



# RAPPORTO SUL FABBISOGNO CANTONALE DI CURE OSPEDALIERE ORIZZONTE 2032

Settembre 2022



Repubblica e Cantone Ticino  
Dipartimento della sanità e della socialità

A. Sintesi.....	5
B. Metodologia .....	9
1. Base dei dati e procedimento generale .....	9
1.1 Fonte dei dati .....	9
1.2 Generazione degli insiemi di dati.....	9
1.3 Livelli di rappresentazione dei dati.....	11
1.4 Qualità e consistenza dei dati.....	12
1.5 Principi della previsione del fabbisogno.....	13
1.5.1 Metodo di previsione e orizzonte temporale .....	13
1.5.2 Modello di previsione e fattori di influenza .....	15
C. Fabbisogno somatico-acuto .....	23
1. Fabbisogno storico e attuale (2019) .....	23
1.1 Analisi per disciplina .....	24
1.2 Analisi per gruppi di età .....	25
2. Fabbisogno 2032.....	25
2.1 Modello di previsione e fattori d'influenza .....	25
2.2 L'impatto dei singoli fattori d'influenza sul fabbisogno di cure 2032 .....	28
2.2.1 Demografia .....	28
2.2.2 Tecnologia medica .....	28
2.2.3 Epidemiologia.....	29
2.2.4 Correzioni per maggior ricorso alle cure ospedaliere rispetto al resto della svizzera	29
2.2.5 Trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale.....	30
2.2.6 Evoluzione della durata media di degenza .....	31
2.3 Risultati delle previsioni - fabbisogno 2032.....	32
2.3.1 Fabbisogno totale.....	32
2.3.2 Fabbisogno per disciplina medica .....	33
2.3.3 Fabbisogno dei casi per gruppi di età.....	35
2.4 Fabbisogno delle discipline speciali (trasversali) .....	36
2.4.1 Geriatria acuta.....	36
2.4.2 Cure palliative .....	36
3. Flussi intercantionali.....	37
D. Fabbisogno riabilitazione .....	40
1. Fabbisogno storico e attuale (2019) .....	40
1.1 Analisi per disciplina.....	41
1.2 Analisi per gruppi di età.....	41

2.	Fabbisogno 2032.....	41
2.1	Modello di previsione e fattori d'influenza .....	42
2.2	Evoluzione dei fattori d'influenza fino al 2032 .....	43
2.2.1	Demografia .....	44
2.2.2	Tecnologia medica somatico-acuto .....	44
2.2.3	Riabilitazione geriatrica .....	44
2.2.4	Trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale.....	45
2.3	Risultati delle previsioni fabbisogno 2032.....	45
2.3.1	Risultati della previsione del fabbisogno 2032 ed evoluzione storica.....	45
2.3.2	Fabbisogno per disciplina.....	46
2.3.3	Fabbisogno dei casi per gruppi di età.....	48
3.	Flussi intercantonali.....	48
E.	Fabbisogno psichiatria .....	51
1.	Fabbisogno storico e attuale (2019) .....	51
1.1	Analisi per disciplina.....	52
1.2	Analisi per gruppi di età.....	52
2.	Fabbisogno 2032.....	53
2.1	Modello di previsione e fattori d'influenza .....	53
2.3	Evoluzione dei fattori d'influenza fino al 2032 .....	55
2.3.1	Demografia .....	55
2.3.2	Trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale.....	56
2.3.3	Crescita della domanda di prestazioni stazionarie.....	57
2.4	Risultati delle previsioni fabbisogno 2032.....	58
2.4.1	Fabbisogno totale.....	59
2.4.2	Fabbisogno per disciplina.....	59
2.4.3	Fabbisogno dei casi per gruppi di età.....	62
3.	Flussi intercantonali.....	62

<i>Grafico 1: evoluzione demografica 2015-2032</i> .....	18
<i>Grafico 2: evoluzione della popolazione per gruppo età, 2020 e 2032</i> .....	19
<i>Grafico 3: popolazione per età, nel 2020 e nel 2032</i> .....	19
<i>Grafico 4: popolazione per gruppi d'età indicizzata</i> .....	20
<i>Grafico 5: evoluzione demografica cantonale e delle prestazioni di cura stazionarie in ambito somatico-acuto dal 2012 al 2019</i> .....	23
<i>Grafico 6: evoluzione del numero di casi in valori assoluti dal 2012 al 2019</i> .....	24
<i>Grafico 7: evoluzione del numero di casi 2012 – 2032</i> .....	33
<i>Grafico 8: risultati previsione 2032 per disciplina</i> .....	35
<i>Grafico 9: pazienti ticinesi ospedalizzati fuori Cantone per disciplina nel 2019</i> .....	38
<i>Grafico 10: pazienti da altri Cantoni e dall'estero in Ticino per disciplina nel 2019</i> .....	39
<i>Grafico 11: evoluzione demografica cantonale e delle prestazioni di cura stazionarie in ambito psichiatrico dal 2012 al 2019</i> .....	51
<i>Grafico 12: evoluzione del numero di pazienti degenti in psichiatria dal 2012 al 2032</i> .....	59
<i>Grafico 13: previsione della proporzione di pazienti degenti nel Cantone 2032</i> .....	60
<i>Grafico 14: pazienti ticinesi fuori Cantone nel 2019</i> .....	64
<i>Grafico 15: pazienti non domiciliati in Ticino per disciplina nel 2019</i> .....	64
<i>Grafico 16: evoluzione popolazione ticinese e prestazioni ospedaliere in riabilitazione</i> .....	40
<i>Grafico 17: evoluzione casi dal 2012 al 2019</i> .....	40
<i>Grafico 18: il numero di casi per disciplina nel 2019</i> .....	41
<i>Grafico 19: il numero di casi e di giornate di cura nel 2019 in base all'età</i> .....	41
<i>Grafico 20: evoluzione del numero di pazienti dal 2012 al 2032</i> .....	46
<i>Grafico 21: risultati della previsione del fabbisogno nel 2032 in base alla disciplina</i> .....	47
<i>Grafico 22: pazienti ticinesi fuori Cantone nel 2019</i> .....	49
<i>Grafico 23: altri pazienti in Ticino nel 2019</i> .....	50
<i>Schema 1: logica di assegnazione sussidiaria</i> .....	10
<i>Schema 2: derivazione del numero di casi e delle giornate di cura</i> .....	16
<i>Schema 3: fattori d'influenza del fabbisogno di prestazioni stazionarie future</i> .....	16
<i>Schema 4: modello di previsione settore somatico-acuto</i> .....	17
<i>Tabella 1: variabili per settore di cura</i> .....	9
<i>Tabella 2: sistematica dei gruppi di prestazione in psichiatria</i> .....	12
<i>Tabella 3: numero di pazienti ticinesi per disciplina nel 2019</i> .....	24
<i>Tabella 4: numero di pazienti ticinesi per gruppi d'età</i> .....	25
<i>Tabella 5: fattori di influenza del settore somatico-acuto in base allo scenario di previsione</i> .....	27
<i>Tabella 6: impatto dell'evoluzione demografica sul numero di pazienti 2019-2032</i> .....	28
<i>Tabella 7: effetto dell'evoluzione della tecnologia medica sul numero di casi 2019-2032</i> .....	29
<i>Tabella 8: impatto dell'allineamento alla media nazionale del tasso di ospedalizzazione sul numero di pazienti 2032</i> .....	30
<i>Tabella 9: impatto del trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale sul numero di pazienti 2032</i> .....	31
<i>Tabella 10: riduzione della durata media di degenza per disciplina tra il 2019 e il 2032</i> .....	32
<i>Tabella 11: risultati della previsione del fabbisogno 2032 in base alla disciplina medica</i> .....	34
<i>Tabella 12: risultati della previsione 2032 in base all'età (scenario principale)</i> .....	35
<i>Tabella 13: flussi migratori 2019</i> .....	37
<i>Tabella 14: i fattori d'influenza per il settore riabilitativo</i> .....	43
<i>Tabella 15: effetto dell'evoluzione demografica sul fabbisogno di cure 2032</i> .....	44
<i>Tabella 16: effetto dell'evoluzione della tecnologia medica nell'ambito somatico-acuto sul numero di casi nel settore della riabilitazione</i> .....	44
<i>Tabella 17: effetto della riabilitazione geriatrica sul numero di casi nel 2032</i> .....	45
<i>Tabella 18: effetto del trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale sul numero di casi nel 2032</i> .....	45
<i>Tabella 19: risultati della previsione del fabbisogno nel 2032 in base alla disciplina (casi)</i> .....	47
<i>Tabella 20: risultati della previsione del fabbisogno nel 2032 per disciplina (giornate di cura)</i> .....	47
<i>Tabella 21: risultati della previsione del fabbisogno nel 2032 per gruppo di età</i> .....	48
<i>Tabella 22: migrazione intercantonale di pazienti nel 2019</i> .....	49
<i>Tabella 23: casi, durata di degenza minima e giornate di cura per disciplina nel 2019</i> .....	52

<i>Tabella 24: numeri di pazienti degenti nel 2019 in base all'età .....</i>	<i>53</i>
<i>Tabella 25: fattori d'influenza per il settore psichiatrico .....</i>	<i>54</i>
<i>Tabella 26: impatto dell'evoluzione demografica sulla previsione del fabbisogno 2032 .....</i>	<i>56</i>
<i>Tabella 27: effetto del trasferimento delle prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale sul numero di pazienti 2032 .....</i>	<i>57</i>
<i>Tabella 28: effetto dell'incremento della domanda di prestazioni sul numero di casi 2032.....</i>	<i>58</i>
<i>Tabella 29: previsione del numero di pazienti degenti nel Cantone 2032 .....</i>	<i>60</i>
<i>Tabella 30: previsione delle giornate di cura 2032 .....</i>	<i>61</i>
<i>Tabella 31: risultati della previsione del fabbisogno di cure 2032 in base all'età (scenario principale) .....</i>	<i>62</i>
<i>Tabella 32: flussi migratori 2019 .....</i>	<i>63</i>

## A. Sintesi

### Premessa

La Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) attribuisce ai Cantoni il compito di effettuare la pianificazione ospedaliera per i tre ambiti di cura stazionaria (somatico-acuto, psichiatria e riabilitazione).

In particolare l'art. 39 cpv. 1 lett. d LAMal stabilisce che la pianificazione debba coprire il **fabbisogno ospedaliero** e l'art. 58b dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) obbliga i Cantoni a determinare il fabbisogno secondo una procedura trasparente, basandosi in particolare su dati statistici fondati e su confronti e considerando segnatamente i fattori d'influenza rilevanti per la previsione del fabbisogno.

Per la stima del fabbisogno i Cantoni che non hanno sviluppato delle particolari competenze in proprio hanno a disposizione sostanzialmente due modelli, sviluppati rispettivamente dalla Direzione della sanità del Canton Zurigo (GD-ZH) o dall'Osservatorio svizzero della salute (OBSAN). I due modelli sono molto simili e il Canton Ticino ha optato per quella della GD-ZH, come già accaduto per il calcolo del fabbisogno alla base della pianificazione ospedaliera precedente (2015-2020). La GD-ZH, oltre ad essere stata precursore nel definire un raggruppamento di prestazioni (SPLG), raccomandato dalla Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e utilizzato da quasi tutti i Cantoni, sistema che permette un immediato raffronto tra gli elenchi ospedalieri intercantonali, mette a disposizione dei Cantoni anche gli strumenti per la procedura di sollecitazione dell'offerta, in particolare abbinando ad ogni mandato i requisiti di qualità e di sicurezza necessari per il suo ottenimento.

Il Consiglio di Stato, con decisione del 5 febbraio 2020, ha quindi dato mandato alla GD-ZH per l'elaborazione dell'analisi e della previsione del fabbisogno ospedaliero ("Prognosepaket Basis"), con orizzonte temporale 2025 per il settore somatico-acuto e 2030 per i settori della psichiatria e della riabilitazione, secondo il modello basato sui gruppi di prestazioni. La pandemia sopraggiunta nel frattempo ha rallentato i lavori e nel corso del 2021 si è deciso per un'attualizzazione del mandato conferendo l'incarico di allineare le previsioni per i tre settori all'orizzonte temporale 2032.

Il modello sviluppato dalla GD-ZH considera i dati della statistica medica 2019 quale base di partenza, tiene conto dello sviluppo demografico e di cinque fattori d'influenza: lo sviluppo della tecnologia medica, lo sviluppo epidemiologico, il trasferimento da attività stazionaria ad ambulatoriale, il tasso di ospedalizzazione e la degenza media, il tutto declinato per età o per classi di età.

Il risultato finale delle elaborazioni della GD-ZH, presentato sotto forma di tabelle è stato consegnato a primavera 2022 e di seguito se ne indicano le cifre chiave riassuntive (per lo scenario principale) per i tre settori, precedute dall'indicazione dello sviluppo demografico atteso per classi di età (secondo lo scenario di riferimento UST) nel 2032.

## Sviluppo demografico 2032

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

Per quanto concerne lo sviluppo demografico, lo studio sul fabbisogno si basa sullo scenario di riferimento elaborato dell'Ufficio federale di statistica (UST). Per il 2032 i calcoli effettuati dall'UST non prevedono particolari scostamenti del numero complessivo di residenti in Ticino (+0.2%), ma prevedono invece un importante invecchiamento della popolazione. Nel 2032 ci saranno 11'653 residenti sopra gli 80 anni in più rispetto al 2019 (+46.8%) e una riduzione della popolazione professionalmente attiva (40-64 anni) di 13'723 unità (-10.5%).

## Fabbisogno somatico-acuto

	2019	Scenario principale		
		2032	Δ	Δ%
Numero di pazienti (casi)	57'095	59'850	2'755	4.8%
Giornate di cura (GC)	364'814	340'170	-24'644	-6.8%
Durata media di degenza (DMD)	6.4	5.7	-0.7	-11.0%
Tasso di ospedalizzazione / 10'000 abitanti	1'624	1'700	76	4.7%
Giornate di cura / 10'000 abitanti	10'379	9'662	-717	-6.9%

Nel settore somatico-acuto per l'anno 2032 ci si attende:

- un incremento del numero di pazienti (casi) del 4.8% (da 57'095 a 59'950);
- una diminuzione delle giornate di cura del 6.8% (da 364'814 a 340'170);
- una riduzione della durata media di degenza dell'11% (da 6.4 giorni a 5.7);
- un aumento del tasso di ospedalizzazione del 4.7% (da 1'624 ogni 10'000 abitanti a 1'700).

L'incremento del numero complessivo di casi previsto (+4.8%) è dovuto essenzialmente all'invecchiamento della popolazione e non all'aumento del numero di abitanti che cresce solo dello 0.2% rispetto al 2019. Se si considerasse unicamente l'effetto dell'evoluzione demografica sul fabbisogno di cure 2032, l'aumento del numero di pazienti sarebbe del 14.9%. Questo effetto viene tuttavia calmierato dal passaggio di parte della casistica stazionaria al settore ambulatoriale (-3.1%) e dall'allineamento del tasso di ospedalizzazione cantonale a quello nazionale (-6.1%). L'impatto sul numero di casi dovuto allo sviluppo della tecnologia medica (+0.5%) e rispettivamente all'epidemiologia (0.0%) sono invece pressoché impercettibili.

La diminuzione del numero complessivo di giornate di cura previsto (-6.8%) è principalmente riconducibile alla diminuzione della durata media di degenza (-19.4%).

## Fabbisogno psichiatria

	2019	Scenario principale		
		2032	Δ	Δ%
Numero di pazienti (casi)	2'891	2'724	-167	-5.8%
Giornate di cura (GC)	92'446	88'296	-4'150	-4.5%
Durata media di degenza (DMD)	32	32.4	0	1.3%
Tasso di ospedalizzazione / 10'000 abitanti	82	77	-5	-6.1%
Giornate di cura / 10'000 abitanti	2'630	2'508	-122	-4.6%

Nella psichiatria stazionaria, rispetto alla situazione osservata nel 2019, per il 2032 ci si attende:

- una diminuzione del numero di pazienti (casi) del 5.8% (da 2'891 a 2'724);
- una diminuzione delle giornate di cura del 4.5% (da 92'446 a 88'296);
- un incremento della durata media di degenza dell'1.4% (da 32.0 giorni a 32.4);
- una diminuzione del tasso di ospedalizzazione del 5.9% (da 82 ogni 10'000 abitanti a 77).

La diminuzione nel numero di casi complessivi prevista (-5.8%) è principalmente riconducibile all'effetto del trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale (-12.1%) e dalla stagnazione demografica (-3.2%). La riduzione della casistica causata di queste due variabili è però parzialmente mitigata da una maggiore propensione dei pazienti (o dei famigliari) a farsi curare (+10.1%).

La diminuzione delle giornate di cura previste (-4.6%) è dovuta principalmente alla diminuzione della casistica complessiva (-5.8%), il cui effetto è marginalmente attenuato da un leggero aumento della durata di degenza media attesa (+1.4%).

## Fabbisogno riabilitazione

	2019	Scenario principale		
		2032	Δ	Δ%
Numero di pazienti (casi)	3'027	3'617	590	19.5%
Giornate di cura (GC)	82'227	94'617	12'390	15.1%
Durata media di degenza (DMD)	27.2	26.2	-1	-3.7%
Tasso di ospedalizzazione / 10'000 abitanti	86	103	17	19.3%
Giornate di cura / 10'000 abitanti	2'339	2'687	348	14.9%

Nella riabilitazione stazionaria, rispetto alla situazione osservata nel 2019, per il 2032 ci si attende:

- un incremento del numero di pazienti (casi) del 19.5% (da 3'027 a 3'617);
- un incremento delle giornate di cura del 15.1% (da 82'227 a 94'617);
- una riduzione della durata media di degenza del 3.7% (da 27.2 giorni a 26.2);
- un aumento del tasso di ospedalizzazione del 19.3% (da 86 ogni 10'000 abitanti a 103).

L'aumento importante del numero di casi previsto (+19.5%) è dovuto in gran parte allo sviluppo demografico, il cui effetto isolato porterebbe ad un incremento dei casi del 16.8%. L'incremento generato dallo sviluppo demografico non è riconducibile ad un aumento del numero di abitanti (+0.2%), bensì all'invecchiamento della popolazione ticinese e al conseguente aumento di pazienti fragili (polimorbidi) che necessitano di maggiori prestazioni riabilitative. Il trasferimento delle



prestazioni stazionaria al settore ambulatoriale, un po' come nel settore somatico-acuto, ha un impatto relativamente marginale (-2.5%) sul numero di casi.

L'importante incremento delle giornate di cura previste (+15.1%) è dovuto in primo luogo all'aumento del numero di casi (+19.5%), il cui effetto è lievemente mitigato da una leggera diminuzione attesa della durata media di degenza (-3.7%).

## B. Metodologia

Il testo che segue è stato tradotto e adattato alle previsioni del Canton Ticino partendo dalla documentazione disponibile sul sito della [GD-ZH](#). Non è stata apportata alcuna modifica né ai dati forniti dalla GD-ZH, né agli aspetti metodologici del modello originale.

### 1. Base dei dati e procedimento generale

#### 1.1 Fonte dei dati

La previsione del fabbisogno è determinata sulla base dei dati della statistica medica e da quella demografica allestita dall'Ufficio federale di statistica (UST). I dati della Statistica medica sono raccolti da ogni singolo istituto ospedaliero e rileva, per ogni soggiorno ospedaliero, i dati socio-demografici, i dati amministrativi e le informazioni mediche sulle diagnosi e sui trattamenti effettuati. La statistica medica riunisce l'insieme dei casi stazionari realizzati in un anno civile. Un "caso" corrisponde ad una degenza realizzata in regime stazionario in un ospedale acuto secondo le regole di SwissDRG. Un "caso" non corrisponde a un paziente poiché quest'ultimo può determinare più "casi" statistici. Sono considerate unicamente le dimissioni poiché i casi sono codificati solo dopo la dimissione del paziente. Inoltre, le uscite sono un prerequisito per l'assegnazione dei gruppi di prestazione e sono utilizzate per la determinazione del fabbisogno. Per facilitare la lettura, in questo rapporto si utilizzeranno i termini "uscite", "casi" e "pazienti" come sinonimi di "dimissione".

Per l'attribuzione di un caso ad un settore di cura (somatico-acuto, psichiatria, riabilitazione) la GD-ZH fa riferimento anche alla statistica ospedaliera dell'UST. Per calcolare il tasso di ospedalizzazione nazionale e l'evoluzione demografica del Cantone Ticino la GD-ZH utilizza i scenari di previsione demografica e la statistica demografica STATPOP dell'UST.

#### 1.2 Generazione degli insiemi di dati

Per la previsione del fabbisogno la GD-ZH non ha utilizzato gli ultimi dati disponibili della statistica medica come raccomandato dalla CDS, poiché questi ultimi si riferiscono all'anno 2020. La particolare situazione originata dalla pandemia Covid-19 nel 2020 porta a concludere che essi non siano adeguati per una previsione a lungo termine. La base per il calcolo della previsione del fabbisogno di cure sono dunque i dati dell'anno 2019. Sono presi in considerazione unicamente i casi stazionari dei pazienti ticinesi a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie curati in Ticino e fuori cantone.

L'assegnazione dei casi ai settori "somatico-acuto", "psichiatria" e "riabilitazione" avviene tramite la variabile 4.8.V01 tariffa per il conteggio della statistica medica. Questa variabile è stata estesa all'anno 2018 affinché tutte le tariffe in uso nell'ambito stazionario potessero essere incluse. Il rilevamento di questa variabile è obbligatorio solo dal 2019 e pertanto l'assegnazione dei casi avviene sulla base dei dati 2019. In caso di risultati poco chiari l'assegnazione al caso avviene tramite un metodo sussidiario. La tabella seguente presenta la logica di assegnazione.

**Tabella 1: variabili per settore di cura**

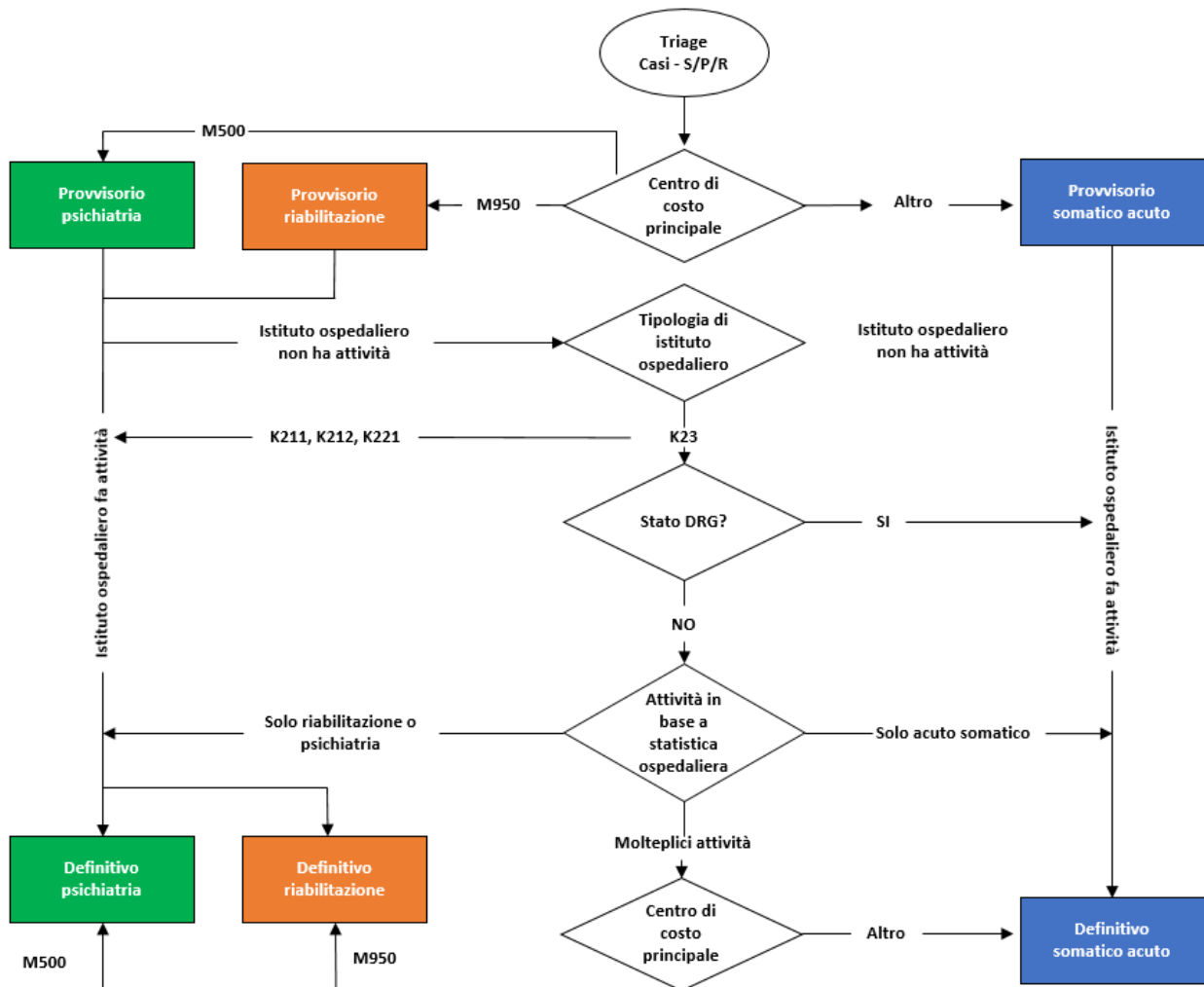
	Variabile 4.8.V01 tariffa per la fatturazione	Settore
1	SwissDRG	Somatico-acuto
2	Altre tariffe somatico-acuto	Somatico-acuto
3	ST Reha	Riabilitazione
4	Altre tariffe riabilitazione stazionaria	Riabilitazione
5	TARPSY	Psichiatria
6	Altre tariffe psichiatria stazionaria	Psichiatria
7	Tasse di cura	in base al metodo di assegnazione sussidiario
8	Sconosciuto	in base al metodo di assegnazione sussidiario

Fonte: GD-ZH

I casi che non possono essere attribuiti attraverso la variabile “tariffa di fatturazione”, vengono assegnati secondo la seguente logica.

### Schema 1: logica di assegnazione sussidiaria

Fonte: GD-ZH



1. Ogni caso è assegnato provvisoriamente ad un settore di cura tramite il centro di costo. I casi con il centro di costo M500 sono assegnati alla psichiatria e i casi con un centro di costo M950 alla riabilitazione. I casi restanti sono assegnati al somatico-acuto.
2. Si verifica che l'assegnazione corrisponda all'attività dell'istituto ospedaliera in base alla statistica ospedaliera (variabile A.11.01.03). Un ospedale con un caso assegnato al centro di costo principale M500 deve avere l'attività di psichiatria, un ospedale con un caso assegnato al centro di costo principale M950 deve avere l'attività di riabilitazione. Se le informazioni coincidono il caso è assegnato definitivamente al settore selezionato.
3. Se le informazioni non coincidono, il passo successivo è verificare se un ospedale può essere chiaramente assegnato a settore sulla base della tipologia di ospedale. In tal caso, il caso è assegnato a questo settore.
4. Se invece non è così si verifica se la variabile 4.8V01 della statistica medica ha l'espressione 1 = SwissDRG. Se sì, il caso è assegnato al settore somatico-acuto.
5. Nel caso contrario, viene di nuovo considerata l'attività della struttura ospedaliera: se è attivo unicamente in un settore il caso è assegnato a quest'ultimo.
6. Se invece non è ancora possibile identificare l'ambito d'attività della struttura allora il caso è assegnato in base al centro di costo principale.

Questo metodo di assegnazione è utilizzato solo per pochi casi dell'anno 2019.

Per la previsione del fabbisogno sono considerate tutte le dimissioni (variabile della statistica medica 0.2V02 = A) di pazienti con domicilio nel cantone Ticino. Per i dati delle strutture ospedaliere fuori cantone, il Cantone di domicilio è determinato tramite la variabile 1.1.V.04 (regione Medstat).

### **1.3 Livelli di rappresentazione dei dati**

Nel presente rapporto le prestazioni mediche sono illustrate in base ai seguenti livelli di rappresentazione.

#### **Disciplina<sup>1</sup>**

Le discipline e i relativi gruppi di prestazioni costituiscono la base per la rappresentazione delle prestazioni mediche. La presentazione dei risultati sulla base dei singoli gruppi di prestazioni non è opportuna a causa dell'elevato numero degli stessi, in particolare, nel settore somatico-acuto. Per questa ragione i risultati sono presentati per disciplina (es. dermatologia al posto dei 4 gruppi di prestazioni DER 1, DER 1.1, ecc.), anche se la GD-ZH elabora le previsioni a livello di gruppi di prestazioni.

Si osserva inoltre che i risultati della previsione del fabbisogno in psichiatria sono illustrati secondo la nuova SPLB 2023 che prevede 17 discipline invece delle 8 previste dalla pianificazione ospedaliera 2015 del Cantone Ticino. La tabella sottostante illustra il raggruppamento dei codici ICD. Questa suddivisione particolarmente articolata, sviluppata in collaborazione con i referenti dell'ambito psichiatrico del Canton Zurigo, permette una maggiore identificazione delle patologie con la conseguente maggiore trasparenza e certezza nel calcolo del fabbisogno.

Analogamente a quanto avvenuto per il settore somatico-acuto, la suddivisione proposta è fortemente consigliata quale approccio intercantonale al fine di procedere alla determinazione del fabbisogno cantonale, regionale e supraregionale con criteri confrontabili.

---

<sup>1</sup> Leistungsbereich (SPLB) v.2023

**Tabella 2: sistematica dei gruppi di prestazione in psichiatria**

Discipline	Gruppi di prestazioni	ICD10
Demenze e deliri	Demenze e deliri	F00, G30, F01, F02, G31, F03, F04, F05, F06, F07, F09, G31
Dipendenze	Dipendenze: alcool, medicinali e nicotina	F10, F13, F55, F17
	Dipendenze: droghe	F11, F12, F14, F15, F16, F18, F19
	Dipendenze: senza sostanza	F63.0
Disturbi psicotici e bipolari	Schizofrenie, disturbi deliranti e schizotipici	F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29
	Manie, disturbi bipolari e ciclotimie	F30, F31, F34.0
Disturbi depressivi e sindromi da disadattamento	Disturbi depressivi, distimie, reazioni da stress e sindromi da	F32, F33, F34.1, F34.8, F34.9, F38, F39, F41.2, F43.0, F43.2, F43.8,
Disturbi ansioso-fobici, ossessivo-compulsivi e post-traumatici da stress	Disturbi ansiosi e disturbi fobici	F40, F41.0, F41.1, F41.3, F41.8, F41.9, F45.2
	Disturbi ossessivo-compulsivi, del controllo degli impulsi e da tic	F42, F63.1, F63.2, F63.3, F63.8, F63.9, F95
	Disturbi post-traumatici da stress	F43.1
Disturbi di personalità	Disturbi di personalità	F60.0, F60.1, F60.2, F60.30, F60.31, F60.4, F60.5, F60.6, F60.7, F60.8,
Disturbi dissociativi, somatoformi e somatoformi da dolore persistente	Disturbi dissociativi, somatoformi e somatoformi da dolore persistente	F44, F48.1, F45.0, F45.1, F45.3, F45.4, F45.8, F45.9, F48.0, F48.8,
Disturbi alimentari	Anoressie, bulimie, disturbi dal alimentazione incontrollata e obesità	F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.4, F50.8, F50.9, E66
Disturbi da deficit di attenzione e iperattività	Disturbi da deficit di attenzione e iperattività	F90
Disturbi dello spettro autistico	Disturbi dello spettro autistico	F84
Disturbi del funzionamento sociale	Disturbi del funzionamento sociale	F91.0, F91.1, F91.2, F91.3, F91.8, F91.9, F92
Disturbi legati alla sessualità	Disturbi legati alla sessualità	F52, F64.0, F64.2, F64.8, F64.9, F65, F66
Disturbi del sonno non organici	Disturbi del sonno non organici	F51
Disturbi specifici del neonato o del bambino	Disturbi specifici del neonato o del bambino	F80, F81, F82, F83, F88, F89, F98.4, F98.5, F98.6, F94.1, F94.2, F98.0,
Ritardi mentali	Ritardi mentali	F70, F71, F72, F73, F74, F78, F79

### Gruppi di età

La previsione del fabbisogno è determinata in base al singolo anno di età. Le analisi della GD-ZH hanno dimostrato che questo approccio, per rapporto all'utilizzo dei gruppi di età, conduce ad una previsione del fabbisogno più fine. Per chiarezza di lettura però i risultati della previsione del fabbisogno sono riportati in base ai gruppi di età.

### 1.4 Qualità e consistenza dei dati

La qualità dei dati della statistica medica dipende sostanzialmente dagli ospedali. In Ticino, questi dati sono inviati e verificati annualmente all'Unità delle statistiche sanitarie del DSS, successivamente vengono corretti dagli istituti e infine inviati all'UST.

La qualità dei dati della statistica medica dipende anche dall'ambito di cura (somatico-acuto, psichiatria, riabilitazione). Infatti, negli ambiti nei quali è stata introdotta una struttura tariffale (SwissDRG, TARPSY) la qualità è migliorata grazie alla codifica delle diagnosi e dei trattamenti. La

struttura tariffale per la riabilitazione (ST Reha) è entrata in vigore il 1° gennaio 2022 e la codifica è meno roduta rispetto alle altre strutture tariffali e pertanto è meno rilevante per il conteggio. Tuttavia, non si evidenziano dei problemi nella qualità dei dati tali da mettere in discussione i risultati della previsione del fabbisogno. Ad ogni modo, sia nell'ambito della riabilitazione, sia in quello della psichiatria può succedere che alcuni casi non siano attribuibili a nessun gruppo di prestazioni a causa della codifica. Ciò può essere dovuto ad una codifica lacunosa oppure ad un caso fuori dal comune. Questi casi sono assegnati ad un gruppo separato "non attribuibile", il quale, nell'ambito della previsione del fabbisogno è trattato come tutti gli altri gruppi di prestazioni ospedaliera. Si osserva che questi casi sono marginali e non influiscono sulla previsione del fabbisogno.

La consistenza dei dati dipende dal fatto che definizioni e rilevamento rimangano immutati nel tempo. La definizione delle variabili della statistica medica è relativamente stabile dal 2012. Il catalogo delle prestazioni di cura (CHOP) come anche la logica di raggruppamento delle prestazioni mediche stazionarie (SPLG) sono però aggiornati annualmente.

Anche l'introduzione delle strutture tariffali SwissDRG e TARPSY ha comportato alcune modifiche.

#### - **Introduzione di SwissDRG, TARPSY e ST Reha**

Nell'ambito somatico-acuto, l'introduzione della struttura tariffale SwissDRG sull'insieme del territorio nazionale dal 1 gennaio 2012 ha comportato l'utilizzo di un'unica definizione di "caso" stabilita da SwissDRG. La riammissione di un paziente nello stesso ospedale, entro 18 giorni dalla prima dimissione e per una patologia che rientra nella stessa MDC (*Major Diagnostic Category*) del precedente ricovero, è codificata come un unico caso. Lo stesso principio è utilizzato nei settori della psichiatria e della riabilitazione dopo l'introduzione delle rispettive strutture tariffali TARPSY (dal 1 gennaio 2018) e ST Reha (dal gennaio 2022). Pertanto, i casi così come la durata di degenza prima e dopo l'introduzione delle relative strutture tariffali non possono essere comparati senza un'adeguata correzione.

#### - **Codifica e sviluppo dei gruppi di prestazioni**

L'UST trasmette annualmente agli ospedali e alle cliniche il catalogo per la codifica delle diagnosi (ICD) e dei trattamenti (CHOP). In particolare, la codifica dei trattamenti (CHOP) è regolarmente aggiornata. Le definizioni dei gruppi di prestazioni SPLG nell'ambito acuto sono anch'esse riviste annualmente per illustrare i nuovi sviluppi della sistematica e per riconciliare le definizioni.

Nell'ambito della psichiatria e della riabilitazione la nuova pianificazione ospedaliera prevede l'utilizzo di gruppi di prestazioni completamente rivisti. Si osserva pertanto che la traduzione dei vecchi gruppi di prestazioni in quelli nuovi non è possibile. Non sarà neanche possibile riunire i vecchi casi tramite il nuovo sistema di raggruppamento perché prevede l'utilizzo di variabili statistiche che non erano presenti in passato.

La coerenza dei dati nel tempo è messa in discussione dai cambiamenti nelle definizioni dei casi, dalle diverse versioni dei cataloghi e delle versioni del sistema informatico di raggruppamento (Grouper). Più il confronto dei dati è dettagliato minore è la sua attendibilità. Per questa ragione, la GD-ZH confronta le prestazioni mediche negli anni unicamente a un maggiore livello di aggregazione e interpreta eventuali tendenze con prudenza.

## **1.5 Principi della previsione del fabbisogno**

Nei seguenti capitoli si presentano e si descrivono il metodo di previsione, gli orizzonti temporali e i fattori che determinano il fabbisogno di cure per l'anno 2032.

### **1.5.1 Metodo di previsione e orizzonte temporale**

Il modello di previsione della GD-ZH è un modello che parte dallo "status quo" (nel caso specifico dati 2019) e calcola il fabbisogno futuro in base al tasso di ospedalizzazione. Il modello parte dall'ipotesi che nel tempo l'evoluzione delle ospedalizzazioni è causato da variazioni prevedibili il cui

effetto può essere stimato. All'origine di queste variazioni ci sono i fattori d'influenza che il modello raccoglie. Di seguito, si elencano i vantaggi del metodo applicato dalla GD-ZH:

- il modello è trasparente e ricostruibile come richiesto dall'art. 58b cpv. 1 OAMaI;
- i fattori d'influenza che hanno un impatto sui tassi di ospedalizzazione, sul numero di casi e sulle giornate di cura sono esplicitamente definiti e la loro operazionalizzazione chiarita;
- il modello valuta in modo piuttosto conservativo ed è fortemente influenzato dallo sviluppo demografico. Questo aspetto è positivo perché significa che non è facilmente influenzabile da evoluzioni di corta durata o da sviluppi futuri e incerti che potrebbero però essere sottovalutati;
- il modello non si basa su uno storico di dati bensì sui dati dell'ultimo anno (2019). Questo aspetto è importante perché, a causa degli aggiornamenti della codifica delle prestazioni mediche e le relative riassegnazioni dei casi ai gruppi di prestazioni, i dati da un anno all'altro sono di principio simili ma non sono direttamente comparabili. Nella psichiatria e nella riabilitazione i vecchi gruppi di prestazioni non possono essere direttamente tradotti in quelli nuovi. Non è sempre possibile raggruppare i dati degli anni precedenti con una nuova logica a causa dell'utilizzo di variabili che non esistevano oppure che non venivano rilevate in precedenza.

In altri ambiti, le previsioni sono ottenute tramite l'attualizzazione delle evoluzioni passate oppure tramite la creazione di modelli temporali. Gli svantaggi di questi modelli per la previsione del fabbisogno sono:

- nei modelli basati sull'attualizzazione delle evoluzioni e nei modelli temporali, confluiscono ed interferiscono le tendenze passate e gli eventuali valori inspiegabili. Affinché un modello di questo tipo fornisca risultati plausibili, sono necessarie serie temporali stabili. Come specificato sopra, ciò non è possibile con i gruppi di prestazioni a causa degli adeguamenti periodici della codifica e del raggruppamento dei casi. Inoltre, la previsione del fabbisogno deve essere realizzata su un orizzonte temporale lungo (fino al 2032);
- spesso la variazione che si osserva all'interno di un gruppo di prestazioni non è chiara. Includere in un metodo di previsione a lungo termine dei processi che avvengono nel tempo, e per i quali non si conoscono le origini, è molto delicato. Infatti, non è possibile valutarne l'influenza nei prossimi 13 anni. Infine, ciò compromette la trasparenza del modello e la tracciabilità dei risultati.

L'impiego di modelli temporali è indicato per previsioni a corto o medio termine poiché tengono meglio in considerazione le recenti tendenze rispetto ai modelli "status quo". Per una previsione a lungo termine, come in questo caso, pesano tuttavia le criticità citate sopra. Per queste ragioni, l'Obsan (Osservatorio Svizzero della Salute) e altri Cantoni hanno deciso di utilizzare lo stesso modello adottato dalla GD-ZH.

Nell'aprile 2019, l'Istituto di economia sanitaria di Winterthur (WIG) e le scuole superiori di scienza applicata zurighesi hanno organizzato un workshop sui modelli di previsione temporale nell'ambito acuto. I partecipanti hanno concluso che il presente modello (GD-ZH) integra i principali fattori d'influenza ed è pertanto adatto per la previsione del numero di casi. Il rapporto redatto dai partecipanti contiene una lista di raccomandazioni volte a sviluppare e a migliorare ulteriormente il modello. La GD-ZH ha integrato tali osservazioni laddove possibile. In particolare, gli autori del rapporto raccomandano ulteriori fattori d'influenza esterni agli ospedali come il comportamento del paziente il quale ha un impatto determinante sul numero di ospedalizzazioni. Tuttavia, al momento non esiste una base di dati solida su questi aspetti, tale da poter essere integrata nel modello.

Per la scelta dell'orizzonte temporale della previsione se da un lato è auspicabile poter stimare il fabbisogno futuro il più a lungo termine possibile, dall'altro lato questo incide sulla precisione della previsione. L'arco temporale scelto per il calcolo del fabbisogno di cure va fino al 2032, un decennio, rappresenta quindi la continuità rispetto alla previsione precedente che valutava gli scenari di sviluppo fino al 2020. Per rendere più trasparente la previsione sono calcolati 3 possibili scenari. Lo scenario principale (*Hauptszenario*) che rappresenta l'evoluzione più probabile del fabbisogno fino al 2032. Lo scenario massimo (*Maximalszenario*) è calcolato ritenendo, per ogni fattore d'influenza, il valore che porta al maggior numero di casi. Viceversa, lo scenario minimo (*Minimalszenario*) è

calcolato ritenendo, per ogni fattore d'influenza, il valore che porta al minor numero di casi. I valori compresi tra lo scenario massimo e quello minimo sono quelli che con ogni probabilità si osserveranno. Lo scenario principale rappresenta quindi l'evoluzione più verosimile.

Il divario tra lo scenario minimo e quello massimo è maggiore nella previsione delle giornate di cura (da -14% a + 22%), rispetto al numero di casi (-/+10%), in considerazione della variabile "durata media di degenza". Per il Canton Ticino in particolare questa variabile incide in modo consistente sulle previsioni, essendo la più alta in tutta la Svizzera, a causa di una popolazione più anziana e particolarmente numerosa nella classe di età degli ultra ottantenni. Per la previsione delle prestazioni di cura da erogare ci si baserà, come previsto dalla LAMal, sul numero di casi, di conseguenza il divario tra gli scenari (-/+10%) è valutato come accettabile, considerando l'arco temporale di previsione (13 anni).

### **1.5.2 Modello di previsione e fattori di influenza**

In questo capitolo si descrivono il modello di previsione e i singoli fattori d'influenza. Il modello di previsione è composto da tre tappe. In primo luogo, si analizza l'attuale domanda di prestazioni e si calcolano i tassi di ospedalizzazione in base ai dati più recenti. In secondo luogo, si esaminano i fattori che influenzano il fabbisogno di cure e come essi si sviluppano negli anni a seguire. Infine, si calcola il futuro fabbisogno di cure della popolazione ticinese in funzione della domanda attuale e dell'evoluzione dei fattori d'influenza selezionati.

La previsione calcola innanzitutto il numero di casi per l'anno 2032 e inseguito le giornate di cura. Per calcolare le giornate di cura vengono aggiunte anche le giornate di uscita di tutti i casi (in altre parole un paziente è contato per tutti i giorni che trascorre all'ospedale). In generale, le giornate di cura sono illustrate in ordine cronologico per poter contare tutte le giornate di cura di un intero anno. Nel caso della previsione del fabbisogno questa procedura non è possibile perché sono considerati unicamente il numero di casi trattati durante l'anno. Inoltre, i casi a cavallo tra due anni non sono ancora stati codificati e pertanto non ancora attribuiti ad un gruppo di prestazioni. Dunque, per quanto concerne la previsione del fabbisogno, le giornate di cura rappresentano sempre la somma cumulata delle degenze di tutti i casi dimessi. Le giornate di cura sono un output secondario della previsione del fabbisogno e servono a plausibilizzare i dati degli ospedali.

Il modello di previsione si basa sugli assunti seguenti.

#### **Tassi d'ospedalizzazione in base a età, sesso e gruppi di prestazioni**

I tassi di ospedalizzazione e la durata della degenza dipendono dall'età e dal sesso del paziente nonché dal gruppo di prestazioni. Per questa ragione, i tassi di ospedalizzazione e la durata della degenza sono normalmente calcolati in base a questi fattori.

Nell'ambito somatico-acuto, si preferisce fare astrazione della suddivisione secondo il sesso e l'età esatta e si preferisce raggruppare i dati in gruppi d'età. L'allineamento del tasso di ospedalizzazione e della durata di degenza cantonali con quelle nazionali è così più mitigato.

#### **Maggiore e minore ricorso alle cure stazionarie**

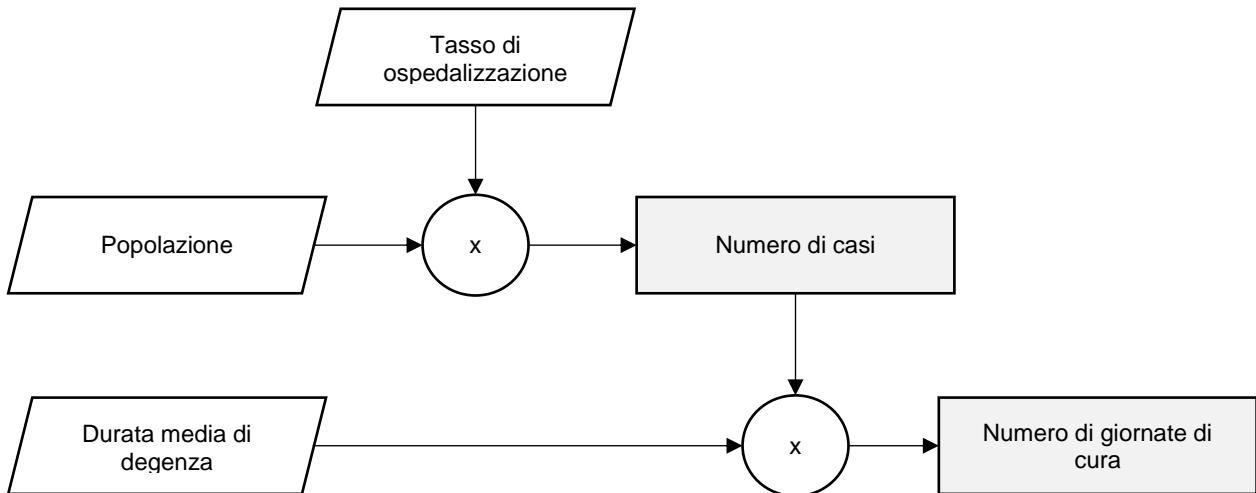
Nell'ambito somatico-acuto, la previsione parte dal presupposto che nel Cantone si ricorra più che nel resto della Svizzera alle cure ospedaliere stazionarie. Per questo motivo, nell'ambito somatico-acuto, il fabbisogno non è allineato alla domanda attuale ma piuttosto corretto verso il basso nella previsione di determinati gruppi di prestazioni.

Nella riabilitazione e nella psichiatria si assume invece che l'attuale domanda corrisponda al fabbisogno, ad eccezione della psichiatria pediatrica e della riabilitazione geriatrica dove esiste un potenziale di sviluppo ulteriore.

Il numero di casi e le giornate di cura sono calcolati attraverso le tre determinanti del fabbisogno ovvero il numero di abitanti, il tasso di ospedalizzazione e la durata di degenza media.



## Schema 2: derivazione del numero di casi e delle giornate di cura

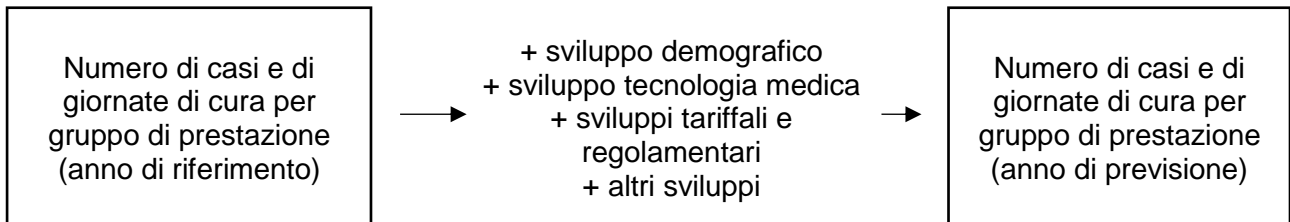


Fonte: GD-ZH

Il numero di abitanti è determinato da fattori esterni al settore sanitario e può essere facilmente calcolato con l'aiuto di modelli statistici. Nel presente studio del fabbisogno si utilizzano i dati demografici più recenti dell'UST. Il tasso di ospedalizzazione e la durata di degenza sono, invece, significativamente determinati da fattori interni al settore sanitario (cfr. schema 3):

- il tasso di ospedalizzazione è innanzitutto determinato dallo sviluppo demografico, dall'evoluzione della tecnologia medica e da quella epidemiologica. Ad essi, si aggiungono anche gli aspetti economici e le direttive pianificatorie (es. le liste di interventi da fare in regime ambulatoriale);
- l'evoluzione della tecnologia medica e/o regole di tipo finanziario hanno un impatto anche sulla durata della degenza (es. incentivi derivanti dalla struttura tariffaria);
- in generale, diverse altre evoluzioni sociali, in particolare solo se ben quantificabili, hanno un impatto sul fabbisogno di cure nel 2032.

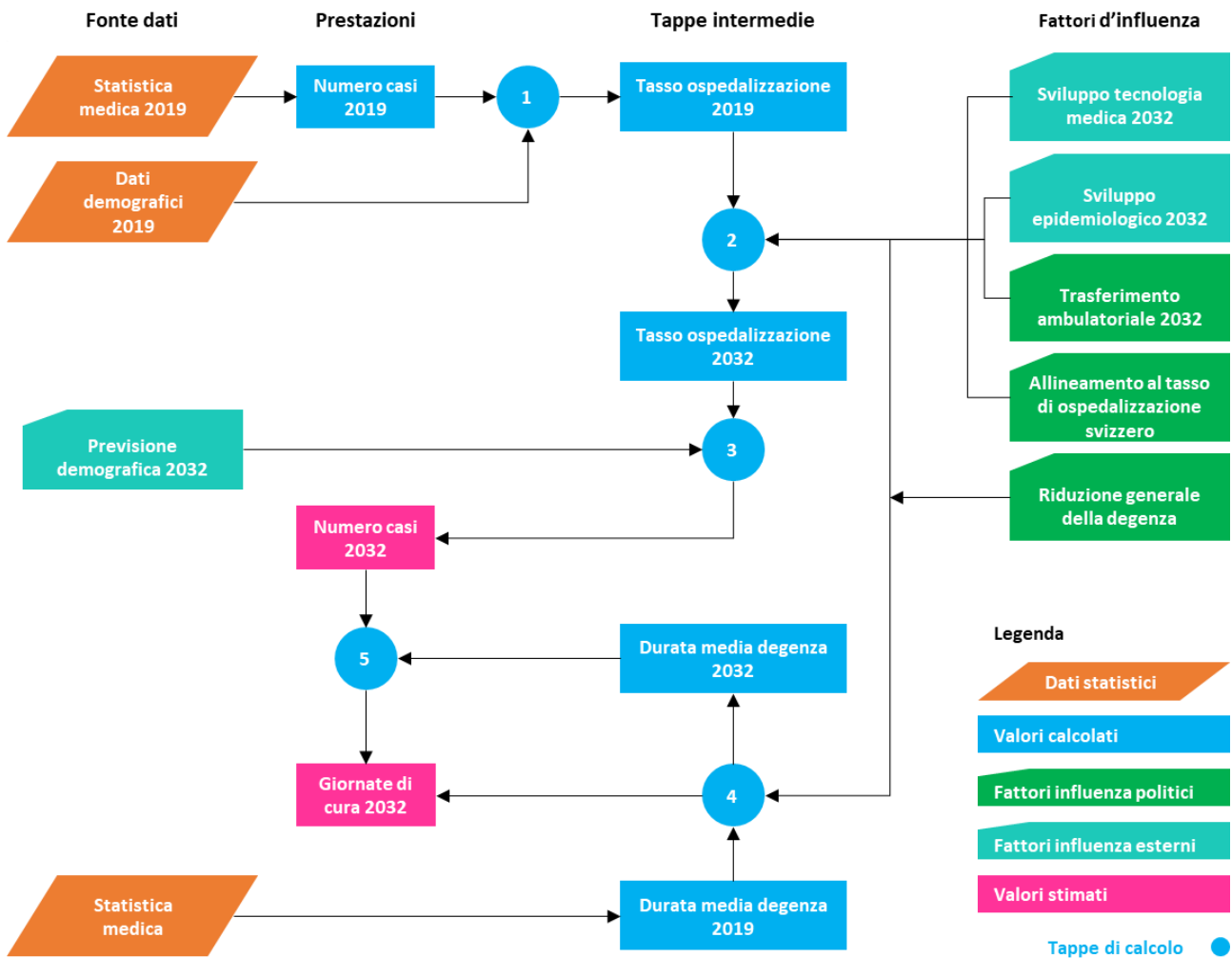
## Schema 3: fattori d'influenza del fabbisogno di prestazioni stazionarie future



Fonte: GD-ZH

Il modello di previsione considera l'impatto dei fattori d'influenza sul fabbisogno futuro di prestazioni stazionarie nel modo seguente (schema 4). Il processo è descritto per il settore somatico-acuto ma vale anche per la psichiatria e la riabilitazione. Tuttavia, il modello per questi ultimi considera anche altri fattori d'influenza che sono specifici al settore di cura.

## Schema 4: modello di previsione settore somatico-acuto



Fonte: GD-ZH

La previsione del numero di pazienti e delle giornate di cura per il 2032 viene determinata in 5 tappe:

1. A partire dai dati della statistica medica e da quella demografica si calcolano i tassi di ospedalizzazione dei pazienti ticinesi per l'anno 2019. I tassi di ospedalizzazione di ogni gruppo di prestazioni variano molto fra loro pertanto sono calcolati singolarmente. Tenendo in considerazione l'importante incidenza dell'età sui tassi di ospedalizzazione, essi sono determinati anche in funzione di questo fattore
2. A partire dai tassi di ospedalizzazione 2019 ottenuti tenendo in considerazione i gruppi di prestazioni, il sesso e l'età sono calcolati i tassi di ospedalizzazione 2032 includendo nella previsione l'evoluzione della tecnologia medica, epidemiologica e di altra natura.  

$$H_{t+1} = H_t + H_t * E_1 + H_t * E_2 + H_t * E_3 \text{ ecc.}$$

$$H_t = \text{tassi di ospedalizzazione nell'anno } t \text{ e } E_x \text{ il fattore d'influenza } x.$$
3. La previsione del numero di casi 2032 è calcolata moltiplicando i tassi di ospedalizzazione 2032 con il numero di abitanti. Il numero di casi sarà influenzato dall'aumento demografico e dagli spostamenti che avverranno all'interno dei singoli gruppi di età.
4. A partire dalla durata media di degenza 2019 si calcola quella per l'anno 2032 tenendo in considerazione i fattori d'influenza. Anch'essa è calcolata in funzione all'età, al sesso e ai gruppi di prestazioni.
5. La previsione delle giornate di cura 2032 è calcolata moltiplicando il numero di casi 2032 con la durata media di degenza prevista per l'anno 2032.

Di seguito, si descrivono i fattori d'influenza considerati nel modello di previsione per tutti gli ambiti di presa a carico stazionaria. I fattori d'influenza che operano soltanto in uno dei tre ambiti della presa in carico stazionaria sono ulteriormente descritti nel relativo capitolo. Per prendere in considerazione un fattore d'influenza, questo deve adempiere ai seguenti due requisiti:

- lo sviluppo di un fattore fino al 2032 deve poter essere stimato con precisione;
- l'effetto dell'evoluzione sul numero di casi stazionari deve essere quantificabile.

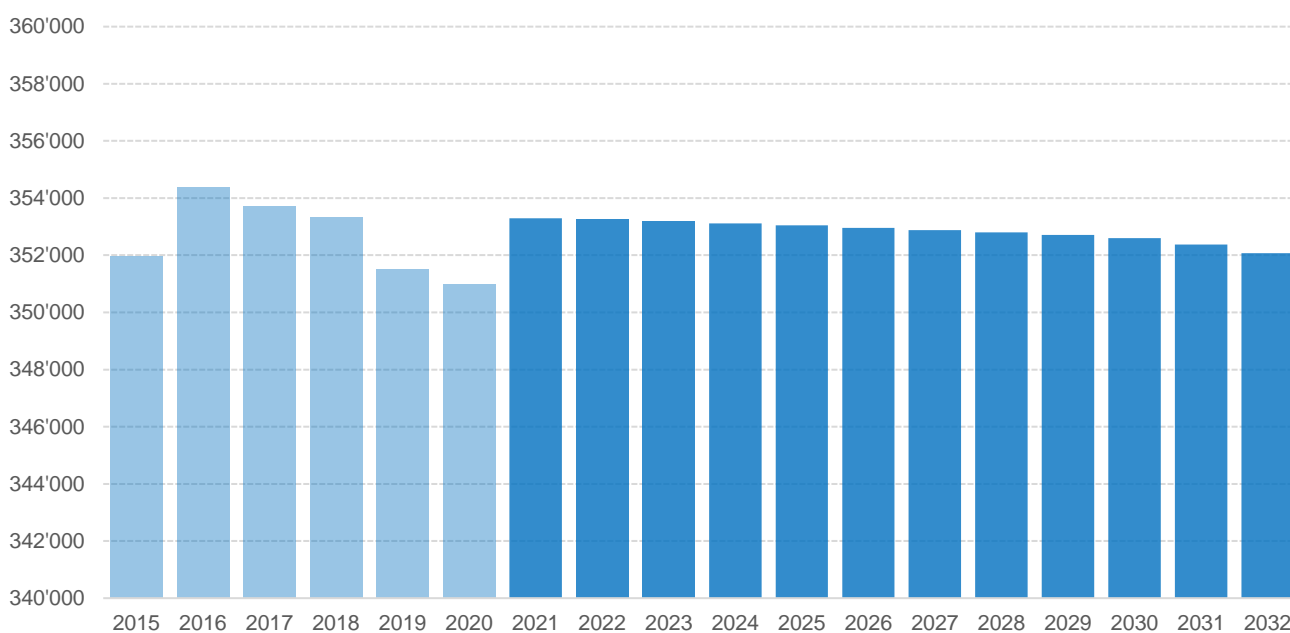
Nella sentenza C-325/2010 del 7 giugno 2012 il Tribunale federale ha stabilito che nella previsione del fabbisogno in tutti gli ambiti di presa a carico stazionaria deve essere considerata l'evoluzione demografica, epidemiologica e quella relativa alla tecnologia medica.

## Evoluzione demografica

Per l'evoluzione demografica si utilizzano i dati elaborati dall'UST, in particolare lo scenario di riferimento <sup>2</sup>. La previsione demografica 2021 si basa sui dati demografici dell'anno 2020. Il modello di previsione demografica utilizzato dall'UST considera i mutamenti naturali della popolazione (nascite e decessi) e il saldo migratorio.

Dal momento che la previsione del fabbisogno si basa sui dati 2019 in questa sezione si descrive l'evoluzione 2019-2032 malgrado la previsione demografica parta dai dati 2020. Alla fine del 2019, il Cantone registrava 351'491 abitanti mentre per il 2032 se ne prevedono 352'077<sup>3</sup>. Questo implica una crescita dello 0.17%.

### Grafico 1: evoluzione demografica 2015-2032

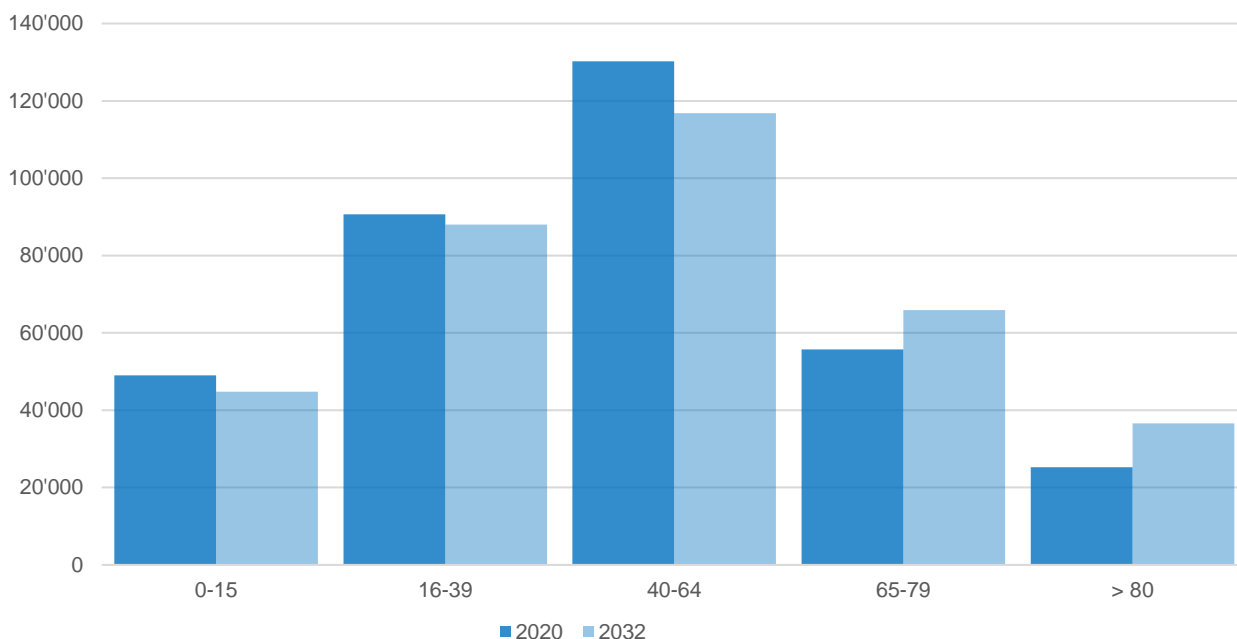


L'aspetto che distingue la popolazione ticinese da quella degli altri Cantoni è una maggiore proporzione di abitanti sopra i 65 anni. Nel 2019, essi costituivano il 23.0% della popolazione ticinese e questa proporzione salirà al 29.1% nel 2032. Le cause sono da attribuire all'invecchiamento della popolazione nata negli anni 1960 e al saldo migratorio negativo. Per il 2032 è prevista una diminuzione in tutte e tre le fasce di età sotto i 65 anni, ovvero: - 9.4% per le persone tra i 0-15 anni, -3.1% per quelle tra i 16-39 e -10.5% per quelle tra i 40-64.

<sup>2</sup> Bevölkerungsszenarien BFS - Szenario "Referenz": [https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-0104020000\\_101/-/px-x-0104020000\\_101.px/](https://www.pxweb.bfs.admin.ch/pxweb/de/px-x-0104020000_101/-/px-x-0104020000_101.px/)

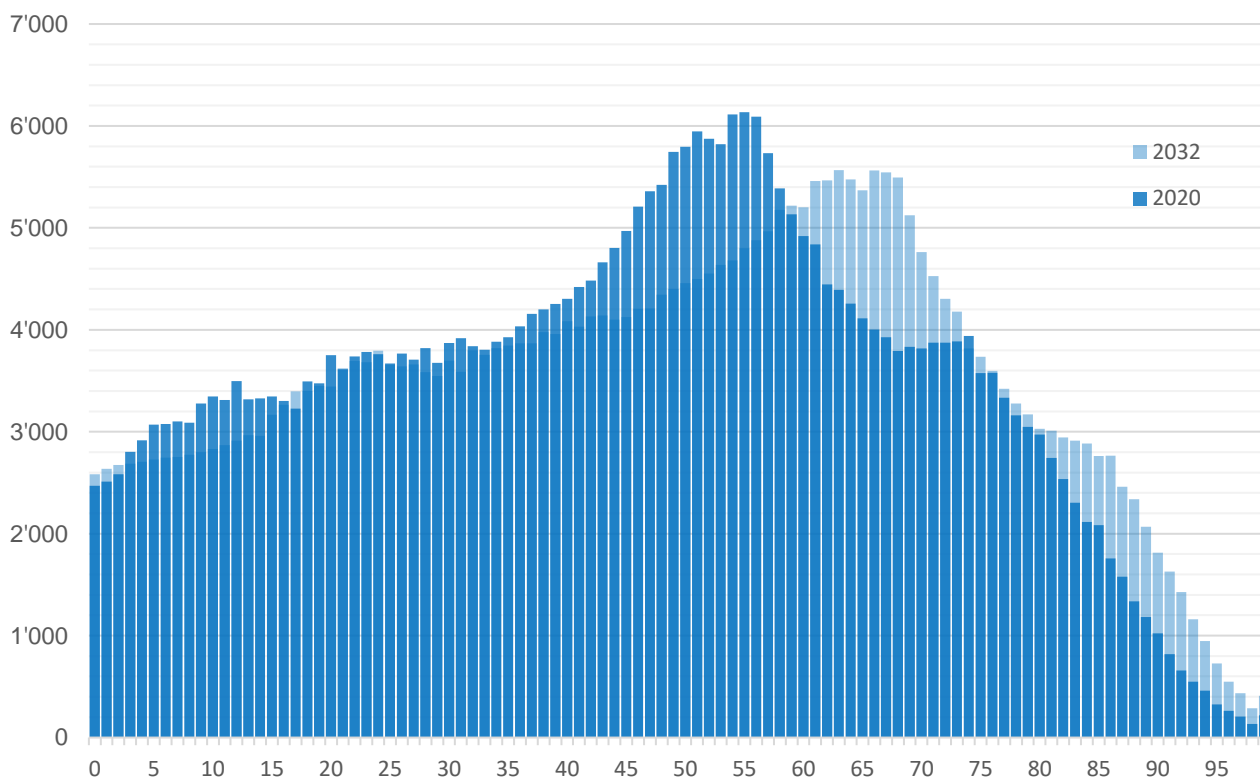
<sup>3</sup> StatPop, previsione del fabbisogno somatico-acuto 2019-2032

**Grafico 2: evoluzione della popolazione per gruppo età, 2020 e 2032**

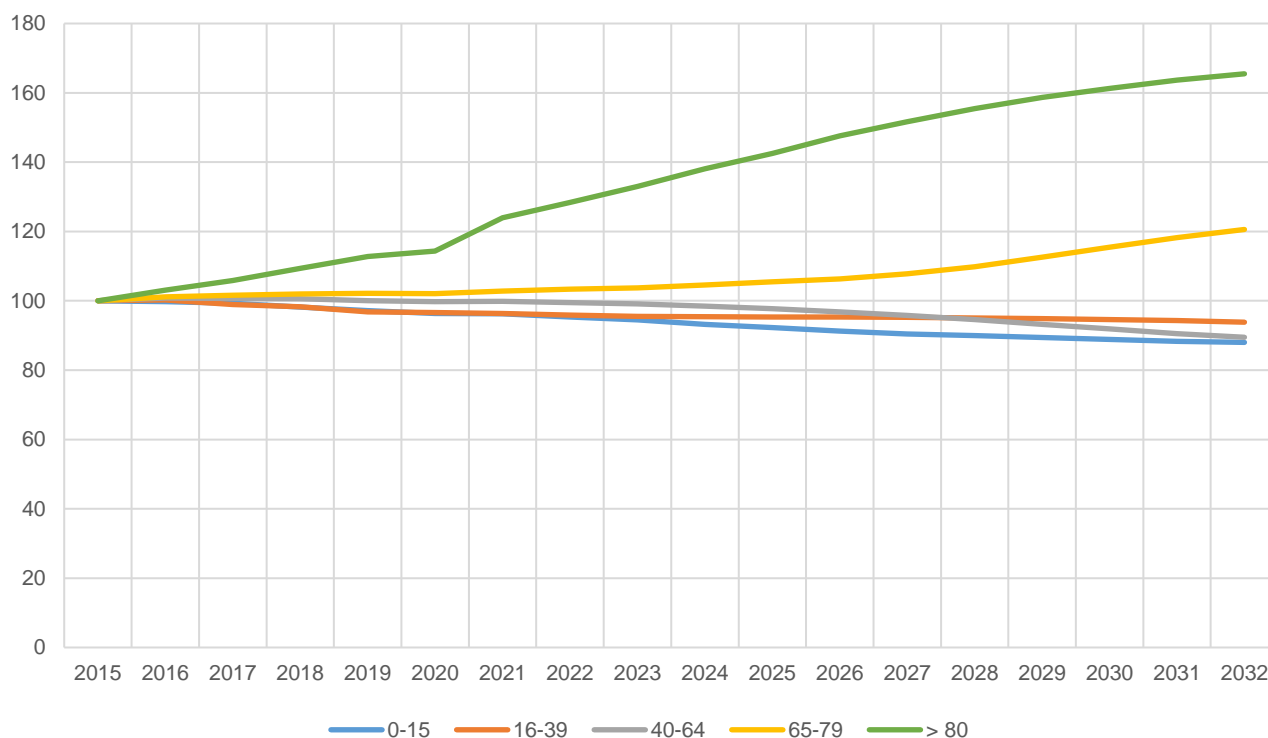


Il grafico illustra la popolazione ticinese suddivisa in categorie d'età negli anni 2020 e 2032. I diagrammi in blu scuro mostrano la popolazione 2020 mentre quelli in blu chiaro la previsione demografica per l'anno 2032. Lo spostamento della popolazione verso le fasce d'età più elevate è chiaramente visibile nel grafico.

**Grafico 3: popolazione per età, nel 2020 e nel 2032**



#### Grafico 4: popolazione per gruppi d'età indicizzata



Questo grafico sottolinea in maniera ancora più evidente l'invecchiamento della popolazione ticinese. Il grafico comprende un'evoluzione indicizzata della popolazione suddivisa in cinque fasce d'età. Nel grafico, l'anno 2015 corrisponde a 100. Dal 2015 al 2019, il gruppo di età +80 anni è aumentato del 12,7%, fino al 2032 aumenterà del 65,5%. L'aumento più marcato si osserverà pertanto nei prossimi anni. Ci si attende la stessa evoluzione per il gruppo di età 65-79 anni.

#### Sviluppo della tecnologia medica

L'istituto di economia sanitaria di Winterthur (WIG) ha realizzato 3 perizie per determinare l'impatto che lo sviluppo della tecnologia medica ha sul futuro numero di casi. Nel 2009, la WIG ha realizzato un primo studio per la GD-ZH nel settore somatico-acuto che è stato in seguito aggiornato e completato nel 2016. In quest'ultimo rapporto, la WIG conclude che i principali sviluppi della tecnologia medica non conducono a nessun aumento del numero di pazienti. Al contrario, esse permettono di dare agli attuali pazienti un metodo alternativo di diagnosi e di cura. Le nuove tecnologie mediche potrebbero avere un impatto significativo unicamente nello spostamento di casi dal gruppo di prestazioni in ambito neurologico (da NEU3 a NEU3.1) causate da alcune tecniche combinate alla diagnostica tramite risonanza magnetica per immagini (RMI). Questo porta a concludere che il 30 % degli ictus sarà incluso in futuro nel gruppo di prestazioni NEU3.1. Nel 2019, la WIG ha redatto un rapporto anche per i settori della psichiatria e della riabilitazione e conclude che alcuni elementi osservati per il settore somatico-acuto sono validi anche questi ambiti. Il WIG consiglia pertanto alla GD-ZH di aggiornare le evoluzioni osservate per la previsione del fabbisogno nel settore somatico-acuto con orizzonte 2032.

Per la propria previsione del fabbisogno nel settore somatico-acuto 2015-2025, la GD-ZH aveva previsto che l'evoluzione della tecnologia medica avrebbe avuto un impatto positivo sulla casistica futura delle seguenti discipline: neurologia, chirurgia dell'apparato locomotorio, cardiologia e cardiocirurgia. Nella disciplina della chirurgia dell'apparato locomotore si prevede un incremento delle revisioni delle protesi del ginocchio e dell'anca nei gruppi di prestazioni BEW7.1.1 e BEW7.2.1 a causa dell'aumento di questo tipo d'intervento negli ultimi anni.

Nel 2019, il WIG ha redatto un nuovo rapporto sullo sviluppo della tecnologia medica per i settori della psichiatria e della riabilitazione e sostiene che alcuni elementi osservati per il somatico-acuto siano validi anche per questi ambiti di cura. Il rapporto è stato allestito nel modo seguente:

- sono stati condotti dei sondaggi qualitativi destinati a degli esperti al fine di identificare gli sviluppi principali della tecnologia medica sui casi stazionari. Gli esperti concludono che la tecnologia medica non ha effetti rilevanti sulla casistica stazionaria psichiatrica. Pertanto, le seguenti tappe della ricerca sono state effettuate unicamente per la riabilitazione;
- si è proceduto a ricercare nella letteratura degli studi che considerassero lo sviluppo della tecnologia medica come variabile causale nell'incremento della casistica futura, ma non ne sono stati trovati;
- sono stati condotti diversi sondaggi con lo scopo d'identificare i principali sviluppi della tecnologia medica e i loro effetti sulla casistica futura. La maggioranza degli esperti è dell'opinione che la tecnologia medica non avrà un impatto significativo sulla casistica futura, ma una minoranza di questi invece non è d'accordo. Le stime sono però molto divergenti tra loro e pertanto non saranno considerate nel modello.

Per la riabilitazione e la psichiatria la GD-ZH assume pertanto che la tecnologia medica non avrà nessuna influenza sul numero di casi stazionari futuri. Nel settore somatico-acuto saranno tenute in considerazione solo alcune evoluzioni della tecnologia medica. Ciò può sorprendere, dal momento che nella discussione pubblica l'evoluzione della tecnologia medica è un argomento molto discusso. Tuttavia, per la determinazione del fabbisogno possono essere presi in considerazione unicamente fattori il cui effetto sulla casistica stazionaria è quantificabile. La revisione della letteratura effettuata dalla WIG dimostra che ci sono troppo pochi studi che misurano l'impatto della tecnologia medica sull'evoluzione della casistica. Va inoltre aggiunto che per gli esperti risulta molto difficile fornire dei dati quantificabili.

Ciò è in parte dovuto al fatto che la tecnologia medica influenza la casistica stazionaria in diversi modi:

- permette di aumentare la durata di vita, ma comportando maggiori cure stazionarie;
- può migliorare lo stato generale di salute, diminuendo il ricorso alle cure stazionarie
- può non aver nessun effetto perché costituisce una tecnologia superata;
- può permettere degli interventi meno invasivi e dunque favorire la presa a carico del paziente in regime ambulatoriale.

La tecnologia medica ricopre un ruolo molto importante nel settore sanitario. Essa, infatti, può essere molto costosa e può rivoluzionare completamente la presa a carico del paziente in determinati gruppi di prestazioni. Nella letteratura medica si trovano molti esempi di nuovi sviluppi di tecnologie mediche. Alcune di queste non si realizzeranno nel periodo di previsione del fabbisogno ma altre invece sì e andranno pertanto ad influenzare l'offerta medica in determinati gruppi di prestazioni. Tuttavia, è impossibile valutare quando e come ciò avverrà. Pertanto, nell'ambito di questa previsione del fabbisogno la tecnologia medica ha un ruolo minore.

### **Sviluppo epidemiologico**

Per la pianificazione ospedaliera 2012 è stato richiesto all'Istituto di prevenzione medica e sociale dell'Università di Berna di redigere un rapporto sullo stato epidemiologico. L'Istituto ha condotto una vasta ricerca sulle recenti tendenze chirurgiche, sulle malattie e i fattori di rischio confermati relativi a determinate malattie in Svizzera. Sono stati inoltre inclusi dati raccolti dall'UST e dall'Obsan. Si è constatato che lo sviluppo epidemiologico ha una debole incidenza sulla previsione della casistica. Per non sottovalutare inavvertitamente l'importanza di questo fattore un gruppo di lavoro costituito da 4 esperti epidemiologici di 3 istituti diversi si è riunito nel 2019 per approfondire la tematica. Gli esperti confermano che la quantificazione è molto difficile. Inoltre, la GD-ZH ha esaminato l'evoluzione negli ultimi anni dell'infarto del miocardio, della durata di degenza in ostetricia e in neonatologia (GEB1 e NEO1), della casistica nei gruppi di prestazioni relativi alla depressione e ai disturbi alimentari. Di queste 4 tematiche, è stato possibile avere un riscontro quantificabile unicamente nell'ambito della depressione. Questo aspetto sarà meglio chiarito nel capitolo E2.3.3. Da questo workshop gli esperti hanno concluso che non ci sono sviluppi epidemiologici prevedibili e quantificabili con un effetto sul numero di casi stazionari futuri. Si osserva, tuttavia, che l'invecchiamento della popolazione viene già preso in considerazione dal modello attraverso il fattore

demografico. La pandemia COVID-19 non influenza la previsione. Anzi, è l'esempio di un evento che a causa della sua imprevedibilità non poteva essere preso in considerazione nella previsione. Ciò vale anche per le conseguenze a lungo termine della malattia COVID-19.

### **Trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale (*Ambulant vor Stationär, AVoS*)**

In tutti e tre i settori di cura ci si aspetta un trasferimento in regime ambulatoriale di prestazioni che sono attualmente erogate in regime stazionario. Le cause di questo trasferimento sono però diverse a dipendenza dell'ambito di cura. Per questa ragione, l'impatto di questo fattore d'influenza è trattato nei capitoli specifici dei singoli settori di cura.

### **Altri fattori**

Oltre ai fattori d'influenza descritti in precedenza ve ne sono altri che sono specifici ai settori di cura e pertanto saranno approfonditi nei capitoli successivi.

#### *Somatico-acuto:*

- allineamento del tasso di ospedalizzazione e della durata di degenza cantonale con la media nazionale (senza TI);
- riduzione generale della durata di degenza a causa di incentivi tariffali e progressi nella tecnologia medica.

#### *Riabilitazione:*

- effetti dell'evoluzione della tecnologia medica nell'ambito somatico-acuto
- nuove offerte nell'ambito della riabilitazione geriatrica
- effetto della struttura tariffale ST Reha sulla durata della degenza

#### *Psichiatria:*

- incremento della richiesta di presa a carico

### **Fattori non considerabili separatamente**

Il modello di previsione utilizzato dalla GD-ZH calcola il numero di casi e le giornate di cura future a partire dal numero di casi attuali. Il numero di casi futuri potrebbero essere determinati anche da altri fattori d'influenza che sono estranei alla cultura ospedaliera. Ad esempio, il comportamento del paziente, la presenza di un'offerta ambulatoriale e di day hospital, la presenza di strutture a valle della cura acuta, la digitalizzazione sanitaria, lo sviluppo e l'omologazione dei medicinali. Idealmente, questi fattori, se esistenti nel 2019, dovrebbero rientrare nel modello in quanto determinati dai dati storici.

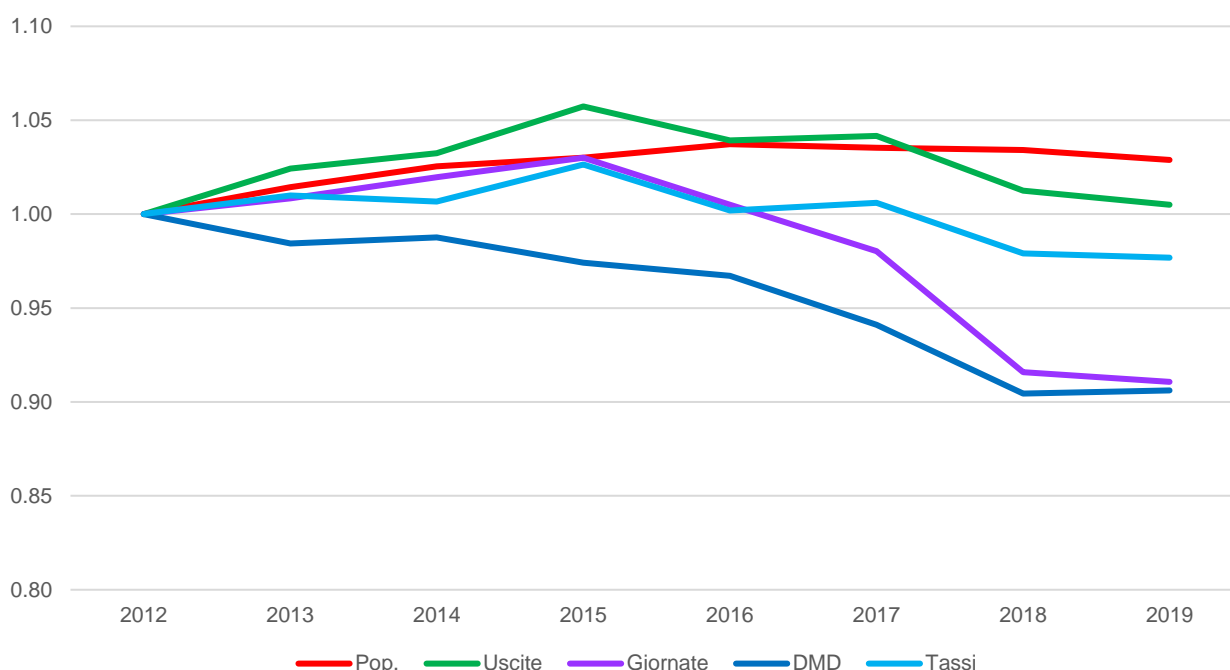
## C. Fabbisogno somatico-acuto

Questa sezione descrive i risultati della previsione del fabbisogno di cure somatiche acute 2032 per il Ticino sotto i vari aspetti che lo determinano. Dapprima si illustra il consumo di prestazioni di cure somatiche acute registrate dal 2012 al 2019 e di seguito si presentano i risultati della previsione del fabbisogno in base ai gruppi di prestazioni e all'età dei pazienti.

### 1. Fabbisogno storico e attuale (2019)

Il grafico 5 mostra l'evoluzione della popolazione cantonale e delle prestazioni stazionarie consumate. Il numero di casi aumenta fino al 2015 mentre dal 2017 al 2019 il numero di pazienti diminuisce del 3.5%. Quest'evoluzione potrebbe ricondursi all'introduzione della lista di interventi da effettuare obbligatoriamente in regime ambulatoriale a livello federale (art.3c e allegato 1a dell'Ordinanza sulle prestazioni, OPre).

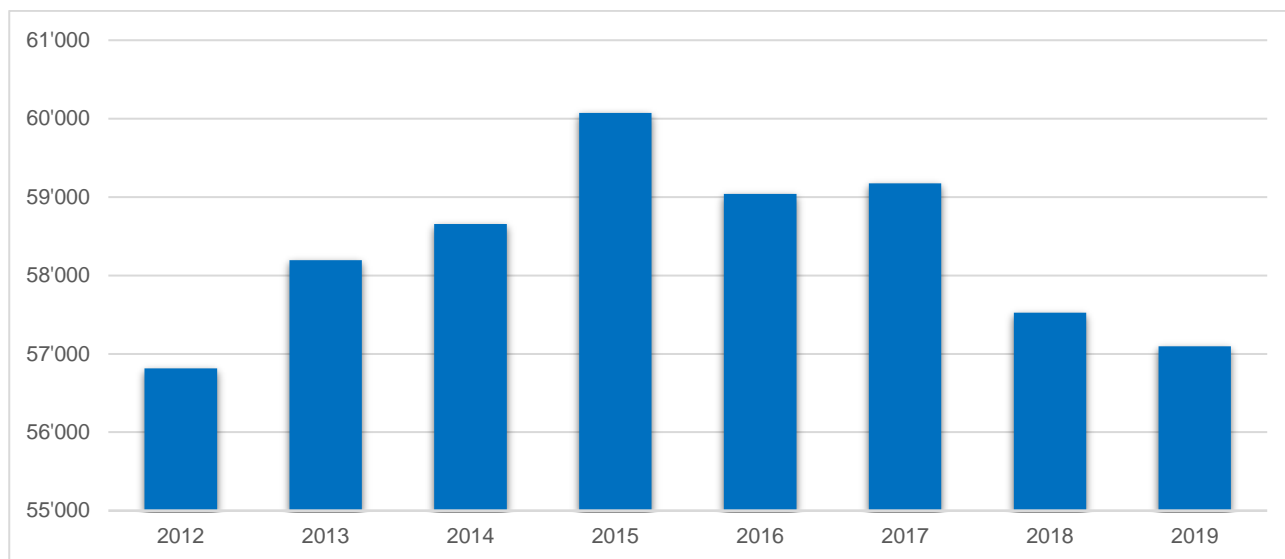
**Grafico 5: evoluzione demografica cantonale e delle prestazioni di cura stazionarie in ambito somatico-acuto dal 2012 al 2019**



Dal 2012 al 2019, il tasso di ospedalizzazione è diminuito del 2.3%. Infatti, un minor numero di casi a fronte di una popolazione in leggera decrescita portano a una discreta riduzione del tasso di ospedalizzazione. Nel 2016, sono stati ospedalizzati 166 pazienti ogni 1'000 abitanti contro i 162 del 2019.

Tra il 2015 e il 2018, la riduzione della durata media di degenza e del numero di pazienti incide sulle giornate di cura nella misura dell'11% (412'652 nel 2015 rispettivamente 366'873 nel 2018). Dal 2012 al 2019, la durata media di degenza si è ridotta del 9.4%. Si osserva che la durata media di degenza cantonale è sempre stata più elevata rispetto alla media nazionale ragione per cui la sua riduzione è anche in parte da ricondurre alla necessità degli istituti di allinearsi con la media svizzera.



**Grafico 6: evoluzione del numero di casi in valori assoluti dal 2012 al 2019**

### 1.1 Analisi per disciplina

Nel 2019, sono stati trattati 57'095 pazienti ticinesi per un totale di 364'841 giornate di cura. La durata media di degenza è di 6.4 giorni e varia molto in base alla disciplina (2 giorni in oftalmologia, 13 giorni in neurochirurgia). Circa il 43% dei pazienti ticinesi sono assegnati al pacchetto di base. Le discipline di otorinolaringoiatria, cardiologia e cardiocirurgia, urologia, chirurgia ortopedica, ostetricia e neonatologia contano con oltre 2'000 casi mentre la chirurgia toracica, le lesioni gravi e i trapianti che peraltro sono realizzati tutti fuori cantone ne registrano meno di 200.

**Tabella 3: numero di pazienti ticinesi per disciplina nel 2019**

DISCIPLINA	CASI	%	DMD	GC
Pacchetto di base	24'639	43.15	6.28	154'613
Dermatologia	246	0.43	7.35	1'807
Otorinolaringoiatria	2'114	3.70	3.09	6'524
Neurochirurgia	321	0.56	13.52	4'339
Neurologia	1'212	2.12	7.96	9'646
Oftalmologia	419	0.73	2.33	977
Endocrinologia	344	0.60	10.92	3'757
Gastroenterologia	1'977	3.46	9.08	17'961
Chirurgia viscerale	1'173	2.05	12.37	14'512
Ematologia	799	1.40	11.11	8'875
Angiologia	903	1.58	12.03	10'863
Cardiologia e cardiocirurgia	2'709	4.74	4.44	12'041
Nefrologia	525	0.92	10.36	5'441
Urologia	2'898	5.08	4.96	14'383
Pneumologia	1'433	2.51	12.05	17'263
Chirurgia toracica	189	0.33	7.67	1'449
Trapianti	25	0.04	21.44	536
Chirurgia ortopedica	7'496	13.13	5.92	44'341
Reumatologia	251	0.44	7.63	1'916
Ginecologia	1'417	2.48	3.72	5'269
Ostetricia	2'878	5.04	4.21	12'123
Neonatologia	2'543	4.45	4.20	10'687
(Radio-)oncologia	482	0.84	8.85	4'264
Lesioni gravi (traumatismi)	102	0.18	12.03	1'227
<b>Totale</b>	<b>57'095</b>	<b>100.00</b>	<b>6.39</b>	<b>364'814</b>

## 1.2 Analisi per gruppi di età

La tabella 3 mostra le prestazioni stazionarie offerte a pazienti ticinesi in base all'età. Le persone dai 65 anni consumano il 51% delle prestazioni stazionarie malgrado rappresentino solo il 23% della popolazione cantonale. Oltre il 60% delle giornate di cura sono dedicate a questa categoria di pazienti e anche la durata media di degenza è più lunga: 7,4 giorni per le persone tra i 65 e i 79 anni e 9.5 giorni per quelle di 80 anni e più.

**Tabella 4: numero di pazienti ticinesi per gruppi d'età**

ETÀ	CASI	%	DMD	GC	%	% POP. TI
0-15	4'898	9	3.89	19'030	5	14.07
16-39	7'976	14	3.56	28'400	8	25.83
40-64	15'169	27	4.93	74'774	20	37.14
65-79	15'854	28	7.41	117'534	32	15.88
80+	13'198	23	9.48	125'076	34	7.09
<b>Totale</b>	<b>57'095</b>	<b>100</b>	<b>6.39</b>	<b>364'814</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

## 2. Fabbisogno 2032

Questo capitolo presenta il metodo e i risultati di previsione per il settore somatico-acuto. Le basi del modello di previsione per i tre settori di cura stazionaria sono descritte nel capitolo B1.5. La previsione del fabbisogno nel settore somatico-acuto è illustrata in base alle discipline secondo il modello di Zurigo (SPLB versione 2023) e sono stati calcolati l'evoluzione del numero di pazienti, della durata media di degenza e delle giornate di cura fino al 2032. Il numero di pazienti e la durata media di degenza sono influenzati da più fattori. I fattori demografici, epidemiologici e quello relativo alla tecnologia medica sono descritti nel capitolo B1.5.2. In questo capitolo, si analizzano i restanti fattori d'influenza che sono specifici al settore somatico-acuto. Infine, sono presentati i risultati complessivi della previsione del fabbisogno per il 2032.

### 2.1 Modello di previsione e fattori d'influenza

I principali fattori che influenzano il fabbisogno di cure della popolazione sono stati già descritti nel B1.5.2 (demografico, epidemiologico e tecnologia medica). In questo capitolo sono presentati i fattori d'influenza specifici al settore somatico-acuto.

#### **Correzione del maggior ricorso alle cure ospedaliere stazionarie da parte della popolazione residente in Ticino, nel confronto nazionale**

##### **Allineamento del tasso di ospedalizzazione e della durata media di degenza**

Un maggior ricorso alla degenza ospedaliera può essere causato dalla presenza di un'offerta sanitaria abbondante, infatti nel nostro Cantone non ci sono liste di attesa per interventi chirurgici e il grado di soddisfazione dei pazienti è di 8-9 punti su una scala che ne conta 10.

Nel 2019, lo studio condotto a livello nazionale da INFRAS con l'Istituto di economia sanitaria di Winterthur (WIG) su mandato dell'UFSP conferma che il sistema sanitario svizzero non presenta delle inefficienze originate da una sotto dotazione. Detto altrimenti, in Svizzera non esiste una sotto dotazione che origini dei ritardi di diagnosi o di trattamento conducendo ad un aumento dei costi (inefficienze), mentre la sovrabbondanza di offerta comporta un'inefficienza nell'ambito delle prestazioni LAMal del settore somatico-acuto stazionario del 20%, di cui il 10% è associato a dei volumi troppo elevati.

Nel 2017, pure il gruppo di esperti del rapporto sulle misure di contenimento dei costi sanitari richiesto dal DFI osserva che l'inefficienza nel sistema sanitario svizzero causa il 20 % dei costi

sanitari. In Svizzera, i tassi per determinati interventi superano del 20% la media di quelli dei paesi dell'OCSE. Gli esperti dell'OCSE affermano che in determinati ambiti chirurgici c'è una evidente e costosa sovra dotazione.

Per poter elaborare una pianificazione ospedaliera sulla base del reale fabbisogno di cure della popolazione bisognerebbe dunque procedere a delle correzioni per sottrarre dalla previsione del fabbisogno di cure parte della sovra dotazione ospedaliera attuale.

L'Atlas svizzero dell'offerta sanitaria mostra evidenti differenze nei tassi di ospedalizzazione per alcuni interventi. Un tasso di ospedalizzazione superiore alla media svizzera può essere dovuto a più fattori come per esempio, un aumento dell'indicazione medica oppure una più frequente presa a carico stazionaria piuttosto che ambulatoriale, indubbiamente va qui citata nuovamente anche la struttura della popolazione. Fattori culturali e sociali, come l'alimentazione oppure le ripercussioni sullo stato di salute degli impegni professionali, incidono sul fabbisogno di cure e vanno considerate. Per correggere un tasso di ospedalizzazione ritenuto eccessivo, il modello della GD-ZH calcola i tassi di ospedalizzazione cantonali per ogni SPLG e per ogni categoria d'età. In un secondo momento, li mette a confronto con la media nazionale. Se i tassi di ospedalizzazione cantonali sono superiori alla media nazionale effettua una correzione al ribasso.

Nello scenario principale, se il tasso di ospedalizzazione cantonale corrisponde a 1 e quello nazionale a 0.5 si procede ad una correzione del 50% affinché il tasso di ospedalizzazione cantonale nel 2032 si riduca a 0.75. L'allineamento del 50% invece del 100% tiene conto del fatto che il Canton Ticino si distanzia particolarmente dalla media nazionale perché ha una struttura demografica più anziana e pertanto il valore cantonale è superiore a quello nazionale. Nello scenario minimo il tasso di ospedalizzazione è allineato al 75% mentre in quello massimo non si realizza alcuna correzione. Se il tasso di ospedalizzazione cantonale dovesse essere solo leggermente superiore a quello nazionale non viene fatto alcun adeguamento. La stessa procedura è utilizzata per la durata media di degenza.

### **Trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale**

Dal 1 gennaio 2019, sei gruppi d'intervento sono remunerati unicamente se eseguiti in regime ambulatoriale (allegato 1a OPre). A seguito dell'introduzione dell'elenco "*Ambulant vor Stationär*" (AVoS) a livello federale, tra il 2018 e 2019 e tra il 2019 e il 2020 in Ticino si è registrata una notevole riduzione del numero di pazienti per questi gruppi d'interventi (-69% rispettivamente -33%). Ciò conferma che il nuovo quadro normativo federale abbia portato gli istituti ad ottimizzare i propri processi di presa a carico ambulatoriale.

Per prevedere il potenziale di trasferimento futuro di prestazioni stazionarie verso il settore ambulatoriale bisogna identificare gli interventi che ad oggi sono svolti prevalentemente in regime stazionario ma che entro il 2032 potrebbero essere offerti in regime ambulatoriale. A questo proposito, si utilizzano le liste AVoS del Cantone Zurigo e della Germania. In primo luogo, perché l'elenco elaborato dal Cantone Zurigo è più esteso di quello federale e in secondo luogo, perché in Germania la chirurgia ambulatoriale è molto più praticata rispetto alla Svizzera.

Ad oggi sussistono tuttora molti disincentivi finanziari alla presa a carico ambulatoriale che ostacolano il trasferimento delle prestazioni stazionarie verso il settore ambulatoriale. Il progetto di modifica LAMal che prevede l'introduzione di un sistema di finanziamento unico per le prestazioni ambulatoriali e stazionarie (EFAS) potrebbe porre in parte rimedio a questa problematica. Questo progetto concerne anzitutto la modalità di finanziamento ma non affronta direttamente la questione determinante della formazione dei costi e della compresenza di diversi regimi tariffali a dipendenza del genere di fornitore di prestazioni.

## Riduzione generale della durata media di degenza

La sviluppo della tecnologia medica così come gli incentivi finanziari del sistema tariffale SwissDRG conducono ad una diminuzione della durata media di degenza. Dal 2012 al 2019, la durata media di degenza in Ticino si è ridotta annualmente di circa l'1.2%. Si presume che questa tendenza continui anche in futuro anche se è difficile prevederne l'importanza. Per stimarne l'evoluzione futura si presume che essa diminuirà dell'1% nello scenario di previsione principale, dello 0.7% nello scenario di previsione massimo e dell'1.5% in quello minimo.

## Discipline speciali

La previsione del fabbisogno relativo ai trapianti, all'ostetricia e alla neonatologia non è calcolato sulla base del modello di previsione descritto nel capitolo B1.5. I trapianti sono determinati dall'offerta di organi la quale dipende dall'evoluzione demografica. Per la previsione futura del numero di donazione d'organi, la GD-ZH utilizza lo scenario massimo dell'evoluzione demografica. In base a questa ipotesi, il numero di organi donati per rapporto al comportamento della popolazione rimane invariato. Dal momento che la popolazione aumenta, incrementerà leggermente anche il numero di trapianti. Inoltre, la modifica di legge nel senso del consenso presunto appena accolta dal popolo potrebbe portare ad un notevole aumento di trapianti. L'evoluzione della casistica in ostetricia e neonatologia dipende invece dal tasso di natalità che è considerato nella previsione demografica dell'UST e che prevede un aumento generale del tasso di fertilità delle donne (1.29 a 1.37) e dai fenomeni migratori.

**Tabella 5: fattori di influenza del settore somatico-acuto in base allo scenario di previsione**

Fattore d'influenza	Ipotesi	Rappresentazione negli scenari di previsione
<b>Demografico</b>	Previsione demografica dell'UST	Scenario unico
<b>Evoluzione tecnologia medica</b>	Incremento protesi anca e ginocchio (revisioni)	Principale: 1 x fattore Max: 1.5 x fattore Min: nessun fattore
	Trasferimento NEU 3 → NEU 3.1	Nessuna variazione
<b>Epidemiologico</b>	-	-
<b>Allineamento tasso di ospedalizzazione CH</b>	Se TI > CH, allineamento di x %	Principale: 50%
		Max: 0% Min: 75%
<b>Allineamento della DMD CH</b>	Se TI > CH, allineamento di x%	Principale: 50% Max: 0% Min: 75%
<b>Riduzione generale DMD</b>	Riduzione costante	Principale: - 1% Max: - 0.7% Min: -1.5%
<b>Trasferimento da stazionario a ambulatoriale (AVOS)</b>	Incremento interventi in base elenco DE e ZH	Principale: 50% Max: 0% Min: 75%

Fonte: GD-ZH

## 2.2 L'impatto dei singoli fattori d'influenza sul fabbisogno di cure 2032

### 2.2.1 Demografia

Se considerato unicamente il fattore demografico nella previsione del fabbisogno 2032, il numero di pazienti aumenta complessivamente da 57'095 casi nel 2019 a 65'618 nel 2032 per una crescita percentuale del 14.9%. L'evoluzione demografica ha un doppio effetto sull'evoluzione della casistica futura. Da un lato, accresce il numero di pazienti e dall'altro, l'invecchiamento della popolazione aumenta il fabbisogno di cure ospedaliere. L'evoluzione differenziata del numero di casi per disciplina è determinata in particolare dall'invecchiamento della popolazione. Per la popolazione ticinese l'aumento maggiore si riscontra in nefrologia e in pneumologia (>25% rispetto al 2019).

**Tabella 6: impatto dell'evoluzione demografica sul numero di pazienti 2019-2032**

Disciplina	2019	2032	Δ	Δ %
Pacchetto di base	24'639	29'533	4'894	19.9
Dermatologia	246	282	36	14.6
Otorinolaringoiatria	2'114	2'128	14	0.7
Neurochirurgia	321	350	29	9.0
Neurologia	1'212	1'478	266	21.9
Oftalmologia	419	480	61	14.6
Endocrinologia	344	413	69	20.1
Gastroenterologia	1'977	2'401	424	21.4
Chirurgia viscerale	1'173	1'271	98	8.4
Ematologia	799	989	190	23.8
Angiologia	903	1'098	195	21.6
Cardiologia e cardiocirurgia	2'709	3'173	464	17.1
Nefrologia	525	673	148	28.2
Urologia	2'898	3'274	376	13.0
Pneumologia	1'433	1'823	390	27.2
Chirurgia toracica	189	206	17	9.0
Trapianti	25	26	1	4.0
Chirurgia ortopedica	7'496	7'988	492	6.6
Reumatologia	251	288	37	14.7
Ginecologia	1'417	1'394	-23	-1.6
Ostetricia	2'878	3'027	149	5.2
Neonatologia	2'543	2'674	131	5.2
(Radio-)oncologia	482	522	40	8.3
Lesioni gravi (traumatismi)	102	127	25	24.5
<b>Totale</b>	<b>57'095</b>	<b>65'618</b>	<b>8'523</b>	<b>14.9</b>

### 2.2.2 Tecnologia medica

La tecnologia medica è stata descritta nel capitolo B1.5.2 dove si è evidenziato che gioca un ruolo minore nel determinare la casistica futura malgrado sia un tema di discussione molto presente nell'ambito della politica sanitaria. In base ai risultati della previsione del fabbisogno 2032, la tecnologia medica provoca un leggero aumento dei casi unicamente nella chirurgia ortopedica (+2.6%) mentre nella neurologia provoca un trasferimento di prestazioni dalla NEU3 alla NEU3.1<sup>4</sup> che quasi non incide sul numero di casi (+0.4%) ma potrebbe spiegare l'aumento delle giornate di

<sup>4</sup> NEU3: malattie cerebrovascolari; NEU3.1: malattia cerebrovascolari presso stroke center (riconosciuto come centro di medicina altamente specializzata dalla CIMAS)

cura previsto per il 2032 per questo gruppo di prestazioni. Se adottato lo scenario massimo di previsione del fabbisogno, l'impatto della tecnologia medica sulla chirurgia ortopedica aumenta la casistica 2032 del 3.9%.

**Tabella 7: effetto dell'evoluzione della tecnologia medica sul numero di casi 2019-2032**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo		
		2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ%
Neurologia	1'212	1'217	5	0.4	1'217	5	0.4
Chirurgia ortopedica	7'496	7'694	198	2.6	7'792	296	3.9

### 2.2.3 Epidemiologia

Come osservato nel capitolo B1.5.2, gli esperti non hanno evidenziato nessuna influenza rilevante dell'evoluzione epidemiologica da tener presente nel modello di previsione del fabbisogno.

### 2.2.4 Correzioni per maggior ricorso alle cure ospedaliere rispetto al resto della svizzera

Come osservato nel capitolo B2.1, i dati cantonali sono corretti per attenuare il maggior ricorso alle cure ospedaliere della popolazione residente in Ticino rispetto al resto della Svizzera, presupponendo che questo fenomeno possa essere causato da una offerta sanitaria abbondante (si richiama qui il concetto di mercato imperfetto nell'ambito sanitario dove è la domanda a incidere sull'offerta e non viceversa).

La correzione è effettuata a livello di ogni SPLG e gruppo di età. Secondo lo scenario di previsione principale, l'allineamento del tasso di ospedalizzazione alla media nazionale comporta una riduzione complessiva del numero di casi nel 2032 del 6.1%. L'ostetricia, la neonatologia, i trapianti e in parte l'endocrinologia non si scostano dal dato nazionale e pertanto non è stato effettuato nessun allineamento. Le principali discipline nelle quali è stata necessaria una maggior correzione sono evidenziate nella tabella sottostante, in particolare nel pacchetto di base, nella chirurgia ortopedica, in otorinolaringoiatria e in pneumologia. Se si dovesse invece considerare lo scenario minimo di previsione, la correzione del tasso di ospedalizzazione avrebbe un'incidenza maggiore sulla riduzione del numero di pazienti nel 2032 (-9.2%).

**Tabella 8: impatto dell'allineamento alla media nazionale del tasso di ospedalizzazione sul numero di pazienti 2032**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario minimo		
		2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ%
Pacchetto di base	24'639	22'996	-1'643	-6.7	22'175	23'818	-10.0
Dermatologia	246	210	-36	-14.6	193	229	-21.5
Otorinolaringoiatria	2'114	1'803	-311	-14.7	1'648	1'959	-22.0
Neurochirurgia	321	305	-16	-5.0	297	313	-7.5
Neurologia	1'212	1'178	-34	-2.8	1'162	1'196	-4.1
Oftalmologia	419	407	-12	-2.9	400	412	-4.5
Endocrinologia	344	342	-2	-0.6	341	343	-0.9
Gastroenterologia	1'977	1'776	-201	-10.2	1'675	1'876	-15.3
Chirurgia viscerale	1'173	1'136	-37	-3.2	1'118	1'155	-4.7
Ematologia	799	725	-74	-9.3	688	762	-13.9
Angiologia	903	831	-72	-8.0	795	867	-12.0
Cardiologia e cardiocirurgia	2'709	2'615	-94	-3.5	2'567	2'661	-5.2
Nefrologia	525	372	-153	-29.1	296	449	-43.6
Urologia	2'898	2'745	-153	-5.3	2'668	2'821	-7.9
Pneumologia	1'433	1'220	-213	-14.9	1'113	1'326	-22.3
Chirurgia toracica	189	170	-19	-10.1	160	179	-15.3
Trapianti	25	25	0	0.0	25	25	0.0
Chirurgia ortopedica	7'496	7'156	-340	-4.5	6'985	7'325	-6.8
Reumatologia	251	230	-21	-8.4	220	241	-12.4
Ginecologia	1'417	1'392	-25	-1.8	1'379	1'404	-2.7
Ostetricia	2'878	2'878	0	0.0	2'878	2'878	0.0
Neonatologia	2'543	2'543	0	0.0	2'543	2'543	0.0
(Radio-)oncologia	482	449	-33	-6.8	432	465	-10.4
Lesioni gravi (traumatismi)	102	100	-2	-2.0	98	100	-3.9
<b>Totale</b>	<b>57'095</b>	<b>53'604</b>	<b>-3'491</b>	<b>-6.1</b>	<b>51'856</b>	<b>55'347</b>	<b>-9.2</b>

### 2.2.5 Trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale

Come sottolineato nel capitolo B2.1, il trasferimento di prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale continuerà negli anni a venire. Lo scenario di previsione principale prevede per il 2032 una riduzione del numero di casi del 3.1%. Le discipline maggiormente interessate sono: la chirurgia ortopedica (-650 casi), il pacchetto di base (-286 casi), l'urologia (-272 casi), l'otorinolaringoiatria (-214 casi).

**Tabella 9: impatto del trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale sul numero di pazienti 2032**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario minimo		
		2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ%
Pacchetto di base	24'639	24'353	-286	-1.2	24'210	-429	-1.7
Dermatologia	246	230	-16	-6.5	221	-25	-10.2
Otorinolaringoiatria	2'114	1'900	-214	-10.1	1'793	-321	-15.2
Neurochirurgia	321	319	-2	-0.6	318	-3	-0.9
Neurologia	1'212	1'212	0	0.0	1'212	0	0.0
Oftalmologia	419	381	-38	-9.1	362	-57	-13.6
Endocrinologia	344	343	-1	-0.3	343	-1	-0.3
Gastroenterologia	1'977	1'908	-69	-3.5	1'874	-103	-5.2
Chirurgia viscerale	1'173	1'166	-7	-0.6	1'163	-10	-0.9
Ematologia	799	796	-3	-0.4	795	-4	-0.5
Angiologia	903	885	-18	-2.0	876	-27	-3.0
Cardiologia e cardiocirurgia	2'709	2'583	-126	-4.7	2'519	-190	-7.0
Nefrologia	525	525	0	0.0	525	0	0.0
Urologia	2'898	2'626	-272	-9.4	2'490	-408	-14.1
Pneumologia	1'433	1'433	0	0.0	1'432	-1	-0.1
Chirurgia toracica	189	188	-1	-0.5	188	-1	-0.5
Trapianti	25	25	0	0.0	25	0	0.0
Chirurgia ortopedica	7'496	6'846	-650	-8.7	6'521	-975	-13.0
Reumatologia	251	251	0	0.0	251	0	0.0
Ginecologia	1'417	1'350	-67	-4.7	1'317	-100	-7.1
Ostetricia	2'878	2'878	0	0.0	2'878	0	0.0
Neonatologia	2'543	2'543	0	0.0	2'543	0	0.0
(Radio-)oncologia	482	480	-2	-0.4	479	-3	-0.6
Lesioni gravi (traumatismi)	102	102	0	0.0	102	0	0.0
<b>Totale</b>	<b>57'095</b>	<b>55'323</b>	<b>-1'772</b>	<b>-3.1</b>	<b>54'437</b>	<b>-2'658</b>	<b>-4.7</b>

### 2.2.6 Evoluzione della durata media di degenza

Il modello di previsione include 3 fattori d'influenza che incidono sull'evoluzione della durata media di degenza, la presenza di un tasso di ospedalizzazione superiore alla media svizzera, possibile indicatore di una sovra offerta, AVoS così come la generale riduzione della durata media di degenza. Non sono considerati altri fattori che potrebbero influire sulla durata media di degenza.

Lo scenario di previsione principale mostra una riduzione della durata media di degenza dell'11.3% rispetto al valore del 2019. Le variazioni della durata media di degenza tra le singole discipline non sono rilevanti. Si osserva, tuttavia, una variazione più significativa (>20%) rispetto al valore del 2019 che può essere ricondotto all'evoluzione della tecnologia medica nei trapianti, in neurochirurgia, in angiologia e nella radio-oncologia.



**Tabella 10: riduzione della durata media di degenza per disciplina tra il 2019 e il 2032**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo			Scenario minimo		
		2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ %
Pacchetto di base	6.28	5.15	-1.13	-18.0	5.7	-0.55	-8.8	4.7	-1.6	-26.0
Dermatologia	7.35	6.18	-1.17	-15.9	6.7	-0.65	-8.8	5.7	-1.7	-22.4
Otorinolaringoiatria	3.09	2.76	-0.33	-10.7	2.8	-0.27	-8.7	2.6	-0.5	-15.2
Neurochirurgia	13.52	10.25	-3.27	-24.2	12.3	-1.18	-8.7	8.8	-4.7	-34.7
Neurologia	7.96	6.19	-1.77	-22.2	7.3	-0.70	-8.8	5.4	-2.5	-31.9
Oftalmologia	2.33	2.04	-0.29	-12.4	2.1	-0.20	-8.6	1.9	-0.4	-18.0
Endocrinologia	10.92	8.73	-2.19	-20.1	10.0	-0.95	-8.7	7.8	-3.2	-28.8
Gastroenterologia	9.08	7.59	-1.49	-16.4	8.3	-0.79	-8.7	6.9	-2.2	-23.9
Chirurgia viscerale	12.37	10.41	-1.96	-15.8	11.3	-1.08	-8.7	9.5	-2.8	-23.0
Ematologia	11.11	8.87	-2.24	-20.2	10.1	-0.97	-8.7	7.9	-3.2	-29.0
Angiologia	12.03	8.97	-3.06	-25.4	11.0	-1.05	-8.7	7.6	-4.4	-36.7
Cardiologia e cardiocirurgia	4.44	3.91	-0.53	-11.9	4.1	-0.38	-8.6	3.7	-0.8	-17.3
Nefrologia	10.36	8.87	-1.49	-14.4	9.5	-0.90	-8.7	8.2	-2.2	-20.8
Urologia	4.96	4.32	-0.64	-12.9	4.5	-0.43	-8.7	4.0	-0.9	-18.5
Pneumologia	12.05	9.74	-2.31	-19.2	11.0	-1.05	-8.7	8.7	-3.3	-27.6
Chirurgia toracica	7.67	6.55	-1.12	-14.6	7.0	-0.67	-8.7	6.1	-1.6	-21.1
Trapianti	21.44	16.75	-4.69	-21.9	19.6	-1.87	-8.7	14.7	-6.7	-31.4
Chirurgia ortopedica	5.92	5.15	-0.77	-13.0	5.4	-0.52	-8.8	4.8	-1.1	-18.6
Reumatologia	7.63	6.06	-1.57	-20.6	7.0	-0.66	-8.7	5.4	-2.3	-29.6
Ginecologia	3.72	3.13	-0.59	-15.9	3.4	-0.33	-8.9	2.9	-0.9	-23.1
Ostetricia	4.21	3.62	-0.59	-14.0	3.8	-0.37	-8.8	3.4	-0.9	-20.4
Neonatologia	4.20	3.58	-0.62	-14.8	3.8	-0.36	-8.6	3.3	-0.9	-21.4
(Radio-)oncologia	8.85	6.73	-2.12	-24.0	8.1	-0.78	-8.8	5.8	-3.0	-34.4
Lesioni gravi (traumatismi)	12.03	9.70	-2.33	-19.4	11.0	-1.05	-8.7	8.7	-3.4	-27.8

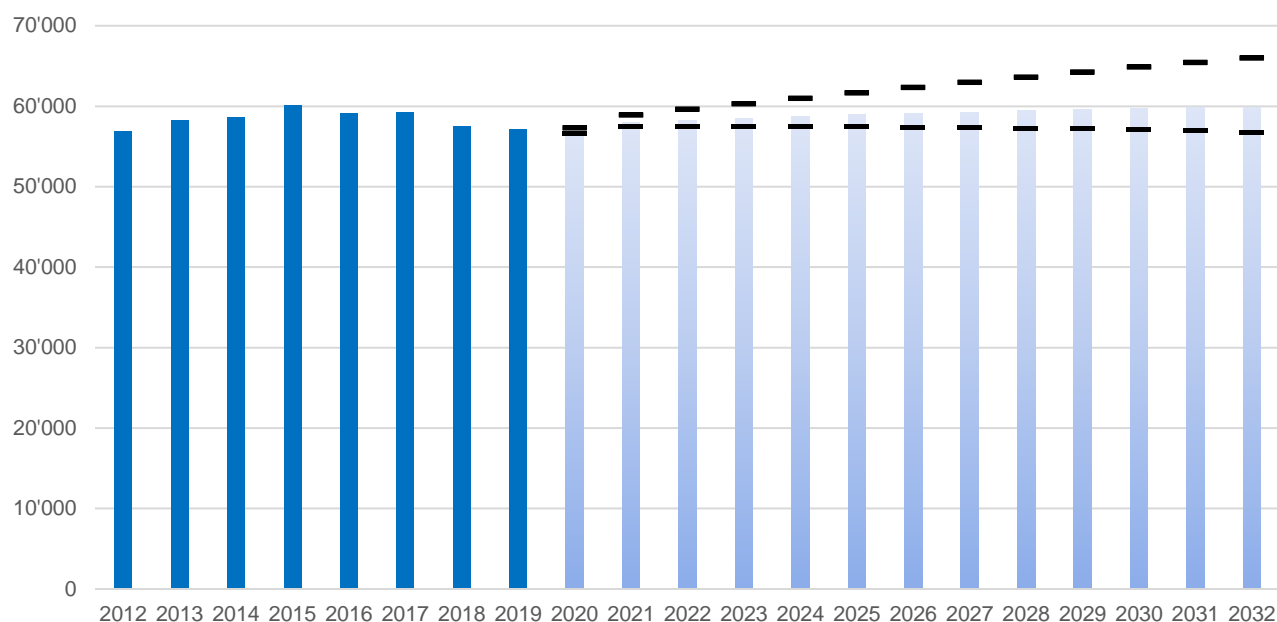
## 2.3 Risultati delle previsioni - fabbisogno 2032

In questo capitolo sono presentati i risultati complessivi della previsione del fabbisogno di cure nel 2032 per il settore somatico-acuto. In un primo momento, questi risultati sono messi a confronto con l'evoluzione del numero di pazienti registrato in questi ultimi anni ed inseguito sono esposti in base alle discipline mediche (SPLB) e alla categoria d'età.

### 2.3.1 Fabbisogno totale

Il grafico mostra l'evoluzione del numero di pazienti nel settore somatico-acuto dal 2012 al 2032. Gli istogrammi mostrano da un lato gli anni passati (blu scuro) e la previsione futura in base allo scenario principale (blu chiaro) mentre le linee nere illustrano la previsione in funzione degli scenari minimo e massimo. Il numero di pazienti tra il 2012 e il 2032 aumenta di 3'121 unità il che corrisponde ad una crescita del 5.5% in due decenni. La tendenza alla diminuzione del numero di pazienti osservata dal 2015 al 2019 è da ricondurre alla diminuzione demografica del Cantone caratterizzata da un saldo migratorio negativo in questo periodo. L'importante riduzione della casistica registrata nel 2020 è dovuto agli effetti della pandemia Covid-19. A partire dal 2021, la tendenza alla diminuzione osservata negli anni precedenti alla pandemia s'inverte e torna ad aumentare fino al 2032.

**Grafico 7: evoluzione del numero di casi 2012 – 2032**



### **2.3.2 Fabbisogno per disciplina medica**

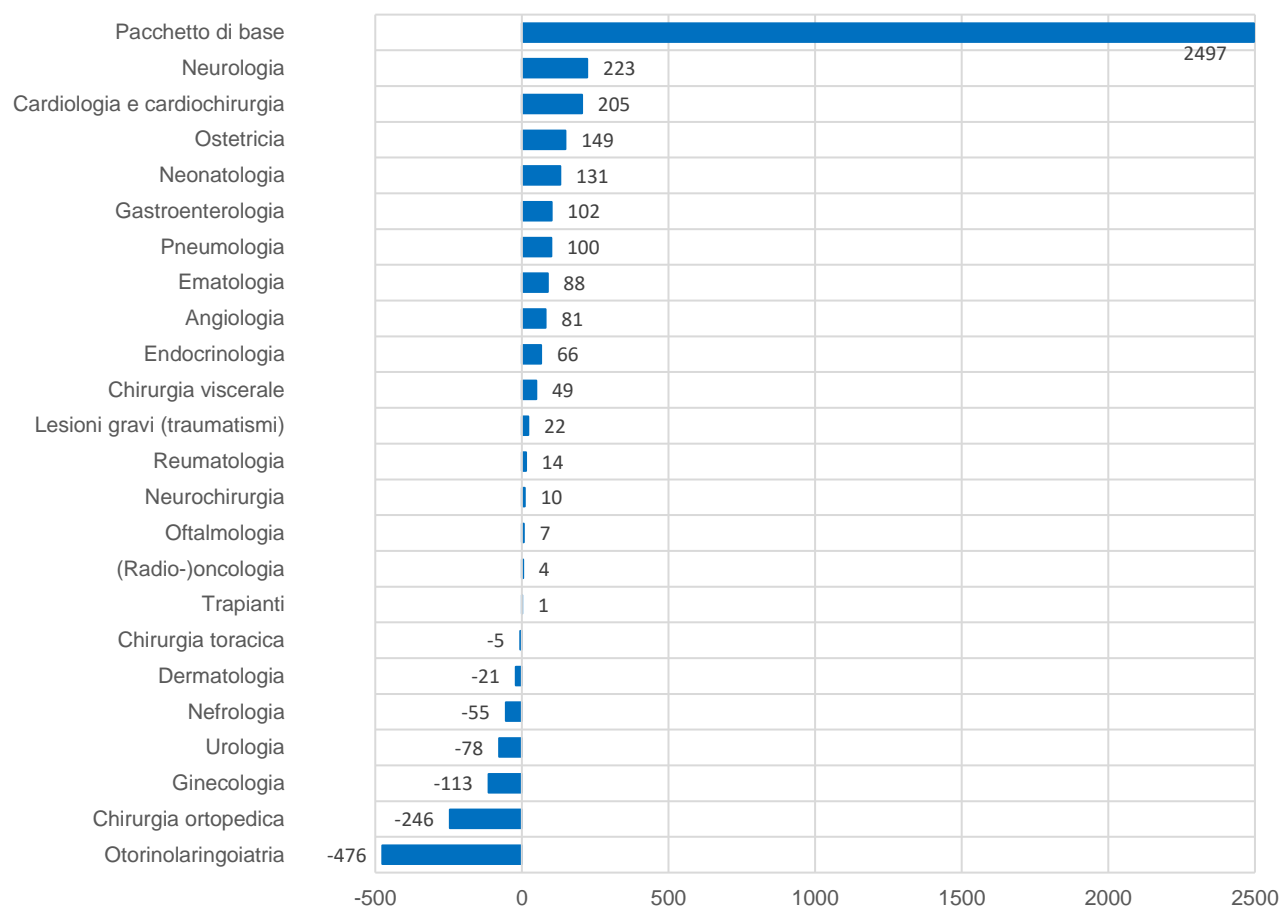
La tabella mostra i risultati della previsione del fabbisogno 2032 per le singole discipline mediche. Secondo lo scenario principale di previsione si stima un aumento di 2'840 casi dal 2019 al 2032 (+ 5%) per un totale di 59'935 casi nel 2032. Come osservato nel capitolo D2.2 l'aumento del fabbisogno cantonale per il 2032 è dovuto ad un discreto aumento della popolazione ma soprattutto all'invecchiamento della stessa. L'allineamento alla media nazionale dei tassi di ospedalizzazione e la stima del potenziale di trasferimento delle prestazioni stazionarie verso il settore ambulatoriale contribuiscono a contenere la crescita del numero di casi futuri. Ciò malgrado, questi fattori influiscono meno rispetto all'evoluzione demografica.

**Tabella 11: risultati della previsione del fabbisogno 2032 in base alla disciplina medica**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo			Scenario minimo		
		2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ %
Pacchetto di base	24'639	27'136	2'497	10.1	29'533	4'894	19.9	25'954	1'315	5.3
Dermatologia	246	225	-21	-8.5	282	36	14.6	197	-49	-19.9
Otorinolaringoiatria	2'114	1'638	-476	-22.5	2'128	14	0.7	1'414	-700	-33.1
Neurochirurgia	321	331	10	3.1	350	29	9.0	322	1	0.3
Neurologia	1'212	1'435	223	18.4	1'474	262	21.6	1'416	204	16.8
Oftalmologia	419	426	7	1.7	480	61	14.6	400	-19	-4.5
Endocrinologia	344	410	66	19.2	413	69	20.1	408	64	18.6
Gastroenterologia	1'977	2'079	102	5.2	2'401	424	21.4	1'925	-52	-2.6
Chirurgia viscerale	1'173	1'222	49	4.2	1'271	98	8.4	1'197	24	2.0
Ematologia	799	887	88	11.0	989	190	23.8	836	37	4.6
Angiologia	903	984	81	9.0	1'098	195	21.6	927	24	2.7
Cardiologia e cardiocirurgia	2'709	2'914	205	7.6	3'173	464	17.1	2'788	79	2.9
Nefrologia	525	470	-55	-10.5	673	148	28.2	368	-157	-29.9
Urologia	2'898	2'820	-78	-2.7	3'274	376	13.0	2'603	-295	-10.2
Pneumologia	1'433	1'533	100	7.0	1'823	390	27.2	1'388	-45	-3.1
Chirurgia toracica	189	184	-5	-2.6	206	17	9.0	174	-15	-7.9
Trapianti	25	26	1	4.0	26	1	4.0	26	1	4.0
Chirurgia ortopedica	7'496	7'250	-246	-3.3	8'334	838	11.2	6'580	-916	-12.2
Reumatologia	251	265	14	5.6	288	37	14.7	254	3	1.2
Ginecologia	1'417	1'304	-113	-8.0	1'394	-23	-1.6	1'260	-157	-11.1
Ostetricia	2'878	3'027	149	5.2	3'027	149	5.2	3'027	149	5.2
Neonatologia	2'543	2'674	131	5.2	2'674	131	5.2	2'674	131	5.2
(Radio-)oncologia	482	486	4	0.8	522	40	8.3	468	-14	-2.9
Lesioni gravi (traumatismi)	102	124	22	21.6	127	25	24.5	123	21	20.6
<b>Totale</b>	<b>57'095</b>	<b>59'850</b>	<b>2'755</b>	<b>4.8</b>	<b>65'960</b>	<b>8'865</b>	<b>15.5</b>	<b>56'729</b>	<b>-366</b>	<b>-0.6</b>

In particolare, si prevede una riduzione della casistica in otorinolaringoiatria, in nefrologia e in ginecologia che può essere spiegata dal fatto che in queste discipline vi è ancora un importante potenziale di trasferimento verso il settore ambulatoriale e che verosimilmente si realizzerà entro il 2032. D'altro canto, si registra un aumento di pazienti superiore al 20% in neurologia, in endocrinologia e per le lesioni gravi. Si tratta, infatti, di discipline il cui tasso di ospedalizzazione è difficilmente allineabile a quello nazionale. Inoltre, sono pochi gli interventi di queste discipline che potranno essere trasferiti al settore ambulatoriale. La ragione di questo aumento è pertanto da ricondurre all'invecchiamento della popolazione.

### Grafico 8: variazione previsione 2032 rispetto al 2019 per disciplina medica



### 2.3.3 Fabbisogno dei casi per gruppi di età

Nel 2019, il 52% della popolazione ticinese aveva più di 65 anni. Entro il 2032, si prevede un forte incremento di pazienti ultra 80enni (+38%) e una diminuzione per tutte le altre categorie di pazienti in particolare per gli adulti tra i 40 e 64 anni (-15%). La categoria degli ultra 80enni è inoltre quella dove si prevede una maggior riduzione della durata media di degenza (-17.5%).

**Tabella 12: risultati della previsione 2032 in base all'età (scenario principale)**

Età	CASI				GC				DMD		
	2019	2032	Δ	Δ %	2019	2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ %
0-15	4'898	4'742	-156	-3.2	19'030	15'714	-3'316	-17.4	3.3	-0.6	-14.7
16-39	7'976	7'318	-658	-8.2	28'400	22'892	-5'508	-19.4	3.1	-0.4	-12.1
40-64	15'169	12'851	-2'318	-15.3	74'774	56'305	-18'469	-24.7	4.4	-0.5	-11.1
65-79	15'854	16'701	847	5.3	117'534	102'957	-14'577	-12.4	6.2	-1.2	-16.8
80+	13'198	18'236	5'038	38.2	125'076	142'304	17'228	13.8	7.8	-1.7	-17.7
<b>Totale</b>	<b>57'095</b>	<b>59'848</b>	<b>2'753</b>	<b>16.8</b>	<b>364'814</b>	<b>340'172</b>	<b>-24'642</b>	<b>-6.8</b>	<b>5.7</b>	<b>-0.7</b>	<b>-11.0</b>

## **2.4 Fabbisogno delle discipline speciali (trasversali)**

### **2.4.1 Geriatria acuta**

Per il momento non esiste ancora una definizione chiara del concetto di geriatria acuta. Una definizione costruita a partire dall'età o dalla multimorbilità del paziente geriatrico potrebbe essere rivelatrice. Tuttavia, l'identificazione delle relative prognosi a partire dalla statistica medica non è sufficientemente attendibile rendendo così la costruzione di questo gruppo di pazienti difficile. Attualmente, esperti del settore geriatrico nel Canton ZH stanno elaborando uno strumento che permetterà di meglio identificare questa categoria di pazienti che necessitano di una presa in carico complessa.

### **2.4.2 Cure palliative**

L'evoluzione demografica e della tecnologia medica comporterà un aumento di pazienti nell'ambito delle cure palliative. Tuttavia, come per la geriatria acuta, è difficile quantificarli. Nell'ambito delle cure stazionarie (gruppo di prestazione PAL "Centro di competenza in cure palliative") consideriamo che il fabbisogno della popolazione ticinese sia coperto grazie all'implementazione della strategia cantonale per le cure palliative implementata dal 2015<sup>5</sup>. Un incremento futuro della domanda in quest'ambito dovrà essere affrontata rafforzando i servizi di cure palliative ambulatoriali e potenziando le collaborazioni tra il settore stazionario e quello ambulatoriale.

---

<sup>5</sup> Ufficio del medico cantonale, [Strategia cantonale di cure palliative](#), settembre 2015

### 3. Flussi intercantonali

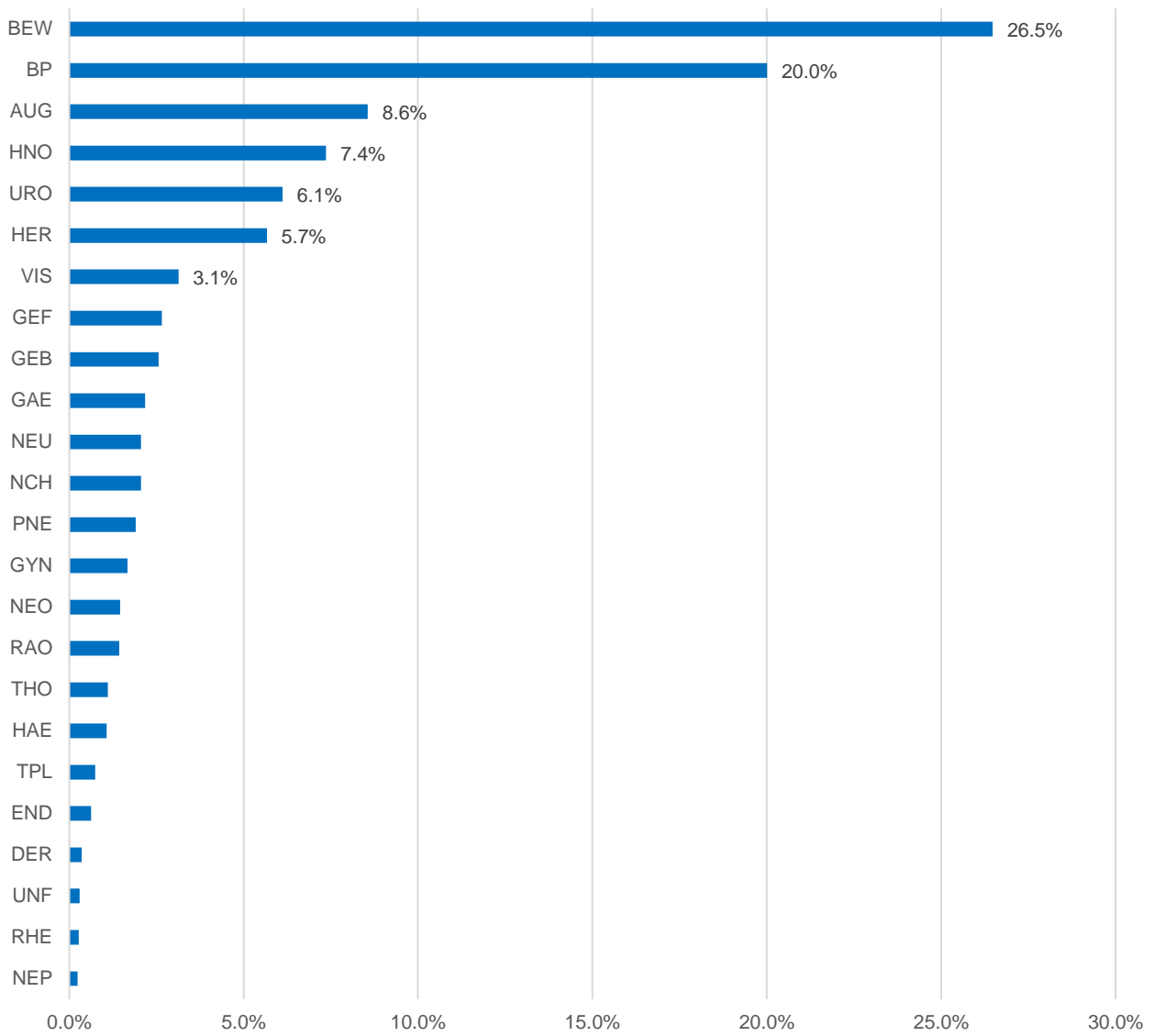
La pianificazione ospedaliera deve considerare anche le prestazioni stazionarie erogate a pazienti non residenti in Ticino e, viceversa, quelle erogate ai pazienti ticinesi nelle strutture ospedaliere fuori Cantone. Nel 2019, erano 3'354 i pazienti ticinesi che si sono recati oltre Gottardo per farsi curare, soprattutto per prestazioni legate alla chirurgia ortopedica (26.5%), al pacchetto di base (20%), all'oftalmologia (8.5%) e all'urologia (6.1%).

Al contrario, i pazienti non domiciliati nel Cantone e quelli stranieri presi in carico nelle strutture ticinesi erano in totale 3'989 per prestazioni relative al pacchetto di base e alla chirurgia ortopedica. Il numero di stranieri e di confederati curati in Ticino è maggiore rispetto a quello di ticinesi curati fuori Cantone (saldo di 635 pazienti).

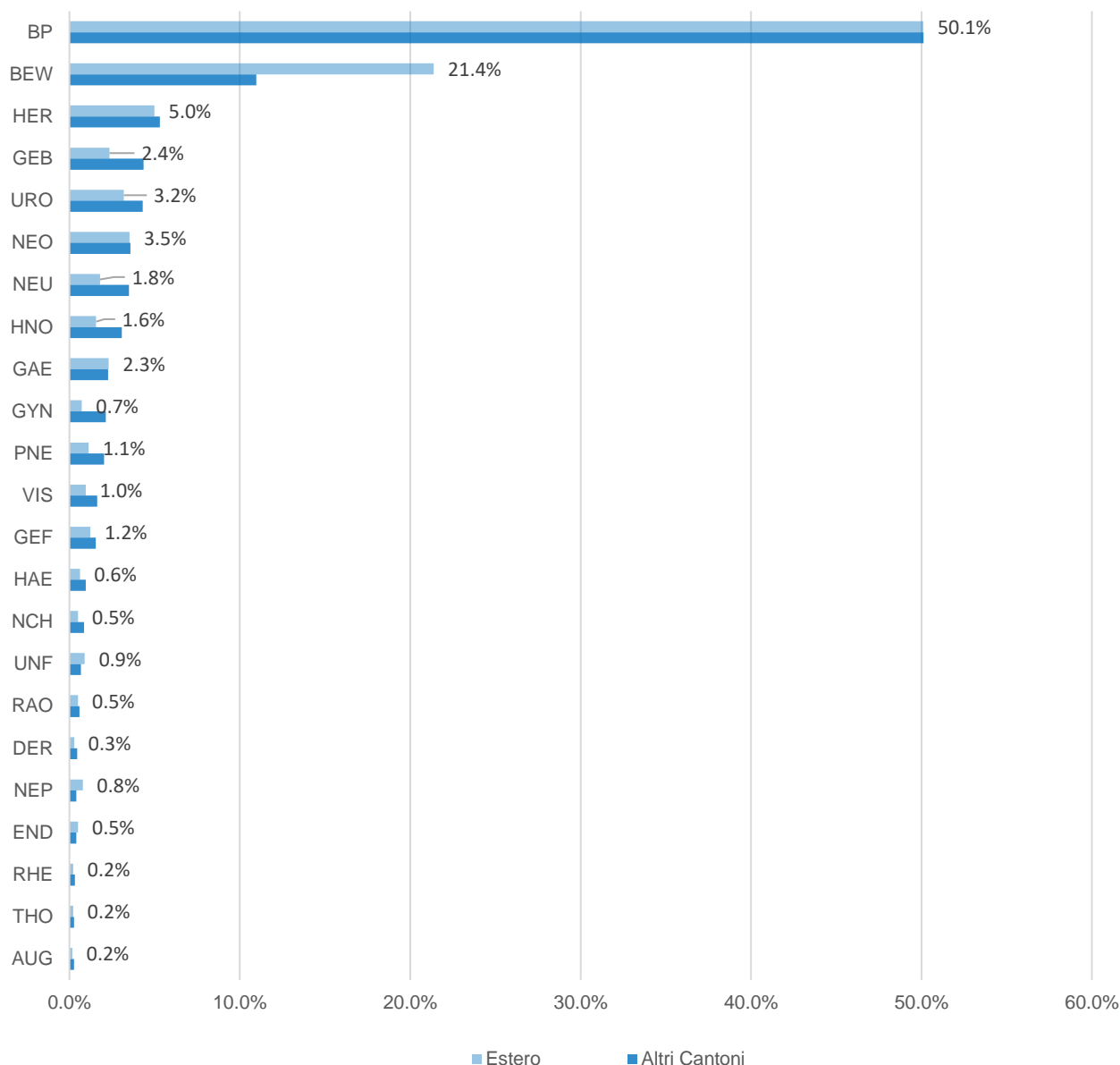
**Tabella 13: flussi migratori 2019**

Disciplina	Pazienti non ticinesi in Ticino	Pazienti ticinesi fuori Cantone	Saldo
Pacchetto di base	1'999	671	1'328
Dermatologia	15	12	3
Otorinolaringoiatria	96	247	-151
Neurochirurgia	28	69	-41
Neurologia	142	49	93
Oftalmologia	9	287	-278
Endocrinologia	18	21	-3
Gastroenterologia	91	73	18
Chirurgia viscerale	53	105	-52
Ematologia	32	36	-4
Angiologia	56	89	-33
Cardiologia e cardiocirurgia	206	190	16
Nefrologia	23	8	15
Urologia	152	205	-53
Pneumologia	65	64	1
Chirurgia toracica	10	37	-27
Trapianti	0	25	-25
Chirurgia ortopedica	623	888	-265
Reumatologia	11	9	2
Ginecologia	60	56	4
Ostetricia	138	86	52
Neonatologia	109	69	40
(Radio-)oncologia	22	48	-26
Lesioni gravi (traumatismi)	31	10	21
<b>Totale</b>	<b>3'989</b>	<b>3'354</b>	<b>635</b>

**Grafico 9: pazienti ticinesi ospedalizzati fuori Cantone per disciplina nel 2019**



**Grafico 10: pazienti da altri Cantoni e dall'estero in Ticino per disciplina nel 2019**



Nell'ambito dei lavori di pianificazione ospedaliera i flussi intercantonali devono essere presi in considerazione per determinare l'offerta stazionaria. Tuttavia, è molto difficile fare una stima dei flussi futuri di pazienti perché questo fenomeno dipende dall'evoluzione dell'offerta sanitaria e dall'evoluzione demografica sia nella regione di origine che in quella di destinazione. Inoltre, l'incertezza intrinseca di alcune variabili come l'evoluzione futura delle tariffe di riferimento complicano maggiormente questo esercizio.



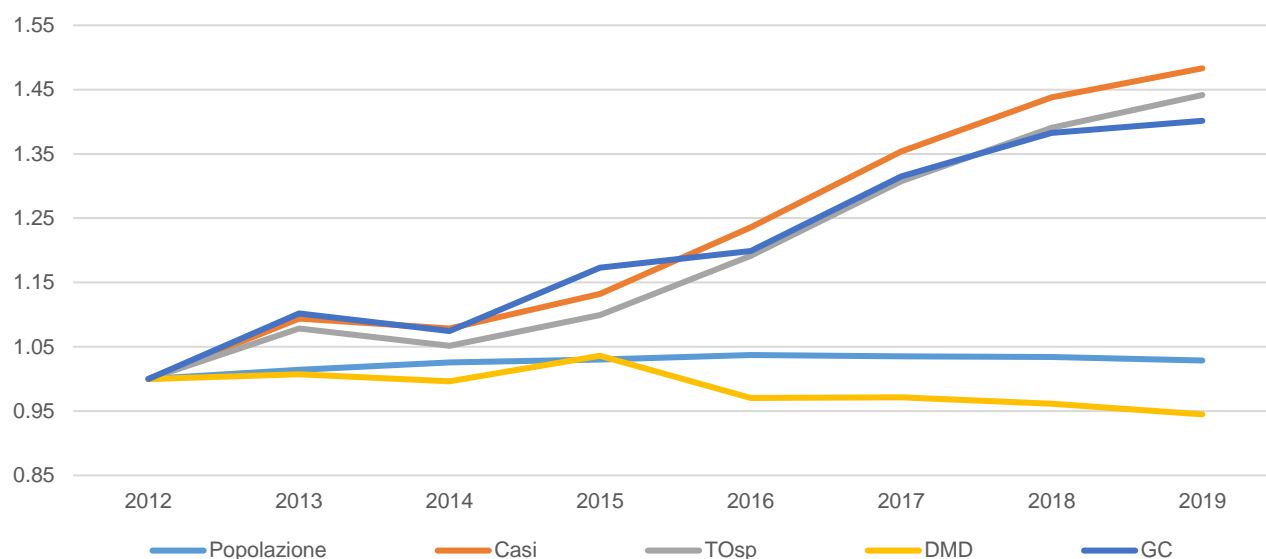
## D. Fabbisogno riabilitazione

Questa sezione presenta dapprima il consumo di prestazioni riabilitative ospedaliere dei pazienti ticinesi dal 2012 al 2019 e illustra le particolarità del modello di previsione del fabbisogno di cure nell'ambito della riabilitazione.

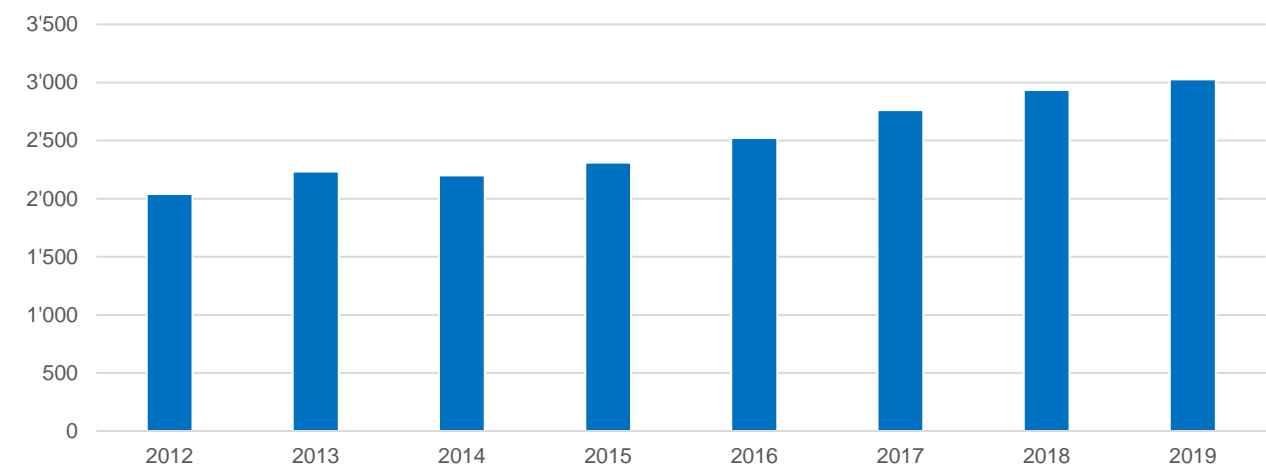
### 1. Fabbisogno storico e attuale (2019)

Dal 2012 al 2019, il numero di pazienti degenti in una struttura ospedaliera riabilitativa è aumentato del 48.3% passando (da 2'041 a 3'027 pazienti). Sebbene il Cantone registri una leggera decrescita demografica in questo periodo, il numero di casi invece è aumentato dal 2014. In modo analogo, sia il tasso di ospedalizzazione, sia il numero di giornate di cura hanno seguito la stessa tendenza al rialzo (+44% rispettivamente +40%). La durata media di degenza dei pazienti ticinesi si è ridotta del 5.5% nel periodo in analisi, passando da 28.75 a 27.16 giornate.

**Grafico 11: evoluzione popolazione ticinese e prestazioni ospedaliere in riabilitazione**



**Grafico 12: evoluzione casi dal 2012 al 2019**



## 1.1 Analisi per disciplina

Nel 2019 sono stati 3'038 i pazienti ticinesi degenti in una clinica di riabilitazione. La maggior parte sono stati ospedalizzati per una riabilitazione muscoloscheletrica e neurologica (54.6% rispettivamente 28.6%). La riabilitazione polmonare e internistica-oncologica ha seguito circa l'11% dei pazienti mentre la riabilitazione "somatoforme" meno dell'1%. Le degenze non classificate rappresentano meno dell'1% dei casi e si tratta perlopiù di casi psichiatrici (11) o di casi con una codifica insufficiente (3). Alle 3'038 ospedalizzazioni registrate nel 2019 corrispondono in totale 82'408 giornate di cura per una durata media di degenza di 27 giorni.

**Grafico 13: il numero di casi per disciplina nel 2019**

Disciplina	Casi	%	DMD	GC
Muscoloscheletrica	1'660	54.6%	23.3	38'658
Neurologica	869	28.6%	37.2	32'345
Cardiovascolare	144	4.7%	23.0	3'315
Polmonare	159	5.2%	21.9	3'482
Internistica e oncologica	177	5.8%	21.7	3'833
Somatoformi	15	0.5%	29.3	440
Non classificabile	14	0.5%	23.9	335
<b>Totale Cantone Ticino</b>	<b>3'038</b>	<b>100.0%</b>	<b>27.1</b>	<b>82'408</b>

## 1.2 Analisi per gruppi di età

La seguente tabella illustra il numero di casi di riabilitazione in base all'età dei pazienti. Sebbene, le persone al di sopra dei 75 anni rappresentino unicamente l'11% della popolazione cantonale, essi sono all'origine della metà dei casi e delle giornate di cura nel 2019. I casi e le giornate di cura erogate a pazienti tra i 60 e i 74 anni (17.5% della popolazione cantonale) rappresentano invece il 32% del totale. In altre parole, la popolazione "over 60", che corrisponde circa al 30% della popolazione ticinese, genera l'80% dei casi di riabilitazione stazionaria.

**Grafico 14: il numero di casi e di giornate di cura nel 2019 in base all'età**

Età	% della popolazione	Casi		DMD	GC
		Assoluti	%		
0-17	16.0%	5	0.2%	34.0	170
18-39	23.9%	78	2.6%	28.0	2'182
40-59	30.8%	481	15.8%	29.6	14'221
60-74	17.5%	990	32.6%	27.1	26'826
> 75	11.8%	1'484	48.8%	26.3	39'009
<b>Totale</b>	<b>100.0%</b>	<b>3'038</b>	<b>100.0%</b>	<b>27.1</b>	<b>82'408</b>

## 2. Fabbisogno 2032

In questo capitolo si illustrano il metodo e i risultati della previsione del fabbisogno di cure ospedaliere in riabilitazione previsto per il 2032. Le caratteristiche di base del modello di previsione e comuni a tutti e tre gli ambiti di cura, sono stati descritti nel capitolo B1. La previsione del fabbisogno in riabilitazione è presentata in base alle discipline. Il fabbisogno 2032 è stimato tenendo in considerazione l'effetto dell'evoluzione demografica cantonale, nonché degli altri fattori d'influenza

specifici al settore della riabilitazione (vedi, capitoli B1.5.2 e D2.1). Nel capitolo B1.5.2, è stato messo in evidenza il fatto che né l'evoluzione della tecnologia medica né quella epidemiologica influiscono sul fabbisogno di cure stazionarie, di conseguenza questi fattori non sono considerati nel modello di previsione per le cure stazionarie in riabilitazione. L'effetto esercitato dai singoli fattori d'influenza sul fabbisogno di cure 2032 è descritto nel capitolo D2.2. Infine, il capitolo D2.3, presenta i risultati finali del fabbisogno di cure ospedaliere in riabilitazione previsti per il 2032.

## **2.1 Modello di previsione e fattori d'influenza**

Il modello di previsione del fabbisogno di cure stazionarie in riabilitazione, oltre all'evoluzione demografica, considera altri 5 fattori d'influenza specifici al settore. Si ricorda altresì che i casi con diagnosi principale di natura psichiatrica non sono considerati per la previsione del fabbisogno di cure in questo settore.

### **Evoluzione della tecnologia medica nell'ambito somatico-acuto**

Entro il 2032, si prevede un aumento degli interventi di revisione delle protesi dell'anca e del ginocchio (vedi B1.5.2 e C2.2.2). L'analisi dei dati 2019 ha rilevato che dopo questo tipo d'intervento i pazienti necessitano di un periodo di recupero in una clinica di riabilitazione. Partendo dal presupposto che questa tendenza rimarrà invariata in futuro, dalla previsione del fabbisogno di cure somatico-acute è possibile stimare i futuri casi di riabilitazione. I risultati sono illustrati nel capitolo E2.2.2.

### **Riabilitazione geriatrica**

Nella precedente pianificazione ospedaliera, i pazienti con problematiche geriatriche venivano presi a carico in maniera trasversale nei gruppi di prestazioni organospecifici. Lo stesso è previsto anche dalla nuova sistemica di classificazione delle prestazioni riabilitative elaborata dalla GD-ZH. Tuttavia, a differenza della precedente pianificazione, i pazienti geriatrici saranno attribuiti ad un gruppo di prestazioni trasversale dedicato. La riabilitazione geriatrica sarà vincolata a specifici requisiti di qualità che gli istituti dovranno rispettare al fine di poter accogliere questa tipologia di pazienti. Questa modifica va a beneficio soprattutto dei pazienti geriatrici che sono facilmente sovraccaricati dall'approccio riabilitativo organospecifico. Ci si attende che la creazione della riabilitazione geriatrica porti ad un leggero aumento del tasso di ospedalizzazione relativo a pazienti sopra i 75 anni. Il numero di casi aumenta in maniera più decisa considerando che l'invecchiamento della popolazione incide in modo significativo sulla domanda di prestazioni sanitarie.

### **Trasferimento delle prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale**

Il potenziale di trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale in riabilitazione è minore rispetto all'ambito somatico-acuto e psichiatrico. Il motivo principale è legato al fatto che il soggiorno in una clinica riabilitativa deve essere autorizzato dagli assicuratori malattia o infortuni. Questo sistema ha già oggi come scopo quello di scongiurare una sovra offerta di prestazioni sanitarie stazionarie e, vista l'evoluzione dei costi sanitari, è molto probabile che gli assicuratori mantengano un approccio restrittivo anche in futuro. Per queste ragioni, il potenziale di trasferimento dei casi stazionari verso il settore ambulatoriale è ridotto. Un altro aspetto da considerare è che il sistema di rilascio della garanzia ospedaliera incide inoltre sulla durata del ricovero riabilitativo stazionario autorizzato, nella misura in cui vi sia una corrispondente offerta riabilitativa ambulatoriale vicina al domicilio del paziente.

### **Riduzione della durata media di degenza a seguito dell'introduzione di ST Reha**

Il 1° gennaio 2022 è entrata in vigore la nuova struttura tariffale ST Reha per la fatturazione delle degenze stazionarie nell'ambito della riabilitazione. Come descritto nei capitoli B1.4 e E3, l'introduzione del sistema tariffale SwissDRG nell'ambito somatico-acuto ha ridotto la durata di degenza perché la retribuzione avviene tramite forfait. Per contro, nell'ambito della psichiatria, il nuovo sistema tariffale TARPSY non ha avuto nessun effetto rilevante sulla durata di degenza. Lo

stesso ci si attende dalla struttura tariffale ST Reha versione 1.0 che prevede una remunerazione degressiva in base alla durata della degenza, unicamente per la riabilitazione psicosomatica (per tutte le altre discipline la remunerazione è lineare nel tempo). Pertanto, il modello di previsione considera una leggera riduzione della durata di degenza come effetto del sistema tariffale ST Reha unicamente nello scenario di previsione minimo.

**Tabella 14: i fattori d'influenza per il settore riabilitativo**

Fattore d'influenza	Presupposto	Rappresentazione negli scenari di previsione
<b>Demografico</b>	Previsione demografica dell'UST	Scenario unico
<b>Evoluzione tecnologia medica</b>	Nessun effetto	Nessuna variazione
<b>Epidemiologico</b>	Nessun effetto	Nessuna variazione
<b>Evoluzione tecnologia medica nel settore somatico-acuto</b>	Incremento delle revisioni di protesi del ginocchio e dell'anca secondo la previsione del fabbisogno del settore somatico-acuto	-
<b>Riabilitazione geriatrica</b>	Incremento di pazienti sopra i 75 anni	Principale: +2.5% Massimo: +7.5%
<b>Trasferimento all'ambulatoriale - casi</b>	Leggero trasferimento al settore ambulatoriale	Principale: -2.5% Minimo: -5%
<b>Trasferimento all'ambulatoriale - DMD</b>	Dimissioni precoci e presa a carico ambulatoriale	Principale: -5% Minimo: -10%
<b>Riduzione DMD</b>	Effetto ST Reha	Minimo: -5%

Fonte: GD-ZH

### Casi psichiatrici nelle cliniche di riabilitazione

Nel 2019 sono stati ricoverati nelle cliniche di riabilitazione del Cantone solo 11 pazienti con una diagnosi principale di natura psichiatrica. Tutti i casi codificati con una diagnosi principale F (senza F45), Z65 o Z73 sono assegnati al settore psichiatrico e considerati per il calcolo del fabbisogno di cure per questo settore. I casi esclusi da questa correzione sono quelli relativi ai disturbi somatoformi (F45) per i quali esiste un gruppo di prestazioni specifico nella riabilitazione. I dati relativi al numero di pazienti per l'anno 2019 illustrati nella previsione del fabbisogno sono corretti in questo senso.

## 2.2 Evoluzione dei fattori d'influenza fino al 2032

Questo capitolo illustra l'effetto dei singoli fattori d'influenza sulla previsione del fabbisogno di cure stazionarie nell'ambito della riabilitazione. I risultati complessivi della previsione del fabbisogno 2032 sono presentati nel capitolo E2.3.

## 2.2.1 Demografia

Dal 2019 al 2032, a causa dell'evoluzione demografica, il numero di casi aumenterà del 16.8% (da 3'027 a 3'537). Le giornate di cura subiranno anch'esse un aumento del 16%. L'evoluzione demografica ha un duplice effetto sul numero di casi stazionari. Da un lato, i casi aumentano a causa dell'incremento demografico e dall'altro a causa dell'invecchiamento della popolazione. Durante il periodo in analisi, la crescita demografica nel Cantone è praticamente nulla (+0.17%) mentre l'invecchiamento della stessa è più marcato. Infatti, la proporzione di persone sopra i 75 anni nel Cantone aumenterà del 29.3%. Come specificato nel capitolo D1.2, la maggior parte dei pazienti curati nelle cliniche di riabilitazione del Cantone hanno più di 60 anni, e le persone sopra i 75 anni consumano quasi la metà delle prestazioni in questo settore.

**Tabella 15: effetto dell'evoluzione demografica sul fabbisogno di cure 2032**

Disciplina	Casi				GC			
	2019	2032	Δ	Δ %	2019	2032	Δ	Δ %
Muscoloscheletrica	1'660	1'983	323	19.5%	38'723	46'216	7'493	19.4%
Neurologica	869	981	112	12.9%	32'345	36'344	3'999	12.4%
Cardiovascolare	144	164	20	13.9%	3'315	3'818	503	15.2%
Polmonare	159	188	29	18.2%	3'500	4'089	589	16.8%
Internistica e oncologica	177	202	25	14.1%	3'833	4'369	536	14.0%
Somatoformi	15	15	0	0.0%	440	450	10	2.3%
Non classificabile	3	4	1	33.3%	71	83	12	16.9%
<b>Totale</b>	<b>3'027</b>	<b>3'537</b>	<b>510</b>	<b>16.8%</b>	<b>82'227</b>	<b>95'369</b>	<b>13'142</b>	<b>16.0%</b>

## 2.2.2 Tecnologia medica somatico-acuto

Come descritto nel capitolo D2.1, l'aumento degli interventi di revisioni delle protesi dell'anca e del ginocchio nell'ambito somatico-acuto accrescerà il numero di casi nel settore della riabilitazione. Quest'evoluzione si limiterà tuttavia al gruppo di prestazioni relativo alla riabilitazione muscoloscheletrica con un aumento dei casi del 6.3% in base allo scenario di previsione principale.

**Tabella 16: effetto dell'evoluzione della tecnologia medica nell'ambito somatico-acuto sul numero di casi nel settore della riabilitazione**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo		Scenario minimo	
		2032	Δ	Δ %	Δ	Δ %	Δ	Δ %
Muscoloscheletrica	1'660	1'765	105	6.3%	158	9.5%	0	0%
<b>Totale</b>	<b>3'027</b>	<b>3'132</b>	<b>105</b>	<b>3.5%</b>	<b>158</b>	<b>5.2%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

## 2.2.3 Riabilitazione geriatrica

Come specificato nel capitolo D2.1, si prevede che il numero di casi relativi ai pazienti geriatrici aumenterà leggermente, indipendentemente dagli sviluppi demografici. Infatti, il numero di pazienti aumenterà unicamente dell'1.2% secondo lo scenario di previsione principale e dell'3.7% in base a quello massimo.

**Tabella 17: effetto della riabilitazione geriatrica sul numero di casi nel 2032**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo		Scenario minimo	
		2032	Δ	Δ %	Δ	Δ %	Δ	Δ %
Muscoloscheletrica	1'660	1'684	24	1.4%	71	4.3%	0	0%
Neurologica	869	877	8	0.9%	26	3.0%	0	0%
Cardiovascolare	144	146	2	1.4%	6	4.2%	0	0%
Polmonare	159	161	2	1.3%	5	3.1%	0	0%
Internistica e oncologica	177	178	1	0.6%	4	2.3%	0	0%
Somatoformi	15	15	0	0.0%	0	0.0%	0	0%
Non classificabile	3	3	0	0.0%	0	0.0%	0	0%
<b>Totale</b>	<b>3'027</b>	<b>3'064</b>	<b>37</b>	<b>1.2%</b>	<b>112</b>	<b>3.7%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

#### 2.2.4 Trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale

Il potenziale di trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale è esiguo nell'ambito della riabilitazione. Infatti, in base allo scenario di previsione principale esso causerà una diminuzione di pazienti degenti del 2.5% e del 5% secondo quello massimo. La riduzione percentuale concerne quasi in egual misura tutte le discipline ad eccezione dei disturbi somatoformi e dei casi non classificabili. In termini assoluti però il maggior impatto lo si osserva nell'ambito della riabilitazione muscoloscheletrica con 41 casi in più.

**Tabella 18: effetto del trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale sul numero di casi nel 2032**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo		Scenario minimo	
		2032	Δ	Δ %	Δ	Δ %	Δ	Δ %
Muscoloscheletrica	1'660	1'619	-41	-2.5%	0	0.0%	-83	-5%
Neurologica	869	847	-22	-2.5%	0	0.0%	-43	-5%
Cardiovascolare	144	140	-4	-2.8%	0	0.0%	-7	-5%
Polmonare	159	155	-4	-2.5%	0	0.0%	-8	-5%
Internistica e oncologica	177	173	-4	-2.3%	0	0.0%	-9	-5%
Somatoformi	15	15	0	0.0%	0	0.0%	-1	-7%
Non classificabile	3	3	0	0.0%	0	0.0%	0	0%
<b>Totale</b>	<b>3'027</b>	<b>2'952</b>	<b>-75</b>	<b>-2.5%</b>	<b>0</b>	<b>0.0%</b>	<b>-151</b>	<b>-5%</b>

### 2.3 Risultati delle previsioni fabbisogno 2032

In questo capitolo vengono presentati i risultati della previsione del fabbisogno di cure ospedaliere nel settore della riabilitazione per l'orizzonte 2032. Dapprima si mettono a confronto i risultati della previsione con il consumo di prestazioni stazionarie riabilitative registrate dal 2012 al 2019. Di seguito, i risultati della previsione sono illustrati in base ai gruppi di prestazioni e all'età dei pazienti.

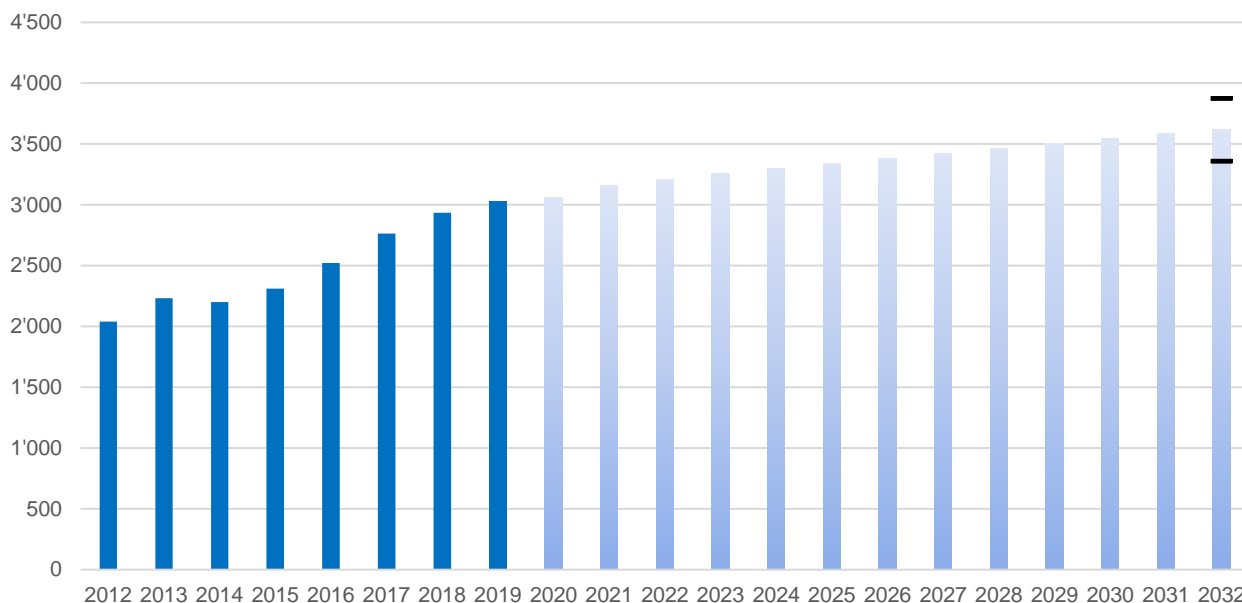
#### 2.3.1 Risultati della previsione del fabbisogno 2032 ed evoluzione storica

La previsione del fabbisogno nella riabilitazione è fortemente influenzata dall'invecchiamento della popolazione del Cantone. Nel modello di previsione nessun altro fattore d'influenza ha infatti un impatto così importante sull'evoluzione del numero di casi. L'effetto del trasferimento delle

prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale sarà inferiore nel settore della riabilitazione rispetto a quello somatico-acuto e psichiatrico.

Il grafico mostra l'evoluzione del numero di pazienti degenti in riabilitazione dal 2012 al 2032. I dati 2012-2018 corrispondono al consumo effettivamente registrato. Come menzionato nel capitolo F 2.1, si ricorda che ai dati dell'anno 2019 sono stati sottratti 11 casi. Dal 2020, sono esposti i dati della previsione del fabbisogno: gli istogrammi blu rappresentano lo scenario di previsione principale mentre le linee nere gli quelli massimo e minimo. Secondo lo scenario di previsione principale il numero di pazienti crescerà del 19.5% dal 2019 al 2032. Il che corrisponde ad una crescita annuale di circa 1,5% e che è inferiore a quella registrata dal 2012 al 2019 (+6.9%).

**Grafico 15: evoluzione del numero di pazienti dal 2012 al 2032**



### 2.3.2 Fabbisogno per disciplina

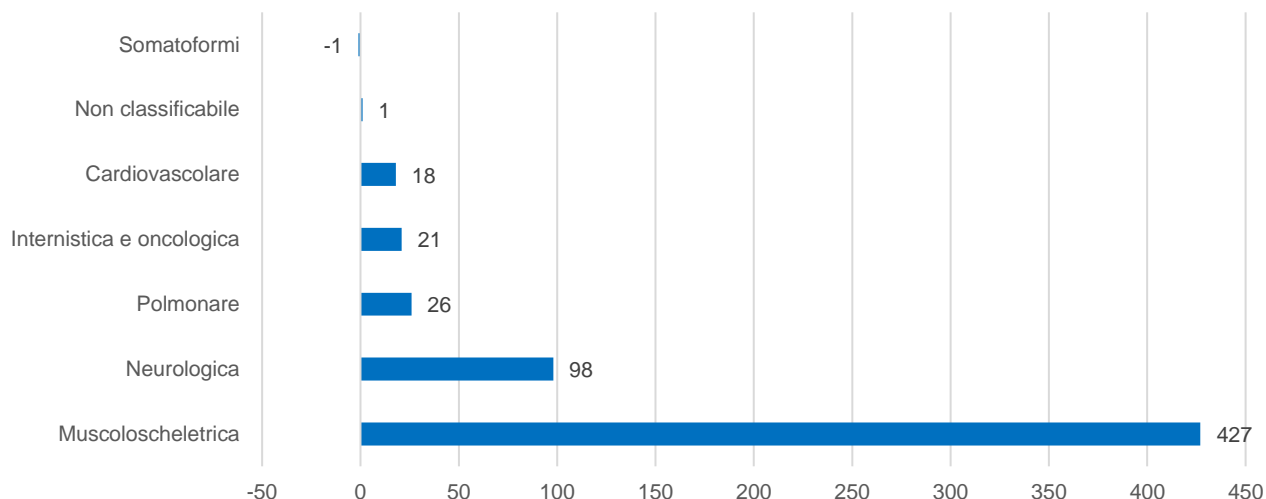
La tabella sottostante illustra il numero di casi nel 2019 e nelle colonne accanto il risultato della stima del fabbisogno per l'anno 2032 declinato in base allo scenario di previsione. Secondo quello principale il numero di pazienti aumenterà del 19.5%. Parallelamente, lo scenario massimo prevede un aumento del 27.9% mentre lo scenario minimo del 10.9. L'aumento di casi cambia a seconda della disciplina considerata. Il maggior incremento in termini percentuali è previsto per i casi non classificabili. Si osserva però che il numero di pazienti inclusi in questa categoria è molto piccolo (3 nel 2019) e l'aumento di un solo caso porta ad un incremento percentuale importante.

Tenendo in considerazione l'importanza della casistica per rapporto a quella totale, il maggior aumento lo si prevede nella riabilitazione muscoloscheletrica a causa dell'invecchiamento della popolazione e dell'aumento degli interventi di revisione delle protesi dell'anca e del ginocchio. La riabilitazione polmonare aumenterà del 16.4% mentre quella neurologica, cardiovascolare e internistica oncologica dell'11-12%. I calcoli mostrano una riduzione della casistica unicamente per la riabilitazione dedicata ai disturbi somatoformi.

**Tabella 19: risultati della previsione del fabbisogno nel 2032 in base alla disciplina (casi)**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo			Scenario minimo		
		2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ %	2032	Δ	Δ %
Muscoloscheletrica	1'660	2'087	427	25.7%	2'270	610	36.7%	1883	223	13.4%
Neurologica	869	967	98	11.3%	1'013	144	16.6%	932	63	7.2%
Cardiovascolare	144	162	18	12.5%	171	27	18.8%	156	12	8.3%
Polmonare	159	185	26	16.4%	194	35	22.0%	178	19	11.9%
Internistica e oncologica	177	198	21	11.9%	206	29	16.4%	192	15	8.5%
Somatoformi	15	14	-1	-6.7%	15	0	0.0%	14	-1	-6.7%
Non classificabile	3	4	1	33.3%	4	1	33.3%	3	0	0.0%
<b>Totale</b>	<b>3'027</b>	<b>3'617</b>	<b>590</b>	<b>19.5%</b>	<b>3'873</b>	<b>846</b>	<b>27.9%</b>	<b>3358</b>	<b>331</b>	<b>10.9%</b>

**Grafico 16: variazione del numero di pazienti 2032 rispetto al 2019 in base alla disciplina**



La tabella 19 mostra i risultati della previsione in base alla disciplina per le giornate di cura nel 2032. Lo scenario di previsione principale stima un aumento complessivo delle giornate di cura del 15.1% (da 82'227 nel 2019 a 94'617 nel 2032).

**Tabella 20: risultati della previsione del fabbisogno nel 2032 per disciplina (giornate di cura)**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo			Scenario minimo		
		2032	Δ	Δ %	2032	Δ %	2032	Δ %		
Muscoloscheletrica	38'723	47'395	8'672	22.4%	52'837	14'114	36.4%	39'617	894	2.3%
Neurologica	32'345	34'921	2'576	8.0%	37'513	5'168	16.0%	31'154	-1'191	-3.7%
Cardiovascolare	3'315	3'682	367	11.1%	3'983	668	20.2%	3'273	-42	-1.3%
Polmonare	3'500	3'926	426	12.2%	4'211	711	20.3%	3'505	5	0.1%
Internistica e oncologica	3'833	4'185	352	9.2%	4'469	636	16.6%	3'745	-88	-2.3%
Somatoforme	440	428	-12	-2.7%	450	10	2.3%	386	-54	-12.3%
Non classificabile	71	80	9	12.7%	88	17	23.9%	71	0	0.0%
<b>Totale</b>	<b>82'227</b>	<b>94'617</b>	<b>12'390</b>	<b>15.1%</b>	<b>103'551</b>	<b>21'324</b>	<b>25.9%</b>	<b>81'751</b>	<b>-476</b>	<b>-0.6%</b>



### 2.3.3 Fabbisogno dei casi per gruppi di età

La tabella sottostante illustra la previsione a orizzonte 2032 del numero di casi, di giornate di cura e della durata media di degenza in base all'età dei pazienti. Nel modello di previsione per la riabilitazione l'invecchiamento della popolazione ha l'impatto maggiore sulla previsione del fabbisogno. Come visto nei capitoli precedenti, non sorprende vedere che tra le persone sopra i 75 anni di età si registra il maggior incremento percentuale di pazienti (+30%) seguiti da quelle tra i 60 e 74 anni (+22%). Si osserva infatti che ben l'86% dei pazienti avrà più di 60 anni nel 2032. Per contro, il numero di pazienti tra i 0 e i 17 anni non subirà nessuna variazione mentre per quello di pazienti tra i 18 e i 39 anni e tra i 40 e i 59 anni diminuirà del 3.9% rispettivamente del 16.4%. La durata media di degenza diminuirà per tutte le fasce di età dell'ordine del 2.7-3.9%. Le giornate di cura aumenteranno maggiormente nei pazienti con più 75 anni (+26.4%) e tra quelli dai 60 e i 74 anni (+18.5), mentre diminuirà per le altre categorie di età.

**Tabella 21: risultati della previsione del fabbisogno nel 2032 per gruppo di età**

Età	Casi				DMD				GC			
	2019	2032	Δ	Δ%	2019	2032	Δ	Δ%	2019	2032	Δ	Δ%
0-17	5	5	0	0.0%	34.0	33.1	-1	-2.7%	170	155	-15	-8.8%
18-39	77	74	-3	-3.9%	28.8	28.0	-1	-2.8%	2'215	2'056	-159	-7.2%
40-59	475	397	-78	-16.4%	29.3	28.1	-1	-3.9%	13'912	11'185	-2'727	-19.6%
60-74	990	1'208	218	22.0%	27.3	26.5	-1	-2.9%	27'020	32'026	5'006	18.5%
+75	1'480	1'933	453	30.6%	26.3	25.4	-1	-3.2%	38'911	49'195	10'284	26.4%
<b>Totale</b>	<b>3'027</b>	<b>3'617</b>	<b>590</b>	<b>19.5%</b>	<b>27.2</b>	<b>26.2</b>	<b>-1</b>	<b>-3.7%</b>	<b>82'228</b>	<b>94'617</b>	<b>12'389</b>	<b>15.1%</b>

### 3. Flussi intercantonali

La pianificazione ospedaliera deve considerare la domanda di prestazioni stazionarie riabilitative di pazienti residenti e non residenti. Inoltre, bisogna tener conto che una parte dei pazienti ticinesi sceglie di farsi curare in un altro Cantone.

Nel 2019, i pazienti ticinesi che si sono recati in un altro Cantone a farsi curare erano 228 mentre erano 108 i pazienti confederati e 89 quelli stranieri in Ticino.

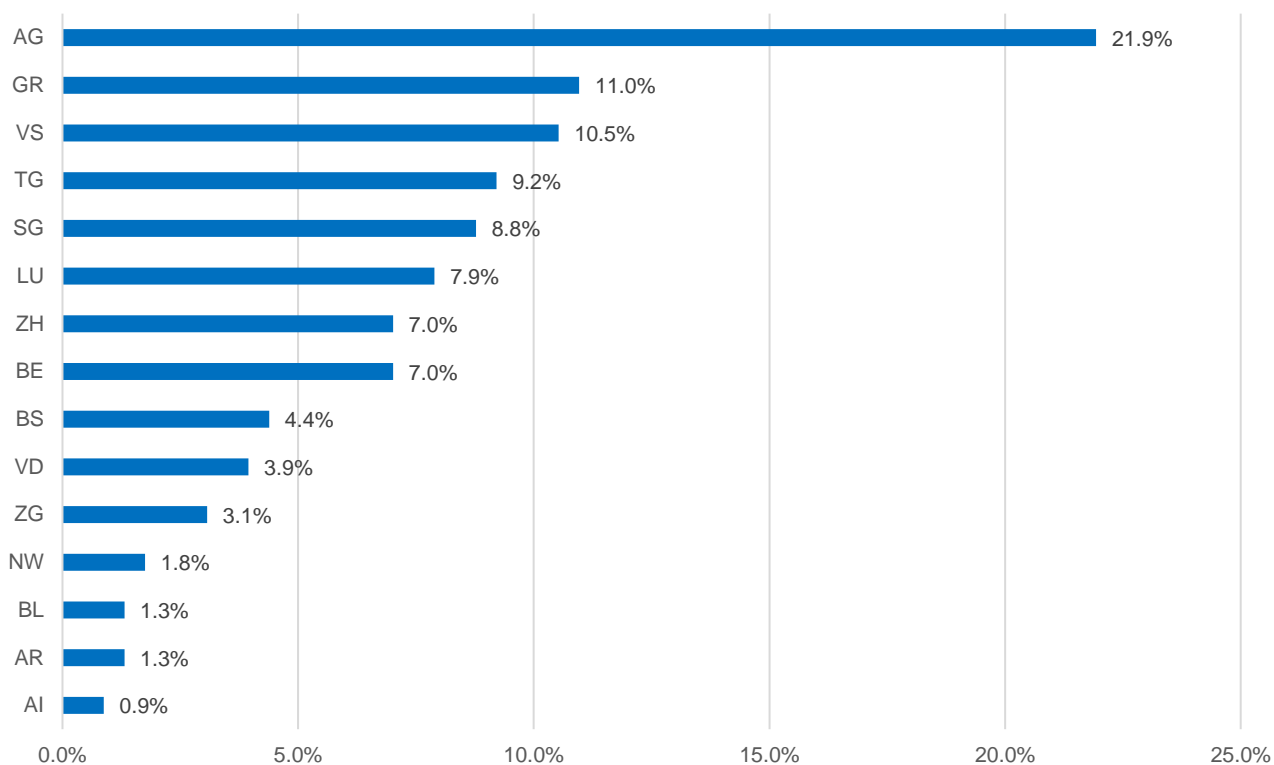
Il saldo migratorio cantonale è negativo per la maggior parte delle discipline, in particolare, nell'ambito della riabilitazione neurologica. In altre parole, ciò significa che sono più numerosi i pazienti ticinesi che si fanno curare in un altro Cantone rispetto a quelli provenienti da altri Cantoni e dall'estero che si fanno curare in Ticino. Ne consegue che per coprire il fabbisogno della popolazione cantonale, nella lista degli ospedali autorizzati ad esercitare a carico della LAMal ai sensi dell'art. 39 cpv.1 figurano anche altri istituti fuori Cantone.

**Tabella 22: migrazione intercantonale di pazienti nel 2019**

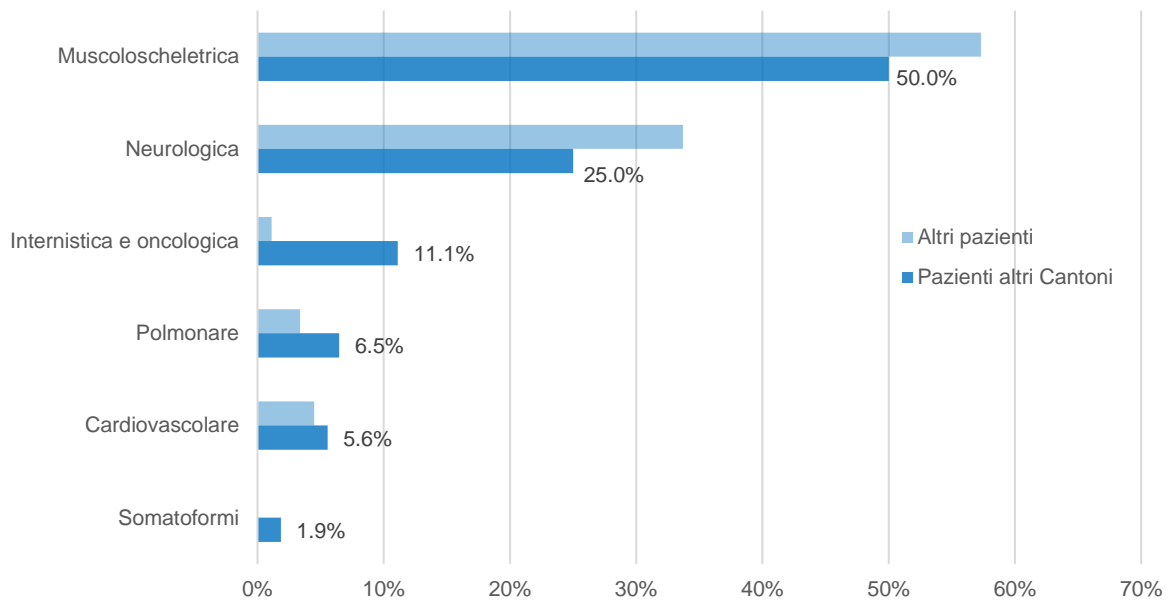
Disciplina	Pazienti TI fuori Cantone	Pazienti CH in Ticino	Altri pazienti in Ticino
Muscoloscheletrica	86	54	51
Neurologica	82	27	30
Cardiovascolare	23	6	4
Polmonare	9	7	3
Internistica e oncologica	19	12	1
Somatoformi	1	2	0
Non classificabile	8	0	0
<b>Totale</b>	<b>228</b>	<b>108</b>	<b>89</b>

Nell'ambito dei lavori di pianificazione ospedaliera i flussi intercantonali devono essere presi in considerazione per determinare l'offerta stazionaria. Tuttavia, è molto difficile fare una stima dei flussi futuri di pazienti perché questo fenomeno dipende dall'evoluzione dell'offerta di cure e dall'evoluzione demografica sia nella regione di origine che in quella di destinazione. Inoltre, l'incertezza intrinseca di alcune variabili come l'evoluzione futura delle tariffe di riferimento complicano maggiormente questo esercizio. Per questa ragione, per determinare il fabbisogno di cure da erogare ai pazienti non domiciliati si fa riferimento alla richiesta riscontrata nel 2019.

L'81% dei pazienti non residenti e curati nelle cliniche di riabilitazione del Cantone provengono dal Canton Grigioni, mentre che le destinazioni preferite dai pazienti ticinesi oltralpe sono i Cantoni di Argovia (21.9%), dei Grigioni (10.9%) e del Vallese (10.5%).

**Grafico 17: pazienti ticinesi fuori Cantone nel 2019**

**Grafico 18: altri pazienti in Ticino nel 2019**



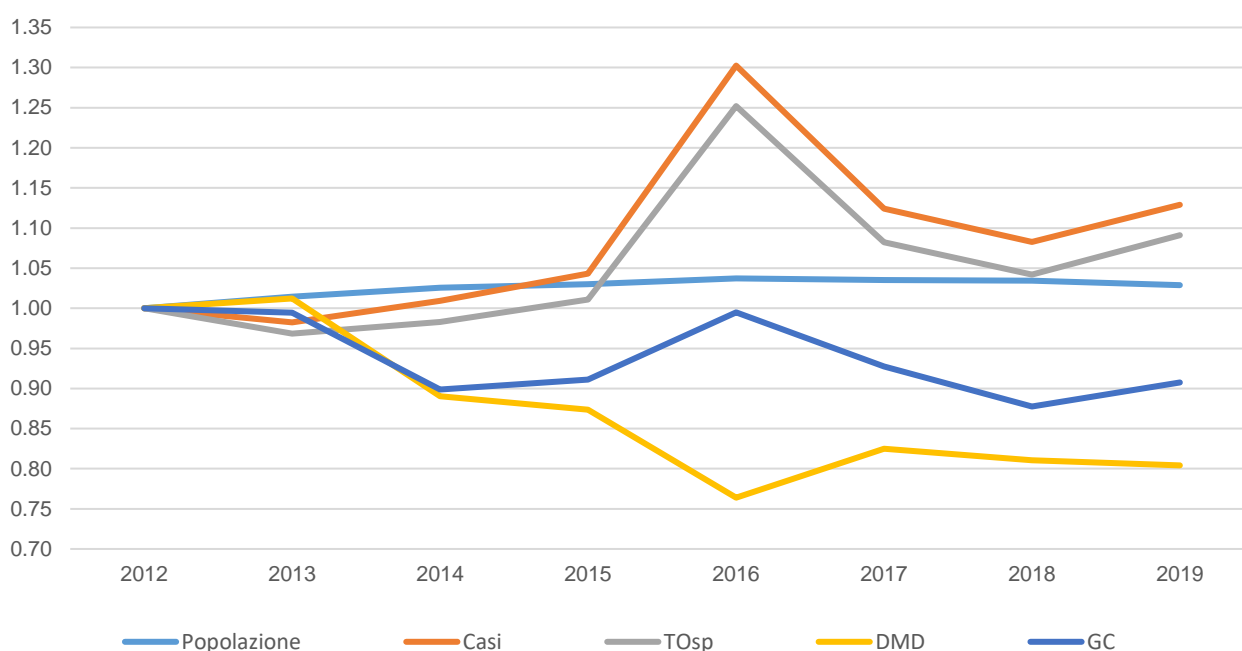
## E. Fabbisogno psichiatria

Questa sezione descrive i risultati della previsione del fabbisogno di cure ospedaliere psichiatriche 2032 per il Ticino sotto i vari aspetti che lo determinano. Dapprima s'illustra il consumo di prestazioni di cure stazionarie in psichiatria registrate dal 2012 al 2019 e di seguito si presentano i risultati della previsione del fabbisogno in base alla disciplina e all'età dei pazienti.

### 1. Fabbisogno storico e attuale (2019)

Il grafico mostra in parallelo l'evoluzione della popolazione cantonale, delle cure stazionarie psichiatriche dispensate ai pazienti ticinesi, delle giornate di cura, della degenza media e infine del tasso di ospedalizzazione dal 2012 al 2019.

**Grafico 19: evoluzione demografica cantonale e delle prestazioni di cura stazionarie in ambito psichiatrico dal 2012 al 2019**



Dal 2012 al 2019, il numero di pazienti psichiatrici degenti è aumentato complessivamente del 13%. La crescita della casistica in psichiatria in questo periodo è caratterizzata da periodi di forte crescita e riduzione. Tra il 2015 e il 2016, si osserva infatti un incremento del 25% del numero di pazienti seguito da un immediato calo del 13% tra il 2016 e il 2018. Dal 2018, anno d'introduzione della nuova struttura tariffaria (TARPSY), si registra di nuovo una tendenza alla crescita del numero di pazienti fra l'altro più marcata rispetto al periodo 2012-2015.

Parallelamente, dal 2012 al 2019, il tasso di ospedalizzazione segue l'andamento del numero di casi. Nel 2012, si sono registrate 7.5 ospedalizzazioni per 1'000 abitanti mentre nel 2019 erano 8.2 per 1'000 abitanti; il che si traduce in un aumento complessivo del tasso di ospedalizzazione del 9.8%.

Le giornate di cura sono diminuite del 9.1% (da 101'776 a 92'446) mentre la durata media di degenza del 19.6% (da 39.7 a 31.9 giorni). La ragione di quest'evoluzione è l'estensione della presa a carico ambulatoriale. Nel Cantone è stato sviluppato un dispositivo di presa a carico sociopsichiatrico articolato tra la Clinica Psichiatrica Cantonale (CPC) e le cliniche private da un lato, e i servizi territoriali pubblici e ambulatori privati dall'altro.

## 1.1 Analisi per disciplina

Nel 2019, erano 2'880 i pazienti ticinesi degenti per malattie psichiatriche<sup>6</sup>, per un totale di 91'908 giornate di cura e una degenza media di 31.9 giorni. La durata media di degenza varia a dipendenza della disciplina. La tabella 13 illustra il numero di casi per disciplina secondo il nuovo raggruppamento delle prestazioni psichiatriche della GD-ZH<sup>7</sup>.

Si rileva che il 60% dei pazienti sono stati ricoverati per disturbi psicotici, bipolari, depressivi e sindromi da disadattamento. I pazienti con malattie legate alla dipendenza da sostanze rappresentavano invece il 15.6% della casistica mentre il 12.3% riscontavano disturbi di personalità. Queste quattro discipline raccolgono l'87,2% delle cure stazionario psichiatriche dispensate a pazienti ticinesi nel Cantone.

**Tabella 23: casi, durata di degenza minima e giornate di cura per disciplina nel 2019**

Disciplina	Casi	DMD	GC
Demenza e deliri	126	37.42	4'715
Dipendenze	451	22.13	9'981
Disturbi psicotici e bipolari	847	34.68	29'372
Disturbi depressivi e sindromi del disadattamento	859	33.09	28'421
Disturbi ansioso-fobici, ossessivo-compulsivi e post-traumatici da stress	77	35.84	2'760
Disturbi di personalità	355	29.97	10'638
Disturbi dissociativi, somatoformi e somatoformi da dolore persistente	17	40.53	689
Disturbi alimentari	42	62.02	2'605
Disturbi da deficit di attenzione e iperattività	4	27.25	109
Disturbi dello spettro autistico	8	22.38	179
Disturbi del funzionamento sociale	20	25.05	501
Disturbi della sessualità	2	45.50	91
Disturbi del sonno non organici	3	21.00	63
Disturbi specifici del neonato o del bambino	3	53.33	160
Ritardi mentali	44	30.41	1'338
Non categorizzabile	22	13.00	286
<b>Totale</b>	<b>2'880</b>	<b>31.91</b>	<b>91'908</b>

## 1.2 Analisi per gruppi di età

La tabella 14 mostra la struttura della domanda cantonale per cure psichiatriche stazionarie in base all'età dei pazienti. Nel 2019, l'81.2% dei pazienti aveva tra i 18 e i 64 anni, e rappresentavano il

<sup>6</sup> Esclusi casi psichiatrici ricoverati in cliniche riabilitative.

<sup>7</sup> Elaborato per la nuova pianificazione ospedaliera di Zurigo, 2023.

61.1% della popolazione cantonale. I più anziani, che corrispondevano al 23% della popolazione cantonale, erano invece all'origine del 17.1% della casistica. I dati confermano che le prestazioni di cura ospedaliera nell'ambito della psichiatria erano erogate soprattutto a beneficio degli adulti tra i 18 e i 64 anni.

Le degenze più lunghe le si osservano tuttavia tra gli adolescenti (44 giorni) e le persone al di sopra dei 65 anni (38 giorni) mentre i bambini e gli adulti tra i 18 e i 64 anni rimanevano ospedalizzati in media 31 giorni. A causa dell'invecchiamento della popolazione da un lato e una maggiore richiesta di prestazioni ospedaliere per bambini e adolescenti, i pazienti tra i 18 e i 64 anni diminuiranno.

**Tabella 24: numeri di pazienti degenti nel 2019 in base all'età**

ETÀ	CASI	DMD	GC	% POP. TI
0-13	2	31	62	12.2%
14-17	44	40	1'742	3.8%
18-64	2'340	31	71'546	61.1%
65 plus	494	38	18'558	23.0%
<b>Totale</b>	<b>2'880</b>	<b>32</b>	<b>91'908</b>	<b>100.0%</b>

## 2. Fabbisogno 2032

In questo capitolo s'illustra il metodo e i risultati della previsione del fabbisogno di cure stazionarie nell'ambito psichiatrico del Cantone per il 2032. Le caratteristiche di base del modello di previsione, e comuni a tutti e tre i settori di cura, sono stati descritti nella sezione B del presente rapporto. La previsione del fabbisogno di cure ospedaliere in psichiatria è presentata in base al raggruppamento dei disturbi psichiatrici elaborato dalla GD-ZH. Il fabbisogno 2032 è stimato tenendo in considerazione l'effetto dell'evoluzione demografica cantonale e degli altri fattori d'influenza specifici alla psichiatria (vedi capitolo B1.5.2 e E2.1).

Nel capitolo B1.5.2, è stato messo in evidenza il fatto che né l'evoluzione della tecnologia medica né quella epidemiologica influiscono sul fabbisogno di cure ospedaliere, pertanto, questi fattori non sono considerati nel modello di previsione per le cure stazionarie psichiatriche. L'effetto esercitato dai singoli fattori d'influenza sul fabbisogno di cure 2032 è descritto nel capitolo E2.2.

Infine, il capitolo E2.3, presenta i risultati finali del fabbisogno di cure ospedaliere nell'ambito della psichiatria 2032.

### 2.1 Modello di previsione e fattori d'influenza

Il modello di previsione del fabbisogno 2032 include l'effetto dell'evoluzione demografica e di altri due fattori d'influenza specifici all'ambito psichiatrico: il trasferimento delle prestazioni di cura dall'ambito stazionario a quello ambulatoriale e l'aumento della richiesta di cure psichiatriche.

#### Trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale

La GD-ZH stima che il potenziale di trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale è del 15-20%. Secondo gli esperti questo trasferimento toccherà la fascia d'età degli adulti (18-64 anni) ma non inciderà sulle prestazioni stazionarie erogate ai bambini, agli adolescenti e agli anziani. La GD-ZH associa allo scenario di previsione principale una riduzione del 15%, del 20% a quello massimo e del 5% a quello minimo.

Contrariamente a quanto fatto per il settore somatico-acuto, non è possibile stimare il potenziale di trasferimento delle prestazioni stazionarie per gruppo di prestazioni a partire dalla statistica medica pertanto si applica la stessa riduzione a tutti i gruppi di prestazioni. Analogamente, non è possibile calcolare neanche la durata media di degenza. Sarebbe un errore dare per scontato che solo i casi dalla durata di degenza minore saranno trasferiti all'ambito ambulatoriale. L'effetto del trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale sulla durata media di degenza non può essere supportato con dati statistici quindi nel modello di previsione questo fattore non ha nessun effetto sulla durata media di degenza.

### Incremento della richiesta di prestazioni psichiatriche

La letteratura scientifica e gli esperti del settore psichiatrico prevedono un aumento della richiesta di prestazioni psichiatriche sia nel settore ambulatoriale che in quello stazionario. Questo aumento non è né causato dall'evoluzione demografica né è indotto dall'offerta bensì è dovuto ad una maggiore propensione dei pazienti (o dei famigliari) a farsi curare.

**Tabella 25: fattori d'influenza per il settore psichiatrico**

Fattore d'influenza	Presupposto	Rappresentazione nei scenari di previsione
Demografico	Previsione demografica dell'UST	Nessuna differenza
Evoluzione tecnologia medica	Nessun effetto	-
Epidemiologico	Nessun effetto	-
Trasferimento stazionario - ambulatoriale	Unicamente per classe d'età 18-64 anni	Principale: 15% Minimo: 20% Massimo: 5%
Maggior propensione alla cura	Il calcolo si basa sull'evoluzione 2012-2018	Principale: 50% Minimo: 33% Massimo: 66%

Fonte: GD-ZH

### Ambiti di prestazioni speciali

A differenza di altri Cantoni, in Ticino non ci sono istituti o reparti dedicati alla cura ospedaliera per malattie afferenti alla psichiatria forense. Tuttavia, la Clinica psichiatrica cantonale collabora strettamente con il Dipartimento delle istituzioni alfine di coprire il fabbisogno cantonale nell'ambito della psichiatria carceraria. Ad oggi, la Clinica psichiatrica cantonale mette a disposizione delle autorità giudiziarie 2/3 letti in caso di necessità. Considerata l'esigua casistica relativa alla psichiatria forense nel nostro Cantone la previsione del fabbisogno di cure ospedaliere in ambito psichiatrico non include il gruppo di prestazioni relativo alla psichiatria forense. Il servizio sopra menzionato è più adatto alla realtà e al fabbisogno cantonale.

### Casi psichiatrici in cliniche di riabilitazione

I pazienti psichiatrici ricoverati in una clinica di riabilitazione (F-diagnosi ad eccezione di F-45 "disturbi somatoformi" per i quali esiste una disciplina specifica in riabilitazione, Z-65 o Z-73) sono da includere nella previsione del fabbisogno di cure ospedaliere psichiatriche e non riabilitative. Nel 2019, questi casi in Ticino erano 11. Nel calcolo del fabbisogno 2032, la GD-ZH li ha pertanto aggiunti ai casi effettivi registrati, per un totale di 2'891 pazienti.

## **2.3 Evoluzione dei fattori d'influenza fino al 2032**

Questo capitolo illustra l'impatto di ogni singolo fattore d'influenza sulla previsione del fabbisogno di cure in psichiatria. Il risultato finale della previsione è presentato nel capitolo 2.3. Nella previsione del fabbisogno sono inclusi anche gli 11 pazienti psichiatrici ricoverati in una clinica riabilitativa.

### **2.3.1 Demografia**

In base alla previsione dell'UST, dal 2021 al 2032 la popolazione cantonale crescerà dello 0.2% (+77 persone). La crescita demografica a sé stante non ha nessun impatto sul numero di pazienti degenti e sulle giornate di cura. Tuttavia, il suo impatto è dovuto all'invecchiamento della popolazione portando la proporzione di persone sopra gli 80 anni all'11.2% della popolazione, ovvero ad una crescita rispetto al 2019 del 58.5%.

Quest'evoluzione inciderà sul numero di ospedalizzazioni nell'ambito psichiatrico e il suo effetto sarà maggiormente visibile a livello delle singole discipline. Infatti, il maggior aumento di pazienti nel 2032 lo si rileva nella disciplina "demenze e deliri" (+33 casi) mentre che per la maggior parte delle discipline (9 su 16) si prevede invece una diminuzione del numero di pazienti in particolare per il trattamento dei "disturbi psicotici e bipolari" (-38 casi) e dei "disturbi depressivi e sindromi del disadattamento" così come per le "dipendenze" (entrambi -28 casi).

L'invecchiamento della popolazione aumenterà in particolare le giornate di cura per i pazienti affetti da "demenza e deliri" (+936 giornate) e ne ridurrà per quelli affetti da "disturbi psicotici e bipolari" (-1'190 giornate).



**Tabella 26: impatto dell'evoluzione demografica sulla previsione del fabbisogno 2032**

Disciplina	CASI				GC			
	2019	2032	Δ	Δ %	2'019	2'032	Δ	Δ %
Demenza e deliri	129	162	33	25.6%	4'759	5'695	936	19.7%
Dipendenze	451	423	-28	-6.2%	10'006	9'323	-683	-6.8%
Disturbi psicotici e bipolari	847	809	-38	-4.5%	29'372	28'182	-1'190	-4.1%
Disturbi depressivi e sindromi del disadattamento	866	838	-28	-3.2%	28'615	28'229	-386	-1.3%
Disturbi ansioso-fobici, ossessivo-compulsivi e post-traumatici da stress	77	75	-2	-2.6%	2'760	2'666	-94	-3.4%
Disturbi di personalità	355	333	-22	-6.2%	10'638	10'001	-637	-6.0%
Disturbi dissociativi, somatoformi e somatoformi da dolore persistente	18	19	1	5.6%	713	717	4	0.6%
Disturbi alimentari	42	39	-3	-7.1%	2'605	2'450	-155	-6.0%
Disturbi da deficit di attenzione e iperattività	4	4	0	0.0%	196	188	-8	-4.1%
Disturbi dello spettro autistico	8	8	0	0.0%	339	326	-13	-3.8%
Disturbi del funzionamento sociale	20	19	-1	-5.0%	501	484	-17	-3.4%
Disturbi della sessualità	2	2	0	0.0%	88	78	-10	-11.4%
Disturbi del sonno non organici	3	3	0	0.0%	65	57	-8	-12.3%
Disturbi specifici del neonato o del bambino	3	3	0	0.0%	165	165	0	0.0%
Ritardi mentali	44	41	-3	-6.8%	1'338	1'236	-102	-7.6%
Non categorizzabile	22	20	-2	-9.1%	286	257	-29	-10.1%
<b>Totale</b>	<b>2'891</b>	<b>2'798</b>	<b>-93</b>	<b>-3.2%</b>	<b>92'446</b>	<b>90'054</b>	<b>-2'392</b>	<b>-2.6%</b>

### 2.3.2 Trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale

Come descritto nel capitolo D2.1, la GD-ZH ha stimato il potenziale di trasferimento delle prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale. Nel 2032, un aumento del trasferimento del 15% delle prestazioni psichiatriche erogate a pazienti adulti tra i 18 e i 64 anni dal regime stazionario a quello ambulatoriale causerà una riduzione del 12.1% del numero di pazienti. Se invece si considera lo scenario di previsione massimo, e rispettivamente quello minimo, la riduzione sarà del 4% e del 16.2%.

L'effetto del potenziale di trasferimento delle prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale varia a dipendenza della disciplina considerata. Il trasferimento al settore ambulatoriale è esiguo nelle discipline in cui i pazienti pediatrici e gli anziani sono maggiormente rappresentati: -2.3% per i disturbi di "demenza e ai deliri", 0% per i disturbi specifici del neonato o del bambino. Infatti, come preannunciato dagli esperti le prestazioni maggiormente suscettibili ad essere trasferite al settore ambulatoriale sono quelle erogate ai pazienti adulti tra i 18 e i 64 anni. Il maggior impatto di questo fattore d'influenza lo si prevede per le prestazioni erogate a pazienti affetti da "disturbi psicotici e bipolari" (-107 casi) e da "disturbi depressivi e sindromi del disadattamento" (-102 casi).

**Tabella 27: effetto del trasferimento delle prestazioni dal settore stazionario a quello ambulatoriale sul numero di pazienti 2032**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo			Scenario minimo		
		2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%
Demenza e deliri	129	126	-3	-2.3%	128	-1.0	-0.8%	125	-4	-3.1%
Dipendenze	451	390	-61	-13.5%	431	-20.0	-4.4%	370	-81	-18.0%
Disturbi psicotici e bipolari	847	740	-107	-12.6%	811	-36.0	-4.3%	704	-143	-16.9%
Disturbi depressivi e sindromi del disadattamento	866	764	-102	-11.8%	832	-34.0	-3.9%	730	-136	-15.7%
Disturbi ansioso-fobici, ossessivo-compulsivi e post-traumatici da stress	77	67	-10	-13.0%	74	-3.0	-3.9%	64	-13	-16.9%
Disturbi di personalità	355	307	-48	-13.5%	339	-16.0	-4.5%	291	-64	-18.0%
Disturbi dissociativi, somatoformi e somatoformi da dolore persistente	18	16	-2	-11.1%	17	-1.0	-5.6%	15	-3	-16.7%
Disturbi alimentari	42	36	-6	-14.3%	40	-2.0	-4.8%	35	-7	-16.7%
Disturbi da deficit di attenzione e iperattività	4	4	0	0.0%	4	0.0	0.0%	3	-1	-25.0%
Disturbi dello spettro autistico	8	7	-1	-12.5%	8	0.0	0.0%	7	-1	-12.5%
Disturbi del funzionamento sociale	20	19	-1	-5.0%	20	0.0	0.0%	19	-1	-5.0%
Disturbi della sessualità	2	2	0	0.0%	2	0.0	0.0%	2	0	0.0%
Disturbi del sonno non organici	3	3	0	0.0%	3	0.0	0.0%	2	-1	-33.3%
Disturbi specifici del neonato o del bambino	3	3	0	0.0%	3	0.0	0.0%	3	0	0.0%
Ritardi mentali	44	37	-7	-15.9%	42	-2.0	-4.5%	35	-9	-20.5%
Non categorizzabile	22	19	-3	-13.6%	21	-1.0	-4.5%	18	-4	-18.2%
<b>Totale</b>	<b>2'891</b>	<b>2'540</b>	<b>-351</b>	<b>-12.1%</b>	<b>2'775</b>	<b>-116.0</b>	<b>-4.0%</b>	<b>2'423</b>	<b>-468</b>	<b>-16.2%</b>

### 2.3.3 Crescita della domanda di prestazioni stazionarie

Come definito nel capitolo E2.1, si prevede in futuro un aumento della richiesta di prestazioni ospedaliere nell'ambito psichiatrico ma che non sono dovute ad un aumento dell'infermità psichica della popolazione ticinese e nemmeno ad un potenziamento dell'offerta da parte delle strutture ospedaliere bensì sono dovute ad una maggiore predisposizione da parte della popolazione a seguire un trattamento. La tabella 18 illustra l'impatto di questo fattore d'influenza sul numero di pazienti per il 2032 e per disciplina. Si prevede in particolare un aumento della richiesta di prestazioni per i bambini e per gli adolescenti. I dati confermano, infatti, un aumento percentuale dei casi nel

2032 soprattutto nelle discipline nelle quali essi sono maggiormente, o esclusivamente, rappresentati: incremento del 40% per i disturbi del funzionamento sociale, del 33.3% per i disturbi specifici del neonato e del bambino e del 25% per i disturbi da deficit di attenzione e iperattività. Tuttavia, in termini assoluti, la maggior crescita del numero di pazienti è prevista per il trattamento dei “disturbi psicotici e bipolari” (+85 casi) e dei “disturbi depressivi e sindromi da disadattamento” (+84). Per contro, non si osserva nessuna variazione per il trattamento dei disturbi legati alla sessualità e a quelli del sonno. Complessivamente, l’incremento della domanda porterà ad un aumento del numero di pazienti del 10% se considerato lo scenario principale.

**Tabella 28: effetto dell’incremento della domanda di prestazioni sul numero di casi 2032**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo			Scenario minimo		
		2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%
Demenza e deliri	129	138	9	7.0%	142	13	10.1%	135	6	4.7%
Dipendenze	451	497	46	10.2%	513	62	13.7%	481	30	6.7%
Disturbi psicotici e bipolari	847	932	85	10.0%	962	115	13.6%	903	56	6.6%
Disturbi depressivi e sindromi del disadattamento	866	950	84	9.7%	980	114	13.2%	921	55	6.4%
Disturbi ansioso-fobici, ossessivo-compulsivi e post-traumatici da stress	77	84	7	9.1%	87	10	13.0%	82	5	6.5%
Disturbi di personalità	355	392	37	10.4%	406	51	14.4%	379	24	6.8%
Disturbi dissociativi, somatoformi e somatoformi da dolore persistente	18	20	2	11.1%	20	2	11.1%	19	1	5.6%
Disturbi alimentari	42	47	5	11.9%	49	7	16.7%	45	3	7.1%
Disturbi da deficit di attenzione e iperattività	4	5	1	25.0%	5	1	25.0%	4	0	0.0%
Disturbi dello spettro autistico	8	9	1	12.5%	10	2	25.0%	9	1	12.5%
Disturbi del funzionamento sociale	20	28	8	40.0%	31	11	55.0%	25	5	25.0%
Disturbi della sessualità	2	2	0	0.0%	2	0	0.0%	2	0	0.0%
Disturbi del sonno non organici	3	3	0	0.0%	3	0	0.0%	3	0	0.0%
Disturbi specifici del neonato o del bambino	3	4	1	33.3%	5	2	66.7%	4	1	33.3%
Ritardi mentali	44	48	4	9.1%	50	6	13.6%	47	3	6.8%
Non categorizzabile	22	24	2	9.1%	25	3	13.6%	23	1	4.5%
<b>Totale</b>	<b>2891</b>	<b>3183</b>	<b>292</b>	<b>10.1%</b>	<b>3'290</b>	<b>399</b>	<b>13.8%</b>	<b>3'082</b>	<b>191</b>	<b>6.6%</b>

## 2.4 Risultati delle previsioni fabbisogno 2032

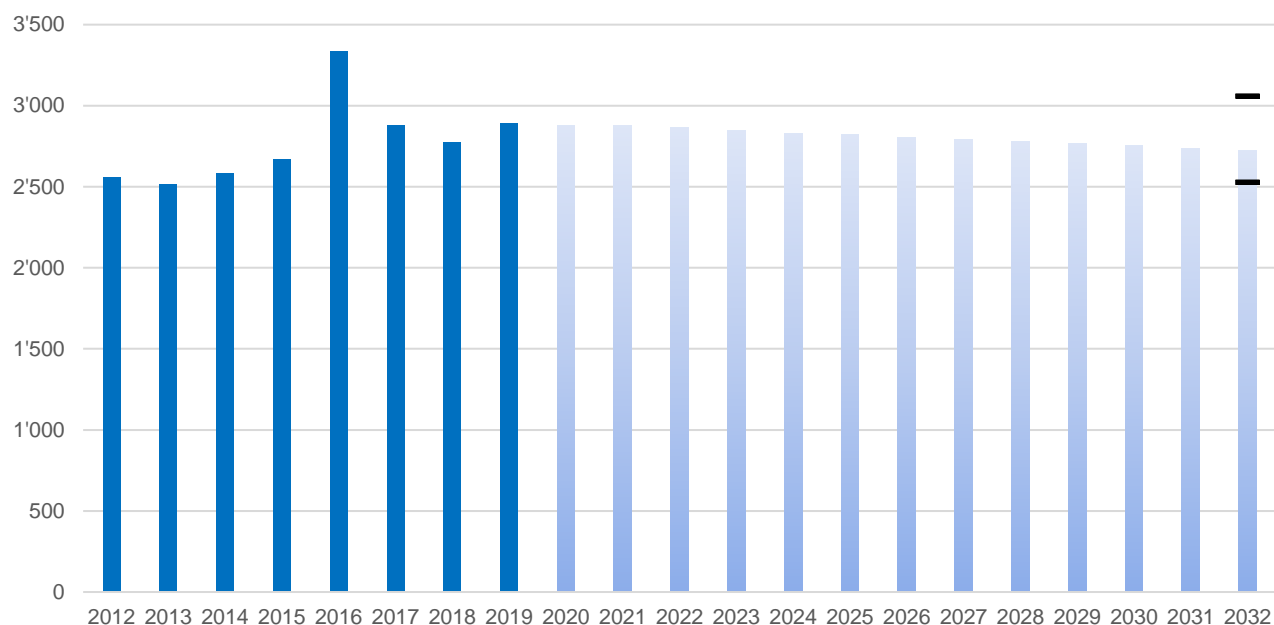
In questo capitolo sono esposti i risultati della previsione del fabbisogno di cure in psichiatria nel 2032. In un primo momento, i risultati sono confrontati ai dati storici ed in seguito illustrati in base alla disciplina e all’età dei pazienti.

### 2.4.1 Fabbisogno totale

Nel precedente capitolo è stato evidenziato che nel modello di previsione del fabbisogno per le cure ospedaliere nell'ambito della psichiatria ci sono 3 principali fattori che influenzano il numero di pazienti futuri. La previsione del fabbisogno 2032 mostra che il numero di pazienti rimarrà simile ai valori registrati nel 2019 malgrado l'evoluzione demografica e l'incremento della richiesta di prestazioni psichiatriche stazionarie. Ciò può trovare spiegazione nel trasferimento delle prestazioni stazionarie al settore ambulatoriale e nel fatto che la crescita demografica nel Cantone è pressoché nulla.

Il grafico 12 illustra l'evoluzione dei casi stazionari in Ticino dal 2012 al 2032. Dal 2020, si presentano i dati calcolati dalla previsione del fabbisogno secondo lo scenario principale. Gli scenari di previsione massimo e minimo sono riportati unicamente per l'anno 2032 (linea nera).

**Grafico 20: evoluzione del numero di pazienti degenti in psichiatria dal 2012 al 2032**



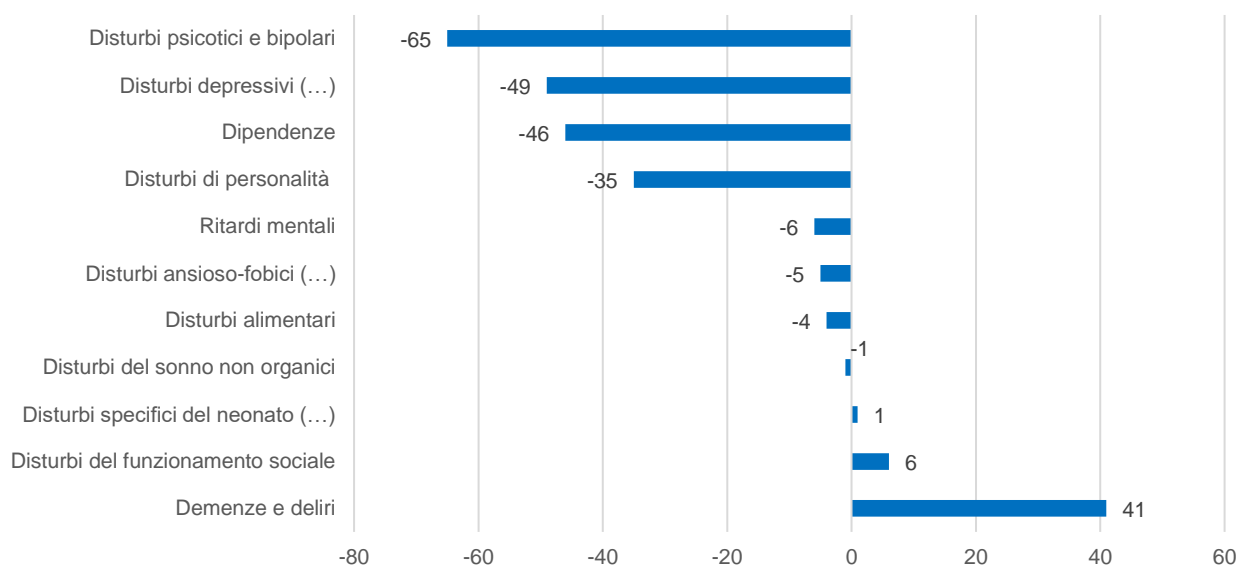
### 2.4.2 Fabbisogno per disciplina

La previsione del fabbisogno di cure ospedaliere 2032 prevede, secondo lo scenario principale, una diminuzione di casi del 5.8%, per un totale di 2'724 pazienti. Se considerato, invece, lo scenario minimo il numero di pazienti si ridurrà del 12.6%. Soltanto lo scenario massimo stima un incremento di casi (+5.8%). In termini assoluti, la riduzione di casistica più significativa la si osserva nelle prestazioni legate ai "disturbi psicotici e bipolari" e ai "disturbi depressivi e de disadattamento" (-65 rispettivamente -49) mentre un aumento è previsto nel gruppo di prestazioni legato alle "demenze e ai deliri" (+41).

**Tabella 29: previsione del numero di pazienti degenti nel Cantone 2032**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo			Scenario minimo		
		2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%
Demenza e deliri	129	170	41	31.8%	176	47	36.4%	165	36	27.9%
Dipendenze	451	405	-46	-10.2%	460	9	2.0%	373	-78	-17.3%
Disturbi psicotici e bipolari	847	782	-65	-7.7%	881	34	4.0%	723	-124	-14.6%
Disturbi depressivi e sindromi del disadattamento	866	817	-49	-5.7%	912	46	5.3%	760	-106	-12.2%
Disturbi ansioso-fobici, ossessivo-compulsivi e post-traumatici da stress	77	72	-5	-6.5%	81	4	5.2%	67	-10	-13.0%
Disturbi di personalità	355	320	-35	-9.9%	364	9	2.5%	293	-62	-17.5%
Disturbi dissociativi, somatoformi e somatoformi da dolore persistente	18	18	0	0.0%	21	3	16.7%	17	-1	-5.6%
Disturbi alimentari	42	38	-4	-9.5%	44	2	4.8%	35	-7	-16.7%
Disturbi da deficit di attenzione e iperattività	4	4	0	0.0%	5	1	25.0%	4	0	0.0%
Disturbi dello spettro autistico	8	8	0	0.0%	9	1	12.5%	7	-1	-12.5%
Disturbi del funzionamento sociale	20	26	6	30.0%	30	10	50.0%	23	3	15.0%
Disturbi della sessualità	2	2	0	0.0%	2	0	0.0%	2	0	0.0%
Disturbi del sonno non organici	3	2	-1	-33.3%	3	0	0.0%	2	-1	-33.3%
Disturbi specifici del neonato o del bambino	3	4	1	33.3%	5	2	66.7%	4	1	33.3%
Ritardi mentali	44	38	-6	-13.6%	44	0	0.0%	35	-9	-20.5%
Non categorizzabile	22	18	-4	-18.2%	21	-1	-4.5%	17	-5	-22.7%
<b>Totale</b>	<b>2'891</b>	<b>2'724</b>	<b>-167</b>	<b>-5.8%</b>	<b>3'058</b>	<b>167</b>	<b>5.8%</b>	<b>2'527</b>	<b>-364</b>	<b>-12.6%</b>

**Grafico 21: risultato della previsione 2032 per disciplina**



La tabella 20 illustra invece la previsione delle giornate di cure nel 2032. Rispetto al 2019, le giornate di cura si ridurranno del 4.5% (-6.7% scenario massimo e -11.3% scenario minimo). La maggior riduzione la si osserva per i “disturbi psicotici e bipolari” (-2'101) e per le “dipendenze” (-1'067). L’invecchiamento della popolazione inciderà sul numero di giornate di cura dedicate alla presa a carico dei pazienti affetti da “demenza e deliri” aumentandole di quasi 6'000 unità.

**Tabella 30: previsione delle giornate di cura 2032**

Disciplina	2019	Scenario principale			Scenario massimo			Scenario minimo		
		2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%	2032	Δ	Δ%
Demenza e deliri	4'759	5'978	1'219	25.6%	6'202	1'443	30.3%	5'802	1'043	21.9%
Dipendenze	10'006	8'939	-1'067	-10.7%	10'135	129	1.3%	8'230	-1'776	-17.7%
Disturbi psicotici e bipolari	29'372	27'271	-2'101	-7.2%	30'648	1'276	4.3%	25'251	-4'121	-14.0%
Disturbi depressivi e sindromi del disadattamento	28'615	27'719	-896	-3.1%	30'703	2'088	7.3%	25'898	-2'717	-9.5%
Disturbi ansioso-fobici, ossessivo-compulsivi e post-traumatici da stress	2'760	2'582	-178	-6.4%	2'889	129	4.7%	2'399	-361	-13.1%
Disturbi di personalità	10'638	9'686	-952	-8.9%	11'037	399	3.8%	8'873	-1'765	-16.6%
Disturbi dissociativi, somatoformi e somatoformi da dolore persistente	713	687	-26	-3.6%	777	64	9.0%	634	-79	-11.1%
Disturbi alimentari	2'605	2'447	-158	-6.1%	2'807	202	7.8%	2'222	-383	-14.7%
Disturbi da deficit di attenzione e iperattività	196	202	6	3.1%	231	35	17.9%	182	-14	-7.1%
Disturbi dello spettro autistico	339	325	-14	-4.1%	374	35	10.3%	295	-44	-13.0%
Disturbi del funzionamento sociale	501	688	187	37.3%	778	277	55.3%	609	108	21.6%
Disturbi della sessualità	88	73	-15	-17.0%	85	-3	-3.4%	67	-21	-23.9%
Disturbi del sonno non organici	65	53	-12	-18.5%	61	-4	-6.2%	48	-17	-26.2%
Disturbi specifici del neonato o del bambino	165	242	77	46.7%	275	110	66.7%	213	48	29.1%
Ritardi mentali	1'338	1'159	-179	-13.4%	1'337	-1	-0.1%	1'056	-282	-21.1%
Non categorizzabile	286	245	-41	-14.3%	278	-8	-2.8%	225	-61	-21.3%
<b>Totale</b>	<b>92'446</b>	<b>88'296</b>	<b>-4'150</b>	<b>-4.5%</b>	<b>98'617</b>	<b>6'171</b>	<b>6.7%</b>	<b>82'004</b>	<b>-10'442</b>	<b>-11.3%</b>

### 2.4.3 Fabbisogno dei casi per gruppi di età

La tabella illustra l'evoluzione del numero di casi, della durata media di degenza e delle giornate di cura in base all'età dei pazienti. In psichiatria, l'età del paziente gioca un ruolo determinante per la pianificazione ospedaliera. I risultati della previsione variano a seconda dell'età del paziente. Il maggior aumento del numero di pazienti e di giornate di cura lo si osserva tra i pazienti anziani (+159 casi e 5'457 giornate di cura) mentre si riducono i pazienti tra i 18 e i 64 anni (-344 casi e -10'392 giornate di cura).

**Tabella 31: risultati della previsione del fabbisogno di cure 2032 in base all'età (scenario principale)**

ETÀ	CASI				DMD				GC			
	2019	2032	Δ	Δ%	2019	2032	Δ	Δ%	2019	2032	Δ	Δ%
0-13	2	2	0	0.0%	31.0	31.2	0.1	0.5%	62	71	9	14.5%
14-17	44	64	20	45.5%	39.2	39.3	0.1	0.3%	1'725	2'502	777	45.0%
18-64	2'347	2'003	-344	-14.7%	30.7	30.8	0.1	0.3%	72'015	61'623	-10'392	-14.4%
65+	498	657	159	31.9%	37.4	36.7	-0.8	-2.1%	18'643	24'100	5'457	29.3%
<b>Totale</b>	<b>2'891</b>	<b>2'726</b>	<b>-165</b>	<b>-5.7%</b>	<b>32.0</b>	<b>32.4</b>	<b>0.4</b>	<b>1.3%</b>	<b>92'445</b>	<b>88'296</b>	<b>-4'149</b>	<b>-4.5%</b>

### 3. Flussi intercantonali

La pianificazione ospedaliera deve considerare anche le prestazioni stazionarie psichiatriche erogate nel Cantone a pazienti non residenti e, viceversa, a quelle erogate ai pazienti ticinesi nelle strutture psichiatriche fuori Cantone. Nel 2019, i pazienti confederati erano 124, quelli stranieri 197 mentre i ticinesi curati fuori Cantone erano 71. In Ticino, vengono curati più pazienti non domiciliati rispetto al numero di pazienti ticinesi trattati in altri Cantoni (saldo di 250 pazienti). I disturbi psichici di cui soffrono i pazienti confederati e stranieri sono uguali a quelli dei ticinesi ospedalizzati fuori Cantone. Si tratta in particolare di "disturbi depressivi e sindromi del disadattamento", di "disturbi psicotici e bipolari" e di "dipendenze".

Il fabbisogno cantonale di cure ospedaliere nell'ambito della psichiatria è ritenuto sufficientemente coperto dagli istituti ospedalieri attivi nel Cantone. Per questa ragione, la pianificazione ospedaliera non riconosce nessuna struttura ospedaliera per cure psichiatriche fuori Cantone come invece avviene per l'ambito somatico-acuto e per la riabilitazione.

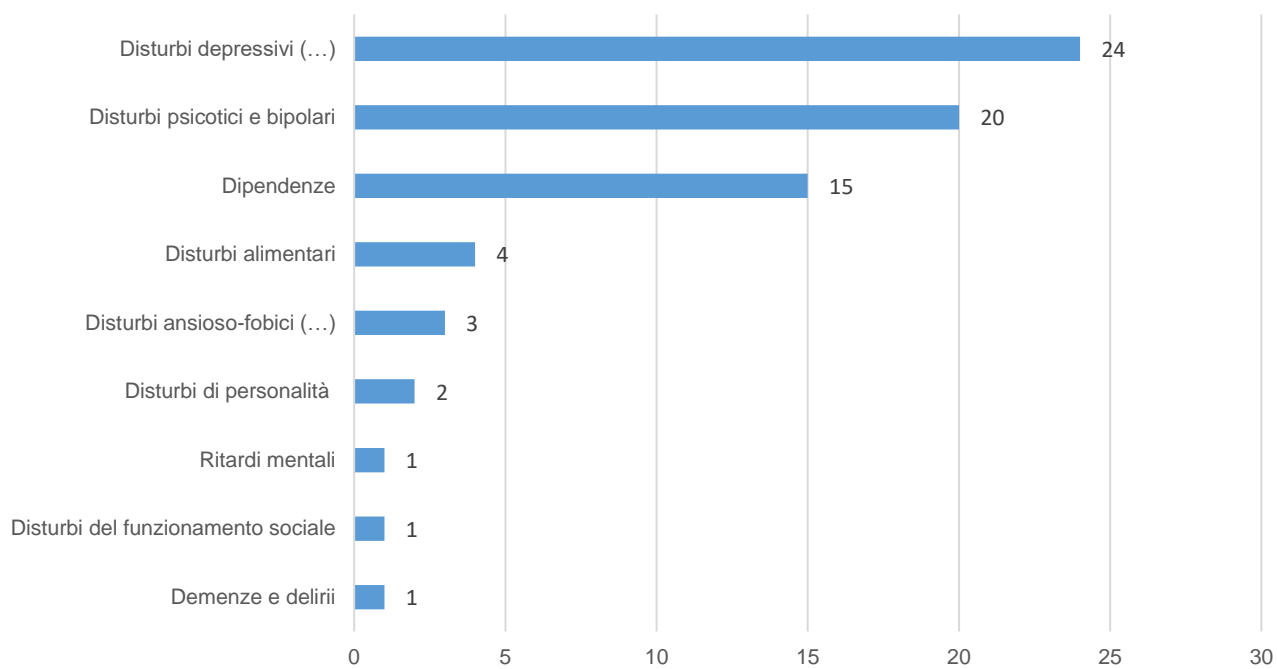
Nell'ambito dei lavori di pianificazione ospedaliera i flussi intercantonali devono essere presi in considerazione per determinare l'offerta stazionaria. Tuttavia, è molto difficile fare una stima dei flussi futuri di pazienti perché questo fenomeno dipende dall'evoluzione dell'offerta di cure e da quella demografica sia nella regione di origine che in quella di destinazione. Inoltre, l'incertezza intrinseca di alcune variabili come l'evoluzione futura delle tariffe di riferimento complicano maggiormente questo esercizio. Per questa ragione, per determinare il fabbisogno di cure da erogare ai pazienti non domiciliati si fa riferimento alla richiesta constatata nel 2019.

**Tabella 32: flussi migratori 2019**

<b>Disciplina</b>	<b>GR</b>	<b>Altri Cantoni</b>	<b>Eestero</b>	<b>TI</b>
Demenza e deliri	2	3	5	125
Dipendenze	5	8	13	436
Disturbi psicotici e bipolari	16	23	39	827
Disturbi depressivi e sindromi del disadattamento	20	28	48	835
Disturbi ansioso-fobici, ossessivo-compulsivi e post-traumatici da stress	2	1	3	74
Disturbi di personalità	4	6	10	353
Disturbi dissociativi, somatoformi e somatoformi da dolore persistente	1	2	3	17
Disturbi alimentari	1	1	2	38
Disturbi da deficit di attenzione e iperattività	0	0	0	4
Disturbi dello spettro autistico	0	0	0	8
Disturbi del funzionamento sociale	0	0	0	19
Disturbi della sessualità	0	0	0	2
Disturbi del sonno non organici	0	0	0	3
Disturbi specifici del neonato o del bambino	0	0	0	3
Ritardi mentali	0	1	1	43
Non categorizzabile	0	0	0	22
<b>Totale</b>	<b>51</b>	<b>73</b>	<b>124</b>	<b>2'809</b>



**Grafico 22: pazienti ticinesi fuori Cantone nel 2019**



**Grafico 23: pazienti non domiciliati in Ticino per disciplina nel 2019**

