

Dipartimento delle opere sociali
Ufficio del medico cantonale

**ISTITUTO DI CURA
VALMAGGESE**

Bisogni, soluzioni e raccomandazioni

Giugno 2001

Repubblica e Cantone del Ticino
6501 Bellinzona

Salute pubblica No 13

Citazione suggerita: Guglielmetti A, Monotti R, Mossi G, Poncini M, Cassis I.
Istituto di cura Valmaggese.
Bellinzona: Ufficio del medico cantonale, 2001
(Salute pubblica, 13)

Autori: dr med. Ignazio **Cassis**, Medico cantonale, Bellinzona
dr med. Antonio **Guglielmetti**, FMH medicina generale, Maggia
dr med Rita **Monotti**, FMH medicina interna,
Primario Ospedale di Cevio, Cevio
dr med Giuseppe **Mossi**, FMH medicina generale, Maggia
dr med Marco **Poncini**, medicina generale, Cevio

Indirizzo: Ufficio del medico cantonale
Via Dogana 16
CH – 6501 Bellinzona
Telefono +41 (0)91 814 4002
Fax +41 (0)91 814 4446
e-mail dos-umc@ti.ch
web www.ti.ch/med

Questo rapporto è disponibile su internet:

<http://www.ti.ch/med>

Sommario

1. Introduzione	4
2. Analisi della situazione	5
2.1 Contenuto del progetto CdS “Centro sociosanitario”	5
2.2 Situazione attuale	6
2.3 Fabbisogno sanitario	6
2.3.1 Dati statistici	7
2.4 Osservazioni dei medici sul progetto CdS	9
2.4.1 Unità per invalidi	9
2.4.2 Il Pronto soccorso (PS)	10
2.4.3 Servizi di fisio- ed ergoterapia, radiologia	11
3. Nuova proposta	11
3.1 Cevio	11
3.2 Someo	13
3.3 Soggiorni temporanei ad alto contenuto sanitario	13
3.3.1 Presenza medica	13
3.3.2 Dotazione di personale curante	14
3.3.3 Finanziamento	15
3.4 Studio medico	15
4. Conclusioni	16
4.1 Generali	16
4.2 specifiche	16
5. Raccomandazioni	17

1. INTRODUZIONE

Il Progetto di pianificazione ospedaliera ed Elenco degli stabilimenti autorizzati ad esercitare a carico dell'Assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal), licenziato dal Consiglio di Stato il 20 dicembre 2000, prevede l'esclusione dell'ospedale di Cevio dall' " *Elenco degli stabilimenti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal*", art. 39.1.

Quest'esclusione ha suscitato abbondanti discussioni e incontrato l'opposizione delle autorità locali della Vallemaggia. La discussione si è rapidamente spostata sul piano politico, coinvolgendo anche la popolazione (vedi petizione). In particolare contro l'esclusione dall'Elenco, le autorità della Vallemaggia oppongono ragioni di politica regionale.

L'ospedale, oltre ad assumere carattere simbolico soprattutto per l'impegno sociale e comunitario della Valle, rappresenta un appoggio apprezzato per l'assistenza sanitaria dei valmaggesi. Quest'effetto – ancorché incontestato - appare cionondimeno di secondaria importanza rispetto all'effetto prodotto dal nosocomio quale fonte di reddito per una parte della popolazione.

L'Istituto di ricerche economiche del Cantone ha infatti rilevato che l'ospedale di Cevio ha un impatto considerevole - rispetto all'economia della regione - soprattutto sulla massa salariale e, di conseguenza, sul gettito fiscale ¹. L'impatto misurato in termini di prestazioni ospedaliere appare invece di minor importanza.

Sulla scorta di queste osservazioni, e ritenuto che la LAMal - nell'interpretazione datale dal Consiglio federale - non può avere quale finalità il mantenimento o la promozione di una politica regionale ², il Dipartimento delle opere sociali ha promosso la ricerca di soluzioni per una possibile riconversione del nosocomio verso funzioni più consone da un lato con la sua attuale attività e, dall'altro, con i bisogni sanitari futuri della popolazione. La riconversione deve poi essere particolarmente attenta al mantenimento dell'indotto economico, in un'ottica di politica regionale.

In collaborazione con l'Ente ospedaliero cantonale è dunque stato celermente elaborato un progetto di riconversione ³, approvato dal Consiglio di Stato il 20 dicembre 2000. La rapidità con la quale è stato necessario procedere, non ha permesso un'ampia consultazione del progetto, in particolare modo con i medici attivi presso l'attuale Ospedale e con i medici attivi nel territorio della Vallemaggia.

Il progetto, pur conforme con l'analisi dell'IRE e con gli indirizzi di politica regionale, ha incontrato resistenze anche dal punto di vista dei contenuti sanitari. I medici del nosocomio e quelli della Valle hanno infatti espresso le loro perplessità e la loro posizione è stata ascoltata dalle autorità della Valle. Ciò è emerso in particolar modo durante l'incontro-dibattito tenutosi a Cevio in data 25 aprile 2001. Ulteriori colloqui, in particolare l'incontro

¹ Lurà P, Alberton S. *Il sistema cantonale degli ospedali pubblici - Valutazione dell'impatto socio-economico e territoriale IRE*, maggio 2000.

² Decisione del CF 17 febbraio 1999 sui ricorsi contro la pianificazione del Cantone Zurigo (RAMA 3/1999, pp. 211 ss)

³ Rapporto del Consiglio di Stato. *Proposta di nuovo Centro sociosanitario di Cevio/Someo*. Bellinzona, settembre 2000.

del 30 aprile 2001 a Bellinzona tra il DOS e una delegazione della Valle, hanno evidenziato la necessità di disporre di una proposta più strettamente medica, così da tenere meglio in considerazione i bisogni sanitari dei pazienti, come percepiti ed espressi dai medici locali.

Per questa ragione il Medico cantonale è stato incaricato di approfondire la questione con i colleghi della Valle e di fornire una specifica proposta. In data 8 maggio 2001 vi è stato un incontro, presso l'ospedale di Cevio, tra gli autori di questo documento, ad eccezione del dr Mossi, che non ha potuto presenziare personalmente.

Il lavoro ha considerato le seguenti premesse, che dovevano essere accettate:

- a) l'Ospedale è escluso dall'Elenco degli stabilimenti LAMal;
- b) il dettaglio finanziario della presente proposta sarà valutato da terzi;
- c) la proposta si concentra unicamente sul fabbisogno sanitario.

2. ANALISI DELLA SITUAZIONE

2.1 CONTENUTO DEL PROGETTO CDS "CENTRO SOCIOSANITARIO"

Il progetto coinvolge le seguenti strutture:

- | | |
|---|----------------|
| - l'attuale Ospedale (propriamente detto), | 32 posti letto |
| - la casa per anziani inserita nel medesimo edificio, | 34 posti letto |
| - la casa per anziani di Someo (perché gestita dal medesimo ente) | 18 posti letto |

84 posti letto

La **missione originale** di queste strutture era, conformemente a LAMal e Legge sanitaria, la seguente:

- | | |
|----------------------|---|
| - Ospedale di Cevio: | cure ospedaliere somatiche acute |
| - CpA Cevio: | assistenza sociosanitaria per residenti "a vita" |
| - CpA Someo: | assistenza sociosanitaria per residenti max 3 mesi ("soggiorni temporanei") |

La riconversione proposta con il progetto CdS 20 dicembre 2000 era la seguente:

- | | | | |
|---------------------|---|----------------------------------|----------------|
| - Ospedale di Cevio | → | Unità d'accoglienza per invalidi | 11 posti letto |
| - CpA Cevio | → | CpA Cevio (allargata) | 45 posti letto |
| - CpA Someo | → | Soggiorni temporanei anziani | 14 posti letto |

70 posti letto

Accanto all'Unità per invalidi – quale nuova destinazione di parte dell'Ospedale, la nuova casa per anziani di Cevio continuerebbe ad offrire i seguenti Servizi:

- Pronto soccorso, quale presidio sanitario di primo intervento (gestito dall'EOC)
- Servizio di radiologia, annesso al PS (gestito da EOC)
- Servizio di ergo- e fisioterapia, (gestito da EOC)
- Base del Servizio d'assistenza e cura a domicilio (Equipe valmaggese)

La proposta del CdS è prioritariamente attenta a mantenere piuttosto stabile l'indotto economico, quale espressione di una politica regionale attiva. Complessivamente, il riorientamento delle strutture di Cevio e di Someo non comporta oneri supplementari a carico dei Comuni della Vallemaggia.

2.2 SITUAZIONE ATTUALE

Differentemente da quanto previsto dalla missione originale, le tre strutture in questione assolvono attualmente missioni evolute con il tempo.

	Ospedale di Cevio	CpA di Cevio	CpA di Someo
Missione originale	Cure somatiche acute	Assistenza sociosanitaria per residenti a vita	Assistenza sociosanitaria per residenti max 3 mesi (soggiorni temporanei)
Missione attuale	Cure somatiche postacute, convalescenza, "psicogeriatría"	Assistenza sociosanitaria per residenti "a vita"	Assistenza sociosanitaria per residenti "a vita".

Il progetto CdS propone dunque un **importante cambiamento di missione** per l'attuale Ospedale, che affiancherebbe alle attività di Pronto soccorso una Unità d'accoglienza per invalidi.

L'attività di casa per anziani presso lo stabile ospedaliero di Cevio resterebbe inalterata. L'attività di casa per anziani di Someo ritroverebbe invece la sua missione originale, nel frattempo soffocata dalla pressione di ricoveri definitivi.

2.3 FABBISOGNO SANITARIO

La valutazione dei bisogni sanitari di una popolazione rappresenta un campo di ricerca molto complesso, che non ha ancora trovato né risposte definitive, né risposte solide dal profilo metodologico.

In genere è considerato "fabbisogno sanitario" la radiografia del consumo attuale di prestazioni mediche. Tuttavia, ritenuto per il settore sanitario l'insolito rapporto esistente tra domanda e offerta, altri elementi di analisi (*benchmarking*) possono essere più adeguatamente adottati. Per esempio il volume di prestazioni sanitarie consumate nel Canton Ticino è superiore a quello nazionale. Ammettendo che la Svizzera è globalmente

un Paese evoluto e ricco, ove l'accesso alle cure è ovunque garantito e (per ora) senza liste d'attesa, e ammettendo che la struttura della popolazione e l'epidemiologia svizzera non diverga sostanzialmente da quella ticinese, allora dovremmo concludere che la probabilità che gli svizzeri siano "sottocurati" (perché consumano meno dei ticinesi) sia decisamente remota. Ne consegue che siamo piuttosto di fronte a un esubero dell'offerta di cure e al conseguente abbondante consumo di prestazioni sanitarie nel nostro Cantone.

Fatta questa premessa, passiamo a considerare la casistica di pazienti accolti presso l'attuale Ospedale di Cevio. Una sorta di radiografia media dell'occupazione dei 32 letti darebbe questa classificazione:

Categoria A: acuti

8 pazienti (25%) devono essere considerati "acuti". Essi sono stati ricoverati tramite il pronto soccorso dell'Ospedale o direttamente dai medici della Valle. Si tratta di pazienti (soprattutto valmaggese) che necessitano di un'assistenza medica quotidiana per la risoluzione di problemi somatici acuti (scompenso cardiaco, diabetico, ecc.).

Categoria B: post-acuti

20 pazienti (62%) devono essere considerati "post-acuti". Essi sono trasferiti da ospedali o cliniche acute (essenzialmente La Carità). Si tratta di pazienti, in parte valmaggese, in parte locarnese, che richiedono un sostegno e/o adattamento terapeutico (fisioterapia, deambulazione, recupero di funzioni necessarie alla vita quotidiana).

Categoria C: in attesa

4 pazienti (13%) sono persone "in attesa" di trovare una residenza, ossia una sistemazione di regola definitiva in Casa per Anziani. Hanno concluso l'iter terapeutico e attendono che ci sia un posto disponibile in CpA. Questa casistica corrisponde essenzialmente a quanto ci si dovrebbe attendere per soggiorni temporanei classici.

2.3.1 Dati statistici

Alcuni dati statistici permettono di meglio conoscere le caratteristiche dei pazienti.

Tabella 1. Casistica secondo provenienza (anno 2000: *pro rata temporis*)

	Pazienti		Giornate di cura		Degenza media	
	2000	2001	2000	2001	2000	2001
Ospedale La Carità	52 (47%)	42 (41%)	1592 (49%)	1183 (43%)	30.81	28.17
Studi medici in valle	19 (17%)	21 (21%)	493 (15%)	525 (19%)	26.39	25.00
Medici interni Cevio	10 (9%)	15 (15%)	272 (8%)	341 (13%)	26.29	22.73
Altri	29 (26%)	24 (24%)	877 (27%)	673 (25%)	30.58	28.04
Totale	109 (100%)	102 (100%)	3233 (100%)	2722 (100%)	29.57	26.69

(Fonte: Ospedale di zona di Vallemaggia, 5/2001)

L'analisi evidenzia il ruolo svolto dall'Ospedale La Carità quale principale sorgente per il trasferimento pazienti. Essa mostra pure l'essenziale stabilità dei movimenti di pazienti e il leggero aumento di pazienti ricoverati direttamente dai medici dell'Ospedale. La frequenza di trasferimento dall'Ospedale di Locarno è stabile da mesi attorno ai 10-15 pazienti al mese.

Tabella 2. Casistica secondo regione di provenienza

Distretto	N	%
Vallemaggia	129	40.4%
Locarno	164	51.4%
Altri (Ticino)	26	6.2%
Totale	319	100%

(Fonte: EOC, 5/2001)

Tabella 3. Caratteristiche dell'attività 1999

Variabile	Valore
Posti letto	32
Pazienti	319
Giornate di cura	10'002
Tasso di occupazione	85,6 %
Degenza media	31,3

(Fonte: EOC, 5/2001)

Tabella 4. Ripartizione pazienti per classi d'età

	< 65 anni	> 65 anni
Pazienti	25 %	75 %
Giornate di cura	16 %	84 %

(Fonte: EOC, 5/2001)

Tabella 5. Pazienti valmagglesi ricoverati in altri ospedali EOC

Ospedale regionale di	N	%
Lugano	31	5.5 %
Bellinzona	33	5.9 %
Locarno	500	88.6%
Totale	564	100%

(Fonte: EOC, 5/2001)

Il rapporto tra il numero di pazienti Valmaggese ricoverati a Cevio rispetto al numero di Valmaggese ricoverati in altri ospedali dell'EOC è di 129:564 cioè di 1 : 4.4. Per un valmaggese ricoverato a Cevio, 4.4 entrano in altri ospedali dell'EOC.

Questo rapporto sarebbe probabilmente più elevato se si considerassero anche i ricoveri di Valmaggese in Cliniche private ed in ospedali extra-cantionali.

Tabella 6. Fabbisogno di posti letto per durata di degenza

Degenze	Posti letto
< 10 giorni	2
11-21 giorni	4
> 21 giorni	26

(Fonte: EOC, 5/2001)

Da quest'ultima tabella appare chiaro come il fabbisogno in cure stazionarie degli abitanti della Valle non sia per cure acute (caratterizzate da breve degenza ad elevato contenuto sanitario e tecnologico) quanto piuttosto per un'assistenza sociosanitaria a minor sanitaria e a più lunga degenza. Il fabbisogno per cure acute appare dunque sostanzialmente corrisposto dall'Ospedale regionale di Locarno (tabella 5).

Per quanto riguarda la classificazione dei pazienti secondo diagnosi, va rilevata la scarsa attendibilità dei codici diagnostici finora utilizzati, che spesso non rispecchiano fedelmente la situazione clinica. Questo elemento è dunque tralasciato anche perché non fondamentale per la presente valutazione.

2.4 OSSERVAZIONI DEI MEDICI SUL PROGETTO CDS

In merito alla missione della Casa per anziani di Cevio (assistenza sociosanitaria per residenti "a vita") e alla missione della CpA di Someo (soggiorni temporanei classici) vi è concordanza di obiettivi. In questo senso Someo ritroverebbe la missione originale, oggi abbandonata a causa della pressione per soggiorni "a vita". In questo modo potrebbe assorbire quel 13% di pazienti "in attesa di sistemazione" degenti all'Ospedale di Cevio. Ma veniamo ai punti controversi.

2.4.1 Unità per invalidi

Pur comprendendo le ragioni di natura economica alla base di quest'offerta, mossa dalla necessità per il Cantone di comunque rispondere al bisogno di cura di queste persone, i medici esprimono chiare e fondate perplessità:

- a) dal profilo **architettonico** lo stabile di Cevio mal si presta ad accogliere pazienti invalidi che si spostano in carrozzella. I lavori per eliminare gli ostacoli architettonici sarebbero numerosi e conseguentemente onerosi.
- b) dal profilo **geografico** Cevio è poco indicata quale località per "concentrare" pazienti invalidi. La lontananza dai famigliari causerebbe una rarefazione delle visite e, di conseguenza, una diminuzione degli affetti famigliari, il cui significato per

pazienti cronici è vitale. A “farne le spese” sarebbe, in definitiva, il paziente invalido.

- c) dal profilo **sociale** Cevio, tranne forse durante il periodo estivo, offre limitate possibilità per contatti interumani e svaghi. Poiché l'analisi della casistica cantonale di invalidi necessitanti il ricovero (n = ca. 30) rivela un'alta percentuale (80%) di persone mobili - in parte con attività lavorativa e in giovane età - questo aspetto risulterebbe particolarmente penalizzante per invalidi mobili, isolandoli dal mondo “normale”.
- d) dal profilo dell'**assistenza medica** il paziente invalido necessita spesso della presenza di medici specialisti per consulti e atti puntuali (urologo, neurologo, dermatologo, ecc.). La distanza da Locarno appare verosimilmente come uno svantaggio.
- e) dal profilo dell'**assistenza infermieristica** occorre rilevare la grave penuria generalizzata di personale, più sentita lontana dalle zone di confine e dai centri urbani. L'ubicazione geografica di Cevio rappresenta allora uno svantaggio concorrenziale, a parità di salario. Inoltre l'assenza di interazioni con altre discipline mediche e con specialisti costituisce un ostacolo al mantenimento della necessaria motivazione.

In definitiva i medici temono che vi sarebbe, a causa dei fattori citati, una **selezione “negativa” di invalidi** caratterizzata dai casi più pesanti (pazienti immobili a letto, con contatti famigliari fugaci). Parallelamente, la penuria di personale specializzato rischierebbe di sottoporre a eccessivo carico di lavoro il personale operante nell'unità, con conseguenti abbandoni.

In assenza delle necessarie e giuste premesse, l'esito dell'operazione “unità per invalidi” potrebbe rivelarsi incerto. L'investimento di mezzi finanziari importanti per l'abbattimento delle barriere architettoniche dev'essere attentamente studiato.

Infine vi è da chiedersi se nella regione del Locarnese debbano concentrarsi le 2 unità cantonali per invalidi (una alla Clinica Varini, l'altra a Cevio) o se non sarebbe più adeguato dividere le disponibilità d'accoglienza secondo il territorio (un'unità per il Sopraceneri e una per il Sottoceneri).

2.4.2 Il Pronto soccorso (PS)

Il termine di “Pronto soccorso” è certamente improprio. Esso evoca un'attività di risposta all'emergenza medica che Cevio oggi non dà e neppure potrà offrire in futuro, in assenza di un vero ospedale. La sola unità di personale medico prevista dal progetto iniziale non potrebbe per esempio garantire la continuità del Servizio, tramite un picchetto sull'arco delle 24 ore !

Il nome corretto per un simile servizio appare essere “ambulatorio medico per i primi soccorsi”. Un simile servizio è normalmente incluso in uno studio medico con medico di base.

Inoltre la casistica oggi accolta al PS (1999: 513 prime viste e 787 controlli successivi) permette di calcolare un afflusso medio di **1.5 pazienti / giorno** (ai quali si aggiungono 2 pazienti al giorno per il controllo del decorso, che però potrebbe fare il medico curante).

Appare chiara anche la sproporzione tra l'investimento per garantire la continuità di un Servizio di PS e l'afflusso di pazienti.

L'assistenza medica è oggi garantita nell'alta Valle dal dr Poncini + Ospedale Cevio e nella bassa Valle dai dottori Guglielmetti e Mossi. L'arrivo di questi ultimi negli ultimi mesi ha permesso di compensare una lacuna di servizio locale. Questi colleghi offrono oggi un'assistenza medica pressoché continua nel corso dell'anno. Va infine rilevato il compito ufficiale attribuito al dr Poncini per garantire un'assistenza medica nell'ambito delle convenzioni con le condotte di montagna.

Neppure se lo volessero i medici avrebbero sufficienti riserve per contribuire al funzionamento di un PS, come previsto nel progetto iniziale. E nemmeno l'EOC sarebbe in grado di garantire – a costi ragionevoli – un vero Servizio di PS. Appare in definitiva più adeguato organizzare la risposta ai primi soccorso localmente in alta e bassa Vallemaggia, tramite gli studi medici e in collaborazione con l'Istituto di cura valmaggese.

2.4.3 Servizi di fisio- ed ergoterapia, radiologia

Nessuna obiezione da parte dei medici al mantenimento di questi servizi da parte dell'EOC, che permettono già oggi di rispondere correttamente sia ai bisogni dei pazienti stazionari, sia a quelli dei pazienti ambulatoriali.

3. NUOVA PROPOSTA

3.1 CEVIO

In considerazione degli elementi esposti il gruppo ha elaborato la seguente proposta, che permetterebbe di continuare ad occuparsi dei pazienti di **categoria B** (cfr. pag. 6), con ragionevole qualità delle cure.

Var. 1

H+ Istituto di cura Valmaggese					
3	24	Casa per anziani (21)			
2	21	Soggiorni temporanei ad alto contenuto sanitario (15)		Fisioterapia	
1	24	Casa per anziani (20)			
PT	Servizi tecnici	AVAD	Mensa	Radio/Labo	Studio medico

(Accanto al piano, in seconda colonna, il numero di letti oggi in esercizio)

Var. 2

H+ Istituto di cura Valmaggese					
3	24	Casa per anziani (24)			
2	21	Soggiorni temporanei ad alto contenuto sanitario (15)			Fisioterapia
1	24	Invalidi (11)		Casa per anziani (6)	
PT	Servizi tecnici	AVAD	Mensa	Radio/Labo	Studio medico

Dal profilo stazionario:

Al 2. piano troviamo la novità, rispetto al primo progetto governativo. Si tratta del reparto di 15 letti che denomineremo **“soggiorni temporanei ad alto contenuto sanitario”** (cfr. 3.3). Esso si trova deliberatamente di fianco al servizio di fisioterapia, per poter approfittare dei servizi fisio- ed ergoterapici.

Al 3. piano troviamo 24 posti letto CpA.

Al 1. piano troviamo:

- Variante 1 (**senza** unità invalidi) 17 posti letto CpA (tot. 41 posti letto, **+20%**).
- Variante 2 (**con** unità invalidi) 6 posti letto CpA (tot. 30 posti letto, **-12%**).

Dal profilo ambulatoriale:

Il Pronto soccorso scompare come parola e come concetto, per lasciare spazio ad uno **Studio medico**, con annessa radiologia e piccolo laboratorio. La base per i servizi di assistenza e cura a domicilio (AVAD) rimane inserita nello stabile.

Tabella 7. Riassunto posti letto

→ Variante 1 (**senza** unità invalidi)

Cevio	Situazione attuale	Istituto di cura Valmaggese	Differenza	%
Ospedale di zona	32	0	- 32	- 100%
Soggiorni temporanei ad alto contenuto sanitario	0	15	+15	+100%
Casa per anziani	34	41	+ 7	+ 20%
Totale	66	56	- 10	- 15%

→ Variante 2 (**con** unità invalidi)

Cevio	Situazione attuale	Istituto di cura Valmaggese	Differenza	%
Ospedale di zona	32	0	- 32	- 100%
Soggiorni temporanei ad alto contenuto sanitario	0	15	+15	+100%
Casa per anziani	34	30	- 4	- 12%
Unità invalidi	0	11	+ 11	+ 100%
Totale	66	56	- 10	- 15%

3.2 SOMEO

Per quanto riguarda la destinazione di Someo, i medici consultati ritengono che la missione di accoglienza di pazienti per soggiorno temporaneo “classico” (cioè a modesto contenuto sanitario) sia corretta.

Aggiungono però coralmemente la necessità di dotare Someo di un Centro di accoglienza diurna, tuttora assente in Valle, anche se ciò potrebbe leggermente ridurre l'effettivo di 14 posti letto.

3.3 SOGGIORNI TEMPORANEI AD ALTO CONTENUTO SANITARIO

Rappresenta l'innovazione centrale di questa proposta. L'idea è di potere continuare a offrire cure adeguate a pazienti “post-acuti” della Valle, cioè reduci da un ricovero in ospedale o clinica acuta (categoria B). Questa categoria di pazienti rappresenta la casistica principale attualmente curata all'Ospedale di Cevio.

In questo progetto un simile reparto è da vedere come una sperimentazione, la cui valutazione a 6 e 12 mesi fornirà indicazioni preziose sia sulla continuazione del servizio, sia su una possibile estensione del modello.

3.3.1 Presenza medica

Trattandosi di pazienti che richiedono un sostegno e/o adattamento terapeutico (fisioterapia, deambulazione, recupero di funzioni necessarie alla vita quotidiana) in vista di una loro reintegrazione familiare, la presenza quotidiana del medico e la sua supervisione delle cure prestate è basilare.

Come per i soggiorni temporanei, la durata media della degenza dev'essere di regola inferiore ai 3 mesi. Tuttavia, se la casistica sarà confermata, non dovranno stupire degenze medie di 3-4 settimane.

Una simile attività medica, con 15 pazienti stazionari, richiede la presenza del medico tutti i giorni a metà tempo. Una presenza (per esempio mattutina) in reparto può ben essere combinata con un'attività ambulatoriale (nel pomeriggio) presso il nuovo studio medico

situato al piano terra dell'edificio, così come con un'attività del medico nella CpA o, in caso di variante 2, nell'unità per invalidi.

L'attività in studio medico, in CpA o in Unità per invalidi avrebbe poi il vantaggio di garantire uno stand-by medico in caso di problemi in reparto o, più semplicemente, per richieste puntuali.

L'inaugurazione di un nuovo modello di servizio (soggiorni temporanei ad alto contenuto sanitario) presuppone un investimento iniziale, professionale e umano, finalizzato a garantirne l'elevata qualità. Un preciso lavoro di supervisione e inquadramento sanitario pone le premesse per il successo della sperimentazione. Centrale è dunque la scelta del medico chiamato a svolgere questa supervisione, affinché sia mantenuta elevata la credibilità del servizio, soprattutto nei confronti dei colleghi della Valle e dell'intera regione. Dev'essere quindi identificato e assunto un medico con compiti di supervisione e coordinamento con l'Ospedale regionale di Locarno⁴. Questi opererà in stretta collaborazione con il medico titolare, offrendogli il supporto necessario. Grazie alla connessione con l'Ospedale regionale di Locarno e all'impegno dell'EOC in questo progetto, è immaginabile risolvere anche il problema della sostituzione del medico titolare durante le sue assenze (valutate in circa 2 mesi all'anno).

Complessivamente si ottiene dunque il seguente calcolo del fabbisogno (ev. a carico dell'EOC):

- medico titolare (responsabile reparto)	0,5 – 0.6 UTP
- medico supervisore	0,2 – 0.3 UTP
- medico supplente	0,1 – 0,2 UTP
Totale	1 UTP

Poiché già il primo progetto CdS prevedeva l'assunzione di 1 UTP di medico da parte dell'EOC, questa nuova organizzazione non comporta costi ulteriori.

3.3.2 Dotazione di personale curante

La densità del personale di cura e assistenza appare sovrapponibile – almeno in prima ipotesi - con quanto richiesto per le cure in casa per anziani. Una piccola differenza a favore del nuovo reparto potrebbe essere attribuita dopo un periodo di prova di 12 mesi, nell'ambito di una prima valutazione della fase sperimentale.

Anche per quanto concerne il personale amministrativo, tecnico paramedico, di economia domestica e dei servizi di manutenzione, questa proposta non si discosta da quanto già calcolato a pagina 11 del primo progetto del CdS.

⁴ La dr.ssa Rita Monatti, FMH medicina interna, CapoServizio presso l'Ospedale regionale di Locarno e attuale Primario dell'Ospedale di Cevio, ha dichiarato la sua disponibilità ad assumere questa funzione, almeno inizialmente.

3.3.3 Finanziamento

La questione del finanziamento di questi soggiorni temporanei assume un ruolo importante. I medici sono consci del fatto che il paziente, chiamato a contribuire di tasca propria, reagirebbe spesso con malcontento e richiederebbe il ricovero in istituti finanziati LAMal (Ospedale San Donato, Clinica Varini). Infatti anche un contributo modesto (per esempio Fr. 50.00 / giorno), avrebbe un effetto dissuasivo sull'accesso all'istituto di cura valmaggese.

Se da un lato ciò potrebbe anche non infastidire, in un Cantone come il nostro, che soffre di un forte esubero di letti, dall'altro creerebbe il sentimento nel cittadino valmaggese di essere svantaggiato rispetto ai cittadini delle altre regioni.

Per questa ragione i medici raccomandano allo Stato di studiare la possibilità di ridurre la partecipazione personale al ricovero nel reparto di soggiorno temporaneo ad alto contenuto sanitario.

Concretamente potrebbe essere immaginabile annullare la partecipazione del paziente durante le prime due settimane di degenza. Questo è infatti generalmente il lasso di tempo necessario per comprendere come evolverà la patologia e disporre le necessarie soluzioni.

3.4 STUDIO MEDICO

La sistemazione, a partire dei locali di PS, di uno studio medico al Piano Terra dell'Istituto di cura Valmaggese risponde a più bisogni:

- a) assicura la presenza del medico nell'Istituto, oltre il suo pensum lavorativo;
- b) assicura, in collaborazione con il dr Poncini, l'assistenza sanitaria di base e l'intervento per primi soccorsi agli abitanti dell'alta Valle, soprattutto durante l'afflusso elevato della stagione estiva;
- c) permette di utilizzare l'infrastruttura paramedica (radiologia, laboratorio) già presente nel PS;
- d) rappresenta un incentivo importante per la ricerca di un medico titolare.

I medici non vedono in questa nuova iniziativa un rischio di concorrenza poiché – dal lato pratico – quest'attività verrebbe a sostituire quella oggi realizzata sotto il cappello ospedaliero.

Il dr Poncini, invitato a riflettere sul possibile trasferimento del suo studio medico nella struttura, ha dichiarato la disponibilità a collaborare per i picchetti, mentre esclude di riportare la sua attività nell'edificio (dove era stato attivo dal 1983 al 1989).

Il medico titolare del nuovo reparto e dello studio medico potrebbe essere ulteriormente impiegato quale direttore sanitario della CpA e quale medico per l'unità di invalidi, qualora fosse scelta la variante 2. In questo caso bisognerebbe ridefinire sia la distribuzione della sua attività professionale secondo i bisogni dell'unità, sia la retribuzione.

Affinché sia realistico trovare un medico interessato a queste varie funzioni, è necessario creare alcune premesse competitive, come per esempio:

- messa a disposizione dei locali da parte dell'ente proprietario;
- messa a disposizione del personale di studio (aiuto medico);

- assunzione della gestione amministrativa.

Il progetto iniziale prevedeva 5.5 unità per il PS, la radiologia e la fisioterapia. E' certamente immaginabile ridistribuire equamente queste risorse.

Da notare infine che l'attività svolta nel pomeriggio presso lo studio medico rappresenta un'attività medica indipendente (libero esercizio) a tutti gli effetti.

4. CONCLUSIONI

4.1 GENERALI

I sistemi sanitari dei paesi industrializzati sono attraversati da un processo di progressiva specializzazione dei servizi ospedalieri, orientati verso un aumento della capacità di risposta ad emergenze cliniche, problemi acuti, interventi diagnostici e terapeutici ad alta complessità. Contemporaneamente registrano un progressivo aumento delle problematiche legate alla disabilità e alle malattie croniche, che determina una domanda crescente di servizi di assistenza a lungo termine e a basso contenuto sanitario.

I due fenomeni possono essere considerati entrambi conseguenza dello sviluppo della scienza medica, che impone da un lato la specializzazione tecnologica dell'ospedale del futuro e dall'altro l'organizzazione e la gestione di modelli di assistenza a lungo termine in ambienti sempre più professionali ⁵.

Il ruolo dell'ospedale in tutto il mondo è dunque al centro di un processo di trasformazione, del quale ancora non si conoscono completamente i connotati. Purtroppo mancano anche punti di riferimento culturali, scientifici ed epidemiologici per potere con sufficiente precisione prevedere il futuro. Nel frattempo abbiamo però l'obbligo di gestire l'oggi nella maniera razionale, per garantire alla persona che soffre un'assistenza sanitaria moderna e umana, a un costo socializzato sopportabile.

Appare infine ineluttabile volgere uno sguardo al passato, per cogliere le ragioni all'origine dell'attuale sviluppo ospedaliero e, a maggior ragione, maturare visioni in grado di valicare i confini di una mera gestione aziendale della sanità.

4.2 SPECIFICHE

L'istituto ospedaliero ha sempre inseguito, spesso con molto ritardo, le trasformazioni sociali che si registrano, subendo – piuttosto che anticipando - le nuove regole di una società che nel suo complesso si modifica.

L'evoluzione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, della tecnologia dell'informazione, dei trasporti e del benessere materiale pone l'esigenza di recuperare il

⁵ Alcicelli N, Trabucchi M, Vasara F. Rapporto sanità 2000. Fondazione Smithkline, Il Mulino, Bologna, 2000.

ritardo e di configurare l'ospedale non certo come ospedale del futuro, ma almeno come ospedale del presente, concretamente ancorato alla sua odierna specificità.

I modelli - necessariamente riduttivi - fin qui utilizzati per strutturare il sistema sanitario cantonale devono poter essere riesaminati e plasmati alla luce dei mutamenti sociali e dei nuovi obiettivi assunti dall'ospedale. La creazione di un Servizio degenza per "soggiorni temporanei ad alto contenuto sanitario" s'inserisce in quest'ottica e può rappresentare un modello innovativo per la risposta ad un bisogno emergente.

L'efficacia di interventi diagnostici (radiologia computerizzata) e terapeutici (chirurgia mini-invasiva, endoscopie, tecnologia genetica) è tale da rendere il ricovero ospedaliero spesso addirittura superfluo. Decenni di agio hanno cionondimeno consentito uno sviluppo pletorico di strutture sanitarie, cullando il sogno della "pillola magica", e non c'è Paese occidentale che non sia oggi confrontato con l'insufficienza delle risorse rispetto ai bisogni.

Per l'Ospedale di Cevio questo fatale incontro con la storia ha suscitato smarrimento, confusione e sconcerto. Tuttavia esso costituisce anche l'occasione per mettere alla prova la comunità della Valle, chiamata a dimostrare il proprio coraggio e la propria lungimiranza nell'immaginare il futuro e nel cogliere, dalla crisi, la forza per anticipare, piuttosto che subire, i mutamenti.

5. RACCOMANDAZIONI

I medici della Valle raccomandano di seguire il modello di Istituto di cura Valmaggese proposto in questo documento e, in particolare, di:

1. Istituire, presso la struttura di Cevio, un Servizio stazionario per "Soggiorni temporanei ad alto contenuto sanitario", per rispondere ai bisogni sanitari della casistica di categoria B, conformemente ai requisiti di qualità descritti.
2. Equipaggiare la struttura di Cevio con uno studio medico e sostenere le condizioni necessarie per conferire attrattività dello stesso.
3. Cercare un medico titolare al beneficio del libero esercizio della professione.
4. Valutare attentamente la creazione di un'unità per invalidi e considerare le difficoltà connesse con questa scelta strategica.
5. Garantire la supervisione medica del progetto di nuovo Servizio per soggiorni temporanei ad alto contenuto sanitario.
6. Ufficializzare la collaborazione con l'Ospedale regionale di Locarno.
7. Ridurre / annullare la partecipazione finanziaria dei pazienti al ricovero, perlomeno nelle prime due settimane di degenza.
8. Istituire, presso la struttura di Someo, un Centro d'accoglienza diurna per anziani.
9. Mantenere, per quanto non specificato sopra, gli indirizzi del progetto originale CdS.
10. Predisporre una valutazione globale della nuova impostazione dopo due anni d'attività.