vuole dire che vi sarà un solo ospedale, poiché ciò non sarà mai il caso, né che si intende smantellare strutture esistenti. Semplicemente la missione degli ospedali è in continuo ripensamento, con un aumento del settore ambulatoriale e degenze sempre più corte, con l'ausilio sempre più frequente di sofisticate e costose attrezzature tecno-mediche, perché la concorrenza è nazionale e diventerà probabilmente internazionale.

Con un approccio realistico e per sgomberare il campo da qualsiasi dubbio, l'OMCT ritiene che per i prossimi 20-30 anni l'ospedale di riferimento sia l'Ospedale Civico di Lugano, struttura nella quale sono già da tempo presenti tutti i servizi d'urgenza (cuore, STROKE, ferite gravi) e i mandati MAS riconosciuti al Ticino. Per l'Ospedale Civico verranno sostenuti nei prossimi anni investimenti per un paio di centinaia di milioni di franchi che permetteranno nei prossimi decenni di svolgere tutte le attività attualmente svolte.

Il terreno Saleggina a Bellinzona, recentemente acquisito dal Cantone, è necessario per il futuro sviluppo dell'Ospedale Regionale di Bellinzona e per l'Istituto pediatrico della Svizzera italiana, perché quello esistente è a fine corsa essendo stato costruito negli anni Quaranta del Novecento: la necessità di disporre a Bellinzona di un nuovo ospedale è evidente.

L'OMCT è convinto che con un ospedale di riferimento non solo l'EOC, ma il Cantone Ticino, sarà più forte nei confronti della concorrenza nazionale, e questo a beneficio dei pazienti ticinesi che dovranno ricorrere solo in casi eccezionali e per determinate patologie a ricoveri fuori Cantone.

L'OMCT è convinto che la conferma di voler puntare su un ospedale unico di riferimento cantonale per le attività più complesse e della MAS possa permettere ai fornitori di prestazione, in particolare all'EOC, di formulare nel miglior modo possibile la propria offerta di prestazioni multidisciplinari e complesse, rafforzando in determinati ambiti specialistici le necessarie concentrazioni di attività.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

Ad 5

Trasferimento dei letti RAMI dalla POC (2015) a quella LANz-LACD (2022)

Nella pianificazione ospedaliera cantonale del 2014/2015 uno spazio importante era stato dedicato alla costituzione degli *Istituti di cura* (cfr. Messaggio del Consiglio di Stato del 14 maggio 2014) poi trasformati in *Reparti acuti di minor intensità* (RAMI) dalla Commissione speciale della pianificazione ospedaliera e finalmente approvati dal Gran Consiglio il 15 dicembre 2015.

I RAMI riprendevano nella sostanza l'offerta di prestazioni della "Medicina di base" attribuite con la POC del 2005 alle strutture pubbliche di Acquarossa e Faido e a quelle private di Castelrotto, Varini, Luganese. Allora, il messaggio⁵ del Consiglio di Stato indicava una presumibile riduzione del 18% delle giornate di cura entro il 2020 che, considerando anche le 3'000 ospedalizzazioni classificate come improprie, portavano a considerare possibile e auspicabile la riduzione di 250 letti negli ospedali somatici acuti del Cantone.

La sentenza 19 febbraio 2019 del TAF ha accolto i ricorsi di alcune cliniche private e ha sancito – tra le altre cose – la non conformità dei letti RAMI alla LAMal.

L'esercizio dei letti RAMI ha comunque preso avvio all'inizio del 2018 presso quelle strutture pubbliche e private che non avevano inoltrato ricorso al TAF per un totale di 105 letti. Con la messa in esercizio nel 2022 dei 30 letti RAMI presso l'OBV di Mendrisio il potenziale dei letti RAMI si attesta a 135, contro l'ipotesi dei ca. 250 letti (RAMI e CAT) inserita nel Rapporto della Commissione speciale del novembre 2015.

Sono infatti venuti a mancare i letti RAMI attribuiti alla Clinica Luganese.

Nella discussione all'interno della Commissione della pianificazione sanitaria⁶ il Coordinatore Avv. Paolo Bianchi ha concordato che "il fabbisogno RAMI (145 letti) sia stato sottostimato nella proposta di pianificazione integrata LANz-LACD (+10 RAMI e +9 CAT), mancano una trentina di letti nel Sottoceneri (-60 San Rocco + 15-OBV attribuiti dal Gran Consiglio e +15 Castelrotto dopo sentenza TAF) occorre valutare dove e come proporre questo inserimento che sarà poi ratificato con l'emanazione della lista degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal Art. 39 cpv. 1 e cpv. 3."

In quella sede è stato riconosciuto anche l'importante ruolo svolto dai letti RAMI durante la pandemia da nuovo Coronavirus, che hanno permesso al sistema sanitario e, in particolare, ospedaliero ticinese di reggere il grave impatto sulla popolazione ticinese soprattutto durante le prime ondate pandemiche del 2020/21. I più importanti ricercatori a livello mondiale dei fenomeni epidemici/pandemici ci invitano a riflettere sulle epidemie con cui nei prossimi anni dovremo convivere, sarebbe pertanto cosa giusta mantenere e implementare i letti RAMI disponibili.

L'esclusione dei letti RAMI dalla pianificazione ospedaliera cantonale e la loro integrazione nella pianificazione LANz-LACD conferma l'inquadramento dei *Reparti acuti di minor intensità* nel settore degli anziani e, di riflesso, il riferimento all'Art. 39 cpv. 3 LAMal. Infatti, nel Rapporto finale della Pianificazione integrata LANz-LACD 2021/2030⁷ si legge che i RAMI sono "una prestazione recente che si inserisce nel continuum delle cure, rispondendo da un lato alla difficoltà di mantenere in ospedale i pazienti che hanno superato la fase acuta e, dall'altro, ai limiti dei servizi

⁵ Cfr. Rapporto di maggioranza della Commissione speciale di pianificazione ospedaliera, 6945 R1 e 6945A R1, del 30 novembre 2015

⁶ Cfr. Verbale 21 ottobre 2022 della Commissione della pianificazione sanitaria, pag. 3

⁷ Cfr. DSS, Rapporto finale Pianificazione integrata LANz-LACD 2021/2030, pag. 39



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

di cura e assistenza a domicilio e/o alla carenza di una rete sociale. Si è preferito mantenere l'offerta nei limiti attuali, poiché il quadro giuridico in cui si inserisce necessita ancora di essere consolidato.”

L'OMCT ritiene che un riferimento in questo senso potrebbe essere inserito nel Rapporto in consultazione al capitolo A. Sintesi al termine del blocco concernente il fabbisogno somatico-acuto (a pag. 6).

Rimane comunque da valutare se il mantenimento di un'offerta di letti RAMI sui medesimi livelli stimati nel 2015 sia necessaria o meno. Alla luce delle ridotte possibilità di trasferire in modo adeguato pazienti (soprattutto anziani e fragili) dal settore somatico-acuto a quello post- e sub-acuto e di lungo-degenza, ciò che influisce inevitabilmente sul tasso di ospedalizzazione e sulla degenza media all'interno degli ospedali ticinesi, l'OMCT ritiene opportuno un potenziamento dei letti RAMI.

Inoltre, l'OMCT non nasconde il proprio timore per un inquadramento formale dei RAMI nel settore anziani (LANz) allorquando le intenzioni della Commissione parlamentare all'attenzione del Gran Consiglio avevano collocato nel 2015 i Reparti acuti di minore intensità proprio in prossimità di ospedali e di cliniche che nel passato si erano visti attribuiti i mandati della allora definita *Medicina di base*.

L'OMCT invita infine il Consiglio di Stato a voler stabilire per i letti RAMI uno statuto conforme alla LAMal, non da ultimo con lo scopo di dare garanzia di continuità agli istituti e alle strutture sanitarie che comprendono all'interno delle rispettive offerte i letti RAMI.

Ad 6

Formazione dei professionisti nell'ambito sanitario e penuria di personale sanitario – condizionamenti sull'offerta ospedaliera

L'OMCT concorda con quanto formulato nel Rapporto SUPSI⁸ all'attenzione del DSS. Il settore ospedaliero svolge un ruolo chiave nella formazione. L'OMCT sostiene pertanto il "Piano d'azione per il **rafforzamento della formazione professionale nel settore sociosanitario (PRO SAN 2021/2024)** approntato congiuntamente dal DECS e dal DSS e approvato dal Gran Consiglio nel marzo 2022. In questo piano l'attenzione è posta soprattutto sul personale curante (infermieri, OSS, OSA, addetti alle cure sociosanitarie, ecc.) e punta su un significativo aumento di giovani che trovano una motivazione importante per abbracciare una professione curante.

Non è d'altra parte da sottovalutare il **trend verso la contrazione del personale sanitario e, dal punto di vista dell'OMCT, del corpo medico**, in atto ormai già da alcuni anni: pensionamento dei medici nati nel periodo del baby-boom, femminizzazione della medicina e regimi part-time sempre più frequenti, maggior accento sulla work-life balance dei giovani medici, ecc.

Il fenomeno è probabilmente più grave per i medici generalisti e di famiglia e meno per i medici specialisti. In ogni caso, una potenziale penuria di personale medico e, più in generale di

⁸ Cfr. SUPSI/C. De Pietro, Indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera cantonale, Rapporto per il DSS, settembre 2022, pag. 29 s.



ORDINE DEI MEDICI
DEL CANTONE TICINO

personale sanitario, potrebbe condizionare e non di poco l'offerta di prestazioni ospedaliere che i molteplici fornitori di prestazione potranno introdurre all'attenzione del Cantone.

In questo senso, determinate concentrazioni di attività potrebbero essere quasi paradossalmente facilitate da un contesto di risorse umane (specialistiche) non sufficiente nel numero per coprire un fabbisogno stazionario importante.

Ancor di più se i Paesi confinanti riusciranno – con vari incentivi - a trattenere nelle loro strutture una parte importante dei professionisti che oggi quotidianamente varcano il confine per lavorare all'interno delle strutture ospedaliere (e non solo) ticinesi.

L'OMCT ritiene inevitabile, per questioni di efficienza, ma soprattutto di qualità, favorire la concentrazione della formazione specialistica strutturata per disciplina nelle strutture ospedaliere all'interno delle quali vengono trattati numerosi pazienti, ossia laddove la casistica non solo è più numerosa, ma qualitativamente differenziata per intensità di cura. La formazione dei professionisti sanitari approfitterebbe così anche delle molteplici competenze dei formatori attivi negli ospedali/cliniche che presentano una casistica più consistente per la medesima disciplina che in altre strutture.

* * *

In conclusione, l'OMCT ringrazia per essere stato consultato e invitato a far parte della Commissione della pianificazione ospedaliera, e rimane a disposizione per qualsiasi ulteriore precisazione.

Cordiali saluti

ORDINE DEI MEDICI DEL CANTONE TICINO
Dr. med. Franco Denti
Presidente

Presenza di posizione sul Rapporto sul fabbisogno cantonale di cure ospedaliere orizzonte 2032
Christian Camponovo, Direttore Clinica Luganese Moncucco e Clinica Santa Chiara, membro della
commissione della pianificazione sanitaria

Premessa

Per evitare ridondanze, in questa presa di posizione non si entrerà nuovamente in materia delle perplessità puntuali già sollevate durante le riunioni della commissione della pianificazione sanitaria e al momento dell'audizione dell'estensore del rapporto sul fabbisogno. Di fatto sia le perplessità che le criticità sollevate non possono essere ritenute superate dai chiarimenti ottenuti, anche perché alcune risposte sono arrivate in tempi differenti, tanto da lasciare più di una perplessità sulla consistenza dei motivi portati a supporto delle previsioni contenute nel rapporto.

I commenti che si trovano di seguito si limitano ai punti più importanti che si ritiene indispensabile chiarire e in seguito integrare nel rapporto sul fabbisogno.

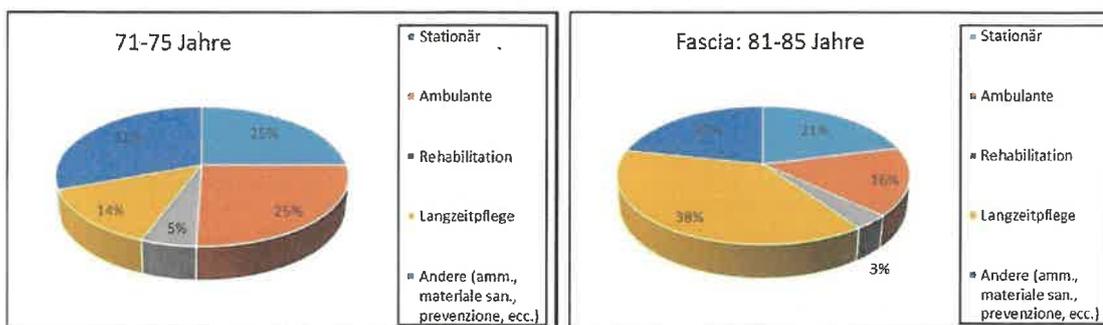
Somatico acuto, psichiatria e riabilitazione: elementi isolati all'interno del sistema sanitario?

Purtroppo a differenza di quanto successo nel passato, in questa *tornata pianificatoria* l'intenzione sembra essere quella di una pianificazione limitata esclusivamente al comparto regolato dal capoverso 1 dell'articolo 39 della LAMal (somatico acuto, riabilitazione e psichiatria), escludendo la necessità di coordinare il settore acuto con quello del post-acuto e del sub-acuto, come invece si era provato a fare nell'ultima pianificazione ospedaliera, quella preparata tra il 2012 e il 2015.

Poca o nulla considerazione ha goduto nella valutazione del fabbisogno futuro anche il settore ambulatoriale, che pur non essendo stato ad oggi oggetto di pianificazione, partecipa in modo determinante alla presa a carico dei bisogni di salute della popolazione in tutte le fasce d'età. Considerare il settore ambulatoriale e in particolare la sua evoluzione nei prossimi 10 anni è fondamentale in un momento in cui vige una grossa pressione per "spostare" dallo stazionario all'ambulatoriale un numero crescente di prestazioni sanitarie e in un periodo in cui si parla da una parte di carenza di personale sanitario e dall'altra di limitazione dell'offerta ambulatoriale.

I fatti elencati di seguito evidenziano in modo chiaro e concreto la necessità di procedere con una pianificazione sanitaria che tenga conto di tutte le componenti del settore sanitario a partire già dalla definizione del fabbisogno.

- La presa a carico dei bisogni di cura delle persone anziane è un processo molto complesso e articolato, in cui gli scambi tra i molti operatori sanitari coinvolti sono intensi e assai complessi, anche perché gli stessi non avvengono praticamente mai in modo lineare: ospedali acuti, centri di riabilitazione stazionaria, studi medici di famiglia, altri servizi ambulatoriali, servizi di aiuto domiciliare, case per anziani e centri diurni, reparti acuti a minore intensità (RAMI) o dedicati alle cure acute e transitorie (CAT), per citare solo i principali che si trovano in stretto contatto e in parte anche in concorrenza. Una prova concreta della complessità del sistema e delle interazioni tra gli operatori la si ottiene rappresentando graficamente la percentuale che ogni settore di cura rappresenta sull'insieme dei costi della salute (Gesundheitskosten), prendendo i dati del costo medio per fascia d'età. A titolo di esempio si riportano di seguito i grafici inerenti due fasce d'età, che oltre ad evidenziare quanto indicato sopra, aiutano a comprendere come ben evidenziano anche come l'interazione tra i settori si modifica in modo importante a dipendenza dell'età e questo a seguito dell'assunzione di una maggiore o minore importanza all'interno del percorso di cura della persona anziana.

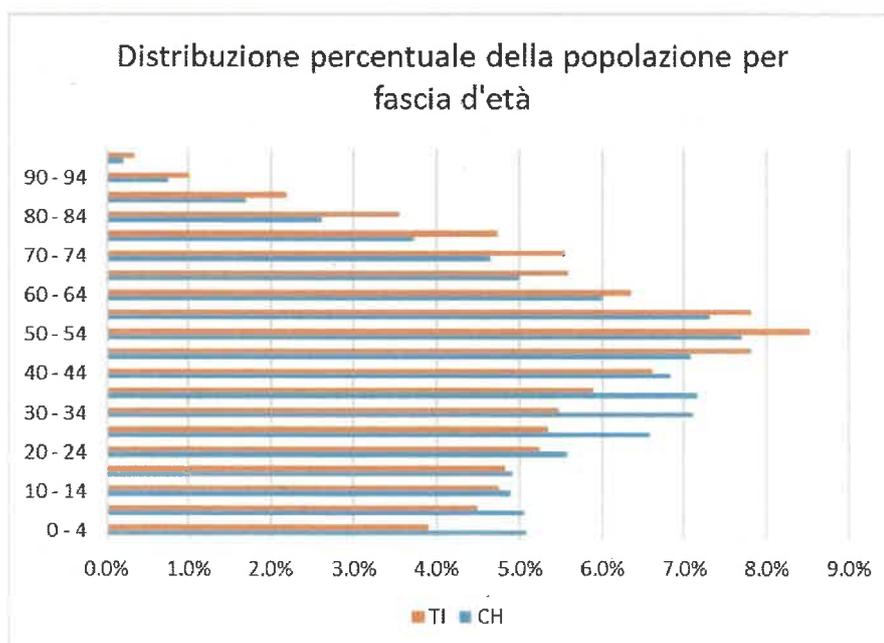


I grafici riportano la percentuale dei costi per i vari settori presi in considerazione secondo le statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica (ultimo aggiornamento al 31.03.2020), l'anno di riferimento è il 2017.

Difficile immaginare come si possa isolare uno dei 4 settori principali riportati nei due grafici (ospedali e cliniche attive nel settore stazionario, offerta ambulatoriale, settore delle cure di lunga durata) pianificando l'offerta di cura esclusivamente in quel settore, senza tenere in considerazione le evoluzioni imposte o previste (o prevedibili) negli altri campi.

Sappiamo che il settore delle cure di lunga durata (Langzeitpflege) è oggetto di una pianificazione cantonale "in corso", che tratta solo molto marginalmente il tema del settore che più interagisce con il settore acuto e cioè quello dei così detti "letti RAMI" e "letti CAT".

- Il Canton Ticino mostra già oggi una piramide dell'età che se raffrontata a quella dell'intera Svizzera o a quella di altre nazioni europee non può non preoccupare per la chiara "sovraproportionalità" della popolazione anziana. Pur essendo chiara la situazione di partenza, nel rapporto sul fabbisogno questo tema non viene praticamente trattato e viene liquidato calcolando il futuro fabbisogno per fasce d'età, senza riconoscere che i problemi di una società composta da un numero elevato di individui anziani sono differenti da quelli che si possono trovare in popolazioni "meno vecchie".

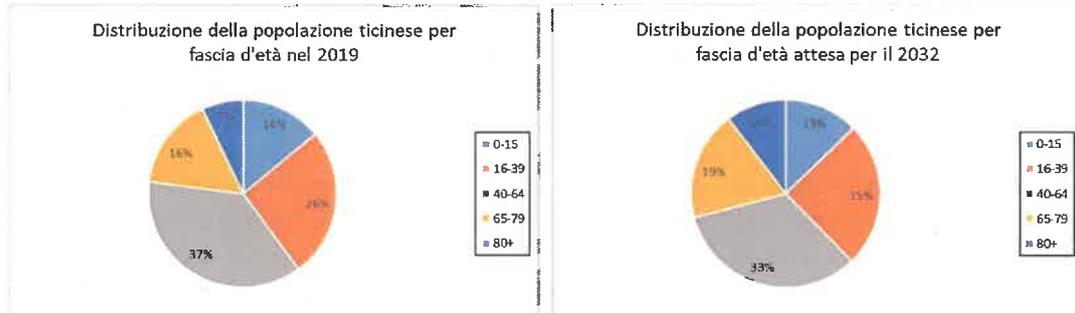


Anche in questo caso i dati sono quelli dell'Ufficio Federale di Statistica e si riferiscono al 2020.

L'evoluzione attesa per i prossimi 10 anni, con un tasso di natalità piuttosto contenuto (anche se in leggera crescita secondo la previsione dell'Ufficio Federale di Statistica che sembra essere estremamente ottimista e poco probabile) porta ad una previsione della crescita della popolazione anziana, quella che più necessita di cura, che non può non spaventare un cantone che già mostra un tasso di persone anziane tra le più alte della Svizzera. I dati pubblicati nel rapporto in questione sono eloquenti

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

e lo diventano ancora di più se vengono rappresentati graficamente.



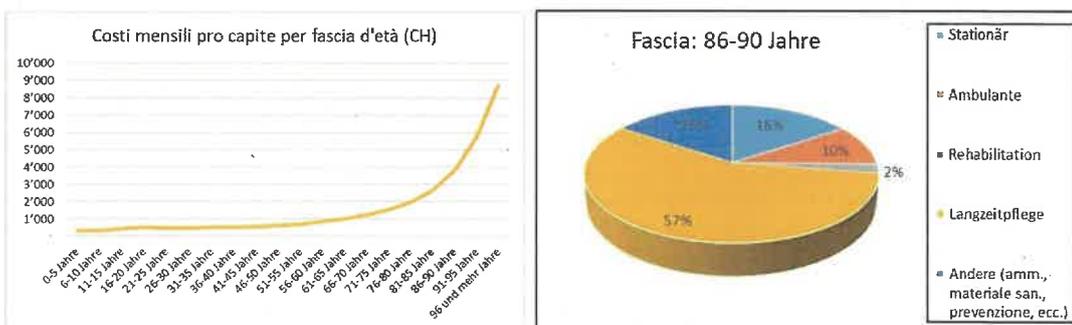
Pensare di pianificare l'offerta sanitaria del Cantone per garantire la giusta copertura del fabbisogno di cura della popolazione ticinese per i prossimi 10 anni, senza peraltro generare o mantenere sovracapacità, escludendo una stretta coordinazione con la pianificazione di tutto il settore della media e lunga degenza è un passo che non può trovare alcuna motivazione e giustificazione e che rischia di generare degli errori di valutazione che non possono far altro che portare a decisioni errate e che potrebbero avere importanti conseguenze sulla copertura futura del fabbisogno di cure. Le evoluzioni attese, che preoccupano molto l'estensore di questa presa di posizione, fanno pensare che la sfida che il futuro ci riserverà in termini di copertura del fabbisogno di cure potrà essere affrontata solo cercando di pianificare uno sviluppo coordinato e armonioso dei vari settori che contribuiscono a rispondere al fabbisogno di cure ed in particolare quello stazionario, quello ambulatoriale, le cure postacute e le cure di lunga durata.

- La complessità del sistema sanitario non è data solo dalla molteplicità degli operatori che lo compongono, ma anche e soprattutto dalle molteplici relazioni che nel tempo si sono create e che sono in continua evoluzione per meglio rispondere ai bisogni della popolazione. Ipotizzare o influenzare per i prossimi 10 anni l'evoluzione di una singola componente, come lo sono gli istituti somatici acuti, quelli di riabilitazione e quelli psichiatrici, è di per sé non solo difficile, ma anche poco sensato. In un sistema complesso solo seguendo le evoluzioni e cercando di influenzare l'insieme del sistema porterà a dei risultati. Per questa ragione, le valutazioni da effettuare nell'ambito della pianificazione ospedaliera devono comprendere anche le possibili evoluzioni delle altre componenti che garantiscono la copertura del fabbisogno di cure, come ad esempio la presa a carico ambulatoriale di molte patologie, la gestione di alcune malattie acute nelle case per anziani o ancora la disponibilità delle famiglie a gestire fasi acute della malattia di un proprio parente,

soprattutto di quelli con un'età più avanzata, che danno spesso luogo a quadri estremamente complessi da gestire in regime ambulatoriale.

Temi quali la carenza di personale sanitario, infermieri e medici in particolare, non possono non essere trattati in un rapporto che vuole stimare il fabbisogno futuro di cure nel campo somatico acuto, nella riabilitazione e in psichiatria; non perché questa carenza influenzi direttamente il fabbisogno dei pazienti, ma piuttosto perché la mancanza di personale sanitario avrà importanti ripercussioni in futuro sulle modalità con cui il sistema sarà in grado di rispondere ai bisogni. Una mancanza di personale infermieristico e medico ad esempio nelle case per anziani potrebbe avere delle conseguenze dirette sul sistema, perché potrebbe risultare molto più limitata di oggi la capacità di gestire nelle singole case per anziani gli scompensi acuti negli ospiti, con un probabile conseguente aumento dei ricoveri in ospedali e cliniche.

- Il settore somatico acuto, con in parte le cliniche psichiatriche e i centri di riabilitazione stazionaria sono spesso e volentieri accusati di essere i principali colpevoli dell'aumento dei costi della salute e anche per questo nell'ambito della pianificazione ospedaliera si tende in molti cantoni a voler limitare l'offerta di cure, nella convinzione, o almeno nella speranza, che questo porti ad una riduzione dei "costi della salute" (che sarebbe meglio indicare come i costi per affrontare la mancanza di salute della popolazione). Osservando attentamente l'evoluzione della spesa sanitaria pro capite per le varie fasce d'età e osservando la distribuzione dei costi della salute nelle fasce d'età più avanzate, quelle dove il costo è maggiore (di seguito riportiamo a titolo d'esempio la distribuzione per la fascia d'età tra gli 86 e i 90 anni) ci si rende facilmente conto che ad incidere maggiormente sui costi e quindi anche sulla loro evoluzione negli anni, non sono tanto le strutture oggetto della pianificazione ospedaliera, ma piuttosto le strutture per le cure di lunga durata, che come già detto sopra non sono purtroppo considerate in questo rapporto.



Fonte: Ufficio Federale di statistica, dati inerenti al 2017, pubblicati nel marzo 2020.

Se in Ticino tra la fine degli anni novanta e l'inizio del nuovo millennio vi era un'offerta che superava la richiesta, con molte strutture di piccole dimensioni e con una limitata capacità di affrontare quadri clinici sempre più complessi, dopo la chiusura di molte di queste piccole strutture (soprattutto di piccole cliniche private e di un ospedale di zona) siamo confrontati con un sostanziale equilibrio tra domanda e offerta, come attestano i dati di occupazione dei letti durante l'anno, con un numero crescente periodi in cui i posti letto nelle strutture sanitarie acute e riabilitative sono completamente occupati e la gestione delle urgenze diventa problematica. Se si tiene in considerazione questo aspetto, mal si comprende come l'obiettivo principale della pianificazione ospedaliera sia ancora oggi ritenuto quello della riduzione di letti e di strutture acute, tanto che nel rapporto in più punti si parli di "sovrabbondanza" dell'offerta.

A fronte degli elementi elencati si ritiene indispensabile rivedere il rapporto del fabbisogno, tenendo in considerazione le evoluzioni attese nel fabbisogno e nelle capacità dell'insieme del sistema sanitario cantonale. Particolare attenzione sarà da dedicare alla già oggi presente insufficienza di letti RAMI e letti CAT, dovuta tra l'altro alla non applicazione della pianificazione 2015. Le evoluzioni attese nei vari settori

dovranno tenere in particolare considerazione gli effetti che la grande penuria di personale sanitario che ci si attende per il prossimo decennio potrebbe avere sull'intero sistema.

A fronte degli elementi elencati si ritiene indispensabile anche creare uno stretto legame tra la pianificazione dell'offerta nel settore oggetto di questa pianificazione e quello delle strutture per la lunga degenza.

A fronte degli elementi elencati si ritiene indispensabile creare anche uno stretto legame tra la pianificazione dell'offerta nel settore oggetto di questa pianificazione e quella ambulatoriale che scaturirà dall'applicazione delle disposizioni previste nell'ambito della "moratoria sull'apertura di nuovi studi medici".

I ticinesi sono ipocondriaci o i medici attivi in Ticino sprecano le risorse a disposizione ospedalizzando troppi ammalati?

Nel rapporto sul fabbisogno, in particolare per il settore somatico acuto, si prospetta un allineamento dei tassi di ospedalizzazione e della durata della degenza alla media nazionale, con una conseguente riduzione drastica del fabbisogno, che deriva dalla moltiplicazione dei due effetti: meno ospedalizzati a seguito di una riduzione del tasso di ospedalizzazione, con conseguente limitazione del numero di letti occupati, che si riducono anche a seguito di una riduzione della durata media della degenza, che comporta una riduzione del totale delle giornate di cura cumulate. Se non si considerano gli effetti dell'allineamento del tasso di ospedalizzazione alla media nazionale, il numero di pazienti ospedalizzati potrebbe aumentare entro il 2032 di almeno il 10% rispetto al 2019.

Altri effetti quali ad esempio la penuria di medici nelle strutture post-acute e in quelle per la lunga degenza (si veda anche il capitolo precedente) potrebbe accentuare la crescita delle ospedalizzazioni attese, tanto da non permettere oggi di poter escludere uno scenario con addirittura una crescita doppia di quella ipotizzata senza l'effetto dovuto alla penuria di personale sanitario, medici in particolare, nelle strutture meno attrattive. Un +20% dei pazienti e un conseguente +20% dei letti necessari, non potendo contare su una riduzione della durata delle degenze, va considerato come scenario.

Purtroppo in tutto il rapporto non si analizzano nel dettaglio i numeri inerenti le ospedalizzazioni nel Cantone e soprattutto non si analizzano minimamente i motivi sanitari che portano a ricoverare i pazienti. In queste condizioni non è possibile escludere che il maggiore tasso di ospedalizzazione sia dovuto a ragioni epidemiologiche. Questo modo di procedere sembra assai poco logico e in contraddizione anche con quanto in passato è stato fatto proprio dal Dipartimento interessato dal tema, che aveva lanciato più campagne di sensibilizzazione per limitare i fattori di rischio per malattie molto frequenti, quali quelle cardiovascolari (si cita a titolo d'esempio la campagna "se nuoti nei grassi sei fritto" o quella per un maggiore movimento) che mostravano e forse mostrano ancora oggi un tasso di incidenza nettamente superiore a quello medio svizzero.

Se si analizzano i dati del rapporto "La salute nel Cantone Ticino – Risultati dell'indagine sulla salute in Svizzera 2017", pubblicato dall'Osservatorio svizzero della salute, si trovano sufficienti indicatori che possono aiutare a spiegare i motivi di un maggiore ricorso in Ticino a cure stazionarie in ambito somatico acuto e psichiatrico. Non solo le valutazioni soggettive sul proprio stato di salute certificano una netta differenza nella percezione del proprio stato di salute. Indicatori oggettivi, quali ad esempio il consumo di alcool oppure quello di sigarette, ma anche quello inerente l'esercizio fisico regolare, mostrano una situazione piuttosto chiara, con la popolazione ticinese che si distingue purtroppo negativamente da quella svizzera. Miglioramenti negli anni (dalla prima indagine del 1997) sono in parte constatabili, ma non ad un livello tale da aver permesso di allineare questi indicatori alle medie nazionali.

A fronte di dati piuttosto chiari ed eloquenti, non si capisce come possa il rapporto sul fabbisogno e soprattutto chi ha effettuato i relativi calcoli ipotizzare un allineamento dei tassi di ospedalizzazione per il Canton Ticino alla media nazionale. Tanto più che in tutto il rapporto e anche durante l'audizione del principale estensore del rapporto non è stata data alcuna indicazione di come si ritiene sarà possibile in futuro raggiungere questo allineamento dei tassi di ospedalizzazione, riducendo di fatto dall'oggi al domani del 6% o più il numero di persone ospedalizzate.

A fronte degli elementi elencati si ritiene indispensabile che effetti di allineamento del tasso di ospedalizzazione alla media svizzera non siano considerati nel rapporto in oggetto e che si presti una maggiore attenzione nel rapporto alle questioni epidemiologiche e in generale allo stato di salute della popolazione ticinese misurato sia con indicatori oggettivi che con indicatori soggettivi, quali quelli della percezione del proprio stato di salute psico-fisico.

Più ospedalizzazioni e quindi più costi?

Purtroppo da anni si dà per assodato che i costi della salute (Gesundheitskosten secondo la classificazione dell'Ufficio Federale di Statistica) in Ticino siano maggiori a quelli della media svizzera a causa della maggiore densità di letti ospedalieri e di medici. A tutti gli effetti i motivi di questi maggiori costi non vengono analizzati da anni, se lo sono mai stati, e anche in questo rapporto sul fabbisogno non si procede ad alcuna analisi; insistendo comunque sul principio che l'offerta sanitaria in Ticino vada limitata per evitare una sovra-medicalizzazione che viene data ormai per assodata e senza giustificazione (si veda al proposito anche il punto precedente).

I costi della salute pubblicati annualmente dall'Ufficio Federale di Statistica, seppure con grandi ritardi, rappresentano una base sufficientemente solida per poter procedere a delle valutazioni che sarebbero molto utili per capire benefici e pecche del nostro sistema sanitario cantonale e anche e soprattutto per evitare di prendere decisioni sbagliate in fase pianificatoria. Se prendiamo ad esempio i dati sulla popolazione cantonale e quelli nazionali (popolazione residente per fascia d'età, si veda il grafico presentato più sopra) e li "correggiamo", simulando la stessa distribuzione percentuale per fascia d'età tra Ticino e Svizzera e infine moltiplichiamo il numero di residenti così ottenuto per ogni fascia d'età per i costi della salute medi, sempre per fascia d'età, otteniamo un costo della salute totale per tutto il nostro cantone del 11.8% inferiore a quello reale e perfettamente in linea con quello nazionale.

Fasce d'età	POPOLAZIONE RESIDENTE						Costi all'anno				
	Svizzera	CH	Ticino	TI	Ticino come CH		Ti originale	Ti come CH	Differenza	CH	
0 - 4	437'695	5.1%	13'717	3.9%	17'877	5.1%	43'328'548	56'467'400	23.3%	1'382'568'272	
5 - 9	435'348	5.1%	15'783	4.5%	17'781	5.1%	51'155'477	57'630'228	11.2%	1'411'039'378	
10 - 14	421'875	4.9%	16'689	4.7%	17'230	4.9%	76'290'252	78'765'081	3.1%	1'928'512'787	
15 - 19	422'280	4.9%	16'936	4.8%	17'247	4.9%	91'792'629	93'477'842	1.8%	2'288'745'352	
20 - 24	479'503	5.6%	18'408	5.2%	19'584	5.6%	91'162'012	96'986'174	6.0%	2'374'644'625	
25 - 29	565'847	6.6%	18'787	5.3%	23'111	6.6%	97'091'696	119'435'696	18.7%	2'924'311'745	
30 - 34	612'081	7.1%	19'227	5.5%	24'999	7.1%	110'541'186	143'725'125	23.1%	3'519'018'039	
35 - 39	617'095	7.2%	20'695	5.9%	25'204	7.2%	119'883'043	146'000'908	17.9%	3'574'739'142	
40 - 44	588'156	6.8%	23'224	6.6%	24'022	6.8%	141'328'539	146'182'903	3.3%	3'579'195'159	
45 - 49	610'169	7.1%	27'499	7.8%	24'921	7.1%	191'021'569	173'111'870	-10.3%	4'238'533'751	
50 - 54	662'817	7.7%	29'979	8.5%	27'071	7.7%	244'164'017	220'480'081	-10.7%	6'398'314'198	
55 - 59	630'020	7.3%	27'499	7.8%	25'732	7.3%	264'495'573	247'495'351	-6.9%	6'059'765'841	
60 - 64	517'347	6.0%	22'330	6.4%	21'130	6.0%	262'873'265	248'742'981	-5.7%	6'090'313'265	
65 - 69	430'612	5.0%	19'632	5.6%	17'587	5.0%	284'118'858	254'526'406	-11.6%	6'231'916'746	
70 - 74	400'091	4.6%	19'506	5.5%	16'341	4.6%	353'035'637	295'746'975	-19.4%	7'241'176'092	
75 - 79	321'427	3.7%	16'672	4.7%	13'128	3.7%	384'539'830	302'793'944	-27.0%	7'413'716'644	
80 - 84	224'513	2.6%	12'481	3.6%	9'170	2.6%	388'999'329	285'793'380	-36.1%	6'997'468'667	
85 - 89	146'278	1.7%	7'707	2.2%	5'974	1.7%	350'502'308	271'703'817	-29.0%	6'652'494'704	
90 - 94	64'885	0.8%	3'560	1.0%	2'650	0.8%	243'463'389	181'233'792	-34.3%	4'437'393'822	
95 e più	17'994	0.2%	1'160	0.3%	735	0.2%	121'543'535	77'003'913	-57.8%	1'885'391'697	
TOTALE	8'606'033	100.0%	351'491	100.0%	351'491	100.0%	3'911'330'692	3'497'304'066	-11.8%	85'629'259'924	
					Costo medio		11'128	9'950	-1'178	9'950	

In pratica, se il Ticino non avesse una popolazione molto più anziana della media Svizzera, il sistema sanitario cantonale calcolato per abitante sarebbe perfettamente in linea con quello nazionale, a fronte di uno stato di salute peggiore (si veda al proposito il punto precedente).

A fronte degli elementi elencati si ritiene indispensabile procedere ad un'analisi accurata dei costi della salute per il nostro Cantone e un confronto con quelli medi nazionali, affinché si possa capire il grado di efficienza del sistema sanitario cantonale e si possa evidenziare se e quali correttivi vanno ricercati nel tempo e che dovranno essere considerati anche nella pianificazione ospedaliera.

A fronte degli elementi elencati si ritiene indispensabile che effetti di allineamento del tasso di ospedalizzazione alla media svizzera non siano considerati nel rapporto in oggetto.

10.12.2022

Presa di posizione sul documento "Indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera cantonale"

Christian Camponovo, Direttore Clinica Luganese Moncucco e Clinica Santa Chiara, membro della commissione della pianificazione sanitaria

Premessa

L'estensore della presente presa di posizione non nasconde la grande delusione per i contenuti, ma anche per la struttura del rapporto che è stato sottoposto ai membri della commissione della pianificazione sanitaria per una presa di posizione per la prima volta il 21 ottobre 2022. Al momento della ricezione del documento e fin dalla prima lettura non è mancato lo stupore nell'apprendere che un rapporto tanto importante per il futuro del sistema sanitario cantonale sia stato concepito e interamente redatto senza aver interpellato in alcun modo le strutture e gli operatori che costituiscono il sistema sanitario cantonale. Grazie ad una verifica effettuata è possibile confermare che l'estensore del rapporto in questione non ha contattato nessuna direzione delle cliniche private ticinesi, che saranno oggetto della pianificazione ospedaliera, ma nemmeno i principali rappresentanti di altri importanti gremi, come ad esempio l'Ordine dei Medici del Canton Ticino.

A fronte di un rapporto molto esteso, quasi una settantina di pagine, ma allo stesso tempo poco approfondito e molto poco strutturato, risulta assai difficile, se non impossibile, preparare una presa di posizione puntuale e allo stesso modo completa, il tutto in tempi piuttosto ristretti. Preme ricordare in entrata a questa presa di posizione che tutti i membri della Commissione della pianificazione sanitaria hanno un'attività professionale che li impegna a tempo pieno e che non possono pertanto disporre del tempo che ha potuto investire il professor De Pietro. A questo va aggiunta la pressione in termini di tempi a cui i membri della commissione sono stati esposti e che li ha obbligati a modificare le proprie agende per rispondere nei tempi a loro imposti.

Quale osservazione preliminare si ritiene pure importante segnalare che in alcuni passaggi si ha l'impressione che il professor De Pietro si sia lasciato "prendere la mano", tanto da voler imporre una propria visione di come si dovrebbe organizzare il sistema sanitario. È un esempio quanto indicato a pagina 63, dove l'autore afferma che "partendo da percorsi di cura frequenti e importanti/gravi, è possibile e opportuno che la pianificazione condizioni l'attribuzione dei mandati alla disponibilità degli istituti ospedalieri a partecipare fattivamente alla definizione e poi alla gestione e all'adozione di Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA)". Pur senza sminuire l'importanza dei percorsi di cura, non si può non evidenziare come l'applicazione dell'auspicio espresso dall'autore, un unicum a livello nazionale, creerebbe un mostro in termini di coordinamento e amministrazione che rischierebbe di paralizzare l'intero sistema sanitario per lungo tempo.

Fatti, supposizioni e teorie senza alcuna evidenza o dimostrazione

Il documento è una somma di fatti, supposizioni e proposte che non sono distinte tra loro e che solo molto raramente e in modo piuttosto superficiale sono supportati da dati, fatti o evidenze. Tante sono le supposizioni e le proposte tendenziose, che peraltro portano sempre alla conclusione che sia necessaria in Ticino una maggiore concentrazione dell'offerta - proposta che in più occasioni la popolazione ha già rifiutato - da poter dire, senza troppa paura di essere smentiti, di trovarsi di fronte a posizioni ideologiche dell'autore. Addirittura nei capitoli da 1 a 4, quelli dedicati alla descrizione della pianificazione ospedaliera e del sistema sanitario svizzero e che quindi dovrebbero essere una narrazione dei fatti, il professor De Pietro non esita a formulare teorie e ipotesi, e in alcuni casi a dare dei giudizi, che in nessun caso vengono presentate come tali e che mai vengono affrontate con un rigoroso procedere scientifico, che dovrebbe

portare, dopo la presentazione della teoria, alla sua dimostrazione. Gli elementi a suffragio di questo giudizio si trovano ad esempio nei seguenti passaggi:

- a pagina 34 l'autore indica che "Nel caso di prestazioni a forte contenuto tecnico-specialistico - rispetto alle quali è difficile esercitare scelte realmente informate - è fisiologico che la libertà di scelta venga limitata per favorire la sicurezza del paziente, grazie soprattutto a una sufficiente concentrazione della casistica". Di fronte a simili affermazioni è bene ricordare che il quadro giuridico entro il quale possono muoversi sia gli operatori del sistema, che i governi cantonali è quello fissato dalla LAMal, dalla relativa ordinanza e dalle leggi cantonali di applicazione. Come ha ben evidenziato il Tribunale Amministrativo Federale, affrontando più di un ricorso presentato da strutture sanitarie contro le pianificazioni cantonali, la concentrazione non può essere un obiettivo fissato a livello politico e la libertà di scelta del paziente deve essere garantita. Gli istituti che rispettano i criteri di struttura e di qualità imposti come indispensabili, compresi quelli indicati come "numeri minimi", e che mostrano un'efficienza ritenuta adeguata secondo il principio dell'economicità, devono ricevere i mandati di prestazione indipendentemente da quanti altri istituti vantano la stessa specializzazione.
- A pagina 15 l'autore afferma, ricordando la pianificazione 2015, che "In altre parole, la non attribuzione dei mandati limitava soltanto di poco - o pochissimo - i volumi di attività delle cliniche coinvolte". Per la sola Clinica Luganese Moncucco, una di quelle citate avendo la stessa interposto ricorso contro la pianificazione ospedaliera del 2015, alcuni dei mandati non riconosciuti e poi mantenuti a seguito della sentenza del Tribunale Amministrativo Federale, rappresentano più del 15% della propria attività. Questo dimostra in modo inconfutabile che l'affermazione "limitava soltanto di poco - o pochissimo - i volumi di attività" è falsa. Una semplice richiesta alle strutture interessate dall'affermazione o anche solo la lettura del ricorso e della sentenza del Tribunale avrebbero permesso all'autore di non compiere un errore tanto grossolano, da indicare un 15% di attività come cosa da "poco" o addirittura "pochissimo".
- A pagina 22 l'autore afferma, peraltro in modo perentorio, che "... un interesse primario della pianificazione cantonale ai sensi dell'articolo 39 LAMal è dunque quello di favorire lo sviluppo delle attività di formazione e ricerca ...". È doveroso constatare che non solo l'art. 39 LAMal non indica in nessun modo quanto riportato dal professor De Pietro, ma anche che nemmeno negli altri articoli della stessa legge, nelle ordinanze, nelle leggi cantonali e neppure nei regolamenti di applicazione si assegna alla pianificazione ospedaliera un tale "interesse primario" e tanto meno un obiettivo simile. Ricordiamo al proposito che l'interesse primario della pianificazione ospedaliera è e resta quello di assicurare alla popolazione della regione oggetto della pianificazione la necessaria offerta sanitaria.

Ancora più estremi per affermazioni non veritiere o per lo meno non verificate o comprovate sono i capitoli 5 e 6, in cui si susseguono conclusioni che pur essendo del solo autore vengono spacciate come verità. In più di un caso l'autore del rapporto si spinge addirittura a contraddire i giudici del Tribunale Amministrativo Federale, che avevano accolto il ricorso della Clinica Luganese Moncucco, come se fosse possibile ribaltare le decisioni dell'istanza superiore solo perché si vorrebbe procedere in un certo modo. Un esempio di ciò lo si trova a pagina 59, dove si afferma che "Le prestazioni "Multidisciplinari e complesse" in linea di principio dovrebbero essere concentrate in un'unica sede, con la possibilità di averne di più nel caso di gruppi di prestazioni con volumi particolarmente elevati".

Data la frequenza dei passaggi che contengono teorie, ipotesi o affermazioni non veritiere o per lo meno non verificate, come detto soprattutto nei capitoli 5 e 6, l'autore di questa presa di posizione rinuncia a riportare di seguito un elenco esaustivo di quelle che possono essere riassunte come inesattezze. Alcune vengono riprese nei capitoli seguenti, mentre altre resteranno senza commento, ma non per questo potranno essere sdoganate come delle verità.

A fronte di quanto indicato, si richiede che in ogni passaggio in cui si riportano affermazioni quali “non sembra”, “è però chiaro”, “sono chiari i vantaggi” si proceda ad esplicitare le teorie o le ipotesi, portando in seguito dati ed elementi a comprova di quanto affermato. Nel caso in cui ci si trovasse di fronte a delle affermazioni soggettive, si chiede invece che si modifichi il testo, indicando in modo chiaro che si tratta di opinioni dell’autore (“l’autore ritiene opportuno”, “l’autore ritiene evidente”, ecc.).

Quale il ruolo della commissione della pianificazione sanitaria?

A pagina 7 del rapporto oggetto di questa presa di posizione si apprende che il Consiglio di Stato ha dato mandato al professor De Pietro di definire gli “indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera cantonale”. Dai ringraziamenti pubblicati a pagina 3 dello stesso rapporto si può dedurre che il professor De Pietro oltre ad essersi confrontato con la Capoparea, signora Ivana Petragio e il Direttore della divisione, Paolo Bianchi, ha avuto il supporto di altri colleghi della SUPSI. Stupisce, e non poco, che non siano stati coinvolti nella raccolta delle informazioni e in parte anche nella redazione del rapporto i rappresentanti degli operatori attivi sul territorio, quelli che meglio di tutti gli altri conoscono da vicino le problematiche del settore e che sanno quali sono le sfide che si stanno presentando all’orizzonte.

In termini generali stupisce anche il fatto che dopo aver costituito una commissione tecnica, formata da persone che in alcuni casi sono attive nel settore sanitario da più decenni, a questa non sia stato dato il compito di preparare gli indirizzi strategici della pianificazione ospedaliera. Senza aver raccolto le reazioni di tutti i membri della commissione della pianificazione sanitaria, ma avendo condiviso un certo stupore con alcuni colleghi, si può affermare che almeno una parte dei membri della commissione ritiene che sia compito della commissione stessa dover elaborare gli indirizzi strategici per il processo pianificatorio da poco avviato.

A fronte di quanto indicato, si ritiene necessario che la commissione della pianificazione sanitaria possa riunirsi nuovamente per discutere e analizzare le criticità con il quale gli operatori del sistema sanitario sono confrontati e preparare un riassunto di quelli che dovrebbero essere gli indirizzi strategici della prossima pianificazione ospedaliera, non delegando questo compito a persone che operano lontani “dal fronte”.

Quali sono gli scopi della pianificazione ospedaliera? Quali sono quelli che il professor De Pietro vorrebbe assegnargli?

Sembra palese che vi sia una discordanza abbastanza profonda tra gli scopi della pianificazione ospedaliera previsti dalla legge in vigore e quelli che il professor De Pietro gli assegna “d’ufficio”.

Senza voler entrare nei dettagli di quanto la legge, ma anche una pratica ormai consolidata, prevede, considerati i contenuti del rapporto in consultazione non sembra superfluo ricordare che la pianificazione è stata voluta dal legislatore per garantire la corretta copertura del fabbisogno di cure della popolazione della regione presa in considerazione (di regola un cantone o un gruppo di cantoni). Per l’assegnazione dei mandati di prestazione, che nel tempo hanno sostituito la pianificazione dei letti di cura, i Cantoni tengono in considerazione la qualità e l’economicità delle cure.

Come già in parte indicato sopra, il professor De Pietro vorrebbe invece assegnare altri compiti alla pianificazione, quali quello del promovimento della formazione e della ricerca (come indicato ad esempio a pagina 21 e 22). Nella consapevolezza che sostenere questi compiti è impresa ardua, si spinge a pagina 29 ad affermare che “In effetti la LAMal e l’articolo 39 non prevedono, tra gli obiettivi della pianificazione cantonale, quello di promuovere condizioni idonee a rispondere a tali bisogni formativi e di favorire la ricerca né tanto meno un impegno a finanziare quelle attività. Ciò nonostante, i nessi tra i tre ambiti (cure,

formazione e ricerca) sono evidenti e altrettanto evidente risultano essere il ruolo e la responsabilità del Cantone rispetto a ciò". Non è chiaro cosa intenda il professor De Pietro quando indica che vi sono dei "nessi" tra cure, formazione e ricerca, ma considerato il contesto in cui è inserito questo paragrafo, si può desumere che De Pietro sostenga che cura, formazione e ricerca debbano essere condotti contemporaneamente per un migliore risultato. Se così fosse, è importante sottolineare come ad oggi non vi siano evidenze e dati che comprovino come questo connubio porti risultati migliori o che laddove non si forma personale o dove non si effettua ricerca clinica il risultato delle cure sia peggiore. Non lo si può certamente escludere, ma in una nazione dove vi sono molti cantoni con strutture piuttosto piccole e poco coinvolte nella ricerca e nella formazione universitaria, quella dei medici, sembra strano che non si possa dimostrare questa tesi. Basterebbe confrontare alcuni dati di risultato, come quelli sulla mortalità, oppure indicatori di processo, come quelli sulle infezioni o sullo sviluppo di piaghe da decubito per giungere a delle conclusioni.

A fronte di quanto indicato in questo capitolo, ma anche di quanto indicato più sopra, si ritiene necessario specificare in modo chiaro quali sono gli scopi della pianificazione ospedaliera, le prassi raccomandate dalla CDS e le principali raccomandazioni che possono essere fatte analizzando le molteplici sentenze del Tribunale Amministrativo Federale, alcune delle quali inerenti proprio il Canton Ticino.

Formazione universitaria e specializzazione dei medici quale motivo della concentrazione dell'attività?

L'autore del testo in questione non differenzia praticamente mai tra formazione universitaria, quella che porta ad ottenere il diploma in medicina, e la specializzazione dei medici assistenti. La questione non è irrilevante, perché la prima è in questi anni molto dibattuta e viene ritenuta colpevole della grande mancanza di medici che dovrebbero entrare in specializzazione; mentre la seconda viene ritenuta un valore aggiunto del sistema sanitario svizzero, tanto da essere portata quale esempio in altri sistemi sanitari nazionali, senza che peraltro sia ad oggi stata evidenziata una carenza di posti. Anzi, è importante notare che per occupare i tanti posti di specializzazione presenti nei molti ospedali svizzeri è oggi necessario "importare" medici diplomatisi all'estero e che a causa di una scemata attrattività del nostro paese il numero di posti di specializzazione vacanti sono in continua crescita in tutta la nazione.

Per superare il problema dell'insufficiente numero di medici che si diplomano ed entrano in specializzazione basterebbe togliere le limitazioni degli accessi introdotte da lungo tempo nelle facoltà di medicina della Svizzera. L'apertura di nuove facoltà di medicina, come quella ticinese, o di percorsi di master in medicina umana sono un'alternativa che in alcuni cantoni si è deciso di scegliere. Non si ritiene che la decisione vada giudicata in termini di efficacia, ma è importante ricordare che durante gli studi in medicina gli studenti necessitano di posti di pratica in cui apprendere le attività di base. Proprio per questa ragione, si può affermare con certezza che per avere un buon curriculum di master in medicina umana non è necessario avere grandi ospedali sempre più specializzati e votati alla ricerca, ma che servono tanti posti dove gli studenti possano confrontarsi con l'attività clinica di tutti i giorni, quella che oggi viene offerta in molti ospedali e anche in molti studi medici. A comprova di questo fatto si possono citare le valutazioni effettuate nel nostro Cantone in vista del lancio del progetto di Medical Master School, oggetto di molteplici rapporti in cui si affermava in modo chiaro che la struttura ospedaliera del cantone era più che adeguata ad accogliere un master in medicina (si ricorda al proposito che solo in un secondo momento il Medical Master School è stato "trasformato" in una facoltà di scienze biomediche). Per garantire nel Cantone un maggior numero di posti in cui gli studenti dovrebbero seguire le lezioni così dette "al letto del paziente" basterebbe che l'USI adottasse un approccio più inclusivo verso le strutture private che garantiscono la copertura di circa il 30% del fabbisogno di cure del Cantone. Purtroppo ad oggi questo non è il caso e gli istituti privati sono considerati solo sussidiariamente agli ospedali pubblici, venendo di fatto chiamati a "tappare i buchi" laddove gli ospedali pubblici non riescono a soddisfare la richiesta di posti per

la formazione pratica, quella appunto condotta "al letto (o lettino, per l'attività ambulatoriale) del paziente".

È scorretto invece dire, come fa l'autore in più di un passaggio, che per la specializzazione dei medici assistenti sono necessari più posti e che per ottenerli è necessaria una maggiore concentrazione della casistica, come fa ad esempio a pagina 60, dove scrive "Significa avere volumi e competenze sufficienti per garantire al sistema sanitario ticinese la possibilità di essere riconosciuti quali centri di perfezionamento professionale ISFM in medicina umana". Se prendiamo l'esempio della specializzazione in medicina interna generale, dove dovremmo specializzare un numero crescente di medici che dovrebbero poi essere "spinti" ad uscire sul territorio per coprire un fabbisogno di medici internisti generalisti oggi non adeguatamente coperto, constatiamo che il numero di posti di specializzazione disponibili non sono oggi occupati interamente per la mancanza di candidati e che i numeri minimi di casi necessari per un riconoscimento da parte dell'ISFM quale centro di specializzazione di categoria B (2 anni) o addirittura A (3 anni) sono raggiunti già oggi dalla maggior parte delle strutture del nostro Cantone e questo senza che sia necessaria alcuna ulteriore concentrazione di casi.

È pure importante sottolineare come nell'attuale situazione, dove abbiamo in Ticino un elevato numero di medici che entrano in specializzazione in provenienza soprattutto dall'Italia, la presenza di istituti di cura di medie dimensioni è particolarmente importante, perché permette ai giovani medici di confrontarsi con una casistica di un certo interesse, ma allo stesso tempo di farlo in un istituto di dimensioni ridotte, dove l'inserimento risulta per certi versi più facile. Costatiamo ad oggi che spesso e volentieri questi medici, dopo uno o due anni introduttivi hanno poi la possibilità di continuare la specializzazione in istituti più grandi del Cantone, ma anche del resto della Svizzera.

Per i motivi già indicati sopra è pertanto indispensabile stigmatizzare affermazioni perentorie come quella riportata a pagina 49, in cui l'autore del documento oggetto di questa presa di posizione afferma:

- "In queste condizioni, per molta parte dei trattamenti ospedalieri, le esigenze della formazione spingono a favore di una decisa concentrazione della casistica. Considerata l'urgenza di formare un numero maggiore di professionisti sanitari, tale esigenza dovrebbe essere centrale per la politica sanitaria e la pianificazione ospedaliera cantonale."
- O ancora "Nonostante i fattori di motivazione differiscano tra le persone, è però chiaro che per molti giovani professionisti gli ospedali con casistica e dimensioni adeguate possano risultare più attrattivi. Essi infatti permettono di mantenere e sviluppare le competenze professionali, offrono più possibilità di partecipare a progetti di ricerca clinica, offrono possibilità di carriera più differenziate".

In qualità di direttore di una struttura sanitaria di medie dimensioni posso riportare le molte esperienze vissute durante i colloqui di selezione dei medici. Tra quelli che ho avuto il piacere di incontrare ne ho trovati molti che erano in fuga da ospedali più grossi e che potevano vantare una maggiore presenza di pazienti complessi e anche di più specialisti. La maggior parte fuggiva dalla crescente gerarchizzazione e cercava un contatto più diretto con i pazienti e la possibilità di dedicarsi interamente all'attività clinica, limitando al minimo indispensabile i compiti amministrativi e anche quelli legati alla ricerca.

A fronte di quanto riportato sopra, si ritiene che i molteplici passaggi in cui l'autore indica come indispensabile per scopi formativi la concentrazione dell'attività, soprattutto di quella specialistica, vengano rivisti e che eventuali motivi in ambito formativo a favore di una maggiore concentrazione dell'attività clinica vengano cancellati, oppure che si proceda a meglio specificati gli obiettivi della concentrazione e a dimostrare i benefici della stessa per la formazione; evidenziando contemporaneamente, come sarebbe sempre bene fare quando si introducono dei cambiamenti quali potrebbero essere i rischi dei cambiamenti proposti.

Sfide individuate dal professor De Pietro e sfide con le quali sono confrontati gli operatori del settore ospedaliero ticinese

L'intero capitolo 5 del rapporto oggetto di questa presa di posizione è dedicato alle "sfide del settore ospedaliero ticinese". Non è chiaro come queste siano state individuate e tanto meno come si sia proceduto all'analisi e alla definizione delle misure atte preparare il settore alle sfide future. Dal risultato presentato nel rapporto sembra evidente che si sia proceduto con un'analisi piuttosto semplicistica e che non ci sia stato quel contatto con il fronte, quindi con gli operatori del settore ospedaliero ticinese, che sarebbe stato indispensabile per poter compiere un lavoro il più utile possibile.

Uno dei temi che non è stato citato e quindi nemmeno analizzato è quello della sopportabilità economica delle attività ospedaliere. Sappiamo da anni che le strutture stazionarie, ospedali pubblici e cliniche private, sono sottoposte ad importanti pressioni economiche, tanto che più di un ospedale ha negli ultimi anni segnalato situazioni molto difficili. Dall'estate di quest'anno ad esempio non si finisce a livello nazionale di parlare della situazione dell'Ospedale cantonale di Argovia, che per continuare la propria attività necessita di un finanziamento cantonale di ben CHF 240'000'000. Si tratta di un esempio, quello più attuale, ma a livello nazionale i campanelli d'allarme e le segnalazioni concrete non mancano. Tutti gli ospedali svizzeri si trovano in una situazione difficile e la continua pressione sui prezzi delle prestazioni e in alcuni cantoni anche sui volumi potrebbe avere conseguenze anche importanti sulle prossime pianificazioni ospedaliere. Basti pensare che:

- di fronte a casi simili e qualora i governi cantonali non dovessero volere o potere intervenire iniettando importanti capitali nei propri ospedali, ci si potrebbe trovare confrontati con fallimenti dalle conseguenze non indifferenti in termini di copertura del fabbisogno di cure. Se ad essere in difficoltà fosse poi una struttura privata, il fallimento difficilmente potrebbe essere evitato dall'iniezione di capitali e anche in questo caso ci si potrebbe dover confrontare dall'oggi al domani con dei "buchi" all'interno del sistema ospedaliero.
- La pianificazione ospedaliera (ma non solo, perché anche le autorità nazionali e cantonali agiscono nella stessa direzione) impone alle strutture ospedaliere il rispetto di condizioni che generano spesso e volentieri degli aumenti dei costi. Ne è un esempio l'obbligo di avere dei letti di cure intense o di cure intermedie, piuttosto che la necessità di avere una copertura di alcuni servizi 24 ore su 24 o ancora la garanzia di poter contare sulla presenza di medici in grado di entrare in servizio in un certo lasso di tempo. In parte gli aumenti dei costi che queste misure generano potranno essere controbilanciati da aumenti delle tariffe, ma questo non è e non sarà sempre il caso. In generale più il processo pianificatorio sarà "severo" e più le strutture registreranno costi maggiori, tanto che qualcuno potrebbe essere confrontato con decisioni "dolorose", quali l'abbandono di parte dei mandati di prestazione. Un riassorbimento dell'attività da parte degli operatori restanti potrebbe non essere garantito.

Il tema della penuria di personale sanitario, pur essendo citato nel rapporto, viene analizzato in modo molto superficiale, tanto che l'unica conclusione a cui giunge l'autore del rapporto è quella che per rispondere a questa sfida è necessario concentrare l'attività sanitaria in una o comunque poche strutture. Senza voler mettere in dubbio a priori che in alcuni casi una concentrazione possa risultare utile, è importante analizzare con più serietà e attenzione il tema. Senza anche in questo caso voler essere esaustivi, è importante segnalare qualche fatto e qualche evidenza:

- Negli ultimi 12 mesi si moltiplicano a livello nazionale le segnalazioni di istituti di cura pubblici e privati confrontati con la necessità di chiudere posti letto, se non addirittura interi ospedali, a causa della carenza di personale qualificato. Dall'estate a questa parte alcuni istituti della Svizzera francese e della Svizzera tedesca segnalano una riduzione tra il 5 e il 10% dell'attività sanitaria non a causa di una riduzione della richiesta di cure, ma per l'impossibilità di rispondere alla stessa. Già nel 2019 si erano registrate in alcuni cantoni svizzeri, ad esempio a Neuchâtel e nel Canton Vaud, la

chiusura di interi reparti per la mancanza di medici specialisti o di personale infermieristico.

La situazione sta peggiorando molto rapidamente, anche a causa del COVID, che ha indotto molte persone a cambiare professione. Il Ticino è stato in parte "protetto" dalla vicinanza con l'Italia, da dove proviene una parte consistente della nostra forza lavoro, ma seppur in ritardo inizia a risentire di questa situazione.

- L'autore afferma che per limitare i danni della penuria di personale sia necessario concentrare l'attività, creando istituti più grandi (si spinge anche ad ipotizzare la creazione di un unico istituto di riferimento). Non è dato sapere in base a quali considerazioni lo stesso giunga a queste affermazioni, ma si ritiene importante segnalare come i problemi di trovare medici ed infermieri accomuni molti istituti. L'estensore di questa presa di posizione non dispone di sufficienti dati per poter trarre delle conclusioni certe, ma può affermare che da un'osservazione empirica a livello nazionale si osservano situazioni abbastanza differenziate, tanto che vi sono istituti di grandi dimensioni e che ospitano anche "l'alta specializzati" che sono confrontati in modo importante con la carenza di personale e ve ne sono altri, di dimensioni più piccole che invece non sembrano risentire della problematica. L'esempio della Clinica Luganese Moncucco è interessante, perché se a livello infermieristico negli ultimi mesi sta conoscendo una difficoltà crescente a reclutare personale, a livello medico conosce un periodo molto favorevole, tanto da non avere alcun problema a trovare nella maggior parte delle specializzazioni medici di alto profilo e in grossa parte formati in Svizzera interessati a collaborare con la struttura.
- Pensando all'attrattività dei posti di lavoro in Ticino, non possiamo dimenticare che un'eccessiva concentrazione dell'attività sanitaria, come quella prefigurata dal professor De Pietro, potrebbe portare alla nascita di veri e propri monopoli. Medici e più in generale personale sanitario specializzato potrebbe trovare poco attrattivo spostarsi a vivere in una regione, il Ticino, in cui vi è un solo datore di lavoro possibile. Purtroppo non è raro che sul lavoro si incontrino delle difficoltà e sapere di poter contare sulla possibilità di cambiare datore di lavoro è sicuramente rassicurante. L'assenza di una qualsiasi alternativa potrebbe limitare non di poco l'attrattività di tutto il sistema sanitario ticinese.
- Non va sottovalutata nemmeno la difficoltà che le strutture che il professor De Pietro vorrebbe in parte svuotare dai propri contenuti, concentrando parte delle attività in un solo istituto del Cantone, potrebbero incontrare per trovare in futuro bravi medici. Persone che si sono specializzate per tanti anni cercheranno di trovare un posto di lavoro in strutture sanitarie in cui possono esprimere maggiormente le proprie capacità e dove saranno liberi di interagire con altri specialisti. Gli ospedali che perderanno mandati rischiano di veder aumentate le difficoltà a reclutare specialisti e dovranno in parte accontentarsi di medici meno bravi. A questo potrebbe sommarsi un problema motivazionale, con un numero crescente di medici frustrati perché impossibilitati ad esercitare appieno la professione appresa, non avendo la possibilità di confrontarsi con casi gravi che saranno concentrati in tutto il Cantone in un solo ospedale.

Non va dimenticata tra le sfide future quella inerente la necessità di restare legati al sistema sanitario svizzero, mantenendo ad esempio i contatti con gli ospedali universitari d'oltre Gottardo. Molti medici specialisti che hanno avviato un'attività in Ticino negli ultimi 10 anni, tra i quali ne troviamo parecchi con responsabilità dirigenziali (primari e capidipartimento) provengono dal Nord Italia, tanto che nel settore sanitario ticinese si parla già di "lombardizzazione" della sanità ticinese. Il problema non è indifferente, perché questi medici oltre a non conoscere il sistema sanitario svizzero e in molti casi a non avere contatto con i colleghi d'Oltralpe, dove dovranno cercare di mandare i propri specializzandi per continuare la carriera formativa, hanno conosciuto situazioni completamente differenti: provengono da ospedali molto grandi e caratterizzati in molti casi da quella che viene definita oggi "iperspecializzazione", sono abituati a lavorare con staff molto grandi e tendono a richiedere quindi un aumento delle risorse a loro disposizione, non sono abituati a operare in stretta collaborazione con i medici di famiglia come, ecc.. Si tratta di un tema delicato e che richiede un'analisi approfondita e un'attenta valutazione delle opportunità che si presentano

per cercare di attrarre medici che già conoscono il sistema sanitario svizzero, o, ancora meglio, che si sono formati e specializzati in Svizzera.

Vi sono poi altre sfide che andrebbero messe a fuoco prima di prendere delle decisioni sulla prossima pianificazione ospedaliera, ma non si ritiene sia lo scopo di questa presa di posizione entrare in questi dettagli.

A fronte di quanto indicato in questo capitolo si chiede che il documento oggetto di questa presa di posizione venga rivisto interamente nel suo capitolo 5 e che i cambiamenti siano introdotti dopo una dettagliata analisi delle sfide che il settore ospedaliero si attende condotta da oppure con la commissione della pianificazione sanitaria.

Per concludere, si vuole sottolineare come in alcuni punti il rapporto del professor De Pietro sostenga alcune prese di posizione avanzate nel documento presentato a commento del rapporto sul calcolo del fabbisogno. In particolare si vuole attirare l'attenzione su quanto riportato a pagina 42, dove si indica che la pianificazione ospedaliera dovrà essere coordinata con la pianificazione degli istituti sociosanitari per la lunga degenza e per il post-acuto.

11.12.2022.

AREA GESTIONE SANITARIA	N. 350		
Reg.	26 DIC. 2022		
IP	PT/TM		

DSS Area di gestione sanitaria
Ivana Petraglio
Residenza Governativa
6500 Bellinzona

Breganzona, 22 dicembre 2022

Indirizzi strategici pianificazione ospedaliera

Gentil signora Petraglio,

dando seguito a quanto discusso in sede di commissione pianificatoria, le trasmettiamo di seguito le osservazioni formulate da FCTSA.

Rileviamo in entrata che si tratta a nostro modo di vedere di un documento interessante ed esaustivo per la visione d'assieme del panorama dell'offerta sanitaria del nostro Cantone, che presenta diversi spunti di riflessione.

Per quanto di nostra competenza ci riferiremo agli aspetti formalizzati nelle conclusioni, indicando le nostre considerazioni riferite ai diversi paragrafi.

Se ritenuto opportuno procederemo in una fase successiva ad approfondire questi argomenti correlandoli dagli aspetti strutturali e economici.

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

6.3. Continuare a favorire dinamicamente l'appropriatezza organizzativa

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

Il numero sempre maggiore di utenti anziani e la volontà di mantenere dove possibile la migliore prossimità nell'erogazione di servizi necessita una riflessione sull'aggiunta alla Centrale di Allarme e Coordinamento Sanitario di tre ulteriori servizi:

- servizio di guardia medica "in presenza";
- servizio di gestione delle richieste di trasferimento non medicalizzato;
- servizio di telemedicina-

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

Già oggi le principali casistiche legate al First Hour Quintett (che si sovrappongono perfettamente ai principi della MAS) sono concentrate nel Luganese. In termini di tattica di intervento e di presa a carico efficiente questo comporta da un lato l'uso sempre maggiore del servizio di elisoccorso quale vettore di trasporto (abbinato alla rapida presa a carico e soccorso da parte del servizio terrestre) e dall'altro un allungamento dei tempi di intervento per il servizio terrestre con un aumento delle necessità in risorse operative.

Via Chicherio 20
6500 Bellinzona
Tel. +41 91 611 47 47
Fax +41 91 611 47 69
info@fctsa.ch

6.5. Migliorare le informazioni a disposizione di pazienti e popolazione

L'analisi dei registri legati alle patologie tempo dipendenti mostra una preoccupante tendenza dei pazienti a rivolgersi direttamente ai pronti soccorso senza contattare Ticino Soccorso 144. Questo comporta un ritardo nella presa a carico di queste patologie (ritrasferimento) con un'assunzione di rischi da parte dell'utenza (spostamenti).

Come indicato siamo a completa disposizione per fornirvi un'analisi sull'impatto economico che l'adozione di queste strategie potrebbe comportare a livello di servizi di soccorso preospedaliero.

Nell'attesa vi ringraziamo per la sempre squisita disponibilità e ci è gradita l'occasione per porgervi, egregi Signori, i nostri distinti saluti ed auguri di serene festività.

FCTSA

Il direttore generale



Roberto Cianella

Via Chicherio 20
6500 Bellinzona
Tel. +41 91 611 47 47
Fax +41 91 611 47 69
info@fctsa.ch

AREA GESTIONE SANITARIA	N.	349		
Reg.	26 DIC.	2022		
IP	HT	TW		

DSS Area di gestione sanitaria
Ivana Petraglio

Residenza Governativa
6500 Bellinzona

Breganzona, 22 dicembre 2022

Rapporto sul fabbisogno cantonale di cure ospedaliere 2024-2032

Gentil signora Petraglio,

dando seguito a quanto discusso in sede di commissione pianificatoria, le trasmettiamo di seguito le osservazioni formulate da FCTSA.

Per quanto di nostra competenza non osserviamo particolari incongruenze nella metodologia adottata per ottenere il risultato pianificatorio.

Rileviamo che anche i nostri dati evidenziano da un lato un aumento in termini assoluti (sia per gli interventi primari sia per gli interventi secondari) come pure un progressivo e costante aumento del numero di pazienti con età superiore ai 65 anni.

E' pertanto verosimile ipotizzare che, per quanto ci concerne, la prospettata pianificazione avrà un impatto sia in termini di durata dell'intervento (raggruppamento di offerta stazionaria) sia in numero di interventi primari (aumento della medicina ambulatoriale) sia per gli interventi secondari (allocazione dei pazienti ai centri finali di cura).

Vi ringraziamo per la sempre squisita disponibilità e ci è gradita l'occasione per porgervi, egregi Signori, i nostri distinti saluti ed auguri di serene festività.

FCTSA

Il direttore generale



Roberto Cianella



SWISS MEDICAL
NETWORK

Dipartimento della Sanità e della
Socialità
Divisione della salute pubblica
Alla cortese attenzione dei signori
Paolo Bianchi, Direttore
Ivana Petraglio, Capoarea
Piazza Governo 7
6501 Bellinzona

Pianificazione ospedaliera I tappa: osservazioni sul Rapporto sul fabbisogno e sullo studio SUPSI

Egregio Direttore, Caro Paolo,
Cara Ivana,

Sorengo, 30 gennaio 2023

anzi tutto ringraziamo per averci concesso una proroga sul termine per l'inoltro delle nostre osservazioni.

Precisiamo anche che le nostre osservazioni sul Rapporto sul fabbisogno si limitano al settore somatico-acuto.

Rapporto sul fabbisogno

Di principio il rapporto può essere condiviso e considerato come punto di riferimento per l'analisi della realtà Ticinese. Tuttavia i numeri devono essere rapportati alla realtà Ticinese, tenendo conto non solamente dei numeri stessi, bensì anche delle caratteristiche territoriali e delle strutture esistenti, in modo particolare quelle già oggi chiaramente profilate, specializzate e riconosciute dalla popolazione quale punto di riferimento.

A. Sintesi

Riteniamo di poterci allineare alle valutazioni contenute nella premessa e concordiamo con il modello sviluppato dalla GD-ZH, che considera lo sviluppo demografico unitamente a 5 fattori di influenza: sviluppo della tecnologia, sviluppo epidemiologico, trasferimento all'ambulatoriale, tasso di ospedalizzazione e degenza media. In merito allo sviluppo epidemiologico, pensiamo valga la pena considerare la tendenza indicata dall'OMS di un aumento futuro delle infezioni/virus, che possono modificare in maniera importante non solamente il tasso di ospedalizzazione ma anche la presa a carico dei pazienti. Questo influenzerebbe ovviamente anche gli altri fattori.

B. Metodologia

Pur allineandoci al procedimento generale, riteniamo necessario verificare la metodologia di raccolta dati in quanto l'attendibilità degli stessi può variare per il fatto che un solo caso può determinare più casi statistici, con il rischio di avere indicazioni differenti e fuorvianti a dipendenza da come si leggono. Particolare attenzione va dunque data alla lettura di questi numeri e alla loro contestualizzazione in base alla realtà a cui si devono riferire.

Per quanto fa riferimento alla generazione degli insiemi di dati, per definire la base per il calcolo della previsione del fabbisogno di cure, che fanno riferimento unicamente a partire dall'anno 2019, per i casi stazionari dei pazienti ticinesi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie curati in Ticino e fuori cantone, riteniamo debba essere considerata anche una valutazione empirica della situazione, con una tempistica precedente al 2019,

Swiss Medical Network Hospitals SA
Direzione Generale Regione Ticino
Via Sant'Anna 1
6924 Sorengo

frezzonico@swissmedical.net

www.swissmedical.net



SWISS MEDICAL
NETWORK

così da eventualmente correggere i risultati tenendo conto dell'esperienza maturata. In questo caso questi ulteriori fattori di influenza permetterebbero un aggiuntivo miglioramento all'efficienza del calcolo statistico.

Il metodo di previsione e orizzonte temporale parte dall'ipotesi che nel tempo l'evoluzione delle ospedalizzazioni è causata da variazioni prevedibili e dunque stimabile. Anche in questo caso riteniamo che lo "status quo" riferito al 2019 sia da completare con una valutazione empirica, che consideri possibili ulteriori fattori d'influenza esterni, come per esempio il comportamento del paziente.

Un appunto sul calcolo dell'evoluzione demografica: il modello di previsione demografica utilizzato dall'UST considera i mutamenti naturali della popolazione (nascite e decessi) e il saldo migratorio. Al fine di ottimizzare il calcolo, riteniamo importante considerare da subito anche il verosimile aumento delle nuove infezioni/virus, non solamente più virulente ma anche più frequenti e dall'altra di un importante aumento della popolazione Svizzera, dovuto ai flussi migratori, con influenza anche per la popolazione Ticinese. In questo senso il fabbisogno di cure può cambiare sostanzialmente.

Sorengo, 30 gennaio 2023

Sviluppo epidemiologico: fa riferimento alla pianificazione ospedaliera del 2012 e si basa su uno studio richiesto all'Istituto di prevenzione medica e sociale dell'Università di Berna, il quale concludeva che non ci sono sviluppi epidemiologici prevedibili e quantificabili con un effetto sul numero di casi stazionari futuri. Evidentemente oggi non possiamo non considerare gli effetti epidemiologici attuali e futuri derivanti dalla pandemia e dalle previsioni non proprio rassicuranti dell'aumento del tasso di infezioni. Questo deve far riflettere sulla futura capacità di presa a carico dei pazienti e sulla modifica dei modelli di presa a carico.

C. Fabbisogno somatico-acute

Secondo il grafico 6, evoluzione del numero di casi in valori assoluti dal 2012 al 2019, possiamo constatare che di fatto in 8 anni, il numero di pazienti trattati è quasi medesimo, se prendiamo i due estremi. All'interno di questa finestra temporale i numeri hanno invece subito una importante variazione, con un picco di oltre 60 mila casi. Non abbiamo però una spiegazione che descriva questa evoluzione e che possa darci interessanti informazioni utili per ottimizzare il calcolo del fabbisogno 2032. Riteniamo che la variazione di 3'000 casi nel periodo considerato quale picco sia già oggi un parametro da tenere in considerazione nel calcolo del fabbisogno 2023 e in modo particolare per valutare la reale capacità di presa a carico da parte delle strutture di tutti i pazienti.

Fabbisogno 2032: condividiamo il risultato dello studio condotto a livello nazionale da INFRAS il quale conferma che il sistema sanitario Svizzero non presenta delle inefficienze originate da una sotto dotazione, mentre sostiene che la sovrabbondanza di offerta comporta un'inefficienza nell'ambito delle prestazioni LAMal del settore somatico-acute stazionario del 20%, di cui il 10% è associato a dei volumi troppo elevati. Riteniamo tuttavia che questo aspetto debba essere ulteriormente approfondito nella fase di valutazione del calcolo del fabbisogno, così da poter considerare anche la necessità di completare alcuni mandati in funzione non solo del fabbisogno, ma anche della specializzazione della struttura sanitaria.

Risultati delle previsioni – fabbisogno 2023: il grafico 7 bene esprime l'evoluzione del numero dei casi, in modo particolare mettendo in evidenza i minimi e i massimi. Da parte nostra, rite-



SWISS MEDICAL
NETWORK

niamo ragionevole, in considerazione di quanto scritto sopra, invecchiamento della popolazione, aumento della popolazione, aumento delle infezioni/virus, modifica della presa a carico delle patologie, considerare oggettivamente l'aumento massimo del numero di casi, con una tendenza al rialzo già a partire dalla fascia di età 40-64 (tabella 12 – 2'318 -15.3%), una minor diminuzione dei casi per specialità (grafico 8) e la una necessità di poter contare su strutture in grado di prendere a carico i picchi.

Studio Supsi

A nostro parere, il lavoro svolto dalla Supsi, nella sua fase di analisi iniziale, non aggiunge nulla di nuovo e affronta i temi legati alla pianificazione ospedaliera, che non può fare astrazione dal concetto di visione sanitaria del territorio, in maniera superficiale e retorica. L'analisi si concentra quasi esclusivamente al settore pubblico, malgrado sia evidente l'importanza del settore privato, sia a livello Svizzero, sia Ticinese e che ha sempre contribuito alla gestione delle necessità di salute pubblica, assumendo ruoli strategici e di complementarità nei confronti del servizio pubblico, assicurando la qualità e l'economicità delle prestazioni. È pertanto limitativo e fuorviante fare una analisi senza considerare in modo più rilevante anche il settore Privato, che di fatto gioca già oggi un ruolo determinante e al quale sarà difficile rinunciare in futuro. Inoltre, se vogliamo parlare di pianificazione ospedaliera e più in generale di pianificazione della sanità, impensabile è non considerare nell'insieme anche gli altri attori presenti: medici di famiglia (da dove in realtà inizia il concetto di pianificazione), studi medici specialisti, riabilitazione, spitex, fisioterapia, ambulanze, farmacie, ecc. . Da uno Studio della Supsi e per un tema così importante, questi elementi devono essere a nostro parere concretamente considerati e approfonditi con una analisi completa e dedicata anche e soprattutto nella fase di studio e di approfondimento. Aspetti questi che troveremo invece, correttamente considerati, nelle conclusioni.

Per quanto fa riferimento ai punti 1. Origini e condizioni della pianificazione pubblica ospedaliera da parte dello Stato e 2. Il ruolo del settore ospedaliero nel sistema sanitario svizzero: non possiamo che ribadire quanto detto sopra. Anche i dati presentati non siamo sicuri corrispondano alla realtà.

3. Obiettivi della pianificazione

Anche in questo caso contestiamo l'approccio dello studio, squisitamente accademico e dove riscontriamo la mancanza totale di una valutazione territoriale e l'esclusione totale del settore privato. Difficile parlare di risposta ai bisogni della popolazione, di efficacia e sicurezza delle cure, equità nell'accesso e nel trattamento, di formazione dei professionisti e avanzamento delle conoscenze in ambito sanitario, di efficienza e sostenibilità economica e di libertà di scelta per l'assicurato e di iniziativa economica per il fornitore di cura se di fatto il ragionamento e le valutazioni rimangono circoscritte a una realtà unicamente pubblica. Siamo anche perfettamente coscienti che tutti questi legittimi obiettivi non possano essere raggiunti e garantiti, come lo vuole la legge, senza una considerazione reale e concreta del settore Privato. Uno Studio accademico non può fare astrazione dal completare la sua analisi e il suo ragionamento senza considerare anche una valutazione più ampia. Lo spessore di uno studio lo dà anche la capacità di contestualizzarlo nella realtà alla quale si riferisce.



SWISS MEDICAL
NETWORK

4. Gli orientamenti delle strategie e della politica sanitaria federali

Possiamo solamente constatare che la maggior parte degli obiettivi prefissati da Sanità 2020 sono stati raggiunti solo in parte; difficile dunque immaginare come potranno essere raggiunti quelli riferiti a Sanità 2030, senza un cambiamento sostanziale nel modo di considerare la realtà.

5. Le sfide del settore ospedaliero ticinese

L'analisi sviluppata dallo studio può in generale essere condivisa, anche se, anche in questo caso, manca un approccio globale che consideri pure lo storico dell'evoluzione del settore sanitario Ticinese. Infatti il sistema sanitario Ticinese ha saputo creare nel tempo le condizioni per la realizzazione di strutture altamente specializzate, che hanno così contribuito a consolidare un modello vincente, che ha fatto crescere la qualità delle cure. Allo stesso tempo, altre strutture si sono invece specializzate, diventando un riferimento per la popolazione e contribuendo anch'esse alla crescita della qualità delle cure, sviluppando e lavorando anche sul tema della prevenzione. Questi aspetti sono altrettanto importanti e certamente da considerare nella valutazione dell'assegnazione dei mandati in una logica di pianificazione ospedaliera che consideri il settore sanitario nella sua totalità, con tutti i servizi che hanno la capacità di contribuire a un ulteriore miglioramento della presa a carico del paziente e del cittadino.

Risorse umane: il settore ha conosciuto un aumento degli impieghi: importante è però considerare anche il fatto che lo stesso è confrontato sempre di più con la variazione delle percentuali di lavoro. Questo significa che dobbiamo valutare attentamente quanto il numero di teste e gli effettivi lavorati sono all'origine di questo aumento. Un'analisi più dettagliata è auspicabile, anche per valutare meglio il reale fabbisogno futuro di forza lavoro.

Un tema che sicuramente influenzerà in futuro le scelte politiche necessarie per assicurare una formazione adeguata e la disponibilità di personale qualificato, il più possibile indigeno.

Per quanto concerne invece la carenza di medici e la necessità di assicurare la formazione di un numero adeguato per poter garantire il naturale ricambio sul territorio (pensionamenti), pensiamo valga la pena affrontare questo tema con priorità, eliminando le evidenti contraddizioni che ancora oggi esistono.

Continuità delle cure, riduzione della variabilità clinica e appropriatezza organizzativa: il Ticino ha sicuramente saputo reagire prontamente alle differenti necessità di cure su territorio, permettendo la nascita di numerose nuove figure professionali. Questo comporta sicuramente una evoluzione positiva della presa a carico del cittadino. Dobbiamo però riconoscere che una rapida crescita e una variegata offerta complementare comportano anche una certa iniziale "disorganizzazione". Oggi i tempi sono sicuramente maturi per considerare una visione di coordinamento di queste attività, sempre in ottica di ottimizzazione delle risorse e di aumento della qualità.

Concentrazione e prossimità: per quanto concerne la concentrazione possiamo condividere l'analisi dello studio e auspichiamo una valutazione a 360 gradi, che non consideri unicamente i numeri (minimi/massimi) ma anche la reale capacità di assicurare il continuo miglioramento delle cure e dei servizi alla popolazione, con un particolare riguardo alla prevenzione. Per quanto concerne invece la prossimità, sappiamo che non per tutte le specialità è possibile assicurare servizi di qualità su tutto il territorio. Il Cardiocentro è l'esempio più eclatante: ha concentrato in un luogo specifico la sua altissima competenza e allo stesso tempo ha saputo



SWISS MEDICAL
NETWORK

far crescere sul territorio la prevenzione e la presa a carico del paziente (vedi per esempio progetto Fondazione Ticino Cuore) assicurando la protezione capillare e la democratizzazione della malattia coronarica. In considerazione alle reali difficoltà riscontrate finora con il modello attuale, per assicurare la copertura sanitaria anche a livello di prossimità, una differente valutazione delle problematiche e delle relative soluzioni dovrebbe essere promossa nel contesto della nuova pianificazione ospedaliera. Vi sono infatti anche in questo ambito delle possibili soluzioni che aumenterebbero la qualità del servizio e risponderebbero alle aspettative del territorio.

Economicità: nel 2020 la spesa sanitaria in Svizzera ha superato gli 83 miliardi di franchi, pari a circa 9'500 franchi pro-capite (UST 2022b). Siamo sicuramente concordi sul fatto che la sostenibilità economica e politica del sistema sanitario richiede un contributo a tutti i suoi settori, a tutti i suoi attori e tra questi, un ruolo decisivo spetta al settore ospedaliero che assorbe il 37% della spesa totale a livello Svizzero. Ma siamo anche convinti che per contribuire concretamente al contenimento reale dei costi, se non anche e perché no, alla loro diminuzione, sia necessario e inevitabile passare per la collaborazione tra Pubblico e Privato, favorendo e consolidando la complementarità delle attività e sviluppando il concetto di medicina integrata sul territorio. Bisogna quindi uscire dalla forma mentis attuale che punta maggiormente agli aspetti numerici e squisitamente finanziari.

Sorengo, 30 gennaio 2023

6. Conclusioni

Di tutt'altro parere ci trova confrontati con le conclusioni dello studio, che di principio possiamo sottoscrivere. Infatti, riassumendo, la pianificazione cantonale, pur avendo lo specifico obiettivo di garantire cure ospedaliere stazionarie di qualità ed economiche, che rispondano ai bisogni della popolazione residente, deve tener conto non solamente del ruolo ampio e centrale che gli ospedali svolgono nel sistema, ma anche contribuire a migliorare efficacia, equità ed efficienza del sistema sanitario complessivo, ponendo per quanto possibile e legittimo condizioni di corretta erogazione di quei servizi sanitari che sono maggiormente integrati con quelli ospedalieri stazionari. Questo approccio, oltre all'obiettivo di garantire cure di qualità, tutelando l'interesse pubblico, deve definire un orizzonte strategico per la politica sanitaria cantonale e avere il dichiarato obiettivo di preservare la sostenibilità economica del sistema.

Di tutt'altro parere ci trova confrontati con le conclusioni dello studio, che di principio possiamo sottoscrivere. Infatti, riassumendo, la pianificazione cantonale, pur avendo lo specifico obiettivo di garantire cure ospedaliere stazionarie di qualità ed economiche, che rispondano ai bisogni della popolazione residente, deve tener conto non solamente del ruolo ampio e centrale che gli ospedali svolgono nel sistema, ma anche contribuire a migliorare efficacia, equità ed efficienza del sistema sanitario complessivo, ponendo per quanto possibile e legittimo condizioni di corretta erogazione di quei servizi sanitari che sono maggiormente integrati con quelli ospedalieri stazionari. Questo approccio, oltre all'obiettivo di garantire cure di qualità, tutelando l'interesse pubblico, deve definire un orizzonte strategico per la politica sanitaria cantonale e avere il dichiarato obiettivo di preservare la sostenibilità economica del sistema.

Particolarmente interessante è la raccomandazione finale dello studio: **“Per queste ragioni, partendo da percorsi di cura frequenti e importanti/gravi, è possibile e opportuno che la pianificazione condizioni l'attribuzione dei mandati alla disponibilità degli istituti ospedalieri a partecipare fattivamente alla definizione e poi alla gestione e all'adozione di Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA).”**



SWISS MEDICAL
NETWORK

Questo apre dunque una nuova prospettiva: finora le proiezioni riferite agli anni a venire, 2035 e fino al 2050, sono frutto prevalentemente di una valutazione di dati statistici considerati come veritieri ed esplicativi della realtà sanitaria e in seguito attualizzati per poter fare una proiezione nel futuro. Nulla viene invece detto sulle possibilità di ripensare e di riflesso riorganizzare il settore sanitario attuale, pensando a un modello più efficace ed efficiente, promuovendo le collaborazioni e le sinergie tra istituti, pubblici e privati, ripartendo meglio i compiti e ridefinendo gli obiettivi. Con questo nuovo approccio, sarebbe invece possibile ottimizzare tutte le risorse, del personale, tecnologiche e finanziarie, uscendo da una logica squisitamente numerica e statica, a favore di reali economie e della crescita della qualità delle prestazioni offerte, con un chiaro cambiamento di paradigma, che faccia riferimento al concetto di medicina integrata (medico del territorio) e che consideri un punto di partenza differente, ossia mantenere in salute la popolazione e non intervenire esclusivamente per curare. In questo caso parliamo di assicurazione della Salute e non più di assicurazione della malattia.

Sorengo, 30 gennaio 2023

Rimaniamo volentieri a disposizione per eventuali chiarimenti e vi salutiamo molto cordialmente.

Fabio Rezzonico
Direttore Generale Regione Ticino