



ASSOCIAZIONE
PER LA DIFESA
DEL SERVIZIO PUBBLICO

L'EOC: UN RUOLO FONDAMENTALE NELLA SANITÀ TICINESE

Riflessioni per la futura
pianificazione ospedaliera cantonale

Analisi e proposte

BELLINZONA – MARZO 2021



“ Le leggi del mercato applicate al settore sanitario
non permettono il rispetto dei principi
della solidarietà e dell’universalità delle cure
e non permettono neppure il controllo dei costi.
La salute impegna la responsabilità dello Stato. ”

*da: Associazione per la difesa del servizio pubblico,
“L’ospedale pubblico. Fondamentale”,
ottobre 2004*

Questo documento è stato elaborato da:

(in ordine alfabetico)

Mario Alerci, Franco Cavalli, Giorgio Nosedà, Graziano Pestoni,
Beppe Savary-Borioli, Hans Stricker

Si ringrazia per la preziosa collaborazione

Marina Carobbio, Graziella Fragomele, Gina La Mantia, Tiziana Mona.

Il documento è stato approvato dal comitato
dell'Associazione per la difesa del servizio pubblico.

SOMMARIO



1. INTRODUZIONE	7
2. BREVE STORIA DELL'ENTE OSPEDALIERO CANTONALE	9
2.1 La nascita	9
2.2 Lo sviluppo	10
2.3 L'EOC cardine della Facoltà di biomedicina	11
3. IL QUADRO ISTITUZIONALE	12
4. L'EMERGENZA COVID-19	14
5. IL MULTISITO E I DUE POLI	16
6. I PRONTO SOCCORSO	21
6.1 Specializzazione in medicina d'urgenza ospedaliera	21
6.2 Organizzazione cantonale	22
6.3 Missioni	23
6.4 Processi di presa a carico	23
6.5 Soluzioni proposte	23
7. IL PERSONALE INFERMIERISTICO	27
8. IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO	29
9. CONCLUSIONI	31
10. SINTESI DELLE PROPOSTE	32
A. Proposte per l'EOC	32
B. Proposte a livello politico	33

* per non appesantire il documento i termini al maschile usati nel documento valgono anche per il femminile

1. INTRODUZIONE



Non è la prima volta, anche negli anni recenti, che assistiamo ad una pandemia. Di solito colpiti sono però stati paesi lontani da noi, in Africa, America latina e in Asia. Molti esperti avevano tuttavia avvertito ripetutamente che una crisi pandemica avrebbe potuto colpire anche paesi europei, e quindi anche la Svizzera. Furono inascoltati.

La gestione degli ospedali pubblici, diversi anni fa, cominciò a scimmiettare quella dei privati. I fattori di costo divennero determinanti per qualsiasi scelta. Perfino ai medici fu proposto uno stipendio in base alle prestazioni, in manifesta contraddizione con i principi del servizio pubblico, secondo i quali a prevalere devono essere i bisogni del paziente e non i risultati finanziari. I progressi della medicina hanno permesso, in molti casi, una riduzione dei giorni di degenza e del numero dei posti letto. Il cambiamento del sistema di finanziamento ebbe tuttavia parecchi effetti negativi. Venne introdotto il cosiddetto forfait per caso (DRG / Diagnosis Related Groups). La permanenza dei pazienti in ospedale non è più dettata dai suoi bisogni, bensì dai parametri finanziari. Anche in Ticino, quindi, l'ospedale pubblico conosce qualche difficoltà, accentuata dalla concorrenza delle cliniche private, le quali, contrariamente all'ospedale pubblico,

possono scegliere le prestazioni redditizie. Come se ciò non bastasse, ci furono tentativi di cedere ulteriori attività ai privati, fortunatamente bocciati dal popolo. Come vedremo più avanti, contrariamente a quanto si vuol far credere, queste scelte sono in contrasto con una medicina di alta qualità e nello stesso tempo di prossimità territoriale. Inoltre, le reticenze dell'EOC a sviluppare una medicina ambulatoriale ha permesso lo sviluppo di centri medici specialistici a scopo di lucro.

È in questo contesto che scoppia l'emergenza Covid-19. I piani per la pandemia esistevano, ma non erano stati applicati. Non erano state create le previste riserve di materiale. Non c'erano mascherine e nemmeno un numero sufficiente di medicinali e di strumenti sanitari. C'è mancato poco che si dovesse scegliere chi curare e chi lasciar morire. Una situazione indegna di un paese ricco, dove molti si arricchiscono anche con la medicina e dove i medicinali sono venduti a prezzi esorbitanti rispetto a molti altri paesi (basti l'esempio di quelli dell'epatite C, venduti in Svizzera a 100'000 franchi e all'estero a 1'500 franchi, ben 66 volte più cari).

Il personale delle strutture socio-sanitarie, in questo periodo, ha dimostrato che la sua scelta professionale era fondata su profondi principi etici. Medici*, infermieri*, tecnici*, il personale delle strutture d'appoggio dalla cucina al servizio di pulizia tutti hanno svolto un lavoro incredibile. Non pochi fra di loro hanno contratto il virus . Va sottolineato che, fatta eccezione per qualche incidente di percorso, la maggior parte delle istituzioni ha svolto un lavoro encomiabile.

Questo documento è stato elaborato con la collaborazione di esperti, medici, infermieri, specialisti del settore pubblico. Dopo una breve descrizione storica e istituzionale dell'Ente ospedaliero cantonale (EOC) e del suo ruolo durante la pandemia, procede ad un'analisi critica del suo funzionamento e del sistema di finanziamento. Infine, in un'ultima parte elenca le proposte ritenute indispensabili per il mantenimento, e dove è il caso, al ripristino di una medicina ospedaliera e territoriale di qualità.

2. BREVE STORIA DELL'ENTE OSPEDALIERO CANTONALE



2.1 La nascita

Il 20 dicembre 1982 il Gran Consiglio adottava la “Legge sugli ospedali pubblici”, che prevedeva quale struttura portante l’istituzione di un ente di diritto pubblico denominato “Ente ospedaliero cantonale (EOC)”.

La precedente “Legge concernente il coordinamento e il sussidiamento degli ospedali d’interesse pubblico, del 1963, non permetteva un’efficace azione di pianificazione. La qualità della medicina era piuttosto scadente. In Gran Consiglio qualcuno parlò di “Medioevo della sanità ticinese” e un detto popolare recitava che “il miglior medico del Ticino era il treno per Zurigo”.

Solo l’Ospedale Civico era pubblico (della Città di Lugano), mentre tutti gli altri appartenevano a varie fondazioni private, gravate da pesanti debiti.

La difficile situazione finanziaria del settore ospedaliero all’inizio degli anni ottanta richiedeva pertanto interventi urgenti di risanamento da parte dell’ente pubblico.

Con la creazione dell’EOC la proprietà e la gestione degli ospedali in Ticino diventava così pubblica, attraverso un ente autonomo del Cantone, con il doppio finanziamento pubblico da parte del Cantone e

dei Comuni e con lo scopo di garantire alla popolazione i servizi medici necessari e la formazione continua del personale medico e paramedico.

La Legge definiva due categorie di ospedali: regionali e di zona.

Nei quattro ospedali regionali: Bellinzona, Locarno, Lugano – con due sedi: Civico e Italiano – e Mendrisio veniva garantito lo stesso livello di cure di base nelle specialità principali di medicina, chirurgia, ginecologia / ostetricia e pediatria, oltre al pronto soccorso e alle cure intense. Agli ospedali di Bellinzona e di Lugano veniva assegnata la possibilità di istituire servizi di altre specialità.

Gli ospedali di zona erano previsti per Leventina, Blenio, Valle Maggia e Malcantone (questi due ultimi dismessi negli anni successivi), con un reparto di medicina generale e posti letto anche per cure di convalescenti e lungodegenti, assicurando nelle aree periferiche del Cantone, con i rispettivi Pronto Soccorso, prime misure diagnostiche e terapeutiche.

In Commissione ospedaliera era allora stato deciso di non incorporarvi l’Ospedale Neuropsichiatrico Cantonale (ONC), pur affermando che “l’istituzione di reparti psichiatrici negli ospedali di interesse pubblico, prevista dalla Legge socio-psichiatrica,

potrà essere decisa dall'Ente ospedaliero cantonale su proposta del futuro Consiglio psico-sociale cantonale".

Il Partito Socialista Autonomo (PSA) aveva sottoposto al Parlamento un Rapporto di minoranza con la proposta di istituire Poliambulatori aggregati agli ospedali regionali, proposta respinta a maggioranza dal Gran Consiglio.

Quasi vent'anni dopo, il 9 dicembre 2000, il Gran Consiglio approvava una modifica della Legge del 1982 per "consentire all'azienda di essere più flessibile e al Consiglio di amministrazione di essere più operativo". Con questa legge i compiti dell'EOC sono definiti nel contratto di prestazione, stipulato tra Stato e EOC nell'ambito della pianificazione ospedaliera cantonale. La nuova legge prevede lo strumento del contributo globale: da un sistema basato sulla copertura del deficit si è così passato a un sistema basato sulle prestazioni fornite dall'EOC, con un ammontare massimo non superiore al 18% dell'imposta cantonale dell'anno precedente.

Nel 2015 il Consiglio di Stato propose un passo indietro, ossia la privatizzazione parziale dell'EOC, in particolare del Civico e della Carità. La decisione del Gran Consiglio fu contestata da un referendum popolare e la proposta fu respinta nel giugno 2016.

2.2 Lo sviluppo

Da metà degli anni 2000 l'EOC ha sviluppato il progetto di Ospedale multisito.

Il punto di forza dell'ospedale multisito è la dislocazione delle sue sedi su tutto il territorio cantonale. Questo permette al paziente di essere ricoverato e di ricevere tutte le cure necessarie e con elevata competenza indipendentemente dal punto d'accesso alla struttura ospedaliera dell'EOC. Ogni ospedale è infatti un punto di accesso all'intera struttura ospedaliera e alle specializzazioni offerte.

L'ospedale multisito EOC offre un valore aggiunto dato dalla capacità di risolvere i problemi clinici dei pazienti grazie all'approccio interdisciplinare, all'insieme delle competenze esistenti all'interno della struttura ospedaliera, alle collaborazioni con partner esterni e all'accesso permanente a tutti i servizi di cura.

Inoltre, esso promuove la realizzazione di strutture dipartimentali interospedaliere, come l'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI), l'Istituto di Pediatria e Neonatologia, il Neurocentro, l'Istituto di Scienze farmacologiche e ha incorporato l'Istituto cantonale di patologia e l'Istituto cantonale di microbiologia.



Ad esempio, l'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana (IOSI) raggruppa in un'unica struttura organizzativa tutte le specialità non chirurgiche che all'interno dell'Ospedale multisito EOC si occupano di tumori. Lo IOSI è basato sul modello del "Comprehensive Cancer Centre", anche se la sua struttura è adattata alla realtà del Ticino, coprendo in modo trasversale tutto l'Ospedale multisito EOC. Lo IOSI raggruppa quindi le specialità che si occupano di diagnosi, terapia e ricerca nell'ambito delle malattie tumorali.

Il Cardiocentro Ticino è diventato parte dell'EOC nel gennaio 2021.

Nel corso degli anni sono inoltre stati creati negli ospedali regionali numerosi centri specialistici, vale a dire unità operative che riuniscono competenze cliniche orientate a un problema clinico, possibilmente di rilevanza multidisciplinare, ad esempio i Servizi di nefrologia e emodialisi, il Dipartimento di chirurgia, i Centri cantonali di fertilità, di senologia, di nutrizione clinica e diabetologia. I centri sono gestiti e coordinati in maniera centralizzata.

2.3 L'EOC cardine della Facoltà di biomedicina

Oltre alla qualità della diagnostica e terapia, punti di forza dell'EOC sono la ricerca clinica nei vari reparti e servizi, che trova conferma in numerose pubblicazioni nelle migliori riviste scientifiche internazionali, e la formazione continua di medici, di studenti e del personale infermieristico. Questo positivo e importante sviluppo permette ora all'EOC di essere uno dei cardini della nuova Facoltà di scienze biomediche dell'USI, nata nel 2014 con l'obiettivo di contribuire alla soluzione di un urgente problema nazionale: la penuria di medici formati in Svizzera.

La Facoltà propone un Master in medicina umana (triennio di formazione clinica) a partire dal settembre 2020, nel quadro di una collaborazione con l'ETH Zürich e l'Università di Basilea per il Bachelor e con l'Ente ospedaliero cantonale, cliniche private e studi medici del Canton Ticino per la formazione al letto del paziente durante due giorni per settimana.

Alla Facoltà sono affiliati l'Istituto di ricerca in biomedicina (IRB), attivo nel campo dell'immunologia e della biologia cellulare e l'Istituto oncologico di ricerca (IOR), che opera nei settori della biologia dei tumori, della genomica, dell'oncologia molecolare e delle terapie sperimentali. Entrambi hanno sede sul campus di Bellinzona.

3. IL QUADRO ISTITUZIONALE

Indubbiamente l'EOC si muove in un quadro istituzionale più difficile rispetto ad una quindicina di anni fa. Difatti mentre inizialmente la LAMal era piuttosto favorevole al settore pubblico (nessun sussidio alle cliniche private), ognuna delle seguenti revisioni ha, a poco, a poco aumentato il grado di privatizzazione del sistema sanitario, puntando sempre di più sulla concorrenza (un non senso in quanto come noto il sistema sanitario è retto dall'offerta e non dalla domanda) ed arrivando con la revisione della LAMal del 2012 ad introdurre addirittura il finanziamento pubblico anche delle cliniche private. Quest'ultimo costa al Ticino tra i 110 e 130 milioni all'anno ed ha permesso alle cliniche private di lanciare una vera e propria "campagna acquisti" di molti medici dell'EOC, offrendo loro retribuzioni superiori a quelle che l'ente pubblico può permettersi. La fuga di molti medici è anche il risultato di una politica inadeguata dell'EOC nei confronti dei medici. Quest'ultima revisione ha oltretutto introdotto quale principio del finanziamento ospedaliero il sistema forfettario DRG (Diagnosis Related Groups / forfait fisso per ogni intervento o malattia), con un modo di calcolo che tendenzialmente riduce ogni anno questi forfaits. La conseguenza di questo tipo di finanziamento è che le istituzioni ospedaliere, per far quadrare i conti, cercano da una parte di ridurre al minimo i giorni di degenza ospedaliera per

ogni caso (trasferendo una buona parte dei costi sul settore ambulatoriale - che è finanziato principalmente attraverso i premi casa malati e quindi non proporzionale al reddito) e dall'altra di aumentare il numero delle persone (casi) ospedalizzate. Si assiste quindi ad un turnover/avvicendamento di pazienti a ritmo accelerato con grande aumento della pressione soprattutto sul personale infermieristico. I DRGs sono oltretutto una delle cause che ha provocato un'esplosione dei compiti burocratici di tutto il personale sanitario, e un aumento progressivo del personale impiegato in ambito amministrativo. Quest'evoluzione si riflette molto bene nei conti dell'EOC: sono in aumento i costi amministrativi, e quelli per il settore medico (aumenti salariali per fronteggiare la campagna acquisti delle cliniche private, introduzione del tempo lavorativo di 50 ore per i medici assistenti e capoclinica, creazione di nuovi posti di medici sub-specialisti, ecc.). Diminuisce invece la quota dedicata al personale infermieristico. Questa è una fra le ragioni dell'insoddisfazione che regna in modo sempre più palpabile tra infermiere e infermieri: non solo le loro condizioni di lavoro tendono ad aggravarsi, ma per le ragioni finanziarie succitate c'è in pratica un blocco delle nuove assunzioni. L'evoluzione delle cure e l'emergenza Covid-19 lo ha ampiamente dimostrato, esigerebbe un aumento del numero e del riconoscimen-



to del grado di competenza del personale infermieristico. Sarebbe auspicabile che le forze politiche del Cantone si accordassero per riuscire a formulare un'iniziativa cantonale da sottoporre alle autorità federali, con la quale richiedere una nuova modifica della LAMal, che sospenda il finanziamento delle cliniche private e che assicuri una migliore copertura dei costi degli ospedali pubblici.

Ci sono comunque, nell'ultimo decennio, anche sviluppi positivi. Da sottolineare la creazione della nuova Facoltà di scienze biomediche all'Università della Svizzera italiana (USI), che dovrebbe rafforzare la posizione dell'EOC quale ospedale universitario, garantendogli perciò anche

nuovi finanziamenti. La Medical Master School inoltre richiederà all'EOC una riorganizzazione più rapida di quanto sia stato fatto negli ultimi anni, per ogni settore (medicina, chirurgia, ginecologia, pediatria, eccetera) sarà infatti fondamentale introdurre un sistema dipartimentale basato sul modello organizzativo dell'Istituto Oncologico della Svizzera Italiana. Positivo inoltre che all'interno della SUSPI ci sia un Master per infermiere/i specializzate/i (APN-Advances Nurse Practitioners) e che da parte del Consiglio di Stato sono state recepite una buona parte delle richieste avanzate con l'iniziativa popolare "Per la qualità delle cure".

4. L'EMERGENZA COVID-19

I due mesi della primavera 2020 che hanno visto un ospedale pubblico (e uno privato) interamente dedicati ad accogliere e curare i pazienti affetti da COVID-19 hanno fornito vari insegnamenti ed esperienze che potrebbero essere fondamentali per una ridefinizione del concetto della futura sanità pubblica ticinese.

Il successo degli sforzi tendenti ad affrontare una crisi non pianificabile, con elementi sconosciuti sia a livello epidemiologico (non poteva esserci chiarezza sul numero dei possibili pazienti) sia medico (visto che si trattava di una malattia sconosciuta con effetti finora mai visti in tale misura), è stato determinato dalla somma di vari e singoli fattori. Elemento fondamentale è stato lo sforzo collettivo di persone che avevano come obiettivo unico quello di riuscire a gestire i problemi logistici e sanitari causati dall'afflusso di un numero elevato di pazienti con una malattia potenzialmente mortale. Da qui la convinzione che la riuscita dipendeva dallo sforzo individuale, a tutti i livelli (servizio tecnico, cucina, pulizia, personale infermieristico in cure intensive e nei reparti, team di pronazione/postura, risorse umane, gestione strategica e tattica, medici specialisti e non). L'obiettivo di cura era chiaro, tutto quello che poteva intralciare lo svolgimento del lavoro andava evitato; in particolare, la burocra-

zia è stata ridotta al minimo, mentre lo scambio di idee tra i vari partecipanti è stato essenziale e praticato in ogni istante. Si è instaurata una gerarchia piatta, nella consapevolezza che i contributi di tutti i professionisti indistintamente erano importanti e una condizione sine qua non. In ambito ampio, questa collaborazione indispensabile per la buona riuscita vi è stata anche con il personale del settore privato (Clinica Moncucco).

Quali le premesse che ci hanno permesso di superare la crisi sanitaria? Per il Ticino è stata vincente una sanità pubblica basata sul multisito, e avente in prima linea una rete di medici di famiglia in grado di seguire una parte dei pazienti direttamente a casa, evitando di intasare i vari Pronto Soccorso degli ospedali e ospedalizzazioni non necessarie. A livello degli ospedali pubblici, il multisito (quello vero, con ospedali che dispongono di Cure Intense ed il rispettivo personale formato) ha permesso di designare un nosocomio come Ospedale COVID, e di aumentare il personale sottraendolo in parte dagli altri ospedali non-COVID. Essenziale è stata la presenza di un nucleo funzionante all'interno dell'Ospedale di Locarno attorno al quale si sono raccolti colleghi e colleghe dalle altre strutture, prendendo in parte la leadership come p. es. in Cure Intensive.



Perché queste esperienze sono importanti per la futura pianificazione ospedaliera? L'esempio della vicina Lombardia ha dimostrato cosa capita quando l'assieme della struttura ospedaliera viene centralizzata e contemporaneamente in gran parte privatizzata. La pianificazione in Lombardia negli ultimi anni ha portato ad una situazione dove le strutture sanitarie periferiche non erano integrate, con un sistema in crescente privatizzazione focalizzato sulle prestazioni più remunerative. Quando il contagio in Lombardia si rivelò impossibile da contenere, e la medicina territoriale non fu più in grado di arrestarlo, i rinomati ospedali lombardi dovettero diventare la prima linea nella lotta all'epidemia. Ma tante settimane erano andate perse con un elevato numero di morti. Uno degli elementi identificati per spiegare il dramma dell'epidemia in Lombardia, a differenza p. es. del Veneto, è un sistema sanitario concentrato su ospedali e poli di eccellenza che da tempo trascura il territorio (<https://www.ilpost.it/2020/05/04/pandemia-coronavirus-lombardia/>).

Le lezioni da trarre in vista della futura pianificazione ospedaliera è di capire l'importanza di una rete sanitaria funzionante, che non deve essere concepita basandosi su una "cattedrale nel deserto" in veste di Ospedale Cantonale, con il resto delle strutture "multisito" ridotte a fornitori di pazienti (triage/smistamento nei Pronto Soccorso) e concepite come strutture di basso livello/post-acuto. Ci si priverebbe nel caso di nuove situazioni di epidemia di una libertà di manovra indispensabile (verrebbe a mancare la possibilità di attingere alle risorse descritte sopra).

Nella prassi quotidiana vi sarebbe un calo di qualità della medicina sull'assieme del territorio, associata ad una diminuita attrattività per medici e personale infermieristico e un ricorso limitato a strutture ambulatoriali presenti sul territorio. Ci si troverebbe inoltre confrontati con un grosso problema nella formazione di studenti prevista nell'ambito del Master in Medicina iniziata in autunno del 2020.

5. IL MULTISITO E I DUE POLI

L'EOC, come abbiamo visto, la legge di riforma degli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982, all'inizio, ha costituito un'organizzazione mantello che sovrintendeva all'amministrazione degli ospedali pubblici del cantone, i quali agivano come in una sorta di federazione. Riconosceva già allora quattro ospedali regionali, Ospedale San Giovanni, Civico Lugano, Ospedale di Locarno e Ospedale Beata Vergine Mendrisio, e ospedali di zona, quali Ospedale di Faido, Ospedale di Acquarossa, Ospedale di Vallemaggia (quest'ultimo più tardi riconvertito in istituto di cura) e Ospedale di Castelrotto. Fra i quattro ospedali regionali due erano riconosciuti come ospedali centrali OSG di Bellinzona e l'OCL di Lugano, nei quali sarebbero confluite le specialità più complesse.

Il 19 dicembre 2000 la nuova legge assegna all'EOC un ruolo più preminente, come ente parastatale di diritto pubblico con autonomia gestionale ed operativa, mantenendo invariata l'impostazione dei due poli principali OSG e OCL, citati prima. In pratica l'ente assume una struttura più accentratrice, verticistica, e nasce proprio in quel periodo il concetto di ospedale multisito che arriva sino ai nostri giorni. Tale concetto implica l'esistenza delle strutture di prossimità che sono i vari istituti, dai quali accedono i pazienti, che poi possono essere trasferiti, se necessario, verso il centro specializzato di riferimento, che si trova

sempre all'interno delle strutture dell'EOC, o più raramente fuori cantone. Come ben evidenziato nel capitolo precedente, questa organizzazione si è rivelata e si sta rivelando molto utile nella gestione dell'attuale momento pandemico.

Ciononostante il modello multisito viene criticato. Da più parti si invoca la costituzione di un ospedale cantonale unico di riferimento, soprattutto adducendo motivi di ottimizzazione delle cure e di un concetto d'economia di scala. Su quest'ultimo concetto di carattere economico va detto che esperienze, fatte sia in Svizzera sia all'estero, dimostrano che nel settore ospedaliero non funziona. Tale tipo di impostazione, con ospedale cantonale unico di riferimento, porterebbe ad una perdita di un importante patrimonio organizzativo che oggi è in grado di assicurare sia le cure di prossimità, sia l'accesso alle alte specialità complesse, grazie alla capillare distribuzione sul territorio. Un altro rischio insito in tale scenario, con ospedale cantonale unico, è che questo risucchi una grande parte delle risorse finanziarie disponibili a detrimento delle strutture periferiche e di prossimità.

Le critiche rivolte al modello multisito sono in parte imputabili anche alla gestione che di esso ha fatto fino ad ora l'EOC stesso.



La dicitura “multisito” viene mantenuta nelle dichiarazioni dell’EOC, anche se il significato de facto è cambiato, di pari passo con il “downgrading/ declassamento” in corso delle strutture non centrali (Locarno e Mendrisio, oltre ad Acquarossa e Faido). In effetti, in una perizia del 6 giugno 2013 confezionata da parte di cinque primari in parte emeriti dell’EOC (Cavalli, Marone, Moccetti, Mombelli e Nosedà), commissionata dal consiglio di amministrazione, gli autori affermavano testualmente: *“D’altra parte bisogna riconoscere che per intanto il concetto di ospedale multisito è stato realizzato solo parzialmente e che, per così dire, l’EOC si trova a metà del guado”*. Da allora la situazione non è di molto cambiata... anzi.

Il modello di ospedale multisito che l’EOC ha applicato sino ad ora è quello della ruota, con il centro costituito dal mozzo o perno (hub) e la periferia dai raggi (spokes). In pratica prefigura già il modello di ospedale cantonale di riferimento. Il problema costituito da questo modello è che se le risorse passano continuamente dalla periferia (i raggi) verso il centro (il mozzo) la periferia si indebolisce continuamente, con la conseguenza che i raggi diventano sempre più fragili, e la ruota quindi collassa. Ne risulta un probabile spostamento dei pazienti verso il settore privato che subentra là dove

si riscontrano competenze mancanti degli istituti pubblici periferici.

Il modello di ospedale multisito dovrebbe meglio ispirarsi ad un orologio, con i suoi ingranaggi che contribuiscono in egual misura ed in modo integrato al movimento delle lancette del quadrante. Di conseguenza, le strutture periferiche non dovrebbero fungere soltanto da luogo di triage/smistamento e da fornitori di pazienti per il centro, ma dovrebbero mantenere una funzione autonoma nel contesto della medicina acuta, così come identificati nella legge del 1982. È importante mantenere la possibilità di attribuire pure all’Ospedale di Locarno e alla Beata Vergine di Mendrisio dei mandati cantonali in alcuni ambiti specifici, pur continuando a riconoscere i due poli principali, OSG e OCL dove concentrare le specialità e gli aspetti più complessi e la MAS (Medicina altamente specializzata), regolamentata a livello federale.

Volendo entrare più nel dettaglio, si potrebbe prefigurare una distribuzione di tale tipo: all’Ospedale Civico di Lugano si attribuiscono la traumatologia e ortopedia complessa con il politrauma, la patologia vascolare, cardiaca e il neurocentro, l’Ospedale La Carità di Locarno diventa centro di riferimento cantonale per le malattie infettive, traendo spunto dall’esperienza di questo periodo, all’OBV di Mendrisio si costituisce un polo

per la endocrinologia, malattie metaboliche e diabete, infine all'Ospedale San Giovanni di Bellinzona si concentrano le specialità oncologiche e pediatriche, con il centro donna-madre bambino.

Resta inteso che specialità di base come medicina, chirurgia con traumatologia all'eccezione del politrauma ortopedia, ginecologia-ostetricia, pediatria e cure intensive debbano essere garantite nei quattro siti principali. In sostanza, sempre citando la perizia del 2013 si tratta di *"centralizzare tutto quello che deve essere centralizzato e nel lasciare decentralizzato, quindi*

in prossimità, ciò che può esserlo". Per esempio un chirurgo viscerale negli ospedali di prossimità (sempre intesi come ODL e OBV) dovrebbe quindi poter operare tutto quello che fa parte del catalogo che deve sapere uno specialista di chirurgia viscerale (https://www.siwf.ch/files/pdf20/viszeralchirurgie_version_internet_d.pdf). Nella discussione Centralizzazione vs. Prossimità, a favore della concentrazione di un numero più alto possibile di mandati/interventi in una struttura sola, vengono utilizzati argomenti che meritano di essere messi a confronto con critiche puntuali, come fatto in seguito.

Argomenti sulla centralizzazione:

A favore	Risposta
Aumenta la massa critica quindi aumenta la qualità.	Non c'entra con la massa critica, che viene acquisita durante la formazione di un medico (expertise), ma è il risultato della sub-specializzazione, che richiede più medici, realizzabile solo con un'organizzazione centralizzata. La massa critica in sé non è da sola garanzia di qualità, meglio l'utilizzo di altri parametri tipo "mortality/morbidity".
Aumenta l'attrattività come posto di lavoro per operatori sanitari	È vero per il Centro, ma a scapito di una diminuita attrattività della Prossimità
Aumenta l'expertise/qualità nel Centro	È vero per il Centro, ma a scapito di una diminuita expertise a livello della Prossimità
Favorisce la qualità d'insegnamento per la formazione di studenti, assistenti, capo-clinica	È vero per il Centro, ma a scapito di una diminuita qualità a livello della Prossimità e della formazione per medici generalisti e di famiglia
In compenso in Prossimità sarà favorita l'attività ambulatoriale	Questo assetto è poco attrattivo per chi opera in Prossimità (p. es. chirurgia)
Aumenta l'importanza del polo sanitario di prossimità	Rischio di perdita di qualità e attrattività per la Prossimità



L'EOC deve affermare anche in futuro il suo ruolo centrale nella sanità ticinese seguendo una linea guida di equilibrio tra centralizzazione e prossimità. L'equilibrio si raggiunge grazie alla distribuzione territoriale delle strutture ospedaliere che abbiano chiare definizioni dei rispettivi ambiti di attività. Da una parte mantenendo, e se del caso potenziando, quelle strutture che sono in grado di offrire le cure di prossimità molto apprezzate dai pazienti come dimostrano regolarmente le inchieste in merito alla soddisfazione dei pazienti, dall'altra offrendo contemporaneamente, nella stessa organizzazione ospedaliera, possibilità di trattamenti ultra-specialistici che richiedono un'alta concentrazione per poter raggiungere adeguati risultati.

Chiave fondamentale per arrivare a tali risultati appare un riassetto organizzativo della conduzione clinica nei vari ospedali che preveda l'introduzione di dipartimenti clinici gestionali per ogni disciplina. Vale a dire una organizzazione unitaria per i vari siti con un capo dipartimento trasversale che garantisca una equilibrata gestione sul territorio. Da tale modello si potrebbe poi passare anche alla formazione di primariati unici trasversali nei vari ospedali con una visione di insieme imparziale e non settoriale, che assicurino una gestione equilibrata. Tutto ciò avrebbe il grande vantaggio di superare la ormai annosa questione della

contrapposizione tra Sopra e Sottoceneri, portare ad una unificazione delle casistiche cliniche ospedaliere, con benefici accresciuti per quanto riguarda le competenze specialistiche e l'esperienza, e a una chiara visibilità e riconoscimento dei ruoli anche nei confronti del territorio. Il modello IOSI può servire da esempio a riguardo.

Tutto questo tende anche a trovare una giusta e adeguata coordinazione con l'istituzione che si è di recente realizzata nel nostro cantone, vale a dire la MMS (Medical Master School). Come in ogni facoltà di medicina, i professori ordinari devono essere uno per ogni specialità, e la creazione dei dipartimenti o primariati unici all'interno dell'EOC potrà agevolare la logica applicazione di tale modello. Verrà così favorita non solo l'unicità di metodo per l'insegnamento universitario "ex cathedra", ma anche percorsi formativi pratici, nei vari reparti e al letto del malato, coordinati e agevoli per chi studia.

Cruciale sarà individuare per le posizioni di vertice persone competenti e attenti ai valori del Servizio pubblico, cosa che purtroppo in passato non sempre è avvenuta. Il modello di ospedale multisito, con la combinazione degli elementi di centraliz-

zazione e prossimità che lo caratterizzano rappresenta, per chi studia, un enorme valore aggiunto rispetto ai centri di oltralpe. In Ticino potranno venire a contatto sia con la medicina di punta, e quindi con casi interessanti ma rari e complessi, sia con patologie più semplici, magari banali, ma che corrispondono a ciò che più di frequente può capitare nella pratica medica quotidiana. Si tratta di una importante componente formativa, non molto presente nei grandi centri universitari svizzeri che tendono a concentrarsi solo sui casi gravi e complessi. Le competenze adeguate per questo tipo di insegnamento si acquisiscono negli ospedali regionali che non vanno quindi ridimensionati.

Il quadro non sarebbe completo senza far riferimento alle sedi di valle (Acquarossa e Faido), in particolare dopo la riuscita dell'iniziativa popolare "Per cure mediche e ospedaliere di prossimità" del 2017, che ha raccolto più di 14'000 firme, ma ancora in attesa della sua concretizzazione a livello parlamentare. L'iniziativa propone anche la valorizzazione di queste strutture sanitarie periferiche ai fini della formazione di medici generalisti. Nella realtà odierna i due ospedali hanno subito un importante ridimensionamento seguendo le indica-

zioni dell'ultima Pianificazione ospedaliera cantonale (POC) approvata nel dicembre 2015, ma che è poi stata bocciata dal tribunale amministrativo federale con sentenza del 25 febbraio 2019. I letti di medicina acuta in tali ospedali sono stati fortemente ridotti, in entrambe le sedi, sotto il limite della sostenibilità sia in termini di prestazioni sanitarie sia in quelli di un corretto investimento di mezzi. I letti RAMI attribuiti ad Acquarossa sono stati dichiarati dalla stessa sentenza contrari al diritto federale. Ci troviamo quindi di fronte a un cantiere assolutamente aperto.

Nel suo contributo sul "Il Caffè" del 17 agosto 2014 ("Perché serve l'ospedale ad Acquarossa") Gianfranco Domenighetti ha sottolineato i vantaggi di tali strutture che alleviano la pressione su Pronto Soccorso e reparti di Bellinzona, a un costo nettamente inferiore. (http://www.caffe.ch/stories/politica/47822_perche_serve_l_ospedale_ad_Acquarossa/).

L'auspicio è che la nuova POC, che dovrà essere varata prossimamente in sostituzione di quella affossata dal TAF, possa accogliere queste istanze e riassegnare a tali strutture un ruolo più appropriato in accordo che le esigenze sanitarie di tutto il Cantone.

6. I PRONTO SOCCORSO



Tutte le riflessioni che trovate in questo documento sono riferite ai servizi di Pronto Soccorso adulti (età > 16 anni).

Questa definizione tratta dal programma di formazione approfondita in medicina d'urgenza ospedaliera dovrebbe definire il perimetro di competenza dei servizi di medicina d'urgenza e Pronto Soccorso (di seguito PS).

"La médecine d'urgence hospitalière est en premier lieu pratiquée dans les services d'urgence ou centres d'urgence des hôpitaux. En principe, le mandat de prestations d'un service d'urgence doit tenir compte de son environnement et est donc spécifique au lieu. Le triage, le diagnostic d'urgence, le traitement d'urgence et le transfert des patientes et patients constituent les tâches communes de tous les services d'urgence. La médecine d'urgence comprend en outre la compétence de planification pour faire face à la variabilité de la demande de prestations et gérer les situations inhabituelles au service d'urgence. Ces tâches représentent l'essence même de la médecine d'urgence et la délimitent par rapport à d'autres spécialités médicales."

In realtà la medicina d'urgenza ospedaliera si trova, in Ticino come nel resto della Svizzera, a far fronte ad altre esigenze non più coperte in maniera soddisfacente da altri partner sul territorio. Si intende nello specifico la gestione delle problematiche legate alla medicina di base e di prossimità, in particolare nelle regioni periferiche e per

determinate fasce di popolazione (giovani, migranti, persone in situazione socio-economica precaria) e che non sono più inserite nel sistema sanitario "classico" basato principalmente sui medici di base o di famiglia.

6.1 Specializzazione in medicina d'urgenza ospedaliera

La specializzazione in medicina d'urgenza a livello svizzero è costituita da un certificato di formazione approfondita (Schwerpunkt) da compiere dopo l'ottenimento di un titolo di specialista in medicina interna, chirurgia, ortopedia-traumatologia, pediatria, anestesia o cardiologia. Attualmente la maggioranza dei titolari di questo titolo di specializzazione hanno una formazione di base di medicina interna.

La tendenza a livello nazionale mostra un costante incremento lineare di circa il 3-5% annuo (più marcato nelle regioni "latine" del paese) delle consultazioni in pronto soccorso. Questa tendenza si riscontra anche a livello ticinese. I PS dell'EOC hanno registrato per il 2019 circa 95'000 consultazioni di pronto soccorso generale alle quali si aggiungono circa 40'000 prestazioni di pronto soccorso specialistico (pediatria, ginecologia-ostetricia e oftalmologia).

Per quanto attiene agli accessi nei PS è da notare che solo il 5% di questi (8% al Civico di Lugano) sono costituiti da reali emergen-

ze vitali (grado 1). Un altro 20% è composto da urgenze mediche comprovate (grado 2) mentre la stragrande maggioranza è rappresentato da situazioni di urgenza differibile o di nessuna urgenza (gradi 3 e 4).

La destinazione dei pazienti dopo la visita in PS è nel 75% dei casi circa il rientro a domicilio mentre solo $\frac{1}{4}$ dei pazienti necessita di un ricovero ospedaliero.

Se per i settori dell'area chirurgica (chirurgia generale e ortopedia-traumatologia) il PS rappresenta il punto d'accesso per circa il 35-40% dei pazienti (l'attività restante è costituita dall'elettivo), per il settore internistico questa percentuale è superiore al 90%. Dalla disponibilità d'accesso e dalla qualità della presa a carico iniziale dipende quindi tutta l'attività internistica degli ospedali dell'EOC. Questa attività internistica nella presa a carico di casi "banali" rappresentano comunque un fattore economico importante per l'ospedale e non dovrebbe essere lasciato alle strutture private.

6.2 Organizzazione cantonale

L'avamposto della medicina d'urgenza in Ticino è rappresentato dalla FCTSA (Federazione Cantonale Ticinese Servizi Autoambulanza) che comprende i servizi autoambulanze del Ticino e del Moesano con la base Ticino della Rega e la centrale d'allarme sanitario "144/Ticino Soccor-

so", con strutture organizzative autonome rispetto alle strutture ospedaliere, ma con la funzione di braccio prolungato del Pronto soccorso sul territorio. La centrale "144/Ticino Soccorso" gestisce i mezzi di pronto intervento sanitario, i servizi medici e le farmacie di picchetto. Al suo personale specializzato incombe un ruolo di pre-triage/smistamento, codificato dal sistema "MPDS" (Medical Priority Dispatch System) e dalle direttive della commissione medica della FCTSA (medcom/fctsa), organo misto tra i direttori sanitari dei servizi di soccorso pre-ospedaliero e rappresentanti ospedalieri delle discipline maggiormente interessate dalle urgenze. Esistono delle direttive per la destinazione di determinate patologie/indici di gravità, dei protocolli di presa a carico pre-ospedaliera, gli "AMD" (Atti Medici Delegati) e procedure standardizzate di annuncio e consegna al PS, documenti emanati dalla medcom/fctsa che vengono periodicamente revisionati e aggiornati e che sono vincolanti per tutto il personale del soccorso pre-ospedaliero. Qualsiasi ristrutturazione dell'assetto ospedaliero avrebbe ripercussioni importanti sull'organizzazione, il funzionamento e di conseguenza il finanziamento dei servizi di soccorso pre-ospedalieri. Questo riguarderebbe i tempi d'intervento e di conseguenza il numero di personale e di mezzi. A livello cantonale l'attività dei PS è stabilita attraverso un regolamento del 2005 che differenzia i servizi in Categoria A e B. Que-



sto stesso regolamento prevede anche l'istituzione di una Commissione di Vigilanza che dopo essere stata costituita non si è mai riunita. A livello EOC esistono quattro PS di Tipo A (OCL, OBV, OSG e ODL) e 3 di tipo B (Faido, Acquarossa e OIL). A questo si aggiungono altri servizi riconosciuti come di pronto soccorso nonostante che alcune di queste strutture eroghino solo prestazioni specialistiche e limitate ad alcuni settori della medicina d'urgenza (traumatologia, ostetricia,...).

6.3 Missioni

Uno dei problemi principali di questa organizzazione è la mancanza di una definizione chiara della missione che deve essere attribuita a ciascuna di queste strutture. A parte il PS dell'Ospedale Civico di Lugano, la cui leadership nella presa a carico di alcune situazioni particolari (sindrome coronarica acuta, problematiche cerebro-vascolari acute, politrauma e trauma cranici e spinali), per le altre sedi si è ancora orientati ad una strutturazione orizzontale senza una definizione delle competenze se non quella della ripartizione geografica. Questo tipo di organizzazione porta ad un uso non razionale delle risorse e alla creazione di doppioni. Senza arrivare ad una centralizzazione maggiore sarebbe utile meglio definire compiti e missioni di ciascuna struttura.

6.4 Processi di presa a carico

I processi di presa a carico sono condizionati essenzialmente dalle risorse mediche/umane a disposizione e queste oltre a essere variabili da una struttura ad un'altra lo sono anche in funzione delle fasce orarie e dei giorni della settimana. Una miglior definizione di missioni e competenze permetterebbe di adattare meglio le disponibilità in funzione dei bisogni ed in particolare di garantire una continuità 7/7 considerato che non vi sono cambiamenti nel numero di consultazioni sull'arco della settimana (14% delle consultazioni ogni giorno della settimana in media). Per quanto attiene all'offerta notturna anche questa dovrebbe essere ponderata in funzione dei bisogni reali.

6.5 Soluzioni proposte

a) Professionalizzazione

Attualmente la filiera di presa a carico del paziente si svolge (salvo per le reali emergenze) ancora sullo schema classico "medico assistente > capo-clinica o medico senior > decisione di esami complementari > diagnosi e terapia > decisione della destinazione".

Il problema più diffuso dei PS sono le attese per i pazienti. Questi ritardi non sono dovuti all'esecuzione di esami strumentali,

bensi alla presa a carico dei pazienti dalla parte medica, con dei tempi prolungati fino alla presentazione del paziente da parte degli assistenti, al quadro responsabile (capo clinica o medico senior) molto occupato o talvolta non disponibile. Per rendere i processi più fluidi è essenziale avere dei medici quadro di PS assegnati soltanto al reparto in questione. Il medico quadro deve coprire almeno l'attività diurna durante i giorni feriali, deve avere una specializzazione in medicina d'urgenza ospedaliera e avere un titolo gerarchico adeguato (Primario/Vice-primario). Con queste misure si aumenta l'attrattività per questa funzione importantissima nell'organico di un ospedale acuto. Aumentare la ratio medici senior/medici assistenti permetterebbe di procedere ad una presa a carico più celere e razionale anticipando i tempi.

b) Triage/Smistamento

Da diversi anni è stato introdotto un sistema di triage/smistamento che si basa sul sistema svizzero (SETS). Questa metodologia permette però solo di prioritizzare l'accesso alle cure mentre sempre più diffuso è adesso il concetto di MTE (medical team evaluation) che prevede non solo una valutazione della gravità ma che possa dare inizio fin da subito ad una valutazione diagnostica strumentale (se necessaria). Questo presuppone la presenza di un medico sperimentato all'accesso del paziente

che possa affiancare l'infermiere, dando così al triage/smistamento e soprattutto alla eventuale attesa una dimensione attiva e dinamica contrariamente all'attuale che è statica e passiva.

c) Separazione dei percorsi

L'introduzione di una metodologia di triage/smistamento attivo e precoce deve permettere anche di separare in maniera differenziata i flussi dei pazienti all'interno della struttura. In particolare se il triage/smistamento viene eseguito da un medico con esperienza la definizione della destinazione del paziente alla fine del percorso diagnostico (ricovero ospedaliero, rientro a domicilio, necessità di trasferimento verso un'altra struttura) può essere determinato con un buon grado di accuratezza in circa l'80% dei casi e non, come avviene in particolare per il ricovero ospedaliero, venir stabilito solo dopo l'esecuzione della valutazione clinica.

d) Presa a carico post dimissione

A seconda degli studi, a livello nazionale dal 30 al 50% dei pazienti che si rivolgono ai servizi di Pronto Soccorso per patologie non gravi non sono (più) inseriti nel sistema sanitario "classico" fondato su una relazione continuativa e duratura con il medico di base (medico di famiglia). Per questo motivo la presa a carico post dimissione dal PS è a volte sub-ottimale e oltre che di disagi per il paziente è anche causa di frequenti riam-



missioni in PS che potrebbero essere evitate. Assicurarsi dell'esistenza di una continuità nel processo di cura che non è sempre possibile in funzione degli orari o dei giorni della consultazione di PS. Sarebbe auspicabile poter disporre di una struttura adiacente al PS ma gestita in base ad agende condivise che permetta di fissare delle visite di controllo e/o dei consulti specialistici a brevissimo termine, per quei pazienti dimessi dal PS senza una garanzia di presa a carico adeguata e/o con diagnosi e prognosi ancora incerti. Oltre a raccorciare la permanenza in PS (evitando di attendere a lungo un consulto specialistico non urgente) questa modalità di cura permetterebbe una maggior garanzia di sicurezza sull'evoluzione e anche probabili benefici economici in termini di fatturazione.

e) Aspetti di pianificazione

Alfine di ottenere una efficiente rete di copertura dei bisogni sanitari a livello cantonale è necessario ri-definire meglio compiti e missioni dei servizi di Pronto Soccorso.

A livello cantonale è auspicabile una revisione del regolamento attualmente in vigore e passare a una definizione compatibile con la nomenclatura internazionalmente riconosciuta che divide le strutture in livelli:

Primario: medicina di base e prossimità, soprattutto laddove la rete sanitaria territoriale è insufficiente per coprire i fabbisogni della popolazione in questo settore. Que-

ste strutture non devono necessariamente garantire una presenza attiva 7/24 ma essa va modulata in funzione dei bisogni e di concerto con la rete sanitaria già presente sul territorio in modo da sfruttare le possibili sinergie in base al principio della complementarietà. Non necessariamente questi servizi devono disporre di una possibilità di ricovero in sede dei pazienti. Una possibile proposta sarebbe quella di creare dei poli sanitari all'interno della struttura degli ospedali di zona (Acquarossa, Faido) gestita a turni assieme ai medici presenti sul territorio, dove una retribuzione fissa dei medici garantirà l'attrattività della funzione.

Secondario: medicina d'urgenza generale con possibilità di accoglienza di tutte le tipologie di pazienti con garanzia di presa a carico efficace 7/24. Questi servizi devono disporre di una possibilità di ricovero in sede dei pazienti (al di fuori di quelli destinati al centro terziario), nonché di prendere a carico le patologie chirurgiche di bassa e media gravità. L'importanza di un PS anche per le strutture secondarie rende indispensabile una continuità 7/24 e l'aderenza alle esigenze per quanto concerne il personale medico-infermieristico come sottolineato sopra ("Professionalizzazione").

Terziario: medicina d'urgenza e emergenza avanzata e complessa basandosi su una struttura con i mandati di prestazione MAS (Medicina Altamente Specializzata). Oltre

a garantire la presa a carico del livello secondario per la regione territoriale di appartenenza questa/e struttura/e fungono da riferimento per la cura di patologie particolari che necessitano di competenze e risorse specificatamente dedicate. In particolare per queste strutture è fondamentale la collaborazione con i servizi di soccorso pre-ospedaliero per la definizione di protocolli di trasporto specifici verso questa destinazione. Le strutture che garantiscono solo prestazioni di tipo specialistico non dovrebbero più essere incluse in questa classificazione.

Chiare definizioni all'interno dell'EOC. È fondamentale che venga riconosciuta all'interno dell'intera struttura ospedaliera dell'Ente questo tipo di differenziazione portando alla definizione delle missioni seguenti:

Civico Lugano: livello terziario

Carità Locarno, Beata Vergine Mendrisio, San Giovanni Bellinzona: livello secondario
Faido e Acquarossa: livello primario con orari di apertura confacente ai bisogni e alla domanda (per esempio 09:00-19:00 7/7).

Ospedale Italiano: la missione del Pronto Soccorso dell'OIL andrebbe inserita nel concetto del PS dell'Ospedale regionale di Lugano e diventare complementare alle attività del PS dell'Ospedale Civico (PS specialistico; PS pediatrico?, presa a carico post dimissione dal PS Civico, livello primario per la città di Lugano,...?) e si presta particolarmente come punto di accesso per un importante poliambulatorio.

f) Poliambulatori

Il servizio ambulatoriale è un punto di incontro tra medicina pubblica (ospedale), quella privata (medico pratico) e la popolazione del comprensorio ospedaliero. È a disposizione di tutti i cittadini, sia per i casi urgenti (pronto soccorso) sia per la cura ambulatoriale continua (poliambulatorio). Esso è caratterizzato dalla presenza di più specialisti medici (medicina interna generale, pediatria, ecc.) e personale infermieristico. Evitando la ripetitività degli esami dispendiosi della consultazione del medico pratico, dello specialista e infine dell'ospedale, il paziente avrà a disposizione immediatamente anche il laboratorio e le strutture diagnostiche più attrezzate. Limitando così sprechi di tempo e di soldi, sia per lo Stato sia per i pazienti e per le casse malati. I servizi ambulatoriali devono essere aperti al pubblico per le cure urgenti, correnti e specialistiche, danno diritto ad una cura completa e continua, adeguata al caso. Sono coordinati con i servizi socio sanitari (ad. es. aiuto domiciliare) e in contatto con i medici di famiglia operanti nel rispettivo comprensorio ospedaliero. Strutture di questo tipo si incontrano in parecchi ospedali della Svizzera. I poliambulatori acquistano importanza, anche perché ricordiamo che studi recenti hanno mostrato che molte persone, si stima il 30-50%, non hanno più un medico di famiglia, contrariamente a quanto avveniva nel passato.

7. IL PERSONALE INFERMIERISTICO



Nel settore infermieristico c'è stato negli ultimi 15-20 anni un profondo cambiamento del ruolo e dell'attività molto più accentratato che nel settore medico.

È ormai scomparsa il tradizionale infermiere «fordista» (uno che distribuiva medicinali, l'altro che faceva i letti, un terzo che misurava la pressione e la febbre), così come sono scomparsi gli orari spezzati.

Ora si lavora per turni continuati e secondo il principio della «cura basata sulla relazione», dove almeno in linea di principio un infermiere si occupa di tutto quello che ha bisogno il paziente: dall'anamnesi all'igiene personale, dalla somministrazione dei medicinali alla preparazione per la dimissione. Inoltre l'infermiere non è più "il braccio secolare dei medici", ma ha raggiunto un alto grado di autonomia, per cui nella maggior parte degli ospedali e dei dipartimenti, la direzione oggi è composta da tre persone: un direttore amministrativo, un direttore medico ed un capo-infermiere.

Di conseguenza molto cambiata è anche la formazione: la maggior parte degli infermieri in Svizzera viene ormai formato nelle università professionali, a cui possono accedere solo avendo una maturità o attraverso speciali passerelle.

Aumentano continuamente anche i tipi e i vari gradi di specializzazione degli infermieri, l'ultimo dei quali è rappresentato dai

cosiddetti "nurse practitioners", che assumono sempre di più compiti che nel passato erano riservati unicamente ai medici. Quest'ultimo sviluppo, già molto avanzato nel Nord Europa, è ora in pieno sviluppo anche in Svizzera, soprattutto in Romandia. Data la cronica mancanza di medici in tutta l'Europa occidentale, è plausibile che questi "nurse practitioners" in futuro sostituiranno sempre di più in una serie di attività i medici mancanti.

Tutti questi cambiamenti sono stati in gran parte realizzati all'interno dell'EOC, molto meno nelle cliniche private.

Purtroppo invece la scala salariale non è stata adeguata a sufficienza all'interno dell'EOC, per cui le retribuzioni rimangono inferiori a quelle che esistono a Nord delle Alpi.

Sovente proprio per ragioni salariali assistiamo a una certa fuga di giovani infermieri appena laureati verso i cantoni della Svizzera interna.

Si acuisce anche in Ticino (anche se è forse in misura minore che nel resto della Svizzera visto l'apporto del personale frontaliero) la mancanza di infermieri: SUPSI e SSSCI potrebbero formarne di più, ma mancano i posti di stage, presente in gran parte solo all'interno dell'EOC.

Bisogna quindi assolutamente richiedere anche in Ticino quella che è ormai

chiamata la "soluzione bernese": il cantone fissa il numero di posti di stage che ogni ospedale deve mettere a disposizione. Chi ne ha di più, riceve un bonus finanziario, chi ne ha di meno, viene penalizzato anche abbastanza pesantemente. Oltre a questa misura organizzativa, ciò che va assoluta-

mente richiesto è un adattamento salariale all'interno dell'EOC e un conseguente sviluppo, soprattutto nel settore ambulatoriale, della figura dei nurse practitioners, che potrebbe essere una caratteristica di quei poliambulatori, di cui dovrebbe fornirsi l'EOC.

8. IL SISTEMA DI FINANZIAMENTO



Dopo l'ultima revisione della LAMAL, alcuni anni fa, gli istituti ospedalieri sono fondati su un sistema di finanziamento errato nell'ottica del servizio pubblico. Due sono le caratteristiche.

La prima, il forfait per caso (DRG), ha sostituito il finanziamento in base alla durata della degenza in ospedale. Per ogni tipo di malattia è fissato un periodo di degenza media. Se il paziente rimane ospedalizzato più a lungo, l'istituto ci perde. Se rimane meno a lungo, l'istituto ci guadagna. È quindi nell'interesse dell'istituto dimettere i pazienti al più presto. Ciò può pertanto provocare dimissioni troppo precoci, con la conseguente necessità di ulteriori ricoveri e magari anche con complicazioni. Questo sistema privilegia pertanto gli aspetti finanziari rispetto alla qualità della cura.

La seconda caratteristica riguarda il rapporto tra gli istituti pubblici e le cliniche private, anche quelle a scopo di lucro. Tutti gli istituti sono finanziati nella misura del 55% da fondi pubblici e del 45% dalle casse malati. Il sistema non tiene conto che le cliniche private possono scegliere cosa offrire, mentre l'ospedale pubblico è tenuto a fornire tutte le prestazioni, anche le più costose e/o complesse. Esso provoca pertanto una privatizzazione strisciante delle attività redditizie.

La modifica di questo sistema perverso è urgente. Essa necessita di una riforma della legge federale.

Sfavorevole all'EOC si rileva pure il plafonamento del contributo annuo del cantone voluto dal Gran Consiglio. L'EOC eroga ogni anno prestazioni non rimborsate come conseguenza di tale plafonamento. A questo si aggiunge un valore più basso del punto Tarmed applicato per EOC rispetto a quello fatturabile per le cliniche private.

Ciò favorisce in modo incomprensibile il settore privato rispetto a quello pubblico. Sul piano della missione del servizio pubblico, che è quello di rispondere ai bisogni della popolazione, questo meccanismo potrebbe indurre dei fenomeni di "autoregolamentazione interna" volti al non superamento dei volumi piuttosto che alla soddisfazione dei bisogni reali in termini di prestazioni.

* * *

La prevalenza degli aspetti finanziari sulla qualità delle cure è ancora aggravata dalle decisioni adottate dall'Ente ospedaliero cantonale. L'EOC, sotto le spinte privatistiche, ha introdotto sistemi che tendono ad aumentare gli atti medici e la fatturazione. La remunerazione dei medici, ad esempio, è fondata in buona parte sulle prestazioni.

Più un medico moltiplica gli atti e le analisi, più l'ospedale riceve contributi da Confederazione e Cantoni e dalle casse malati. Nello stesso tempo la remunerazione basata sulle prestazioni, in particolare dei primari e dei vice-primari, aumenta e può arrivare fino al raddoppio dello stipendio base. È una strada ad alto rischio con un aumento eccessivo delle prestazioni e una esplosione dei costi sanitari, come aveva già denunciato anni fa Gianfranco Domenighetti, esperto in materia sanitaria.

Questo sistema contrasta in modo eclatante con i principi del servizio pubblico, secondo i quali le prestazioni dell'ente pubblico devono tener conto dei bisogni dell'utente/paziente e non essere fondati su parametri finanziari o sul guadagnare di più...

Un sistema che deve essere modificato radicalmente. In particolare l'elemento della remunerazione basata sulle prestazioni deve essere soppresso.

9. CONCLUSIONI



Questo documento è stato elaborato da vari esperti, profondi conoscitori del sistema sanitario svizzero e cantonale.

Vuole essere uno spunto di riflessione per le istituzioni competenti, in vista dell'elaborazione e varo della nuova Pianificazione Ospedaliera Cantonale (POC).

Auspichiamo che possa servire da guida per le future scelte di politica sanitaria che nei prossimi anni disegneranno il panorama ospedaliero e delle cure mediche nel nostro cantone.

Bisogna evitare infatti di ripetere i madornali errori commessi nel passato.

Ricordiamo che la precedente POC appena approvata (dicembre 2015) venne subito di fatto sconfessata dal referendum del 2016 (bocciatura della proposta di revisione della LEOC), e poi definitivamente affossata dalla sentenza del tribunale federale (nel 2019) che ha accolto i ricorsi di alcune cliniche private che si erano sentite discriminate dalle scelte pianificatorie.

Con il cambiamento alla testa del Dipartimento sanità e socialità DSS e gli avvicendamenti al vertice dell'EOC all'inizio del 2021, si spera che i tempi siano propizi in

senso migliorativo nella direzione auspicata con questo documento.

È necessario un deciso cambio di rotta rispetto a quanto visto sino ad ora specie negli ultimi dieci anni, affinché si rivalizzi il concetto di ospedale multisito, pena l'ulteriore potenziamento delle strutture private nel territorio cantonale.

Nel passato la perizia confezionata da personalità di spicco del panorama ospedaliero cantonale come Franco Cavalli, Claudio Marone, Tiziano Moccetti, Piergiorgio Mombelli e Giorgio Nosedà, indirizzata ai vertici dell'EOC, e che consigliava una chiara ed efficiente organizzazione degli ospedali pubblici, è rimasta lettera morta.

Il nostro auspicio è che non succeda la stessa cosa con questo documento, che speriamo invece possa essere attentamente valutato e debitamente considerato dalle istituzioni competenti, magari integrato con la perizia prima citata che conteneva spunti assai interessanti ed ancora validi.

Obbiettivo condivisibile è di giungere ad un futuro indirizzo di politica sanitaria ospedaliera cantonale nel vero segno del servizio pubblico.

10. SINTESI DELLE PROPOSTE

A. Proposte per l'EOC

1. Ridefinizione della struttura multisito, senza penalizzazione strutturale degli istituti di prossimità (Ospedale di Locarno e Beata Vergine in particolare ma anche Ospedali di Acquarossa e Faido). Organizzazione dei dipartimenti sul modello dello IOSI, anche in considerazione delle necessità e delle regole della Facoltà di Biomedicina USI.
2. Ristrutturazione dei Pronto Soccorso, con ridefinizione secondo gli standard internazionali, chiarendo la missione delle singole strutture e migliorando di molto la professionalizzazione dei quadri medici.
3. Ampliamento dei poliambulatori, specialistici, ma anche di medicina generale, con un miglior collegamento ed un'interdipendenza con i Pronto Soccorso.
4. Ridefinizione dei salari di primari e vice-primari, non più in base al numero delle prestazioni: tendenzialmente con salari uguali e plafonati.
5. Aumento dei posti di stage per allievi infermieri, miglioramento delle condizioni di lavoro (salariale e ratio, nel senso di numero minimo di infermieri per numero di pazienti) del personale infermieristico.
6. Valutazione della possibilità di collaborazioni con gli ospedali di Varese e di Como.



B. Proposte a livello politico

1. Richiesta di riconoscimento da parte degli organi ufficiali a livello nazionale, soprattutto da parte della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, che l'EOC, anche nella sua declinazione di struttura multisito, è un'unica entità ospedaliera (rilevante per assegnazione di mandati di medicina altamente specializzata).
2. Richiesta al Gran Consiglio per la formulazione di un'iniziativa cantonale diretta al Parlamento federale per revisione della LAMal che comprenda l'abolizione dei sussidi alle cliniche private e l'abolizione del finanziamento secondo DRGs.
3. Richiesta al Gran Consiglio per la formulazione di un'iniziativa cantonale da inviare al Parlamento federale per introduzione di un finanziamento ospedaliero basato sul controllo di qualità, che permetta quindi una copertura effettiva dei costi per tutte le prestazioni che rispettano i suddetti criteri.
4. Richiesta al Gran Consiglio di abolire il plafonamento del contributo cantonale per EOC e di adottare lo stesso valore del punto Tarmed per EOC e per le cliniche private.

Le pubblicazioni dell'Associazione:


- Settore energetico. Adeguamenti SI, privatizzazioni NO, aprile 2001
- Banca dello Stato, quale futuro? giugno 2001
- NO alla legge federale sul mercato dell'energia elettrica, agosto 2002
- Dopo il NO alla LMEE, Per un ente pubblico per la distribuzione d'energia nel Cantone, febbraio 2003
- Compromessi e funzioni, La nuova legge federale sulla radiotelevisione, agosto 2004
- L'ospedale pubblico fondamentale, ottobre 2004
- La sociopsichiatria pubblica: un ruolo insostituibile, ottobre 2006
- Pubblico e privato, conseguenze della diversa natura giuridica su: qualità dei servizi, cittadini, impiego, settembre 2010
- La SSR: un servizio pubblico fondamentale, maggio 2015
- 2000-2020. Vent'anni controvento, febbraio 2020

Tutti i documenti sono pubblicati sul sito dell'Associazione:

www.associazioneserviziopubblico.ch

Alcuni sono ancora disponibili in forma cartacea, su semplice richiesta.

Sul sito sono pure disponibili i rapporti annuali di attività a partire dal 2010



Associazione per la difesa del servizio pubblico
200038@ticino.com - 091 826 12 78 – cp. 1216 - 6501 Bellinzona