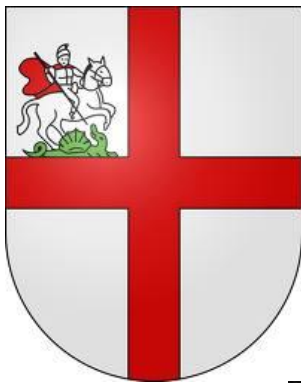


Supsi – Dipartimento sanità

Modello di offerta socio-sanitaria polivalente a Brissago

Studio di fattibilità preliminare



Riccardo Crivelli
Prof. SUPSI Dr rer pol
Riccardo.crivelli@supsi.ch

29.04.2014

*Viveva con estrema parsimonia,
era difficile fargli accettare qualche cosa,
al massimo un goccio di caffè,
un bicchiere di vino*

(Piero Bianconi, *Albero genealogico*, 1969)

INDICE

1. Mandato e ringraziamenti	4
2. Introduzione	5
3. Elementi concettuali	6
3.1 Raggruppamento dell'utenza	7
3.2 Gestione della qualità	7
3.3 Percorsi assistenziali	8
3.4 Integrazione	8
3.5 Nuovi orientamenti della sanità e della politica sanitaria	9
4. L'offerta socio-sanitaria brissaghese	12
4.1 Premessa	12
4.2 I diversi segmenti dell'offerta	12
4.2.1 <i>L'ottica esterna</i>	13
4.2.2 <i>L'ottica interna</i>	16
5. L'analisi dei bisogni socio-sanitari di oggi e di domani	25
5.1 Evoluzione demografica	25
5.2 Evoluzione epidemiologica	31
5.3 Caratterizzazione dei bisogni socio-sanitari suscettibili di trovare riscontro in un nuovo indirizzo dell'offerta socio-sanitaria brissaghese	34
6. Un modello clinico-gestionale di offerta socio-sanitaria integrata	40
6.1 Premessa	40
6.2 Le riflessioni di base dell'Istituto per anziani Casa S. Giorgio	40
6.3 Le possibilità di interazione con gli altri 3 istituti socio-sanitari presenti a Brissago	43
6.3.1 <i>Ambito diagnostico-terapeutico e ambito del percorso di fruizione</i>	43
6.3.2 <i>Ambito logistico-organizzativo</i>	55
6.3.3 <i>Ambito delle strategie e politiche aziendali</i>	63
6.4 Ipotesi di un nuovo modello (varianti A e B)	64
6.4.1 <i>Modello di offerta socio-sanitaria polivalente (variante rete integrata)</i>	64
6.4.2 <i>Modello di offerta socio-sanitaria polivalente (variante coordinamento)</i>	66
7. Condizioni di fattibilità normative ed istituzionali	68
7.1 La collocazione istituzionale e pianificatoria di un nuovo modello	68
7.2 Elementi legislativi	71
7.3 Elementi economico-finanziari	74
7.4 Valutazione complessiva	78
8. Conclusioni	80
9. Bibliografia	82
A - Testi generali	82
B - Documentazione di base e letteratura grigia	83
C - Sitografia	84

Acronimi	85
Indice delle tabelle	86
Indice delle figure	87
Allegati	88
- Progetto di studio di fattibilità, 15 febbraio 2013	
- Scheda <i>workshop</i> , 21.05.2013	

1. MANDATO E RINGRAZIAMENTI

Il presente studio corrisponde al prodotto (Rapporto finale) previsto dal mandato conferito dall'Istituto per anziani Casa San Giorgio, Brissago, al DSAN della SUPSI, Unità di ricerca, Centro di competenza anziani, tramite contratto di mandato sottoscritto dalle parti il 25 aprile 2013. L'oggetto del mandato era stato presentato sotto forma di Progetto di studio di fattibilità. Mentre si rinvia al Contratto di mandato e al suddetto Progetto per i dettagli (cfr. Allegati), di seguito si richiamano unicamente i titoli dei 4 ambiti analitici previsti dallo studio:

- la situazione dell'offerta socio-sanitaria brissaghesa
- l'analisi dei bisogni socio-sanitari di oggi e di domani
- l'elaborazione di un modello clinico-gestionale di offerta socio-sanitaria integrata
- le condizioni di fattibilità istituzionali e normative.

Oltre a questi ambiti, al fine di proporre un inquadramento generale dei principali concetti che sono venuti evolvendosi nel campo della cura e dell'assistenza – e che fungeranno da "bussola" d'orientamento verso un nuovo modello – lo studio propone in apertura un capitolo dedicato a questi nuovi indirizzi.

L'esecuzione dello studio prevedeva l'esame documentaristico, la definizione e il perfezionamento del modello e il confronto con il mandante. Quest'ultimo è avvenuto in alcuni momenti distinti: all'inizio, a titolo preliminare, attraverso un *workshop* al quale hanno partecipato i rappresentanti degli istituti presenti sul territorio del Comune e la rappresentante dell'Autorità comunale, nel corso dei lavori, attraverso incontri bilaterali con i responsabili degli istituti ed i loro collaboratori, e infine con un secondo *workshop* di discussione con alcuni qualificati operatori della clinica Hildebrand al fine di verificare le possibili interazioni con gli altri istituti, in particolare la Casa San Giorgio.

Per l'ottima collaborazione e la costruttiva atmosfera che ha contraddistinto il percorso di preparazione, studio e concezione, nonché di elaborazione dello studio, si ringraziano i membri del gruppo di accompagnamento, ovvero i direttori responsabili degli istituti, signori Giuseppe Berta (Casa San Giorgio), Gianni R. Rossi (Clinica Hildebrand), K. Bitterli (Istituto La Motta) e M. Mengoni (Istituto Miralago), nonché la signora E. Dell'Ora, Municipale e responsabile del Dicastero sanità e socialità del Comune di Brissago.

Un ringraziamento particolare deve essere espresso al Direttore della Casa San Giorgio, Giuseppe Berta, per aver assunto con passione e competenza il compito di persona di riferimento per il mandatario e al Dr. Graziano Ruggieri, Primario della Clinica Hildebrand, per le puntuali e aggiornatissime analisi e riflessioni sullo *state of the art* della sanità e delle modalità di cura e assistenza alle persone bisognose. Un ringraziamento è dovuto anche alle collaboratrici e ai collaboratori dei quattro istituti per aver risposto puntualmente alle richieste formulate nel corso dell'elaborazione dello studio.

Infine, si esprime gratitudine per la fiducia accordata al DSAN della SUPSI e all'esecutore dello studio da parte del Consiglio Direttivo della Casa San Giorgio per il conferimento del mandato.

2. INTRODUZIONE

È senz'altro utile, per inquadrare lo studio, rammentarne le finalità che ne stanno alla base e che sono state concordate con la committenza. Esse possono essere così sintetizzate¹. L'idea di fondo dello studio è stata esposta negli editoriali delle due edizioni 2012 del semestrale d'informazione della Fondazione Casa San Giorgio, Istituto per anziani, firmate dal Direttore, Giuseppe Berta². Dapprima, richiamando le mutate esigenze di inquilini e fruitori che fanno capo al proprio istituto, il Direttore volge lo sguardo al futuro precisando che:

“... uno dei nostri obiettivi per i prossimi anni, sarà certamente quello di sviluppare il tema e proporre possibili soluzioni per essere preparati ad un futuro che si prospetta non senza incognite malgrado una vita più lunga per tutti.”

Nel successivo editoriale, l'ipotesi dello studio di fattibilità è posta in modo esplicito, concreto ed articolato nel modo seguente:

“Ed è con questi stimoli e consapevoli dell'imminente necessità di adattare anche la struttura immobiliare alle nuove esigenze in campo geriatrico, che nelle scorse settimane, unitamente ai colleghi degli istituti socio sanitari presenti nel Comune, per intenderci con i dirigenti degli istituti La Motta, Miralago e la Clinica Hildebrand, abbiamo dato avvio ad una discussione per una piattaforma comune che abbia la funzione di centro socio-sanitario per tutte le diverse esigenze attuali e future della comunità locale Brissaghese. Per far questo abbiamo chiesto la collaborazione della SUPSI, ed abbiamo creato le premesse per avviare uno studio di fattibilità (sott.), per la futura realizzazione di un simile edificio che possa contenere un Istituto per anziani con le caratteristiche atte a rispondere ai nuovi bisogni della geriatria in tutte le sue complessità, che contenga degli spazi così detti “protetti”, che offra le premesse per un facile accesso alla riabilitazione e che metta a disposizione lo spazio per uno studio medico e magari incorpori anche una farmacia; insomma una struttura completa che raggruppi il più possibile tutte quelle sinergie che già oggi troviamo disperse nel nostro Comune e che, secondo la nostra visione, sarebbe opportuno riunire sotto lo stesso tetto per favorire gli utenti, contenere i costi e non da ultimo aggiungere un punto di riferimento importante alla già ricca offerta in campo sociale.”

Sono questi gli intendimenti generali dei promotori di questo studio, che prefigurano, come si può ancora leggere nel secondo editoriale citato, “una nuova visione (sott.) in campo sanitario e riabilitativo”.

Le basi dello studio sopra richiamate danno immediatamente l'idea del “taglio” che s'intende proporre, ovvero di uno studio di fattibilità preliminare che sappia individuare una pista, o un modello, non da sovrapporre semplicemente alla realtà attuale, ma che parta da questa, dal suo patrimonio e dalle sue attuali incertezze, per proiettarsi in modo costruttivo e innovativo verso il futuro e consideri adeguatamente le esigenze che si stanno viepiù profilando in funzione dei mutamenti in atto sul piano dei bisogni socio-sanitari, locali ma non solo, della popolazione.

¹ Cfr. Allegati, Progetto di studio di fattibilità, 15 febbraio 2013.

² *Uno sguardo verso il lago*, Semestrale d'informazione n° 11/6/2012 e n° 12/12/2012.

Inoltre, nell'ottica di una "visione realistica", s'intende inserire la proposta nel contesto istituzionale cantonale e nazionale, al fine di assicurare un'adesione del modello – seppure nel suo carattere innovativo e generale - a condizioni concrete di fattibilità.

3. ELEMENTI CONCETTUALI

La configurazione di un nuovo modello di offerta socio-sanitaria polivalente a Brissago deve prendere le mosse da un inquadramento concettuale aggiornato dei diversi aspetti che contraddistinguono l'evoluzione delle problematiche e delle "soluzioni" socio-sanitarie che si sono sviluppate negli ultimi anni. È infatti importante fare riferimento a quanto è stato concepito e messo in atto in risposta ad un'evoluzione molto dinamica ed incisiva dei bisogni di cura ed assistenza della popolazione. Ovviamente, per non deviare dagli intendimenti fissati, il punto di riferimento e dunque l'attenzione va rivolta in particolare e inizialmente a quei segmenti di bisogni ai quali già oggi l'offerta *in situ* a Brissago risponde: persone anziane, persone che abbisognano di riabilitazione, persone con altre forme di handicap.

Mentre si rinvia al Cap. 5 per l'analisi dei bisogni socio-sanitari di oggi e di domani, qui si vogliono focalizzare alcuni concetti. Infatti, per le tipologie di persone appena richiamate, le modalità stesse di assistenza e di cura, nonché di presa a carico, si sono parecchio evolute, ognuna secondo le proprie specificità.

Certo, e innanzitutto, per ognuna di esse si richiamano oggi perlomeno i due concetti fondamentali di centralità e di globalità. In altre parole, si afferma l'opportunità di mettere, come si dice, il "paziente al centro" dell'attenzione, rispettivamente l'opportunità di considerarlo come essere umano completo, secondo una visione "bio-psico-sociale". Per quanto apparentemente ovvii, questi concetti proprio ovvii non lo sono. In effetti, la realtà è a volte diversa poiché difetta spesso di questo modo di vedere le cose. Così, tra l'affermazione dei suddetti concetti – sui quali difficilmente si eccipisce sul piano teorico – e la loro traduzione pratica, si possono trovare notevoli distanze. Questa situazione è data dal fatto che le istituzioni e le organizzazioni sono quasi sempre in ritardo, oltre che ad essere condizionate da altri elementi – ideologie, interessi economici, poteri, consuetudini – che incidono a diversi gradi sui concetti ideali di riferimento. Nella realtà, dunque, si trovano tuttora servizi e strutture deputate all'assistenza e alla cura socio-sanitaria che non mettono il paziente al centro (o lo mettono ancora solo parzialmente ...) e che non lo considerano secondo un'ottica globale e dunque operano secondo schemi frammentari, discontinui e disomogenei, a "pezzetti" e quand'anche in modo non sempre ordinato e coeso.

Come si vedrà , l'affermazione di questi concetti è comunque fondamentale per costruire un modello di offerta integrato polivalente.

Una seconda serie di concetti, più operativi rispetto ai primi, che si sono venuti configurando recentemente in sanità sono quelli di raggruppamento dell'utenza, di gestione della qualità, di percorsi assistenziali e di integrazione. Anche qui – senza ovviamente alcuna pretesa di esaustiva trattazione – vediamo alcune, secondo noi rilevanti, implicazioni di questi concetti per il nostro scopo.

3.1 Raggruppamento dell'utenza

Da sempre i presidi – strutture e servizi - della cura agli ammalati e ai bisogni di assistenza operano una “categorizzazione” dell'utenza. Al livello più aggregato, si distinguono le strutture ed i servizi a seconda di un generico *status*, molto ampio, dei bisogni, per cui si hanno delle suddivisioni settoriali: il somatico-acuto, la psichiatria, la riabilitazione, la geriatria, la disabilità. Ogni settore si suddivide ulteriormente, seguendo delle linee di demarcazione clinico-organizzative: si pensi, per esempio, ai reparti di un ospedale acuto o di una clinica riabilitativa, o ancora alla suddivisione tra la geriatria residenziale e quella a domicilio. Siamo a un livello ancora “macroscopico” del sistema sanitario.

Con il perfezionamento della nosologia (descrizione e classificazione delle malattie) le possibilità di distinzione delle cure in base alle patologie aumenta considerevolmente. I sistemi di classificazione si perfezionano nei diversi ambiti e creano le premesse per strutturare i cosiddetti sistemi di raggruppamento dell'utenza. Questi diventano viepiù dei veri e propri strumenti a supporto sia della decisione e dell'agire clinico, che della gestione delle risorse umane ed economico-finanziarie. Così, se in ambito somatico-acuto sono nati i DRG, *Diagnosis Related Groups*, in riabilitazione lo strumento di riferimento è oggi l'ICF *International Classification of Functioning, disability and health*, mentre in geriatria uno degli strumenti più utilizzati è il RAI, *Resident Assessment Instrument* (nelle versioni residenziale, RAI-NH e domiciliare, RAI-HC).

La disponibilità e l'adozione di sistemi di raggruppamento dell'utenza contribuiscono a cambiare l'approccio e il *modus operandi* dei curanti e degli amministratori delle strutture e dei servizi di cura e di assistenza.

Da un lato essi hanno un'indubbia valenza clinica, permettendo di affinare notevolmente l'inquadramento e la definizione dei bisogni singolari degli ammalati e, più in generale, dei bisognosi di cure e assistenza, dall'altro lato essi diventano strumenti di gestione, poiché permettono una più precisa allocazione delle risorse umane ed economiche, più mirate in funzione dei bisogni.

Anche negli ambiti di cura degli istituti brissaghesi, in riabilitazione e in geriatria e in una certa misura anche nel campo dell'invalidità, vengono utilizzati strumenti di questo tipo.

3.2 Gestione della qualità

In un ambito così sensibile come quello della sanità - della malattia e della salute - nel quale la sicurezza è fondamentale e l'errore può essere devastante, il concetto di qualità assume una dimensione totale. I sistemi di gestione della qualità sono stati introdotti e perfezionati in altri settori produttivi, in genere più materiali, seriali e standardizzati. Ma non per questo e nonostante lo sforzo di adattamento difficile che avrebbe richiesto, il concetto di qualità e il suo corollario operativo – il sistema di gestione della qualità – non hanno mancato di diffondersi anche in sanità. Le legislazioni stesse, come in Svizzera tramite la LAMal, hanno accolto il principio, imponendolo ai fornitori di prestazioni. Come

nel caso dei sistemi di raggruppamento dell'utenza, anche i sistemi di gestione della qualità modificano l'approccio alle cure e all'assistenza. In particolare, seguendo il noto "ciclo di Deming", essi richiedono attenzione ai processi di cura, alla loro codifica e minuta descrizione, alla "misurazione" delle prestazioni e dei risultati (*outcomes/esiti*, conformità/non-conformità) e dunque alle azioni di miglioramento (continue).

Anche qui, dunque, gli istituti di cura brissaghesi si sono adeguati e operano seguendo le linee guida settoriali in ambito di qualità, secondo le prescrizioni normative delle Autorità federali e cantonali e, come nel caso della Clinica Hildebrand, aderendo a modelli internazionali come quello della Joint Commission International (JCI).

3.3 Percorsi assistenziali

In una dinamica – a volte esasperata – di ostinata ricerca della specializzazione e in una dinamica – a volte irrazionale – di estrema suddivisione organizzativa ed istituzionale, il sistema sanitario opera una frammentazione dell'assistenza fino a compromettere la visione unitaria dei bisogni di ogni singolo ammalato o bisognoso. Purtroppo, anche nei processi di allocazione, ossia di attribuzione delle risorse umane ed economiche, si seguono analoghe linee di sviluppo, sia per quanto riguarda l'agire degli operatori, spesso racchiusi in micro-culture professionali, sia per quanto riguarda gli intricati meccanismi di finanziamento delle cure da parte degli enti pubblici e da parte degli enti assicurativi, incanalati in ambiti che il legislatore ha confinato a volte entro limiti invalicabili.

Soltanto di recente, a fronte di evidenti effetti indesiderati, generati da tale stato delle cose – impossibilità di "leggere" e ricostruire i percorsi, sovrapposizioni e lacune, sprechi ed inefficienze, interventi multipli non coordinati, ecc. – si è iniziato a ragionare in termini di percorsi assistenziali il più possibile integrati (vedi 3.4). Sebbene il concetto sia semplice e chiaro, la sua applicazione operativa presenta notevoli difficoltà e problemi esecutivi, a fronte di una situazione che, come detto, si è consolidata sia sul piano dell'azione che su quello istituzionale.

In quest'ambito, come esemplarmente promosso dalla Clinica Hildebrand attraverso il progetto REHA Ticino, esiste uno spazio d'azione notevole, che idealmente potrà coinvolgere anche gli altri istituti brissaghesi in un approccio che intende facilitare il più possibile il percorso assistenziale allorquando, secondo le esigenze dei pazienti, risulta opportuna una collaborazione inter-istituzionale. È un'ottica che, in prospettiva, dovrà essere debitamente tenuta in conto.

3.4 Integrazione

La considerazione e la combinazione degli indirizzi, principi e strumenti fino ad ora brevemente richiamati, fa emergere un concetto "federatore", ossia quello di integrazione degli interventi di cura ed assistenza. Il concetto può essere inteso in vari modi e a diversi livelli: qui, s'intende far riferimento all'opportunità (necessità) di operare secondo una visione d'insieme (globale) che assicuri il massimo coordinamento degli interventi,

trasparenza, informazione e comunicazione, razionalità economica e qualità clinica, flessibilità e sicurezza, misurazione e valutazione, considerazione della persona e dei suoi contesti ambientale, culturale e sociale.

Un simile approccio è, per esempio, quello promosso in campo riabilitativo dall'ICF, che propone una linea d'azione ispirata ai principi di multidimensionalità, globalità, specificità, interdisciplinarietà e comunicazione³.

Ovviamente, in base al filo della nostra argomentazione, una simile visione è estensibile agli altri ambiti socio-sanitari: nel nostro caso, si tratta di una visione condivisibile dai 4 istituti socio-sanitari brissaghesi, anche se ciò non deve significare, cosa né immediatamente possibile né forse auspicabile, fusione pura e semplice, quanto ricerca concordata delle migliori opportunità di collaborazione in base a un indirizzo condiviso.

Come si vedrà questi elementi, unitamente ai nuovi orientamenti della sanità e della politica sanitaria, possono costituire una base concettuale sulla quale intravedere un modello di offerta socio-sanitaria polivalente a Brissago.

3.5 Nuovi orientamenti della sanità e della politica sanitaria

I concetti sopra presentati non appartengono ormai più alla pura speculazione teorica, ma sono diventati viepiù operativi e costituiscono una parte importante dei nuovi orientamenti della sanità e della politica sanitaria odierni e futuri.

C'è unanimità nel riconoscere che i sistemi sanitari "maturi" – come quelli svizzero e ticinese – richiedono con una certa urgenza un riorientamento, se non proprio una riforma. Ora, la ricerca di un nuovo modello di offerta socio-sanitaria polivalente in una micro realtà come quella di Brissago, non è fuori dal tempo, ma va collocata in un contesto preciso: essa non può fare astrazione da questi orientamenti, ne deve tener conto e può contribuire, a ben vedere, a "muovere le acque" nella direzione auspicata.

Anche qui senza alcuna pretesa di essere esaustivi – poiché la materia meriterebbe ben altro spazio – alcuni elementi vanno richiamati, poiché potrebbero facilitare la comprensione di un certo indirizzo che verrà successivamente proposto nella presentazione del modello ricercato.

Questi elementi riguardano da un lato la "rivoluzione anagrafica" alla quale stiamo assistendo, e dall'altro lato la necessità generale di immaginare e mettere in atto nuovi modelli di cura, di gestione e di finanziamento.

Riguardo al primo elemento – l'invecchiamento della popolazione – la problematica si pone nei termini seguenti:

"C'è un fattore di rischio in più, costituito dalla longevità relativa della popolazione. Alla "rivoluzione terapeutica" dei farmaci e vaccini, alla "rivoluzione tecnologica" delle macchine diagnostiche e terapeutiche guidate dalla mano e dalla mente dell'uomo, si aggiunge, nei

³ Cfr. A. Marforio, "La riabilitazione vive: professioni del settore terapeutico- riabilitativo confrontate con nuove sfide", in *La riabilitazione vive*, cit. pp. 141-147.

paesi a sviluppo avanzato, la rivoluzione anagrafica (sott.), dovuta in buona parte a quegli stessi farmaci e vaccini e a quelle stesse macchine. Nel breve volgere di due generazioni si passa da un'attesa di vita alla nascita non molto diversa da quella dei primi anni del secolo a quella di fine Novecento che prevede 75 anni per gli uomini e 85 anni per le donne. Si profila inoltre un sorpasso epocale: il numero dei "vecchi" di età superiore ai sessantacinque anni che sorpassa il numero dei "giovani" di età inferiore ai quindici anni. La longevità, accompagnata da una "salute residua" vissuta con più o meno buona qualità di vita, deve non poco alla farmacologia e alla tecnologia medica. Però mette in crisi la stessa medicina. La capacità di quest'ultima di bloccare il fattore selettivo della malattia – quello che opera nelle società animali selezionando il più forte ed eliminando il più debole – sposta sempre più in avanti la scadenza della vita, generando in molti, anche in molti medici, la convinzione scienziata e tecnicista della longevità garantita in condizioni di salute ottimali o quanto meno accettabili. Di fatto la farmacologia e la tecnologia medica creano un tempo di vita in più che solo alcuni vivono nella quasi pienezza delle proprie risorse psicofisiche, mentre altri, sempre più numerosi, vivono in una multiforme condizione di malessere segnata da molte emergenze morbose e che può giungere fino alla perdita dell'autonomia e della coscienza vigile, moltiplicando le situazioni di bisogno, di disabilità e di disagio ed esigendo in pari tempo un maggior impegno umano e sociale sul fronte dell'assistenza e della cura. (sott.)

Questa quota di popolazione vive solo se le energie perdute dal singolo, anziché soprafatte come nell'economia biologica delle società animali diverse da quella umana, vengono surrogate e fornite da una rete medico-sanitaria e socio-sanitaria a maglie strette. Le società sviluppate fanno oggi i conti con una situazione nuova che emerge come un grande iceberg: è una vasta terra emersa popolata da longevi e da sopravvissuti (sott.) di tutte le età (dal bambino affetto da emofilia o da distrofia muscolare all'adulto affetto da sclerosi a placche o da morbo di Alzheimer) che incarnano un complesso di bisogni – individuali e sociali, tecnici e umani - ...”⁴

Appare evidente che questa evoluzione richiede dal sistema sanitario e dalla politica sanitaria risposte adeguate. È qui che, essendo radicalmente cambiati i bisogni, occorre approntare nuovi orientamenti e modelli di cura, sia in termini clinici che in termini di organizzazione e gestione.

In termini clinici un nuovo orientamento è, per esempio, quello proposto dall'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) che ha recentemente messo a punto una nuova visione di medicina sostenibile al fine di rispondere alle sfide attuali e future della società e della sanità. Tra le soluzioni possibili, l'ASSM preconizza proprio la messa a punto di nuovi modelli di cura, di gestione e di finanziamento (sott.), basati su una migliore coesione-integrazione del sistema:

⁴ G. Cosmacini, *L'arte lunga, Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Editori Laterza, Roma- Bari, 1997, pp. 381-382.

“Grâce à des “réseaux” et des voies de traitements clairement définis et bien organisés, les nouveaux modèles de soins permettent d’améliorer la collaboration entre les différents groupes professionnels et d’optimiser la répartition du travail et des compétences. »⁵

La sintesi tra l’evoluzione dell’assistenza sanitaria e la promozione di un’offerta di cura « al passo con i tempi » è pure contenuta nella pubblicazione della concezione globale *Sanità 2020* elaborata dal Consiglio federale per i prossimi anni. Si può infatti leggere in questo documento quanto segue:

“In futuro, l’assistenza sanitaria dovrà continuare a svilupparsi tenendo maggiormente conto del punto di vista dei pazienti e ponendo al centro i loro bisogni. Le odierne strutture di cura sono eccessivamente orientate alle cure intensive⁶ e all’ambito ospedaliero. In futuro, i pazienti dovranno ricevere un’assistenza sempre più diversificata e le prestazioni dovranno essere maggiormente improntate alla prevenzione delle malattie, all’assistenza a lungo termine dei pazienti affetti da malattie croniche (sott.) così come all’ultima fase di vita. Occorrerà pertanto adeguare i meccanismi di finanziamento dell’assistenza sanitaria per mezzo della legge federale sull’assicurazione malattie (LAMal).”⁷

La strategia *Sanità 2020* distingue 4 aree di valutazione: pari opportunità, trasparenza, qualità della vita e qualità dell’assistenza. Tra le diverse misure – con l’obiettivo esplicito di promuovere un’offerta di cure al passo con i tempi – *Sanità 2020* prevede anche la seguente:

“Adeguamento dell’assistenza nel campo delle cure a lungo termine (sott.), al fine di offrire strutture di cura rispondenti alle esigenze e con un numero sufficiente di professionisti della salute.”

Questi concetti e orientamenti, in un’ottica come questa, che vuole guardare al futuro, vanno tenuti presenti e considerati punti di riferimento ai quali rapportare l’elaborazione di un modello che intende, appunto, rispondere in modo aggiornato e anche coraggioso alle esigenze in divenire e future delle diverse tipologie di bisogni dell’utenza.

⁵ Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, *Médecine durable, Feuille de route de l’Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)*, Bâle, 2012, p. 26

⁶ Non nel senso dell’unità o del servizio delle cure intensive di un ospedale, ma nel senso dell’intensità degli interventi di cura a livello di intero sistema.

⁷ Consiglio federale, *Strategia in materia di politica della vecchiaia, Rapporto del Consiglio federale al postulato 03.3541 Leutenegger Oberholzer del 3 ottobre 2003*, Berna, 29 agosto 2007, p. 7.

4. L'OFFERTA SOCIO-SANITARIA BRISSAGHESE

4.1 Premessa

Nello studio *Brissago e gli anziani: territorio e società*⁸ sono reperiti e sommariamente descritti – dallo specifico punto di vista della mobilità e dell'autonomia degli ospiti – gli “istituti di cura” presenti nel Comune di Brissago: Casa San Giorgio, Istituto La Motta, Clinica Hildebrand e Istituto Miralago. Al riguardo – ma, nuovamente, da un punto di vista specifico, ovvero quello “territoriale” – lo studio rileva quanto segue:

“L’analisi condotta, pur evidenziando la diversa tipologia degli istituti, ha mostrato similitudini. La Casa anziani e la Clinica Hildebrand lavorano con una casistica di pazienti sempre meno autonoma e con sempre maggiori difficoltà motorie. Tutti gli Istituti considerano positivamente, probabilmente per ragioni diverse, un maggiore rapporto con il territorio comunale, anche se non si nascondono i potenziali risvolti negativi soprattutto rispetto ad un’apertura degli istituti con l’inserimento di percorsi aperti al pubblico. La scelta di analizzare il territorio partendo anche dalla prospettiva dei quattro Istituti è motivata dall’idea che la presenza di queste strutture caratterizza il Comune di Brissago. Inoltre una maggior considerazione delle esigenze degli utenti di queste strutture può rappresentare un valore aggiunto per tutti. Ciò che accomuna queste strutture sanitarie non è quindi l’età dei propri utenti, bensì il grado di impedimenti e i potenziali benefici che gli stessi possono trarre da una rinnovata relazione con lo spazio pubblico.” (p. 34)

Ovviamente, l’analisi della situazione attuale dell’offerta socio-sanitaria brissaghesa non può esaurirsi a questi aspetti, soprattutto se su di essa s’intende individuare una prospettiva di sviluppo. Altre dimensioni oltre alla mobilità e all’autonomia della casistica – che richiedono comunque un approfondimento – vanno indagate, al fine di individuare affinità, diversità e potenziali o effettive sinergie tra le diverse componenti dell’offerta socio-sanitaria brissaghesa. Ciò richiede un’attenzione agli elementi strutturali (la localizzazione, la logistica, l’architettura), gestionali ed organizzativi (le risorse umane, i servizi tecnici ed amministrativi), economico-finanziari (le risorse finanziarie) e agli aspetti di natura istituzionale (quadro legislativo, ragione sociale).

Questa analisi è importante nell’ottica dello studio qui proposta, poiché costituisce la pietra miliare a cui riferire le successive caratteristiche di un modello a cui tendere, permettendo anche di valutarne non solo la “visione” ma anche la fattibilità più o meno impegnativa rispetto ad una situazione reale.

4.2 I diversi segmenti dell’offerta

Si può guardare l’offerta da due punti di vista: uno “esterno” in base all’esame dei dati e delle informazioni disponibili concernenti i diversi segmenti della stessa, presenti sul

⁸ A cura di M. Martinoni e E. Sassi, Taverne, novembre 2009, vedi bibliografia.

territorio comunale, e uno “interno”, in base alla valutazione che ognuno fa di sé stesso. Inoltre, quanto ai contenuti, l’offerta può essere considerata secondo dimensioni plurime, da quella prettamente clinico-assistenziale, a quella economico-finanziaria e a quella politico-istituzionale.

4.2.1 L’ottica esterna

Innanzitutto, si consideri l’offerta descritta secondo un’ottica “esterna”, in base alla documentazione pubblica disponibile. Preliminarmente, si osserva che l’offerta socio-sanitaria brissaghese non costituisce un “blocco”, né dal profilo istituzionale, né riguardo alla casistica dell’utenza. Pertanto, ogni istituto costituisce un “tassello” a sé della specifica offerta comunale, regionale e cantonale settoriale e a queste va rapportata.

Lo schema generale per situare questa offerta è il seguente:

Figura 1 Inserimento dell’offerta socio-sanitaria brissaghese nel contesto istituzionale e territoriale regionale e ticinese (PL = posti letto)

Istituto, settore e rifer. legislativo	PL a Brissago	PL nel Locarnese e VM	PL in Ticino
Hildebrand Riabilitazione (LAMal, art. 39 cpv 1)	90	90	175
CPA S. Giorgio Istituti di cura (LAMal, art. 39 cpv 3)	60	1105	4409
- La Motta - Miralago Istituti per invalidi LAMal, art. 39 cpv 3	40 35	109	439
Totale	225	1304	5023

Fonte: diversi documenti pianificatori (cfr. bibliografia)

- i posti letto della clinica Hildebrand (90) rappresentano il 100% dei posti letto del settore della riabilitazione nel Locarnese e Vallemaggia e il 51.4% del totale dei posti letto del settore della riabilitazione in Ticino;
- i posti letto dell’Istituto CPA S. Giorgio (60) rappresentano il 5,4 % dei posti letto della regione e soltanto l’1.4% del totale dei posti letto settoriali in Ticino;

- i posti letto degli istituti La Motta e Miralago considerati insieme, rappresentano il 68.8% dei posti letto del settore degli istituti per invalidi nel Locarnese e Vallemaggia, e il 17.1% dei posti letto settoriali in Ticino.

Già da questo schema, che colloca i 4 istituti brissaghesi nei rispettivi ambiti pianificatori cantonali e regionali previsti dalla legislazione federale (Legge federale sull'assicurazione malattia, LAMal) e cantonale (Legge anziani, LA e Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi, LISPI) si evince il "raggio d'azione" diversificato dell'offerta socio-sanitaria di Brissago, ovvero

- pressoché circoscritto alla popolazione dei Comuni di Brissago e Ronco s/Ascona per la CPA Casa S. Giorgio;
- rivolto invece ad un territorio e a una popolazione più ampi ma prevalentemente regionali e con riferimento a casistiche specifiche per i due istituti del settore dell'invalidità – La Motta e Miralago;
- d'importanza cantonale, poiché costituisce l'elemento primario, per la Clinica Hildebrand.

Si osserva la specificità dell'Istituto La Motta, i cui ospiti provengono in prevalenza da fuori Comune e da fuori Cantone, sovente germanofoni.

Più nel dettaglio, per le singole strutture, si rilevano i seguenti aspetti:

a) Istituto per anziani Casa S. Giorgio

La casa S. Giorgio fa parte degli Istituti di cura autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (LAMal), art. 39 cpv 3. L'istituto conta 61 posti letto effettivi al 31.12.2010 su 60 riconosciuti dal DL 29.11.2005 e contribuisce alla copertura del fabbisogno in posti letto (PL) del comprensorio Locarnese e Vallemaggia, comprensorio che dispone di 1105 PL iscritti nella pianificazione (1050 effettivi al 31.12.2010) e che prevede un totale di PL da autorizzare al 31.12.2020 (a regime) di 1167 unità, pari ad un aumento di 62 PL⁹. Con 61 posti letto effettivi, l'Istituto ha un potenziale di 61x365 giornate/anno, ossia 22'265 giornate. Dal 2003 (dopo l'ultima ristrutturazione e ampliamento) l'istituto ha sempre registrato tassi di occupazione altissimi, dell'ordine del 99.0%, con picchi oltre il 99.5%. Quanto alla provenienza degli ospiti, si evidenzia che nel 2012 il 53.1% era dato da persone domiciliate a Brissago, il 10.7% di provenienza da Ronco s/Ascona e il resto, pari al 36.2%, di provenienza da altri comuni della regione¹⁰.

L'offerta attuale contribuisce dunque alla copertura del fabbisogno del comprensorio che, secondo la pianificazione cantonale 2010-2020 risulterebbe adeguata con la prevista realizzazione della CPA di Losone da parte del Comune e della Fondazione Patrizia

⁹ Si tratta del saldo tra + 106 PL e – 44 PL. Sono da evidenziare da un lato le riduzioni dovute a rettifiche presso la CPA Cinque Fonti di S. Nazzaro (-20) e la Residenza Al Parco di Muralto (-16), e dall'altro lato l'aumento di 70 PL per la realizzazione della nuova CPA a Losone. Altri cambiamenti previsti sono di minore entità.

¹⁰ Nel 2003 la ripartizione dei luoghi di provenienza degli ospiti era la seguente: 55.6% da Brissago, 8,5% da Ronco s/Ascona e 35.9% da altri comuni.

Casa Anziani. Anche in prospettiva, pertanto, non sono da prevedere ulteriori aumenti di PL nel settore degli istituti di cura e in questa forma, per gli anziani della regione.

b) Istituti La Motta e Miralago

Gli istituti La Motta e Miralago sono ambedue riconosciuti nella lista degli istituti autorizzati secondo l'art. 39 cpv 3 LAMal (Istituti per invalidi): 40 PL per La Motta e 35 PL per l'Istituto Miralago. Risulta tuttavia che i posti diurni, notturni e diurni-notturni assegnati ai due istituti in base alla LISPI e dunque previsti nella specifica pianificazione cantonale erano a fine 2010 e 2011 di 50 per l'Istituto La Motta e di 36 per l'Istituto Miralago. Nonostante questo riconoscimento istituzionale comune, il profilo dell'offerta dei due istituti è sostanzialmente diverso: l'Istituto la Motta è un istituto socio terapeutico il cui mandato e orientamento di massima si rivolge a una casistica con problemi di handicap prevalentemente mentale associato a problematiche psichiche (e fisiche), mentre l'Istituto Miralago è designato come istituto psicopedagogico per utenti di diversa età con "handicap mentale associato a importanti problematiche fisiche, psichiche e sensoriali/dipendenti".¹¹

Per quanto riguarda la pianificazione 2011-2014 di questi istituti, e per quanto noto, non risultano in fase di progettazione o di realizzazione nuove iniziative, cosicché anche nel settore degli istituti per invalidi il fabbisogno – regionale e cantonale – è da considerare in linea di principio coperto. Tuttavia, in virtù di una crescente pressione ad accogliere utenti esterni che fanno viepiù richiesta di presa a carico notturna – aumenti che si sono accelerati di anno in anno e che si prevede aumenteranno anche in futuro dato l'invecchiamento sia degli ospiti che dei familiari – anche l'Istituto Miralago mette in conto un ampliamento del proprio stabile abitativo per accogliere un maggior numero di ospiti.

c) Clinica Hildebrand

La Clinica Hildebrand, infine, è inserita nel DL concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal, del 29 novembre 2005, con 90 PL nel campo della riabilitazione art. 39 cpv 1. Si tratta dell'istituto più importante del Cantone in questo settore: non solo perché è il più grande dal profilo quantitativo, ma anche perché copre un ampio spettro dell'offerta riabilitativa cantonale complessiva¹².

Come noto è in corso l'aggiornamento e la rielaborazione della pianificazione ospedaliera cantonale di pertinenza dell'art. 39 cpv 1 LAMal : settore acuto, riabilitativo e psichiatrico.¹³

Ora, in base allo studio sul fabbisogno effettuato nell'ambito di tale aggiornamento, il settore della riabilitazione è l'unico per il quale la previsione del fabbisogno 2020 registra un aumento sia dei pazienti che delle giornate: si stima che i pazienti dovrebbero passare da 2'029 unità del 2010 a 2'919 nel 2020, pari a + 890 unità, ossia un aumento del 43.9%. Le giornate, sempre secondo le stime effettuate dal Cantone, dovrebbero passare dalle

¹¹ Cfr. Canton Ticino, Dipartimento della sanità e della socialità, *Pianificazione 2011-2014 delle strutture e dei servizi per invalidi adulti finanziati dalla LISPI nel Canton Ticino*, Bellinzona, settembre 2011.

¹² Completano il settore della riabilitazione i 25 PL a Faido (ORBV) e i 60 PL a Novaggio (ORL), ambedue istituti dell'EOC.

¹³ I dati e le informazioni concernenti l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera che verranno citati e illustrati di seguito nello studio sono tratti dai documenti resi pubblici nel corso della Conferenza stampa del DSS del 13 febbraio 2014.

58'036 del 2010 alle 74'781 nel 2020, pari a + 16'745 giornate, ossia un aumento del 28.9%. Come si vede, siccome l'aumento delle giornate è inferiore rispetto all'aumento dei pazienti, ciò significa che si prevede, mediamente, una riduzione della durata media di soggiorno nelle strutture di riabilitazione: secondo i dati suesposti, si passerebbe in effetti da una durata media di degenza nel 2010 di 28.6 giorni a una durata media di degenza nel 2020 di 25.6 giorni, il che significa mediamente 3 giorni di degenza in meno per paziente. Siccome tuttavia il numero totale di pazienti previsto aumenterà – e anche le giornate totali, nonostante la riduzione della durata media – la conclusione, dati gli attuali altissimi tassi di occupazione delle strutture riabilitative del Ticino, non può che essere una sola: per far fronte a questo aumento del fabbisogno bisognerà aumentare il numero di posti letto. Per questo, l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera ora in consultazione (primavera 2014) prevede un incremento di 30 posti letti per la riabilitazione sul piano cantonale (da 175 a 205) dei quali 15 in più attribuiti alla Clinica Hildebrand, che passerebbe pertanto dagli attuali 90 a 105 posti letto.

Vero è che la pianificazione in corso d'esame dovrà precisare meglio anche gli ambiti specifici (mandati di prestazione) assunti dalle varie strutture, così come le prestazioni erogate. In questo senso, il problema sarà soprattutto a sapere quale sarà il volume, in termini di prestazioni appunto, appropriato per far fronte alla domanda a copertura del fabbisogno nello specifico settore, tenuto conto come vedremo meglio in seguito, dell'evoluzione non solo demografica ma, e diremmo quasi soprattutto, anche epidemiologica.

Ma altrettanto importante sarà la risposta a sapere quale sarà la destinazione post-riabilitativa dei pazienti: problema oggi avvertito e destinato ad acuirsi se non adeguatamente affrontato, dato l'aumento del numero dei posti letto – e dunque dei pazienti – concomitante con la riduzione della durata della degenza media.

In sintesi, si rileva che i quattro istituti socio-sanitari brissaghesi sono assolutamente ben consolidati nel contesto dell'offerta regionale e cantonale, ognuno con le proprie specificità. Non solo: in prospettiva, se consideriamo l'aumento dei posti letto presso la Clinica Hildebrand (+15), l'eventuale ampliamento dello stabile abitativo dell'Istituto Miralago e la prospettiva di ristrutturazione/costruzione a nuovo della Casa S. Giorgio – pur senza, per principio, un aumento di PL – tutto ciò ci offre una prospettiva generale di ulteriore consolidamento e sviluppo dell'offerta socio-sanitaria brissaghesa anche in futuro. Proprio per questo, è utile indagare sulle possibilità di interagire maggiormente tra i quattro istituti.

4.2.2 L'ottica interna

In secondo luogo, si consideri l'offerta secondo la valutazione (l'autovalutazione) data di sé stessa da ogni singola struttura. Questa visione delle cose è stata indagata nell'ambito di questo studio attraverso l'organizzazione di un *workshop*¹⁴ - al quale hanno partecipato i

¹⁴ La scheda che è servita da guida durante il seminario è riportata in allegato (cfr. Allegati).

responsabili della Casa San Giorgio, dell'Istituto La Motta e della Clinica Hildebrand – e con un successivo incontro organizzato con l'Istituto Miralago.

Sono stati sottoposti agli istituti i seguenti punti:

- valutazione della situazione attuale (internamente e verso l'esterno);
- valutazione dei punti forti e dei punti deboli, delle opportunità e dei rischi (analisi SWOT);
- punti di contatto con gli altri istituti;
- visione e altre osservazioni.

I risultati emersi permettono di rilevare la situazione, in che modo vivono attualmente i quattro istituti, come si situano nel contesto socio-sanitario comunale, regionale e cantonale e quali prospettive intravedono per il proprio futuro.

a. Istituto per anziani Casa S. Giorgio

L'Istituto per anziani Casa S. Giorgio valuta la propria situazione attuale nel modo seguente:

- dal punto di vista interno, ossia dal punto di vista del funzionamento in sé dell'istituto, è sottolineata l'esigenza di rivedere e ampliare gli spazi dell'attuale struttura per anziani¹⁵. Si reputa infatti che la stessa non sia più in grado oggi di rispondere in modo adeguato ai bisogni fondamentali di cura e di assistenza alle persone anziane che vi soggiornano e tantomeno per quelle che vi faranno ricorso quale struttura medicalizzata in futuro. Ad avere generato questa situazione sono state due evoluzioni importanti: da un lato, per cause diverse (vedi Cap. 3) sono cambiati i sistemi di cura, dall'altro lato (vedi Cap. 5) sono cambiate – anche qui per cause di diversa natura – le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche dei residenti e pertanto dei loro bisogni. La conseguenza più rilevante di questa evoluzione è stata la crescente inadeguatezza funzionale e qualitativa degli spazi dell'istituto. Pensando alle previsioni future dell'invecchiamento della popolazione e quindi degli ospiti dell'istituto, la necessità di una risposta strutturale e di adeguate misure appare viepiù urgente;
- dal punto di vista esterno (sul piano istituzionale e territoriale), ossia dell'istituto in quanto elemento settoriale dell'offerta regionale e cantonale residenziale per le persone anziane, si ritiene che il ruolo dello stesso sia indiscusso, sia da parte dei Comuni di Brissago e di Ronco s/Ascona dai quali arrivano la maggior parte degli ospiti, che anche da parte degli altri Comuni della regione. Anche la prevista realizzazione della CPA di Losone non potrà avere carattere sostitutivo, ma sarà destinata a completare l'offerta regionale, accanto e con gli istituti oggi presenti sul territorio, tra i quali certamente la Casa S. Giorgio.

La seguente matrice riprende invece l'analisi SWOT (cioè l'individuazione dei punti di forza e di debolezza, rispettivamente le opportunità e rischi) effettuata dall'istituto:

¹⁵ Proprio da ciò, come visto in Introduzione, è scaturita l'esigenza di valutare le prospettive dell'istituto anche attraverso questo mandato.

Figura 2: Analisi SWOT Casa S. Giorgio

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> - presenza di una <i>leadership</i> capace e impegnata (tra cui il medico geriatra) - ottima collaborazione tra i quattro istituti socio-sanitari di Brissago - riconoscimento a livello cantonale della qualità delle prestazioni dei 4 istituti - disponibilità della Fondazione ad investire nello sviluppo di progetti concreti - nuove possibilità di estensione dell'offerta in ambito socio-sanitario sul territorio comunale, il cui settore economico trainante (turismo) è in difficoltà 	<ul style="list-style-type: none"> - la sensibilità politica ai temi socio-sanitari deve essere anche propositiva - incertezza economica recente e mancanza di stimoli per lo sviluppo e l'insediamento di nuove attività, con impatti sulla vita del Comune - necessità di maggiore presa di coscienza sulla tematica degli anziani in generale - mancanza di riscontro sugli studi promossi dalla Fondazione (mobilità e anziano, nonni e bambini)
Opportunità	Rischi
<ul style="list-style-type: none"> - favorevole momento a nuove proposte, dato dall'attenzione al tema dell'invecchiamento a livello cantonale e federale - necessità effettive di nuove risposte all'aumento dei bisogni della popolazione - possibilità di concentrare sotto uno stesso tetto una rete sociale appositamente predisposta - creazione di nuovi posti di lavoro e quindi indotto per le finanze pubbliche comunali - stimolo alla revisione del piano regolatore (PR) comunale della zona del centro e all'individuazione di un sito adatto alla realizzazione di un nuovo stabile - opportunità di procurarsi mezzi finanziari attraverso la vendita dell'attuale stabile (interessati già individuati) 	<ul style="list-style-type: none"> - importanza dell'investimento (se eccessivo, il progetto potrebbe cadere) - insufficiente accoglienza di un progetto da parte delle istanze politiche - difficoltà delle finanze pubbliche cantonali e impatto sulle finanze pubbliche comunali

Un ulteriore elemento di valutazione è dato dai possibili punti di contatto con gli altri istituti, che dal punto di vista della Casa S.Giorgio stessa sono valutati nel seguente modo:

- dal profilo istituzionale:
già oggi esistono ottimi rapporti non formalizzati; la creazione di un polo di riferimento potrebbe essere l'occasione per regolarizzare gli attuali rapporti facendoli sfociare in

accordi concordati anche con altri partner, in modo particolare con i finanziatori (casce malati) e con lo Stato;

- dal profilo gestionale/organizzativo dei servizi:

l'acquisto di medicinali, alimentari e merci è già stato discusso tra gli istituti. Nella medesima ottica, si può pensare alla messa in comune di altri servizi, quali la lavanderia, il servizio di assistenza tecnica, i trasporti, ma in futuro anche la cucina e il servizio alberghiero in generale;

- dal profilo dei pazienti:

non sono evidenziati, oggi come oggi, particolari punti di contatto; in prospettiva, per quanto riguarda le richieste di assistenza, specie per le persone anziane, si può ipotizzare la messa in comune di un servizio sociale che si occupi di tutte le problematiche ivi connesse e competente per le quattro strutture. Un servizio che abbia un ampio spettro di contatti ai diversi livelli istituzionali;

- dal profilo dell'offerta di prestazioni:

in prospettiva si può pensare alla messa a disposizione di un servizio (riserva letti) che tenga conto *in primis* delle esigenze e richieste provenienti dagli altri istituti presenti a Brissago.

b. Istituto La Motta

La situazione attuale, dal punto di vista interno, è valutata positivamente in base ai seguenti elementi: adeguatezza degli stabili, qualità delle attività proposte, grado di soddisfazione dei bisogni, competenze del personale, livello delle infrastrutture e disponibilità di mezzi finanziari.

Dal profilo del posizionamento dell'istituto verso l'esterno si sottolineano i buoni contatti con le Autorità comunali, con gli altri istituti socio-sanitari presenti sul territorio comunale di Brissago, con le Autorità cantonali, con gli utenti stessi, i quali manifestano la propria soddisfazione.

La seguente matrice riprende invece l'analisi SWOT dell'istituto:

Figura 3: Analisi SWOT Istituto La Motta

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> - sostenibilità - continuità - competenze (sia per i laboratori occupazionali sia dal profilo clinico) , in particolare per ospiti disabili gravi - cultura aziendale dinamica-costruttiva-critica - capacità di imparare/formarsi 	<ul style="list-style-type: none"> - il fattore linguistico (prevalenza di ospiti di lingua tedesca) - una certa resistenza all'innovazione tecnologica
Opportunità	Rischi
<ul style="list-style-type: none"> - l'istituto vede nella realizzazione di una fattoria un' interessante opportunità da valutare 	<ul style="list-style-type: none"> - finanziamento - fattori imprevedibili

La visione (il sogno ...) dell'istituto La Motta è quello di Brissago come “*comune a misura di anziano*”: per questo reputa che il potenziale del futuro da sviluppare e valorizzare sia quello delle sinergie tra istituti, della messa in comune il più possibile delle competenze. L'immagine è quella del quadrifoglio: quattro foglie (istituti) non isolate, ma che s'intersecano in parti comuni, pur mantenendo ognuna la propria specificità.

c. Istituto Miralago

In termini generali e con uno sguardo rivolto in particolare all'esterno, la situazione attuale dell'Istituto Miralago è valutata nel modo seguente.

La presenza sul territorio brissaghese delle altre strutture socio-sanitarie e i buoni rapporti tra istituti, hanno permesso di sperimentare diversi ambiti di collaborazione: forniture, messa a disposizione di veicoli, infrastrutture, momenti ricreativi (feste), progetto mobilità per il personale ...) . Tuttavia, al di là degli intenti comuni e in base alle esperienze fatte, occorre riconoscere che i margini per una collaborazione strutturata d'insieme sono pochi. Le ragioni sono sostanzialmente le seguenti:

- l'“incasellamento” di ogni istituto in un ambito legislativo-pianificatorio preciso, senza che su questo piano vi siano legami tra un settore e l'altro. Questo è sicuramente un ostacolo allo sviluppo di un discorso “trasversale”, di cooperazione/collaborazione interistituzionale;
- contesti e filosofie di gestione diversi, dovuti ad un *management* diverso degli istituti. Manca cioè a tutt'oggi una cultura di gestione uniforme o perlomeno sufficientemente organica del *modus operandi* di ognuno, così da essere facilmente riconosciuta e costituire per tutti una comune piattaforma d'intesa; in questo senso, non è evidente individuare le modalità di messa in comune delle risorse di gestione;
- l'esigenza di una più grande attenzione da parte delle istanze politiche locali.

L'analisi SWOT dell'istituto ha permesso di costruire la seguente matrice:

Figura 4: Analisi SWOT Istituto Miralago

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> - le competenze dell'istituto e il buon clima di lavoro - l'assenza oggi di grossi problemi interni - il sostegno degli indirizzi proposti dalla Direzione da parte del Consiglio di Fondazione - i buoni rapporti dell'istituto in ambito istituzionale (partecipazione attiva a varie istanze e gremii settoriali cantonali) 	<ul style="list-style-type: none"> - motivo di preoccupazione è dato dalla situazione economico-finanziaria generale e, in particolare dalle finanze pubbliche cantonali
Opportunità	Rischi
<ul style="list-style-type: none"> - il lavoro avviato sui "costi nascosti", ossia la determinazione degli spazi di manovra in termini di razionalizzazione (e risparmio) delle risorse, compatibilmente con il mantenimento della qualità e della sicurezza - l'approccio al suddetto lavoro in termini di comunicazione, coinvolgimento e adesione delle collaboratrici e dei collaboratori - la flessibilità dell'istituto quando viene sollecitato ad accogliere ospiti che non trovano adeguata collocazione in altre strutture 	<ul style="list-style-type: none"> - un'eventuale, ulteriore, pressione da parte dell'ente pubblico potrebbe significare di dover rivedere l'insieme delle prestazioni offerte, eventualmente già a medio termine

Riguardo ai punti di contatto e alle effettive possibilità di collaborazioni settoriali e puntuali con gli altri istituti (vedi sopra), l'Istituto Miralago si è chiesto se è immaginabile una unità esterna al centro e gestita in comune con gli altri istituti, per accogliere parte degli attuali ospiti che hanno raggiunto una certa età. Questa ipotesi - che è stata considerata in virtù della crescente problematica dell'invecchiamento degli ospiti – non è però a tutt'oggi stata ritenuta realizzabile per le seguenti ragioni:

- benché il tema dell'invecchiamento delle persone diversamente abili sia molto sentito – vedi anche le considerazioni contenute nella pianificazione LISPI¹⁶ – e richiederà delle soluzioni, non è possibile pensare a soluzioni di tipo generale, valevoli per tutti i soggetti anziani allo stesso modo; esistono in effetti delle esigenze specifiche, e il trasferimento di un ospite di una certa età in un'unità esterna rischia di diventare molto complesso. Sarebbe inopportuno trasferire ospiti dell'istituto, che qui hanno passato una vita, in una

¹⁶ Vedi DSS, DASF, UI, *Pianificazione 2011-2014 delle strutture e dei servizi per invalidi adulti finanziati dalla LISPI nel Canton Ticino*, settembre 2011.

struttura esterna, fosse anche poco lontano, ora che sono più anziani: sarebbe verosimilmente traumatico;

- occorrerebbero in ogni caso delle competenze specifiche, il che richiederebbe un organico di personale adeguato, ciò che potrebbe implicare dei costi importanti.

Poiché il problema dell'invecchiamento dovrà comunque essere affrontato quanto prima, l'istituto pensa ad un ampliamento e dunque di dotarsi di nuovi spazi. In questa direzione, e senza pensare a dei trasferimenti di ospiti attualmente in istituto, l'ipotesi sarebbe quella di prospettare una struttura polifunzionale, comprensiva di un nucleo adibito a posti ad occupazione temporanea anche per la tipologia di utenti e ospiti dell'istituto. Al momento attuale, su 36 utenti, 9 sono esterni; siccome si assiste ad una graduale richiesta di pernottamento anche da parte di questi ultimi, in prospettiva ci si deve attendere che tutti e 9 gli utenti esterni diventeranno "interni" mano a mano che invecchiano¹⁷. Da qui l'esigenza di ampliamento del numero dei posti letto¹⁸.

Una decisione importante, che potrà essere determinante per la ricerca di un nuovo indirizzo in risposta al problema dell'invecchiamento degli ospiti dell'istituto (problema comune anche ad altre strutture) sarà quello a sapere se il DSS non limiterà l'età dell'istituzionalizzazione a 65 anni. Se così fosse, occorrerà chiedersi seriamente dove verrebbero collocati gli utenti una volta raggiunto questo limite. Al riguardo, si sottolinea che oggi le CPA, così come sono non sarebbero il luogo idoneo per accogliere questi utenti, non essendo preparati né strutturalmente né sul piano delle competenze e dell'entità delle risorse umane disponibili.

A dipendenza della decisione, pertanto, anche l'idea di una struttura polifunzionale esterna nuova – non gestita direttamente dall'istituto – potrebbe essere immaginata.

L'ottica di fondo emersa consiste nel riconoscere l'esistenza di una doppia spinta verso l'individuazione di nuovi approcci e modelli di presa a carico:

- da un lato, sebbene a partire da un'utenza profilata e specifica, con esigenze diverse, si assisterà ad un crescente fabbisogno dovuto all'invecchiamento e alla fragilizzazione progressiva degli ospiti; una pressione che non potrà che crescere, viste le previsioni demografiche;
- dall'altro lato, la messa a punto concettuale di nuovi approcci, basati sulla messa in rete di risorse e competenze multiple, che potrebbero rappresentare una piattaforma di più facile attivazione attraverso una maggiore integrazione funzionale ed organizzativa. Da quest'ultimo profilo, vista la prossimità degli istituti socio-sanitari brissaghesi, nonostante la morfologia difficile del territorio, potrebbe rappresentare un'opportunità da sfruttare al fine di proporre qualche cosa di innovativo e propedeutico per altre esperienze. È sottolineata la consapevolezza che la prospettiva intesa a proporre stimoli innovativi e nuovi progetti deve fare i conti con dei limiti e con l'impossibilità di avere tutto *hic et nunc*.

¹⁷ In base ad un'inchiesta interna, ciò potrebbe avvenire nell'arco dei prossimi 10 anni.

¹⁸ Occorre precisare che nell'ipotesi della realizzazione di un centro polifunzionale vi verrebbe indirizzata una nuova casistica, non ancora legata all'istituto Miralago e quindi non legata alle proprie esigenze pianificatorie.

d. Clinica Hildebrand

L'esame della situazione attuale da parte della Clinica Hildebrand è sviluppato direttamente sotto forma di matrice SWOT; punti forti e punti deboli, opportunità e rischi, sono valutati nel modo seguente:

Figura 5: Analisi SWOT Clinica Hildebrand

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> - la stabilità, la cultura d'impresa, l'efficienze e il <i>know-how</i> - l'ottimo posizionamento a livello svizzero - l'appartenenza a REHA Ticino, in seno alla quale si è potuto affrontare il problema della continuità del percorso del paziente - la progettualità: vedi iniziative con Casa S.Giorgio, la collaborazione con Cevio per la gestione di due letti di fisioterapia ed ergoterapia in quella sede 	<ul style="list-style-type: none"> - difficoltà a "misurare" i risultati, dovendo essere in grado sempre di più di giustificare quello che si offre e che si fa - poiché l'ambito ospedaliero acuto ha interesse a dimettere e a trasferire pazienti in riabilitazione il più presto possibile, anche l'istituto "tende" a trasferire a valle i pazienti altrove il più presto possibile: ma dove? Non è sempre evidente, mancano gli incentivi finanziari e ci sono limiti dovuti alla legislazione, ciò che disincentiva una presa a carico continuativa non essendo riconosciuto il paziente come "cronico" e dunque nella sua totalità (ma solo parzialmente, per frammenti) - ognuno è costretto ad escogitare delle strategie, ma manca un disegno organico di collaborazione
Opportunità	Rischi
<ul style="list-style-type: none"> - benché ognuno con il proprio mandato, le strutture socio-sanitarie di Brissago hanno la volontà di collaborare "in rete" laddove possibile/opportuno, in particolare attraverso la condivisione di risorse specialistiche - a seguito dell'introduzione dei SwissDRG c'è il rischio – che può essere un'opportunità – di mettere meglio a fuoco il discorso sul percorso del paziente (es. neurochirurgico) - l'evoluzione demografica indica chiaramente che ci saranno sempre di più persone bisognose di riabilitazione - anche dal profilo dei costi, in base ad un lavoro qualificato, un'opportunità è data da un possibile vantaggio competitivo nell'ambito delle trattative con le CM 	<ul style="list-style-type: none"> - pericolo di "razionamento" (contratto di prestazione con lo Stato) per un istituto attivo in un settore dove, in Ticino, non ci sono alternative - impatti dell'introduzione dei SwissDRG (ma vedi anche sotto opportunità) - l'inadeguata considerazione del percorso che dall'acuto al sub-acuto precede l'arrivo in riabilitazione (analogamente al percorso a valle)

La clinica Hildebrand considera la prospettiva di una maggiore collaborazione tra gli istituti come un grosso potenziale. La visione è quella di un Comune, Brissago, come di un modello per il Locarnese¹⁹. Il concetto potrebbe dunque essere quello di un laboratorio socio-sanitario a cielo aperto.

Come mettere d'accordo i quattro istituti su quest'idea? Con riferimento ai capitoli relativi agli elementi concettuali e all'evoluzione dei bisogni (Cap. 3 e 5), emerge un elemento di convergenza comune a tutti gli istituti ossia quello di fragilità, al quale s'aggiunge come corollario quello di bisogni che cambiano in continuazione per cui non avrebbe più un gran senso, da questo profilo, distinguere un paziente acuto, uno non-acuto, uno cronico, ecc., poiché la tela di fondo è costituita dal fatto che c'è una importante cronicizzazione data dall'evoluzione demografica ed epidemiologica in atto. Ci sono al riguardo due tesi: chi dice che ci sarà una sorta di "epidemia" delle disabilità; chi dice invece che ci potrà essere una compressione delle disabilità malgrado l'aumento della speranza di vita, con rinvio della "fragilizzazione" il più in là possibile negli anni e per un periodo di tempo relativamente limitato. Occorre allora riflettere sull'adeguatezza degli istituti: si può dire che le case per anziani sono destinate a "cambiare pelle", poiché i loro contenuti dovranno essere viepiù diversificati.

¹⁹ Oltre agli istituti di Brissago, si potrebbero coinvolgere secondo la Clinica altre strutture della regione, come per esempio La Carità.

5. L'ANALISI DEI BISOGNI SOCIO-SANITARI DI OGGI E DI DOMANI

In questo capitolo s'intende proporre un'analisi sommaria dei bisogni socio-sanitari di oggi e di domani, finalizzata a fare da supporto all'idea e al conseguente modello di offerta socio-sanitaria integrata che si svilupperà nel capitolo successivo.

È infatti fondamentale partire da qui, poiché è soltanto affermando (ri-affermando ...) la finalità del progetto – che è quella di trovare la migliore e più aggiornata adesione dell'offerta esistente ad un fabbisogno di cure ed assistenza che si è evoluto – e dandone dimostrazione, che si consolida l'intero progetto.

Come consuetudine, due sono le “misure” dei bisogni di cure ed assistenza da considerare, la misura quantitativa e la misura qualitativa. Ambedue, inoltre, si applicano ad altrettanti ambiti fenomenologici: quello demografico e quello epidemiologico. Infine, occorre altresì considerare due dimensioni imprescindibili: quella temporale (evolutiva) e quella spaziale (territoriale).

Muovendo dalle considerazioni più ampie, si svilupperanno nei prossimi punti i diversi elementi e aspetti richiamati, cercando di caratterizzare – laddove possibile – i bisogni socio-sanitari locali, regionali, cantonali e forse anche extracantonali, che potrebbero trovare un adeguato riscontro nello sviluppo dell'offerta socio-sanitaria brissaghese secondo gli indirizzi qui proposti.

5.1 Evoluzione demografica

Per principio la seguente analisi si svilupperà considerando l'evoluzione e, laddove possibile, le previsioni, della demografia cantonale, regionale e comunale. Questa articolazione è opportuna al fine di contestualizzare la realtà socio-sanitaria del Comune di Brissago la quale, come noto e come apparirà evidente in seguito, è particolarmente permeabile alle più ampie dinamiche demografiche in atto nel Cantone e oltre. Si deve inoltre precisare qual è il perimetro territoriale (ed istituzionale) scelto con riferimento al livello regionale e comunale: per il primo, quello regionale, il riferimento è al comprensorio recentemente proposto nell'ambito del nuovo Piano Cantonale delle aggregazioni (PCA) presentato il novembre scorso e attualmente in consultazione oppure alla più convenzionale regione Locarnese e Valle Maggia. Il PCA prevede un importante accorpamento degli enti locali nei prossimi anni; in particolare, per quanto riguarda l'agglomerato del Locarnese, esso prevede uno scenario d'aggregazione di 13 comuni e 2 frazioni, per un totale di 54'881 abitanti (2010): Ascona, Brione s/Minusio, Brissago, Cugnasco-Gerra (piano), Gordola, Lavertezzo (piano), Locarno, Losone, Mergoscia,

Minusio, Muralto, Orselina, Ronco s/Ascona, Tenero-Contra, Terre di Pedemonte²⁰. Scenario certamente (ancora) ipotetico, ma non per questo privo d'interesse in un'ottica analitica e prospettica come questa. Chiameremo questo accorpamento "Agglomerato Locarnese".

Per il secondo livello territoriale, quello comunale, benché la centralità sia ovviamente riservata a Brissago, si propone di avere un occhio di riguardo anche all'evoluzione della popolazione di Ronco s/Ascona, comune non solo limitrofo e geograficamente attaccato a Brissago, ma con il quale già esistono rapporti di collaborazione non soltanto informali ma anche codificati²¹, e pertanto delle possibili interessenze demografiche con quest'ultimo.

Con queste premesse, vediamo innanzitutto com'è evoluta negli ultimi 20 anni la popolazione ticinese, quella regionale e quella comunale. Ciò è illustrato dalla seguente tabella:

Tabella 1: Evoluzione demografica (popolazione residente al 31.12), Ticino, Agglomerato Locarnese, Comuni di Brissago e Ronco s/Ascona, 1991-2010

Anno	Brissago	Ronco s/A	Agglomerato Locarnese	Ticino*
1991	1'921	776	47'405	290'000
1992	1'925	764	48'114	294'100
1993	1'952	772	48'725	298'000
1994	1'947	785	49'235	302'100
1995	1'917	752	49'841	305'200
1996	1'874	738	47'420	304'800
1997	1'851	734	49'943	305'600
1998	1'823	709	49'947	306'200
1999	1'815	699	50'163	308'500
2000	1'781	684	50'380	310'200
2001	1'818	667	51'236	312'528
2002	1'854	661	51'525	315'256
2003	1'888	650	51'911	317'315
2004	1'877	644	52'256	319'931
2005	1'870	664	52'603	322'276
2006	1'858	676	53'106	324'851
2007	1'899	662	53'906	328'580
2008	1'865	660	54'342	332'736
2009	1'847	676	54'642	335'720
2010	1'816	678	54'244	333'753

*Dal 1991 al 2000 arrotondato x 100.

Fonte: Ustat/UFS, Statistica dello stato annuale della popolazione/ Statistica della popolazione e delle economie domestiche (ultima modifica: 23.04.2012, T_5097_010202_060)

²⁰ Vedi Consiglio di Stato, DI, SEL, *Piano cantonale delle aggregazioni, Documento 2 – Scenari di aggregazione, Agglomerato Locarnese, Analisi di dettaglio, Studio di base n. 2 (Capitolo 5.8)*, novembre 2013, p. 25.

²¹ Per esempio, l'art. 5 dello statuto della Fondazione Casa San Giorgio, Istituto per anziani recita: "In virtù dei buoni rapporti di vicinato con il Comune di Ronco s/Ascona, sfociati in una Convenzione di collaborazione entrata in vigore il 1° gennaio 1987, il Comune di Ronco s/Ascona partecipa all'Amministrazione della Fondazione".

Si evidenziano i seguenti aspetti:

- a Brissago, nel ventennio considerato (1991-2010), la popolazione residente è diminuita passando da 1'921 abitanti a 1'816 (-105, pari a - 5.5%). In realtà, la diminuzione non è stata costante ma piuttosto altalenante: il massimo si è avuto nel 1993, con 1'952 abitanti, il minimo nel 2000, con 1'781 abitanti;
- osservazioni analoghe, vale a dire una tendenziale diminuzione (più marcata che a Brissago) abbinata ad andamenti altalenanti, valgono anche per Ronco s/A, dove la popolazione si è ridotta da 776 a 678 abitanti (-98 abitanti, pari a - 12.6%);
- per contro, se si considera l'Agglomerato del Locarnese nello stesso periodo, la popolazione residente è aumentata di 6'839 abitanti, da 47'405 a 54'244 (+ 14.4%);
- infine, per il Ticino nel suo insieme, la popolazione è aumentata dalle 290'000 unità del 1991 a quasi 334'000 unità del 2010, con un aumento di quasi 44'000 unità (+15.2%).

Si osserva quindi un andamento inverso tra quello di Brissago e Ronco s/A da una parte e quello dell'Agglomerato di Locarno e del Ticino, dall'altra parte. Vuol dire che i fattori e le dinamiche di sviluppo della popolazione non sono state le stesse; in particolare, sul piano locale, possono aver influito elementi più sensibili rispetto a quelli che hanno agito sul piano regionale, come quello dell'attrattiva residenziale.

Questi elementi trovano riscontro nei dati del bilancio dei movimenti demografici: dai saldi dei flussi e dai saldi naturali che, nel loro modificarsi, incidono pure sull'entità e sulla struttura demografica, specialmente sulla cosiddetta "piramide delle età"²², vale a dire sulla ripartizione demografica per fasce d'età, come risulta dalla seguente tabella:

Tabella 2: Evoluzione della popolazione residente per fasce decennali d'età, Comuni di Brissago e Ronco s/Ascona, anni 1970, 1980, 1990, 2000, 2010*

Brissago	1970	1980	1990	2000	2010
0-9	281	178	151	137	108
10-19	259	284	196	147	128
20-29	265	210	274	151	132
30-39	263	266	240	285	160
40-49	291	236	250	237	272
50-59	280	290	230	273	277
60-69	260	265	258	226	349
70-79	169	192	199	220	238
80-89	48	61	104	128	130
90 +	4	5	7	29	22
Totale	2'120	1'987	1'909	1'833	1'816

²² L'espressione, metaforica ed evocativa, è quella canonica, anche se a dire il vero oggi piuttosto vetusta e sostituita nel corso degli anni da altre forme geometriche, diverse dalla piramide, quali quella della "piramide rovesciata", laddove le classi d'età più anziane rappresentano le proporzioni più elevate e dunque amplificano le classi d'età in prossimità del vertice.

Ronco s/A	1970	1980	1990	2000	2010
0-9	83	49	67	42	34
10-19	74	100	51	60	37
20-29	76	66	85	37	59
30-39	74	104	94	93	55
40-49	74	87	108	97	119
50-59	93	78	82	103	112
60-69	126	121	79	106	124
70-79	62	114	84	72	92
80-89	19	24	50	41	38
90 +	1	2	2	8	8
Totale	682	745	702	659	678

* Per alcuni anni, le differenze dei totali di questa tabella rispetto alla tabella 1 sono dovute a ragioni di rilevamento statistico.

Fonte: Ustat/UFS, Statistica dello stato annuale della popolazione/ Statistica della popolazione e delle economie domestiche

Non ci sono dubbi in merito all'invecchiamento assoluto e relativo della popolazione di Brissago tra il 1970 e il 2010:

- assoluto, poiché tutte le fasce d'età sopra i 60 anni sono aumentate di numero: da 260 a 349 per la fascia 60-69, da 169 a 238 per la fascia 70-79, da 52 a 152 per gli over 80;
- relativo, poiché la quota degli over 60 sul totale è passata da 481/2'120, pari al 22.7% della popolazione residente totale, a 739/1'816, pari al 41%.

L'invecchiamento della popolazione di Brissago è marcato. Anche a Ronco s/A la popolazione è invecchiata, partendo tuttavia da un livello più elevato, poiché la popolazione di più di 60 anni è passata da 208 abitanti a 262 (+ 54) che, in termini relativi significa un aumento della proporzione di questa fascia di età sul totale dal 30.5% al 38,5%. Come si situano i due Comuni rispetto al Ticino? La seguente tabella riporta l'evoluzione della popolazione residente cantonale per gli stessi anni:

Tabella 3: Evoluzione della popolazione residente (31.12.) per fasce decennali d'età, Ticino, anni 1970, 1980, 1990, 2000, 2010

Ticino	1970	1980	1990	2000	2010
0-9	37'594	30'618	26'286	30'725	29'688
10-19	30'922	40'051	32'975	30'161	33'365
20-29	36'086	32'917	41'295	34'911	35'525
30-39	36'595	41'335	41'714	51'997	44'502
40-49	31'894	37'088	42'811	43'779	56'513
50-59	28'391	31'105	36'305	42'320	44'638
60-69	24'880	26'082	28'718	34'048	40'775
70-79	14'156	19'472	20'514	24'122	29'777
80-89	4'534	6'525	10'311	12'142	15'654
90 +	406	706	1'252	2'641	3'316
Totale	245'458	265'899	282'181	306'846	333'753

Fonte: Ustat/UFS, Statistica dello stato annuale della popolazione/ Statistica della popolazione e delle economie domestiche

Come si evince, l'invecchiamento della popolazione tra il 1990 e il 2010 è un tratto caratteristico dell'evoluzione demografica ticinese:

- anche per il Ticino, tutte le fasce d'età sopra i 60 anni sono aumentate di numero: da 24'880 a 40'775 persone per la fascia 60-69; da 14'156 a 29'777 per la fascia 70-79; da 4'940 a 18'970 per gli *over* 80;
- la quota degli *over* 60 sul totale è passata da 43'976/245'458, pari al 17.9% della popolazione residente totale, a 89'522/333'753, pari al 26.8%.

Il confronto tra questa evoluzione e quella di Brissago e Ronco s/A mostra che l'invecchiamento della popolazione nei due comuni è sensibilmente superiore a quello sul piano cantonale: nel 2010 gli *over* 60 sono il 41.0% della popolazione residente totale di Brissago, rispettivamente il 38.5% della popolazione residente di Ronco s/A, contro il 26.8% a livello cantonale.

Come evolverà la popolazione di Brissago nei prossimi anni? Una risposta a questa domanda è difficilissima. Se già vale la regola che più è piccola la "scala" di riferimento della popolazione considerata, più è difficile fare delle previsioni, nel nostro caso è ancora più difficile in virtù dell'importanza dei fattori "esterni" che sono suscettibili di influenzare tale evoluzione. Data l'entità della quota di persone residenti di provenienza esterna, la dipendenza da questo fattore è per Brissago e per Ronco s/A particolarmente sensibile. Potrebbero perciò incidere sull'evoluzione futura i seguenti fattori, di difficile previsione:

- l'andamento "naturale" secondo il quale ci si potrebbe attendere un'ulteriore erosione della popolazione, seppure non in termini massicci;
- l'andamento del saldo tra arrivi e partenze e l'incidenza sulla popolazione residente, di difficile previsione, ma che potrebbe (se il saldo sarà positivo) compensare l'andamento "naturale";
- l'evoluzione della popolazione dell'intera regione (Agglomerato di Locarno) e più in generale del Cantone, che a sua volta potrebbe esercitare un impatto di una certa importanza sulla popolazione residente a Brissago e Ronco s/A.

Con riferimento alla popolazione anziana, quest'ultimo elemento potrebbe rivelarsi decisivo, poiché il Locarnese costituisce notoriamente un bacino di utenza potenziale (bisogni residenziali degli anziani) assai ampio, verso il quale anche le strutture socio-sanitarie di Brissago (in particolare la Casa San Giorgio) potranno porre attenzione. Su questo piano, lo scenario demografico di base elaborato dal Cantone²³ prevede un aumento della popolazione del Locarnese e Vallemaggia²⁴ da 67'474 abitanti nel 2010 a

²³ Che si basa sull'ipotesi di un saldo migratorio medio e di una fecondità media, vedi A. Moreau, "In scena(rio) una popolazione che cresce ancora (ma rallenta), Previsioni demografiche SCRIS-Ustat 2009-2040", in *Dati*, Bellinzona, 2010, I, p. 22.

²⁴ La Regione Locarnese e Vallemaggia costituisce un comprensorio più esteso (37 Comuni) rispetto all'ipotesi del nuovo Comune del Locarnese, previsto dal PCA (13 Comuni).

72'011 abitanti nel 2040 (+ 4'537, pari a + 6.7%). Questi dati sono illustrati nella seguente Tabella:

Tabella 4: Scenari demografici, per regione, in Ticino, dal 2008 al 2040

	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
In valori	332'736	337'210	347'083	355'717	363'229	369'856	375'279	379'443
Tre Valli	29'145	29'271	29'490	29'568	29'527	29'386	29'126	28'740
LVM	66'821	67'474	68'836	69'979	70'897	71'594	71'978	72'011
Bellinzonese	46'549	47'273	48'950	50'526	51'980	53'292	54'442	55'447
Luganese	136'673	139'067	144'524	149'467	153'918	158'042	161'697	164'859
Mendrisiotto	53'548	54'091	55'202	56'070	56'757	57'344	57'778	58'054
In per mille	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
Tre Valli	88	87	85	83	81	79	78	76
LVM	201	200	198	197	195	194	192	190
Bellinzonese	140	140	141	142	143	144	145	146
Luganese	411	412	416	420	424	427	431	434
Mendrisiotto	161	160	159	158	156	155	154	153

Fonte: SCRIS Losanna e Ustat, Bellinzona, (ultima modifica: 29.10.2010)

Questo aumento della popolazione residente sarà verosimilmente accompagnato da una modifica della struttura demografica, nel senso di un ulteriore aumento delle fasce d'età più elevate. Questo è, perlomeno, quanto ipotizzato a livello cantonale, come risulta dalla seguente tabella, che riporta lo stesso scenario di base non più per regione, ma per classi di età:

Tabella 5: Scenari demografici, secondo la classe d'età ventennale, in Ticino, dal 2008 al 2040

	2008	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040
In valori	332'736	337'210	347'083	355'717	363'229	369'856	375'279	379'443
0-19	63'219	63'212	62'363	61'100	61'035	61'280	61'973	62'729
20-39	82'919	80'643	77'969	79'017	79'909	80'465	79'656	78'387
40-64	120'268	123'529	128'355	130'410	129'243	123'665	118'355	116'328
65-79	47'430	49'751	54'861	57'853	61'316	68'445	76'391	79'160
80 e più	18'900	20'075	23'535	27'336	31'725	36'001	38'904	42'839
In per mille	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
0-19	190	187	180	172	168	166	165	165
20-39	249	239	225	222	220	218	212	207
40-64	361	366	370	367	356	334	315	307
65-79	143	148	158	163	169	185	204	209
80 e più	57	60	68	77	87	97	104	113

Fonte: SCRIS Losanna e Ustat, Bellinzona, (ultima modifica: 29.10.2010)

Dato che, sebbene in modo differenziato da regione a regione, anche la quota degli anziani rispetto alla popolazione residente totale è destinata ad aumentare (sul piano

cantonale la quota dei 65 + passerebbe da 208/1'000 nel 2010 a ben 322/1'000 nel 2040), ci si può attendere in base a questo scenario un ulteriore aumento della popolazione anziana dell'Agglomerato del Locarnese.

È questo, pertanto, lo scenario base in cui si inserirà l'evoluzione della popolazione di Brissago. Dire se questo scenario si realizzerà e, ancora di più, dire se l'evoluzione della popolazione cantonale e quella della regione o dell'agglomerato del Locarnese saranno in grado di influenzare in modo decisivo l'evoluzione demografica naturale della popolazione residente, nel senso di compensarne l'eventuale ulteriore erosione, è pressoché impossibile.

Salvo sconvolgimenti difficilmente ipotizzabili, la "pressione" della popolazione anziana sui servizi e sulle strutture sanitarie e sociali della regione e dunque anche di Brissago rimarrà verosimilmente forte e forse aumenterà ancora anche in futuro.

Al di là della dimensione quantitativa del fabbisogno, occorre però considerare quella qualitativa. Questa dimensione, come si preciserà qui di seguito, è tale da scardinare il parametro anagrafico in senso stretto, mettendo in discussione la suddivisione dello stesso fabbisogno per fascia di età. Come si cercherà di argomentare, l'associazione biunivoca tra anzianità e fabbisogno non sarà più così stretta e riconoscibile in futuro, lasciando il campo a una moltitudine di bisogni, più o meno conclamati, più o meno cronici e più o meno progressivi con l'età, che premono sulle rigide categorizzazioni attuali dell'utenza e ne rimettono in discussione i modelli di presa a carico.

5.2 Evoluzione epidemiologica

*"One of the greatest challenges that will face health systems globally in the twenty-first century will be the increasing burden of chronic diseases (WHO 2002). Greater longevity, "modernization" of lifestyles, with increasing exposure to many chronic disease risk factors, and the growing ability to intervene to keep people alive who previously would have died have combined to change the burden of disease confronting health systems."*²⁵

Questo *statement* generale può essere un buon punto di partenza di qualsiasi sguardo generale che intende proiettare l'evoluzione epidemiologica in atto nel futuro. Il fatto più rilevante, se si guarda bene, è dato dall'effetto congiunto dell'invecchiamento della popolazione che, come appena visto sarà destinato a proseguire anche nei prossimi anni con l'aumento dei fattori di rischio delle cosiddette *chronic diseases*, ossia delle malattie croniche che accompagnano l'aumento della longevità delle persone. Malattie croniche

²⁵ *"Una delle più grandi sfide che dovranno affrontare nel loro insieme i sistemi sanitari nel XXI° secolo sarà il peso progressivo delle malattie croniche (OMS 2002). Una più grande longevità, la "modernizzazione" degli stili di vita, con aumento dell'esposizione a diversi fattori di rischio di malattie croniche, così come l'accresciuta abilità d'intervento per mantenere in vita chi precedentemente sarebbe deceduto, tutti questi fattori si sono combinati per cambiare il quadro delle malattie con cui si devono confrontare i sistemi sanitari."* (traduzione propria), Nolte E., M. Mc Kee (Editors), *Caring for people with chronic conditions, A health system perspective*, cit. p. 1.

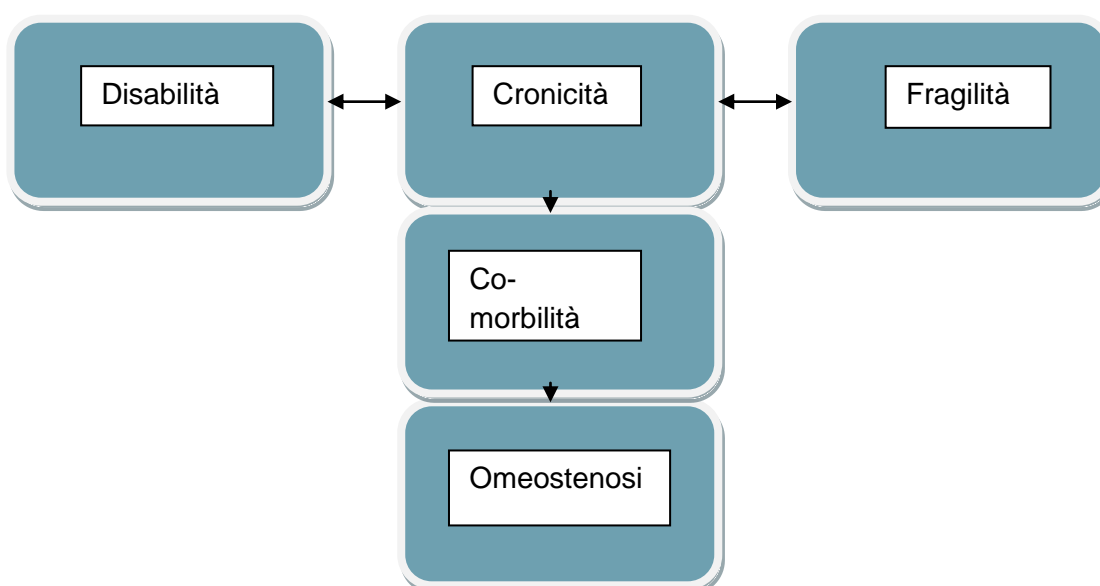
che richiedono delle cure, e che portano con sé altri problemi di salute, che pure richiedono ulteriori attenzioni d'ordine clinico.

Ma se questo sarà lo scenario più verosimile che ci attende, vediamo di precisarne meglio gli elementi che lo compongono e cosa tutto ciò comporterà dal profilo delle cure.

I concetti che spiegano l'evoluzione epidemiologica in atto nel mondo occidentale dove la popolazione invecchia, sono quelli di disabilità, cronicità, fragilità, dai quali derivano quelli di comorbidità e di omeostenosi²⁶.

Schematicamente:

Figura 6: I concetti che spiegano l'evoluzione epidemiologica in atto



Elaborazione propria

Il concetto di disabilità richiama l'insieme delle limitazioni funzionali, sia di natura psicocognitive che di natura somatica di una persona. Siccome quest'ultima va considerata nel suo insieme, per determinarne un'eventuale disabilità non è sufficiente considerare unicamente l'aspetto clinico, ossia le condizioni psicofisiche, ma occorre considerare altre dimensioni: le funzioni e le strutture corporee, le attività personali, la partecipazione sociale nonché i fattori ambientali e personali, ossia i fattori di contesto. Questo è il quadro di riferimento proposto dall'OMS con il nuovo sistema di Classificazione Internazionale del Funzionamento (ICF), che comincia a diffondersi anche nelle nostre strutture²⁷.

²⁶ Le considerazioni qui sviluppate sono ispirate da alcune riflessioni presentate dal Dr. G. Ruggieri, Direttore sanitario della Clinica Hildebrand durante il secondo *workshop* organizzato contestualmente a questo studio, nonché da altri documenti dello stesso Autore.

²⁷ In particolare in ambito riabilitativo, vedi per esempio presso la Clinica Hildebrand.

Naturalmente il rischio di disabilità non è peculiare alla terza età; tuttavia, con gli anni e con l'emergere delle malattie croniche, aumenta anche questo rischio.

Il concetto di cronicità, in effetti, si riferisce a quelle patologie d'organo o di sistema che accompagnano una persona nel tempo e che, eventualmente, non possono che progredire con l'avanzare dell'età. Non solo. Poiché spesso la convivenza sarà non con una, ma con più malattie croniche (multi-morbilità) la cronicità diventerà viepiù complessa e richiederà di conseguenza adeguate forme di cure mediche ed assistenziali. Si pensi, per fare qualche esempio all'ictus cerebrale, alla cardiopatia ischemica, alle patologie osteo-degenerative, alla bronco pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), al diabete, all'obesità, oppure ancora ad alcune sindromi tipicamente geriatriche quali diverse forme di demenza o i disturbi del cammino (con il loro nefasto corollario delle cadute). Chiaramente, la cronicità concorre, unitamente agli altri fattori, alla determinazione della disabilità, nel senso sopra definito.

Il concetto di fragilità si riferisce allo stato di salute funzionale di una persona o, meglio di un anziano, ossia alla diminuzione delle sue riserve e delle sue resistenze in relazione alla traiettoria esistenziale e/o ad eventi avversi. Si pensi, per esempio, all'astenia e all'affaticamento, alla lentezza dei movimenti, alla diminuzione della forza muscolare, ecc. L'aumento della fragilità può dunque significare maggior rischio di incorrere in situazioni di disabilità e cronicità.

Ma, per cause diverse, spesso fragilità, cronicità e disabilità si sovrappongono, configurando situazioni di coesistenza di più patologie o condizioni di comorbilità (multimorbilità), dove in effetti non c'è più un fattore unico, né prevalente, ma una combinazione di problematiche patologiche concomitanti. Se, infine, consideriamo anche l'età, allora emerge il fenomeno cosiddetto dell'omeostenosi, secondo il quale, dal profilo epidemiologico l'invecchiamento si accompagna progressivamente – anche se non in modo deterministico e generalizzato - con una riduzione delle funzionalità fisiologiche e con un aumento della precarietà psico-cognitiva della persona.

Seguendo lo schema suddetto, riconosciamo il fatto che i percorsi di vecchiaia possono essere molti, ma che in termini generali, con l'aumento della speranza di vita, cioè con il fatto che la vita media si allunga, aumentano anche le situazioni di omeostenosi, le quali portano per finire ad una grande tipologia di persone, che possiamo chiamare pazienti anziani complessi, in opposizione a quegli anziani che riescono ad invecchiare bene, cioè a vivere fino all'ultimo in buone condizioni di salute. Ma si tratta solo purtroppo di una parte poiché molti, a gradi diversi, si troveranno a dover affrontare situazioni di fragilità-disabilità-cronicità.

Di queste persone, una parte sarà ancora (relativamente) autosufficiente, per cui anche le attuali modalità di assistenza ed eventuale presa a carico, basate su modelli "lineari" e "semplici" che attraversano il sistema, dal domicilio all'ospedale o alla clinica acuta, all'istituto riabilitativo, all'assistenza e cura a domicilio o, se del caso, alla casa per anziani, possono ritenersi per principio adeguate.

Diversamente, per gli anziani non più autosufficienti, con problematiche patologiche multiple e diversi gradi di disabilità, occorrono altri modelli di presa a carico, orientati a gestire situazioni “non-lineari” e “complesse”.

È guardando anche a questa tipologia di pazienti anziani complessi – destinata ad aumentare in virtù dell’evoluzione demografica descritta in combinazione con il fenomeno dell’omeostenosi - e non solo agli altri, che si può ispirare un nuovo modello clinico-gestionale integrato e al quale indirizzare la ristrutturazione o la realizzazione a nuovo della Casa San Giorgio. Siccome, come si vedrà in seguito, un tale orientamento è destinato ad “aprire” l’istituto, è qui che si può intravedere anche un terreno d’intesa con le altre strutture socio-sanitarie, o almeno con alcune di esse e su determinati campi.

5.3 Caratterizzazione dei bisogni socio-sanitari suscettibili di trovare riscontro in un nuovo indirizzo dell’offerta socio-sanitaria brissaghese

I 4 istituti socio-sanitari sul territorio del Comune di Brissago, come si è visto, hanno missioni diverse, statuti diversi, sono collocati istituzionalmente ognuno nel suo ambito specifico previsto dal quadro normativo e pianificatorio e offrono prestazioni a persone con problematiche socio-sanitarie diverse, sebbene ci siano elementi comuni riconoscibili, quali quello della mobilità e dell’autonomia.

La Casa San Giorgio è un istituto di cura per le persone anziane, la Clinica Hildebrand è un istituto di riabilitazione, l’Istituto La Motta e l’istituto Miralago – ognuno con un profilo molto diverso – sono istituti per invalidi. Ogni istituto ha la sua storia, che spiega parecchio del loro posizionamento attuale, e ognuno ha cercato nel corso del tempo di adattarsi a quella che genericamente si può chiamare “l’evoluzione dei bisogni” nel proprio ambito.

Interessante al riguardo per esempio²⁸ la ricostruzione storica parallela proposta da O. Nosetti nel suo studio del 2009²⁹ dell’evoluzione della Casa San Giorgio e dell’evoluzione dei bisogni degli anziani, ai quali l’istituto ha cercato di rispondere con notevoli sforzi, a volte imposti, a volte decisi autonomamente, al fine di seguire i mutamenti sociali, economici e anche demografici ed epidemiologici, nonché quelli legati alla medicina e alla concezione stessa della sanità e della socialità, che hanno contraddistinto l’esistenza dell’istituto, sin dalla sua apertura nel 1942. Rinviamo per più precisi e approfonditi rilievi allo studio citato, ma al fine di illustrare uno di questi mutamenti, significativo e ancora in

²⁸ Ma l’esempio può essere fatto anche per molti altri istituti socio-sanitari ticinesi. Lo stesso Autore, nelle conclusioni, propone di leggere la storia particolare della Casa San Giorgio, come paradigmatica della storia stessa delle case per anziani: “... tutti questi aspetti e problemi, che sono stati esaminati nell’istituto di Brissago, hanno caratterizzato anche la vita delle altre case per anziani, ...”, cit. (p. 167).

²⁹ O. Nosetti, *La Casa San Giorgio di Brissago. Un capitolo di storia fra sanità e socialità*, Fondazione Casa San Giorgio, Armando Dadò editore, Locarno, 2009.

atto, sebbene esso stesso ulteriormente evoluto negli ultimi anni e destinato ad evolvere ancora, è interessante leggere il seguente passaggio, che l'Autore fa precedere dal sottotitolo "L'adeguamento dell'organizzazione ai cambiamenti dell'ambiente sociale";

"L'anziano dell'inizio del terzo millennio, ricoverato in un istituto medicalizzato, ha caratteristiche molto diverse rispetto a quelle di una persona che aveva trascorso in un ricovero gli ultimi anni della sua vita nel periodo in cui venne fondata la Casa San Giorgio e nei decenni immediatamente successivi. In quel tempo si trattava spesso di persone sole e povere che necessitavano di un'assistenza generica, avevano ancora una buona mobilità e talvolta potevano anche essere di aiuto nelle faccende domestiche³⁰. Oggi invece i ricoverati con un elevato grado di dipendenza sono la maggioranza e la tendenza è a crescere ... La lenta ma costante evoluzione del grado di dipendenza dei ricoverati è direttamente correlata all'andamento della speranza di vita, al potenziamento dei servizi di aiuto a domicilio e quindi al differimento dell'entrata dell'anziano in istituto ... I cambiamenti gradualmente ai quali si è accennato, l'affermarsi di una nuova cultura della terza e quarta età, che ha sostituito l'equazione "vecchio=malato=povero" con il nuovo paradigma "anziano=vitale=benestante" e i conseguenti sviluppi della geriatria hanno imposto profonde trasformazioni anche alle strutture materiali e organizzative degli istituti per anziani."³¹

Ma, e a nostro giudizio su questo punto occorre mettere l'accento, l'evoluzione dei bisogni sanitari e sociali non è avvenuta unicamente nel settore "anziani" ma in tutte (e per tutte) le fasce della popolazione. Non solo: ciò che è avvenuto è anche una sorta di "dilatazione" epidemiologica che fa sì che anche i servizi e le strutture sanitarie e sociali si trovino viepiù costrette ad abbandonare i limiti imposti da una settorialità non sempre adeguata e non sempre corrispondente alla realtà.

Oggi l'assetto istituzionale e pianificatorio prevedono ancora una distinzione piuttosto netta – forse eccessivamente netta – degli ambiti d'intervento dei diversi fornitori ed erogatori di prestazioni sanitarie. Basti pensare alle pianificazioni sanitarie e socio-sanitarie in essere nel nostro (come negli altri) cantone: pianificazione ospedaliera (a sua volta suddivisa per ambiti d'intervento diversi: ambito somatico-acuto, psichiatrico e riabilitativo), pianificazione socio-psichiatrica (che riprende la parte psichiatrica della pianificazione ospedaliera suddetta, ma la estende ai servizi ambulatoriali sul territorio secondo un concetto mai completamente chiarito, quello delle "UTR", unità terapeutico-riabilitative), la pianificazione anziani, la pianificazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio, la pianificazione degli invalidi.

Dinamiche storico-politiche, logiche legislative ed istituzionali, finanziarie ed assicurative, frammentazioni clinico-culturali e professionali, sono tutti elementi che concorrono a spiegare questo stato delle cose. Una situazione di fatto che sta rivelandosi sempre più stretta, non più in grado di rispondere adeguatamente ai cambiamenti a cui abbiamo accennato e che vogliamo ancora approfondire, poiché sarà proprio nel tentativo di

³⁰ In effetti, come richiama altrove O. Nosetti, anche gli ospiti, in un certa misura davano un contributo ai lavori quotidiani della casa – le donne in lavori di economia domestica e gli uomini in altre mansioni manuali.

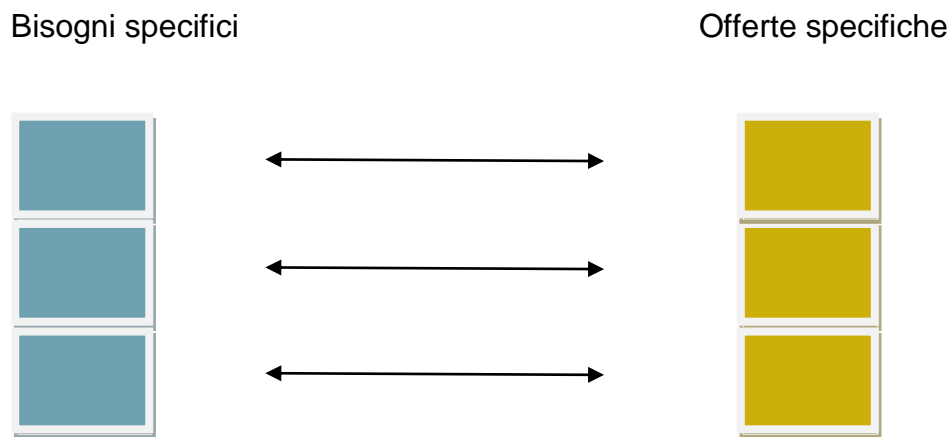
³¹ Op. cit., pp. 163-164.

superare questo stallo, che si potrà individuare un progetto veramente innovativo. Per questo, con riferimento specifico alla realtà socio-sanitaria brissaghesa, possiamo dire che le modifiche prodottesi dal lato dell'evoluzione dei bisogni fanno appello ad una parallela necessità di adattamento dal lato dell'evoluzione dell'offerta.

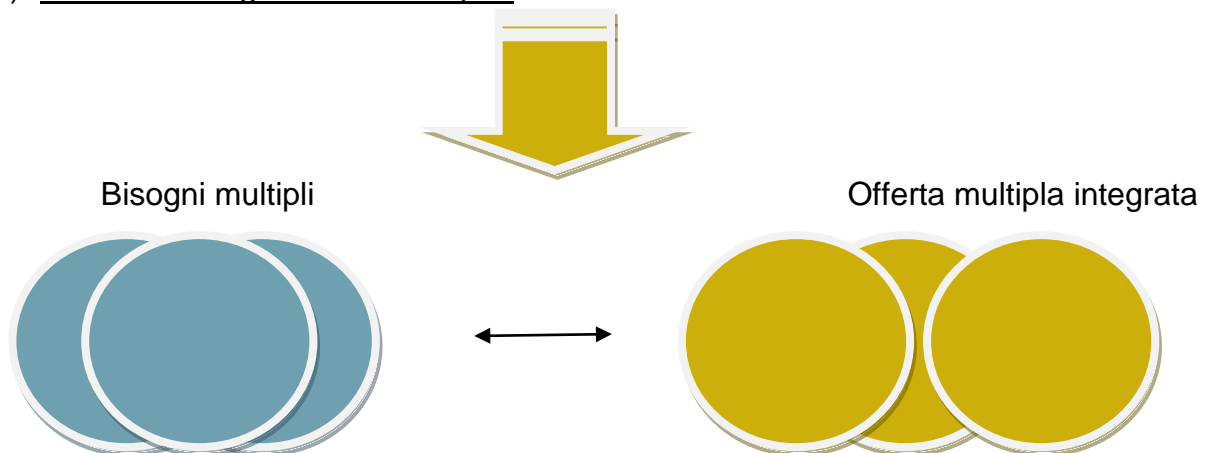
Con un'illustrazione:

Figura 7: Dalla trasformazione dei bisogni socio-sanitari alla modifica dell'offerta

a) Modello lineare "bisogni-offerta"



b) Modello "bisogni-offerta multipla"



Elaborazione propria

L'osservazione di questo tipo di trasformazione non è peculiare ad una situazione o a un sistema sanitario piuttosto che ad un altro, ma è riconducibile ad un'evoluzione generale recente dei sistemi sanitari. Si consideri ad esempio la seguente citazione:

*“Questo modello basato su una correlazione univoca tra bisogni e funzioni ha comportato nel tempo lo sviluppo di normative ad hoc, flussi di finanziamento indipendenti, modalità di erogazione dei servizi eterogenee. Nel frattempo però i bisogni socio-sanitari dei cittadini si sono evoluti per effetto di diverse determinanti – invecchiamento, comportamenti e stili di vita, innovazione tecnologica, ecc. – con crescenti sovrapposizioni che rischiano di mettere sempre più in crisi una divisione rigida dei ruoli nelle fasi di programmazione, organizzazione e gestione dei singoli servizi assistenziali.”*³²

Un esempio di possibile scollamento tra l'evoluzione dei bisogni e l'evoluzione (o meglio, “non-evoluzione”) dell'offerta è dato dai cosiddetti “effetto tetto” ed “effetto pavimento” osservabili nelle strutture per anziani, qualora un ospite con elevati bisogni di cura e assistenza si trovasse in un istituto “a bassa offerta” (effetto tetto) o, viceversa, qualora un ospite con modesti bisogni di cura ed assistenza si trovasse in un istituto ad alta offerta (effetto pavimento):

*“Ci troviamo (cioè) di fronte alla condivisione degli spazi e del modello di cura e assistenza da parte di anziani con esigenze molto diverse tra loro: persone lucide e ancora parzialmente autonome, assieme a persone nella fase finale della propria vita, o ancora persone lucide non autosufficienti, accanto a persone con forme di demenza in fase iniziale o nella fase di agitazione psicomotoria e dei disturbi del comportamento. Ciò comporta tanto difficoltà nella coesistenza tra anziani, quanto difficoltà, per non dire talvolta l'impossibilità per il personale, di fornire prestazioni adeguate e fortemente personalizzate ... Dove non si riscontri un'adeguata presenza di spazi e modelli di cura e assistenza differenziati, si rischia l'inadeguatezza degli interventi per alcuni residenti e, per altri, lo “spreco” di risorse, con conseguente riduzione dell'efficienza operativa globale.”*³³

Questo vuol dire che occorre modulare l'offerta in modo tale da tener conto della differenziata tipologia degli ospiti in funzione dei loro diversificati bisogni.

Un secondo esempio di scollamento è quello della cosiddetta *revolving door syndrome* (sindrome da porta girevole)³⁴, metafora con la quale si intendeva inizialmente il fenomeno delle frequenti ri-ospedalizzazioni di persone anziane residenti al proprio domicilio a seguito di una prima ospedalizzazione, ma che è stato esteso nel suo significato fino a comprendere altre categorie di persone a rischio – anziani fragili o disabili – che vengono ospedalizzati o ri-ospedalizzati, più che altro per mancanza di adeguato supporto nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Gli esempi di simili scollamenti potrebbero essere molti altri e in altri settori della sanità.

Tutto ciò significa che l'opportunità di orientare l'offerta delle strutture e dei servizi di cura ed assistenza verso una maggiore integrazione per soddisfare i bisogni che abbiamo descritto è ormai sempre più riconosciuta ad ogni livello: internazionale, nazionale e anche cantonale. Sul piano internazionale il modello più noto è quello cosiddetto del *Chronic*

³² S. Nuti e S. Barsanti, “L'integrazione socio-sanitaria: strumenti per la programmazione e la valutazione delle zone-distretto del sistema sanitario toscano”, in A.D. Barretta, *L'integrazione socio-sanitaria, Ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto*, il Mulino, Bologna, 2009, p. 41.

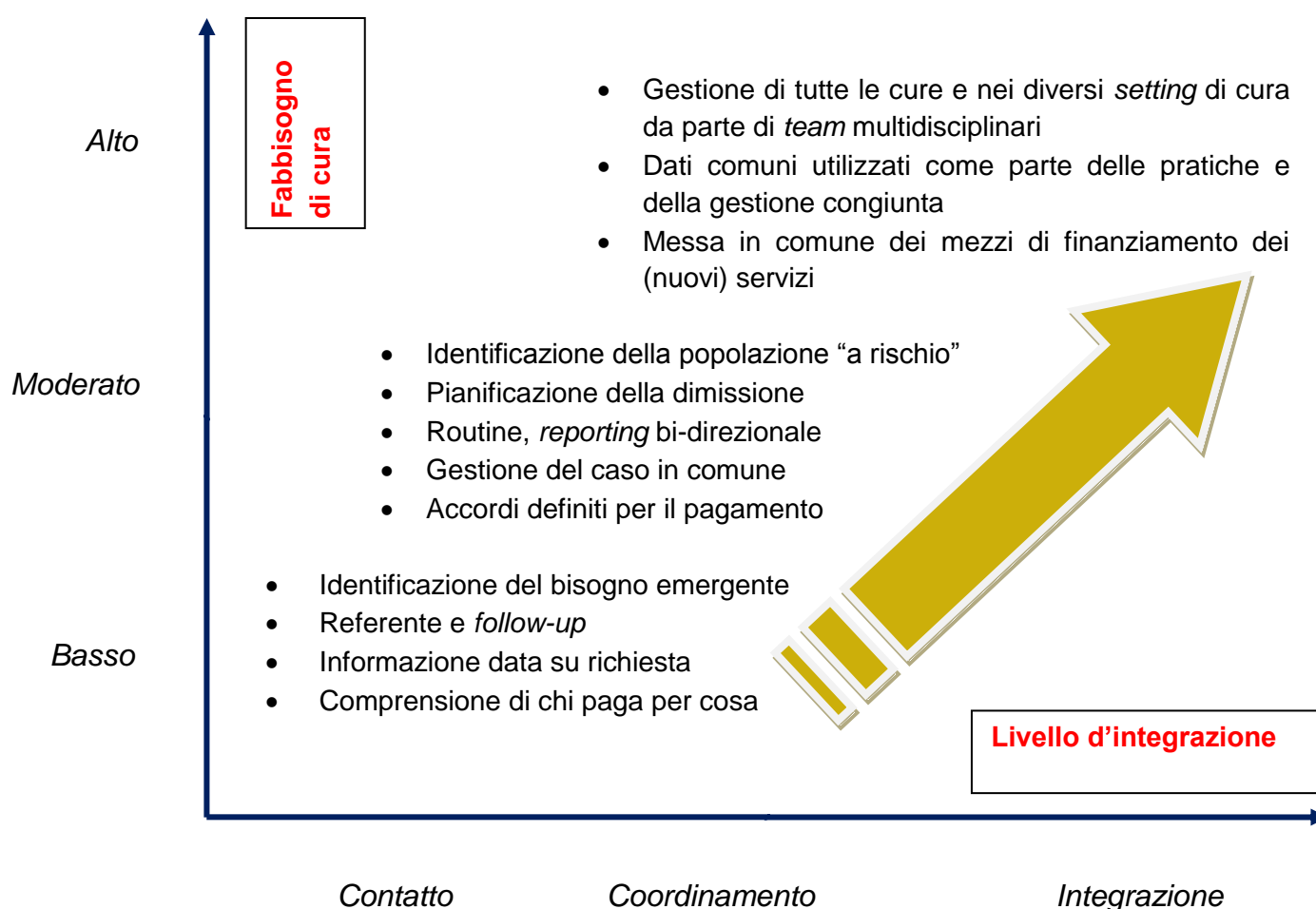
³³ R. Crivelli, L. Lomazzi, *Studio di fattibilità Casa per anziani Vacallo*, SUPSI-USI, 2010, pp. 38-39.

³⁴ Cfr. A. Gordon, “Revolving door syndrome”, in *Elderly Care*, Aug-Sep; 7 (4): 9-10, 12, 1995.

Care Model (CCM) di E.H. Wagner, che prevede delle “interazioni produttive” (sott.) tra pazienti e curanti non solo attraverso il riferimento a percorsi assistenziali basati sulle evidenze, ma a monte anche attraverso da un lato la promozione della cooperazione fra tutti i fornitori di servizi per malati cronici e dall’altro lato attraverso la delimitazione alle sole cronicità di una parte delle risorse del sistema assistenziale ai fini di una migliore efficacia ed efficienza clinica ed economica.³⁵

Interessante è infine il seguente schema, che mette in relazione il grado di intensità del fabbisogno di cure con il livello di intensità dell’integrazione delle cure.

Figura 8: Intensità del fabbisogno di cure e intensità dell’integrazione delle cure



Fonte: Nolte E., M. McKee, p. 73.

La lettura dello schema è semplice: più elevato e complesso – dunque più intenso - è il fabbisogno di cure, maggiore dovrà essere il livello d’integrazione adeguato dell’offerta corrispondente.

³⁵ Cfr. E.H. Wagner, “Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?”, in *Eff Clin Pract*, 1 (1): 2-4, 1998.

Sul piano nazionale basti qui ricordare la raccomandazione del Consiglio federale nel suo rapporto del 2007³⁶. Partendo dal rilievo che

“Spesso le offerte esistenti non sono integrate, e la mancanza di collaborazione tra le strutture per le cure acute e quelle per le cure di lunga durata si ripercuote sull’assistenza ai pazienti” (p. 14),

il Consiglio federale indica tra i possibili interventi atti a riorientare l’offerta proprio la pianificazione integrata dei servizi sanitari di competenza cantonale.

Non va dimenticato che la Confederazione ha recentemente introdotto il concetto di cure acute e transitorie (CAT) attraverso la modifica della LAMal, art. 25a: cure che fanno seguito ad un soggiorno ospedaliero, disposte in base ad una prescrizione medica e della durata massima di due settimane. Un passo verso una migliore “cucitura” di alcuni segmenti dell’offerta socio-sanitaria del sistema.

Riepilogando, è indubbio che occorre riorientare l’offerta socio-sanitaria dai tradizionali modelli lineari verso modelli multipli integrati. L’evoluzione demografica ed epidemiologica, accompagnate dall’emergenza quantitativamente importante di casistiche che configurano situazioni complesse di comorbilità richiedono tale riorientamento, come ormai riconosciuto da tutte le istanze e autorità in materia.

³⁶ Consiglio federale, *Strategia in materia di politica della vecchiaia, Rapporto del Consiglio federale al postulato 03.3541 Ledergerber Oberholezer del 3 ottobre 2003*, Berna, 29 agosto 2007.

6. UN MODELLO CLINICO-GESTIONALE DI OFFERTA SOCIO-SANITARIA INTEGRATA

6.1 Premessa

Gli elementi concettuali presentati nel Cap. 3, unitamente al confronto tra l'offerta socio-sanitaria brissaghese attuale e l'analisi dei bisogni socio-sanitari di oggi e di domani (Cap. 4 e 5) costituiscono la base per progettare un nuovo modello clinico-gestionale di offerta socio-sanitaria integrata. Inoltre, la suddetta base deve essere completata con l'inserimento del progetto in un contesto determinato, ovvero e concretamente, nella prospettiva di cambiamento che in particolare la Casa S. Giorgio ha postulato e che è all'origine stessa di questa valutazione. Perciò, procedendo con ordine, esamineremo i seguenti punti: le riflessioni iniziali della Casa S. Giorgio, le possibilità di interazione con gli altri 3 istituti socio-sanitari brissaghesi e infine la messa a punto di un nuovo modello clinico-gestionale di offerta socio-sanitaria integrata. Quest'ultimo sarà proposto in due varianti: una più radicale e "integrata", l'altra di natura più incrementale. Le condizioni di fattibilità saranno invece sviluppate ulteriormente nel Cap. 7.

6.2 Le riflessioni di base dell'Istituto per anziani Casa S. Giorgio

Oltre alle riflessioni anticipate nell'introduzione e riprese dalle considerazioni del Direttore, G. Berta espresse nel Semestrale d'informazione dell'Istituto, edizioni 11/06/2012 e 12/12/2012, di seguito si farà riferimento anche al documento "Studio per la costruzione di una nuova struttura socio-sanitaria polifunzionale per anziani", pure presentata dal Direttore dell'istituto (febbraio 2013), nonché alle successive considerazioni verificate nel corso dell'elaborazione di questo studio.

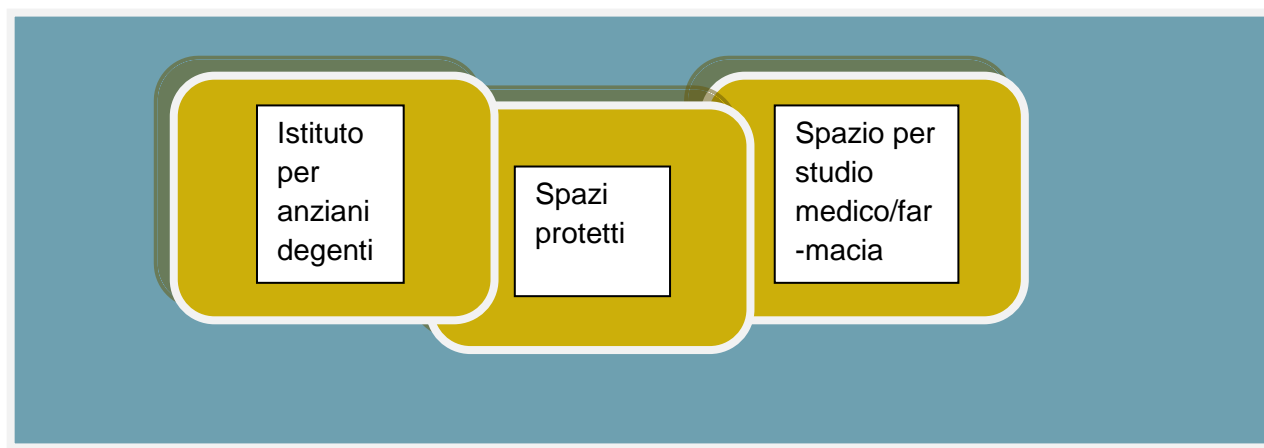
Premesse le considerazioni d'ordine generale sulla necessità di adeguare l'offerta all'evoluzione della domanda – che qui non si riprendono – l'opportunità di pensare a qualche cosa di nuovo scaturisce dall'evidenza empirica a cui è venuta confrontandosi la Casa S. Giorgio nello svolgimento della propria attività quotidiana, ossia e innanzitutto dalle carenze logistiche della struttura: in particolare, la mancanza di spazi comuni, le dimensioni (troppo piccole) dei servizi igienici e delle camere, i collegamenti interni, la mancanza di un reparto per la cura di pazienti affetti da demenza senile.

Da qui, l'idea di fondo sarebbe quella di realizzare una nuova struttura contenente:

- "un istituto per anziani con caratteristiche atte a rispondere ai nuovi bisogni della geriatria in tutta la sua complessità";
- "degli spazi cosiddetti protetti, che offrano le premesse per un facile accesso alla riabilitazione";
- "uno spazio per uno studio medico e magari incorpori anche una farmacia."

In sintesi, dunque, questo primo indirizzo sarebbe quello di prevedere i seguenti 3 elementi “funzionali” di base della struttura:

Figura 9: Primi indirizzi della Casa S. Giorgio per la futura struttura



Elaborazione propria

Questi primi indirizzi si precisano ulteriormente nel documento citato del 2013, dove sono descritti i contenuti della futura struttura. Mentre si premette che l'istituto dovrà rimanere di 60 posti letto, cioè mantenere la dimensione attuale, essa potrebbe trasformare alcuni letti (4-6) in letti CAT nell'ambito di un appoggio all'attività di riabilitazione.

Con riferimento al primo elemento – l'istituto per anziani – sono precisate le esigenze della ricezione e amministrazione, gli spazi comuni, le camere, i locali medico e paramedici, il locale tecnico, il soggiorno-bar, la lavanderia-stenditoio, il magazzino-deposito e il magazzino mezzi ausiliari, il locale spogliatoio collaboratori, la cappella, la camera ardente e gli spazi esterni.

Per tutti questi elementi, rispetto alla situazione attuale, si avverte la necessità di un sensibile e sostanziale miglioramento.

Vale la pena di richiamare qui il fatto che tutto ciò è pure confermato dai risultati della *Rilevazione della soddisfazione sulla qualità nelle Case per anziani dal punto di vista dei residenti e delle persone a loro vicine* effettuata dalla SUPSI per conto del DSS. Per la Casa San Giorgio (risultati 2010: presentati nel maggio 2011) e in particolare da parte dei residenti, alcune tra le maggiori criticità riguardano proprio gli spazi: sia gli spazi personali – le camere e i servizi – sia gli spazi comuni³⁷.

Il secondo elemento – spazi protetti – è invece configurato sotto forma di unità abitative, con una doppia, possibile valenza: un'unità abitativa protetta quale “nucleo Alzheimer” e, eventualmente, come “unità abitativa sociale”, quindi alcuni appartamenti protetti, nei quali gli ospiti potrebbero far capo ai servizi sanitari della struttura, ma anche della mensa, al

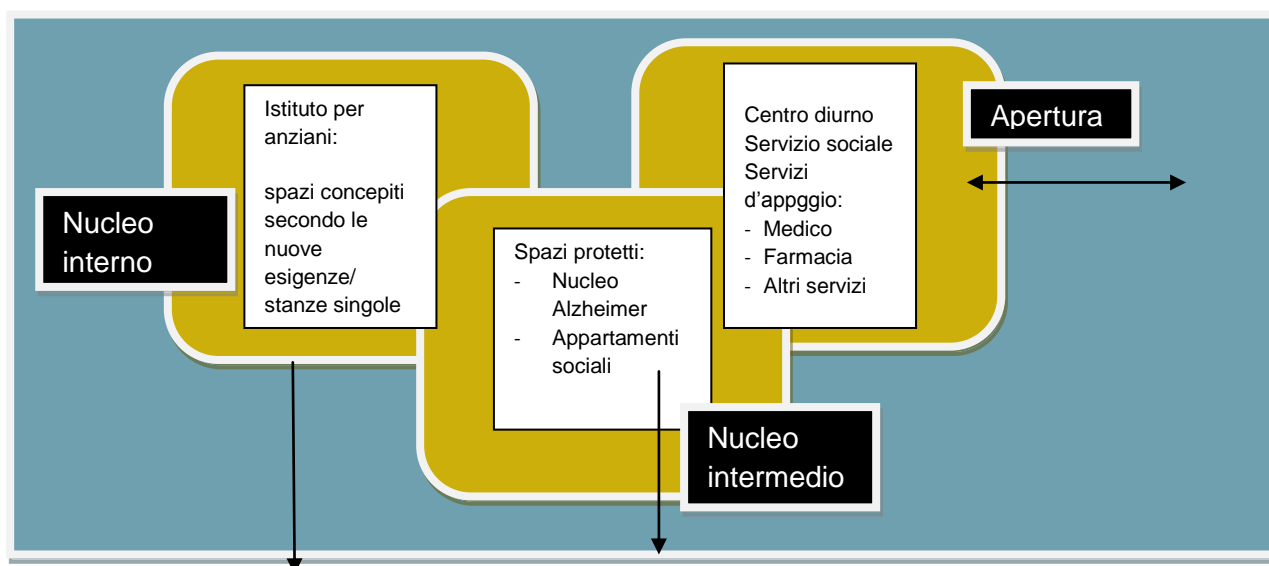
³⁷ Cfr. SUPSI, *Rilevazione della soddisfazione sulla qualità nelle Case per anziani secondo il punto di vista dei residenti e delle persone a loro vicine*, Residenti, Risultati 2010, Manno, 2011.

centro diurno, medico, farmacia, ecc.” Questo secondo elemento, pertanto, volge lo sguardo sia all’interno che all’esterno.

La precisazione di questo secondo insieme di elementi definisce nel contempo anche alcuni contenuti del terzo elemento, che è quello più “aperto” poiché prevede l’innesto, se così si può dire, di funzioni e attività legate all’esterno, ad altri operatori e strutture e al territorio. Si parla infatti di Centro diurno, di servizi d’appoggio (studio medico, farmacia, e altri servizi ancora quali un servizio di benessere (coiffure ...). Inoltre potrebbe prevedere un servizio sociale, se ciò fosse ritenuto opportuno anche dalle altre strutture presenti sul territorio comunale.

In sintesi, e con queste precisazioni, la nuova struttura si configurerebbe nel modo seguente:

Figura 10: Ulteriori precisazioni della possibile configurazione della nuova struttura



Elaborazione propria

Come si preciserà in seguito, l'accostamento degli elementi interni che potrebbero comporre il disegno della nuova struttura non dice ancora nulla sul modello organizzativo ed istituzionale vero e proprio e sulle possibilità di una maggiore integrazione con gli altri istituti. Perciò, vogliamo ora allargare il possibile indirizzo prendendo in considerazione anche le possibilità di interazione con gli altri istituti socio-sanitari brissaghesi.

6.3 Le possibilità di interazione con gli altri 3 istituti socio-sanitari presenti a Brissago

Per analizzare le possibilità di interazione tra i quattro istituti socio-sanitari presenti a Brissago – partendo dal posizionamento centrale dell’istituto S. Giorgio, proprio perché è più di tutti confrontato con l’esigenza di affrontare l’ipotesi di una ristrutturazione o della costruzione di una nuova struttura - è opportuno considerare gli ambiti o le aree (livelli) in cui si possono suddividere queste interazioni.

Queste, possono riguardare i seguenti ambiti:³⁸

- a. Ambito diagnostico-terapeutico, ovvero il grado di continuità e di coordinamento delle cure, che assume qui la prospettiva del paziente-ospite e non tanto quella dell’istituto curante, paziente-ospite che al di là dei problemi strategici si attende un’offerta e delle risposte secondo un piano di cure ed assistenziale unitario e comprensibile;
- b. Ambito del processo di fruizione, che significa non soltanto *“unicità e coerenza nel processo diagnostico-assistenziale, ma significa anche unitarietà del processo di fruizione. ... L’unitarietà della fruizione significa ottenere un servizio nel numero minimo di passaggi, di spostamenti, di operatori interfacciati e di tempo.”* (cit. p. 133);
- c. Ambito logistico-organizzativo, ovvero *“le scelte di integrazione e dei parametri organizzativi o dei luoghi erogativi. In altri termini si cerca di ricondurre ad unicità all’interno di una meta unità organizzativa inter-istituzionale [tra istituti] i fattori produttivi che operano a favore di uno stesso bisogno.”* (cit. p. 131-132);
- d. Ambito delle strategie e politiche aziendali, per le quali l’integrazione (o l’interazione) può significare *“per ogni istituto della rete socio-sanitaria conoscere le proprie ed altrui convenienze strategiche, negoziare delle soluzioni concordate capaci di garantire valore ad ogni nodo della rete.”* (cit. p. 131);

Le possibilità di interazione tra gli istituti socio-sanitari di Brissago in questi ambiti, con al centro, come detto, gli indirizzi prospettati dalla Casa S. Giorgio, possono essere le seguenti.

6.3.1 Ambito diagnostico-terapeutico e ambito del percorso di fruizione

I due istituti con i quali si è verificata più a fondo la possibilità di una maggiore interazione dei processi di cura trans-istituzionali – conformemente alle analisi scaturite nei precedenti capitoli – sono la Clinica Hildebrand e l’Istituto Miralago. Per le proprie specificità e orientamenti, l’istituto La Motta potrebbe invece essere coinvolto attraverso la messa in comune e la valorizzazione di competenze geriatriche e/o socio-terapeutiche in un’ottica di complementarità e ricerca di sinergie con la Casa S. Giorgio.

³⁸ F. Longo, in A.D. Barretta, cit. p. 130 ss. L’ordine di presentazione dei quattro ambiti è stato adattato in funzione della logica del presente studio.

a) Casa S. Giorgio e Clinica Hildebrand

L'analisi dei bisogni socio-sanitari sviluppata nel Cap. 5, in particolare gli orientamenti messi a fuoco nel Par. 5.3, ha evidenziato la necessità di adattare l'offerta di prestazioni all'evoluzione dei bisogni socio-sanitari, sostituendo un modello "lineare" bisogni-offerta con un modello a offerta multipla integrata. In direzione di una maggiore integrazione dell'offerta, come visto, vanno anche i recenti indirizzi della Confederazione e del Cantone, sebbene ancora entro vincoli istituzionali e condizionamenti a tutt'oggi assai rilevanti. A partire dalle vocazioni diverse dei due istituti (vedi Cap. 4), ci si è chiesti se esistesse una tipologia di pazienti della Clinica Hildebrand per i quali potrebbe essere appropriato un trasferimento, a un certo punto del percorso di cura, da questa alla Casa S. Giorgio. Inoltre, se individuata questa casistica, ci si è chiesti quali sarebbero le condizioni – in termini di competenze degli operatori, di comunicazione e successiva interazione, di strumenti, di protocolli – poste dalla Clinica all'istituto di accoglienza, rispettivamente le modalità – in termini di organizzazione del trasferimento, di responsabilità della dimissione e dell'accoglienza - in un'ottica di ottimizzazione del processo del paziente. Infine, quali sarebbero i limiti e gli ostacoli – d'ordine istituzionale, organizzativo, di competenze, assicurative/finanziarie, logistiche ... - e quali azioni sarebbero da mettere in atto per superarli.

Nell'accertamento di queste ipotesi, la premessa emersa è che anche la Clinica Hildebrand, come l'Istituto Casa S. Giorgio, esprime la consapevolezza di dover guardare al futuro secondo un orientamento di ancora maggiore apertura verso l'esterno. Questa premessa si basa sui seguenti elementi:

- il rapporto dell'istituto (di tutti gli istituti ...) con i pazienti è oggi condizionato innanzitutto da fattori di cambiamento, sia quelli "esogeni" che quelli riguardanti le modalità di porsi e il comportamento degli stessi pazienti. Questi ultimi, contrariamente al passato, provengono prevalentemente da un ambiente urbano, esprimono delle preferenze come "consumatori" di prestazioni secondo uno statuto che vorrebbe assicurare loro "libera scelta", manifestano bisogni clinici diversificati e dunque richiedono servizi più specialistici. Emerge una tipologia di pazienti cronico-lungo sopravvissuti, che "non muoiono mai, ma non guariscono" per i quali le alternative di cura e di assistenza si rivelano sovente inadeguate, così come inadeguati possono rivelarsi i meccanismi economico-finanziari che dovrebbero assicurare la fruizione delle prestazioni sanitarie più appropriate. Tutto ciò sollecita di continuo le competenze dello staff di cura, mentre rende viepiù difficoltoso "tracciare" un percorso di cura coerente per il paziente;
- in risposta a questi fattori di cambiamento, è necessario sia un ri-orientamento verso la centralità della persona attraverso il passaggio dall'istituto medicalizzato alla "casa che sa di casa", dalle cure per il "paziente-residente" alle cure incentrate sulla "persona-residente", sia l'adozione di approcci innovativi alla residenza/soggiorno di cura e assistenza. Questi approcci possono essere d'ordine strutturale, organizzativo, legale, finanziario, e vanno indirizzati verso modelli integrati nel tessuto sociale comunitario, con un'enfasi sull'ospitalità, sulla sicurezza del residente, facendo capo ad un'architettura flessibile/adattabile, rispettivamente alle nuove tecnologie;

- infine, il suddetto riorientamento si riverbera sulle cure e l'assistenza implicando la ridefinizione delle competenze cliniche, in termini di continuità riabilitativa e di considerazione e capacità di gestione di bisogni speciali (vedi oltre), rispettivamente di "transizione nella continuità", vale a dire nell'esigenza di assicurare la continuità delle cure e dell'assistenza tra l'istituzionale/il non istituzionale, la casa e la comunità³⁹.

L'insieme di questi elementi costituisce un contesto in sé favorevole all'ipotesi di sviluppare una collaborazione più intensa e strutturata tra i due istituti, nella misura in cui la Casa S. Giorgio sarà in grado di assicurare alla Clinica Hildebrand un "vicino" sensibile alle esigenze individuali dei pazienti anziani di riabilitazione per i quali, per ragioni cliniche, si giustificerebbe un trasferimento. Sulla scorta di questi elementi di fondo, lo spazio d'azione per una maggiore collaborazione in ambito diagnostico-terapeutico tra i due istituti deve considerare i seguenti aspetti.

Territorialità e anagrafe

Prima ancora di discutere di casi concreti e/o di una potenziale casistica, occorre tener conto della diversa declinazione del principio di territorialità a cui fanno riferimento la Clinica Hildebrand e l'Istituto Casa S. Giorgio:

- i pazienti della Clinica Hildebrand provengono dall'intero Canton Ticino e in parte da fuori Cantone e anche dall'estero;
- gli ospiti dell'Istituto Casa per anziani San Giorgio, per contro, hanno quale territorio di riferimento prevalentemente il comprensorio comunale di Brissago e di Ronco s/A e solo per un terzo ospita anziani provenienti da altri Comuni della regione e/o da fuori Cantone.

Questa distinzione è fondamentale poiché l'intersezione stretta delle utenze di comune interesse si restringe, almeno in una prima approssimazione. Non solo, una seconda limitazione, che pure deve essere messa in evidenza sin da subito, è quella dell'età dell'utenza, degli ospiti, poiché – salvo modifiche della missione e dello statuto⁴⁰ - la Clinica Hildebrand non pone barriere d'entrata in funzione dell'età, mentre la Casa S. Giorgio è deputata ad accogliere persone anziane, ovvero persone che per principio hanno l'età che dà diritto alla rendita AVS.

Casi e casistiche

Quali sono ed eventualmente quanti sono i casi "incrociabili", ossia che attualmente pongono problema di "dimissione" dalla Clinica al domicilio e che potrebbero, se opportunamente accolti, essere indirizzati verso l'Istituto Casa San Giorgio nell'ambito di un percorso concordato?

Sono stati illustrati alcuni casi concreti, che hanno fatto emergere le seguenti casistiche:

- casi di disfagia (sia > 65 che < 65)
- casi di tracheotomia (a volte anche in concomitanza con la disfagia, spesso casi molto complessi [paura, "decanulamento" ...])

³⁹ "Übergänge begleiten und Kontinuität bewahren: Zwei Kernaufgaben der Pflege in der Versorgung alter Menschen", è il titolo della „Antrittsvorlesung“ della Prof.ssa Dr. Heidi Petry, Departement Gesundheit der ZHAW, Winterthur, 13 maggio 2014.

⁴⁰ Modifiche che per ora non entrano in linea di conto.

- casi di stato vegetativo
- casi di SLA.

Inoltre vanno considerate le seguenti situazioni che, associate alle precedenti casistiche o ad altre ancora, possono richiedere una risposta post-clinica non domiciliare:

- casi di pazienti che potrebbero rientrare a domicilio (dal punto di vista strettamente medico-clinico) ma che non possono farlo per mancanza/insufficienza di rete familiare/sociale in grado di predisporre un adeguato *setting* assistenziale;
- casi di pazienti che potrebbero essere collocati in una CPA “tradizionale” ma non riescono a trovare posto e per i quali sarebbe interessante un’accoglienza/soggiorno temporaneo in vista di un collocamento stabile in altre CPA;
- casi di pazienti che potrebbero rientrare a domicilio ma che abbisognano di un supporto (oltre che di quello familiare) professionale (SACD) o che non hanno i mezzi finanziari per sostenere le spese di assistenza domiciliare (economia domestica) non rimborsate dalla CM e che dunque non se la sentono/non vogliono rientrare al proprio domicilio;
- casi di pazienti di un’altra nazionalità che pensavano di trascorrere in buona salute la propria vecchiaia in Ticino ma che, repentinamente, si trovano confrontati con condizioni di salute compromesse e che desidererebbero ciononostante, con la dovuta assistenza, restare in Ticino⁴¹.

L’insieme di questi casi rappresenta quantitativamente e qualitativamente una casistica di riferimento (limitatamente ai > 65) per una più intensa collaborazione tra i due istituti; essi potrebbero essere stimati a ca. 15-20 pazienti, che verrebbero ad occupare altrettanti posti letto della CPA sull’arco dell’anno. Occorre considerare che questo flusso di pazienti che “passano” in clinica abbisognerebbe verosimilmente a livello cantonale di un numero ben maggiore di posti letto. È tuttavia estremamente difficile quantificarne la necessità, poiché molto dipende dalla durata del soggiorno di questi pazienti in CPA. È possibile che per alcuni di essi, il rientro a domicilio possa rendersi opportuno dopo un periodo relativamente breve, come quello previsto nei limiti dei posti letto CAT o dei nuovi posti letto degli istituti di cura, mentre per altri potrebbe essere molto più lungo, eventualmente anche per più anni.

In questa direzione, si potrebbe ipotizzare un certo numero di posti letto presso la Casa S. Giorgio, con uno statuto particolare, in parte quali posti-letto di un istituto di cura e in parte quali posti-letto i quali, pur essendo anch’essi dedicati ad ospiti trasferiti dalla Clinica Hildebrand, rientrerebbero tra i posti letto “normali” della CPA.

Condizioni e limiti

La casista sopra identificata potrebbe dunque rappresentare un elemento sul quale costruire un modello d’integrazione sanitaria trans-istituzionale che preveda il trasferimento dal settore riabilitativo in senso stretto al settore residenziale post-riabilitativo. Dato che la stessa casistica non è omogenea, il primo problema da risolvere – che è anche una condizione – è quello delle competenze necessarie per assicurare tale

⁴¹ Questi casi, tuttavia, rappresentano una tipologia “off-shore”, nel senso che non rientrano nei criteri per poter essere considerati casi nell’ottica del sistema socio-sanitario elvetico e cantonale. Nondimeno, non significa che non se ne possa tener conto.

continuità delle cure da una struttura all'altra. In altre parole: quale deve essere il *setting* di cura da predisporre presso la casa S. Giorgio per accogliere e successivamente accudire questa casistica? E, in seconda battuta, è opportuno/necessario ricorrere anche dopo, in momenti successivi e durante il soggiorno presso la CPA, alle competenze della Clinica?

Dal *Workshop* effettuato è emerso che per poter accogliere adeguatamente questa casistica occorrono le seguenti figure professionali:

- Infermiere
- Fisioterapista
- Ergoterapista.

Data l'entità e il numero di casi, queste figure – il cui numero sarebbe ancora da precisare - sarebbero sufficienti ad assicurare la dovuta competenza, e non sarebbe necessario dover modularle, ossia aumentarle o diminuirle, per adattarle alla loro evoluzione. Dovrebbero però essere un "team stabile", e in tal caso esse rappresenterebbero dunque una base sufficiente.

Per quanto riguarda invece la collaborazione con la Clinica anche dopo il trasferimento, il grande vantaggio della prossimità della stessa può essere utilizzato al meglio, nel senso di predisporre un dispositivo di facile attivazione di competenze (in caso di emergenza, per delle consulenze, ...) ogniqualvolta si rivelasse necessario nell'ambito dell'erogazione delle cure e dell'assistenza a questi ed eventualmente ad altri pazienti residenti, non necessariamente ospitati precedentemente in clinica. Quest'asse di collaborazione potrà essere perfezionato inoltre prevedendo da un lato il ricorso alle competenze della clinica, compresa quella medica, in casa, e dall'altro lato l'eventuale trasferimento dell'ospite in clinica, qualora fosse necessario. In questo caso, sarebbero anche da prevedere le eventuali modalità di comunicazione ed accompagnamento da parte del personale competente della CPA. Inoltre, la clinica potrebbe fungere anche da "polo" di formazione delle collaboratrici e dei collaboratori della stessa CPA e di quelli di altri istituti e/o servizi.

Le possibilità di promuovere una collaborazione maggiormente integrata tra la Clinica e la CPA sono date da un'opportunità per così dire straordinaria ossia dalla prossimità dei due istituti, poco distanti uno dall'altro e sullo stesso territorio comunale, anche se, occorre rilevare, i percorsi non sono ottimali. Questa particolarità costituisce certamente anch'essa una condizione privilegiata, non data in altre situazioni. Si pensi che attualmente in Ticino gli istituti in grado di accogliere casistiche come quelle evidenziate sono sostanzialmente soltanto due: la CPA di Paradiso e l'Istituto Tusculum di Arogno. In ambedue i casi, la suddetta condizione di prossimità geografica è assente, ciò che rappresenta un limite ad una collaborazione più organica, strutturata ed integrata che invece sarebbe data nel nostro caso.

Elementi per un nuovo indirizzo

Se fino a pochi anni or sono il paradigma di fondo della cura era di tipo binario, ossia la cura non poteva che portare a due esiti possibili e alternativi l'un l'altro - guarigione o morte - , ora, in virtù dell'evoluzione epidemiologica da un lato⁴² e dell'evoluzione delle

⁴² In particolare, vedi l'aumento delle patologie cronic-degenerative invalidanti legate all'invecchiamento e delle patologie stabilizzate o a progressione lenta.

conoscenze mediche, dall'altro lato, tale paradigma richiede una fondamentale revisione in due sensi: verso l'apertura dei percorsi di cura ad esiti molteplici e verso la possibilità che gli stessi possano essere modificati in itinere. Dopo la cura non c'è un'unica alternativa (guarigione/morte), ma più alternative: una breve convalescenza/riabilitazione a cui può far seguito una guarigione completa (*restitutio ad integrum*), una riabilitazione per un periodo medio-lungo a fronte di una disabilità temporanea e dunque una guarigione ritardata, delle cure e una riabilitazione continua per far fronte ad una disabilità permanente "compatibile" e dunque una guarigione "sufficiente", delle cure riabilitative unite ad un'assistenza continuativa a fronte di una disabilità permanente limitante e una guarigione "dipendente", e infine un'assistenza continua e palliativa a cui può eventualmente far seguito la morte.

Schematicamente:

Figura 11: Esito delle cure nel passato

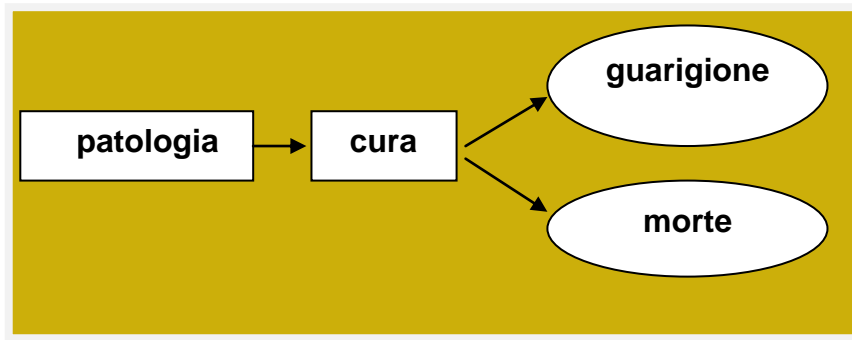
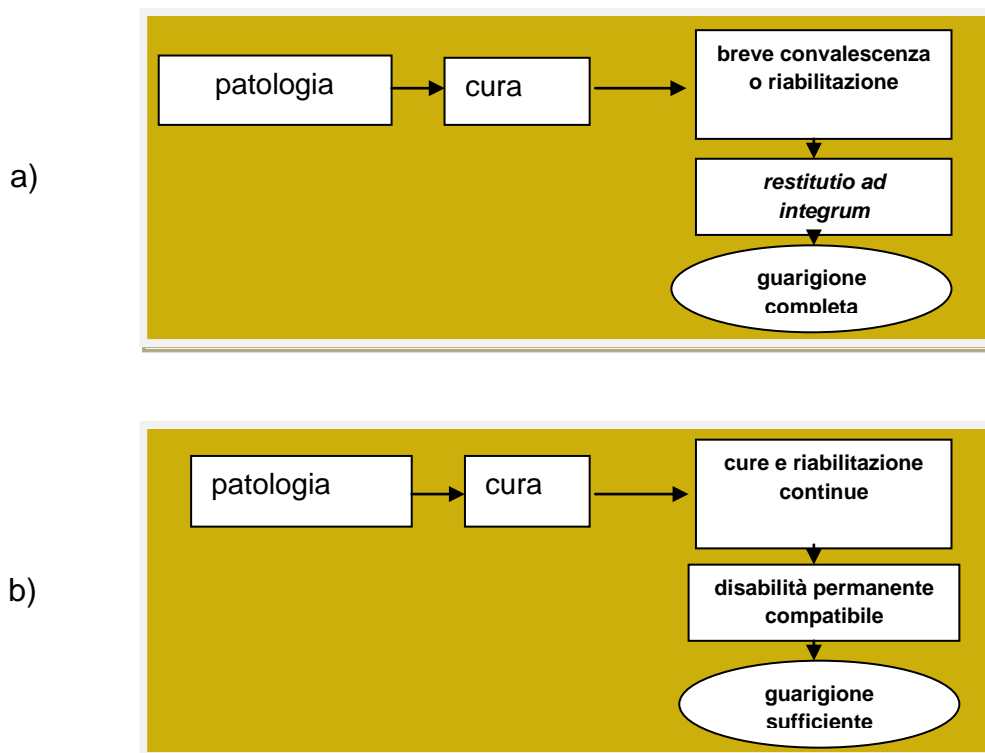
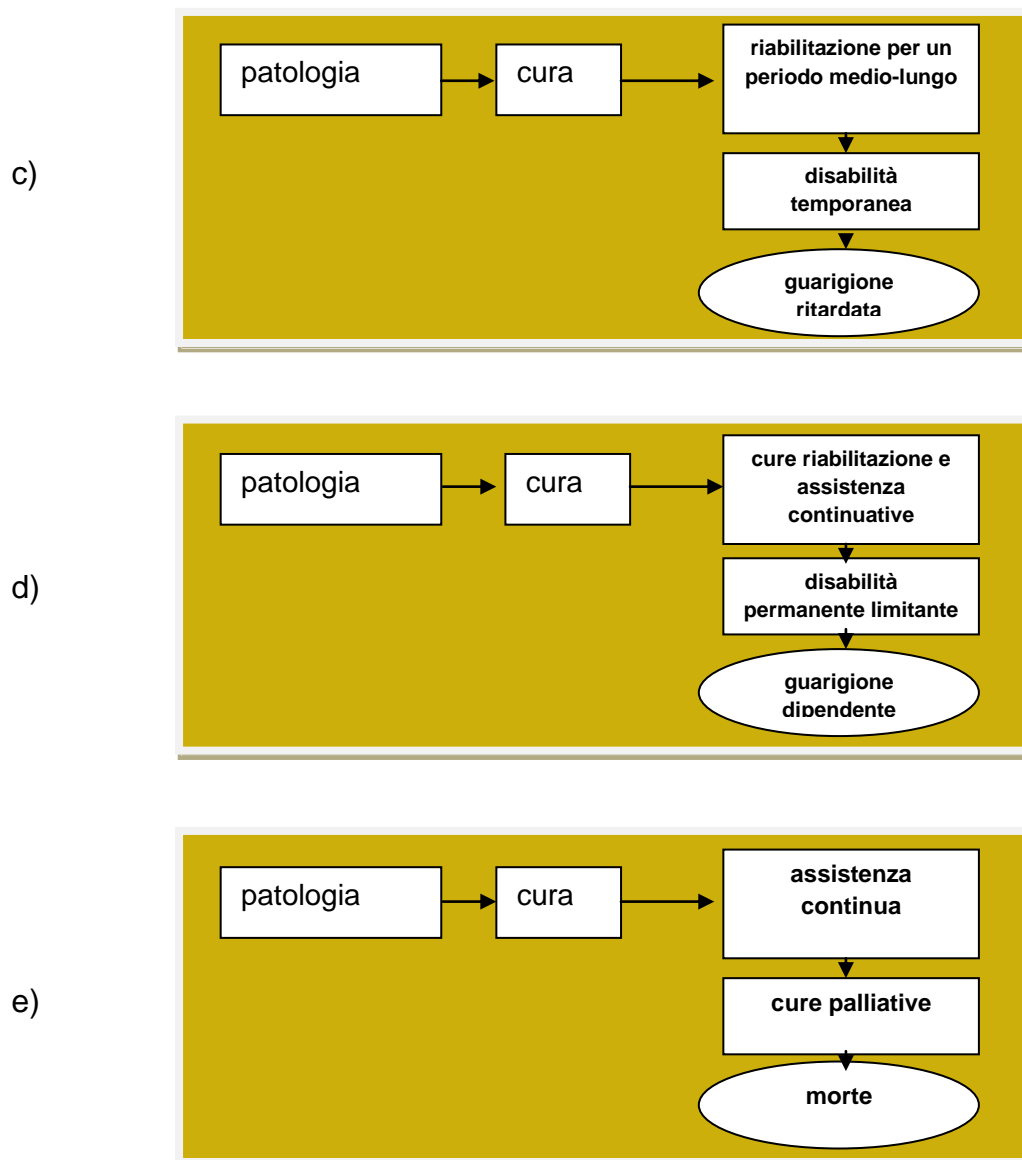


Figura 12: Esito delle cure nel presente (e nel futuro ...)





Fonte: adattato da A.C. Bruni (presentazione ppt)

Dal profilo concettuale, la ricerca di una più organica collaborazione tra la Clinica Hildebrand e l'Istituto CPA S. Giorgio rientra perfettamente nel cambiamento di paradigma descritto. Per le ragioni esposte – casistica, condivisione delle competenze, prossimità – e per le possibili potenzialità – in termini di presa in carico, facilitazione del trasferimento e della comunicazione, intervento in caso di necessità/emergenza, formazione – un modello “integrato” sarebbe certamente prospettabile e certamente, dal profilo anche dell’offerta sanitaria, auspicabile.

Si aggiungono inoltre diversi elementi di contesto alle suddette ragioni, che se considerati, conferiscono alla riabilitazione nuove prospettive e consolidano l’indirizzo dell’apertura e dell’integrazione delle cure in un’ottica di percorso assistenziale più completo e meno

frammentato. Accanto alle (nuove) caratteristiche dell'approccio riabilitativo (multidimensionalità, globalità, specificità, interdisciplinarietà e comunicazione)⁴³, caratteristiche che dovrebbero far parte della pratica quotidiana, è altrettanto opportuno/necessario estendere questo nuovo *modus operandi* oltre i confini del soggiorno in clinica: è qui che il discorso si fa interessante poiché la CPA S. Giorgio potrebbe rappresentare l'opportunità concreta per progettare una simile apertura "a valle" della riabilitazione acuta, come auspicato anche dalla Clinica Hildebrand per far fronte all'aumento della pressione a seguito dell'introduzione dei DRG e delle nuove regole di finanziamento LAMal, che spingeranno verso una diminuzione della durata di soggiorno.

L'indirizzo qui adombrato attraverso la verifica dei casi e della casistica potenzialmente trans-istituzionale tra la Clinica Hildebrand e l'Istituto CPA Casa S. Giorgio non ha unicamente una valenza prettamente operativa ma, a ben guardare, ha un valore più ampio: s'inserisce in un dibattito che coinvolge il modo stesso di guardare alla medicina e alla cura, che possiamo sinteticamente riassumere con le seguenti considerazioni⁴⁴:

“Il vecchio paradigma medico-assistenziale a due o tre “tempi clinici” (nel terzo includiamo la forte necessità di residenzialità a lungo termine per anziani non autosufficienti e per la grave disabilità acquisita), si scontra proprio con questa necessità: abbracciare l'interezza dei bisogni dell'utenza dentro un nuovo approccio clinico cross-modale e organizzativo assistenziale trans-settoriale, rifondato su una nuova medicina ad alta specificità riabilitativa. Un approccio che possa sottolineare e patrocinare tutto il percorso del paziente, non dimenticandosi mai delle dimensioni e degli interventi indirizzabili alla salvaguardia del mantenimento dell'autonomia e della partecipazione sociale indipendentemente dall'età, dalle menomazioni e dalle limitazioni indotte dalle patologie. Va da sé, che per potersi esprimere dentro un'autentica ed efficace valenza progettuale, questo dibattito culturale deve potersi estrinsecare al più presto oltre che dentro il cantiere della prassi clinica, soprattutto in quello delle politiche clinico-organizzative.” (sott.)

Con riferimento a quanto proposto dal progetto di nuova pianificazione ospedaliera la concretizzazione di questa possibilità va verificata in relazione allo statuto e ai contenuti definiti per la categoria dei nuovi istituti di cura, per quella parte dei casi per i quali si può prevedere un soggiorno inferiore ai 21 giorni, mentre che se il soggiorno dovesse rivelarsi più lungo, i letti, benché dedicati ad ospiti trasferiti dalla riabilitazione, rientrerebbero tra quelli degli istituti per anziani. Nulla osta, a nostro giudizio e in prima approssimazione, l'abbinamento delle due fattispecie.

b) Istituto Miralago – Casa S. Giorgio

Forse la problematica maggiore che l'Istituto Miralago dovrà affrontare nei prossimi anni è quella dell'invecchiamento degli ospiti dell'istituto. Come visto infatti, (vedi p.21 ss.), l'istituto è viepiù sollecitato ad accogliere anche di notte una parte di ospiti attualmente

⁴³ Cfr. A. Marforio, “La riabilitazione vive: professioni del settore terapeutico riabilitativo confrontate con nuove sfide”, in W. Oggier, G. Pellanda, G.R. Rossi, *La riabilitazione vive*, Huber, Berna, 2013, pp. 141-147.

⁴⁴ G. Ruggieri, “La riabilitazione del passato e il futuro riabilitativo della medicina”, in W. Oggier, G. Pellanda, G.R. Rossi, *La riabilitazione vive*, Huber, Berna, 2013, p. 153.

esterni e che stanno invecchiando. Da qui l'ipotesi di un ampliamento del numero di posti letto o della realizzazione di un'unità esterna al centro, atta ad accogliere questi ospiti.

La realizzazione di questa ipotesi, tuttavia, dipende anche dall'orientamento del Cantone nell'ambito delle proprie pianificazioni settoriali anziani e invalidi, il quale riconoscendo in particolare che

*“con il passare degli anni si assiste ad un'interazione sempre più forte fra il settore delle case per anziani e quello degli istituti per invalidi”*⁴⁵

indica altresì che

*“sarà indispensabile predisporre delle strutture in grado di accogliere andicappati anziani (sott.) (in particolare per utenti con handicap mentale, fisico o poliandicap) che da lungo tempo soggiornano in strutture con occupazione o centri diurni.”*⁴⁶

In linea con questo indirizzo cantonale, e in alternativa all'ampliamento dei posti letto – ipotesi tuttavia preferita – l'istituto Miralago non ha escluso, sebbene non la consideri facilmente realizzabile – di immaginare un'unità esterna gestita con altri istituti, per accogliere una parte degli ospiti che invecchieranno nei prossimi anni⁴⁷.

S'inserisce perciò a questo punto, nella prospettiva del rinnovo della CPA Casa S. Giorgio, la possibilità di prevedere nella futura struttura dei posti letto dedicati ad andicappati anziani provenienti dall'Istituto Miralago. Si tratterebbe di ricalcare l'esperienza acquisita negli altri 4 istituti per anziani che hanno creato reparti per invalidi, riconosciuti come istituti medicalizzati LISPI dal Cantone: la Residenza Paradiso (reparto 02), la Clinica Varini di Orselina (reparto invalidi lungodegenti), il Centro sociosanitario di Vallemaggia, reparto invalidi e Casa Belinda di Lugano. Questi reparti sono finanziati dalla LISPI e secondo gli indirizzi del Cantone rappresentano un'offerta da aumentare⁴⁸.

I reparti per invalidi inseriti in case per anziani, va precisato, non sono nati per risolvere specificatamente il problema del loro invecchiamento, tant'è che – anche se in diminuzione – vi è un certo numero di invalidi di età inferiore ai 65 anni/64 anni ospiti di istituti per anziani (49 nel 2010)⁴⁹.

Data tuttavia l'esigenza di trovare delle soluzioni adeguate anche per gli andicappati che invecchiano e che non potranno rimanere negli istituti o frequentare unicamente un centro diurno, il loro collocamento in una CPA che sia in grado di accoglierli potrebbe rappresentare, come auspicato anche dal Cantone, un'offerta da rafforzare.

Soluzioni di questo tipo, infine, sono state indicate anche tra le priorità e punti da approfondire evidenziati nell'ambito dell'estensione del mandato a Pro Infirmis volto al

⁴⁵ DSS, DASF, Ufficio Invalidi, *Pianificazione 2011-2014 delle strutture e dei servizi per invalidi adulti finanziati dalla Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI) nel Canton Ticino*, settembre 2011, p. 16/85.

⁴⁶ Idem, p. 17/85.

⁴⁷ Un orientamento che varrebbe non tanto per gli ospiti residenziali di lunga data, per i quali un trasferimento è ritenuto inopportuno, ma in prospettiva per i nuovi ospiti.

⁴⁸ DSS, DASF, Ufficio Invalidi, *Pianificazione 2011-2104 ...*, cit., p. 16/85 e pp. 48-51).

⁴⁹ La riduzione del numero di questi casi negli ultimi anni è legata anche alla modifica del Regolamento concernente la Legge anziani, introdotta a partire dal 2008, secondo la quale il collocamento negli istituti per anziani è riservato a persone permanentemente o temporaneamente non autosufficienti in età che dà diritto a una rendita ai sensi della LAVS.

riconoscimento della gestione di un centro di consulenza per lo sviluppo di progetti individuali di permanenza a domicilio e subordinatamente, nell'impossibilità di un rientro a casa, di indicazione per il collocamento presso gli istituti medicalizzati riconosciuti dal cantone (vedi i 4 istituti sopra indicati). Queste priorità, sono state riprese anche nel documento pianificatorio del Cantone quali possibili soluzioni nel modo seguente ⁵⁰:

- *“aumento del numero dei posti in strutture medicalizzate, soprattutto nel Sottoceneri, tenuto conto che nel corso dell'anno vi sono sempre state delle persone in attesa di essere collocate;*
- *creazione di una struttura flessibile, aperta a soggiorni temporanei ed a collocamenti a tempo parziale;*
- *sviluppo di soluzioni abitative alternative, sul modello di alcuni appartamenti già operativi nel Cantone attualmente gestiti da privati;*
- *creazione di centri diurni riservati a persone con handicap fisico acquisito in funzione di supporto per il mantenimento a domicilio;*
- *favorire, in collaborazione con il settore competente, il collocamento in case per anziani mediante progetti personalizzati (aumentando le risorse di personale ordinarie, che potrebbero essere insufficienti per le casistiche con maggiori e più complessi bisogni di presa a carico).*” (sott.)

L'Istituto Miralago, come detto, auspicherebbe di preferenza, un aumento dei propri posti letto in funzione del previsto invecchiamento degli ospiti esterni. Per le ragioni sopra illustrate, tuttavia, e qualora questa prospettiva non fosse ritenuta dal Cantone, la Casa S. Giorgio potrebbe prevedere alcuni posti letto nel proprio istituto, quale reparto riconosciuto anche ai sensi della LISPI per l'accoglienza di questi ospiti handicappati anziani.

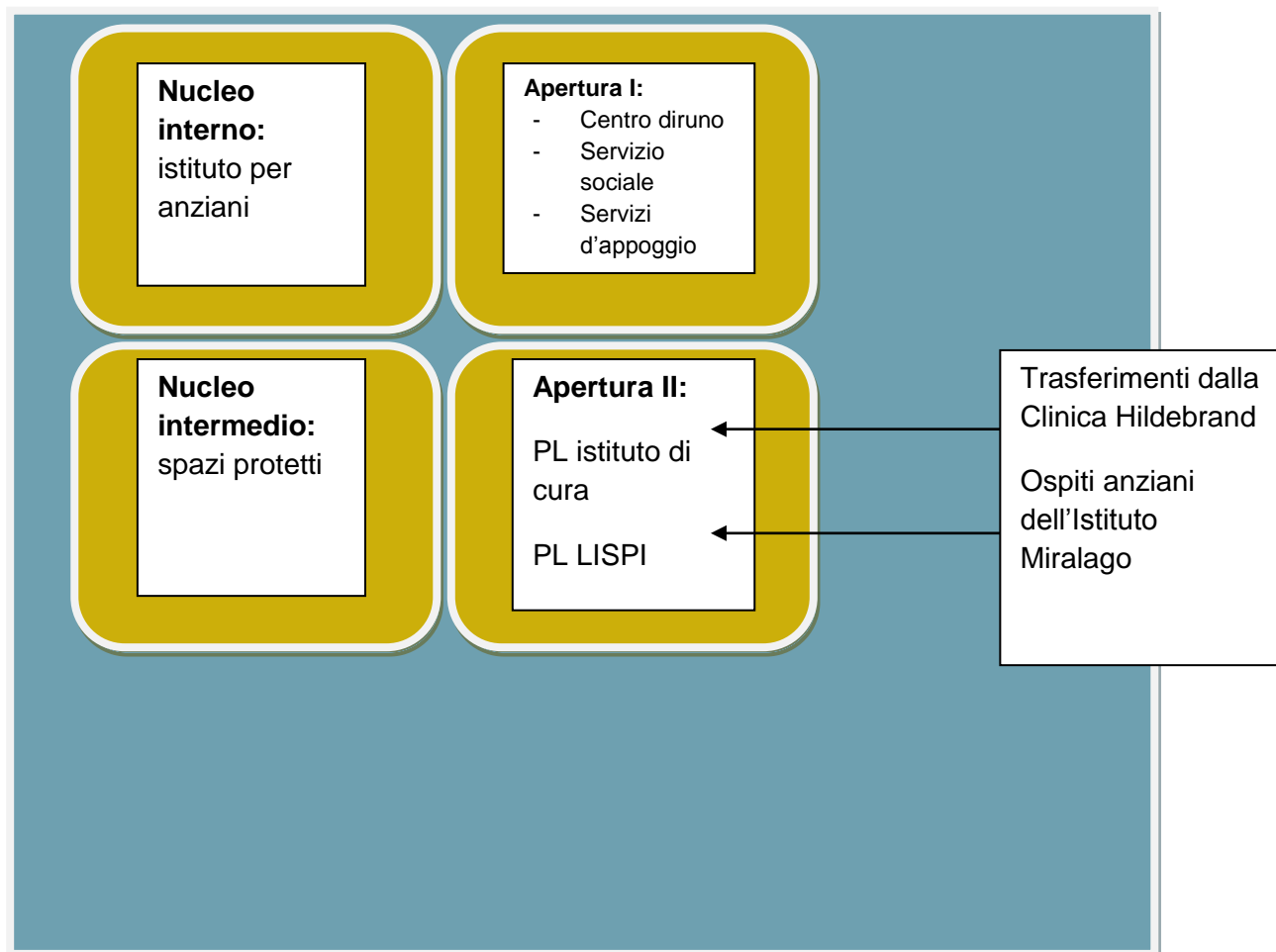
Si precisa, infine, a complemento di quanto sopra, che l'interazione tra la Casa S. Giorgio e l'Istituto Miralago, nel senso sopra esposto, può estendersi ulteriormente per comprendere anche la Clinica Hildebrand. In effetti, come risulta dal Rapporto d'attività 2010 di Pro Infirmis, delle 34 persone che nel corso dell'anno hanno beneficiato di una consulenza nell'ambito della ricerca di un posto in una struttura medicalizzata, 11 hanno trovato un collocamento in tale struttura, 9 sono state accompagnate verso un rientro a domicilio, 3 sono state collocate in una casa per anziani, 2 sono state collocate presso la Clinica psichiatrica cantonale e 4 sono decedute. A fine anno rimanevano 5 persone in attesa di un posto in una struttura medicalizzata: tutte e 5 risultavano ricoverate presso una clinica di riabilitazione.

Volendo considerare le possibilità di interazione tra la Casa S. Giorgio, la Clinica Hildebrand e l'Istituto Miralago sul piano diagnostico-terapeutico e del percorso di fruizione discussi nei due punti precedenti e considerando altresì gli indirizzi interni prefigurati dall'istituto per orientare preliminarmente la prospettata ristrutturazione o costruzione a

⁵⁰ DSS, DASF, Ufficio Invalidi, *Pianificazione 2011-2014 delle strutture e dei servizi per invalidi adulti finanziati dalla Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI) nel Canton Ticino*, settembre 2011, pp. 50-51/85.

nuovo della struttura, possiamo aggiungere un quarto elemento ai tre rappresentati nella precedente figura 10 a pagina 42. La struttura, in tal caso si configurerebbe attorno ai seguenti elementi:

Figura 13: Le possibilità di configurazione (4 elementi) della nuova struttura



Elaborazione propria

Nella nostra rappresentazione il nuovo elemento "Apertura II" è una sorta di intercapedine/interfaccia nei confronti della Clinica Hildebrand e dell'Istituto Miralago.

In termini di posti letto - premesso che se da un lato non si intende aumentare il numero di posti letto per anziani degenti previsto dalla pianificazione settoriale (PL = 60), dall'altro lato occorre considerare lo statuto dei letti per istituti di cura (IC) ai sensi della nuova pianificazione LAMal per quelli destinati ai trasferimenti dalla Clinica Hildebrand e lo statuto dei letti per istituti medicalizzati LISPI per gli ospiti anziani provenienti dall'Istituto Miralago – possiamo ipotizzare una situazione di questo tipo:

Tabella 6: Possibile dimensione e ripartizione dei PL della nuova struttura

Tipologia PL	Numero PL
Posti letto normali per ospiti anziani degenti	52
Posti letto per ospiti affetti da demenza (unità Alzheimer)	5
Posti letto per trasferimenti dalla Clinica Hildebrand lungodegenti	3
<i>Totale parziale (nucleo I e nucleo intermedio)</i>	<i>60</i>
Posti letto per trasferimenti dalla Clinica Hildebrand < 21 giorni	3-5
Posti letto LISPI per collocamenti invalidi anziani Miralago	3-5
<i>Totale parziale (apertura II)</i>	<i>6-10</i>
Totale	66-70

Fonte: diversi ed elaborazione propria

Questo dimensionamento può ritenersi ottimale in considerazione delle seguenti ragioni:

- il numero complessivo di PL (66-70) rientra nei parametri secondo i quali la struttura potrà beneficiare delle migliori “economie di scala”⁵¹. In pratica, come oggi, l’istituto non sarebbe né troppo piccolo, né troppo grande;
- il numero dei posti letto per ospiti affetti da demenze senili (unità Alzheimer e altre, 5) è commisurato alle esigenze della popolazione anziana e non si giustificerebbe un numero maggiore. L’ordine di grandezza corrisponde ad una proporzione ragionevole dei posti letto “normali” e riflette il dato epidemiologico (ca. 1/10)⁵²;
- il numero di letti per trasferimenti dalla Clinica Hildebrand per lungodegenti, cioè per quegli anziani che provengono dalla clinica e che successivamente non sono più collocabili per diverse ragioni a domicilio o altrove, è di qualche unità e rappresenta un’opportunità offerta a una casistica esistente e problematica, fortunatamente non numerosa;
- il numero di letti per i trasferimenti dalla Clinica Hildebrand per un soggiorno temporaneo inferiore a 21 giorni, supposti in 3-5, corrisponde agli indirizzi preconizzati anche dal Cantone e volto a far corrispondere il più possibile l’offerta sanitaria ai bisogni, allocando al meglio le risorse e correggendo il più possibile le attuali distorsioni per cui un buon numero di pazienti che potrebbero essere trasferiti altrove (nel post-sub acuto) rimangono ancora oggi troppo a lungo nel settore acuto, con ovviamente i conseguenti risvolti finanziari. Nel nostro caso, il riferimento è alla riabilitazione;

⁵¹ Cfr. Crivelli L., Filippini M., Lunati D., *Regolamentazione ed efficienza nelle case per anziani in uno Stato federale*, Università della Svizzera Italiana, Facoltà di Scienze Economiche, Istituto MeCop, Paper presentato al Convegno AIES, Catania, 19-20 ottobre 2001.

⁵² Più precisamente, il tasso di prevalenza di una patologie attinente a forme di demenza aumenta con l’età: esso è stimato a circa 1 persona su 50 per la fascia d’età tra i 65 e i 69 anni e di circa 1 persona su 8 per la fascia d’età tra gli 80 e gli 84 anni. Oltre i 90 anni la prevalenza raggiunge un tasso superiore al 30% (1 persona su 3). In generale, la prevalenza è superiore per le donne. Cfr. OPFS/CDS, *Stratégie nationale en matière de démence, 2014-2017*, novembre 2013.

- il numero di posti letto destinati agli ospiti LISPI, rappresenta una stima per colmare le esigenze dell'Istituto Miralago in virtù della richiesta che si prospetta nei prossimi anni (metà dei 9 casi di utenti che diventeranno anziani nei prossimi anni);
- Infine, la possibilità di “splittare” i posti-letto – operazione che sarebbe sicuramente più difficile per un altro istituto – qui è facilitata e proponibile a nostro giudizio proprio in virtù della presenza in loco degli altri istituti. Si tratta cioè di “sfruttare” il più possibile la prossimità quale valore ed opportunità e dunque quale condizione permissiva positiva ed effettiva per una maggiore integrazione e di un’offerta più articolata in funzione di esigenze diversificate, conformemente agli sviluppi di un modello di offerta multipla integrata come quello precedentemente presentato (cfr. pp. 36 ss.).

6.3.2 Ambito logistico-organizzativo

Le interazioni che abbiamo discusso riguardano l’ambito diagnostico-terapeutico e l’ambito del percorso di fruizione dei pazienti-ospiti delle tre strutture. Quali sono invece le possibilità d’interazione delle stesse – e anche dell’Istituto La Motta – sul piano logistico organizzativo, nel senso precedentemente definito, cioè nel senso di ricondurre la collaborazione a criteri di uniformità nell’azione congiunta volta a soddisfare uno stesso bisogno? (p. 43)

In effetti, a facilitare le interazioni in questi ambiti ci possono essere diversi elementi da considerare: la distanza e la localizzazione degli istituti, gli elementi strutturali, la gestione e l’organizzazione delle risorse, la comunicazione.

a) La distanza e la localizzazione

Pur essendo localizzati tutti sul territorio comunale di Brissago, i 4 istituti non sono concentrati in un unico luogo e gli accessi non sono ottimali. Lo studio *Brissago e gli anziani: territorio e società*⁵³ ha evidenziato dei problemi di mobilità e di sicurezza che attualmente possono creare disagio, specialmente all’utenza degli istituti.

La localizzazione dei 4 istituti è riprodotta nella seguente cartina:

⁵³ Martinoni M., Sassi E., *Brissago e gli anziani: territorio e società*, Consultati, Taverne, 2009.

Figura 14: La localizzazione dei 4 istituti

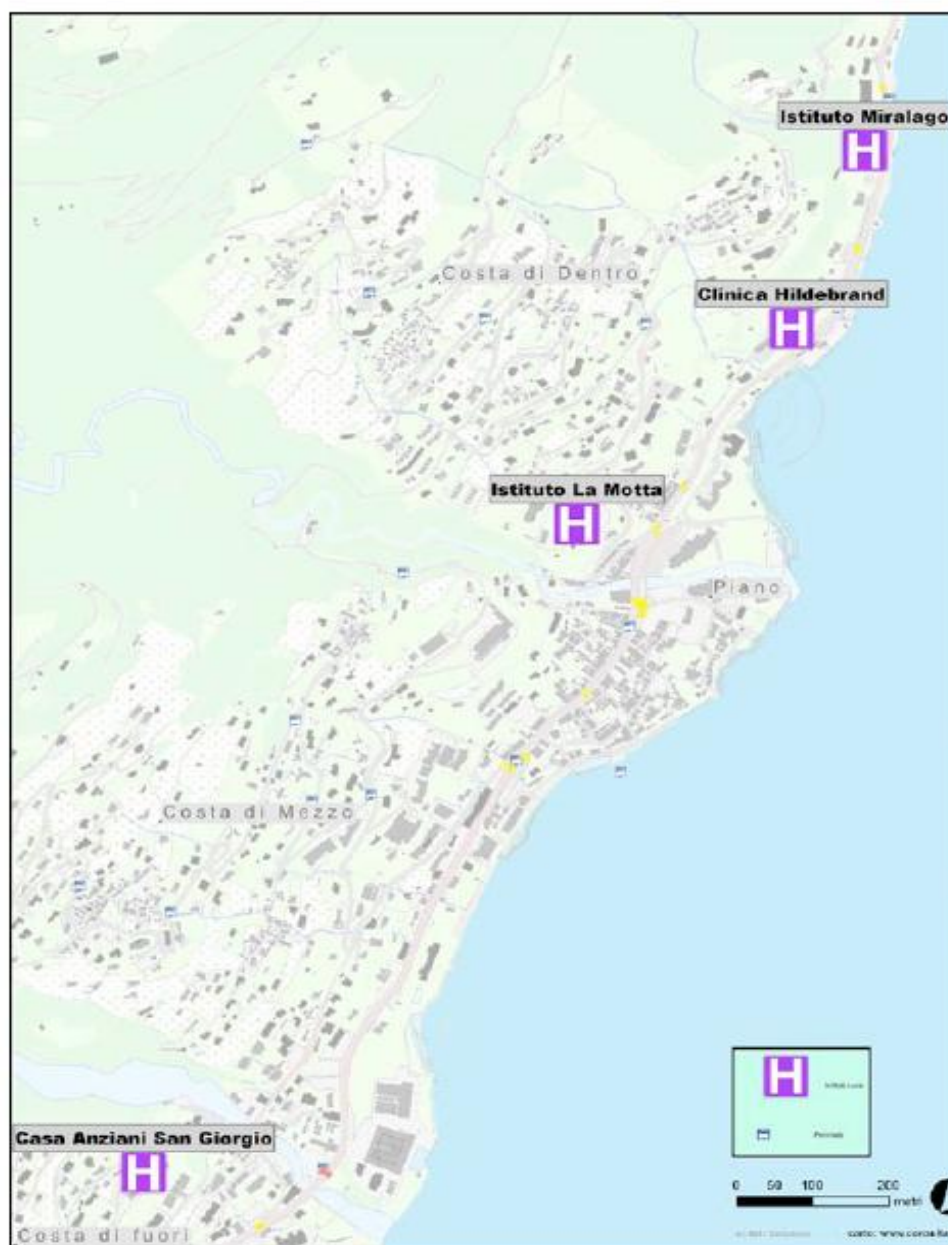


Figura 24: Localizzazione degli istituti di cura (fonte: consultati)

Fonte: Consultati, 2009

Si rileva che:

- la Casa S. Giorgio si trova a sud, sulla “Costa di fuori”, ed è relativamente distante dal centro e dagli altri 3 istituti, più vicini l’uno all’altro; lo studio citato ha evidenziato dei punti problematici legati all’accessibilità della Casa S. Giorgio, relativi al sistema viario (incrocio, specchi, segnaletica, ...) e alla qualità dei marciapiedi (cordoli). Sono pure

segnalate delle opportunità di miglioramento nelle connessioni e nei percorsi di accesso;

- l'Istituto La Motta si trova sopra il nucleo (frazione "Piano"), anch'esso in collina. Anche per l'Istituto La Motta, oltre alle possibilità di migliorare le connessioni, la percorribilità e la segnaletica, lo studio segnala l'opportunità di aumentare la sicurezza del percorso verso il Piano in prossimità dell'attraversamento della strada cantonale;
- la Clinica Hildebrand si trova subito a nord del nucleo, a monte della strada cantonale. Per la clinica, le indicazioni sono in particolare quelle dei dislivelli e degli aspetti legati alla sicurezza dell'attraversamento della strada cantonale;
- l'Istituto Miralago si trova all'entrata nord del Comune, non lontano dalla Clinica Hildebrand, anch'essa a ridosso della strada cantonale. Lo studio menzionato rileva per l'Istituto Miralago un certo numero di problemi di sicurezza dovuti alla strada cantonale, praticamente all'entrata/uscita dell'istituto, e alla distanza troppo ravvicinata delle fermate del trasporto pubblico.

In sintesi, benché le distanze siano relativamente brevi, la localizzazione dei 4 istituti non è ottimale dal punto di vista degli accessi e dei collegamenti, della sicurezza e, in generale, della mobilità. Questo rilievo ci induce a pensare che, se non si sposteranno altrove gli istituti, le collaborazioni che implicherebbero degli spostamenti fisici – di persone (ospiti, utenti, personale ...) o di merci – potranno essere condizionate da questa situazione. Parte dei problemi rilevati potrebbero trovare delle soluzioni unicamente con il concorso dell'Autorità comunale nell'ambito della propria politica a favore degli anziani e nell'ambito della propria politica territoriale (Pianificazione).

La situazione sarebbe diversa se la Casa S. Giorgio dovesse optare per una realizzazione a nuovo di una struttura: in tal caso, nella scelta del sito, sarebbe opportuno considerare anche gli aspetti concernenti la collaborazione e la mobilità tra gli istituti. In questo senso - come indicato tra le opportunità dello stesso istituto – la revisione del PR comunale nella zona del centro con l'individuazione in quel comparto di un sito adatto, potrebbe rappresentare un buon indirizzo che, tra l'altro, potrebbe concorrere a risolvere almeno in parte il problema dei posteggi, anche in questo caso in accordo con altri istituti.

b) Gli elementi strutturali

In generale si può affermare che i quattro istituti non hanno problemi strutturali gravi. Essi si trovano in posizioni molto belle dal profilo paesaggistico, ciò che costituisce un indubbio pregio, un surplus di valore, del resto molto apprezzato dagli utenti/ospiti. Le costruzioni sono state oggetto di ristrutturazioni ed adattamenti, mentre gli edifici sono di pregevole architettura.

Naturalmente, come tutte le strutture socio-sanitarie, esse sono destinate a dover adattarsi a volte a ritmi veloci, alle (sempre) nuove esigenze degli ospiti e dei curanti. Inoltre, occorre considerare il fatto che le quattro strutture "viaggiano" a pieno regime, con elevatissimi tassi di occupazione dei posti letto, praticamente al completo sull'arco dell'anno. Perciò, al di là della suddetta valutazione generale positiva, non bisogna sottacere alcune problematiche strutturali che, se non affrontate per tempo, potrebbero acuirsi anche molto velocemente: soprattutto se, come visto, le prospettive demografiche

ed epidemiologiche, ovvero il fabbisogno, sono destinati ad esercitare anche in futuro una forte pressione sugli stessi.

Si possono rilevare i seguenti aspetti:

- innanzitutto l'adeguatezza funzionale dei 4 istituti, per cui è importante assicurare di continuo la corrispondenza tra gli elementi strutturali – l'architettura, gli spazi, i percorsi, i piani, i servizi, gli spazi esterni – al modello operativo in essere. Come visto, ogni istituto risponde ad una tipologia di pazienti diversa, per cui ognuno riflette anche strutturalmente questa diversità. Il problema nasce allorché il modello clinico ed operativo cambiano: in quel caso, è possibile che la struttura non sia più idonea. Questo è vero oggi in particolare per la Casa S. Giorgio, che, come abbiamo visto, ha individuato proprio in questo punto la propria debolezza attuale e futura. Da questo punto di vista, ci sembrano meno problematiche le situazioni degli altri istituti;
- in secondo luogo occorre valutare la dimensione dell'istituto: come abbiamo visto il problema si pone (si porrà) per la clinica Hildebrand, alla quale la pianificazione ospedaliera dovrebbe attribuire un ulteriore numero (15) di posti letto, e per l'Istituto Miralago che sta cercando una soluzione all'aumento della richiesta di pernottamento da parte degli ospiti esterni che invecchiano. La dimensione – in termini quantitativi e pianificatori (non spaziali) della Casa S. Giorgio e dell'Istituto La Motta è invece da considerare in linea di principio adeguata, salvo ridefinizione dei contenuti dell'offerta;
- in terzo luogo, come rilevato dallo studio Consultati, per ognuno dei 4 istituti è possibile migliorare la situazione degli spazi esterni attraverso opportune riqualifiche, anch'esse legate ai cambiamenti dell'utenza e dei loro bisogni, rispettivamente all'evoluzione dei modelli clinico-operativi.

c) La gestione e l'organizzazione delle risorse

La gestione

Un istituto socio-sanitario è un'organizzazione complessa: in essa vi si trovano competenze molto diverse, che vanno da quelle prettamente cliniche – a loro volta suddivise per ambiti d'intervento medico, infermieristico, riabilitativo, ecc. – a quelle del servizio tecnico, alberghiero e, ovviamente, amministrative e gestionali.

Dato l'inquadramento legislativo, che stabilisce in modo assai articolato e vincolante l'insieme delle condizioni d'esercizio degli istituti – dal profilo sanitario, pianificatorio, contrattuale e finanziario⁵⁴ - si può affermare che oggi come oggi chi opera in questo ambito dispone, dal un profilo organizzativo, di un adeguato punto di riferimento. Benché gli ambiti dell'offerta sanitaria degli istituti brissaghesi siano diversi, e dunque anche i rispettivi riferimenti legislativi e pianificatori, come visto, vadano distinti, è chiara la tendenza verso un maggior coordinamento tra i diversi ambiti. In questo senso, uno degli elementi che accomunano e contraddistinguono la gestione dei quattro istituti è dato dallo strumento del contratto di prestazione, introdotto dal Cantone a far stato dal 1° gennaio 2006 nei settori degli anziani, degli invalidi, della famiglia e dei minorenni, dell'assistenza a domicilio e, a seguito della revisione della LAMal del 2007, introdotto a far stato dal 1°

⁵⁴ Vedi anche Cap. 7.

gennaio 2012 anche nei settori delle cure somatico-acute, della riabilitazione e della psichiatria. Si tratta di un nuovo strumento di regolazione e di finanziamento secondo il quale il Cantone “acquista” dagli istituti e dai servizi socio-sanitari a nome dei cittadini le prestazioni definite secondo determinate caratteristiche qualitative e a un determinato prezzo.

Il contratto di prestazione accomuna i 4 istituti, che si rifanno a una logica e a una modalità di rapportarsi all’Autorità cantonale che è la stessa, benché declinata ovviamente in modo specifico per ognuno di essi.

Se dunque, a monte, occorre che ogni struttura sia idonea dal profilo della legislazione sanitaria e della pianificazione settoriale, dal profilo della gestione il contratto di prestazione è corredato da un insieme di strumenti di gestione indispensabili: il catalogo delle prestazioni, che definisce cosa è offerto, la contabilità analitica, che permette di determinarne il costo e quindi il prezzo, e il sistema di gestione della qualità, che ne assicura lo standard qualitativo richiesto.

La presentazione e l’esame di dettaglio di questi strumenti esulano dagli scopi di questo studio. Ciò che invece si intende qui rilevare è il fatto che la generalizzazione di questi strumenti a tutti gli ambiti socio-sanitari rappresenta un importante elemento di convergenza sul piano della “cultura” di gestione – che, come rilevato dall’Istituto Miralago è oggi ancora diversa da un istituto all’altro - rappresentando un *modus operandi* e una logica che dovranno essere patrimonio comune a tutti gli istituti. Grazie ad essi è più facile non solo confrontarsi, ma anche determinare con maggiore precisione il rapporto tra le risorse impiegate ed i risultati ottenuti nei diversi ambiti dell’offerta. È dunque facilitata pure la presentazione di un progetto integrato. Preme rilevare che il “contesto operativo” definito per il catalogo dei servizi e delle prestazioni degli istituti per anziani, è stabilito nel modo seguente:

*“L’istituto per anziani è una struttura integrata (sott.) in un sistema di servizi territoriali sanitari e socio-sanitari nel cui ambito opera in maniera coordinata favorendo l’attivazione delle risorse del territorio in una logica di lavoro di rete e in particolare, è irrinunciabile l’integrazione e il coordinamento (sott.) con i servizi d’assistenza e cura a domicilio e con i reparti di geriatria di cliniche e ospedali.”*⁵⁵

Come si vede, il Cantone ha ripreso qui, sul piano operativo, i propri indirizzi strategici verso una visione integrata del sistema socio-sanitario cantonale.

L’organizzazione

È interessante accostare gli organigrammi dei quattro istituti socio-sanitari brissaghesi. Ognuno riflette, a partire dal proprio organo istituzionale, la propria specificità, sia per quanto riguarda le prestazioni alla propria utenza che per quanto riguarda le competenze clinico-gestionali.

La seguente tabella riassume in forma sintetica e aggregata gli organigrammi dei 4 istituti, riproducendone soltanto le suddivisioni principali.

⁵⁵ Vedi DSS-DASF, *Catalogo dei servizi e delle prestazioni, I-B, Servizi, Istituti per anziani*, Bellinzona, 2005.

Tabella 7 : Visione d'insieme degli organigrammi dei quattro istituti socio-sanitari brissaghesi

	Casa S. Giorgio	Istituto Miralago	Istituto La Motta	Clinica Hildebrand
Organo istituzionale	Commissione amministrativa Consiglio direttivo	Consiglio di Fondazione	Consiglio direttivo dell'Associazione	Consiglio di Fondazione
Direzione, staff	Direzione Medico delegato Commissione interna per la sicurezza Assistente spirituale	Direttore DQ Medico consulente Agente di qualità Amministrazione	Direzione generale Circolo direttivo, capisettore, direttore amministrativo	Direttore Qualità e sicurezza dei pazienti
Amministrazione e servizi	Settore amministrativo Segreteria Servizio alberghiero Cucina e refettorio Pulizia, lavanderia, Custode giardiniere	Settore servizi SPI e sicurezza Manutenzione Cucina Trasporti Lavanderia e guardaroba Pulizia	Infrastruttura Amministrazione Servizio tecnico Economia domestica	Area amministrativa Servizio finanze e <i>controlling</i> Servizio gestione pazienti Servizio sociale Servizio RU Servizio alberghiero Servizio informatica e telefonia Servizio tecnico/giardino
Cure, terapie, attività	Settore infermieristico Responsabili cure, capi reparto PT e II piano, I piano,, specialista clinica in geriatria Personale curante Fisioterapia Ergoterapia/ animazione	Settore terapeutico-sanitario Fisioterapia Logopedia Servizio infermieristico Settore attività diurne Unità occupazionali Ateliers	Settore attività e terapie Settore laboratori Settore terapie	Area clinica Unità operativa neuropsicologia e logopedia Unità operativa fiso/ergo Riabilitazione medica Servizio clinica diurna Servizi tecno-medici e di supporto (laboratorio-farmacia-segr med) Area cure infermieristiche Riabilitazione infermieristica Serv prev infezioni Reperti (3 piani)
Abitazioni		Settore abitativo (5 gruppi)	Settore gruppi abitativi	

Fonte: Organigrammi istituti, documenti diversi

Sarebbe troppo semplicistico affermare genericamente che esistono ambiti in cui, data la presenza in ogni istituto di competenze o di servizi simili, si potrebbe collaborare di più. Per ogni ipotesi di collaborazione – del resto già in atto in alcuni ambiti – si dovrebbe procedere ad una valutazione puntuale, poiché la stessa figura professionale, o lo stesso servizio, non necessariamente svolgono l'identico compito in un contesto come nell'altro. Inoltre, occorre valutare il carico di lavoro, poiché bisogna partire dall'idea che le dotazioni attuali sono adeguate. La messa in comune di risorse deve essere valutata nel senso di un miglior impiego delle stesse. Ovviamente, quando si verificassero delle sovrapposizioni, una razionalizzazione sarebbe possibile e forse opportuna. Ma, si ribadisce, è necessaria una verifica di dettaglio.

Tuttavia, date le competenze e le figure professionali attive negli istituti, in alcuni ambiti la messa a confronto delle stesse potrebbe, a nostro giudizio, essere interessante. Si prendano a titolo d'esempio i servizi di fisioterapia e di ergoterapia, che offrono attività in tutti gli istituti. Qui vediamo di buon occhio una possibilità di scambi organici tra le collaboratrici ed i collaboratori delle quattro strutture. Discorso estendibile ad altre figure professionali, compiti e servizi (qualità, sicurezza, servizi tecnici, servizi alberghieri, informatica, trasporti), dove ci sembra sempre possibile condividere esperienze ed eventualmente risorse.

Una figura che potrebbe giocare un ruolo di rilievo nella collaborazione tra strutture, come intravisto dalla Casa S. Giorgio, è infine quella dell'assistente sociale, non soltanto nella prospettiva di un aumento dei trasferimenti da un istituto all'altro a dipendenza del grado di integrazione che si deciderà, ma come punto di riferimento comune degli stessi a monte e a valle del sistema: verso le cliniche e gli ospedali a monte, verso i servizi di assistenza e cura a domicilio e i famigliari a valle.

d) La comunicazione

È risaputo che la comunicazione riveste una notevole importanza in ambito socio-sanitario. Essa concerne diversi aspetti e persegue diverse finalità: legittimazione, immagine, trasparenza, presentazione dell'offerta, ecc. Solitamente viene distinta in comunicazione interna e comunicazione esterna o istituzionale. È a quest'ultima che facciamo cenno qui, poiché è su di essa che è possibile eventualmente agire in un'ottica comune.

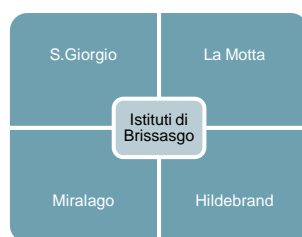
In effetti, riguardo alla comunicazione istituzionale, i quattro istituti hanno sviluppato ognuno una propria strategia, con mezzi e modalità molto differenziate, partendo da una valutazione delle specifiche esigenze comunicative. La varietà di questa situazione, tuttavia, riflette a nostro giudizio non solo l'eterogeneità delle esigenze, delle identità e dunque delle strategie messe in atto da ognuno, - cosa del tutto comprensibile e corretta – ma anche un diverso impegno. Il risultato è che il modo di presentarsi al pubblico o agli *stakeholders* dei quattro istituti non solo è molto diverso per forma e contenuti da un istituto all'altro, ma nemmeno lascia intendere che tra gli stessi ci siano delle relazioni o

delle collaborazioni. Soltanto il sito del Comune di Brissago (www.brissago.ch), alla rubrica “Sanità e socialità” riporta succintamente una descrizione degli istituti (e del Centro diurno dell’Associazione anziani e sereni di Brissago) rinviando ai rispettivi siti (Casa S. Giorgio, Clinica Hildebrand, Istituto La Motta) e recapiti (Istituto Miralago).

Sempre il Comune, in quest’ottica e grazie anche all’iniziativa della Fondazione della Casa S. Giorgio, che aveva promosso uno studio nel 2009 sulle implicazioni territoriali e sociali dell’invecchiamento della popolazione, ha istituito nel 2010 la Commissione municipale degli Istituti socio-sanitari (CISS), con il compito di fungere da consulente dell’Autorità comunale. Tra i compiti assegnati alla commissione troviamo specificatamente la creazione di sinergie e collaborazioni tra gli istituti nei diversi ambiti istituzionali e la promozione dell’immagine rappresentativa dei quattro istituti socio-sanitari di Brissago, così come il miglioramento e la propaganda dell’attività del Comune in campo sociale in genere.

La consapevolezza che esista un potenziale di messa in rete dei quattro istituti passa non soltanto dai contenuti, ma anche dalla forma. Infatti, come evidenziato dagli stessi istituti (vedi risultati della valutazione interna, par. 4.2.2 e ss.) sarebbe opportuno coagulare attorno alle singole identità, che ovviamente non vanno messe in discussione, una sintesi identitaria più ampia, che sia in grado di evidenziare le specificità di ognuno e nel contempo di promuovere l’insieme. Due sono le immagini evocate: una è quella di Brissago come di un modello, di un “laboratorio socio-sanitario” a cielo aperto, dove non solo si offre una paletta di prestazioni differenziata e di qualità, ma dove si sperimentano consapevolmente collaborazioni e nuove prospettive. Il cemento culturale è dato dall’adesione di fondo da parte di tutti ai concetti che abbiamo sviluppato nei capitoli precedenti e che – dati gli indirizzi di politica socio-sanitaria richiamati – dovrebbero trovare appoggio anche presso le Autorità a tutti i livelli, federale, cantonale e comunale.

La seconda immagine è invece quella di Brissago come di un “comune a misura di anziano”, immagine che potrebbe idealmente e metaforicamente essere rappresentata da un quadrifoglio, dove le quattro foglie s’innestano in uno spazio comune centrale.



Si tratta di proposte che potrebbero essere realizzate facilmente e che contribuirebbero al consolidamento progressivo di altre azioni volte ad una maggiore collaborazione tra gli istituti, finanche ad una maggiore integrazione degli stessi. La volontà espressa dagli istituti, unitamente alla volontà dell’Autorità comunale, concretizzatasi nell’istituzione della CISS, costituiscono premesse senz’altro positive.

6.3.3 *Ambito delle strategie e politiche aziendali*

Al di là della gestione ordinaria, le politiche aziendali dei quattro istituti comprendono un piano strategico, con il quale è da intendersi l'insieme delle decisioni e delle azioni che gli istituti mettono in atto nel medio-lungo periodo al fine di posizionarsi nel sistema socio-sanitario in divenire, così da assicurare la propria perennità nel tempo.

Da quanto fino ad ora esaminato, dovrebbero delinearci assai chiaramente alcuni elementi strategici comuni ai quattro istituti:

- ognuno è ben in chiaro sulle sfide che attendono il settore socio-sanitario dal profilo demografico ed epidemiologico e dunque dal profilo dell'evoluzione del fabbisogno di prestazioni nei diversi ambiti. C'è la consapevolezza che occorre adattare l'offerta a questa evoluzione nei diversi ambiti in cui gli istituti sono attivi;
- ognuno considera la presenza sul territorio comunale di Brissago di 4 istituti socio-sanitari un'opportunità preziosa da cogliere, sulla quale costruire insieme qualche cosa in più. Questa base costituisce un punto di riferimento da considerare nei processi di adattamento dell'offerta al fabbisogno. La ricerca di sinergie non deve essere declamatoria, ma reale;
- ognuno condivide l'indirizzo, promosso anche sul piano della politica socio-sanitaria, di ricercare un maggior grado di integrazione tra i diversi segmenti dell'offerta. Consapevoli dei limiti legislativi e pianificatori, questo indirizzo va promosso ed eventuali ostacoli vanno affrontati;
- ognuno manifesta volontà di progettazione, in un contesto che non lascia spazio all'inazione. Questa volontà, unitamente agli eccellenti rapporti tra istituti, rappresenta un elemento di valore importante, che l'Autorità politica e gli altri enti finanziatori (casse malati, altre assicurazioni sociali) dovrebbero sostenere attivamente;
- ognuno considera importante che anche in futuro siano concesse adeguate risorse finanziarie, in particolare da parte dell'Autorità cantonale;
- ognuno è consapevole del proprio apporto socio-economico (e culturale) al Comune di Brissago. Si tratta di un settore qualificante per il Comune, in termini di posti di lavoro, di indotto economico-fiscale, di relazioni sociali, di offerta generale alla popolazione e agli ospiti (turismo), di immagine positiva verso l'esterno, in poche parole, di contributo alla collettività (vedi anche par. 7.3, pag. 74)

Questi elementi strategici accomunano i quattro istituti e potrebbero essere la base per una specie di "carta dei valori degli istituti socio-sanitari" brissaghesi. Essi vanno oltre le singole strategie – che sono rivolte in modo più specifico alle rispettive missioni nel proprio ambito settoriale – e vanno oltre i problemi della gestione ordinaria. Sarebbe interessante se anche l'Autorità comunale aderisse ad una strategia socio-sanitaria condivisa, vista la volontà manifestata in particolare attraverso l'istituzione della CISS.

6.4 Ipotesi di un nuovo modello (varianti A e B)

Il grado di intensità del fabbisogno e il livello d'integrazione vanno messi in relazione (vedi Figura 8, pag. 38): più si riconosce la necessità di modificare l'offerta da un modello lineare "bisogni specifici-offerta specifica" verso un modello "bisogni multipli-offerta multipla", (vedi Figura 7, p. 36) più si dovranno cercare ed elaborare proposte capaci di rispondere in modo globale, flessibile ed integrato all'evoluzione dei bisogni socio-sanitari dei cittadini che si è cercato di caratterizzare nel Capitolo 4.

In quest'ordine di idee, possiamo delineare un'ipotesi di nuovo modello di offerta socio-sanitaria polivalente a Brissago in base ai diversi elementi analizzati nei capitoli precedenti, i quali ci inducono a pensare che esistono diversi gradi di realizzazione di un nuovo modello. Per questo, proponiamo sostanzialmente due varianti di riferimento: una più spinta verso l'integrazione, ma ovviamente anche più impegnativa, l'altra meno radicale, sebbene anch'essa in linea con gli indirizzi precedentemente sviluppati. Ambedue le varianti sono compatibili con il quadro istituzionale, e richiederanno uno sforzo di progettazione e verifica d'intesa con le Autorità cantonali e comunali. Restano ovviamente aperte innumerevoli altre varianti, più vicine all'una o all'altra: saranno gli istituti che in base ad un confronto e a una discussione potranno forgiare una propria via, che non necessariamente dovrà ricalcare l'una o l'altra delle due varianti qui proposte, ma che da esse potranno trovare, speriamo, spunti positivi.

6.4.1 Modello di offerta socio-sanitaria polivalente (variante rete integrata)

Questo modello riprende tutti gli elementi convergenti analizzati sui quali si può pensare di realizzare un'offerta socio-sanitaria polivalente integrata. Ciò significa considerare l'integrazione su più piani, ad eccezione di quello prettamente istituzionale (cioè delle diverse ragioni sociali) che rimane contraddistinto dalla personalità giuridica di ogni ente. L'integrazione sarebbe dunque decisa autonomamente dagli organi istituzionali in base a degli accordi e riguarderebbe per ogni istituto la "porzione" di attività per la quale si decide la messa in rete. In particolare, questa variante del modello prevede un certo grado di integrazione sul piano clinico, cioè sul piano dell'offerta integrata delle cure e vede l'Istituto Casa S. Giorgio proporre alla Clinica Hidelbrand e all'Istituto Miralago due estensioni della propria offerta in funzione delle esigenze di continuità delle cure e dell'assistenza che questi due istituti hanno manifestato e che intendono proporre. Si tratterebbe dunque di proporre primariamente l'interazione degli istituti sul piano diagnostico-terapeutico e del percorso di fruizione precedentemente delineati. Poiché la Casa S. Giorgio sarà il perno di questo modello, esso potrà essere realizzato nella misura in cui l'istituto sia disposto a considerare l'ipotesi di una nuova struttura, tale non solo da risolvere i problemi attuali (vedi le considerazioni sviluppate al paragrafo 6.2) ma anche di assumere queste estensioni della propria offerta, secondo lo schema proposto nella Figura 13 (p. 53) e qui ripreso in forma estesa:

Figura 15: Modello di offerta socio-sanitaria polivalente (variante rete integrata)

	Casa S. Giorgio	Clinica Hildebrand	Istituto Miralago	Istituto La Motta
Organo istituzionale	Commissione amministrativa Consiglio direttivo	Consiglio di Fondazione	Consiglio di Fondazione	Consiglio direttivo dell'Associazione
Ambito diagnostico-terapeutico e del percorso di fruizione	PL lungodegenti e PL < 21 gg			
	PL LISPI anziani	Nuovi PL LAmal?	(PL LISPI anziani?)	
	Messa in rete di competenze diagnostico-terapeutiche, socio-educative, ...			
Ambito logistico-organizzativo	Miglioramento distanze, localizzazione, collegamenti/accessi/sicurezza/posteggi			
	Nuova struttura	Miglioramenti strutturali	Miglioramenti strutturali	Miglioramenti strutturali/fattoria?
	Gestione e organizzazione: messa in rete di servizi e competenze in comune			
Ambito delle strategie e politiche aziendali	Comunicazione istituzionale: Carta dei valori 4 Istituti e Comune			

Elaborazione propria

Ovviamente, oltre che all'adesione degli altri istituti, la realizzazione del progetto richiede l'accordo dell'Autorità cantonale. Oltre che sul piano clinico, gli istituti potranno integrarsi maggiormente su tutti gli altri piani, che spaziano da quello della comunicazione istituzionale, attraverso l'elaborazione di una strategia di comunicazione che sappia rappresentare l'insieme dell'offerta socio-sanitaria brissaghese, a quello della messa in comune di risorse e competenze condivise negli ambiti dove il *transfert* è possibile e opportuno, per esempio per quanto riguarda il servizio di assistenza sociale, fino alle collaborazioni più operative in particolare nell'ambito dei servizi di supporto. Queste possibilità, come visto, si situano sia in ambito logistico-organizzativo che nell'ambito delle strategie e politiche aziendali: sono gli stessi ambiti che considereremo nella variante B.

La realizzazione di questo modello permetterebbe di conferire un valore aggiunto all'offerta socio-sanitaria brissaghese, dato che a un certo numero di pazienti-ospiti verrebbe data la possibilità di trovare risposte adeguate in *situ*, oggi non proponibili, secondo gli approcci più aggiornati. Questo varrebbe sia per una particolare tipologia di pazienti dimessi dalla Clinica Hildebrand sia per gli ospiti anziani con invalidità dell'Istituto Miralago che avranno la possibilità di rimanere in prossimità dello stesso e dunque di mantenere un certo grado di contatto.

6.4.2 Modello di offerta socio-sanitaria polivalente (variante coordinamento)

Questa seconda variante del modello propone di continuare e incentivare la collaborazione tra i quattro istituti, senza tuttavia prevedere l'integrazione proposta sul piano del percorso diagnostico-terapeutico e del percorso di fruizione nei termini che verrebbero sviluppati secondo la variante A. Abbiamo infatti individuato diversi elementi per i quali, come nella variante A, è possibile proporre un'offerta socio-sanitaria polivalente coordinata a Brissago. Essi comprendono:

- l'aspetto della localizzazione dei 4 istituti, dove una nuova, più centrale e idonea localizzazione dell'Istituto Casa S. Giorgio potrebbe facilitare notevolmente i contatti;
- gli elementi strutturali, dove si è individuata tutta una serie di possibilità di miglioramento, a partire dalla nuova struttura/ristrutturazione della Casa S. Giorgio;
- l'aspetto della gestione, dove convergono le logiche proposte dallo strumento del contratto di prestazioni, e dell'organizzazione – dove esiste un potenziale di messa in rete (scambi, condivisione, ...) di figure professionali, competenze e servizi;
- l'aspetto della comunicazione istituzionale – dove si potrebbe facilmente approntare una strategia condivisa.

Figura 16: Modello di offerta socio-sanitaria polivalente (variante coordinamento)

	Casa S. Giorgio	Clinica Hildebrand	Istituto Miralago	Istituto La Motta
Organo istituzionale	Commissione amministrativa Consiglio direttivo	Consiglio di Fondazione	Consiglio di Fondazione	Consiglio direttivo dell'Associazione
Ambito diagnostico-terapeutico e del percorso di fruizione	Nuovi PL LAmal?			
	Collaborazioni sul piano diagnostico-terapeutiche, socio-educativo ...			
Ambito logistico-organizzativo	Miglioramento distanze, localizzazione, collegamenti/accessi/sicurezza/posteggi			
	Nuova struttura/ristruttur.	Miglioramenti strutturali	Miglioramenti strutturali	Miglioramenti strutturali
	Gestione e organizzazione: collaborazioni organiche			
Ambito delle strategie e politiche aziendali	Comunicazione istituzionale: strategia condivisa			

Elaborazione propria

Benché meno impegnativa, anche questa variante propone a nostro giudizio un indirizzo innovativo che cerca di utilizzare l'opportunità, unica in Ticino, della presenza dei quattro istituti socio-sanitari sul territorio di Brissago e della prevista costruzione a nuovo (o ristrutturazione) della Casa S. Giorgio per un adattamento dell'offerta alle sempre più evidenti nuove esigenze di prestazioni date dall'evoluzione epidemiologica e demografica in atto e future.

Anche per questa seconda variante valgono tutti gli altri elementi previsti dalla Casa S. Giorgio per risolvere i problemi – in particolare di spazio – che l'attuale struttura comporta.

7. CONDIZIONI DI FATTIBILITÀ NORMATIVE ED ISTITUZIONALI

7.1 La collocazione istituzionale e pianificatoria di un nuovo modello

Il Canton Ticino si è già mosso da alcuni anni nella direzione auspicata, base del modello illustrato. Dapprima con la riforma (e il potenziamento) dei servizi di assistenza e di aiuto domiciliare, poi con la sperimentazione e il consolidamento dei letti ACS (letti ad Alto Contenuto Sanitario), infine, dopo la recente modifica della LAMal, art. 25a, con un allineamento degli ACS alla legislazione federale (CAT) nella pianificazione anziani, dove le precedenti definizioni sono confluite in quella di soggiorno temporaneo terapeutico (STT). Con la recente presentazione dell'aggiornamento della pianificazione ospedaliera, il quadro è evoluto ancora, e propone ora una convergenza tra la pianificazione del settore acuto e quello del settore anziani, o meglio, tra la pianificazione del settore acuto e quello post e sub-acuto. Una sorta di “cinghia di trasmissione” tra i due settori volto a facilitare il coordinamento dell'offerta e i percorsi trans-istituzionali.

Nonostante questi indirizzi cantonali e le iniziative a tutt'oggi promosse ed attuate in questo “interstizio” tra l'acuto e il post/sub-acuto/lungodegente/domicilio, il Cantone è consapevole che occorre andare oltre, considerandolo “un tassello incompleto nella catena delle cure”⁵⁶:

“Alla popolazione devono essere messe a disposizione le cure che ha realmente bisogno. Oggi abbiamo bisogno di molti letti per anziani, preferibilmente per soggiorni temporanei (per aiutare l'anziano o la famiglia nei momenti difficili). La situazione è che abbiamo molti letti o ospedali occupati di fatto proprio da anziani che trascorrono un periodo di convalescenza o aspettano di ristabilirsi o di entrare in casa per anziani. Sono letti finanziati nel modo sbagliato tramite l'assicurazione malattia. Il riorientamento (sott.) di queste strutture ha l'obiettivo di dare le cure adeguate al caso e ottenere un corretto finanziamento (ad esempio per le strutture per invalidi tramite la Confederazione). Gli ospedali acuti, finanziati come tali non possono essere utilizzati come convalescenziari sottraendo così preziose risorse dove servono, per migliorare la qualità dei nostri ospedali e cliniche. Le strutture che devono essere destinate a case di cura per anziani o invalidi devono essere potenziate e trasformate adeguatamente.”⁵⁷

I fattori menzionati dal DSS per spiegare la necessità di completare questo tassello mancante sono i seguenti:

- fabbisogno di cure di riabilitazione in aumento;
- fabbisogno somatico-acuto in diminuzione e requisiti di attribuzione del pacchetto di base;
- struttura SwissDRG, dimissioni anticipate, DRG in evoluzione;
- pressione sui reparti CAT già modulati diversamente rispetto all'art. 25a LAMal;

⁵⁶ Cfr. Conferenza stampa 13.02.2014, intervento P. Bianchi, slide n. 13 La pianificazione delle cure post e sub-acute.

⁵⁷ Dal sito del Canton Ticino, www.ti.ch, DSS, AGS, consultato il 25.03.14.

- invecchiamento della popolazione e fabbisogno di cure post-acute e di posti CAT in aumento;
- pianificazione anziani e pianificazione sanitaria.⁵⁸

In termini quantitativi, il DSS stima che attualmente circa 4'000 pazienti siano curati in strutture somatico-acute o nei reparti CAT/STT che potenzialmente potrebbero essere ricoverati in strutture post e sub-acute (corrispondenti a 185 posti-letto), più altri 1'000 pazienti supplementari attualmente curati in strutture somatico-acute (corrispondenti a circa 50 posti letto). Per questi pazienti si valuta complessivamente un fabbisogno minimo di 250 posti letto, per soddisfare il quale si propone una nuova tipologia di presa a carico istituzionale attraverso strutture che vengono chiamate Istituti (o case) di cura. Questa nuova categoria⁵⁹ cerca di mettere ordine e dà un'identità clinica ed uno statuto istituzionale al suddetto tassello mancante, collocandolo proprio subito dopo l'acuto nella catena delle cure. In termini pianificatori, si tratta di istituti riconosciuti ai sensi dell'art. 39 cpv 3 LaMal.

Gli istituti di cura si compongono sostanzialmente di due "vecchie" categorie:

- gli istituti somatico-acuti ai sensi dell'art. 39 cpv 1 LaMal con il solo mandato di medicina di base, ossia EOC Faido, EOC Acquarossa, Clinica Varini, Ospedale Malcantonese, Clinica S. Rocco;
- i reparti di cure acute e transitorie nelle case per anziani (Cevio, Castelrotto, Sonvico e Arzo) che già offrivano i letti ad alto contenuto sanitario (ACS).

Dal profilo del riconoscimento formale da parte del Cantone – oltre che ad essere previsti nella pianificazione - gli istituti di cura devono adempiere ad alcuni requisiti, tra i quali, in particolare, i seguenti:

- presenza di personale medico e paramedico 24/24
- presenza di personale terapeutico
- ammissione dopo un soggiorno ospedaliero e anche direttamente dal domicilio
- nessun limite minimo di età
- degenza media di 21 giorni.

A partire dalla situazione attuale – dagli istituti con il solo mandato di medicina di base e dai reparti CAT – e "compatibilmente con i tempi di attuazione e di trasformazione di alcuni stabili" l'ubicazione dei futuri istituti di cura è la seguente:

- 60 posti nel Bellinzonese e Valli: 30 ad Acquarossa (dapprima Faido) e 30 a Sementina (ex-clinica di riabilitazione)
- 60 posti nel Locarnese e Valle Maggia: 15 a Cevio (Centro socio-sanitario), 30 a Orselina (Clinica Varini) e 15 a Locarno (ODL)
- 120 posti nel Luganese: 30 a Castelrotto, 60 a Lugano (Clinica S. Rocco) e 30 a Sonvico
- 30 posti nel Mendrisiotto: 30 a Arzo (Santa Lucia) e/o a Mendrisio (OBV).

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Da non confondere con gli istituti di cura per anziani ai sensi dell'art. 39, cpv 3, LaMal.

Complessivamente si avrebbero 270 posti letto ripartiti sul territorio e sufficienti a coprire il fabbisogno stimato di circa 5000 pazienti, corrispondenti alla situazione attuale.

Le domande che si possono porre relativamente al modello prospettato sono quelle a sapere se

- (1) il numero di questa tipologia di pazienti non sia destinato ad aumentare (per i fattori menzionati precedentemente);
- (2) se non sarebbe allora opportuno prevedere un certo numero ulteriore di posti letto e
- (3) se non si potrebbe migliorare ulteriormente la ripartizione territoriale prevista.;
- (4) se non avrebbe senso sfruttare l'opportunità della prossimità degli istituti sul territorio, già esistenti, come a Brissago.

Per quest'ultimo aspetto, si constata la seguente situazione, definita in termini di rapporto tra posti letto nelle case per anziani e posti letto previsti negli istituti di cura, rispettivamente in termini di rapporto tra posti letto e popolazione nelle diverse regioni del Ticino.

Tabella 8: Rapporto tra i posti letto previsti negli istituti di cura (IC), i posti letto nelle case per anziani (CPA) e la popolazione

	PL istituti di cura (1)	PL case per anziani (2)	Rapporto (1)/(2)	Popolazione (3)	Rapporto (3)/(1)
Tre Valli	30	464	0.064	29'271	976
Bellinzonese	30	521	0.058	47'273	1'576
Locarnese e VM	60	1'176	0.051	67'474	1'125
Malcantonese e V	30	488	0.061		
Luganese	90	1'576	0.057	139'067	1'159
Mendrisiotto BC	30	999	0.030	54'091	1'803
Totale	270	5'224 ⁶⁰	0.052	337'210	1'249

Fonte: diversi DSS e Ustat

Se consideriamo il rapporto tra i posti letto previsti per gli istituti di cura (IC) e i posti letto delle CPA nelle 6 regioni del Cantone, vediamo che il Mendrisiotto e Basso Ceresio avrebbero il rapporto meno favorevole, il Locarnese e Valle Maggia sarebbero in media cantonale, mentre le altre regioni sarebbero leggermente al di sopra o sensibilmente al di sopra (Tre Valli).

⁶⁰ Corrispondenti al totale dei posti letto previsti dopo l'aggiornamento 2a fase, ossia a 4'944 posti letto della pianificazione 1a fase (DL 23.09.2013) e l'aggiunta di 280 posti letto (costruzioni ex-novo e trasformazione di strutture esistenti).

Se consideriamo il rapporto tra la popolazione e i posti letto negli istituti di cura, constatiamo che il Locarnese e Valle Maggia è in linea con la media cantonale. Sappiamo tuttavia (vedi Cap. 5) che la popolazione della regione – in particolare quella di Brissago e Ronco s/Ascona - è relativamente più vecchia rispetto a quella cantonale. Qualora la regione del Mendrisiotto e Basso Ceresio dovesse recuperare posti letto in istituti di cura - per recuperare un'evidente sottodotazione rispetto ad oggi – l'innalzamento generale della media potrebbe creare lo spazio per alcuni posti letto nel Locarnese. Brissago, potrebbe allora pensare di fare la sua parte. Non solo, ma in virtù della prossimità di altri istituti socio-sanitari, in particolare della Clinica Hildebrand, alla quale verranno pure assegnati come visto ulteriori 15 posti letto per raggiungere un totale di 105 unità, e in virtù della necessità/opportunità di colmare il tassello mancante nella catena delle cure (compreso il post-riabilitazione), la Casa San Giorgio potrebbe assumere un ruolo interessante e profilato, specializzato nella riabilitazione geriatrica ed eventualmente, come si è visto, con un'offerta di soggiorno e di cura ed assistenza istituzionalizzata di anziani con invalidità: un problema – quello dell'invecchiamento di persone con invalidità – che dovrà essere affrontato prima o poi, come visto, anche dall'Istituto Miralago.

La configurazione di un nuovo modello di offerta socio-sanitaria integrata a Brissago dovrebbe tener conto anche di questi elementi, dunque di un collocamento istituzionale e pianificatorio senz'altro possibile.

7.2 Elementi legislativi

Il modello delineato nel precedente Capitolo nelle due varianti A e B è più o meno esteso anche dal punto di vista del quadro legislativo di riferimento, a dipendenza del grado di apertura e di estensione delle attività e delle prestazioni che verrebbero offerte. Tuttavia, una buona parte del quadro normativo applicabile è lo stesso. In effetti, poiché il modello è costruito a partire dal "nucleo" dato dalla Casa S. Giorgio e dalla prospettata ristrutturazione/costruzione a nuovo dell'istituto, la legislazione di riferimento primordiale è quella concernente le attività a favore delle persone anziane. Già questa legislazione, occorre rilevare, è assai articolata e complessa. Data la natura di queste attività – strutture e servizi – per anziani, ci troviamo per così dire a dover fare i conti con delle norme settoriali diverse: strettamente sanitarie, ma anche di politica sociale, delle assicurazioni sociali, di sussidiamento e, come visto, di regolazione pianificatoria.

Se inoltre consideriamo l'estensione dell'offerta della Casa S. Giorgio verso la Clinica Hildebrand e verso l'Istituto Miralago, vale a dire se si aprisse il settore anziani in senso stretto per considerare la post-riabilitazione e l'accoglienza di ospiti anziani con invalidità, allora occorrerà considerare anche la legislazione di questi settori socio-sanitari.

Oltre a ciò, poiché il sistema sanitario è inserito in un ordinamento istituzionale federalista, la legislazione cantonale deve essere completata con quella federale.

Perciò, tenuto conto delle diverse problematiche relative al modello nella sua estensione più ampia (variante A) vanno considerati perlomeno i seguenti testi normativi di riferimento.

Livello normativo federale

Sul piano federale deve essere menzionata innanzitutto la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 28 marzo 1994 e successive modifiche. In particolare, vanno menzionate due norme rilevanti ai fini della verifica di questo progetto:

- le norme che regolano la pianificazione e in base alle quali il Cantone stabilisce l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal. Come visto (pp. 13 ss) si tratta dell'art. 39 cpv 1 per il somatico-acuto, la psichiatria e la riabilitazione, e dell'art. 39 cpv 3 per gli istituti di cura (per anziani) e per gli istituti per invalidi. Attualmente la pianificazione ospedaliera è in fase di aggiornamento;
- le norme, introdotte a seguito della recente modifica (2008) concernente il cosiddetto finanziamento delle cure (art. 25a LAMal), in base al quale *“I costi delle cure acute e transitorie (cosiddette CAT) che si rivelano necessarie in seguito a un soggiorno ospedaliero e sono dispensate in base a una prescrizione medica sono remunerati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie e dal Cantone di domicilio dell'anziano per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero.”* (art. 25a LAMal, cpv 2). Le CAT, secondo la legislazione federale, possono essere dispensate sia ambulatorialmente che in *“istituzioni con strutture diurne o notturne o in case di cura.”* (art. 25 LAMal, cpv 1).

Questo quadro normativo federale di riferimento deve essere completato con le Ordinanze emanate dall'Autorità federale in applicazione della LAMal. D'interesse sono, specificatamente, l'OAMal e l'OPre. L'art. 7 cpv 1 di quest'ultimo testo legislativo definisce le prestazioni (esami, terapie, cure) che, nell'ambito delle CAT, sono assunte dalla LAMal;

- l'altro ambito legislativo federale da menzionare è la Legge federale sull'assicurazione invalidità (LAI), del 19 giugno 1959 e successive modifiche. Quest'ultima prevedeva l'erogazione di sussidi federali alle istituzioni AI, ma la norma (art. 72 LAI) è stata abrogata a seguito dell'entrata in vigore della “Nuova perequazione finanziaria e ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni”, secondo la quale, mentre i provvedimenti individuali (come gli assegni) restano di pertinenza della Confederazione, i provvedimenti collettivi (come quelli offerti dagli istituti per invalidi) passano ai Cantoni.

Livello cantonale

Sul piano cantonale – oltre alla legislazione cantonale in applicazione delle rispettive norme federali di riferimento - va richiamata la legislazione settoriale specifica:

- si tratta in particolare della Legge cantonale di applicazione della LAMal, LCAMal, che a seguito della modifica della LAMal sul finanziamento ospedaliero è stata recentemente pure modificata, e della Legge anziani (LANz), pure modificata a seguito della citata introduzione delle CAT e che, più in generale, è la norma principale di riferimento per quanto riguarda le attività a favore delle persone anziane in Ticino;
- occorre inoltre tener conto della Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI), per quanto attiene all'invalidità, che sostiene e finanzia le strutture e i servizi (istituti per invalidi) che offrono prestazioni collettive alle persone con invalidità.

Sono considerati istituti per invalidi i laboratori, i centri diurni, le scuole speciali private riconosciute, gli appartamenti protetti, le case e altre strutture sociali o collettive che ospitano invalidi adulti o minorenni (sott.). Anche la LISPI, analogamente a quanto previsto dalla LCAMal in applicazione del diritto federale, prevede la pianificazione cantonale dell'offerta (istituti per invalidi) al fine di garantire una risposta adeguata ed equamente ripartita sul territorio ai diversi bisogni. Attualmente è in essere la pianificazione LISPI 2011-2014.

Avendo già esaminato nel precedente paragrafo la problematica dal punto di vista della collocazione istituzionale e pianificatoria dei quattro istituti e pertanto del progetto, di seguito l'attenzione è rivolta essenzialmente ad alcune norme riguardanti il finanziamento (investimenti ed esercizio) per quella tipologia di offerta (posti letto/prestazioni) in estensione a quella tradizionale di un istituto per anziani. In altre parole: quali sono le norme di riferimento per il finanziamento di posti letto dedicati ai trasferimenti dalla Clinica Hildebrand (per le due tipologie considerate: lungodegenti e < 21 giorni), rispettivamente per collocamenti residenziali di invalidi anziani?

Per la prima tipologia e per le spese d'investimento, siccome trattasi di una struttura socio-sanitaria riconosciuta ai sensi della LANz e figurante nel DL concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal, art. 39 cpv 3, fanno stato le norme della LANz, in particolare l'art. 7, cpv 1 e 3:

¹ *Un contributo fino ad un massimo del 70% del costo stabilito a preventivo può essere concesso per l'acquisto di terreni o edifici destinati alla realizzazione di strutture sociosanitarie, la costruzione, la ristrutturazione nonché l'ampliamento delle stesse.*

² *I criteri per la commisurazione del contributo sono stabiliti dal Consiglio di Stato; nella commisurazione del contributo si tiene conto della capacità finanziaria dell'ente gestore della struttura sociosanitaria in questione e di eventuali partecipazioni finanziarie concesse da altri enti."*

Per le spese d'esercizio relative ai posti letto dedicati ai trasferimenti dalla Clinica Hildebrand valgono le stesse regole previste abitualmente dalla LANz per i posti letto "normali". Si tratta, in particolare da quanto previsto dall'art. 9 LANz:

¹ *Il finanziamento delle strutture sociosanitarie riconosciute avviene attraverso la concessione di un contributo globale da parte dello Stato.*

² *Il contributo globale è stabilito annualmente dal Consiglio di Stato in un contratto di prestazione sulla base dei compiti attribuiti all'ente gestore della struttura sociosanitaria in questione.*

³ *Nel calcolare il contributo globale il Consiglio di Stato tiene in particolare conto delle seguenti entrate:*

- a) *i contributi a carico degli ospiti ai sensi dell'art. 11 della presente legge;*
- b) *le partecipazioni degli assicuratori malattia;*
- c) *le prestazioni assicurative particolari;*
- d) *ogni altro ricavo stabilito dal Regolamento d'applicazione della presente legge.*

⁴ *Nella determinazione del contributo globale è possibile tenere conto della capacità finanziaria dell'ente gestore della struttura sociosanitaria."*

Il Regolamento di applicazione della LANz, del 22 agosto 2012, precisa le norme della Legge nel dettaglio.

La differenza tra le due casistiche (lungodegenti e degenti per una durata inferiore a 21 giorni) riguarda l'applicazione dell'art. 25a LAMal già menzionato per quanto riguarda il riconoscimento dei costi a carico delle casse malati e del cantone delle cure acute e transitorie per le degenze post-ospedaliere medicalmente prescritte e di durata inferiore ai 21 giorni: per queste cure, le regole del finanziamento ospedaliero prevedono la presa a carico dei costi riconosciuti secondo la contabilità analitica nella misura del 45% da parte delle casse malati e del 55% da parte del Cantone. Per la copertura delle altre spese di soggiorno è prevista una partecipazione dell'utente e del Cantone.

Per la seconda tipologia (collocamento di invalidi anziani provenienti da un struttura per invalidi) valgono le regole di finanziamento LISPI: anche in questo caso si distingue tra il finanziamento dell'investimento – per il quale è previsto un sussidio fino ad un massimo del 70% della spesa riconosciuta sussidiabile e commisurato alla capacità finanziaria del beneficiario (art. 12 LISPI), mentre per le spese d'esercizio, analogamente alla LANz, anche la LISPI prevede il finanziamento tramite contributo globale, determinato tenendo conto delle altre entrate dell'istituto: rette e tariffe agli ospiti, redditi del patrimonio dell'istituto o partecipazioni a elargizioni o donazioni, prestazioni assicurative particolari oltre alle rendite (AVS, AI, PC) e altre partecipazioni derivanti da accordi con assicurazioni malattia o infortunio. Il Regolamento di applicazione della LISPI, del 19 giugno 2012, precisa le norme della Legge nel dettaglio. Un aspetto d'interesse per la fattispecie qui esaminata (invalidi anziani) è quello previsto dall'art. 18, secondo il quale è possibile accordare il finanziamento di istituti che prescrivono prestazioni a persone invalide che, pur avendo raggiunto l'età stabilita per il diritto alla rendita di vecchiaia ai sensi della legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i per i supersiti, possono continuare a soggiornare in istituto previa autorizzazione da parte dell'Ufficio anziani.

In conclusione, previa verifica dell'applicabilità delle norme menzionate presso le istanze cantonali, e in caso di riconoscimento ai sensi delle rispettive pianificazioni, le ipotesi formulate nell'elaborazione del modello qui presentato dovrebbero permettere in caso di realizzazione di assicurare il necessario finanziamento, secondo le norme vigenti.

7.3 Elementi economico-finanziari

Non è possibile sviluppare nel dettaglio gli aspetti economico-finanziari di un modello di riferimento come quello qui delineato, che richiederebbe la messa a fuoco di maggiori dettagli, ciò che è possibile unicamente a seguito di una decisione di principio riguardo alla sua eventuale realizzazione concreta.

È tuttavia utile, riteniamo, richiamare alcuni elementi che concorrono ad inquadrare anche questa dimensione e che possono, appunto, concorrere ad una valutazione di principio e d'opportunità. Le seguenti considerazioni si sviluppano attorno ai seguenti due elementi: elementi macroeconomici, ossia la dimensione economica generale dei quattro istituti nel contesto dell'economia brissaghesa, ed elementi microeconomici, ossia la dimensione

economico-finanziaria relativa agli investimenti e alla gestione degli istituti, in un'ottica di realizzazione del modello.

a. **Elementi macroeconomici**

La seguente tabella riassume le principali cifre chiave dei quattro istituti.

Tabella 9: Cifre-chiave dei quattro istituti socio-sanitari brissaghesi (dati 2012)

	Casa Giorgio	S. Istituto Miralago	Istituto Motta	La Clinica Hildebrand	4 Istituti
CONTO ECONOMICO					
Costi					
Costi del personale	4'631'249	5'987'553	6'903'940	22'100'742	39'623'484
Altri costi	869'105	688'856	1'247'808	8'241'064	11'046'833
Totale costi	5'500'354	6'676'409	8'151'748	30'341'806	50'670'317
Ricavi					
Ricavi pazienti/ospiti	3'768'865	1'193'692	2'640'245	27'866'585	35'469'387
Altri ricavi	27'800	664'752	267'719	984'505	1'944'776
Totale ricavi	3'796'665	1'858'443	2'907'904	28'851'090	37'414'163
Sussidi	1'833'495	4'770'987	5'091'105	-	11'695'587
Utile/peridita	129'806	-46'979	-152'679	-1'490'716	-1'560'567
PERSONALE (unità)*					
Medici		0.1		11.0	11.1
Cure, socio-educ, occ.	34.7	45.7	84.0	160.6	325.0
Amm e servizi centrali	2.5	3.0	8.0	9.8	23.3
Serv. alberghiero	14.4	6.7	14.0	40.8	75.9
Serv. tecnico e trasporto	1.0	4.0	3.0	7.0	15.0
Totale personale	52.6	59.5	109	229.2	450.3

* Senza personale in formazione

Fonte: Rapporti annuali istituti, rilevamento diretto

Nel loro insieme, i quattro istituti socio-sanitari di Brissago generano un'attività economica del valore di quasi 51 milioni di CHF/anno (2012). Da questo punto di vista, si tratta indubbiamente di un'attività molto significativa per il Comune e finanziata prevalentemente dai ricavi dagli ospiti/pazienti, dai sussidi cantonali e federali, dalle assicurazioni sociali e dalle assicurazioni private. Il contributo del Comune è per lo più limitato ai propri contributi a titolo di partecipazione al finanziamento del sistema cantonale delle case per anziani, analogamente a tutti i comuni, in base alle regole cantonali.

Il grosso di questi 50.6 mio di CHF è dato dai costi del personale: 39.6 mio di CHF, pari al 78.3%, che rappresenta una quota normale dei costi nelle strutture socio-sanitarie, essendo queste tipiche attività "*labour intensive*". In effetti, a questi costi corrispondono 450 unità di personale occupato nelle quattro strutture, con anche qui una quota elevata di personale medico, di cura, socio-educativo, terapeutico e d'animazione, la cui presenza effettiva negli istituti dipende ovviamente dalla missione, dalla tipologia delle prestazioni e dell'utenza/ospiti/pazienti. Non va tuttavia dimenticato il numero degli occupati nell'amministrazione e nei servizi centrali, nel servizio alberghiero e nel servizio tecnico e di trasporto.

Se consideriamo l'insieme delle attività economiche del Comune di Brissago, osserviamo che la categoria "Sanità e assistenza sociale" costituisce il settore di gran lunga più cospicuo, con un numero di addetti che è oggi più del doppio di quello del secondo settore in ordine d'importanza, vale a dire quello dei "Servizi di alloggio e di ristorazione". I dati della seguente tabella illustrano più in dettaglio la ripartizione degli addetti occupati nelle attività economiche brissaghesi per gli anni 2000/01, 2005 e 2008.

Tabella 10: Addetti equivalenti al tempo pieno (ETP) secondo la sezione di attività economica, dal 2000/01*

	2000/01	2005	2008
Totale	1'022	1'006	1'070
Settore primario	9	9	9
A. Agricoltura, selvicoltura, pesca	9	9	9
Settore secondario	242	209	247
B. Attività estrattiva	0	0	0
C. Attività manifatturiera	113	83	105
D. Fornitura di energia, gas, vapore e cond.	14	15	14
E. Acqua, rete fognaria, rifiuti e riscaldamento	1	1	0
F. Costruzioni	114	110	129
Settore terziario	771	784	813
G. Commercio, riparazione auto e moto	70	61	76
H. Trasporto e magazzinaggio	13	12	9
I. Servizi di alloggio e ristorazione	221	179	192
J. Servizi di informazione e comunicazione	1	2	2
K. Attività finanziarie e assicurative	11	1	10
L. Attività immobiliari	5	6	5
M. Attività professionali scientifiche e tecniche	19	22	26
N. Attività amministrative e servizi di supporto	11	22	20
O. Amministrazione pubblica, difesa, ass. soc. obbl.	38	36	9
P. Istruzione	12	14	13
Q. Sanità e assistenza sociale	342	390	409
R. Attività artistiche, di intrattenimento e divertimento	19	24	34
S. Altre attività di servizi	9	9	8

* Settore primario 2000, settori secondario e terziario 2001

Fonte: Censimento federale delle aziende e aziende agricole, elaborazione Ustat, ultima modifica 22.03.2011, T_5097_030203_020

Non è retorico dire che Brissago, più che Comune turistico, è innanzitutto un Comune che offre prestazioni socio-sanitarie. Naturalmente non tutti gli addetti occupati negli istituti sono brissaghesi o abitano a Brissago. Tanti provengono da fuori Comune o sono frontalieri. Tuttavia, una buona parte abita a Brissago e a Ronco s/Ascona, e in questo senso non solo contribuisce al sostegno dell'economia locale attraverso il consumo dei propri redditi, ma è certamente interessante anche dal profilo fiscale.

Crediamo di poter affermare che dal punto di vista macroeconomico i quattro istituti socio-sanitari brissaghesi rappresentano il settore più importante dell'economia locale e per l'ente pubblico. Per questo, riteniamo che un'attenzione di riguardo da parte dell'Autorità comunale verso gli istituti abbia un indubbio interesse pubblico.

b. Elementi microeconomici

La precedente Tabella 10, seppure limitatamente all'anno 2012, ci dà anche delle informazioni aggregate sui conti d'esercizio (conto economico) dei singoli istituti. In estrema sintesi, osserviamo che Casa S. Giorgio, Istituto Miralago e Istituto La Motta presentano dei conti equilibrati, con un assetto strutturale consolidato da una pluriennale esperienza nell'applicazione della regolamentazione finanziaria cantonale. Per la Clinica Hildebrand il 2012 è verosimilmente un anno eccezionale e il disavanzo va attribuito al cambiamento delle regole di finanziamento la LAMal/LCAMal e alle nuove regole di determinazione (negoziazione) delle tariffe. Alcune indicazioni al riguardo sono state date anche nell'analisi SWOT (vedi pagina 23).

La prospettiva di sviluppare un modello come quello qui delineato non dovrebbe rappresentare, a nostro giudizio, uno stravolgimento delle basi di finanziamento consolidate degli istituti.

Come abbiamo visto, per quanto riguarda l'estensione del mandato della Casa S. Giorgio sul piano delle prestazioni diagnostico-terapeutiche (PL lungodegenti e < 21 giorni per pazienti trasferiti dalla Clinica Hildebrand, e PL LISPI per invalidi anziani trasferiti dall'Istituto Miralago), il presupposto è l'approvazione da parte dell'Autorità cantonale e il riconoscimento in ambito pianificatorio: premesse indispensabili per beneficiare in seguito degli opportuni finanziamenti delle prestazioni offerte agli ospiti/pazienti.

Per le azioni concernenti l'ambito logistico-organizzativo il discorso deve essere differenziato: le misure d'ordine logistico-strutturale (costruzione a nuovo, ristrutturazioni, miglioramenti strutturali) vanno valutate singolarmente dal profilo dei costi d'investimento e dei costi di gestione. Con riferimento all'intenzione della Casa S. Giorgio di procedere alla realizzazione di una nuova struttura o alla ristrutturazione dell'edificio esistente, i parametri essenziali da considerare sono i seguenti. Il costo di investimento per una nuova casa è stato aggiornato a 300'000.- CHF per PL. Se si tratta di un ampliamento (ristrutturazione) esso è di 250'000.- CHF. Per quanto riguarda la gestione, non vi è una differenziazione tra reparto Alzheimer e non. La dotazione di personale, e quindi il costo, è unica. Secondo i dati 2012 i costi per giornata in una CPA variano tra i 240 CHF e i 290 CHF, con una media attorno a 260 CHF. Per quanto riguarda le 4 CPA che hanno un reparto STT/CAT (ex ACS, ovvero Cevio, Castelrotto, Sonvico e Arzo) il costo per giornata e per PL è di circa 340 CHF. Infine, per ciò che riguarda i centri diurni all'interno delle CPA, essi incidono poco sul costo medio (qualche frazione di unità del personale curante).

Le misure e le azioni concernenti la gestione e l'organizzazione, ovvero la collaborazione o la messa in rete o di servizi e competenze, dovrebbero, diremmo per definizione, portare a una migliore e più efficiente utilizzazione delle risorse (umane ed economiche).

Infine, per quanto riguarda l'ambito delle strategie e delle politiche aziendali, l'elaborazione e l'adozione di una strategia comune di comunicazione istituzionale, rispettivamente di una carta dei valori comune, non dovrebbero costituire un onere rilevante. In questo ambito – come in quello del miglioramento dei collegamenti/accessi/posteggi – è importante il coinvolgimento e il sostegno da parte dell'Autorità comunale.

7.4 Valutazione complessiva

Il modello clinico-gestionale di offerta socio-sanitaria integrata a Brissago qui elaborato – nelle due varianti - potrà essere promosso e realizzato in base a delle premesse favorevoli e tenuto conto di alcuni limiti.

Le premesse favorevoli sono le seguenti:

- i cambiamenti dei bisogni sanitari e sociali, i quali evidenziano viepiù chiaramente l'opportunità e la necessità di tenere conto dell'invecchiamento e del corrispondente divenire dello stato di salute della popolazione, sollecitando in tal modo da parte dell'offerta di prestazioni e servizi sanitari e sociali un approccio maggiormente coerente ed integrato, poliedrico e flessibile;
- la disponibilità e la volontà di collaborazione tra le quattro strutture attive sul suolo comunale, in particolare sul piano operativo;
- la solidità finanziaria degli istituti, che possono affrontare se necessario anche un certo volume di investimenti, senza tirarsi dietro debiti pregressi: è il caso, in particolare dell'Istituto Casa San Giorgio, che si è fissato l'obiettivo di ammortizzare completamente il debito ipotecario residuo alla scadenza del contratto, vale a dire entro il 31 marzo di quest'anno (2014);
- la necessità dell'Istituto Casa San Giorgio di procedere nei prossimi tempi a una ristrutturazione logistica di una certa importanza, dopo i precedenti interventi (ristrutturazione ed ampliamento) del 1982-84, 1992-93 e 2000-02;
- un progressivo, anche se ancora acerbo, avvicinamento delle pianificazioni settoriali cantonali in campo sociosanitario: l'esame parallelo delle diverse pianificazioni in essere mostra che esse contengono degli indirizzi "a convergenza potenziale" che potrebbero incrementare le iniziative, come quella in oggetto, volte a colmare gli interstizi settoriali che si sono creati in parte anche a seguito delle precedenti visioni eccessivamente settoriali;

- il potenziale di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza clinica ed economica di una presa in carico più adeguata e continuativa dell'utenza;
- la condivisione e la convergenza di alcune problematiche comuni in ambito logistico-organizzativo e delle strategie politico-aziendali.

Complessivamente, si può dire che esistono sia dei fattori esterni, sia delle ragioni interne, che spingono verso la progettazione di un nuovo assetto dell'offerta socio-sanitaria brissaghesa secondo un indirizzo integrato come quello qui presentato e discusso.

Vanno tuttavia evidenziati anche dei limiti o condizionamenti:

- innanzitutto la reale predisposizione degli enti finanziatori – pubblici, privati, ed enti assicurativi, in particolare - , ovvero a sapere, al di là dell'accertamento delle effettive risorse che gli stessi enti sono disposti ad attivare in investimenti e in gestione corrente, se essi sarebbero anche disposti a sostenere un progetto innovativo, volto a superare l'ottica settoriale attuale, per certi versi rassicurante per gli stessi, in base alla quale hanno consolidato il proprio modo d'azione;
- in secondo luogo l'autonomia degli istituti, poiché integrazione significa almeno parzialmente mettere in discussione la propria identità, storia, missione e dunque capacità autonoma di decisione. Fino a che punto si è disposti a cedere anche solo parzialmente la propria autonomia istituzionale per ricomporre una nuova e commisurata ad un'offerta integrata secondo il modello qui delineato nelle due varianti, resta da verificare al di là dell'esplicita volontà di collaborazione, più volte dimostrata, tra gli istituti;
- infine, non bisogna dimenticare l'elemento temporale, che qui può assumere una doppia valenza: acceleratrice da un lato – vedi le spinte e le premesse positive illustrate – e frenante, vedi i limiti suddetti. Decisioni di principio, consolidamento dei nuovi indirizzi ricercati, progettazione e affinamento di un inquadramento istituzionale appropriato d'intesa con le Autorità e gli enti finanziatori e infine realizzazione, sono altrettanti processi che, oggi più che in passato, richiedono tempo.

8. CONCLUSIONI

La ricerca di nuovi modelli di cura e assistenza, basati su una più grande integrazione clinica, organizzativa ed eventualmente istituzionale e su una migliore aderenza tra evoluzione dei bisogni e risposte (tra domanda e offerta) sta diventando viepiù urgente e risponde a un'emergenza che, se non si farà nulla, rischia di portare a conseguenze sociali di incalcolabile portata.

*“Sarà dunque necessario saper prevenire gli eventuali effetti negativi ed introdurre misure di adeguamento necessarie nei diversi settori della società, così da garantire un'economia e una socialità dinamiche e delle finanze pubbliche sane”*⁶¹

Così si conclude un'aggiornata analisi dell'evoluzione e delle tendenze in atto della demografia ticinese. La prospettiva di un nuovo modello come quello qui proposto, al quale orientare le future decisioni strategiche dei 4 istituti socio-sanitari brissaghesi, rientra in quest'ottica e guarda al futuro.

Tutti riconoscono la necessità di dover adattare il sistema socio-sanitario all'emergenza di *nuovi bisogni epidemiologici e demografici: l'aumento della popolazione anziana, unitamente all'emergenza delle patologie croniche*, rivelano un sistema viepiù in difficoltà. Lo afferma la letteratura specializzata, lo declamano i politici e i finanziatori, lo avvertono quotidianamente gli operatori e lo sentono sulla propria pelle le persone bisognose di cure ed assistenza. Ci sarebbero, dunque, tutti gli ingredienti per proporre qualche cosa di nuovo: questo è senz'altro vero e dimostrabile, come si è cercato di fare anche in questo lavoro.

Se guardiamo ora alla realtà brissaghesa, ci accorgiamo che disponiamo di un'opportunità straordinaria per poter promuovere un modello nella direzione auspicata, per passare dai concetti alla pratica. Questa opportunità è data dalla presenza dei quattro istituti socio-sanitari, ognuno con le proprie specificità, ma anche dalla volontà dei dirigenti degli istituti, che hanno espresso con chiarezza la consapevolezza che queste specificità non devono significare chiusura ma apertura. Naturalmente gli ambiti della collaborazione possono essere diversi: si può collaborare sul piano strategico, ponendosi in modo unito di fronte ai diversi “portatori d'interesse” (autorità, enti finanziatori, ...), sul piano della promozione dell'insieme dell'offerta (immagine), sul piano operativo-aziendale (messa in comune dei servizi), ma soprattutto – ed è senz'altro questa la sfida maggiore – sul piano dell'offerta delle prestazioni di cura ed assistenza. Nei Capitoli 3 e 5 si sono esaminati alcuni elementi concettuali ed analizzati i bisogni socio-sanitari di oggi e di domani: raggruppamento dell'utenza, gestione della qualità, percorsi assistenziali, integrazione, per quanto riguarda i primi, evoluzione demografica ed epidemiologica e caratterizzazione dei bisogni socio-sanitari suscettibili di trovare riscontro in un nuovo indirizzo dell'offerta brissaghesa, per quanto riguarda i secondi. Proprio dalla combinazione di questi elementi è nata l'ipotesi illustrata nel Capitolo 6, di un nuovo modello clinico-gestionale. La verifica delle condizioni di fattibilità normative ed istituzionali del modello (Capitolo 7) hanno evidenziato a nostro giudizio, l'esistenza di condizioni permissive globalmente positive.

⁶¹ L. Bottinelli, “Non è forse un Paese per vecchi?” in *Dati*, 1-2011, Ustat, Bellinzona, p. 35.

Il modello delineato nelle due varianti rappresenta un punto di riferimento dal quale ovviamente ci si può scostare: altre varianti e combinazioni, più o meno vicine a quanto qui prospettato, possono essere individuate. Crediamo e speriamo che gli elementi qui analizzati possano essere d'aiuto nel cercare questa nuova strada e nel permettere ai quattro istituti di guardare al futuro con determinazione e in sintonia con l'evoluzione dei tempi.

9. BIBLIOGRAFIA

A - Testi generali

- Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, *Médecine durable, Feuille de route de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)*, Bâle, 2012.
- AAVV, *Coabitati-Ti, Concetto di abitazioni per anziani in Ticino*, SUPSI, Lugano-Manno, 2010.
- Barretta, A.D., *L'integrazione socio-sanitaria. Ricerca scientifica ed esperienze operative a confronto*, il Mulino, Bologna, 2009.
- Bottinelli L., "Non è un paese per vecchi ?", in *Dati*, Ustat, Bellinzona, 1/2011.
- Cavalli S., *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse, Rester chez soi ou s'installer en institution?* Georg éd., 2012.
- Bruni A.C., *Il Chronic care model: un progetto in fase di sperimentazione*, Centro Regionale di Neurogenetica, Associazione Italiana Psicogeriatra, Lamezia Terme, (presentazione ppt), s.d.
- Confederazione Svizzera, DFI, Sanità 2020, *Politica sanitaria: le priorità del Consiglio federale*, Berna, 2013.
- Consiglio federale, *Strategia in materia di politica della vecchiaia, Rapporto del Consiglio federale al postulato 03.3541 Leutenegger Oberholzer del 3 ottobre 2003*, Berna, 29 agosto 2007.
- Cosmacini G., *L'arte lunga, Storia della medicina dall'antichità a oggi*, Editori Laterza, Roma- Bari, 1997
- Crivelli L., Filippini M., Lunati D., *Regolamentazione ed efficienza nelle case per anziani in uno Stato federale*, Università della Svizzera Italiana, Facoltà di Scienze Economiche, Istituto MeCop, Paper presentato al Convegno AIES, Catania, 19-20 ottobre 2001.
- Crivelli R. Lomazzi L., *Studio di fattibilità Casa per anziani Vacallo*, SUPSI/DSAN-USI/MECOP, 2010.
- Crivelli R., *Studio di fattibilità socio-economica della CPA di Losone*, SUPSI/DSAN, Manno, 2006.
- Egloff. M., *Nuovi orizzonti per Pro Senectute Ticino e Moesano, PS Ticino e Moesano*, novembre 2012.
- Gordon A., "Revolving Door Syndrome", in *Elderly Care*, Aug-Sep; 7(4): 9-10, 12, 1995.
- Greco A., Vichi M.C. (a cura di), *Il percorso del paziente. L'esperienza del Canton Ticino*, Mc Graw Hill, Milano, 2007.
- Höpflinger F., Hugentobler V., *Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse, Observations et perspectives*, Observatoire de la santé (Obsan), giugno 2006.
- Martinoni M., *Brissago intergenerazionale: destinazione nonni e nipoti*, Consultati, dicembre 2011.

- Martinoni M., Sassi E., *Brissago e gli anziani: territorio e società*, Consultati, Taverne, 2009.
- Muraro G., Rebba V., *Nuove istituzioni per l'assistenza socio-sanitaria, Principali esperienze nazionali ed estere*, Franco Angeli, Milano, 2009.
- Nolte E., M. Mc Kee, (Edited by), *Caring for people with chronic conditions, A health system perspective*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press/Mc Graw Hill, 2008.
- Nosetti O., *La Casa San Giorgio. Un capitolo di storia fra sanità e socialità*, Fondazione Casa San Giorgio, Brissago, Armando Dadò editore, Locarno, 2009.
- Oggier W., Pellanda G., Rossi G.R. (editori), *La riabilitazione vive*, Huber, Berna, 2013.
- Wagner E. H., "Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?", in *Eff Clin Pract*, 1(1): 2-4, 1998.

B - Documentazione di base e letteratura grigia

- ACD, Associazione per l'Assistenza e la Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio, *Descrizione del progetto "Rete integrata"*, Mendrisio, febbraio 2012.
- CdS, DI, SEL, *Piano cantonale delle aggregazioni, Documento 2, Scenari di aggregazione, Agglomerato Locarnese, Analisi di dettaglio, Studio di base n° 2, (Capitolo 5.8)*, novembre 2013.
- Consiglio di Stato, DSS, DSP, *Pianificazione socio psichiatrica cantonale 2014-2017 + Allegati*, Bellinzona, dicembre 2013.
- DSS, DASF, Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio, *Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Canton Ticino. Aggiornamento della Pianificazione 2000-2010*, Bellinzona, dicembre 2011.
- DSS, DASF, Ufficio degli invalidi, *Pianificazione 2011-2014 delle strutture e dei servizi per invalidi adulti finanziati dalla Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI) nel Cantone Ticino*, Bellinzona, settembre 2011.
- DSS-DASF, *Catalogo dei servizi e delle prestazioni*, Bellinzona, 2005.
- Fondazione Casa San Giorgio, *Uno sguardo verso il lago, Semestrale d'informazione*, Brissago, n° 11/06/2012 e n° 12/12/2012
- Moreau A., "In scena(rio) una popolazione che cresce ancora (ma rallenta), Previsioni demografiche SCRIS-Stat 2009-2040", Dati, Bellinzona, 2010-I.
- OFSP/CDS, *Stratégie nationale en matière de démence 2014-2017*, novembre 2013.
- Rapporti annuali istituti

C - Sitografia

- www.ti.ch/DSS/
- www.alzheimer-ti.ch
- www.brissago.ch
- www.casangiorgio.ch
- www.hildebrand.ch
- www.lamotta.ch
- www.supsi.ch
- www.ti.ch/DFE/USTAT/Comuni
- www3.ti.ch/DFE/USTAT/

ACRONIMI

ACS	Alto contenuto sanitario (letti)
ASSM	Accademia svizzera delle scienze mediche
AVS	Assicurazione vecchiaia e superstiti
BPCO	Broncopneumopatia cronica ostruttiva
CAT	Cure acute e transitorie
CISS	Commissione municipale degli Istituti socio-sanitari di Brissago
CCM	<i>Chronic Care Model</i>
CM	Cassa malati
CPA	Casa per anziani
DSP	Divisione della salute pubblica
DASF	Divisione dell'azione sociale e delle famiglie
DL	Decreto legislativo
DRG	<i>Diagnosis Related Group</i> (anche SwissDRG)
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità
IC	Istituti di cura
ICF	<i>International Classification of Functioning, disability and health</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
LAnz	Legge anziani
LAI	Legge federale sull'assicurazione invalidità
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattia
LCAMal	Legge cantonale di applicazione della LAMal
LISPI	Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi
OAMal	Ordinanza sull'assicurazione malattie
OPre	Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
PL	Posti letto
RAI	<i>Resident Assessment Instrument</i>
REHA Ticino	Rete riabilitazione Ticino
RSA	Residenza per anziani (Italia)
SACD	Servizio di assistenza e cura a domicilio
SLA	Sclerosi laterale amiotrofica
STT	Soggiorno terapeutico temporaneo
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana
SWOT	(Analisi) <i>Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Treaths</i> , (punti forti, punti deboli, opportunità, minacce)
UA	Unità amministrativa
USI	Università della Svizzera Italiana
UST	Ufficio federale di statistica
Ustat	Ufficio cantonale di statistica
UTR	Unità terapeutica riabilitativa

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1:	Evoluzione demografica (popolazione residente al 31.12), Ticino, Agglomerato Locarnese, Comuni di Brissago e Ronco s/Ascona, 1991-2010	26
Tabella 2:	Evoluzione della popolazione residente per fasce decennali d'età, Comuni di Brissago e Ronco s/Ascona, anni 1970, 1980, 1990, 2000, 2010	27
Tabella 3:	Evoluzione della popolazione residente (31.12) per fasce decennali d'età, Ticino, anni 1970, 1980, 1990, 2000, 2010	28
Tabella 4:	Scenari demografici, per regione, in Ticino, dal 2008 al 2040	30
Tabella 5:	Scenari demografici, secondo la classe d'età, in Ticino, dal 2008 al 2040	30
Tabella 6:	Possibile dimensione e ripartizione dei PL della nuova struttura	54
Tabella 7:	Visione d'insieme degli organigrammi aggregati e semplificati dei quattro istituti socio-sanitari brissaghesi	60
Tabella 8:	Rapporto tra posti letto previsti negli istituti di cura (IS), posti letto nelle CPA e popolazione	70
Tabella 9:	Cifre-chiave dei quattro istituti socio-sanitari brissaghesi	75
Tabella 10:	Addetti equivalenti al tempo pieno (ETP) secondo la sezione di attività economica, dal 2000/01	76

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1:	Inserimento dell'offerta socio-sanitaria brissaghese nel contesto istituzionale e territoriale ticinese (PL = posti letto)	13
Figura 2:	Analisi SWOT Casa S. Giorgio	18
Figura 3:	Analisi SWOT Istituto La Motta	19
Figura 4:	Analisi SWOT Istituto Miralago	21
Figura 5:	Analisi SWOT Clinica Hildebrand	23
Figura 6:	I concetti che spiegano l'evoluzione epidemiologica in atto	32
Figura 7:	Dalla trasformazione dei bisogni socio-sanitari alla modifica dell'offerta	36
Figura 8:	Intensità del fabbisogno di cure e intensità dell' <u>integrazione</u> delle cure	38
Figura 9:	Primi indirizzi della Casa S. Giorgio per la futura struttura	41
Figura 10:	Ulteriori precisazioni della possibile configurazione della nuova struttura	42
Figura 11:	Esito delle cure nel passato	48
Figura 12:	Esito delle cure nel presente (e nel futuro ...)	53
Figura 13:	Le possibilità di configurazione (4 elementi) della nuova struttura	56
Figura 14:	La localizzazione dei 4 istituti	56
Figura 15:	Modello di offerta socio-sanitaria polivalente (variante rete integrata)	65
Figura 16:	Modello di offerta socio-sanitaria polivalente (variante coordinamento)	66

10. ALLEGATI

- Progetto di studio di fattibilità, 15 febbraio 2013
- Scheda *workshop*, maggio 2013