

Rapporto d'esercizio

2010



105°
anno di attività


**CLINICA
/ LUGANESE**
Moncucco e San Rocco







Editoriale	2
Il ruolo della Clinica	4
Rapporto della direzione	6
La Clinica in cifre	14
Centri di competenza	
Chirurgia	16
Ortopedia e Traumatologia	18
Medicina interna	20
Reumatologia	22
Geriatrics	24
Servizi ambulatoriali e di supporto	
Radiologia	26
Fisioterapia	27
Pronto Soccorso	28
Epatologia	29
Oncologia	30
Radioterapia	31
Laboratorio d'analisi	32
Inserti Il futuro della medicina	
Parole d'ordine: mini-invasività ed iper-specializzazione	33
Terapie sempre più personalizzate, grazie agli apporti della genetica	36
Chirurgia vascolare: tra gold standard e nuove tecnologie	38
L'USI avrà il suo Master in Medicina?	42
Organi della Clinica	44



Avv. Renzo Respini
Presidente del Consiglio di Amministrazione



La presenza della Clinica contribuisce ad assicurare la pluralità dell'offerta delle prestazioni sanitarie di tipo ospedaliero e a dar sostanza al diritto di libera scelta del paziente.

Oltre i 110 anni

L'anno 2010 è stato per la Clinica Luganese quello del 110^{mo} anniversario di attività. La ricorrenza, è stata evocata il 23 giugno con una semplice cerimonia di carattere interno. In questi 110 anni, la Clinica Luganese (la clinica di Moncucco, come la chiamano i luganesi) ha mantenuto la sua iniziale vocazione, quella di un ente non profit, che non ha mai distribuito utili o dividendi e che non ha una gestione tesa alla massimizzazione del profitto.

La forma giuridica è quella della società anonima i cui statuti specificano non solo che la società non persegue scopo di lucro, ma anche che in caso di liquidazione il patrimonio andrà destinato a un ente di interesse pubblico riconosciuto.

La posizione della Clinica Luganese nei confronti degli altri fornitori di prestazioni ospedaliere, che operano all'interno del nostro Cantone, è innanzitutto legata alla sua storia: la presenza della Clinica (unitamente a quella delle altre strutture pubbliche e private) contribuisce ad assicurare la pluralità dell'offerta delle prestazioni sanitarie di tipo ospedaliero e a dar sostanza al diritto di libera scelta del paziente, così definita all'Art 41 LAMal: «In caso di cura ospedaliera l'assicurato ha la libera scelta tra gli ospedali che figurano nell'elenco del suo Cantone di domicilio o in quello del Cantone di ubicazione dell'ospedale».

La nostra esperienza, ci porta a condividere l'impostazione di base della recente modifica della LAMal; riteniamo infatti, che il contenimento dei costi della salute e il miglioramento generale della qualità dei servizi offerti possano essere meglio raggiunti in regime di concorrenza piuttosto che in un regime monopolistico.

Tuttavia, siamo anche consapevoli che in un settore come quello dei servizi ospedalieri, la pluralità dell'offerta di prestazioni sanitarie e la libera scelta dei pazienti da sole non bastano per garantire la qualità delle prestazioni nel rispetto del postulato del contenimento dei costi. Per ottenere questo occorrono regole chiare e anche un chiaro ruolo da parte dello Stato.

Una prima regola, in vigore ormai da oltre un decennio, ha dato importanti risultati; si tratta della pianificazione ospedaliera.

A questa prima regola occorrerà, ora, affiancarne altre, soprattutto in considerazione di due grosse novità legislative che toccano il settore: la prima è il nuovo sistema di finanziamento delle cure, che entrerà in vigore il 1.1.2012 in tutta la Svizzera.

Tale sistema prevede che i pazienti degli ospedali pubblici e quelli delle cliniche private vedranno le fatture per le prestazioni di tipo ospedaliero da loro ricevute retribuite per il 55% (al minimo) dal Cantone e per la parte rimanente dalla propria cassa malati.

La seconda prevede che le prestazioni ospedaliere non saranno più fatturate in base ai giorni di degenza in ospedale (o in clinica), bensì in funzione di importi fissi per caso (forfait per caso).

L'applicazione di queste nuove regole in un Cantone come il nostro, ove l'offerta di prestazioni sanitarie di tipo ospedaliero viene proposta sostanzialmente da tre tipi di attori (EOC, cliniche private for profit e cliniche private non profit), richiederà certamente attenzione e oculatezza da parte della classe politica cantonale. Noi speriamo che gli approfondimenti necessari (e in atto al momento in cui vengono scritte queste righe) possano permettere un giudizio oggettivo sul ruolo delle strutture sanitarie private, che, a guardar bene, hanno evitato all'ente pubblico di sobbarcarsi l'onere finanziario della realizzazione di tutte le strutture ospedaliere necessarie per la popolazione e (finora) di partecipare alle spese di finanziamento delle cure dei pazienti che a queste strutture private si sono rivolti.

Queste nuove regole richiedono anche la presenza di un «regolatore», riconosciuto e riconoscibile da tutti come super partes. A questo proposito si potrebbero immaginare varie soluzioni. Noi crediamo che nella nostra realtà, un simile ruolo non possa che essere svolto dallo Stato, ricorrendo però alle necessarie chiarificazioni sui suoi ruoli. Per questo, nell'interesse dei pazienti ticinesi e per garantire la competitività dell'offerta sanitaria nel nostro Cantone, auspichiamo che l'applicazione del nuovo sistema di finanziamento e l'introduzione del DRG avvengano in tempi rapidi, con procedure trasparenti e con il ruolo essenziale e imparziale dello Stato.



Suor Roberta Asnagli
Amministratrice delegata



Costantemente ci interroghiamo su come migliorare la collaborazione di tutti, perché ciascuno possa dare il meglio di sé sia dal punto di vista professionale che dal punto di vista umano.

L'importanza del lavoro di tutti i collaboratori per la Clinica e i suoi pazienti

Il tema di questo mio intervento, ad apertura del rapporto di esercizio di quest'anno, mi offre un'occasione preziosa per esprimere la mia gratitudine e quella della Congregazione delle Suore Infermiere dell'Addolorata per quanto, con tanta passione e dedizione, viene fatto ogni giorno.



Non vuole essere un semplice gesto di dovere ma un effettivo riconoscimento dell'operato di ciascuno, secondo il proprio compito, le proprie competenze e, soprattutto, per la evidente carica di dedizione al malato e alla Clinica Luganese.

L'investimento di risorse economiche e umane, l'attenzione a mantenere viva la motivazione di fondo della Clinica Luganese ha sempre caratterizzato il nostro stile di operare a favore delle persone bisognose di cure. È per questo che costantemente ci interroghiamo su come migliorare non solo il servizio alle persone ma, soprattutto, la collaborazione di tutti, perché ciascuno possa dare il meglio di sé sia dal punto di vista professionale che dal punto di vista umano.

Fin dalle origini della nostra attività sanitaria è stata forte e determinante la volontà di fare ogni cosa per prenderci cura delle persone ammalate, per alleviare le loro sofferenze e per ridare una buona condizione di salute. Anzi, è necessario dire che proprio da questa motivazione è nata questa Clinica e dalla forza di questo carisma è venuta la capacità di affrontare difficoltà, di superare gli inevitabili ostacoli e di trovare vie e modalità sempre nuove per svolgere al meglio il nostro compito.

Tutto questo continua anche oggi pur nelle mutate condizioni dell'ambito sanitario, nelle sempre più consistenti esigenze di aggiornamento e di mezzi tecnici, e nella riduzione evidente della presenza delle Suore e nel cambiamento delle loro mansioni.

Tutto questo continua perché la volontà di prestare un servizio e una cura sempre migliore alle persone è opera di tutti i collaboratori, che hanno assunto e condividono lo stesso stile, le stesse motivazioni, la stessa modalità di prendersi cura degli ammalati. Una collaborazione che è frutto del lavoro di ciascuno e dello sforzo quotidiano di lavorare insieme e di superare le inevitabili difficoltà.

Possiamo quindi affermare che l'impegno di ogni persona per dare il meglio di sé e per operare in sinergia a favore della persona sofferente ha come frutto prezioso quello di un'attività sanitaria unitaria, forte, esigente, accogliente, e capace di offrire un ambiente e un servizio qualificato soprattutto dal punto di vista umano.

Tutto questo può durare nel tempo e rafforzarsi se la cura delle radici di questo albero, che è la Clinica Luganese, è attenta e continua, non viene meno e non la si considera come realtà scontata. È impegno di tutti noi, che già possiamo vedere i frutti dell'investimento, della collaborazione, della continua attenzione a promuovere, sostenere, apprezzare l'apporto di tutti, continuare a operare per il bene di ogni persona bisognosa di cure e a farlo «con gran cuore».



Christian Camponovo
Direttore



È aumentata l'attività in quei settori che la Clinica ha da tempo identificato come strategici e dove è in atto un processo di concentrazione e specializzazione.

Il 2010 è stato sicuramente un anno positivo per la Clinica Luganese. L'attività sanitaria ha conosciuto un'ulteriore crescita, sia qualitativa che quantitativa. L'andamento generale è stato particolarmente soddisfacente perché ha visto aumentare l'attività in quei settori che la Clinica ha da tempo identificato come strategici e dove è in atto un processo di concentrazione e specializzazione. Questo sviluppo è ritenuto fondamentale per permettere alla nostra struttura di affrontare al meglio le sfide future legate all'introduzione del nuovo sistema di finanziamento (remunerazione delle prestazioni secondo il tariffario SwissDRG) e alla prossima pianificazione ospedaliera.



I casi ospedalizzati presso la Clinica sono aumentati di 167 unità (+3%), con una forte progressione in particolare dei ricoveri acuti (settore Moncucco, 246 casi). L'attività di San Rocco ha invece conosciuto una lieve diminuzione, che può essere ricondotta all'aumentata pressione esercitata dagli assicuratori malattia. I trasferimenti a San Rocco di pazienti provenienti da altri istituti somatici acuti, trasferimenti previsti nell'ottica di una continuazione delle cure, hanno in parte dovuto essere indirizzati verso istituti con un minor grado di medicalizzazione (istituti ad alto contenuto sanitario, case per anziani).

Il fenomeno è in atto da tempo ed è ben evidenziato dai dati pubblicati dall'Ufficio Cantonale di Statistica. Lo sviluppo di nuovi «canali» di presa a carico è in parte causa e in parte conseguenza di questo processo di cambiamento. Negli istituti somatici acuti con un mandato di medicina di base, come lo è San Rocco, si concentrano ormai solo i casi più gravi, quelli che richiedono un elevato impegno medico ed infermieristico per la loro gestione.

Buono lo sviluppo del settore ambulatoriale. I dati pubblicati per il 2010 sono difficilmente comparabili con quelli degli anni precedenti e questo a seguito dell'introduzione di nuove regole per l'apertura dei casi nel settore ambulatoriale. A differenza di quanto veniva fatto in passato, per i pazienti che ritornano regolarmente in Clinica per ricevere delle prestazioni sanitarie ambulatoriali (ad es. nel campo dell'epatologia o dell'oncologia) viene aperto per tutto l'anno un unico caso. Riteniamo importante sottolineare l'eccellente evoluzione fatta registrare dalla chirurgia, dall'ortopedia ambulatoriale.

Da segnalare l'ottimo successo riscontrato dal **Centro di Radioterapia**. Le scelte tecnologiche, la messa in campo di un'équipe di tutto rispetto, formata da medici e fisici con alle spalle importanti e significative esperienze acquisite anche a livello universitario, l'attenzione posta in tutte le fasi della terapia alla persona e ai suoi bisogni, sono stati elementi di sicuro successo. Il servizio di Radioterapia ha potuto contare già dal mese di gennaio del 2010 su un buon afflusso di pazienti. Malgrado il superamento delle aspettative in quanto a numero di pazienti annunciati, nessun compromesso è stato fatto in materia di sicurezza e di qualità della presa a carico. La scelta della **dr. med. Alessandra Franzetti Pellanda** e del **dr. Stefano Presilla** si è rivelata azzeccata. I due responsabili, uno medico e uno fisico, hanno garantito la rapida costituzione di un affiatato gruppo che coinvolge altri tre collaboratori con titolo accademico (1 medico e 2 fisici), tecnici di radiologia, infermieri e personale amministrativo.

Nella maggior parte dei centri di competenza e degli altri servizi ambulatoriali, la Clinica ha potuto confermare interamente l'équipe medica, continuando in questo modo ad offrire ai pazienti un servizio ampiamente apprezzato, come dimostrano i dati riportati in questo rapporto d'esercizio. Non sono comunque mancate durante il 2010 le novità che hanno garantito e garantiranno anche nel prossimo futuro un ulteriore sviluppo delle prestazioni sanitarie offerte ai pazienti e ai loro medici curanti.

La **gastroenterologia**, una specialità molto importante sia per il centro di competenza della Medicina interna che per quello della Chirurgia (viscerale) e dell'Oncologia è stato notevolmente rafforzato dall'arrivo della **dr. med. Cristiana Quattropani Cicalissi**. La dottoressa ha affiancato in studio e presso la Clinica Luganese il dr. med. Sandro Mossi e la dr. med. Helen Schaufelberger. L'accordo siglato tra la Clinica e i tre gastroenterologi garantisce ai pazienti ricoverati, così come a quelli ambulatoriali, una maggiore continuità nella presa a carico, con un servizio di picchetto 24 ore su 24, 365 giorni l'anno. L'arrivo della dr.ssa Quattropani ha permesso anche di offrire alcune nuove prestazioni specialistiche, quali le ERCP (Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography o colangiografia e pancreatografia retrograda endoscopica) e le endosonografie.

Questo potenziamento è stato fortemente cercato e voluto dalla nostra struttura, perché rientra nella strategia di rafforzare la presa a carico dei **disturbi del tratto gastro-intestinale**. Soprattutto per la presa a carico dei casi oncologici la Clinica offre sotto lo stesso tetto una fitta rete di medici formata dai principali attori che intervengono a livello diagnostico e terapeutico: gastroenterologo, chirurgo viscerale, oncologo e radioterapista. Un ulteriore passo lungo questo cammino di rafforzamento e di specializzazione è previsto per l'inizio del 2011, con l'arrivo in Clinica del **dr. med. Alfred Kuhrmeier**. Il dr. med. Kuhrmeier affiancherà il prof. dr. med. Martinoli, il dr. med. Rondi, il prof. dr. med. Marx, e il dr. med. Ghisletta nel campo della chirurgia viscerale. Le riconosciute competenze del nuovo medico nel campo della chirurgia laparoscopica sono di buon auspicio per l'avvenire del centro di competenza della Chirurgia e sapranno garantire nuovi stimoli per lo sviluppo qualitativo di questa importante attività.

Nel campo dell'urologia, la creazione nel 2009 di un'affiatata équipe, formata dal dr. med. Gianni Casanova e dal dr. med. Graziano Zanardi ha permesso di sviluppare ulteriormente l'attività urologica. Nel 2010 è in particolare stata migliorata la continuità della presa a carico (presenza in caso di necessità di almeno uno dei due medici) ed è stata introdotta la **biopsia della prostata** quale prestazione diagnostica.



Per rafforzare il **centro di competenza di Ortopedia e Traumatologia** è stata inserita in Clinica una nuova figura professionale. Si tratta del medico ospedaliero. Per occupare questo posto abbiamo ricercato una figura dotata di buone competenze specialistiche e di una solida esperienza professionale, in grado quindi di assicurare continuità nella presa a carico dei pazienti sia sui reparti di cura che in Pronto Soccorso. Il **dr. med. Jean-Claude Sedran**, si è rivelato da subito un'ottima scelta e il suo inserimento in Clinica ha dimostrato la correttezza della valutazione fatta a livello organizzativo.

Un ulteriore cambiamento importante nel campo dell'ortopedia è previsto nel corso del 2011, con l'accreditamento presso il nostro istituto del **dr. med. Charles Freuler**. Il dr. med. Freuler può vantare una più che solida esperienza nel campo e rafforzerà ulteriormente il centro di competenza, soprattutto per quanto riguarda la chirurgia protesica.



Durante il 2010, non sono mancate le novità che garantiranno anche nel prossimo futuro un **ulteriore sviluppo** delle prestazioni sanitarie offerte ai pazienti e ai loro medici curanti.



Il nuovo sistema di valutazione e valorizzazione dei collaboratori vuole servire alla Clinica Luganese quale base per stimolare la crescita dei collaboratori e il miglioramento continuo dell'intera organizzazione.

Il potenziamento dei centri di competenza di Chirurgia e di Ortopedia ha generato un aumento dell'attività nel blocco operatorio. I nuovi arrivi e la prevista realizzazione di una nuova sala operatoria ad inizio 2011 spingeranno ulteriormente verso l'alto il numero di interventi realizzati. Per questa ragione è stato necessario prevedere un potenziamento del **servizio di Anestesiologia**.



La stretta collaborazione instaurata con il Cardio-centro Ticino (CCT) ha semplificato la ricerca di un nuovo medico da affiancare ai colleghi già attivi in modo stabile presso la Clinica. La scelta è caduta sul **dr. med. Dario Vadilonga**, il quale da inizio 2010 si aggiunge all'équipe formata da altri 5 medici anestesisti e capitanata dal dr. med. Tiziano Cassina.

Per quanto riguarda il **centro di competenza della Medicina interna**, sono state gettate le basi per la sostituzione del dr. med. Mario Beretta Piccoli, il quale lascerà la propria attività clinica nel corso del 2011. Il dr. med. Beretta Piccoli sarà sostituito dal **dr. med. Andrea Canonica**, ottimo medico internista che può vantare una solida esperienza clinica e anche un buon contatto con il territorio, avendo il dr. med. Canonica un ben avviato studio medico a Vezia.

Valorizzazione delle risorse umane

Nel corso del 2010 la Clinica ha introdotto un nuovo sistema di valutazione e valorizzazione dei collaboratori. Fortemente voluta dai vertici della Clinica, la metodologia introdotta vuole servire quale base per stimolare la crescita dei collaboratori e il miglioramento continuo dell'intera organizzazione. L'annuale incontro di valutazione è stato pensato soprattutto come momento di scambio e di discussione. La percezione del superiore diretto viene «incrociata» con l'autovalutazione del collaboratore e la discussione che ne deriva, oltre a permettere di evidenziare pregi e difetti di ogni singolo individuo, vuole servire da spunto per la definizione di obiettivi concreti di miglioramento e di crescita professionale.

Importante per la valorizzazione dei collaboratori della Clinica anche lo sforzo fatto nel campo della formazione. Oltre alla strutturazione di un ricco programma di formazione interna, il nostro istituto ha ulteriormente potenziato il proprio impegno per la **formazione professionale** e questo malgrado la mancanza di un mandato chiaro da parte dell'autorità cantonale e soprattutto in assenza di un ente disposto a sostenere finanziariamente l'impegno assunto.

Questo sforzo ha permesso di aumentare in modo consistente il personale in formazione accolto presso la Clinica (+18 collaboratori rispetto all'anno precedente), portando il totale a 70 unità. I costi sono stati assunti dalla Fondazione per la Solidarietà della Clinica Luganese; fondazione che ha tra i propri scopi anche il sostegno della formazione del personale curante, e dalla Clinica stessa. Il carattere «non profit» che contraddistingue la gestione della nostra struttura permette infatti di destinare eventuali maggiori entrate a scopi quali la formazione del personale, il miglioramento della qualità delle prestazioni e dell'organizzazione, la ricerca, ecc.

L'anno appena trascorso ha permesso, grazie alla collaborazione instaurata con il Cardiocentro Ticino (CCT), anche di raggiungere un importante traguardo nella formazione di personale infermieristico specializzato. La Clinica Luganese e il CCT hanno definito un percorso formativo integrato e sono stati così **riconosciuti come centri di formazione per infermieri di anesthesiologia**. I primi due infermieri in specializzazione hanno già iniziato il loro percorso e potranno così aggiungersi al resto del personale specializzato impiegato presso le due strutture.

Politica della qualità

La Clinica ha introdotto progressivamente gli **indicatori di qualità** che a livello federale dovrebbero essere scelti quali elementi di confronto delle strutture sanitarie, come previsto nella nuova versione della LAMal e dell'ordinanza di applicazione della stessa. Il nostro istituto raccoglie e analizza regolarmente i seguenti indicatori di qualità: le infezioni del sito chirurgico per una paletta predefinita di interventi, le infezioni nosocomiali, il numero di reinterventi, il numero di riospedalizzazioni, le cadute, le lesioni da decubito, la qualità della codifica medica e il grado di soddisfazione dei pazienti. I risultati ottenuti vengono discussi internamente e diventano uno stimolo per la ricerca di un miglioramento continuo.

Possiamo con soddisfazione anticipare che i primi risultati sono positivi e questo anche se confrontati con quelli ottenuti da altre strutture svizzere. Prima di procedere con una pubblicazione dei dati raccolti desideriamo però attendere che la Confederazione fissi in modo chiaro i metodi di raccolta e di analisi dei dati, evitando così di confrontare dati che per metodologia non sono completamente sovrapponibili. La Clinica confida nel fatto che già a partire dal 2012, o al più tardi dal 2013, l'autorità federale preposta abbia definito tutti i dettagli necessari e che il confronto possa avvenire in modo trasparente e chiaro, a pieno vantaggio dei pazienti.

Nel campo della qualità va segnalato l'importante impegno mostrato dai collaboratori della Clinica per portare a termine alcuni progetti che permetteranno soprattutto a partire dal 2011 di ottenere un **miglioramento della qualità e della sicurezza dei pazienti**. In sala operatoria è stato preparato il terreno per introdurre il così detto «Time-out» pre-operatorio. Si tratta in pratica di una serie di controlli incrociati in grado, secondo l'esperienza fatta in altre strutture, di prevenire alcuni spiacevoli errori o incidenti di percorso che potrebbero avere conseguenze pesanti per il paziente. In questo settore non è ancora stato dimenticato l'errore legato all'amputazione dell'arto sbagliato o al trapianto di un organo non compatibile. Proprio questi errori dovrebbero essere completamente evitati con la buona applicazione delle semplici misure di controllo studiate.



La gestione degli errori e dei reclami è pure stata analizzata nel dettaglio da un gruppo di lavoro multidisciplinare. L'applicazione di nuove regole per la buona gestione di queste segnalazioni e l'analisi continua delle stesse, dovrebbe permettere negli anni a venire, di sviluppare una cultura in grado di favorire la prevenzione e di identificare i problemi prima che gli stessi possano avere conseguenze importanti per i pazienti o per l'intera struttura.

Una corretta allocazione delle risorse è un elemento fondamentale per ottenere una buona qualità delle prestazioni ed è anche qualcosa di difficile da raggiungere in una realtà complessa come quella ospedaliera. Capire dove risiede il maggiore fabbisogno e riuscire a distribuire il personale a disposizione secondo i reali bisogni è spesso un compito complesso e che richiede un importante impegno amministrativo. Considerato la limitatezza delle risorse finanziarie a disposizione di ogni struttura sanitaria, questa azione diventerà ancor più importante in futuro.

Per cercare di fare un passo concreto nella buona direzione e per limitare la burocrazia collegata al rilevamento quotidiano del carico di lavoro, la Clinica ha promosso in collaborazione con la SUPSI, dipartimento sanità, un progetto di studio atto a valutare il potenziale di automazione nella rilevazione del carico di lavoro del personale curante. I primi risultati del progetto sono attesi per il primo trimestre del 2011 e ci daranno importanti indicazioni per decidere sul futuro dello stesso.

Il lavoro nascosto

Le immagini di questo rapporto d'esercizio vogliono dare uno scorcio dell'impegno quotidiano di tutti i collaboratori della Clinica Luganese che lavorano per così dire «dietro le quinte». A loro va un ringraziamento particolare da parte della direzione. Pur restando spesso invisibili e non avendo contatti diretti con pazienti, famigliari e medici, garantiscono ai propri colleghi che si trovano in prima linea e a tutti i pazienti un servizio irrinunciabile e molto prezioso.

Senza i cuochi, il personale addetto alle pulizie, i manutentori dell'immobile, il personale amministrativo che si occupa di contabilità, fatturazione, ecc. il nostro istituto non esisterebbe. La ricchezza di una struttura complessa come quella ospedaliera si evidenzia anche in questa pluralità di funzioni e ruoli. Compito della direzione e di tutti i responsabili intermedi è quello di mettere in risalto e valorizzare il contributo dato da queste figure professionali per il buon funzionamento dell'intera Clinica Luganese.



EVOLUZIONE DELL'ATTIVITÀ 2005 - 2010							
		2005	2006	2007	2008	2009	2010
Numero pazienti degenti		5'630	5'612	5'847	6'119	6'111 ³	6'278
Casi ambulatoriali		18'976	20'233	22'865	25'275	28'360	28'386 ⁴
Letti disponibili¹	Moncucco	104	104	104	104	104	104
	San Rocco	80	80	80	80	80	80
Degenza media (giorni)	Moncucco	8.5	8.4	8.2	8.4	8.4	8.3 ²
	San Rocco	17.5	17.2	17.0	16.0	16.5	17.2

¹ Secondo la pianificazione ospedaliera

² Scorporando il settore della Geriatria, la degenza media scende per il 2010 a 7.6 giorni

³ Dati riclassificati secondo le nuove disposizioni per l'apertura dei casi stazionari

⁴ Dati calcolati secondo le nuove disposizioni per l'apertura dei casi ambulatoriali

RIASSUNTO DELL'ATTIVITÀ STAZIONARIA 2010				
Centro di competenza	Sede Moncucco		Sede San Rocco	
	Numero casi	Deg. media (giorni)	Numero casi	Deg. media (giorni)
Chirurgia	1'898	5.9		
Ortopedia e Traumatologia	848	4.9		
Medicina interna	1'525	11.2	557	17.3
Geriatria	619	13.3	373	17.7
Reumatologia			458	16.8

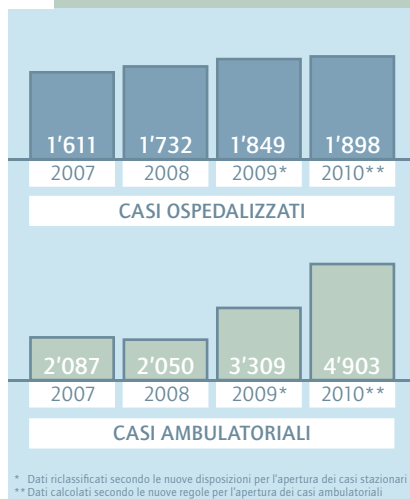
RIASSUNTO DELL'ATTIVITÀ AMBULATORIALE 2010 ¹	
SERVIZIO	NUMERO CASI
Chirurgia e Ortopedia	5'488
Fisioterapia	933
Laboratorio	277
Medicina interna	2'826
Pronto Soccorso	3'039
Radiologia	15'452
Radioterapia	216
Reumatologia	149

¹ Dati calcolati secondo le nuove disposizioni per l'apertura dei casi ambulatoriali

RISORSE UMANE	
Numero di collaboratori	455
Personale in formazione	70

DATI FINANZIARI 2010 <i>(in 1'000 CHF)</i>	
Tasse di degenza e prestazioni mediche	56'538
Servizi specialistici	12'133
Altre prestazioni ai malati	155
Totale entrate pazienti	68'825
Altre prestazioni	1'444
Totale entrate d'esercizio	70'269
Costi del personale	38'047
Onorari dei medici	5'545
Medicinali e materiali	11'611
Altri costi di gestione	11'845
Ammortamenti	2'257
Totale costi d'esercizio	69'305
Interessi	-67
Imposte	-91
Risultato d'esercizio	806

CENTRO DI COMPETENZA DI CHIRURGIA



Chirurgia generale

Dr. med. Carlo Coduri
Dr. med. Marco Foglia
Dr. med. Nicola Ghisletta
Dr. med. Alfred Kuhrmeier
Prof. dr. med. Sebastiano Martinoli
Prof. dr. med. Axel Marx
Dr. med. Luca Rondi

Chirurgia plastica ed estetica

Dr. med. Francesca Casellini
Ghiringhelli
Dr. med. Philipp Fallscheer

Ginecologia

Dr. med. Umberto Botta
Dr. med. Armando Fetz
Dr. med. Raffaella Pingitore

Oftalmologia

Dr. med. Mario Magnocavallo
Dr. med. Urs Meier
Dr. med. Franco Rossi

ORL

Dr. med. Antonio Pellanda
Dr. med. Raffaele Pelloni

Urologia

Dr. med. Gianni Casanova
Dr. med. Graziano Zanardi

Anestesiologia

Dr. med. Tiziano Cassina
Dr. med. Vesna Casso
Dr. med. Ivica Cisar
Dr. med. Vittorio Lioi
Dr. med. Nadia Jirecek
Dr. med. Sevim Sahinbas
Dr. med. Dario Vadilonga

RESPONSABILI DEL CENTRO DI COMPETENZA	
Caposettore	Maria Pia Pollizzi
Caporeparto	Enzo Turcati
	Vincenzo Coppolino
	Bianca Bernasconi (<i>caposala</i>)
	Fabrizio Muci (<i>anestesiologia</i>)
	Carlo Duca (<i>cure continue</i>)
Segretariato	Monica Manserra
Suore di referenza	Suor Maria Rita

STATISTICA ATTIVITÀ 2010

Casi stazionari	1'898
Degenza media (<i>giorni</i>)	5.9
Casi ambulatoriali *	4'903

* compresi i casi trattati in modo conservativo

Nel 2010 il centro di competenza di Chirurgia ha confermato pienamente l'evoluzione già riscontrata negli ultimi anni, registrando un'ulteriore progressione del numero di casi trattati. I pazienti seguiti in regime stazionario sono stati poco meno di 1'900 (+3% rispetto al 2009), mentre i casi ambulatoriali (trattamento chirurgico o trattamento conservativo) sono stati più di 4'900 (+ 48%). La degenza media dei casi ospedalizzati, in leggero calo rispetto agli ultimi 2 anni, è scesa a 5,9 giorni. L'aumento dell'attività è stato favorito, e supportato, dalla preziosa collaborazione che si è instaurata - all'interno del centro di competenza - tra tutti gli attori coinvolti nella presa a carico del paziente. In questo contesto, una particolare importanza l'ha assunta il personale di cura: da quello infermieristico e medico-tecnico della sala operatoria, a quello dei reparti di cura e di Pronto Soccorso, fino al personale dei servizi di supporto, come l'anestesia e la radiologia. Fondamentale è l'apporto dei 16 medici accreditati, dei 3 medici capoclinica e ospedalieri, dei 5 medici assistenti, nonché dei candidati medici, i quali hanno scelto il nostro istituto per l'esperienza offerta dall'importante numero di interventi chirurgici eseguiti.

L'attività del **Pronto Soccorso**, anch'essa in costante crescita, ha funzionato - per quanto concerne le patologie chirurgiche - senza alcun problema, anche grazie al sistema di picchetto specialistico che garantisce ai pazienti del nostro istituto di essere visitati - e, se necessario, operati da un medico specialista in chirurgia - 24 ore su 24.

La **chirurgia generale e viscerale** - con oltre 1'200 interventi, di cui circa 250 in regime ambulatoriale o di semidegenza -, si conferma quale parte preponderante dell'attività operatoria della Clinica. Interventi di routine come le colecistectomie, le resezioni del colon (sia per malattie infiammatorie, sia per tumori) e la chirurgia delle ernie addominali sono state eseguite in buona parte con la tecnica laparoscopica (mini-invasiva), con una conseguente diminuzione della durata dell'ospedalizzazione e con importanti benefici per il paziente: meno dolori e un più rapido ristabilimento delle condizioni di salute. Ottima la collaborazione con i gastroenterologi, i quali possono approfittare di un'inedita e confortevole soluzione logistica (la nuova sala per le endoscopie).

Nel 2010 la Clinica ha rinnovato gran parte dello strumentario per la chirurgia mini-invasiva e si è dotata di telecamere e monitor ad alta definizione

(HD), strumenti - questi ultimi - che aumentano il comfort dell'operatore, ma anche - e soprattutto - la precisione dell'intervento. In questo settore le operazioni più frequenti hanno riguardato la cura delle ernie addominali (più di 210), le colecistectomie (poco meno di 90), le resezioni intestinali (115). La diagnostica e chirurgia proctologica (malattie emorroidarie, fessure, fistole) ha pure rappresentato un campo di rilievo con più di 150 interventi.

Buona, nel 2010, anche l'attività **vascolare**, grazie - in particolare - ad un consistente numero di interventi sulle arterie e ad un'altrettanta importante attività operatoria sulle vene delle estremità inferiori (vene varicose).

L'**urologia** ha approfittato appieno dell'ottimo affiatamento esistente tra il dr. med. Casanova e il dr. med. Zanardi. Il team urologico ha potuto gestire senza affanno l'importante attività elettiva e, parallelamente, quella legata alle urgenze affluite al Pronto Soccorso della Clinica. Gli interventi maggiori sono stati più di 50, mentre quelli eseguiti per via endoscopica circa 250.

Per la prima volta i medici del centro di competenza hanno eseguito anche le biopsie prostatiche, favorendo così la continuità del percorso diagnostico e terapeutico in ambito urologico.

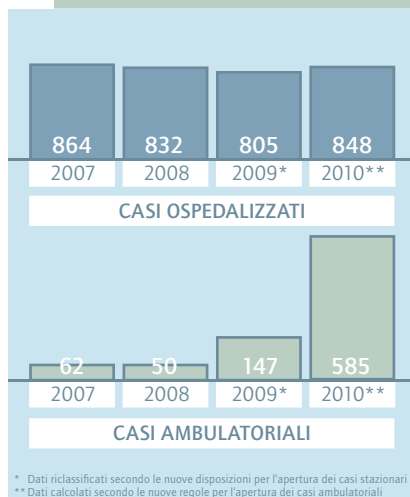
Per concludere si può affermare che il percorso intrapreso nel 2004 - con la creazione dei centri di competenza - sta dando i propri frutti. La messa in rete delle conoscenze e delle competenze chirurgiche ha favorito la specializzazione, nonché la continua crescita dell'attività. La Clinica si sta imponendo viepiù come centro di riferimento regionale per la chirurgia generale e viscerale, per quella vascolare e per l'urologia. Importante l'attività specialistica anche nel campo dell'otorinolaringoiatria e dell'oftalmologia. Un ottimo supporto viene garantito, infine, dalla ginecologia e dalla chirurgia plastica e ricostruttiva.

Dal 2003 al 2010 i casi chirurgici gestiti in regime stazionario sono quasi raddoppiati, passando da 1'124 a 1'906. Rilevante anche l'aumento nel settore ambulatoriale, che ha fatto segnare una crescita da 1'152 a 4'903 casi.

Un ulteriore passo per il rafforzamento del centro di competenza della Chirurgia - e la concentrazione in alcuni settori specifici, quale quello della chirurgia viscerale - sarà garantito, nel 2011, dall'arrivo del dr. med. Alfred Kuhrmeier: medico conosciuto e stimato sul territorio per le ottime competenze nella chirurgia viscerale mini-invasiva.



CENTRO DI COMPETENZA DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Ortopedia e Traumatologia

Dr. med. Michele Bianchi
Dr. med. Matteo Denti
Dr. med. Charles Freuler
PD dr. med. Kaj Klaue
Dr. med. Alexander Metzdorf
Dr. med. Jean-Claude Sedran

RESPONSABILI DEL CENTRO DI COMPETENZA	
Caposettore	Maria Pia Pollizzi
Caporeparto	Enzo Turcati
Segretariato	Monica Manserrai
Suore di referenza	Suor Giordana

STATISTICA ATTIVITÀ 2010	
Casi stazionari	848
Degenza media (<i>giorni</i>)	4.9
Casi ambulatoriali *	585

* compresi i casi trattati in modo conservativo

Durante il 2010, il centro di competenza di Ortopedia e Traumatologia ha conosciuto un'importante ripresa dell'attività. I casi trattati in regime stazionario sono stati 848 (+5% rispetto al 2009), con una degenza media di 4.9 giorni: 0.3 giorni in meno rispetto all'anno precedente. I casi trattati in regime ambulatoriale sono triplicati, attestandosi poco al di sotto delle 600 unità. Buona parte di questi casi sono stati trattati in modo conservativo.

La stretta collaborazione tra i chirurghi ortopedici ha favorito uno scambio continuo di opinioni sui singoli casi, consentendo così ai medici del centro di competenza di coprire - in modo ottimale - tutti i campi e i settori della moderna chirurgia ortopedica e traumatologica. L'arrivo, nel corso dell'anno, del dr. med. Jean-Claude Sedran, in qualità di medico ospedaliero, ha garantito ai pazienti seguiti in Clinica una maggiore continuità assistenziale. La costante presenza del medico ha infatti avuto un impatto positivo sia sui reparti di cura, sia sul Pronto Soccorso, dove il triage ne ha beneficiato in termini di sicurezza e di tempismo.

Per quanto riguarda le urgenze, è importante segnalare come - nel corso del 2010 - sia aumentato il numero di casi di traumatologia trattati presso la nostra struttura. Questo è da ricondurre, almeno in parte, all'accordo di collaborazione stipulato - a fine 2009 - con la Croce Verde di Lugano. La buona gestione dei pazienti traumatologici è stata parimenti favorita dal lavoro di équipe degli ortopedici, dalla gestione infermieristica, nonché dalla collaborazione assicurata dai medici chirurghi, che vantano un'ottima esperienza in questo ambito.

I campi in cui l'attività del centro di competenza dell'Ortopedia e della Traumatologia si è concentrata, sono stati i seguenti:

- la protesica di spalla (parziale e totale) per patologie degenerative e traumatologiche
- la protesica d'anca (parziale e totale) per via tradizionale e mini-invasiva: sia per patologie degenerative che traumatologiche
- la protesica di ginocchio (parziale e totale) con tecnica mini-invasiva per patologie degenerative
- mediante tecniche artroscopiche sono state curate le rotture della cuffia dei rotatori, l'instabilità della spalla congenita e post-traumatologica, le lesioni dei menischi e le plastiche legamentose del ginocchio, come pure alcune patologie della caviglia
- la chirurgia ricostruttiva della caviglia e del piede (come le dita a martello, l'alluce valgo e le lesioni legamentari della caviglia), come anche le lesioni traumatiche tendinee della caviglia e del piede
- la traumatologia degli arti superiore ed inferiori mediante tecniche standardizzate, come anche mediante metodiche e strumentazioni all'avanguardia
- la chirurgia ricostruttiva del bacino

Il nostro centro di competenza è stato inoltre nuovamente confermato - da alcune delle maggiori ditte produttrici di materiale protetico a livello mondiale -, quale centro di eccellenza e di riferimento nel Canton Ticino. La collaborazione con queste ditte su progetti di ricerca clinico-scientifica testimonia tanto la dinamicità del Centro, quanto le competenze dei professionisti che lo animano.

I chirurghi ortopedici della Clinica hanno inoltre tenuto relazioni e letture a congressi internazionali; partecipato, come istruttori, a corsi organizzati in diversi Paesi europei ed extra-europei; ed hanno - non da ultimo - pubblicato articoli su riviste scientifiche ortopediche ad alto impact-factor. Importante, in questo campo, l'apporto del dr. med. Matteo Denti, già presidente della «Società Italiana Ginocchio, Artroscopia, Sport, Cartilagine e Tecnologie Ortopediche» e del PD dr. med. Kaj Klaue, attivo in particolare all'interno della Fondazione AO.

Anche nel campo dell'ortopedia si può concludere che la creazione di un centro di competenza - e il rafforzamento dello stesso con figure professionali di ottimo livello - sta dando i propri frutti. Ai 5 medici specialisti in ortopedia e traumatologia che hanno garantito il buon funzionamento del centro per tutto il 2010, si è aggiunto - a inizio 2011 - il dr. med. Charles Freuler, il quale può vantare una pluriennale esperienza operatoria che andrà a tutto beneficio del paziente. Il buon andamento del Centro è confermato da un'attività in crescita, con un passaggio dei casi gestiti in regime stazionario - tra il 2003 e il 2010 - da 738 a 848 (+15%).

INTERVENTI (secondo codifica ICD 9)	
TIPOLOGIA	N°
SUL SISTEMA NERVOSO	50
SUL SISTEMA ENDOCRINO	11
SULL'OCCHIO	1'102
SULL'ORECCHIO	17
SU NASO, BOCCA, E FARINGE	288
SUL SISTEMA RESPIRATORIO	56
SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE	210
SUL SISTEMA EMATICO E LINFATICO	17
SULL'APPARATO DIGERENTE	504
SULL'APPARATO URINARIO	816
SUGLI ORGANI GENITALI MASCHILI	204
SUGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI	120
OSTETRICI	0
SULL'APPARATO MUSCOLOSCELETRICO	871
SUI TEGUMENTI	359
PROCED. DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE	197
CASI NON CODIFICATI	3'404



CENTRO DI COMPETENZA DI MEDICINA INTERNA

1'928	2'030	1'979	2'082
2007	2008	2009*	2010**

CASI OSPEDALIZZATI

3'138	4'059	4'080	2'826
2007	2008	2009*	2010**

CASI AMBULATORIALI

* Dati riclassificati secondo le nuove disposizioni per l'apertura dei casi stazionari
** Dati calcolati secondo le nuove regole per l'apertura dei casi ambulatoriali



Medicina interna

Dr. med. Pietro Antonini
Dr. med. Mario Beretta Piccoli
Dr. med. Andrea Canonica
Prof. dr. med. Andreas Cerny
Dr. med. Daniel Hagara
Dr. med. Jean Charles Kauffmann
Dr. med. Jean Pierre Lantin

Cardiologia

Dr. med. Jean Berubé
Dr. med. Ezio Foglia

Endocrinologia

Dr. med. Fabio Cattaneo

Gastroenterologia

Prof. dr. med. Peter Deyhle
Dr. med. Sandro Mossi
Dr. med. Cristiana Quattropiani Cicalissi
Dr. med. Helen Schaufelberger

Nefrologia

Dr. med. Claudia Ferrier-Guerra

Neurologia

Dr. med. Giorgio Bianchi
Dr. med. René Wullimann

Oncologia

Dr. med. Antonello Calderoni
Dr. med. Augusto Pedrazzini
Dr. med. Marco Varini
Dr. med. Francesco Zappa

Pneumologia

Dr. med. Gianfranco Bolognini
Dr. med. Gianluca Calderari

Psichiatria

Dr. med. Luca Genoni
Dr. med. Mario Vianello

RESPONSABILI DEL CENTRO DI COMPETENZA

Caposettore	Eleonora Liva
Caporeparto	Catia Intraina-Brusa
	Antonella Tramanzoli
	Assunta Di Nuzzo
Segretariato	Patrizia De Simone
	Lorena Lenzi
Suore di referenza	Suor Renata
	Suor Maria Valeria
	Suor Anna

STATISTICA ATTIVITÀ 2010

Casi stazionari Moncucco	1'525
Degenza media (<i>giorni</i>)	11.2
Casi stazionari San Rocco	557
Degenza media (<i>giorni</i>)	17.3
Casi ambulatoriali	2'826

Nel 2010 il profilo del centro di competenza della Medicina interna è stato confermato. La presa a carico viene garantita da 5 medici internisti - specialisti FMH con ampie competenze cliniche - i quali si appoggiano ad una fitta rete di medici specialisti. Questi ultimi intervengono nel processo diagnostico e terapeutico in qualità di medici consulenti. Questo garantisce al paziente la messa a disposizione di competenze specialistiche nei campi che maggiormente interessano la Medicina interna e, allo stesso tempo, favorisce una presa a carico globale dei disturbi di cui soffre lo stesso paziente. La presenza dei medici accreditati sul territorio (tutti e 5 i medici internisti dispongono di un proprio studio esterno alla Clinica), assicura al paziente una possibilità di continuazione della cura anche dopo la dimissione. La bontà del modello scelto, nonché le ottime competenze dei medici che animano il centro, sono testimoniate dalla continua crescita dell'attività, in particolare di quella acuta. In questo settore, i pazienti trattati in regime stazionario hanno superato le 1'500 unità, con un aumento annuo del 12%. Abbastanza stabile l'attività ambulatoriale, per la quale un paragone con l'anno precedente non è possibile a seguito dell'adozione di nuovi criteri per l'apertura dei casi.

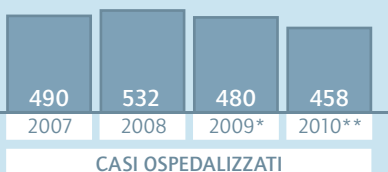
Importanti novità sono da segnalare nel campo della gastroenterologia, settore nel quale la Clinica Luganese - nel corso degli ultimi 5 anni - ha conosciuto importanti sviluppi, e che costituisce un particolare punto di incontro con la chirurgia viscerale. Ad inizio 2010, la dr. med. Cristiana Quattropani Cicalissi ha affiancato i gastroenterologi già attivi presso la Clinica in qualità di medici consulenti - la dr. med. Helen Schaufelberger, il dr. med. Sandro Mossi e il Prof. dr. med. Peter Deyhle - aumentando così il grado di copertura del servizio. L'arrivo della nuova dottoressa ha permesso di migliorare ulteriormente la continuità della presa a carico: sia in regime di degenza, sia in regime ambulatoriale. Grazie ad importanti investimenti tecnologici, e alle competenze specialistiche della nuova arrivata, nel 2010 sono state introdotte nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche: le ERCP o Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography e le endosonografie. I nuovi spazi inaugurati a fine 2008, in particolare la sala per le endoscopie, si sono rivelati particolarmente preziosi per lo sviluppo dell'attività gastroenterologica.

L'accordo di collaborazione siglato con lo Studio Mossi-Schaufelberger-Quattropani, garantisce alla Clinica Luganese la presenza continua di un gastroenterologo e anche un servizio di pichetto (24h su 24, 365 giorni l'anno) che ha già dimostrato la propria utilità e il suo ottimo funzionamento. La collaborazione con il Pronto Soccorso della Clinica, nonché quella con i medici curanti presenti sul territorio, è stata buona anche nel 2010, con la presa a carico di un elevato numero di pazienti ricoverati in regime di urgenza. Fondamentale, soprattutto nei momenti di maggiore afflusso, la flessibilità dimostrata dai medici e dal personale curante, i quali hanno saputo dare prova delle proprie capacità, garantendo - a tutti i pazienti che necessitavano di un'ospedalizzazione - la possibilità di essere presi a carico presso la nostra struttura.

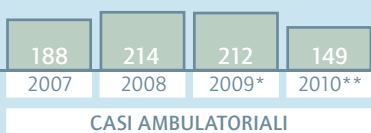
Ottima la collaborazione anche con gli ambulatori specialistici della Clinica, in particolare con quello di epatologia, diretto dal Prof. dr. med. Andreas Cerny, e con quello di oncologia, che fa capo al dr. med. Francesco Zappa. In entrambe le sottospecialità, le ospedalizzazioni hanno rappresentato - in casi selezionati - una valida alternativa alla gestione ambulatoriale della malattia. I casi di epatologia ospedalizzati sono stati seguiti direttamente dal Prof. dr. med. Cerny, in modo da garantire ai pazienti un'ottima continuità delle cure: sia sul piano sanitario, sia su quello umano. È importante segnalare il previsto arrivo, nel corso del 2011, del dr. med. Andrea Canonica, al quale sarà affidato il non facile compito di sostituire il dr. med. Mario Beretta Piccoli in qualità di medico accreditato del centro di competenza della Medicina interna. L'esperienza acquisita dal dr. med. Canonica tanto in ambito ospedaliero quanto all'interno del proprio studio medico sono però di ottimo auspicio, e gli permetteranno sicuramente di iniziare una proficua collaborazione con la nostra Clinica.

La valutazione del risultato ottenuto con la creazione del centro di competenza di Medicina interna, la conseguente creazione di una fitta rete di medici specialisti e l'inserimento puntuale di nuove figure specialistiche in grado di coprire le sottospecialità più importanti per la tipologia di casistica trattata, non può che essere positiva. Dal 2003 - anno che ha preceduto la creazione formale del centro di competenza della Medicina interna - al 2010, il numero di casi trattati in regime stazionario è aumentato di poco meno di 500 unità, con un incremento pari al 46%.

IV

CENTRO DI COMPETENZA
DI REUMATOLOGIA

CASI OSPEDALIZZATI



CASI AMBULATORIALI

* Dati riclassificati secondo le nuove disposizioni per l'apertura dei casi stazionari
 ** Dati calcolati secondo le nuove regole per l'apertura dei casi ambulatoriali



Dr. med. Numa Masina
 Dr. med. Mauro Nessi
 Dr. med. Andrea Badaracco

RESPONSABILI DEL CENTRO DI COMPETENZA

Caposettore	Eleonora Liva
Caporeparto	Giovanna Boscacci
Segretariato	Lorena Lenzi
Suore di referenza	Suor Angela

STATISTICA ATTIVITÀ 2010

Casi stazionari	458
Degenza media (<i>giorni</i>)	16.8
Casi ambulatoriali	149

Nel corso del 2010 il centro di competenza di Reumatologia ha conosciuto una sostanziale stabilità dell'attività. Il leggero calo evidenziato dalle cifre è da ricondurre in parte alla modifica delle regole per l'apertura di nuovi casi (sia a livello stazionario, sia ambulatoriale) e in parte all'assenza - per un periodo di media durata - di uno dei medici di riferimento del Centro.



Quanto avviato nel 2009 - nella fattispecie una maggiore integrazione del centro di competenza di Reumatologia con i servizi diagnostici (soprattutto la radiologia) e con gli altri centri, primo fra tutti quello dell'Ortopedia - ha potuto essere portato a termine nel corso del 2010. La presa a carico dei pazienti affetti da patologie reumatiche ha quindi segnato un ulteriore passo avanti verso la multidisciplinarietà.

Un altro importante obiettivo raggiunto alla fine del 2010 è rappresentato da una maggiore integrazione del servizio di Fisioterapia, e più precisamente dalla partecipazione regolare del fisioterapista alla visita medica. La discussione del caso tra reumatologo e fisioterapista costituisce infatti un tassello importante nella definizione del piano di cura e di riabilitazione. Un ruolo rilevante, a livello terapeutico, continua a svolgerlo la terapia eseguita in acqua. La piscina, realizzata con la nuova edificazione, si è rivelata funzionale e permette una buona presa a carico dei molti pazienti che beneficiano di questa struttura.

Ottima la collaborazione anche con il dr. med. Mario Vianello e con il dr. med. Luca Genoni, specialisti FMH in psichiatria, i quali sono chiamati ad affiancare il reumatologo nella valutazione delle complesse implicazioni psicosomatiche che - parte dei casi trattati nel Centro - conoscono. Il lavoro svolto con il paziente, unitamente all'approccio multidisciplinare, costituiscono - anche in questo campo - un vantaggio che non va sottovalutato e che permette di affrontare in modo ottimale situazioni molto complesse.

La professionalità dei medici attivi nel Centro, nonché l'approccio sopra descritto, vengono apprezzati tanto dai pazienti, quanto dai loro medici curanti.

Per i risultati raggiunti negli ultimi anni, la costituzione del centro di competenza di Reumatologia - avvenuta nel 2004 - può sicuramente essere valutata in modo positivo. I poco più di 450 pazienti ospedalizzati a causa di patologie reumatiche dimostrano l'utilità di questo servizio e il riconoscimento che lo stesso si è guadagnato sul territorio, soprattutto nel Sottoceneri.

V

CENTRO DI COMPETENZA
DI GERIATRIA

954	993	998	992
2007	2008	2009*	2009**
CASI OSPEDALIZZATI			

* Dati riclassificati secondo le nuove disposizioni per l'apertura dei casi stazionari
 ** Dati calcolati secondo le nuove regole per l'apertura dei casi ambulatoriali



Dr. med. Pio Eugenio Fontana
 Dr. med. William Pertoldi
 Dr. med. Franco Tanzi

RESPONSABILI DEL CENTRO DI COMPETENZA	
Caposettore	Eleonora Liva
Caporeparto	Mariagrazia Turcati
Segretariato	Patrizia De Simone
	Lorena Lenzi
Suore di referenza	Suor Savina

STATISTICA ATTIVITÀ 2010	
Casi stazionari Moncucco	619
Degenza media (<i>giorni</i>)	13.3
Casi stazionari San Rocco	373
Degenza media (<i>giorni</i>)	17.7

Stabile, nel 2010, l'attività del centro di competenza di Geriatria. Sono stati 619 i pazienti presi a carico in regime stazionario acuto, e 373 quelli che hanno potuto godere della continuazione delle cure nell'apposito settore del Centro. L'occupazione dei letti raggiunta nel corso degli anni (100% e oltre) non permette un'ulteriore crescita dei ricoveri, e questo malgrado la buona reputazione di cui il Centro gode tra i pazienti, i loro familiari e tra i medici curanti, i quali decidono di appoggiarsi alla Clinica Luganese per il ricovero delle persone da loro seguite.

L'anno appena concluso è stato sfruttato, dal personale medico e da quello di cura, per ultimare i lavori di unificazione dei due settori: quello acuto e quello per la continuazione delle cure. L'integrazione - sia logistica, sia organizzativa - ha dato i propri frutti e, nei prossimi anni, dovrebbe permettere di sfruttare in modo ideale il potenziale garantito dalla continuità del percorso di cura. Piccoli interventi mirati hanno inoltre consentito di ottenere ulteriori miglioramenti qualitativi, il tutto nel pieno interesse del paziente, messo costantemente al centro dell'attenzione dell'intera équipe.

La durata media della degenza nella parte acuta del Centro continua ad essere contenuta se confrontata con quella registrata nei reparti di altri ospedali svizzeri. Questo risultato è il frutto di un impegnativo lavoro quotidiano, che vede nell'approccio multidisciplinare l'elemento centrale. Particolarmente importanti risultano il costante dialogo con i famigliari e il supporto - loro garantito - dalle assistenti sociali, le quali - in collaborazione con i medici - cercano di individuare il percorso di cura ideale già pochi giorni dopo l'entrata in reparto. Contenuta anche la degenza media per quanto riguarda la continuazione delle cure. Malgrado il difficile stato di salute in cui versano parte dei pazienti ospedalizzati, l'estrema fragilità di parte dei casi trasferiti da altre strutture acute, e le non semplici condizioni sociali in cui si trovano alcune delle persone ricoverate presso il Centro, anche in questo settore l'approccio multidisciplinare - e la collaborazione delle assistenti sociali - ha dato buoni frutti.

Sempre importante il servizio garantito sul territorio per l'accettazione, in regime urgente, di malati polimorbidi, vittime di scompensi acuti e con necessità di una presa a carico medico-sociale globale. I pazienti - inviati, nella maggior parte dei casi, dal proprio medico curante - possono approfittare pienamente della disponibilità delle infrastrutture diagnostiche e terapeutiche della Clinica, nonché della vasta rete di medici. Questi ultimi garantiscono consulti specialistici in grado di aiutare il medico geriatra nella determinazione della diagnosi e nell'impostazione della terapia. Il rapido intervento assicura una stabilizzazione della situazione e la definizione di un percorso terapeutico, che consenta di sfruttare al meglio le possibilità esistenti all'interno della struttura (trasferimento nel settore del Centro destinato alla continuazione della cura e alla riabilitazione geriatrica), o al suo esterno (reparti ad alto contenuto sanitario, istituti di riabilitazione, servizi per l'aiuto domiciliare, ecc.). È importante sottolineare che, più della metà dei pazienti accolti nel reparto di geriatria acuta sono dimessi direttamente al proprio domicilio dopo le cure del caso.

Anche per i casi seguiti nell'ambito di una continuazione delle cure, o di riabilitazione geriatrica, l'obiettivo primario resta il rientro al luogo di provenienza (prevalentemente a domicilio o in casa per anziani). Sono pochi i casi che, dopo la dimissione, richiedono una continuazione della presa a carico in un ambiente medicalizzato.

Degno di nota è l'apporto, dato al reparto, da alcune figure professionali, tra le quali troviamo la neuropsicologa, il fisioterapista e l'infermiera specializzata nella cura delle ferite.

Per quanto riguarda la neuropsicologa, è importante segnalare la sua presenza regolare in reparto e la collaborazione con i medici geriatri. I bilanci neuropsicologici, eseguiti grazie ai diversi protocolli di valutazione adottati negli anni, hanno permesso nel tempo di aumentare la sensibilità in questo importante settore della geriatria, ottenendo analisi dettagliate delle prestazioni cognitivo-funzionali.

Ottima, infine, la collaborazione con il servizio di Fisioterapia, che ha sviluppato eccellenti competenze per la presa a carico - in ambito acuto e post-acuto - dei pazienti trattati dal centro di Geriatria. La particolarità dei casi - legata non tanto all'età dei pazienti, bensì alla polimorbilità e alla fragilità generale con le quali sono confrontati - richiede infatti un approccio differente, meno attento alla riabilitazione funzionale, e più concentrato - nel limite del possibile - sul ristabilimento delle funzioni capaci di garantire una sufficiente autonomia.

1 SERVIZIO DI RADIOLOGIA



Queste si rivelano spesso determinanti in fase di diagnosi, e risultano centrali anche nel campo della chirurgia e dell'ortopedia, al fine di definire il miglior modo di procedere in sala operatoria. L'attività ambulatoriale è rimasta sostanzialmente stabile, con spostamenti tra le differenti modalità. Significativo è stato l'aumento della risonanza magnetica e della radiologia convenzionale, mentre un calo è stato registrato nella densitometria. L'incremento della radiologia convenzionale è principalmente legata alla crescita dell'attività del Pronto Soccorso, mentre la diminuzione degli esami di densitometria ossea è da ricondurre allo spostamento del densitometro - da parte dell'Ente Ospedaliero Cantonale - dall'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio all'Ospedale Civico di Lugano. L'acquisizione, avvenuta nel 2009, del nuovo apparecchio Axiom Luminos DRF ha permesso di aumentare - nell'anno appena trascorso - la palette degli esami di radiologia interventistica, nonché di ottenere alcuni importanti miglioramenti per i pazienti, il personale tecnico e i medici radiologi. Tra questi, è importante citare:

- il considerevole miglioramento del flusso di lavoro
- la produzione di immagini nettamente più nitide
- l'abbattimento della dose media di radiazioni assorbite dal paziente (riduzioni calcolate tra il 30 e il 70%, a dipendenza dell'esame eseguito)
- l'ampliamento del campo d'utilizzo (nuovi esami possibili)
- il miglioramento ergonomico offerto dal piano di lavoro che, abbassandosi fino quasi al suolo, facilita il posizionamento del paziente

Nell'autunno del 2010 il team dei medici radiologi si è ulteriormente ingrandito grazie all'arrivo del dr. med. Pierfranco Riboldi, il quale ha garantito la sostituzione della dr. med. Francesca Bartolucci, assentatasi per un periodo di congedo. Egli continuerà a far parte del gruppo di Radiologia della Clinica anche dopo il rientro della Dottoressa.

RESPONSABILI DEL SERVIZIO

Medico	Dr. med. Lucio Foderà Pierangeli
Medici radiologi	Dr. med. Francesca Bartolucci Dr. med. Remigio Depaoli Dr. med. Amelia Giampietro Dr. med. Thomas Lacina Dr. med. Pierfranco Riboldi
Caporeparto	Giuseppe Conace
Suore di referenza	Suor Luigia Suor Angela

STATISTICA ATTIVITÀ 2010

Casi ambulatoriali	15'452
--------------------	--------

Anche nel 2010, quello di Radiologia si è confermato il servizio ambulatoriale che ha accolto il maggior numero di pazienti. Sono infatti stati più di 60 al giorno i casi - provenienti dall'esterno o dal Pronto Soccorso - che hanno approfittato delle prestazioni diagnostiche offerte nelle differenti modalità: risonanza magnetica, TAC, radiologia convenzionale, sonografia e densitometria.

A questi vanno aggiunti i pazienti degenti presso la Clinica, per i quali i medici accreditati hanno richiesto - durante il soggiorno ospedaliero - una o più indagini diagnostiche.

2 SERVIZIO DI FISIOTERAPIA



RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Caporeparto	Stefano Petazzi
--------------------	-----------------

STATISTICA ATTIVITÀ 2010

Casi ambulatoriali	933
--------------------	-----

Per il servizio di Fisioterapia, l'anno appena trascorso è stato sicuramente impegnativo, ma - al tempo stesso - molto soddisfacente. Dal punto di vista organizzativo e terapeutico, il carico di lavoro affrontato si è rivelato importante: tanto per l'attività sui pazienti degenti, quanto per quella sui pazienti ambulatoriali. Molta attenzione è stata indirizzata alla continuità delle cure, attraverso la valorizzazione e la definizione di un percorso di presa a carico (puntuale e strutturato) per i pazienti che - da degenti - proseguono poi la terapia in regime ambulatoriale. Le collaborazioni con i reparti di chirurgia, ortopedia e reumatologia - in particolare - hanno riservato risultati assai apprezzabili e, ancora oggi, rappresentano un potenziale per sviluppare ulteriormente l'attività a favore del paziente, il quale può approfittare appieno di un percorso riabilitativo ambulatoriale.

Il buon rapporto instaurato con gli specialisti che operano presso i centri di competenza della Clinica, ha permesso sia di consolidare la collaborazione, sia di stimolare la formazione continua dei fisioterapisti e di tutto il personale curante. La collaborazione con il servizio di Reumatologia per la presa a carico dei pazienti inviati dall'assicurazione SUVA - collaborazione avviata nel corso del 2009 - si è consolidata nel tempo e sta offrendo un riscontro più che positivo, tanto da parte dell'ente assicurativo, quanto da parte dei pazienti seguiti. La sinergia tra il centro di competenza di Medicina interna e il Cardiocentro Ticino, dal canto suo, ha offerto al nostro team l'opportunità di cimentarsi con un'inedita tipologia di paziente. Tale circostanza ha stimolato un propositivo e doveroso confronto con i colleghi del nosocomio luganese. Il dialogo instauratosi tra le due realtà - unitamente alla collaborazione interistituzionale - dovrebbero culminare, nel 2011, con l'implementazione di protocolli di cura comuni e con la realizzazione di momenti formativi collegiali. Con il team di fisioterapisti si sta affrontando un importante e mirato percorso di crescita continua che, ci auspichiamo, possa contribuire alla valorizzazione - in termini qualitativi e quantitativi - dell'offerta ambulatoriale.

In quest'ottica è utile menzionare gli sviluppi in corso, volti a creare un ambulatorio di rieducazione uro-ginecologica ed un'offerta - sempre ambulatoriale - per il trattamento delle patologie muscolo-scheletriche mediante un'apparecchiatura ad onde d'urto.

Il servizio di Fisioterapia ha accolto, nel 2010, un buon numero di allievi provenienti dalla SUPSI (formazione in fisioterapia) e - con ovvia soddisfazione - è stato prescelto, tra le molte sedi di stage sul territorio cantonale, quale sede di accompagnamento per gli allievi provenienti dall'estero nell'ambito del progetto Erasmus.

3

PRONTO SOCCORSO



Anche nel 2010 il Pronto Soccorso della Clinica Luganese ha riscontrato un buon successo, tanto tra i pazienti quanto tra i medici curanti, i quali - per ragioni diverse - hanno deciso di far capo alla nostra struttura. L'assunzione del dr. med. Manuel Gobbo quale medico fisso di Pronto Soccorso - ruolo nel quale ha affiancato il dr. med. Daniel Hagara - ha garantito una maggiore stabilità dell'équipe, nonché favorito una buona gestione dei casi, in un ambiente dove la conoscenza dei processi e della rete di presa a carico è molto importante. Con il suo arrivo, il dr. med. Gobbo ha sostituito i medici assistenti in rotazione. Questi ultimi, dal 2010, sono così chiamati a prestare servizio presso il Pronto Soccorso solo nel fine settimana ed in tarda serata. I dr. med. Hagara e Gobbo si occupano della prima presa a carico del paziente e del triage medico. In base alla patologia e ai risultati emersi dalle prime indagini diagnostiche, essi decidono se richiedere l'aiuto di un medico senior specialista, facendo capo alle liste dei picchetti che i medici della Clinica garantiscono in tutte le principali specialità (chirurgia, medicina interna, ortopedia e traumatologia, urologia).

La positiva esperienza fatta - combinando, all'interno degli stessi spazi, l'attività urgente con quella dell'ospedale di giorno - è proseguita anche nell'anno appena concluso. Questa soluzione permette infatti di mantenere più regolare il flusso dei pazienti, approfittando da una parte della presenza di casi pianificati con anticipo e, dall'altra, mettendo a disposizione un'équipe più numerosa per gestire gli arrivi imprevisti in Pronto Soccorso.

Buona, nell'anno appena conclusosi, la collaborazione assicurataci dalla Croce Verde di Lugano. L'accordo siglato alla fine del 2009 ha permesso di evitare i ricoveri impropri e ha regolato al meglio gli aspetti organizzativi della presa a carico dei casi urgenti trasportati in Clinica con l'ambulanza.

RESPONSABILI DEL SERVIZIO

Medici responsab.	Prof dr. med. Sebastiano Martinoli Dr. med. Pietro Antonini
Medici attivi	Dr. med. Daniel Hagara Dr. med. Manuel Gobbo
Caporeparto	Luigi Squartini
Segretaria	Elena Ardemagni

STATISTICA ATTIVITÀ 2010

Casi ambulatoriali	3'039
--------------------	-------

CAMPO ATTIVITÀ

Chirurgia
Ortopedia e Traumatologia
Medicina interna
Urologia

4

SERVIZIO
DI EPATOLOGIA

Nel corso del 2010 è stato inoltre potenziato il team delle aiuti medico: con il loro prezioso ed oscuro lavoro, esse consentono il buon funzionamento delle attività giornaliere del servizio di epatologia. Per quanto concerne le attività di ricerca, è importante segnalare la collaborazione con l'Inselspital di Berna. La stessa, formalizzata in un'apposita convenzione, riguarda principalmente la collaborazione nel campo della chirurgia epatobiliare e pancreatica complessa, e regola la presa a carico dei pazienti per i quali è previsto un trapianto del fegato.

Da segnalare anche la partecipazione del Centro ad alcuni protocolli di ricerca clinica. Tali ricerche hanno ottenuto spazio e visibilità su diverse pubblicazioni prestigiose. Sulla rivista "Gastroenterology", in particolare, è apparso un contributo dedicato ad uno studio sui fattori genetici che determinano la risposta o meno - da parte di persone portatrici dell'epatite C - alla cura con interferone. Sulla rivista "Hepatology" è stato invece pubblicato un secondo studio. Esso ha permesso di dimostrare che un prolungamento della cura con interferone, da 48 a 72 settimane, non comporta vantaggi per le persone che mostrano un lento abbassamento dell'attività virale durante la cura. Il Centro è stato anche promotore di diversi momenti formativi rivolti ai medici, in particolare grazie all'invito dei Professori Markus Heim di Basilea, Darius Moradpour di Losanna e Piero Andreone di Bologna.

Sempre forte la collaborazione del Centro con gli altri specialisti presenti in Clinica. In questo senso è importante segnalare l'arrivo, nel nostro istituto, della dr. med. Cristina Quattropani Cicalisi, la quale ha permesso di ampliare la disponibilità di esami diagnostici. Tra questi, vale la pena citare l'esecuzione di gastroscopie in urgenza, aumentando - in questo modo - la sicurezza dei pazienti; l'esecuzione di studi sulle vie biliari (ERCP), unitamente alle endosonografie del tratto digestivo alto, incluse le investigazioni sul pancreas.

RESPONSABILI DEL SERVIZIO

Medico responsab.	Prof. dr. med. Andreas Cerny
Medici attivi	Dr. med. Benedetta Terzioli
	Dr. med. Lorenzo Magenta
	Dr. med. Vanina Gurtner-de la Fuente

STATISTICA ATTIVITÀ 2010

Casi ambulatoriali	1'143
--------------------	-------

Nel suo quarto anno d'esercizio, l'ambulatorio di epatologia ha conosciuto un importante sviluppo: sia per quanto riguarda l'attività con i pazienti, l'organizzazione interna e le collaborazioni con altri medici ed istituti, sia per quanto concerne i momenti di formazione.

Nell'ambito dell'organizzazione è da segnalare l'arrivo del dr. med. Lorenzo Magenta, specialista che può vantare una vasta esperienza nel campo delle malattie virali, in particolare dell'HIV. La presenza del nuovo medico ha permesso di ampliare le competenze dell'ambulatorio in questi settori specialistici. Il dr. med. Magenta ha sostituito la dr. med. Marina Knöpfli, la quale, nel 2010, ha deciso di assumere nuove sfide professionali.

5

SERVIZIO
DI ONCOLOGIA

L'inizio dell'attività del servizio di Radioterapia della Clinica, datato gennaio 2010, ha portato non solo al raggruppamento - sotto lo stesso tetto - dei tre pilastri fondamentali dell'oncologia (chirurgia, radioterapia e oncologia medica), ma anche ad un flusso supplementare di pazienti oncologici. Proprio sulla spinta del potenziamento dell'offerta terapeutica in ambito oncologico da parte della Clinica Luganese, sono state poste le basi per lo sviluppo di un centro di competenza di Oncologia presso il nostro istituto. Questo nuovo servizio sarà concretizzato nel corso dell'anno appena iniziato, da una parte con la creazione di momenti d'incontro interdisciplinari suddivisi per specialità (i cosiddetti Tumor Board) per la discussione dei casi oncologici tra i principali attori coinvolti nella cura del paziente: chirurghi, urologi, gastroenterologi, radioterapisti, oncologi, medici curanti, ecc. Dall'altra, questa concretizzazione passerà da una migliore strutturazione della presa a carico stazionaria, garantita tanto da un maggior coinvolgimento dell'oncologo, quanto da una presa a carico multidisciplinare del paziente, mirata ad assicurargli un'ottimale continuità delle cure. Tale continuità dovrà essere garantita sia dalle diverse specialità coinvolte (chirurgia, radioterapia, oncologia medica), sia dalle forme di presa a carico e di erogazione delle terapie (ambulatoriale e stazionaria). Particolare attenzione godranno, nel 2011, l'integrazione delle cure palliative, la gestione del paziente terminale, nonché la garanzia della sicurezza nella somministrazione di chemioterapie.

L'ottima copertura medica del servizio - e la partecipazione degli stessi medici ad attività di ricerca clinica - garantiscono ai pazienti oncologici dei trattamenti ai più alti livelli qualitativi e, cosa importantissima, sempre al passo con i tempi.

RESPONSABILI DEL SERVIZIO

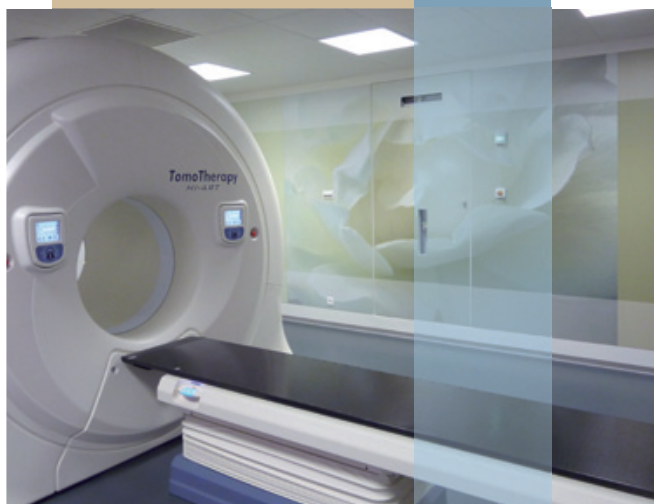
Medico responsab.	Dr. med. Francesco Zappa
Medici consulenti	Dr. med. Antonello Calderoni
	Dr. med. Augusto Pedrazzini
	Dr. med. Marco Varini
Caporeparto	Lucia Ponsanesi

STATISTICA ATTIVITÀ 2010

Casi ambulatoriali	225
--------------------	-----

L'ambulatorio di Oncologia della Clinica Luganese è stato aperto a febbraio del 2009 e - già nel corso di quell'anno - si era potuto assistere ad una crescita costante: sia del numero dei pazienti, sia delle visite mediche e delle terapie erogate. Nel 2010 l'attività dell'ambulatorio è stata confermata e potenziata, da una parte grazie alla già consolidata rete di collaborazioni interne alla Clinica (con i centri di competenza di Medicina, di Chirurgia e di Urologia), dall'altra in virtù di una maggiore visibilità esterna, con un aumento dei pazienti inviati direttamente all'ambulatorio di Oncologia da parte dei medici di famiglia attivi sul territorio.

6 SERVIZIO DI RADIOTERAPIA



RESPONSABILI DEL SERVIZIO	
Medico responsab.	Dr. med. Alessandra Franzetti Pellanda
Medico radioterap.	Dr. med. Giorgio Ballerini
Fisico responsab.	Dr. Stefano Presilla

STATISTICA ATTIVITÀ 2010

Casi ambulatoriali	216
--------------------	-----

Il centro di Radioterapia ha iniziato la sua attività clinica nel gennaio del 2010, conquistandosi - da subito - uno spazio di rilievo nel panorama sanitario cantonale nel settore della radio-oncologia. Sono stati presi a carico 216 casi, e trattati - in media - 24 pazienti al giorno.

Il team nel corso dell'anno è progressivamente cresciuto, con l'obiettivo di integrare nuove figure professionali altamente qualificate, scientificamente motivate e particolarmente attente alla presa a carico del paziente. L'interdisciplinarietà - garantita dallo scambio d'informazioni e da momenti di discussione comune tra i diversi specialisti - ha caratterizzato la linea di condotta del Centro nel corso di questo primo anno di attività.

I numeri testimoniano solo in parte la complessità di una struttura che è legata a doppio filo con la tecnologia avanzata. Seguire gli sviluppi della ricerca scientifica e clinica, così come assicurare il costante aggiornamento professionale del centro, sono due condizioni che richiedono la massima attenzione da parte del personale del servizio. La dr. med. Alessandra Franzetti Pellanda, responsabile del centro, è stata affiancata - nel corso dell'anno - dal dr. med. Giorgio Ballerini, il quale ha terminato la sua specializzazione presso l'ospedale universitario di Losanna (CHUV), dove ha acquisito un'importante esperienza clinica ma anche tecnologica. Il dr. Stefano Presilla - fisico responsabile - coordina un gruppo composto da altri due fisici. Tutti e tre hanno acquisito - nel tempo - importanti esperienze in realtà universitarie svizzere e americane: questo a garanzia della qualità del lavoro svolto quotidianamente, nonché della promozione di progetti di ricerca nel settore delle alte tecnologie applicate ai trattamenti oncologici. Grazie anche al sostegno finanziario esterno sono stati avviati - o sono in fase di sviluppo - diversi progetti scientifici di utilità pubblica.

Il servizio di radioterapia promuove con particolare interesse tutti gli aspetti legati alla qualità delle cure, non solo gli aspetti tecnici ma anche le terapie di supporto e l'alimentazione. Proprio a questo proposito, il Centro ha di recente avviato un progetto pilota - dal titolo "Il Gusto della Vita" - incentrato sulla cura dell'alimentazione in corso di radioterapia.

L'obiettivo per il 2011 è quello di proseguire nel solco sin qui tracciato, promuovendo - e coordinando - progetti di sviluppo e di ricerca in rete con altri centri svizzeri ed internazionali.

A complemento di un alto profilo tecnologico e scientifico, per tutto il personale rimane chiaro l'obiettivo primario: quello dell'attenzione al paziente come persona, con una presa a carico caratterizzata da grande professionalità e umanità.

7

LABORATORIO
D'ANALISI

Anche il 2010 è stato un anno particolare per il Laboratorio d'analisi della Clinica Luganese. Dopo la sostituzione, avvenuta nel 2009, delle principali apparecchiature d'analisi, nel corso dell'anno appena trascorso il laboratorio ha conosciuto un importante cambiamento logistico. Tutta l'infrastruttura è infatti stata trasferita in nuovi locali, che favoriscono una migliore organizzazione delle procedure di lavoro ed offrono al personale un comfort migliore.

Il 2010 ha fatto registrare un'ulteriore crescita in tutte le attività del laboratorio. In particolare, sono aumentati i dossier ambulatoriali legati al Pronto Soccorso (+ 20% circa), così come sono cresciute le analisi effettuate a favore dei pazienti degenti in Clinica. In questo settore, l'incremento è stato circa dell'8%. Il numero di richieste di analisi - eseguite a favore di pazienti degenti e ambulatoriali - si è attestato intorno alle 37'500 unità.

L'importante mole di lavoro derivata da queste richieste di analisi, ha potuto essere gestita senza alcun aumento di personale. Questo grazie al buon livello di organizzazione raggiunto, nonché al rinnovo delle apparecchiature.

RESPONSABILI DEL SERVIZIO

Medico responsab.	Dr. med. Mario Uhr
Caporeparto	Karin Bongarzone

STATISTICA ATTIVITÀ 2010

Casi ambulatoriali	277
--------------------	-----



Prof. dr. med. Sebastiano Martinoli
Spec. FMH in Chirurgia generale
e viscerale

Il futuro della medicina Parole d'ordine: mini-invasività ed iper-specializzazione

Intervista al Prof. dr. med. Sebastiano Martinoli

Mini-invasività ed iper-specializzazione. Il futuro della medicina va proprio in questa direzione?

«Di primo acchito questi due concetti potrebbero sembrare delle novità; in realtà, il fatto di cercare una minore invasività sul paziente - mantenendo pur tuttavia la medesima efficacia terapeutica - è un processo in atto da almeno 40 anni. Penso, ad esempio, alla chirurgia dell'ulcera duodenale. Una volta si praticava la resezione gastrica; successivamente, si è passati a forme più blande di intervento, come quelle che - attraverso il taglio dei nervi vaghi - cercavano di diminuire la secrezione gastrica. Al giorno d'oggi, proprio quella chirurgia, si è trasformata in una non-chirurgia. È infatti sufficiente somministrare una pastiglia che blocca l'acido dello stomaco, per riuscire a guarire praticamente tutte le ulcere, senza più dover ricorrere al bisturi.

Per quanto riguarda l'iperspecializzazione, preferirei togliere il prefisso «iper». La specializzazione è un fenomeno che - negli ultimi decenni - ha corso in parallelo all'enorme aumento delle conoscenze acquisite dalla medicina. Tutto questo fa sì che - al cosiddetto medico generalista - in molti casi non resti che stabilire, a grandi linee, il tipo di malattia e di cura. Egli deve sostanzialmente rinunciare ad essere l'esecutore materiale di tante terapie. Pensiamo, ad esempio, al chirurgo generale, il quale - esaminando una pancia - scopre un tumore al rene.

Fino a dieci, vent'anni fa, avrebbe probabilmente scelto di eseguire lui stesso l'asportazione del tumore. L'attuale complessità della cura combinata di un tumore renale fa sì che oggi, il chirurgo, chieda invece all'urologo e all'oncologo di eseguire la cura».

La mini-invasività - oltre ad aver reso gli interventi molto meno pesanti per i pazienti - ha pure accorciato notevolmente i tempi di degenza. Di fatto si sta dunque affermando la cultura del cosiddetto «fast track» (dimissione rapida). A suo modo di vedere, quali sono i vantaggi - rispettivamente i limiti - del «fast track»?

«È indubbio che le tecniche mini-invasive abbiano accorciato i tempi di degenza. Pensiamo, tanto per fare un esempio concreto, all'artroscopia nella chirurgia del menisco, che ha praticamente annullato la degenza mentre - 30 anni fa - l'operazione aperta costava al paziente circa 3-4 giorni di ricovero.

Lo stesso discorso vale per i calcoli della cistifellea che al giorno d'oggi - grazie alle tecniche laparoscopiche - vengono risolti con 3-4 giorni di degenza ospedaliera, mentre in passato, togliere la cistifellea, implicava un ricovero di almeno una settimana. Non si tratta soltanto di risparmiare giorni di degenza, bensì - ed è questa la cosa più importante - di diminuire i dolori dei pazienti. Un intervento di resezione dell'intestino eseguito in laparoscopia è spettacolarmente meno doloroso rispetto ad un intervento effettuato con il classico taglio. Lo sanno i pazienti, e lo sanno i medici.

Non sempre, però, si può fare ricorso a queste tecniche mini-invasive. Se, sotto la spinta delle casse malati e delle direzioni sanitarie, si cercherà di forzare la «degenza breve» per risparmiare sui costi, da una parte si vedrà crescere l'impegno infermieristico per ogni singolo caso; dall'altra, si rischierà di dimettere il paziente in condizioni non ancora sufficientemente valide per continuare la cura in regime ambulatoriale. Di conseguenza, aumenteranno i rischi di riammissione per complicanze».

L'adozione di tecniche operatorie sempre meno invasive e sofisticate impone a voi chirurghi un costante aggiornamento, nonché l'acquisizione di metodologie e abilità manuali sempre nuove. Questo implica che, ogni anno, un chirurgo deve prevedere - e pianificare - la partecipazione a determinati congressi internazionali?

«Nella medicina, chi non si aggiorna con costanza, è perso. Nelle scienze chirurgiche questo è ancora più importante. Il chirurgo che non segue congressi, corsi di formazione o seminari di pratica, è infatti destinato ad essere tagliato fuori, in breve tempo, dall'acquisizione di tecniche chirurgiche più innovative ed efficaci. Internet, i video di istruzione che si trovano in rete, nonché l'accesso alle banche dati possono fare tanto; ma è il contatto diretto con gli esperti - durante i congressi e i seminari - che permette di affinare la valutazione pratica delle novità.

Alcune innovazioni si presentano in maniera molto invitante e spettacolare. La chirurgia con il robot ne è un valido esempio. Attualmente, il robot costituisce più uno strumento di marketing che un vero vantaggio tecnico. Spiegarlo ai pazienti, talvolta, è davvero difficile!».

Una crescente iper-specializzazione implica il coinvolgimento di un numero sempre maggiore di figure specialistiche, in un'ottica di multi ed interdisciplinarietà. Al di là dell'efficacia della performance terapeutica, non c'è il rischio che si vada incontro ad una progressiva spersonalizzazione del rapporto con il paziente?

«Ha certamente ragione: il carico di informazioni - unitamente alla concentrazione sugli aspetti tecnici dell'atto chirurgico - intaccano il capitale di tempo necessario a prendere contatto con il paziente, con la sua cultura, con il suo ambiente e con i suoi affetti.

Noi ci sforziamo di inculcare, nei medici che imparano il mestiere del chirurgo, la convinzione che il paziente non è soltanto «una pancia da operare» o «una frattura da stabilizzare», bensì una persona con la «P» maiuscola; una persona con la quale va stabilito un contatto intenso, personale, affettuoso. Non c'è un paziente del quale io non conosca - almeno a grandi linee - la situazione familiare e professionale; e mi guardo bene dallo «scansare» il suo bisogno di parlare e di chiedere informazioni. La medicina che sottovaluta il rapporto personale con il paziente, è una medicina povera. Si devono e si dovranno fare sforzi importanti per far sì che i chirurghi abbiano il tempo necessario da dedicare alla relazione ed al colloquio con il paziente».

In Svizzera, si registra purtroppo una preoccupante carenza di medici, al punto che sta crescendo il fenomeno dell'importazione di professionisti dall'estero. Come mai, negli ultimi anni, la professione medica - nel nostro Paese - ha perso attrattività?

«Chi pensa che la medicina sia ancora quella del baobab - ossia quella di una lunga fila di negretti, privi del foglio malattia, da curare con altruismo all'ombra di un bell'albero - si sbaglia. Al giorno d'oggi una gran parte dell'occupazione del medico è fatta di lavoro burocratico. Disgraziatamente ogni novità nell'ambito della gestione delle cartelle, dei rapporti con le casse malati e con le autorità, impone nuovi formulari, nuovi doveri e balzelli amministrativi. Cito, a titolo d'esempio, la necessità di classificare le malattie, e di contare le operazioni, ad uso delle autorità. La recente modifica dei codici operativi, poi, ha immesso ulteriori paginate di codici supplementari, nonché causato lavoro in più.

L'introduzione della fatturazione con i famigerati DRG impone addirittura una classificazione eseguita da professionisti della materia! Le casse malati, ad ogni piè sospinto, chiedono giustificazioni sui ricoveri che durano oltre quello che sembra loro essere necessario. E, non da ultimo, i pazienti - quando hanno l'impressione che qualcosa sia andato storto nella terapia - non di rado fanno ricorso alle indagini del pretore, con il supporto degli avvocati.

Questi sono i fattori che non invogliano l'aspirante medico, mosso da slancio umanitario, ad abbracciare una professione afflitta da una grande mole di lavoro cartaceo. L'informatica, infatti, ha migliorato solo in minima parte la situazione.

Nel nostro Paese gli aspiranti alla professione medica sono ancora tanti; il collo della bottiglia è piuttosto rappresentato dalla limitata capacità delle nostre Università ad accogliere - e a formare - giovani medici. Ci siamo accorti troppo tardi che la medicina moderna richiede molti più medici di quanto non avvenisse in passato. Pensiamo, ad esempio, agli staff ospedalieri. Ho cominciato all'Ospedale Civico di Lugano con 7 assistenti e 2 capi clinica. Il dr. med. Von Huben, all'Italiano, gestiva il reparto con 3 assistenti e 1 capo clinica. Attualmente - i due reparti di chirurgia riuniti dell'Ospedale Civico e dell'Ospedale Italiano - contano circa 15 assistenti, 5 capi clinica, 3 capi servizio e 1 vice primario.

Le università, dal canto loro, continuano ad offrire praticamente lo stesso numero di posti di formazione di 30 anni fa. Abbiamo manifestamente perso il treno!

Dovremo ripensare le griglie di ammissione alle facoltà di medicina, rendendole più permeabili, nonché creare centinaia di nuovi posti di formazione per medici nelle università svizzere. Ciò richiede un reclutamento a tappeto di tutti coloro che sanno insegnare medicina, non solo nei centri universitari, ma anche nelle strutture sanitarie cantonali: tanto negli ospedali, quanto negli studi medici. Il Ticino, in questo senso, sta facendo i passi necessari per dotarsi di una struttura d'insegnamento medico da aggregare - con modalità coordinata - alle facoltà di medicina delle università svizzere».





Dr. med. Andreas Cerny
Spec. FMH in Medicina interna
e malattie del fegato

Il futuro della medicina Terapie sempre più personalizzate, grazie agli apporti della genetica

Intervista al Prof. dr. med. Andreas Cerny

È corretto affermare che le più recenti conoscenze ed acquisizioni nell'ambito della genetica stanno operando una vera e propria rivoluzione nel campo della medicina?

«Proprio in questi giorni si celebra il decimo anniversario dalla pubblicazione della sequenza completa del genoma umano. Lo sforzo di decifrare tale codice è stato il frutto di un enorme investimento di risorse: umane e tecnologiche. Questa importantissima conquista la dobbiamo ad un gruppo di investigatori, facenti capo a J. Craig Venter. Nel frattempo la tecnologia del sequenziamento del genoma intero di una persona è diventata automatizzata, miniaturizzata.

Pensate, il sequenziamento può essere effettuato nello spazio di qualche settimana, ad un costo di alcune migliaia di dollari!

Il confronto sistematico di persone affette da certe malattie con persone sane permette d'individuare le caratteristiche genetiche predittive di certe patologie. Fra queste figurano - tanto per citare solo alcuni esempi - malattie del sistema nervoso centrale, tumori, malattie cardiovascolari, allergie, nonché reazioni avverse a farmaci».

Il «sequenziamento» del genoma di una persona, permette davvero di individuare la presenza di ogni forma di predisposizione genetica nei confronti delle diverse patologie?

«Siamo solo all'inizio di un nuovo capitolo della medicina «personalizzata». In questo momento abbiamo cominciato a lavorare sui dati del genoma e a cercare di trovare i marcatori per le malattie più importanti.

Già oggi, però, risultano evidenti alcune limitazioni, che devono essere menzionate:

- *diverse patologie sono la conseguenza della presenza di molteplici marcatori, che agiscono insieme. Il valore predittivo dei singoli marcatori viene così diluito*
- *i fattori epigenetici (fattori legati a caratteristiche del DNA, non alla sequenza del DNA) sono importanti ed interagiscono con fattori del DNA. L'analisi dei fattori epigenetici richiede altre metodologie sperimentali*
- *i cambiamenti del DNA di singole cellule (mutazioni somatiche) possono trasformare tessuti normali in tessuti tumorali. Questi eventi sfuggono all'analisi del DNA del genoma standard. Pertanto richiedono analisi eseguite direttamente sui tessuti affetti, di regola sulle biopsie di tessuti tumorali»*

La medicina del futuro sarà dunque marcatamente «predittiva» e, di conseguenza, «preventiva»?

«Il progresso è presente solo in certi campi. Un esempio riguarda la cura dell'epatite C con Interferone.

Di solito con questo trattamento - che dura dai 6 ai 12 mesi - guarisce circa la metà dei pazienti. Ovviamente sarebbe importante sapere già prima di tentare la cura chi risponderà positivamente o meno.

Il nostro Centro di epatologia fa parte, da circa dieci anni, di una rete di ricerca: lo «studio Svizzero di coorte sull'epatite C», che ha lo scopo di studiare diversi aspetti di questa forma di epatite nel nostro Paese. Confrontando il genoma di persone che sono state curate e guarite con successo con Interferone e Ribavirina con quello di persone che non guarivano, si è potuta individuare una caratteristica nel loro DNA che - se presente - prediceva il successo della cura, mentre - se assente - controindicava di iniziare la terapia, date le scarse probabilità di successo. Lo studio - effettuato sotto il coordinamento di Pierre-Yves Bochud di Losanna - ha avuto un riscontro a livello internazionale ed è stato pubblicato, nel corso del 2010, sulla prestigiosa rivista «Gastroenterology». Il test è già disponibile, e ci permette di selezionare i pazienti che avranno il massimo beneficio dalla cura antivirale, evitando agli altri di sottoporsi inutilmente alla terapia. Si tratta, insomma, di un eccellente esempio di medicina personalizzata».

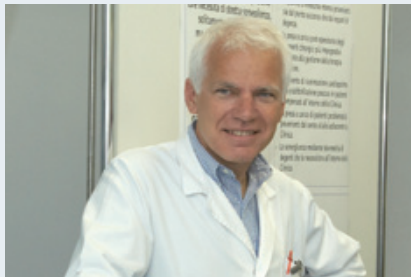
La tendenza è chiara: esistono sempre meno terapie standard, a beneficio di programmi terapeutici sempre più individualizzati e personalizzati. Stiamo andando verso una medicina anche più costosa? Come reagiranno le Casse Malati?

«Non nego che - spesso, all'inizio - le nuove tecnologie comportano costi maggiori. Tuttavia, l'esempio sopraccitato, illustra chiaramente come - personalizzare le cure - porti ad un risparmio dei costi. Un altro esempio proviene dal campo dell'oncologia. Attualmente, la cura di determinati tumori, viene fatta «su misura», grazie ai nuovi farmaci antitumorali che agiscono specificamente su aberrazioni della crescita delle cellule tumorali. Se - nelle cellule prelevate dal paziente - si riscontra un certo tipo di aberrazione, il farmaco viene somministrato, mentre - in assenza di questa aberrazione - i costi e gli eventuali effetti collaterali del farmaco possono essere evitati.

Quello della valutazione dell'adeguatezza e dell'economicità delle cure è un tema importante, che non può essere delegato solo ed esclusivamente ad un meccanismo tecnico-amministrativo quali sono le casse malati. Spero che in un prossimo futuro si trovi un correttivo, che metta di nuovo al centro il bene del paziente».

Si è parlato molto, e si continua a parlare, delle molteplici potenzialità delle cellule staminali. A suo parere, che ruolo giocherà - a medio e a lungo termine - la cosiddetta «medicina rigenerativa»? Un ruolo importante, oppure marginale rispetto a quello rivestito dalla genetica?

«Negli USA l'amministrazione Bush ha imposto riduzioni e limiti importanti sui fondi messi a disposizione dei ricercatori attivi nel campo delle cellule staminali. Queste limitazioni sono state revocate dal governo Obama, che - per contro - ha stanziato fondi più generosi alla ricerca mirata a ricreare cellule e tessuti funzionali, partendo da cellule staminali e cellule somatiche. La ricerca ha ottenuto successi importanti, dimostrando che - sotto l'influsso di fattori di crescita in laboratorio - tanti tipi di cellule possono essere «riprogrammate», in modo da acquisire funzioni di tessuti ben diversi da quelli d'origine. Questo campo è in rapido sviluppo e - in diversi settori - il progresso è impressionante come, ad esempio, nella ricostruzione della pelle. Limitati - almeno per ora - sono invece i progressi registrati nell'ambito della ricreazione di tessuti complessi di organi parenchimatosi o del sistema nervoso».



Dr. med. Axel Marx
Spec. FMH in Chirurgia
e Chirurgia vascolare

Il futuro della medicina Chirurgia vascolare: tra gold standard e nuove tecnologie

Intervista al Prof. dr. med. Axel Marx

In chirurgia - e quella vascolare non fa eccezione - vengono sviluppate ed adottate tecniche operatorie sempre più sofisticate e, di conseguenza, più costose. Il rapporto qualità-prezzo è sempre favorevole alle tecniche nuove, oppure - in certi casi - il ricorso a procedure chirurgiche di tipo tradizionale risulta tuttora più conveniente: sia sotto il profilo del risultato finale, sia dal punto di vista economico?

«Nella seconda metà negli anni '90 sono esplose le cosiddette tecniche «endovascolari». Invece di operare in maniera classica (aprire - riparare - chiudere), nelle tecniche endovascolari si entra nel vaso con un catetere speciale, per poi effettuare l'intervento in maniera mini-invasiva: per esempio dilatare o aprire un'arteria chiusa con un «palloncino» (angioplastica); posizionare una «rete» (stent) auto-espandibile per tenere aperto un vaso, fino all'esclusione di un aneurisma dell'aorta (dilatazione dell'aorta molto pericolosa) con una cosiddetta endo-protesi. È vero che il materiale di certe tecniche endovascolari è molto costoso. I risultati di queste nuove tecniche devono inoltre misurarsi sempre con il «gold standard» rappresentato dalla chirurgia vascolare.

Se confrontate con la chirurgia classica, in certi casi le nuove tecniche hanno un vantaggio: una semplice strettoia (stenosi) - o una corta occlusione di un'arteria delle gambe - oggi non vengono più operate.

In questi casi, infatti, l'intervento endovascolare di angioplastica può essere eseguito in maniera ambulatoriale e i costi complessivi - in confronto all'intervento classico (degenza, cure intense...) - sono pure inferiori e i risultati eccellenti.

Completamente diversa la situazione nel trattamento dell'aneurisma dell'aorta addominale. I costi del materiale della tecnica mini-invasiva sono decisamente superiori. Una protesi aortica, che viene usata per l'intervento «classico» (aperto), costa circa 1'200 franchi. La protesi endovascolare che usiamo noi costa invece 16'000 franchi. Anche se il paziente trattato con la tecnica endovascolare può essere dimesso più rapidamente e necessita meno giorni in cure intensive e meno farmaci, i costi complessivi del trattamento endovascolare sono probabilmente più alti. Insomma, i risultati della chirurgia tradizionale - in questo caso - sono in genere superiori. Una protesi posizionata a «cielo aperto» praticamente non darà mai problemi, mentre una protesi endovascolare ha almeno il 20% di probabilità di crearsi (comunque spesso risolvibili) nei primi 5 anni dalla posa. I pazienti curati con la tecnica mini-invasiva necessitano inoltre di controlli annui con una TAC addominale per escludere tali problemi. Questi controlli «vita natural durante» devono pertanto essere calcolati nei costi complessivi della tecnica endovascolare!

A questo punto, la posa di una protesi aortica endovascolare per l'esclusione di un aneurisma addominale è una tecnica costosa e inutile? Assolutamente no! Pazienti che hanno un rischio operatorio molto elevato (ad esempio per problemi cardiaci o epatici), oggi - grazie a questa nuova tecnica - possono essere curati con una maggior sicurezza.

La scelta della tecnica deve dunque essere adattata al singolo paziente, considerando in primis il risultato finale, senza però perdere di vista i costi del trattamento».

Un valido esempio in questo senso è rappresentato senza dubbio dall'intervento di angioplastica alla carotide...

«Sì. Fino a pochi anni fa, se una stenosi dell'arteria carotide (arteria che nutre il cervello) doveva essere trattata per evitare un ictus, era possibile solo l'intervento chirurgico. Con l'introduzione dell'angioplastica («palloncino»), era logico che anche le patologie delle carotidi venissero trattate con la tecnica endovascolare. La differenza tra il trattamento endovascolare di un'arteria delle gambe e quello di una carotide, però, è grande: se, durante la manipolazione endovascolare alla gamba, si stacca un piccolo pezzo dalla parete del vaso ed embolizza verso il piede, di solito non succede niente di irreversibile. Se, invece, la stessa cosa accade durante un'angioplastica della carotide, l'ictus è quasi inevitabile. Se pensiamo che questo intervento viene effettuato proprio per evitare l'ictus...

Malgrado questa inquietante particolarità, l'angioplastica della carotide continua ad essere praticata sempre più spesso. Vuoi perché questa tecnica apre il trattamento delle stenosi carotidiche ad altre specialità (radiologia, cardiologia, ...), vuoi perché l'impiego di nuove tecniche così sofisticate rappresenta un ottimo veicolo di carriera e di marketing personale.

Fino ad oggi nessuno studio serio ha dimostrato che l'angioplastica della carotide abbia almeno gli stessi risultati della chirurgia. In quanto ai costi, non c'è una grande differenza.

Dato che la chirurgia carotidea, al giorno d'oggi, viene effettuata in anestesia loco-regionale e quindi non è da considerarsi particolarmente invasiva, la tecnica endovascolare deve essere riservata al paziente che si trova veramente in uno stato generale molto precario. In questi casi il beneficio dell'angioplastica è dimostrato».

Chi decide di indirizzare il paziente verso una tecnica chirurgica piuttosto che un'altra? E su quali fondamenti si basa, o si dovrebbe basare, questa decisione?

«Ci sono tre specialità mediche che si occupano dei pazienti vascolari: l'angiologia, la radiologia invasiva e la chirurgia vascolare. L'angiologia è una sottospecialità della medicina interna. L'angiologo si occupa prevalentemente della diagnosi, dell'epidemiologia e del trattamento conservativo delle malattie vascolari. Il radiologo invasivo esegue interventi endovascolari (angioplastica con il «palloncino», posa di stent, ...).

Idealmente i casi vascolari arteriosi vengono discussi tra i tre specialisti. In conclusione, però, dovrebbe essere il chirurgo a prendere la decisione finale. È il chirurgo vascolare, infatti, a disporre senza dubbio delle maggiori possibilità terapeutiche. Se la tecnica endovascolare fallisce, o se interviene una complicazione, è il chirurgo vascolare ad essere chiamato per «salvare» una situazione spesso complessa e molto pericolosa. Al contrario della radiologia invasiva, la chirurgia vascolare (come anche l'angiologia) è una specialità cosiddetta «clinica»: il chirurgo visita nel proprio ambulatorio i suoi pazienti, prima e dopo l'operazione; li segue anche nella fase post-operativa, appoggiandosi ad una struttura con letti e cure intensive. Il radiologo invasivo, invece, non ha una formazione clinica e, quindi, non può avere la stessa esperienza nella valutazione del paziente.

La decisione comunque non dipende in primis dalla persona, ma si deve basare sul risultato finale. Spesso, purtroppo, la scelta è invece influenzata da fattori politici o infrastrutturali (assenza di specialisti, cure intense, apparecchiatura radiologica), o dalle possibilità offerte dalle tecniche delle quali si dispone.

I principi della «evidenced based medicine» sono sempre da applicare con rigore».

Immagino che voi chirurghi subiate non poche pressioni da parte delle aziende produttrici di strumenti e dispositivi operatori... Come riuscite a gestire questi tentativi di «condizionamento»? «Le pressioni dirette delle aziende sono facili da evitare: basta semplicemente non mettersi in un rapporto di dipendenza finanziaria, o morale, dalle ditte produttrici. Molto più difficile da «gestire» è la pressione che viene dal paziente «informato» - spesso però «mal informato» - da una lobby troppo interessata.

L'intervento endovascolare per l'esclusione dell'aneurisma dell'aorta addominale sopraccitato, ne è un buon esempio: è ovvio che un'azienda preferisca vendere una protesi che costa 16'000 franchi, anziché una da 1'200. È altrettanto ovvio che in un prezzo alto ci sia più margine ... C'è quindi il rischio di una tacita alleanza tra l'industria e i medici interessati. Inoltre, come accennato sopra, l'uso di tecniche particolarmente sofisticate e considerate prestigiose, è un ottimo strumento di carriera e di marketing. Non stupisce quindi che il paziente «informato» spesso sappia solo la metà della verità, ossia i vantaggi della tecnica endovascolare e gli svantaggi di quella classica. Queste pressioni indirette delle aziende sono molto più pericolose!».

Chiudiamo con una notazione di carattere più «umano». Come e quanto è cambiato, nel corso degli ultimi anni, il rapporto tra medico e paziente?

«Molto. Una volta il medico era quasi un essere superiore: il paziente ubbidiva e, a volte, subiva. Per fortuna io non ho vissuto questi tempi. Credo fortemente in una relazione tra medico e paziente che si basi sulla fiducia reciproca: fiducia del paziente verso il medico ma anche fiducia del medico verso il paziente! Non credo invece molto nei formulari del tipo «informazione ai pazienti», firmati e messi nella cartella clinica a prova di futura memoria. È ovvio che, oggi, questi formulari debbano essere compilati per forza. Ma non sono i formulari che creano un rapporto di fiducia e, sicuramente, non evitano problemi giuridici.

Il paziente - informato grazie al passaparola e, spesso, all'aiuto di internet - è giustamente diventato critico. Come dimostra l'esempio dell'endograft aortico, a volte l'informazione del paziente è solo parziale, o addirittura non corretta. Solo la fiducia reciproca - e nessun formulario - costituisce la giusta base per dare al paziente una corretta informazione, nonché per creare un rapporto umano e, nello stesso tempo, professionale».







Prof. Piero Martinoli
*Presidente dell'Università
 della Svizzera Italiana*

Il futuro della medicina L'USI avrà il suo Master in Medicina?

Intervista al Prof. Piero Martinoli

Negli ultimi tempi è stabilmente alla ribalta della cronaca la questione relativa alla possibile introduzione - all'Università della Svizzera italiana - di un Master in Medicina. Prima di proseguire nel discorso, però, è oltremodo opportuno fare subito chiarezza: tale Master non sarebbe una specializzazione post-universitaria, bensì farebbe parte integrante del percorso di studi che conduce alla laurea.

Prof. Martinoli, perché introdurre il Master in un Cantone dove - almeno attualmente - non esiste una Facoltà di Medicina?

«Oltre a contribuire a risolvere un grave problema nazionale - la penuria di medici - i benefici derivanti da questo progetto sono numerosi ed a vantaggio di tutti. Offrendo un Master in Medicina riusciremmo ad aumentare ulteriormente l'attrattiva della nostra regione come destinazione di studio, di ricerca e di imprenditorialità. Aprendoci alla medicina non si aggiungerebbe semplicemente un master in più all'USI: si schiuderebbero anche nuove sinergie tra diverse discipline, inedite opportunità di didattica e di ricerca, nonché nuove possibilità di collaborare con i diversi istituti che da anni lavorano nel settore».

Com'è stata accolta l'ipotesi di un Master in medicina all'USI, quindi in Ticino, da parte degli altri Cantoni e dagli atenei che - invece - dispongono già di una Facoltà di Medicina?

«Esiste una forte convergenza di interessi in tutta la Svizzera non solo a livello politico, ma anche in ambito accademico-scientifico, che punta ad aumentare l'offerta formativa in medicina con l'obiettivo di trovare una soluzione ragionevole al problema della penuria di personale medico evocato pocanzi. Non mi sorprende quindi che il nostro progetto, dopo aver suscitato qualche iniziale apprensione, sia ora guardato con favore e interesse da diverse Facoltà esistenti, che più volte hanno manifestato la seria volontà di collaborare con noi».

L'operazione «Master in Medicina» - qualora si facesse - vedrebbe il coinvolgimento di diverse istituzioni (pubbliche e private) e di molte risorse, anche economiche. A suo avviso, vi sono le premesse perché tutto questo si realizzi?

«Sono convinto che - davanti alla portata potenziale di questo progetto - il nostro Cantone sarà in grado di «fare sistema». Da un punto di vista finanziario, tenendo conto dei costi per il solo insegnamento e continuando a finanziare la ricerca con fondi terzi, l'operazione risulta impegnativa, ma sopportabile per le finanze cantonali. Da un punto di vista scientifico, la ricerca clinica crescerebbe sia in termini quantitativi che qualitativi.

Secondo una stima del gruppo di studio, qualora riuscissimo a creare il Master in collaborazione con un'altra Facoltà di Medicina svizzera, i fondi per la ricerca clinica ticinese dovrebbero crescere di circa il 25%. Ma non prevediamo solo un incremento quantitativo: gli istituti che già oggi fanno una ricerca clinica di alto livello beneficerebbero di nuove e stimolanti opportunità sia grazie al nuovo Master, sia grazie alla più stretta collaborazione con le Facoltà d'Oltralpe».

Concretamente, a che punto è il progetto? E quante probabilità vi sono, che lo stesso, si trasformi in realtà?

«Siamo ancora in una fase preliminare di questo ambizioso progetto, ma ottimisti: la prima fase esplorativa è andata a buon fine e il rapporto di fattibilità elaborato dal gruppo di studio è stato sottoposto al Consiglio di Stato il quale dovrà valutare se dare un ulteriore mandato all'USI per elaborare, in collaborazione con l'EOC e il DECS, un progetto dettagliato di Master in Medicina. Sulla base di questo studio approfondito, il Consiglio di Stato potrebbe preparare un messaggio da sottoporre in ultima istanza al Gran Consiglio. Non si parla di tempi brevi: se tutto andasse a buon fine, il Master inizierebbe non prima del 2015 - 2016».





Consiglio di Amministrazione

Avv. Renzo Respini (*Presidente*)

Membro del Consiglio di Amministrazione dal 2002. Renzo Respini è avvocato e notaio a Lugano. È stato consigliere di Stato del Cantone Ticino dal 1983 al 1995 e consigliere agli Stati dal 1995 al 1999. Mandati in seno a consigli di amministrazione: Alp Transit SA, Banca del Gottardo, Nuova società editrice del Giornale del popolo SA e altri in piccole medie imprese in Ticino.

Suor Roberta Asnaghi

Membro del Consiglio di Amministrazione dal 2004. Suor Roberta Asnaghi ha conseguito il diploma di commercio in Italia e a Lugano, e il diploma di laborantina presso la scuola cantonale di Locarno. Ha conseguito il diploma di Teologia presso la Pontificia Università Lateranense a Roma. È stata direttrice della Clinica San Rocco - Lugano dal 1983 al 2004, Consigliera Generale della Congregazione dal 1992 al 2007, e Superiore della Comunità della Clinica San Rocco-Lugano.

Suor Carmen Leonuro

Membro del Consiglio di Amministrazione dal 2002. Ha conseguito il diploma presso la scuola commerciale e quello di infermiera professionale presso l'Ospedale Santo Spirito di Roma. Prima di assumere la carica di economista generale della Congregazione con mansioni amministrative e gestionali, ha svolto mansioni di infermiera professionale e di coordinamento presso l'Ospedale Valduce nel servizio di Chirurgia generale, nella sezione trasfusionale e nella scuola infermieristica distaccata presso l'Ospedale Valduce.

Avv. Fabio Bacchetta Cattori

Membro del Consiglio di Amministrazione dal 2000. Fabio Bacchetta Cattori è avvocato, con studio legale proprio da un ventennio a Locarno. Dal 2003 è deputato in Gran Consiglio Ticinese. È attivo da anni in diversi enti di pubblica utilità, sia a livello cantonale, che nazionale. È membro del Consiglio di Amministrazione dell'Azienda Elettrica Ticinese e di Radio Fiume Ticino. È stato assistente di diritto pubblico presso l'Università di Friburgo.

Mario Crivelli

Membro del Consiglio di Amministrazione dal 2000. Mario Crivelli ha una formazione professionale quale controller, con conseguimento del relativo diploma federale; è stato attivo per oltre trent'anni nel settore assicurativo. Dal 1994 è titolare di GFP mediconsul Ticino e GFP mediconsul informatica, due società di consulenza economica per medici e dentisti.

Dr. oec. HSG Luca Stäger

Membro del Consiglio di Amministrazione dal 1999. Luca Stäger, ha studiato scienze economiche e aziendali ed ha ottenuto il dottorato in ricerca in economia aziendale presso l'Università di San Gallo (HSG). In passato è stato ricercatore presso l'Istituto di scienze finanziarie e fiscali dell'Università di San Gallo, consulente presso la Price Waterhouse di Zurigo nei settori farmaceutico, sanità e aziende non profit, e dopo alcune altre esperienze nel settore pubblico e privato è stato Direttore dell'ospedale regionale di Lachen fino al 2007. Attualmente è direttore del Gruppo Tertianum. Tra le altre attività svolte quella di formatore nel progetto di formazione manageriale in Bulgaria condotto dal Dipartimento della Sanità e della Socialità per conto dell'OMS, docente al Master of Advanced Studies in Economia e Gestione Sanitaria e Sociosanitaria (NET-MEGS) dell'Università della Svizzera Italiana e membro della Commissione di esperti REK per conto dell'Associazione degli ospedali svizzeri H+.

Pietro Regazzoni

Membro del Consiglio di amministrazione dal 2009, Pietro Regazzoni è nato nel 1964 a Como, città ove attualmente risiede. Laureato in Economia e commercio presso l'Università Cattolica di Milano è dipendente presso l'Ospedale Valduce di Como dal 1987. Dopo una prima esperienza presso i Sistemi informativi dell'ospedale, ha svolto sino al 2004 il ruolo di Controller come responsabile del Controllo di gestione. Da tale anno ricopre il ruolo di Direttore del Servizio economico e finanziario dell'Ospedale Valduce. Dal 2005 al 2007 ha assunto inoltre la carica di Presidente della Valduce Servizi S.p.A..



Amministratrice delegata
Suor Roberta Asnaghi
Direttore
Christian Camponovo
Consiglio di Direzione
Dr. med. Pietro Antonini
Suor Roberta Asnaghi
Christian Camponovo
Cristiano Canuti
Dolores Gehringer
Eleonora Liva
Dr. med. Alexander Metzdorf
Maria Pia Pollizzi
Dr. med. William Pertoldi
Dr. med. Luca Rondi
Direzione Medica
Dr. med. Pietro Antonini (<i>direttore sanitario</i>)
Dr. med. Gianni Casanova
Dr. med. Numa Masina
Dr. med. Alexander Mezdorf
Dr. med. William Pertoldi
Dr. med. Lucio Foderà Pierangeli
Dr. med. Luca Rondi (<i>direttore medico</i>)
Dr. med. Franco Rossi
Capoinfermiere
Eleonora Livi
Maria Pia Pollizzi
Responsabile finanze
Dolores Gehringer
Responsabile risorse umane
Cristiano Canuti
Responsabile servizio alberghiero
Ester Capochiani
Responsabile servizio tecnico
Roberto Balmelli
Responsabile farmacia
Claudia Brogginì
Responsabile qualità
Raul Suarez

Impressum

Editore: Clinica Luganese SA

Direzione del progetto: Christian Camponovo

Design e art direction: Humus Brand Culture Sagl

Stampa: Grafica Bellinzona SA

Stampato su carta Munken Polar hochweiss



Moncucco e San Rocco

Clinica Luganese SA
Via Moncucco 10
c.p. 624
6903 Lugano

Tel +41 (0)91 960 81 11
Fax +41 (0)91 966 76 31
www.clinicaluganese.ch
info@clinicaluganese.ch

