

**Dipartimento della sanità e della
socialità**

**Rapporto sul fabbisogno
di cure ospedaliere in Ticino
2010 - 2020**

(II) RIABILITAZIONE

Bellinzona, ottobre 2012

INDICE

1. Sintesi	5
2. Introduzione	6
Contesto generale	6
Evoluzione recente della riabilitazione in Ticino	7
Contesto legislativo	7
Contenuto e struttura del rapporto	8
3. Metodologia e dati di base	9
Fonte dei dati	9
Classificazione delle prestazioni di riabilitazione (gruppi di prestazioni)	9
Delimitazione della riabilitazione specialistica rispetto ad altre forme di riabilitazione....	11
Modello di previsione del fabbisogno di cure.....	13
Evoluzione fino al 2020 dei fattori di influenza	14
Scenari di previsione e scelta dello scenario di riferimento	16
Evoluzione del tasso di ospedalizzazione nei tre scenari.....	16
Evoluzione della durata media di degenza nei tre scenari	17
4. Fabbisogno di cure della popolazione residente	19
Evoluzione della domanda 2003-2010 e domanda attuale (Ticino).....	19
Struttura della domanda nel 2010 per gruppi principali di prestazioni e classe di età	20
Confronto Ticino – altri Cantoni / Svizzera	22
Flussi intercantonali dei pazienti	24
5. Previsione del fabbisogno di cure per il 2020	26
Revisione della situazione iniziale	26
Impatto dei singoli fattori d'influenza per gruppo di prestazione.....	28
Confronto del fabbisogno di cure per il 2020 rispetto alla situazione attuale.....	30
6. Conclusioni	33

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1:

Metodo di calcolo del numero di pazienti e delle giornate di cura

Figura 2:

Evoluzione dei pazienti residenti (casi), del tasso di ospedalizzazione, delle giornate di cura e della durata media di degenza nel periodo 2003-2010, Cantone Ticino

Figura 3:

Indici di variazione nel periodo 2003-2010, Cantone Ticino

Figura 4:

Popolazione, pazienti e giornate di cura per classe di età, Cantone Ticino, 2010

Figura 5:

Tasso di ospedalizzazione, Cantoni svizzeri, 2010

Figura 6:

Giornate di cura ogni 10'000 abitanti, Cantoni svizzeri, 2010

Figura 7:

Durata media di degenza, Cantoni svizzeri, 2010

Figura 8:

Previsione della variazione assoluta 2010-2020 del numero di casi per gruppo principale di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)

Figura 9:

Previsione della variazione assoluta 2010-2020 delle giornate di cura per gruppo principale di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)

Figura 10:

Previsione della variazione assoluta 2010-2020 della durata media di degenza per gruppo principale di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1:

Principali dati di previsione del fabbisogno 2020, Cantone Ticino

Tabella 2:

Impatto dei fattori di influenza sul tasso di ospedalizzazione – Scenario minimo

Tabella 3:

Impatto dei fattori di influenza sulla durata media di degenza – Scenario minimo

Tabella 4:

Pazienti ticinesi per gruppi di prestazioni 2010

Tabella 5:

Pazienti ticinesi per classe di età 2010

Tabella 6:

Flussi di pazienti da/verso il Cantone Ticino, 2010

Tabella 7:

Situazione iniziale prima e dopo le verifiche, Cantone Ticino, 2010

Tabella 8:

Incidenza del fattore demografico sul fabbisogno 2020, scenario principale, Cantone Ticino (dati 2010 rivisti)

Tabella 9:

Incidenza del fattore “riduzione degenza media”, scenario principale, Cantone Ticino (dati 2010 rivisti)

Tabella 10:

Previsione del fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 rivisti)

Tabella 11:

Principali dati di previsione 2020, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)

Tabella 12:

Previsione del fabbisogno per classe di età, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)

Tabella 13:

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

1. Sintesi

I principali risultati relativi al fabbisogno in ambito riabilitativo, calcolati sulla base del modello elaborato dalla *Gesundheitsdirektion* Canton Zurigo (GD ZH), sono riassunti nella tabella seguente.

Per il 2020 si prevede un incremento dei casi pari al 43.9% e un aumento delle giornate di cura pari al 28.9%.

Tali incrementi sono riconducibili in parte all'evoluzione demografica prevista fino al 2020 ed in parte allo spostamento di casi presi a carico attualmente nel settore acuto.

Come verrà illustrato dettagliatamente al capitolo 5, l'aumento previsto non deriva quindi unicamente dall'evoluzione dei fattori di influenza, ma pure dal trasferimento di 480 casi riattribuiti al settore della riabilitazione.

Il modello prevede altresì che la durata media di degenza subisca una diminuzione del 10.4%, passando dagli attuali 28.6 giorni ai previsti 25.6.

Il modello suddivide inoltre il futuro fabbisogno di cure ripartendolo in sette gruppi di prestazioni, definiti a partire da categorie diagnostiche. Per il 2020 si prevede che il maggior numero di pazienti di riabilitazione necessiterà, come oggi, di cure di riabilitazione muscoloscheletrica o neurologica.

Tabella 1: Principali dati di previsione del fabbisogno 2020, Cantone Ticino (3f)

	2010	2020	
		Scenario principale	
Tasso di ospedalizzazione (10'000)	60	82	+36.9%
Casi	2'029	2'919	+43.9%
Durata media di degenza	28.6	25.6	-10.4%
Giornate di cura	58'036	74'781	+28.9%
Giornate di cura ogni 10'000 abitanti	1'715	2'104	+22.6%

Il presente rapporto illustra il modello, le ipotesi sul quale esso si fonda per effettuare le previsioni e discute i principali risultati.

2. Introduzione

Contesto generale

Il campo occupato dalla medicina riabilitativa si trova ancora oggi a subire le ambiguità di numerose definizioni ed interpretazioni che comprendono innumerevoli e a volte sfumate attività cliniche, al confine con altri ambiti, quali la fisioterapia, l'ergoterapia, la psicoterapia, e in strutture e servizi disparati, quali le case per anziani, le strutture psicoterapeutiche o altre strutture e servizi ancora.

Secondo l'OMS, la riabilitazione comprende sostanzialmente la messa in pratica di tutte le misure che sono atte ad evitare o ridurre le conseguenze di malattie o incidenti sulle capacità funzionali individuali e sulla partecipazione sociale, culturale e professionale.

La riabilitazione – nella definizione data dall'OMS – è pertanto un approccio multi specialistico e interdisciplinare, in quanto chiamata a rispondere della presa a carico del paziente in un ambito di precisi criteri di struttura, di indicazione, di processo e di risultato e pertanto di processi di accreditamento o certificazioni definiti a livello nazionale o persino internazionale. In questo senso essa si differenzia sostanzialmente dalla semplice riattivazione del paziente tramite attività sostanzialmente limitate alla fisioterapia e/o ergoterapia.

Il termine ri-abilitazione significa restituire abilità al soggetto che, colpito da una menomazione, si ritrova diminuito più o meno gravemente nella sua funzionalità sia particolare (come per la perdita della capacità di effettuare anche un solo movimento), che globale (come nel coma).

Negli ultimi anni la medicina riabilitativa ha vissuto la stessa evoluzione riscontrata nella medicina somatica. Quest'evoluzione ha comportato la sua specializzazione in sfere di competenza dipendenti direttamente dagli organi-sistemi anatomici colpiti. In Svizzera si distinguono le seguenti quattro aree: riabilitazione neurologica, muscoloscheletrica, cardiovascolare e polmonare.

Questo rapporto si riferisce in primo luogo alla riabilitazione nella sua definizione ristretta. Si tratta della riabilitazione nel campo stazionario ai sensi della LAMal che comprende in particolare gli ambiti classici e riconosciuti dall'assicurazione di base, ossia quelli della riabilitazione muscoloscheletrica, cardiovascolare, polmonare e neurologica, che sono alla base anche del concetto di pianificazione sancito dall'art. 39 cpv. 1 della LAMal.

La classificazione elaborata dal Canton Zurigo e adottata da una quindicina di Cantoni svizzeri inserisce, oltre alle categorie menzionate, altre due tipologie di riabilitazione: la riabilitazione internistica-oncologica e la riabilitazione psicosomatica.

La pianificazione attualmente in vigore distingue, per il settore riabilitativo, tre grandi categorie: riabilitazione cardiologica, riabilitazione neurologica e riabilitazione muscoloscheletrica.

Evoluzione recente della riabilitazione in Ticino

Nel 1997 gli istituti che in Ticino rientravano nell'accezione restrittiva di riabilitazione stazionaria erano la Clinica Hildebrand di Brissago, la Clinica Federale di Novaggio¹ e la Clinica di riabilitazione di Sementina, gestita dal gruppo Humaine S.A. Ad esse occorre aggiungere anche l'Ospedale di zona di Faido al quale sono stati riconosciuti con la pianificazione ospedaliera del 1997² 25 posti letto per cure di riabilitazione muscoloscheletrica.

Tra il 1997 ed il 2006 i posti letto di riabilitazione sono scesi da 251 a 175. In particolare si evidenzia la chiusura, in ambito stazionario, della Clinica Humaine S.A. di Sementina, avvenuta con l'entrata in vigore della precedente pianificazione.

Nell'anno 2007 attraverso un'alleanza strategica siglata tra la Clinica Hildebrand e l'EOC è stata istituita la rete riabilitativa REHA TICINO. La rete raggruppa tutti centri e i servizi di riabilitazione ai quali la pianificazione ospedaliera cantonale ha attribuito un mandato per la riabilitazione. Attraverso la rete sono stati promossi progetti innovativi che tra l'altro sostengono modelli di cura integrata. A tale proposito sono stati istituiti dei servizi di riabilitazione precoce all'interno degli ospedali EOC gestiti dagli specialisti della riabilitazione REHA TICINO.

Contesto legislativo

Un ulteriore aspetto di rilievo è costituito dallo spazio di manovra che il legislatore federale ha concesso ai Cantoni riguardo alla pianificazione in questo settore in base alle norme introdotte a seguito della revisione della LAMal del 2007.

In effetti, nel settore della riabilitazione (come della psichiatria), la pianificazione può riferirsi alle prestazioni o, come sin'ora, alle capacità. Ciò significa che per la riabilitazione si sarebbe potuto determinare il fabbisogno da coprire nei prossimi anni definito in termini di posti letto. Tuttavia, nonostante le maggiori difficoltà di misurazione delle prestazioni riabilitative rispetto a quelle somatico-acute, e seguendo l'indirizzo di altri Cantoni, nonché il modello perfezionato dalla GD del Canton Zurigo, si è ritenuto opportuno proporre anche qui una prima determinazione del fabbisogno di cure stazionarie riabilitative in Ticino per il 2020 in termini di prestazioni e non di capacità. Inoltre, si rammenta che il Tribunale federale nella sua sentenza del 10 luglio 2012 (2C_796/2011) ha confermato l'impostazione della LCAMal la quale prevede che la pianificazione ospedaliera nei vari ambiti debba essere declinata sia in termini di ventaglio di prestazioni sia di volume massimo (art. 63c LCAMal). Si evidenzia infine che, sul piano federale, sono in corso ulteriori lavori di perfezionamento per proporre anche nel settore riabilitativo un'adeguata struttura tariffaria uniforme a livello nazionale (ST-Reha), analogamente alla struttura SwissDRG realizzata nel settore somatico-acuto.

¹ A quel momento ancora di proprietà della Confederazione e gestita dall'Assicurazione militare federale e ceduta all'Ente Ospedaliero Cantonale nel 2003.

² Approvata definitivamente con la decisione del Consiglio Federale, del 3 maggio 2000.

Contenuto e struttura del rapporto

Il rapporto presenta i risultati della previsione del fabbisogno di cure ospedaliere in ambito riabilitativo-stazionario per il Cantone Ticino. La previsione del fabbisogno rappresenta la base necessaria per la pianificazione ospedaliera secondo la LAMal art. 39 cpv. 1

Il capitolo 3 introduce la metodologia ed i dati utilizzati per la previsione e descrive il modello di previsione del fabbisogno elaborato dal Canton Zurigo. Il capitolo 4 illustra l'evoluzione della domanda di cure riabilitative in Ticino dal 2003 e la situazione attuale (2010) e, infine, nel capitolo 5 sono presentati i risultati della previsione del fabbisogno 2020. Tutte le tabelle contenute nel documento, salvo indicazione diversa, sono state elaborate per il Ticino dalla GD del Canton Zurigo.

3. Metodologia e dati di base

La metodologia utilizzata è quella elaborata dalla GD del Canton Zurigo³. Il modello stima il fabbisogno di cure stazionarie riabilitative nel 2020, ripartendolo in 7 gruppi diagnostici, a partire dal fabbisogno di cure osservato nel 2010, dall'evoluzione prevista della popolazione fino al 2020 e dallo sviluppo probabile di determinati fattori che incidono sul fabbisogno di cure.

Fonte dei dati⁴

L'evoluzione della popolazione fino al 2020 è tratta dalle ultime previsioni demografiche allestite, per ogni Cantone, dall'Ufficio federale di statistica (UST).

La previsione del fabbisogno di prestazioni è elaborata a partire dai risultati della Statistica medica federale per l'anno 2010. Questa statistica raccoglie i dati di tutti i pazienti ospedalizzati in istituti ospedalieri acuti, di riabilitazione, o psichiatrici che hanno sede in Svizzera.

La previsione del fabbisogno si basa unicamente sui pazienti residenti in Ticino.

Classificazione delle prestazioni di riabilitazione (gruppi di prestazioni)

La classificazione delle prestazioni di riabilitazione in gruppi di prestazione, dovrebbe rispecchiare delle unità significative dal punto di vista medico, essere compatibile con l'organizzazione esistente nelle cliniche di riabilitazione e definire in modo chiaro e univoco le categorie medesime.

Per definire tale classificazione nel modo più preciso possibile e sulla base delle prestazioni fornite, occorre fondarsi su classificazioni mediche riconosciute, quali ad esempio ICD-10 e CHOP. Tuttavia nel settore della riabilitazione non si tratta di curare le patologie acute né i traumi e ferite derivanti da incidenti, che sono classificate negli strumenti citati; bensì si tratta di curare le conseguenze funzionali derivanti da tali malattie acute e incidenti.

La classificazione internazionale ICF⁵, con le sue dimensioni (funzionalità e strutture corporee, attività e partecipazione) costituirebbe una buona base di partenza per definire i gruppi di prestazioni riabilitative. Tuttavia fino a oggi questo sistema non ha raggiunto il grado necessario di maturità per essere introdotto, visto l'impegno che richiede la codifica dei casi con questo strumento e le difficoltà che pone per definire la severità dei casi.

Si pone inoltre il problema della mancanza di un sistema di classificazione dei pazienti di riabilitazione, uniforme e riconosciuto a livello nazionale.

³ http://www.gd.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/de/themen/behoerden/spitalplanung_2012.html#a-content

⁴ Per una più ampia e dettagliata descrizione dei dati utilizzati si rinvia al *Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere 2010-2020. (I) Settore somatico-acuto, DSS, Bellinzona, agosto 2012*, Capitolo 3 Metodologia e dati di base .

⁵ L' **ICF** è la classificazione del funzionamento, disabilità e della salute promossa dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). L'ICF non contiene riferimenti alla malattia, ma si riferisce al solo funzionamento. La classificazione ICF completa la classificazione ICD-10, che contiene informazioni sulla diagnosi e sull'eziologia della patologia. L'ICD-10 e l'ICF usati in modo complementare forniscono un quadro globale della malattia e del funzionamento dell'individuo.

In mancanza di una classificazione ICF operativa ci si è dovuti basare, per definire i gruppi di prestazione di riabilitazione, sulla Statistica medica dei pazienti, nella quale questi ultimi codificati secondo la classificazione internazionale delle malattie ICD-10.

Le diagnosi principali dei pazienti, le quali designano le malattie rilevanti per la riabilitazione, sono state raggruppate secondo gli organi toccati e in base all'età dei pazienti e riunite, grazie alla consulenza di esperti, in gruppi di prestazioni.

Procedendo come descritto, la GD di Zurigo ha definito i seguenti gruppi di prestazioni:

- riabilitazione muscoloscheletrica
- riabilitazione neurologica
- riabilitazione cardiovascolare
- riabilitazione polmonare
- riabilitazione internistico-oncologica
- riabilitazione psicosomatica
- altro.

Rispetto ai mandati attualmente in vigore sono state aggiunte una categoria riabilitativa definita in base all'organo (riabilitazione polmonare), due categorie trasversali (riabilitazione internistico-oncologica, riabilitazione psicosomatica) ed una terza categoria "altro" comprensiva dei casi che non hanno potuto essere classificati in nessuna delle categorie precedenti.

Nell'ambito del presente rapporto le ultime tre categorie sono prese in considerazione per esporre in maniera articolata il fabbisogno 2020. Al momento della ridefinizione dell'offerta sarà tuttavia necessario valutare se mantenere i due gruppi di presa a carico trasversale. Il dibattito è attualmente in corso a livello nazionale per capire in che misura sia possibile integrare le categorie della riabilitazione trasversale nel nuovo sistema di finanziamento per prestazione e nelle misurazioni della qualità.

I gruppi di prestazioni sono caratterizzati nel modo indicato sotto.

Riabilitazione muscoloscheletrica

La riabilitazione muscoloscheletrica tratta le conseguenze di deficit congeniti o acquisiti legati agli organi posturali e di movimento, e le conseguenze di malattie degenerative ed infiammatorie delle articolazioni, della colonna vertebrale e dei tessuti molli.

Riabilitazione neurologica

Nella riabilitazione neurologica si trattano gli effetti di malattie e lesioni del sistema nervoso centrale.

Riabilitazione cardiovascolare

La riabilitazione cardiovascolare tratta le conseguenze di malattie del sistema cardiovascolare e degli interventi chirurgici inerenti il medesimo sistema.

Riabilitazione polmonare

Nella riabilitazione polmonare si trattano soprattutto le conseguenze di malattie croniche delle vie respiratorie inferiori e di altre malattie polmonari che compromettono le capacità fisiche, così come le conseguenze di interventi di chirurgia toracica. I trattamenti hanno lo scopo di ottimizzare l'autonomia e la performance fisica e sociale.

Riabilitazione internistica e oncologica

Lo scopo della riabilitazione internistica è il recupero di pazienti polimorbili con disturbi funzionali, causati da più sindromi, che necessitano un approccio combinato e multidisciplinare⁶.

Lo scopo della riabilitazione oncologica è la riabilitazione di pazienti afflitti da malattie tumorali e/o che soffrono degli effetti delle terapie. Si tratta di un insieme di terapie fisiche (riabilitazione e/o riattivazione), nutrizionali, sociali e psicologiche (psico-oncologia).

Riabilitazione psicosomatica

Nella riabilitazione psicosomatica vengono trattate malattie psicosomatiche e le malattie psichiche derivanti da malattie somatiche. Essa si prefigge di “accompagnare” la persona nella conoscenza profonda di sé, attraverso l'analisi dei propri disturbi o della propria malattia, al fine di ripristinare o creare un equilibrio più funzionale per il benessere psico-fisico impiegando tecniche riabilitative, psicologiche, ergoterapeutiche, ecc.

Delimitazione della riabilitazione specialistica rispetto ad altre forme di riabilitazione

Accanto alle forme specialistiche di riabilitazione, classificate come menzionato in base all'organo trattato, ne esistono altri tipi, quali la riabilitazione geriatrica e quella ambulatoriale, così come altre forme di cura, come le cure palliative o termali.

Queste forme di cura sono escluse dal presente rapporto sul fabbisogno di cure riabilitative specialistiche stazionarie.

È tuttavia utile precisare che sia la riabilitazione ambulatoriale sia la riabilitazione geriatrica sono considerate nel modello sotto forma di fattori di influenza che incidono sul fabbisogno di cure stazionarie specialistiche di riabilitazione.

Le altre forme di riabilitazione non sono invece state considerate nel modello nemmeno quali fattori di influenza. Di seguito vengono descritte le varie forme di riabilitazione distinte dalla riabilitazione acuta a cui si riferisce il presente rapporto.

Riabilitazione ambulatoriale (*day hospital*)

In ambito riabilitativo le soluzioni di presa a carico dei pazienti sono più versatili rispetto a quelle del settore somatico-acuto. Questa versatilità si manifesta concretamente nella diversità dei sistemi adottati dai vari Paesi. È infatti noto che i Paesi anglosassoni hanno optato prevalentemente per una presa a carico ambulatoriale delle cure riabilitative, mentre i Paesi di lingua tedesca sono organizzati istituzionalmente per una presa a carico prevalentemente stazionaria (sviluppatasi a partire dai tradizionali istituti di cure balneari e di *Kur-und Höhenkliniken* per le malattie polmonari).

Partendo dal presupposto che le cure ambulatoriali garantiscono un trattamento riabilitativo di qualità paragonabile a quello delle cure stazionarie, la soluzione ambulatoriale presenta il vantaggio, per pazienti generalmente maggiormente autosufficienti, di garantire una maggiore flessibilità rispetto alla propria situazione socio-professionale nonché di maggior prossimità al luogo di residenza.

Riabilitazione geriatrica

La riabilitazione geriatrica persegue i medesimi obiettivi della riabilitazione classica. I pazienti geriatrici sono generalmente pazienti di età superiore ai 65 anni (spesso superiore agli 80 anni), affetti da polimorbilità, fragili, che presentano sintomi atipici, generalmente

⁶ Questo gruppo di prestazioni contiene unicamente la riabilitazione che non è relativa ad un organo specifico e che non rientra quindi nei gruppi di riabilitazione muscoloscheletrica, neurologica, polmonare e cardiologica.

predisposti ad instabilità dal punto di vista medico, particolarmente soggetti a complicanze, dotati di scarse riserve psico-fisiche e che necessitano, per essere sottoposti al programma terapeutico, del coinvolgimento dell'ambiente familiare e sociale.

La riabilitazione geriatrica mira al recupero, alla stabilizzazione ed alla ricostituzione dei requisiti fisici e cognitivi necessari per ristabilire, nella misura del possibile, l'indipendenza all'interno del proprio ambiente abitativo, nonché a risolvere difficoltà di ordine sociale.

I pazienti geriatrici di riabilitazione sono considerati, nel modello sviluppato dalla GD di Zurigo, all'interno degli specifici gruppi di prestazioni di riabilitazione definiti in base all'organo. Per questo motivo si rinuncia a definire un gruppo di prestazioni specifico per la riabilitazione geriatrica.

Riabilitazione pediatrica

La riabilitazione pediatrica è principalmente riconducibile a bambini e giovani affetti da disturbi respiratori cronici (asma), obesità, malattie della pelle (neurodermatite – dermatite atopica) e disturbi psichici. Essa è chiaramente orientata alla cura della malattia principale ma ha pure l'obiettivo di prevenire possibili evoluzioni della stessa come pure l'insorgere di malattie secondarie.

Cure termali/balneari

Questo tipo di terapia consiste, sotto sorveglianza medica e secondo un piano di cura predefinito (pacchetto di cura), nella permanenza del paziente in un luogo in cui gli elementi dell'ambiente circostante (acqua, temperatura, aria, clima) vengono utilizzati per produrre effetti benefici. Di regola i pazienti di queste cure soffrono di malattie semplici con decorso prevedibile. La cura serve quindi innanzitutto a rafforzare lo stato di benessere e salute generale del paziente, ma non mira alla guarigione. La cura inoltre, contrariamente alla riabilitazione, non è organizzata in un'offerta multidisciplinare di prestazioni.

Tra questi tipi di istituto si contano le cliniche termali, climatiche, dietetiche e altri centri per il benessere (convalescenziari). Essi non sono centri di cura ai sensi della LAMal.

Cure palliative

Questa disciplina medica si occupa dei pazienti con malattie gravi la cui speranza di vita è limitata (anche se non necessariamente in fin di vita). L'obiettivo di questa tipologia di cure è quello di donare al paziente la migliore qualità di vita possibile fino al giorno del suo decesso. In particolare si tratta, attraverso trattamenti di sostegno, di alleviare i sintomi fisici del paziente prendendo in considerazione aspetti psicologici, sociali e spirituali.

Cure acute e transitorie (CAT)

L'ultima revisione della LAMal ha introdotto il nuovo tipo di cure denominate Cure acute e transitorie CAT (art. 25.2 LAMal). Secondo l'art. 7 della LAMal si tratta di cure prescritte da istituti ospedalieri in quanto necessarie immediatamente dopo la fine del ricovero ospedaliero. Queste prestazioni vengono fornite durante al massimo due settimane in regime stazionario dagli istituti abilitati.

Le cure sono finanziate secondo il regime ospedaliero liberando così i pazienti dall'assunzione di qualsiasi costo di cura, come invece avviene per i Soggiorni Temporanei Terapeutici (STT).

Modello di previsione del fabbisogno di cure

Per la previsione del fabbisogno nel settore riabilitativo è stata utilizzata la metodologia sviluppata dal Canton Zurigo. Essa stima il fabbisogno di cure stazionarie riabilitative nel 2020 a partire: dalle cure dispensate nel 2010, dall'evoluzione prevista della popolazione fino al 2020 e dall'evoluzione attesa dei fattori che incidono sulla domanda di queste cure.

Dati di base

In mancanza di dati epidemiologici sull'incidenza della necessità di cure riabilitative per la popolazione, occorre basarsi sulle cure effettivamente dispensate alla popolazione residente in Ticino nel 2010 (dati della Statistica medica federale).

Vengono considerati tutti i pazienti residenti in Ticino dimessi nel 2010 da cliniche o reparti di riabilitazione, con sede in Ticino o in Svizzera.

Inoltre, come sarà spiegato al capitolo 5, sono stati considerati per la previsione altri 480 pazienti ospedalizzati in istituti ospedalieri acuti, presi a carico per cure riabilitative (i quali erano stati in precedenza scorporati dai casi considerati per la previsione del fabbisogno di cure nel settore acuto)⁷.

Metodo di stima e orizzonte temporale

Vista la necessità di partire dai dati sul consumo registrato nel 2010, occorre introdurre nel modello i fattori che possono influire sulla domanda di cure.

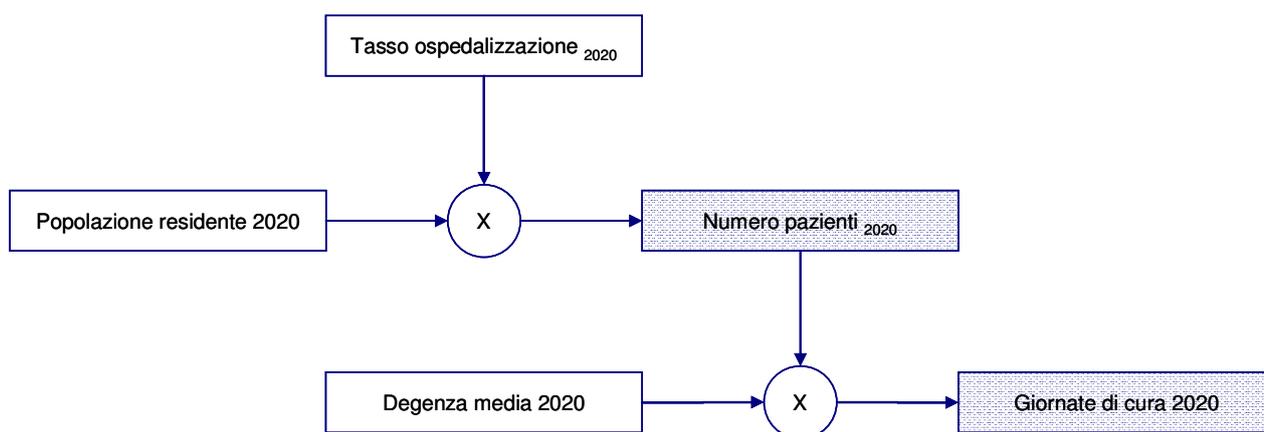
Si è pertanto effettuato lo stesso tipo di analisi svolto nel settore acuto, che prevedeva dapprima l'analisi della struttura delle prestazioni erogate (2010), poi l'individuazione dei fattori che possono influire sul fabbisogno di cure e la determinazione della loro probabile evoluzione. Da ultimo, a partire dalla situazione attuale (2010) e considerando l'evoluzione prevista dei fattori di influenza, è stato previsto il fabbisogno di cure riabilitative stazionarie nel 2020.

In analogia con il settore somatico-acuto e psichiatrico, l'orizzonte temporale scelto per la previsione è il 2020, considerato che 10 anni costituiscono l'intervallo di tempo massimo per l'allestimento di una previsione plausibile.

Come schematizzato nella figura 1, scopo del modello è quindi stimare le componenti necessarie (sfondo bianco) per valutare il fabbisogno futuro (sfondo blu).

⁷ Si rinvia al *Rapporto sul fabbisogno di cure ospedaliere 2010-2020. (I) Settore somatico-acuto, DSS, Bellinzona, agosto 2012, Capitolo 6*

Figura 1: Metodo di calcolo del numero di pazienti e delle giornate di cura



Lo sviluppo demografico può essere stimato con un buon grado di precisione attraverso modelli statistici complessi, che tengono conto di tutti i principali fattori di influenza prevedibili (evoluzione delle componenti di natalità, mortalità e migrazioni, a loro volta stimati in base all'influenza di diversi fattori).

Il tasso di ospedalizzazione e la durata di degenza media sono invece stimati a partire dai tassi registrati nel 2010 tenuto conto dell'influsso di fattori peculiari alla sanità stessa. I fattori d'influenza presi in considerazione dal modello sono i seguenti:

- sviluppo della tecnica medica ed evoluzione epidemiologica;
- prescrizione da parte dei fornitori di cura invianti (ospedali e medici attivi sul territorio);
- garanzie d'assunzione dei costi (*Kostengutsprachepraxis*) da parte degli assicuratori (malattia ed infortunio);
- sistema di finanziamento;
- offerta di prestazioni riabilitative ambulatoriali;
- offerta di prestazioni riabilitative geriatriche (inclusa la geriatria acuta).

Evoluzione fino al 2020 dei fattori di influenza

L'evoluzione dei fattori che influenzano la domanda è stata così valutata nel modello di previsione di Zurigo:

Tecnica medica e epidemiologia

Lo sviluppo della tecnica medica e l'evoluzione epidemiologica previsti e illustrati per il settore somatico-acuto potrebbero favorire un aumento del tasso di ospedalizzazione nel settore della riabilitazione e un allungamento della durata media di degenza, a causa dell'aumento della morbilità dei pazienti ultra60enni e della loro incrementata fragilità.

Prescrizione di cure

Senza l'introduzione di un sistema unitario di management dei trasferimenti verso la riabilitazione che valuti con criteri oggettivi le possibilità di recupero e accompagni l'introduzione generalizzata dei sistemi di pagamento forfetari nel settore acuto a partire dal 2012 (SwissDRG), si prevede la continuazione del trend di aumento delle dimissioni precoci da parte degli istituti acuti. Le strutture di cura riabilitative stazionarie dovranno

quindi assorbire pazienti in condizioni di salute peggiori (*schlechteren Gesundheitszustand*), i quali, si presume, necessiteranno di cure tendenzialmente più lunghe.

Garanzie d'assunzione dei costi da parte delle assicurazioni malattia (*Kostengutsprachepraxis*)

Le prestazioni di riabilitazione sono oggi finanziate dalle assicurazioni infortuni, invalidità e malattie. Se per le prime due l'obiettivo primario è il reinserimento della persona infortunata/malata (l'accento è posto sul garantire la riabilitazione prima della rendita), l'attività degli assicuratori malattia è maggiormente influenzata dai costi relativi alle prestazioni di riabilitazione. Queste diversità di obiettivi possono avere degli impatti contrastanti sulle garanzie d'assunzione dei costi (*Kostengutsprachepraxis*).

In un contesto di aumento generale dei costi è probabile che gli assicuratori malattia agiscano in maniera più restrittiva premendo per contrarre i tassi di ospedalizzazione e la durata media di degenza.

Sistema di finanziamento

In ambito riabilitativo non esiste ancora un sistema tariffario uniforme a livello nazionale, ma la sua introduzione è prevista per il 1. gennaio 2015 attraverso l'implementazione del nuovo finanziamento ST-Reha. Come per il sistema somatico-acuto, l'obiettivo è di passare ad un sistema di remunerazione fondato sulle prestazioni. Nelle previsioni per il fabbisogno si ipotizza che il nuovo tipo di finanziamento indurrà uno spostamento della presa a carico dallo stazionario verso l'ambulatoriale così come una diminuzione della durata media di degenza.

Riabilitazione ambulatoriale

La letteratura scientifica afferma che il potenziale di sostituzione dovuto ad un trasferimento dalla presa a carico stazionaria alla presa a carico ambulatoriale può variare da un minimo di 20% dei casi, ad un massimo del 60%. Queste stime sono valide solamente all'interno dei rispettivi sistemi assicurativi e di offerta di servizi.

La GD di Zurigo stima come per Zurigo anche per il Ticino, tenuto conto dello sviluppo della sua offerta ambulatoriale, il potenziale di sostituzione esistente è al massimo del 20%.

Si ipotizza inoltre che lo sviluppo della riabilitazione ambulatoriale produrrà una contrazione della durata media di degenza. Infatti, se è vero che il trasferimento verso l'ambulatoriale dei casi meno pesanti potrebbe indurre un aumento della durata media di degenza dei casi che continueranno a essere trattati in maniera stazionaria, si ipotizza comunque che vi sarà una diminuzione della durata media di ospedalizzazione, in quanto anche i casi più pesanti rimasti ospedalizzati, saranno dimessi più precocemente rispetto a oggi, grazie all'accresciuta possibilità di prenderli a carico nelle strutture ambulatoriali vicine al domicilio dei pazienti.

Riabilitazione geriatrica

Una parte importante delle cure riabilitative stazionarie è destinata a pazienti anziani - spesso polimorbili - affetti da patologie neurologiche, da disturbi del sistema locomotorio, da malattie cardiovascolari e da malattie del sistema respiratorio. Questi pazienti necessitano, dopo il ricovero acuto, di una riabilitazione stazionaria. La maggior parte di essi potrebbe essere presa a carico già oggi nelle cliniche di riabilitazione esistenti.

Tuttavia, un potenziale trasferimento precoce di parte di questi pazienti dalle strutture acute verso centri di riabilitazione geriatrica (nuove forme di presa a carico, ad esempio CAT/STT) potrebbe comportare sia una riduzione del tasso di ospedalizzazione che della durata media di degenza.

Scenari di previsione e scelta dello scenario di riferimento

Poiché l'evoluzione di ognuno dei fattori di influenza non può essere prevista con precisione e, d'altra parte, le opinioni degli esperti sul loro sviluppo talvolta divergono, le previsioni contemplano tre diversi scenari.

Lo scenario principale di sviluppo del modello di Zurigo, ritenuto il più plausibile, è stato utilizzato quale scenario di riferimento anche per le previsioni del fabbisogno di cure in Ticino. Esso si trova in una posizione intermedia rispetto allo scenario minimo e allo scenario massimo, i quali determinano l'ampiezza dell'intervallo di previsione del fabbisogno.

Lo scenario massimo considera unicamente le ipotesi che determinano un fabbisogno accresciuto di cure, mentre lo scenario minimo considera unicamente i fattori che, si presume, ridurranno il fabbisogno di cure riabilitative stazionarie.

I paragrafi seguenti riassumono e quantificano le ipotesi di evoluzione dei fattori di influenza, ritenute nei tre diversi scenari.

Evoluzione del tasso di ospedalizzazione nei tre scenari

Scenario principale

Lo scenario principale ipotizza che i fattori che, si presume, comporteranno una riduzione del tasso di ospedalizzazione, compenseranno l'effetto dei fattori che comporteranno un suo aumento, annullandosi a vicenda. Questo scenario prevede quindi un tasso di ospedalizzazione invariato per tutti i gruppi diagnostici e per tutte le classi di età nel periodo 2010-2020.

Scenario massimo

Come detto questo scenario prende in considerazione i fattori di influenza che potrebbero aumentare la futura domanda di cure.

Esso considera, da una parte, l'effetto del fattore epidemiologico, considerando che la morbilità della popolazione relativa alle patologie rilevanti dal punto di vista riabilitativo, potrebbe aumentare per tutti i gruppi diagnostici e per tutte le classi di età, stimandone l'effetto con un aumento del 2.5% del tasso di ospedalizzazione (ad eccezione della riabilitazione psicosomatica).

Dall'altra considera il miglioramento delle tecniche diagnostiche e delle tecniche terapeutiche della medicina curativa, le quali potrebbero favorire un incremento del 2.5% della frequenza di ricovero in strutture di riabilitazione stazionaria.

Per gli altri fattori si presume, in questo scenario, che essi non modificheranno il tasso di ospedalizzazione (invece che diminuirlo come spiegato in precedenza).

In conclusione lo scenario massimo prevede un aumento del 5% della frequenza di ricovero per tutte le classi di età e per tutti i gruppi diagnostici, eccezion fatta per il gruppo di riabilitazione psicosomatica che aumenta del 2.5%.

Scenario minimo

Prende in considerazione i fattori di influenza che potrebbero diminuire la domanda ossia: garanzie d'assunzione dei costi e sistema di finanziamento, riabilitazione ambulatoriale,

riabilitazione geriatrica. L'impatto di questi fattori sui diversi gruppi di prestazioni e sulle varie classi di età è riassunto alla tabella successiva.

Per i restanti fattori si ipotizza che essi non modificheranno il tasso di ospedalizzazione.

In sintesi lo scenario minimo prevede una riduzione del tasso di ospedalizzazione nei principali gruppi diagnostici del 20% circa, variabile a seconda di diagnosi ed età.

Tabella 2: Impatto dei fattori di influenza sul tasso di ospedalizzazione – Scenario minimo

Fattore di influenza		Muscoloscheletrica	Neurologica	Cardiovascolare	Polmonare	Internistica - Oncologica	Psicosomatica	Altro
Garanzia di assunzione dei costi	0 - 59	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%
	60+	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%
Riabilitazione ambulatoriale	0 - 59	-20%	-15%	-15%	-15%	-5%	0%	-5%
	60+	-10%	-10%	-10%	-10%	-5%	0%	-5%
Riabilitazione geriatrica	0 - 59	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	60+	-5%	-5%	-5%	-5%	-5%	0%	-5%

Evoluzione della durata media di degenza nei tre scenari

Scenario principale

Lo scenario principale considera l'ipotesi di riduzione della durata media di degenza causata dal cambiamento di sistema di finanziamento (remunerazione forfetaria), stimandone l'effetto con una riduzione del 7.5% per tutti i gruppi diagnostici e per tutte le classi di età, tra il 2010 e il 2020.

Scenario massimo

Prende in considerazione i fattori di influenza che potrebbero aumentare la durata media di degenza per classe di età.

Dal punto di vista epidemiologico, a causa della crescente fragilità della popolazione sopra i 60 anni e dell'accresciuta prevalenza di comorbidità, ci si attende per gli ultra60enni un aumento della durata media di degenza del 2.5% per tutti i gruppi di prestazioni.

A causa dell'introduzione degli SwissGRG nell'ambito somatico-acuto, i pazienti verranno trasferiti dagli istituti acuti a quelli riabilitativi in tempi più brevi e in condizioni di salute più gravi. Questo si ripercuoterà sul settore della riabilitazione con un incremento della durata di degenza del 2.5% per tutti i gruppi di prestazioni e per tutte le classi di età.

In questo scenario si ipotizza inoltre che gli altri fattori lascino la durata media di degenza invariata.

In conclusione questo scenario prevede un aumento della durata media di degenza del 5% per tutti i pazienti sopra i 60 anni e del 2,5% per le altre classi di età.

Scenario minimo

Prende in considerazione tutti i fattori di influenza che potrebbero potenzialmente diminuire la durata media di degenza.

Oltre alla riduzione generale del 7.5% (per tutti i gruppi di prestazioni e per tutte le classi di età) causata dall'introduzione del nuovo sistema di finanziamento per prestazione, si ipotizzano le ulteriori diminuzioni riportate alla tabella 3 e dovute alle garanzie d'assunzione dei costi (*Kostengutsprachepraxis*) e alla riabilitazione ambulatoriale e geriatrica.

Si ipotizza invece un effetto nullo dei fattori epidemiologico e della tecnica medica.

In conclusione lo scenario minimo prevede generalmente una diminuzione del 15% per tutte le classi di età e per quasi tutti i gruppi diagnostici, benché dovuti a fattori in parte diversi.

Tabella 3: Impatto dei fattori di influenza sulla durata media di degenza – Scenario minimo

Fattore di influenza	Classe di età	Muscoloscheletrica	Neurologica	Cardiovascolare	Polmonare	Internistica - Oncologica	Psicosomatica	Altro
Garanzia di assunzione dei costi	0 - 59	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%
	60+	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%
Riabilitazione ambulatoriale	0 - 59	-5%	-5%	-5%	-5%	0%	0%	0%
	60+	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	0%	0%	0%
Riabilitazione geriatrica	0 - 59	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	60+	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	-2.5%	0%	-2.5%

I capitoli seguenti saranno sviluppati tenendo conto unicamente dello scenario principale di riferimento.

4. Fabbisogno di cure della popolazione residente

Evoluzione della domanda 2003-2010 e domanda attuale (Ticino)

La figura 2 illustra l'evoluzione dal 2003 al 2010 di quattro variabili d'analisi:

- il numero di pazienti ed il tasso d'ospedalizzazione ogni 10'000 abitanti (figura lato sinistro);
- il numero di giornate di cura e la durata media di degenza (figura lato destro).

Nel periodo analizzato i ricoveri sono diminuiti del 29.9% passando da 2'894 nel 2003 a 2'029 nel 2010 e questo nonostante un aumento della popolazione residente in Ticino pari al 6.6%.

Sempre fra il 2003 ed il 2010 il tasso di ospedalizzazione (TOsp.), vale a dire il numero di ospedalizzazioni ogni 10'000 abitanti, è passato da 91 a 60, segnando quindi una diminuzione del 34.1%. Questo dimostra che la popolazione residente, pur essendo cresciuta nel corso degli ultimi anni, ha richiesto un ammontare decrescente di cure riabilitative stazionarie.

Le ragioni principali di questa evoluzione possono essere ricondotte:

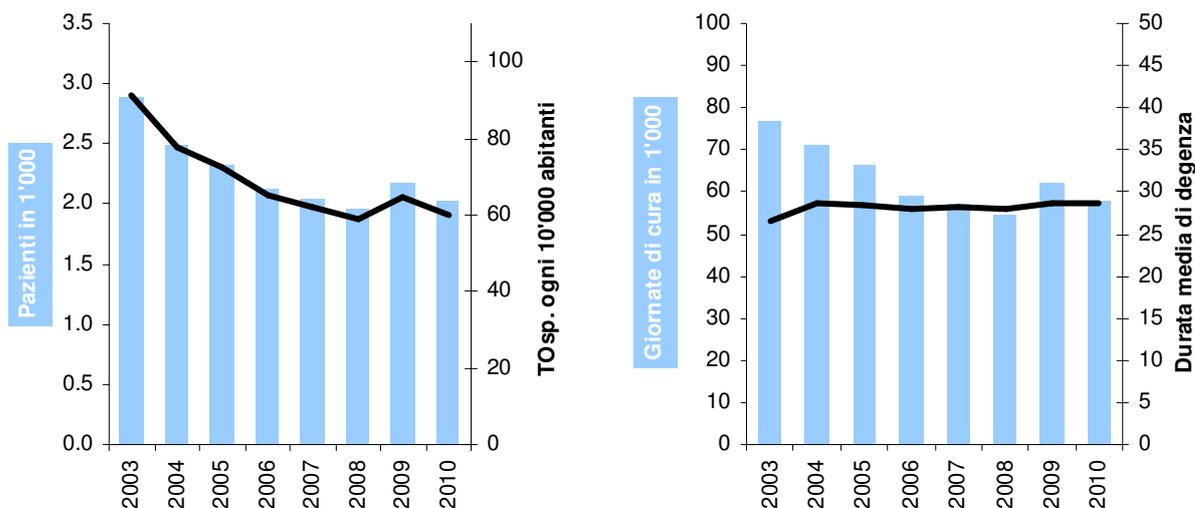
- all'evoluzione delle tecniche e dei progressi della medicina i quali hanno consentito ad una quota di casistica che prima era candidata ad un percorso riabilitativo stazionario di essere orientata verso un percorso riabilitativo ambulatoriale (*day hospital*);
- alla diminuzione dei letti (offerta⁸) di riabilitazione;
- all'atteggiamento più selettivo per le garanzie di rimborso adottato dagli assicuratori nei confronti della medicina riabilitativa;
- all'introduzione di servizi di riabilitazione precoce, i quali grazie alla presenza del medico riabilitatore facilitano un giusto triage e orientamento del paziente verso le strutture più idonee;
- alla creazione di reparti ad Alto contenuto sanitario ed alla loro trasformazione in CAT/STT.

Nella stessa figura si osserva che la degenza media è cresciuta da 26.5 giorni a 28.6 giorni (+7.9%) e il numero delle giornate di cura è diminuito del 24.3%, passando da 76'640 a 58'040 giornate.

Nonostante i casi siano diminuiti, il motivo che giustifica un aumento della durata media di degenza in ambito riabilitativo è da ricondurre all'incremento della complessità e della gravità clinica generale dei pazienti che rendono difficile la loro dimissione verso strutture di accoglienza poste a valle della catena di cura come pure verso il domicilio. Questo motivo è in parte dettato dalla mancanza di strutture adeguate a valle del settore riabilitativo.

⁸In particolare ci si riferisce alla chiusura della Clinica Humaine S.A. di Sementina avvenuta in relazione all'ultima pianificazione cantonale

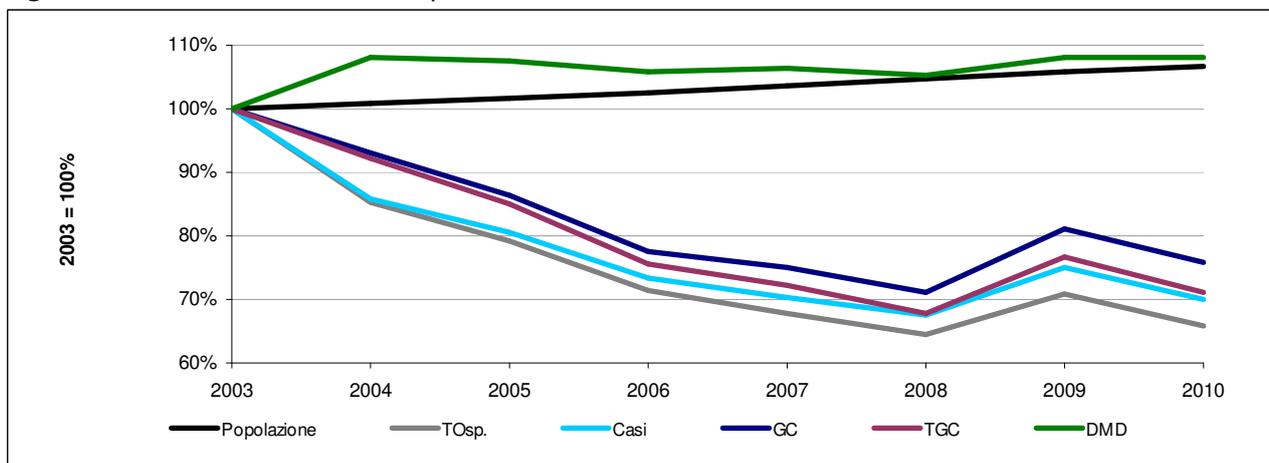
Figura 2: Evoluzione dei pazienti residenti (casi), del tasso di ospedalizzazione, delle giornate di cura e della durata media di degenza nel periodo 2003-2010, Cantone Ticino



In sintesi, si può affermare che l'importante diminuzione del tasso di ospedalizzazione osservato in questi anni, ha più che compensato la crescita della popolazione e l'aumento della durata media di degenza. Ne deriva una riduzione delle giornate di cura.

Nella figura l'evoluzione della popolazione (abitanti) è messa a confronto con l'evoluzione dei principali indicatori della domanda di prestazioni stazionarie riabilitative (abitanti, TOsp., casi, GC, TGC, DMD).

Figura 3: Indici di variazione nel periodo 2003-2010, Cantone Ticino



Struttura della domanda nel 2010 per gruppi principali di prestazioni e classe di età

Nella tabella 4 sono riportati alcuni dettagli relativi ai casi trattati nel 2010, suddivisi in base alla diagnosi principale nei 7 gruppi diagnostici (ICD-10).

Si rileva in particolare che la patologia riabilitativa diagnosticata con la maggiore frequenza è quella relativa alla riabilitazione muscoloscheletrica (67%), seguita dalla riabilitazione neurologica (23%). Questi due gruppi diagnostici rappresentano il 90% dei casi trattati nel nostro Cantone a livello stazionario e l'89% in termini di giornate di cura. Seguono, in

ordine d'importanza, la riabilitazione internistica-oncologica, la riabilitazione cardiovascolare, altro, la riabilitazione polmonare e la riabilitazione psicosomatica.

La degenza media varia da 22.0 giorni per il gruppo diagnostico riabilitazione psicosomatica a 43.7 giorni per la riabilitazione neurologica. La durata di degenza media globale si situa a 28.6 giorni. L'età media dei pazienti è al di sopra dei 60 anni per tutti i gruppi di prestazioni, eccezion fatta per il gruppo "altro" (53 anni), e si stabilisce a 68 anni.

Tabella 4: Pazienti ticinesi per gruppi di prestazioni 2010

	Casi	Casi %	Età media (all'entrata)	Sesso femminile (%)	Trattamento fuori cantone (%)	TOsp. (ogni 10'000 Abit.)	Durata degenza media	Giornate di cura	Giornate di cura (%)
Muscoloscheletrica	1'351	67%	69	62%	5%	39.9	23.3	31'480	54%
Neurologica	468	23%	65	45%	9%	13.8	43.7	20'442	35%
Cardiovascolare	43	2%	67	21%	70%	1.3	25.5	1'097	2%
Polmonare	18	1%	69	50%	56%	0.5	23.2	417	1%
Internistica - oncologica	103	5%	67	37%	14%	3.0	27.8	2'865	5%
Psicosomatica	6	0%	60	67%	50%	0.2	22.0	132	0%
Altro	40	2%	53	33%	53%	1.2	40.1	1'603	3%
Totale	2'029	100%	68	55%	9%	60.0	28.6	58'036	100%

La tabella 5 suddivide i pazienti ticinesi per classe d'età. I dati mostrano che il 49% dei pazienti ricoverati in ambito riabilitativo appartiene alla classe di età 60-79 anni. Seguono la categoria 80+ (24%) e la classe d'età 40-59 anni (21%). E' interessante rilevare che la durata media di degenza è inversamente proporzionale all'età, fissandosi a 38.0 giorni per il gruppo più giovane (0-17) e a 26.8 giorni per quello di 80 e più anni.

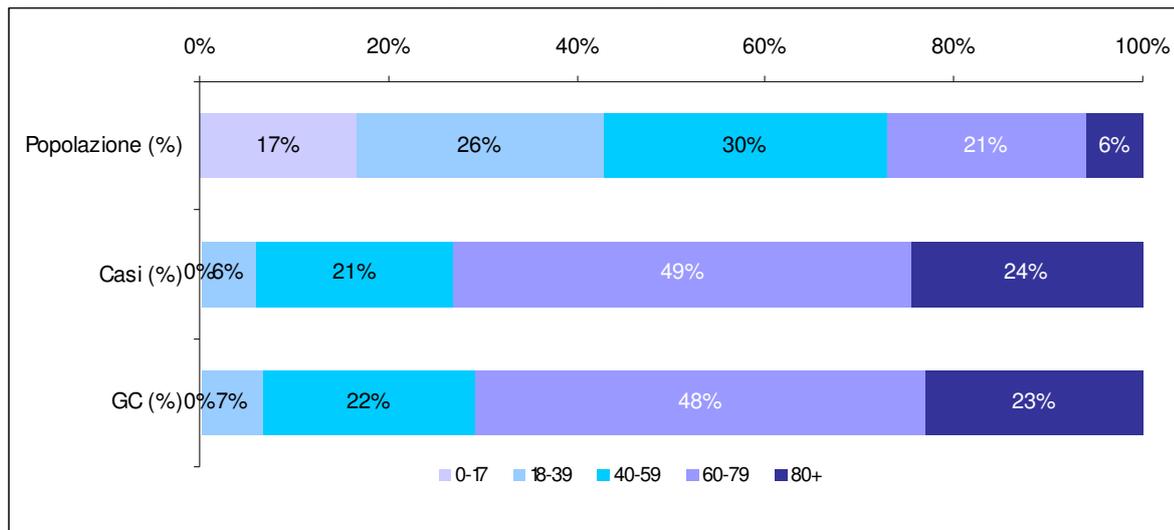
L'impatto di queste differenze riscontrate nella durata di degenza media non assume dimensioni rilevanti per quanto riguarda le giornate di cura. Infatti la ripartizione delle giornate di cura per le cinque categorie d'età rispecchia la ripartizione riscontrata per i casi.

Tabella 5: Pazienti ticinesi per classe di età 2010

	Casi	Casi %	Età media (all'entrata)	Sesso femminile (%)	Trattamento fuori cantone (%)	TOsp. (ogni 10'000 Abit.)	Durata degenza media	Giornate di cura	Giornate di cura (%)
0-17	3	0%	16	33%	0%	1	38.0	114	0%
18-39	116	6%	32	36%	21%	13	33.4	3'878	7%
40-59	428	21%	51	45%	13%	42	30.3	12'977	22%
60-79	985	49%	71	55%	9%	138	28.2	27'731	48%
80+	497	24%	84	68%	5%	250	26.8	13'336	23%
Totale	2'029	100%	68	55%	9%	60	28.6	58'036	100%

La figura 4 mostra che la popolazione compresa nella fascia d'età 60-79 anni, che raggruppa il 21% dell'intera popolazione ticinese, genera il 49% dei casi ed il 48% delle giornate di cura erogate. Da rilevare che la popolazione appartenente alla fascia d'età 80+, che rappresenta il 6% dell'intera popolazione, genera il 24% dei casi. Alla popolazione nella fascia 18-39 anni è attribuito il 6% dei casi, mentre per la popolazione minorenni (0-17 anni) i ricoveri sono rari, si registrano solo 3 casi.

Figura 4: Popolazione, pazienti e giornate di cura per classe di età, Cantone Ticino, 2010



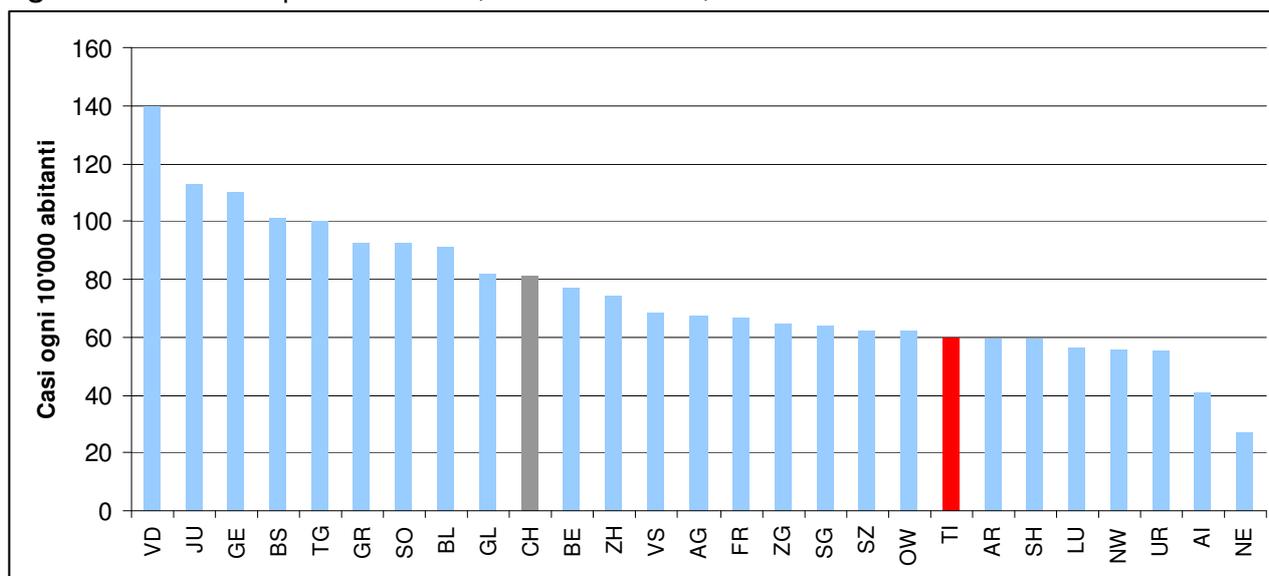
Confronto Ticino – altri Cantoni / Svizzera

Il presente paragrafo mette a confronto la situazione del Canton Ticino con le altre realtà cantonali svizzere. E' importante rilevare che i dati del Canton Ticino non contemplano i 480 casi attribuiti al settore riabilitativo, per effetto dello scorporo dal settore somatico-acuto.

Il tasso di ospedalizzazione ticinese è inferiore al tasso medio svizzero: in Ticino ricorrono annualmente a cure riabilitative stazionarie 60 abitanti ogni 10'000, mentre la media nazionale si situa a 80.9 ogni 10'000 abitanti.

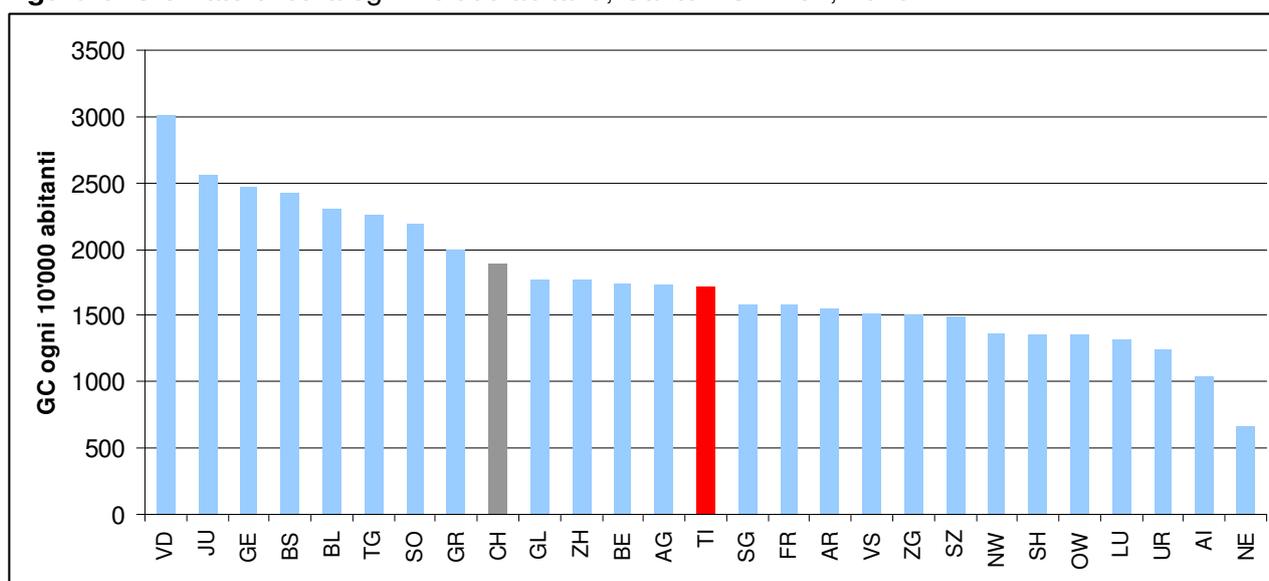
Il minor numero di casi ospedalizzati può essere giustificato dall'esistenza di servizi di riabilitazione precoce, già in ambito somatico-acuto, i quali facilitano un giusto triage, orientando il paziente verso strutture ambulatoriali nei casi in cui un ricovero stazionario non è ritenuto necessario.

Figura 5: Tasso di ospedalizzazione, Cantoni svizzeri, 2010



Paragonando il numero delle giornate di cura ogni 10'000 abitanti del Ticino a quello di altri Cantoni, si può notare che anche il dato relativo al nostro Cantone (1'717.6) si situa al di sotto della media nazionale (1'892.9).

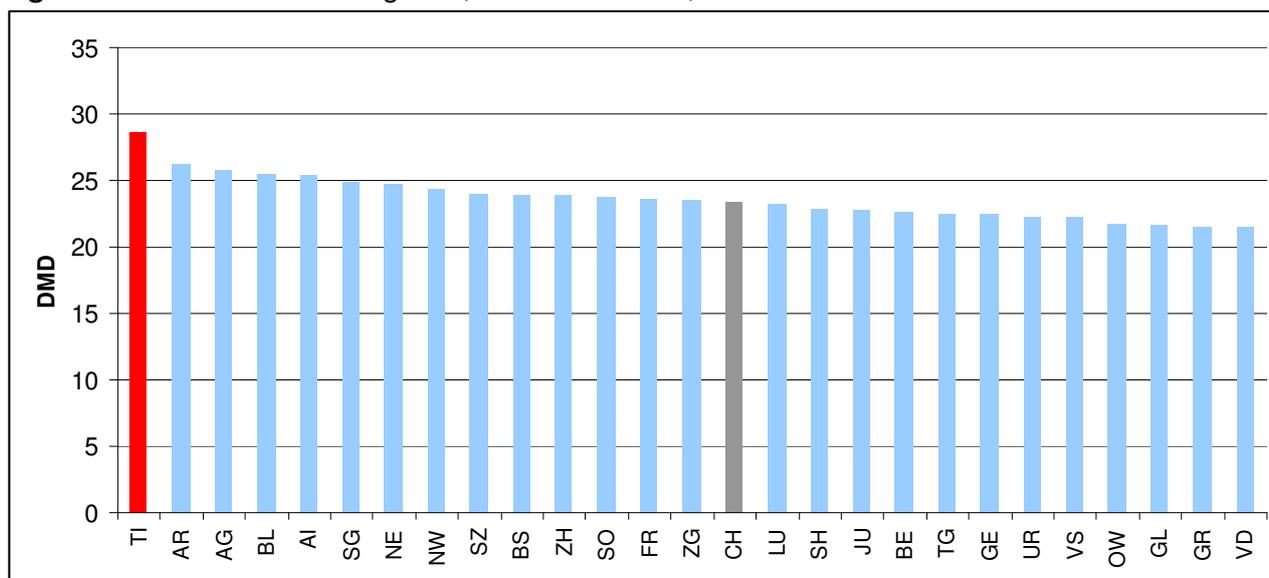
Figura 6: Giornate di cura ogni 10'000 abitanti, Cantoni svizzeri, 2010



La figura 7 mostra una durata media di degenza superiore, per il nostro Cantone (28.6), a tutte le altre realtà cantonali e alla media nazionale (23.4).

Come rilevato nella figura 2, dal 2003 si assiste, nel nostro Cantone, ad un aumento della degenza media. Quest'incremento ed il fatto che in Ticino si riscontri la più elevata degenza media in ambito riabilitativo rispetto alle altre realtà cantonali si suppone sia da ricondurre all'incremento della complessità e della gravità clinica generale dei pazienti che rendono difficile la loro dimissione verso strutture stazionarie e ambulatoriali poste a valle della catena di cura come pure verso il domicilio. Inoltre va considerata la struttura demografica del nostro Cantone che oggi è di fatto il secondo per quanto riguarda la speranza di vita. Questo comporta la presa a carico riabilitativa di pazienti più anziani e verosimilmente più fragili sia dal punto di vista medico che sociale.

Figura 7: Durata media di degenza, Cantoni svizzeri, 2010



In sintesi, per quel che concerne la struttura della domanda attuale (2010) si rileva quanto segue:

- il gruppo diagnostico riabilitativo che registra il maggior numero di casi è quello relativo alla riabilitazione muscoloscheletrica (67%), seguito per frequenza dal gruppo concernente la riabilitazione neurologica (23%);
- l'età media all'entrata del paziente riabilitativo è di 68 anni, il 73% dei casi e il 71% delle giornate di cura sono generate da persone con più di 60 anni;
- nel confronto nazionale il Ticino dispone di un tasso di ospedalizzazione inferiore a quello medio svizzero, le giornate di cura sono pure al di sotto delle media nazionale, mentre la durata media di degenza è la più alta a livello federale.

Flussi intercantonali dei pazienti

Nella tabella 6 sono riportati i flussi di pazienti da/verso il Cantone Ticino in base al Cantone di ricovero/provenienza.

Nel 2010, su un totale di 2'029 casi che hanno subito un ricovero stazionario, 192 sono stati curati fuori Cantone. Ciò significa che il 90.5% dei casi sono presi a carico nelle strutture ticinesi. Dei 192 casi ospedalizzati fuori Cantone, 72 concernono la riabilitazione muscoloscheletrica, 42 la riabilitazione neurologica, 30 la riabilitazione cardiovascolare, 20 altro, 14 la riabilitazione internistica-oncologica, 10 la riabilitazione polmonare e 4 la riabilitazione psicosomatica.

Accanto al flusso di pazienti verso altri Cantoni, vi è anche un flusso di pazienti non residenti in Ticino ricoverati nelle strutture riabilitative del nostro Cantone. Poiché il presente rapporto è relativo al fabbisogno della popolazione residente in Ticino, un'analisi del flusso di pazienti provenienti da altri Cantoni o dall'estero non è stata effettuata. Trattasi di 235 casi (dei quali 141 provenienti dall'estero), pari all'11.6% del totale.

Tabella 6: Flussi di pazienti da/verso il Cantone Ticino, 2010 (5a)

	Estero	Grigioni	AG	Altri cantoni	Totale
Pazienti da altri cantoni/estero verso il TI	141	59	3	32	235
Pazienti dal TI verso altri cantoni	0	-13	-47	-132	-192
Flusso netto di pazienti	141	46	-44	-100	43

La libertà di scelta della struttura data al paziente attraverso la recente revisione della LAMal obbliga i cantoni a prestare particolare attenzione ai flussi intercantionali dei pazienti. Essi infatti potrebbero subire cambiamenti anche consistenti nei prossimi anni.

5. Previsione del fabbisogno di cure per il 2020

Revisione della situazione iniziale

Il modello di previsione del fabbisogno sviluppato dal Canton Zurigo parte dall'ipotesi che la situazione iniziale, ovvero le cure fornite in regime stazionario dagli istituti ospedalieri alla popolazione residente durante un anno di riferimento, nello specifico il 2010, siano conformi al fabbisogno di cure espresso dalla popolazione. Quest'ipotesi implica la verifica della dimensione del volume di cure erogate.

Questa verifica per il Cantone Ticino è stata effettuata principalmente per il settore somatico-acuto, poiché il confronto dei tassi cantonali di ospedalizzazione con quelli del Cantone Zurigo e della Svizzera, evidenziava in alcuni ambiti di cura delle differenze consistenti. Si è quindi verificato se la differenza del tasso d'ospedalizzazione per alcuni gruppi di prestazioni, non fosse riconducibile all'assenza o sotto-utilizzo di alternative di presa a carico, all'istituto ospedaliero. Nel rapporto sul fabbisogno nel settore somatico-acuto, al quale si rimanda, è illustrata la procedura seguita per esaminare questi casi.

Le verifiche effettuate hanno portato a scorporare, a livello statistico, 3'500 pazienti dal settore somatico-acuto che sono da attribuire ad altri settori di cura: il 13% di questi (n = 480) per un totale di 8'725 giornate di cura, sono stati riallocati, ai fini del calcolo del fabbisogno 2020, al settore della riabilitazione. Questi casi vanno così a sommarsi a quelli già conteggiati per il 2010, quale base di proiezione per il fabbisogno 2020.

Di questi 480 casi attribuiti alla riabilitazione, per effetto dello scorporo dal settore somatico-acuto:

- il 41% (n = 198) deriva dall'analisi dei secondi ricoveri ospedalieri, susseguenti a quello in altro istituto somatico acuto; di questi il 30% (n = 146) è stato attribuito, in base alla diagnosi principale, alla riabilitazione muscoloscheletrica, il 4% (n = 20) a quella polmonare e il 3% (n = 18) alla riabilitazione cardiovascolare;
- il 17% dei 480 casi (n = 83) deriva dall'analisi dei casi di pazienti ultrasessantenni dimessi da un istituto con mandato di medicina di base e con un SPG⁹ di medicina di base, di questi il 22% (n = 19) è stato assegnato alla riabilitazione muscoloscheletrica e il 72% (n = 60) alla riabilitazione polmonare;
- i 189 casi, pari al 41% dei casi scorporati dal settore acuto, sono pazienti con una diagnosi principale alla dimissione di "riabilitazione" (codice = Z50*), di questi il 24% (n = 46) è stato allocato al settore della riabilitazione muscoloscheletrica, il 20% (n = 41) alla riabilitazione cardiovascolare, il 17% (n = 33) alla riabilitazione internistico-oncologica e il 24% (n = 46) alla medicina psicosomatica;
- infine, gli altri 10 casi (2%) derivano dall'analisi dei dati relativa alla verifica del *Basispaket*.

In base alla diagnosi principale, i 480 casi sono stati assegnati ai principali gruppi specialistici di riabilitazione muscoloscheletrica (n = 215), polmonare (n = 88) e cardiovascolare (n = 60), mentre gli altri 117 sono stati suddivisi nelle altre categorie proposte dal modello di Zurigo. La situazione iniziale prima e dopo le verifiche è illustrata nella tabella 7.

⁹ Swiss Payment Group – APDRG Suisse.

Tabella 7: Situazione iniziale prima e dopo le verifiche, Cantone Ticino, 2010

CASI				
	Dati effettivi	Dati rivisti	Differenza	Differenza %
Muscoloscheletrica	1'351	1'566	215	15.9%
Neurologica	468	479	11	2.4%
Cardiovascolare	43	103	60	139.5%
Polmonare	18	106	88	488.9%
Internistica - oncologica	103	145	42	40.8%
Psicosomatica	6	55	49	816.7%
Altro	40	55	15	37.5%
Totale	2'029	2'509	480	23.7%
GIORNATE DI CURA				
	Dati effettivi	Dati rivisti	Differenza	Differenza %
Muscoloscheletrica	31'480	35'243	3'763	12.0%
Neurologica	20'442	20'615	173	0.8%
Cardiovascolare	1'097	2'265	1'168	106.5%
Polmonare	417	2'277	1'860	446.0%
Internistica - oncologica	2'865	3'668	803	28.0%
Psicosomatica	132	835	703	532.6%
Altro	1'603	1'858	255	15.9%
Totale	58'036	66'761	8'725	15.0%
DURATA DI DEGENZA MEDIA				
	Dati effettivi	Dati rivisti	Differenza	Differenza %
Muscoloscheletrica	23.3	22.5	-0.8	-3.4%
Neurologica	43.7	43.0	-0.6	-1.5%
Cardiovascolare	25.5	22.0	-3.5	-13.8%
Polmonare	23.2	21.5	-1.7	-7.3%
Internistica - oncologica	27.8	25.3	-2.5	-9.1%
Psicosomatica	22.0	15.2	-6.8	-31.0%
Altro	40.1	33.8	-6.3	-15.7%
Totale	28.6	26.6	-2.0	-7.0%

Nello specifico, i 480 casi scorporati dal settore acuto e riassegnati quantitativamente al settore della riabilitazione, presentano una degenza media di 18 giorni (con una differenza di 5 giorni se confrontati ai 23 delle cliniche di riabilitazione).

L'evidenza di una degenza media superiore comunque a quella di un ricovero somatico-acuto conferma indirettamente che questi pazienti sono assimilabili alla casistica di una clinica di riabilitazione, piuttosto che a quella di un istituto acuto, consolidando l'operazione empirica dell'attribuzione effettuata.

Le verifiche eseguite sui tassi d'ospedalizzazione del settore somatico-acuto hanno portato ad analizzare essenzialmente casi di pazienti con età superiore ai 60 anni. Conseguentemente il 64% dei casi riallocati nel settore di riabilitazione sono ultrasessantenni (309 pazienti tra 60-79, 84 pazienti ultraottantenni e 87 pazienti tra 40 e 59 anni).

Il trasferimento di 480 casi dall'ambito somatico-acuto all'ambito riabilitativo ha delle conseguenze sul calcolo del fabbisogno 2020. Rispetto alla situazione attuale la proiezione 2020 aggrega l'effetto di due fattori:

- la riattribuzione di casi acuti verso il settore della riabilitazione;
- l'impatto dei fattori d'influenza (demografia e durata media di degenza).

I paragrafi seguenti descrivono l'impatto dei singoli fattori d'influenza sul settore riabilitativo e sul singolo gruppo di prestazione.

Impatto dei singoli fattori d'influenza per gruppo di prestazione

Come anticipato al capitolo 3. del presente rapporto la previsione del fabbisogno 2020 è stata calcolata sulla base dello scenario di riferimento principale¹⁰. Tutti i dati si riferiscono quindi allo scenario menzionato.

Per i due fattori di influenza, viene descritto l'impatto sul fabbisogno 2020. Nelle tabelle 8 e 9 il numero dei casi nel 2020 e le variazioni percentuali indicate tengono perciò conto di uno solo dei diversi fattori di influenza. Va sottolineato che tali effetti possono essere di direzione opposta. L'effetto complessivo che si ottiene dall'interagire di tutti i fattori considerati è riportato nella tabella 10. Per poter isolare e illustrare l'incidenza di ogni singolo fattore, i dati 2010 devono prendere in considerazione i trasferimenti elencati nel capitolo precedente. Nelle tabelle sono perciò riportati i dati 2010 rivisti, sui quali sono state calcolate anche le variazioni percentuali sull'arco del periodo 2010-2020. Ciò permette di evidenziare l'incidenza dei singoli fattori e l'ampiezza dei loro effetti.

Demografia

L'evoluzione della popolazione ha un impatto non solo attraverso il previsto aumento della popolazione, ma anche attraverso la trasformazione della sua struttura dovuta all'invecchiamento. La previsione demografica prevede un incremento della popolazione ticinese del 5.1% nel decennio 2010-2020; in particolare è prevista una crescita importante della popolazione anziana nella fascia relativa agli 80+. Si tratta di una crescita percentuale del 35%, che in termini assoluti si traduce in un aumento di ca. 7'000 abitanti. La tabella 8 riporta l'impatto che lo sviluppo demografico avrà sul fabbisogno di cure riabilitative nel 2020. L'impatto è valutato sul numero di casi e sulla durata di degenza media prendendo in considerazione le modifiche di struttura demografica per fasce d'età.

Tabella 8: Incidenza del fattore demografico sul fabbisogno 2020, scenario principale, Cantone Ticino (dati 2010 rivisti)

	Casi			DMD			CG		
	2010	2020	%	2010	2020	%	2010	2020	%
Muscoloscheletrica	1'566	1'836	+17.2	22.5	23.3	+3.3	35'243	42'703	+21.2
Neurologica	479	549	+14.6	43.0	43.6	+1.3	20'615	23'932	+16.1
Cardiovascolare	103	120	+16.5	22.0	25.6	+16.3	2'265	3'068	+35.5
Polmonare	106	123	+16.0	21.5	25.8	+20.2	2'277	3'176	+39.5
Internistica - oncologica	145	169	+16.6	25.3	27.5	+8.7	3'668	4'647	+26.7
Psicosomatica	55	62	+12.7	15.2	17.1	+12.6	835	1'060	+26.9
Altro	55	60	+9.1	33.8	37.7	+11.5	1'858	2'259	+21.6
Totale	2'509	2'919	+16.3	26.6	27.7	+4.1	66'761	80'845	+21.1

Per effetto unicamente del fattore demografico, nel settore riabilitativo il numero di pazienti aumenterebbe del 16.3%. L'aumento della degenza media sarebbe più circoscritto, pari al 4.1%. Le giornate di cura aumenterebbero complessivamente del 21.1% nel 2020.

¹⁰ Si tratta dello scenario utilizzato sia da Zurigo, sia da altri cantoni.

Riduzione della durata media di degenza

Per il 2020, in ragione dell'introduzione del nuovo sistema di finanziamento per prestazione previsto per il 2015 (ST-Reha), è attesa una riduzione della durata media per tutti i gruppi diagnostici. La diminuzione della durata media di degenza è stata valutata, per lo scenario di riferimento, a -7.5% per tutti i gruppi.

Tabella 9: Incidenza del fattore "riduzione degenza media", scenario principale, Cantone Ticino (dati 2010 rivisti)

	DMD	
	2010	2020
Muscoloscheletrica	22.5	20.8
Neurologica	43.0	39.8
Cardiovascolare	22.0	20.3
Polmonare	21.5	19.9
Internistica - oncologica	25.3	23.4
Psicosomatica	15.2	14.0
Altro	33.8	31.2
Totale	26.6	24.6

Impatto globale sul fabbisogno di cure 2020

L'effetto complessivo dei vari fattori di influenza sul fabbisogno di cure è riportato per gruppo principale di prestazioni nella tabella seguente.

Abbinando l'impatto dello sviluppo demografico (demografia) agli effetti generati dall'introduzione del nuovo sistema di finanziamento ospedaliero per prestazione sulla durata di degenza si ottiene la previsione globale del fabbisogno di cure. Complessivamente, il numero di pazienti nel settore riabilitativo secondo i dati 2010 rivisti era di 2'509. Con questa base di partenza, applicando il modello di Zurigo si arriva a una previsione di 2'919 casi nel 2020, pari ad un aumento del 16% rispetto ai dati 2010 rivisti.

Le giornate di cura secondo i dati 2010 rivisti sono state 66'761. Tenendo conto dei due fattori di influenza considerati dal modello, nel 2020 si avranno 74'781 giornate di cura, pari ad un aumento del 12%.

Si tratta qui degli effetti complessivi riconducibili ai fattori di influenza considerati.

Tabella 10: Previsione del fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 rivisti)

	Casi			DMD			GC		
	2010	2020	%	2010	2020	%	2010	2020	%
Muscoloscheletrica	1'566	1'836	+17%	22.5	21.5	-4%	35'243	39'500	+12%
Neurologica	479	549	+15%	43.0	40.3	-6%	20'615	22'137	+7%
Cardiovascolare	103	120	+17%	22.0	23.7	+8%	2'265	2'838	+25%
Polmonare	106	123	+16%	21.5	23.9	+11%	2'277	2'938	+29%
Internistica - oncologica	145	169	+17%	25.3	25.4	+1%	3'668	4'298	+17%
Psicosomatica	55	62	+13%	15.2	15.8	+4%	835	980	+17%
Altro	55	60	+9%	33.8	34.8	+3%	1'858	2'090	+12%
Totale	2'509	2'919	+16%	26.6	25.6	-4%	66'761	74'781	+12%

Confronto del fabbisogno di cure per il 2020 rispetto alla situazione attuale

Come nel settore somatico-acuto la situazione di partenza è quella riflessa dai dati 2010 effettivi. Il confronto del dato di previsione 2020 va perciò effettuato con i dati 2010 effettivi (*Ist-Zustand*). Nella tabella seguente sono riportati i principali indicatori del fabbisogno di cure nel 2020 con la situazione iniziale 2010.

Risultati complessivi

Nella tabella 11 sono riportati i principali indicatori del fabbisogno di cure nel 2020 ed il confronto con la situazione iniziale 2010 (dati effettivi).

Per il 2020 si prevede un incremento dei casi pari al 43.9% e un aumento delle giornate di cura pari al 28.9%. Tali incrementi sono riconducibili in parte all'evoluzione demografica prevista fino al 2020 e in parte allo spostamento di casi presi a carico attualmente nel settore acuto.

In altre parole l'aumento previsto di 890 casi non corrisponde interamente a casi "nuovi" attualmente non esistenti nella popolazione; bensì deriva per la maggior parte dall'evoluzione prevista per i 480 pazienti di riabilitazione presi a carico, *oggi*, nel settore acuto e che in futuro si prevede di prendere a carico nel settore della riabilitazione. Tali pazienti erano stati scorporati dai casi del settore acuto prima di procedere alla previsione settoriale e non sono conteggiati nei 2'029 casi presi a carico nel 2010 nelle cliniche di riabilitazione.

Il modello prevede altresì che la durata media di degenza subisca una diminuzione del 10.4%, passando dagli attuali 28.6 giorni ai previsti 25.6 (-3 giorni).

Tabella 11: Principali dati di previsione 2020, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)

	2010	2020	
		Scenario principale	
Tasso di ospedalizzazione (10'000)	60	82	+36.9%
Casi	2'029	2'919	+43.9%
Durata media di degenza	28.6	25.6	-10.4%
Giornate di cura	58'036	74'781	+28.9%
Giornate di cura ogni 10'000 abitanti	1'715	2'104	+22.6%

Risultati per classe d'età

Nella tabella seguente sono presentati i risultati della previsione del fabbisogno di cure per classi di età. A causa dell'invecchiamento della popolazione il numero di pazienti e le giornate di cura aumenteranno per tutte le classi d'età, eccezion fatta per i pazienti minorenni (3 casi). La durata media di degenza registrerà invece una diminuzione in tutte le classi di età.

Tabella 12: Previsione del fabbisogno per classe di età, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)

	Casi			DMD			GC		
	2010	2020	%	2010	2020	%	2010	2020	%
0-17	3	3	-5%	38.0	35.3	-7%	114	101	-11%
18-39	116	133	+15%	33.4	29.7	-11%	3'878	3'953	+2%
40-59	428	520	+21%	30.3	27.3	-10%	12'977	14'189	+9%
60-79	985	1'477	+50%	28.2	25.4	-10%	27'731	37'481	+35%
80+	497	786	+58%	26.8	24.2	-10%	13'336	19'057	+43%
Totale	2'029	2'919	+44%	28.6	25.6	-10%	58'036	74'781	+29%

Risultati per gruppi di prestazione

Il modello suddivide inoltre il futuro fabbisogno di cure ripartendolo in sette gruppi di prestazioni, definiti a partire da categorie diagnostiche.

La tabella 13 riassume i risultati della previsione del fabbisogno 2020 per gruppo principale di prestazioni: il numero di pazienti, le giornate di cura, la durata media di degenza nel 2010 e la loro previsione per il 2020¹¹.

Per quel che concerne il numero di casi e le giornate di cura è atteso un incremento globale pari al 44% rispettivamente al 29%. Per quel che concerne la degenza media si stima una sua diminuzione del 10%.

Tabella 13: Previsione del fabbisogno 2020 per gruppi di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)

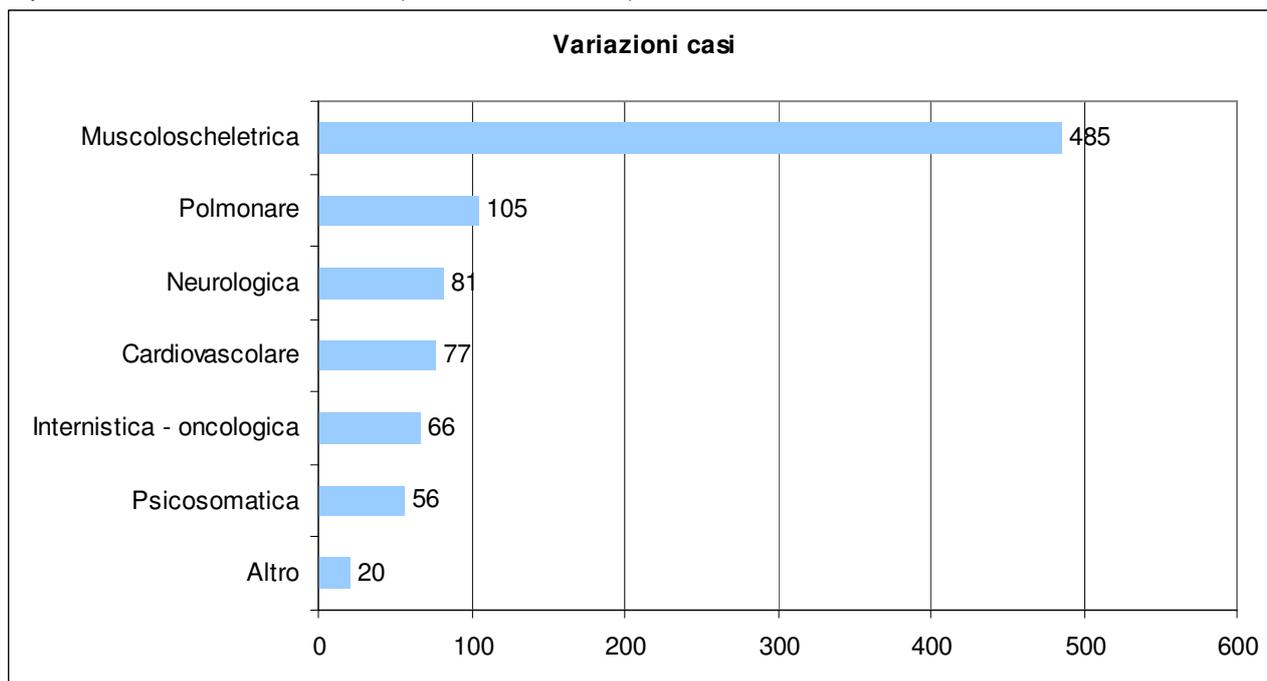
	Casi			DMD			GC		
	2010	2020	%	2010	2020	%	2010	2020	%
Muscoloscheletrica	1'351	1'836	+36%	23.3	21.5	-8%	31'480	39'500	+25%
Neurologica	468	549	+17%	43.7	40.3	-8%	20'442	22'137	+8%
Cardiovascolare	43	120	+179%	25.5	23.7	-7%	1'097	2'838	+159%
Polmonare	18	123	+583%	23.2	23.9	+3%	417	2'938	+605%
Internistica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

Numero di pazienti

L'aumento previsto di 890 casi (tabella 13) non è ripartito in modo omogeneo tra i gruppi principali di prestazioni, come evidenziato nella figura 8. Si rileva in particolare un aumento importante, in termini assoluti, dei casi relativi alla riabilitazione muscolo scheletrica, che passeranno da 1'351 a 1'836 casi. Per il 2020 si prevede che il maggior numero di pazienti di riabilitazione necessiterà, come oggi, di cure di riabilitazione muscolo scheletrica o neurologica.

¹¹ Per alcuni gruppi di prestazioni (polmonare, psicosomatica e cardiovascolare) il numero di casi del 2010 è esiguo di conseguenza la percentuale di variazione è poco significativa.

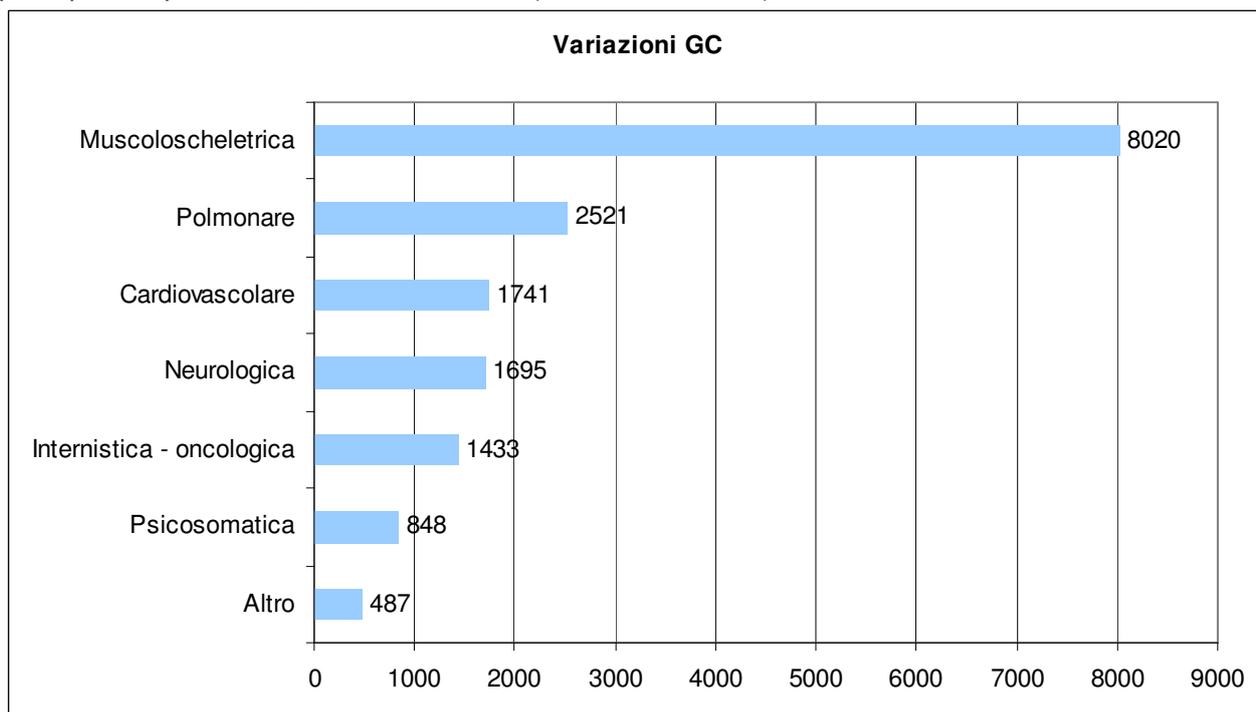
Figura 8: Previsione della variazione assoluta 2010-2020 del numero di casi per gruppo principale di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)



Giornate di cura

Complessivamente nel 2020 è stimato un aumento di 16'745 (tabella 13) giornate di cura. L'incremento più rilevante, pari a 8'020 giornate di cura in termini assoluti, è attribuito al gruppo di prestazioni concernente la riabilitazione muscoloscheletrica. Nella figura 9 sono indicate, in ordine decrescente, le variazioni delle giornate di cura per gruppo principale di prestazioni.

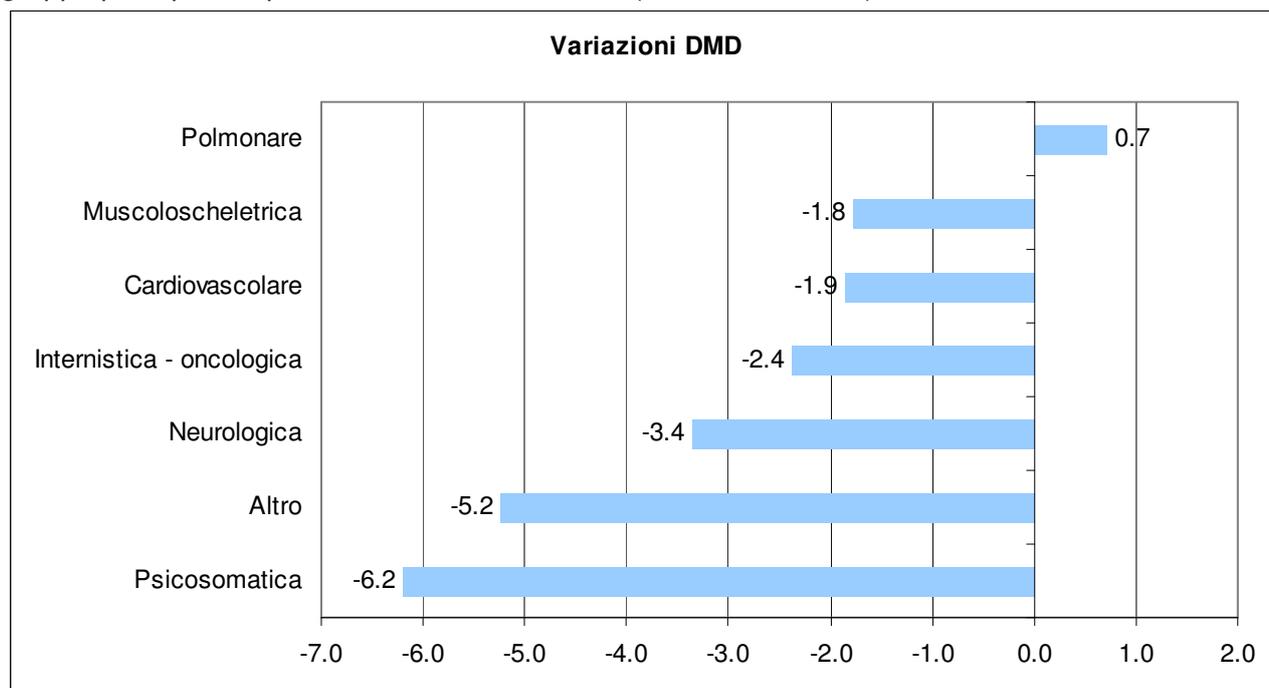
Figura 9: Figura : Previsione della variazione assoluta 2010-2020 delle giornate di cura per gruppo principale di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)



Durata media di degenza

La durata media di degenza globale registra, in termini assoluti, una diminuzione pari a tre giorni (tabella 13). Per tutti i gruppi di prestazioni, eccezion fatta per la riabilitazione polmonare (+0.7 giornate cura), sono stimate delle diminuzioni della durata media di degenza (figura 10). La diminuzione più importante (-6.2 giornate di cura) è ipotizzata per la riabilitazione psicosomatica.

Figura 10: Previsione della variazione assoluta 2010-2020 della durata media di degenza per gruppo principale di prestazioni, Cantone Ticino (dati 2010 effettivi)



6. Conclusioni

Il presente rapporto ha permesso di descrivere la situazione attuale (2010) e determinare il fabbisogno futuro in ambito riabilitativo in termini di gruppi di prestazioni. A livello più dettagliato è importante rilevare che, malgrado il risultato globale dimostri un aumento del fabbisogno rispetto alla situazione attuale, tale risultato deve essere valutato all'interno delle singole categorie di prestazioni, come dimostrato nei capitoli precedenti, ciò che potrebbe verosimilmente richiedere una ridefinizione dei mandati.

In sintesi, rispetto alla situazione attuale la previsione del fabbisogno di cure 2020 evidenzia:

- un incremento dei casi (+44%), delle giornate di cura (+29%) e una diminuzione della durata media di degenza (-10%)
- un aumento importante del fabbisogno per i gruppi di età 60+, con particolare riferimento alla classe 80+ (+43%);
- per il 2020 si prevede che il maggior numero di pazienti di riabilitazione necessiterà, come oggi, di cure di riabilitazione muscolo scheletrica o neurologica.