

# **Pianificazione integrata LAnz – LACD 2021-2030**

Potenziamento della capacità ricettiva dei centri  
diurni terapeutici

Allegato 10

Versione: 1.0 – novembre 2020

Autrice: Stefania Bernasconi

Dipartimento della sanità e della socialità

**Divisione dell'azione sociale e delle famiglie - Ufficio degli anziani e delle cure a  
domicilio**

## Sommario

1. Introduzione .....	1
2. Metodologia e struttura del capitolo .....	1
3. Evoluzione storica e descrizione dell'offerta attuale .....	1
3.1 Accoglienza diurna in CPA.....	4
3.2 Ruolo dei CDSA nella rete di presa in carico intermedia .....	4
3.3 Processi di transizione .....	6
3.4 Caratteristiche strutturali .....	6
4. Criticità del sistema attuale .....	6
4.1 Liste d'attesa e richieste di potenziamento da parte della rete .....	6
4.2 Sintesi delle criticità del sistema attuale .....	7
5. Progetto di estensione della capacità ricettiva del centro diurno terapeutico Croce rossa .....	7
6. Estensione della capacità ricettiva dei CDT presenti in Ticino.....	9
7. Analisi dei bisogni del territorio per patologie somatiche attualmente escluse da una presa in carico diurna terapeutica .....	10
8. Proposta pianificatoria di strutture del settore: .....	11
9. Aspetti finanziari .....	14
10. Conclusioni.....	15

## **1. Introduzione**

Il presente capitolo descrive le criticità dell'offerta attuale dei centri diurni terapeutici e formula delle ipotesi per il loro orientamento futuro, tenuto conto dell'evoluzione demografica in atto e dei bisogni espressi da parte del territorio.

## **2. Metodologia e struttura del capitolo**

Il capitolo descrive innanzitutto la situazione attuale dei centri diurni terapeutici e del contesto in cui operano, in seguito sono esposte le criticità del settore e infine si formulano delle proposte volte allo sviluppo e potenziamento di questa tipologia di strutture. La seconda parte espone invece le problematiche delle persone con gravi compromissioni fisiche residenti al domicilio, anche in questo caso si propone una risposta nell'ambito della presa in carico intermedia. Infine si affrontano alcuni aspetti per garantire uniformità e fluidità a tutto il settore intermedio.

## **3. Evoluzione storica e descrizione dell'offerta attuale**

In Ticino si osserva la presenza di centri diurni terapeutici (in seguito CDT) da oltre un ventennio, le prime strutture sono state realizzate su iniziativa di Alzheimer Ticino e poi promosse da Pro Senectute Ticino e Moesano (in seguito PSTiMo), si è poi aggiunta una struttura di Croce Rossa e quattro strutture appartenenti a rispettive case per anziani. I CDT sono finanziati ai sensi della LACD, con l'eccezione di quelli gestiti dalle CPA che rientrano nel finanziamento LANz, come servizi d'appoggio e si situano tra il domicilio e gli istituti di lungodegenza. Sono inoltre autorizzati sulla base del Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio e per i centri terapeutici somatici diurni e notturni del 22 marzo 2011 (in seguito Regolamento) e possiedono un numero di concordato con gli assicuratori malattia per la fatturazione delle prestazioni LAMa<sup>1</sup>.

Sono servizi gestiti da comuni, associazioni o fondazioni che offrono la presa in carico terapeutica a persone con bisogno di cure e assistenza finalizzata al mantenimento delle competenze e risorse residue (prevenzione terziaria). L'attività dei CDT è finalizzata principalmente al rallentamento del declino psicofisico e cognitivo riconducibile a sindromi o patologie diagnosticate, al mantenimento a domicilio e allo sgravio dei familiari curanti.

A partire dal 2011, con l'entrata in vigore del Regolamento, c'è stato un ri-orientamento della missione e dell'offerta dei CDT, e in modo più marcato dal 2016 grazie alla Strategia cantonale demenze. Pertanto la prestazione è cambiata nel corso degli anni: se inizialmente le strutture accoglievano un'utenza maggiormente eterogenea (con problematiche sia somatiche che cognitive) e con vari gradi di compromissione, a partire dal 2011 si è consolidata la specializzazione nella presa in carico di persone con patologie dementigene. Questa scelta consegue all'aumento del numero di

---

<sup>1</sup> La partecipazione dell'utente è soggetta al pagamento di una retta di frequenza di 40 fr. giornalieri. I trasporti messi a disposizione dalla struttura sono fatturati separatamente.

persone con demenza in Ticino (attualmente ci sono circa 6'990 persone con demenza in Ticino, di cui probabilmente circa il 50% vive al proprio domicilio<sup>2</sup>). Si stima che il numero di persone con demenza raddoppierà entro il 2050 in conseguenza all'aumento della speranza di vita e al miglioramento delle capacità diagnostiche. Inoltre, negli ultimi anni è aumentata la comprensione dei danni sulla salute che può comportare la presa in carico continuativa di un congiunto affetto da demenza e del grande beneficio, anche in termini di salute, che possono apportare i momenti di sgravio e riposo.

Nella seguente tabella si descrivono nel dettaglio le strutture presenti in Ticino per poi analizzare il contesto in cui operano e in seguito formulare delle proposte di miglioramento per il prossimo decennio:

---

<sup>2</sup> Strategia cantonale sulle demenze (2016) e dati di Alzheimer Svizzera (2020).

**Tabella 1: panoramica dell'attuale offerta di CDT in Ticino**

CDT	CRONOLOGIA			POSTI GIORNALIERI	GIORNI E ORARI DI APERTURA	LISTA D'ATTESA	OSSERVAZIONI
<b>CROCE ROSSA LUGANESE</b>	1999 <i>apertura in qualità di struttura ricreativa</i>	2012 <i>trasformazione in CDT</i>	2018 <i>trasferimento nella nuova struttura di Manno</i>	33	6/7 2 turni 9.00/19.30	49	2018 <i>Progetto di estensione della capacità ricettiva del CDT. Lo studio è stato condotto da UMC, in collaborazione con UACD, nell'ambito della Strategia cantonale sulle demenze.</i>
<b>PSTiMo BALERNA</b>	1996 <i>Apertura Mendrisio</i>	a	1999 <i>Trasferimento a Balerna</i>	11	5/7 9.00/16.30	8	
<b>PSTiMo BIASCA</b>	2012 <i>Apertura a Faido</i>		2013 <i>Trasferimento a Biasca</i>	12	5/7 9.00/16.30	0	<i>Il CDT è destinato a tutta la popolazione delle Tre Valli, per migliorare l'accessibilità e l'organizzazione dei trasporti è stato trasferito da Faido a Biasca.</i>
<b>PSTiMo BELLINZONA</b>	1994 <i>Apertura a Giubiasco</i>		2017 <i>Trasferimento a Bellinzona</i>	14	6/7 9.00/16.30	25	
<b>PSTiMo MURALTO</b>	11				5/7 9.00/16.30	1	
<b>PSTiMo LUGANO</b>	18		2011	18		16	
<b>CDT IN CPA</b>							
<b>CÀ REZZONICO</b>	2009 <i>Inaugurazione</i>			14	5/7 9.30/17.00	-	
<b>CASA DEI CIECHI</b>	2012 <i>Inaugurazione</i>			15	5/7 9.00/17.00	-	
<b>CASA GIARDINO</b>	1998 <i>Inaugurazione</i>			10	5/7 9.00/17.00	-	
<b>RESIDENZA VISAGNO</b>	2004 <i>Inaugurazione</i>			17	5/7 9.00/16.00	-	

Le liste d'attesa non sono esaustive rispetto ai bisogni del territorio.

### **3.1 Accoglienza diurna in CPA**

Il settore del mantenimento a domicilio si è sviluppato rapidamente negli ultimi anni, oltre ai centri diurni con presa in carico socio-assistenziale che sono oggetto di un capitolo specifico della pianificazione, sul territorio sono state sviluppate delle altre offerte nell'ambito della presa in carico intermedia, denominate accoglienza diurna in CPA.

Si tratta di una prestazione diurna offerta da alcune case per anziani per le persone che risiedono al domicilio che condividono con i residenti della struttura gli spazi, i servizi e tutte le attività ricreative e d'animazione proposte dalla casa (utilizzando, di regola, gli spazi comuni come il salone, il locale per l'animazione e la sala per il pranzo). Non si tratta di un centro diurno, in quanto non ha degli spazi dedicati, ma di un concetto di apertura della CPA verso il territorio. La prestazione è destinata alle persone che necessitano di assistenza per le attività di base della vita quotidiana ed è finalizzata a ridurre l'isolamento sociale, allo sgravio dei caregiver e all'avvicinamento graduale alla realtà della casa per anziani. Gli utenti condividono con i residenti della struttura gli spazi, il servizio pasti e tutte le attività ricreative e d'animazione proposte. L'accoglienza diurna è orientata in particolare alle persone che vorrebbero in prospettiva entrare in istituto o che, vivendo in zone periferiche, incontrano difficoltà di accesso ad altri servizi di mantenimento a domicilio (CDSA e CDT). Attualmente questa prestazione è offerta in alcune zone periferiche (Casa Anziani La Quercia Acquarossa, Casa anziani Russo Valle Onsernone). Si potrà valutare nei prossimi anni la possibilità di ampliare e indirizzare questa tipologia di offerta per rispondere ai bisogni della popolazione anziana a domicilio.

### **3.2 Ruolo dei CDSA nella rete di presa in carico intermedia**

Un aspetto da considerare per pianificare il settore nel prossimo decennio è la presenza di un ulteriore tassello della presa in carico intermedia<sup>3</sup>: i CDSA che accolgono, sia persone autosufficienti, con accesso libero per le attività di socializzazione e prevenzione, sia persone con bisogno di assistenza da leggero a moderato, con un progetto specifico di presa in carico. Questa tipologia di centro diurno è presente in Canton Ticino da 8 anni e ha ampliato il ventaglio di possibilità a disposizione della popolazione. Infatti, grazie alla presenza capillare e alla soglia di accesso semplificata, i CDSA garantiscono alle persone con bisogno di assistenza leggero o moderato la possibilità di una presa in carico che favorisce il mantenimento a domicilio e lo sgravio dei familiari curanti. Queste nuove strutture hanno permesso ai CDT di specializzarsi ulteriormente nella presa in carico di persone con maggior bisogno di assistenza e cura. Considerato però il numero elevato di persone prese in carico nel contesto dei CDSA<sup>4</sup>, non c'è stata una corrispondente riduzione delle liste d'attesa dei CDT. Si può pertanto ipotizzare che l'introduzione della LACD e il conseguente sviluppo dei servizi di assistenza e cura a domicilio, abbia comportato lo slittamento della soglia d'entrata in CPA e pertanto parte della popolazione anziana fragile resti per molti anni a domicilio confrontandosi spesso con una condizione di isolamento sociale che può avere ricadute importanti

---

<sup>3</sup> Strutture che supportano il mantenimento a domicilio e posticipano o evitano l'entrata in istituti per lungodegenza.

<sup>4</sup> Persone che frequentano i CDSA in modo pianificato e con un progetto di presa in carico: 460 persone nel 2017, 471 persone nel 2018 e 670 persone nel 2019.

sullo stato di salute della persona e dell'entourage familiare. I CDSA si trovano confrontati con difficoltà crescenti causate dalla mancanza di posti liberi presso i CDT. L'utenza che progressivamente presenta un peggioramento del decadimento cognitivo dovrebbe essere trasferita presso un CDT, in quanto i CDSA presentano delle caratteristiche che non sono compatibili con le esigenze delle persone che necessitano di accompagnamento intensivo e terapeutico: il personale numericamente inadeguato per far fronte a bisogni di salute maggiori, la forte affluenza di persone e le porte aperte. Attualmente la transizione verso il CDT non è sempre possibile per mancanza di posti, oppure la struttura terapeutica propone una frequenza insufficiente rispetto ai bisogni e alle indicazioni del medico geriatra. Questa situazione comporta un carico psico-fisico per i familiari curanti, una situazione inadeguata per il bisogno di cura dell'utente e una sollecitazione eccessiva della rete socio-sanitaria.

Il percorso di presa in carico dell'utente prevede che al peggioramento della compromissione a livello cognitivo ne consegua un passaggio al CDT per una presa in carico più intensiva e adeguata alle sue necessità.

**Grafico 1: Percorso di presa in carico dell'utente (CDSA/CDT)**



La frequenza del CDT dovrebbe iniziare più precocemente rispetto a quanto avviene ora, in quanto l'intervento terapeutico tempestivo può migliorare la qualità della vita della persona e dei familiari grazie al mantenimento delle capacità residue nel tempo.

### **3.3 Processi di transizione**

Per lo sviluppo di questo capitolo si deve considerare la difficoltà di transizione del percorso di presa in carico dell'utente (CDSA->CDT->CPA). I processi di transizione dovrebbero essere funzionali ai bisogni della persona e avvenire in modo fluido e omogeneo, mentre attualmente risultano spesso rallentati o addirittura bloccati a causa della difficoltà da parte dell'utente e/o dei familiari di accettare il cambiamento di struttura, per il peggioramento dello stato di salute proprio o del congiunto e per la difficoltà ad assumersi maggiori costi<sup>5</sup>. Questa situazione comporta un affaticamento della rete socio-sanitaria e dell'utente stesso con ripercussioni sull'intero processo di presa in carico.

### **3.4 Caratteristiche strutturali**

Le attuali strutture cantonali sono state concepite con ambienti piccoli e famigliari che favoriscono l'orientamento spaziale e il contenimento di alcune caratteristiche tipiche della demenza come il wandering. Queste caratteristiche comportano però una capacità ricettiva ridotta per rapporto al livello di spesa. Alla luce dei risultati del progetto pilota promosso nell'ambito della Strategia demenza presso il CDT Croce Rossa (descritto nel capitolo successivo), si potranno rivedere alcuni parametri strutturali e finanziari per far fronte alle sfide future nell'ambito della presa in carico domiciliare delle persone affette da demenza.

## **4. Criticità del sistema attuale**

### **4.1 Liste d'attesa e richieste di potenziamento da parte della rete**

I CDT del territorio, attraverso le liste d'attesa, osservano una cronica mancanza di posti disponibili determinata da un'offerta insufficiente rispetto alle richieste da parte di utenti, familiari e rete socio-sanitaria. A conferma di questa osservazione, anche medici geriatri e l'Associazione Alzheimer sollecitano un potenziamento di questo settore.

Rispetto al tasso di occupazione si osserva una sostanziale differenza tra i CDT situati in casa per anziani e i CDT del territorio. Nel 2018 i CDT delle case anziani avevano un tasso di occupazione del 61%, a differenza dei CDT del territorio che erano occupati a 99.9%. Inoltre questi ultimi sono confrontati con liste d'attesa e con una pianificazione delle giornate di presa in carico inferiori ai bisogni alle indicazioni terapeutiche del geriatra (1 o 2 giornate alla settimana invece delle 3-4-5 richieste). Queste differenze possono essere ricondotte al fatto che i CDT delle CPA sono maggiormente orientati a un avvicinamento alla realtà della casa per anziani, mentre i CDT del territorio seguono maggiormente i principi del mantenimento a domicilio. Inoltre sembra esserci una certa renitenza verso la frequenza di strutture delle case per anziani sia da parte dell'utente che

---

<sup>5</sup> La frequenza dei CDSA è gratuita per la sua natura di struttura a bassa soglia d'accesso, mentre la presa in carico terapeutica presso il CDT comporta una retta di 40 fr. giornalieri e una tariffa per i trasporti.



dei familiari. Vi è quindi uno scostamento tra i posti autorizzati disponibili e la stima del bisogno del territorio. Questo elemento deve essere tenuto in considerazione per l'orientamento futuro del settore intermedio.

#### **4.2 Sintesi delle criticità del sistema attuale**

Tenuto conto di quanto sopraesposto si propone una sintesi delle criticità dell'attuale situazione per i CDT:

- numero elevato di persone con patologie dementigene in attesa di un posto libero presso i CDT (lista d'attesa);
- sovraccarico dei CDSA che a volte, per mancanza di posti liberi nei CDT, continuano la presa in carico di utenti con bisogno elevato di cura e assistenza per evitare l'esaurimento delle risorse familiari;
- sovraccarico psico-fisico per i familiari curanti con ricadute negative sulla loro salute e conseguente riduzione della durata della permanenza a domicilio;
- sollecitazione della rete socio-sanitaria;
- pianificazione della frequenza settimanale del CDT inferiore alla prescrizione medica e al bisogno di sgravio dei familiari curanti;
- percorsi di presa in carico nei CDT che terminano a seguito del peggioramento dello stato cognitivo, determinando, nella maggioranza dei casi, un ingresso in CPA per mancanza di offerte specifiche per questa tipologia di utenza;
- caratteristiche strutturali che limitano l'estensione della capacità ricettiva e la possibilità di offrire un percorso di presa in carico più aderente alle necessità individuali;
- processi di transizione (CDSA->CDT->CPA) rallentati o bloccati;
- differenze di orientamento e occupazione dei CDT delle CPA rispetto ai CDT del territorio;
- costo dei trasporti.

### **5. Progetto di estensione della capacità ricettiva del centro diurno terapeutico**

#### **Croce rossa**

Nel 2018 con il trasferimento del centro diurno di Croce Rossa da Lugano a Manno, presso una nuova struttura realizzata con spazi molto più ampi e funzionali, si è colta l'opportunità per realizzare un progetto pilota nell'ambito della Strategia cantonale sulle demenze<sup>6</sup>. La sperimentazione era finalizzata alla valutazione dell'applicazione del Metodo Montessori e alla valutazione del miglioramento della presa in carico attraverso un'offerta flessibile che permettesse una maggior aderenza ai bisogni di utenti e familiari curanti, grazie all'estensione degli orari di apertura, l'inserimento di un turno pomeridiano e l'apertura il sabato. È stato introdotto il secondo turno giornaliero portando la capacità ricettiva dai precedenti 15 posti giornalieri agli attuali 33.

---

<sup>6</sup> Studio condotto a UMC in collaborazione con UACD nell'ambito della Strategia cantonale sulle demenze.

Parallelamente è stata valutata l'attività e la tipologia dell'utenza allo scopo di individuare lo skill-mix e la quantità di personale curante e assistenziale efficace per la presa in carico di un elevato numero di utenti e per la messa in atto del metodo Montessori.

Lo studio si indirizzava alle seguenti raccomandazioni emanate dalla Strategia cantonale sulle demenze:

- potenziamento del sostegno al familiare curante;
- mantenimento della persona a domicilio fino a quanto è possibile;
- potenziamento della capacità ricettiva dei centri diurni terapeutici, dei soggiorni notturni e temporanei.

La proposta era di verificare se attraverso un potenziamento dell'offerta del CDT si potesse rispondere ai bisogni del territorio e ridurre lo stress percepito dal caregiver. I CDT presenti in Ticino sono aperti dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 16.00/17.00. L'implementazione dalla sperimentazione ha permesso invece al centro diurno di Manno di offrire alla popolazione la seguente offerta:

- fascia diurna dalle 9.00 alle 16.00, comprensiva del pranzo, per 25 utenti;
- fascia pomeridiana dalle 14.00 alle 19.30, comprensiva della cena, per 8 utenti;
- estensione serale di 2 giovedì al mese (14.00-22.00) per 8 utenti;
- apertura di un sabato al mese dalle 9.00 alle 16.00 per 25 utenti.

Lo studio, conclusosi nel 2019, ha verificato l'adeguatezza della proposta di potenziamento, evidenziando anche un forte bisogno del territorio. La struttura ha consolidato i risultati del progetto portando la sua capacità ricettiva a 33 utenti al giorno suddivisi su due turni, inoltre, durante la prima fase dello studio, l'apertura del sabato si verificava a cadenza mensile, ma vista le continue richieste di posti, dal 2020 è stata estesa la capacità ricettiva, grazie all'apertura di tutti i sabati per 25 utenti. **Malgrado il forte potenziamento si constata che la struttura non è in grado di assorbire tutto il bisogno presente nel territorio (lista d'attesa).**

Il progetto pilota mette in evidenza l'efficacia di una struttura grande, ma modulabile in spazi più piccoli a seconda del tipo di attività e utenza, che permette di sfruttare gli spazi, le risorse di personale, le competenze e la visibilità sul territorio. Si sfrutta inoltre l'economia di scala in modo efficace.

Il progetto di potenziamento mira a migliorare la qualità dell'offerta e i benefici per utenti e familiari, attraverso i seguenti aspetti:

- maggiore flessibilità della presa in carico con possibilità di adeguamento ai bisogni dell'utente e del familiare:
  - si favorisce il rispetto del bioritmo della persona in caso di disturbi del sonno tipici di alcune fasi della sindrome di Alzheimer;
  - si migliora la conciliabilità della vita lavorativa con l'assistenza ai propri congiunti;

- si agevolano i servizi di assistenza e cura a domicilio nella pianificazione delle cure che si svolgono prevalentemente al mattino.
- presa in carico differenziata in base ai bisogni grazie agli spazi ampi e ai locali separati
- efficacia dell'intervento da parte di un'équipe multidisciplinare.

## 6. Estensione della capacità ricettiva dei CDT presenti in Ticino

Sulla base di questa esperienza e dei bisogni del territorio ci si è confrontati con la direzione di Pro Senectute per valutare se sussistono le condizioni per un potenziamento dei CDT gestiti dalla Fondazione. La direzione di PSTiMo, amministrativa e sanitaria, si è espressa positivamente. Si è quindi proceduto con una valutazione tecnica della possibilità di potenziare le attuali strutture, tuttavia le dimensioni strutturali non consentono un doppio turno giornaliero come quello sperimentato nel CDT di Croce Rossa<sup>7</sup>. Questa prima verifica ci ha permesso formulare la seguente proposta<sup>8</sup>:

- per alcune strutture si prevede un trasferimento in strutture più grandi con la possibilità di offrire in modo esteso i doppi turni (modello Croce Rossa):
  - 8.30-16.30 per circa 25 utenti
  - 14.00-20 per circa 8 utenti
  - tutti i sabati
- per altre strutture si prevede invece un cambiamento di tipo organizzativo dell'attuale offerta con doppi turni più brevi. Quest'ultima proposta è stata parzialmente sperimentata durante il periodo di apertura selettiva e strutturata dei CDT.
  - 9.00-14.00 per circa 14 utenti
  - 14.30-19.30 per circa 14 utenti
  - tutti i sabati

Questa offerta di 5 ore, rispetto alle consuete 8, è comprensiva del pranzo o della cena. La retta dovrebbe essere calibrata in funzione dell'offerta e pertanto ridursi a 25/30 fr. giornalieri a fronte dei 40 fr per la giornata completa. Malgrado una piccola riduzione dell'attività terapeutica all'utente e dello sgravio al familiare (meno ore giornaliere), si devono considerare i seguenti aspetti positivi: costi ridotti rispetto all'ipotesi di ampliamento strutturale, raddoppio dei posti disponibili (ad esempio da 14 a 28 posti giornalieri), flessibilità in base ai bisogni dell'utente e del familiare curante, possibilità di aumentare i giorni di frequenza settimanali con maggiore beneficio a lungo termine per il mantenimento della capacità residue.

<sup>7</sup> Nella fascia oraria tra le 14.00 e le 16.00, il numero di utenti ammessi contemporaneamente non può, infatti, superare le indicazioni inserite nelle direttive dell'Ufficio di sanità in merito all'agibilità dell'edificio.

<sup>8</sup> La progettazione del potenziamento dei CDT a livello cantonale formulata nel presente capitolo tiene conto delle realtà esistenti e dei progetti già in corso.

**Tabella 2: offerta attuale e proposta di potenziamento della capacità ricettiva**

	in CPA	sul territorio	Offerta attuale				Proposta di potenziamento				
			Posti	Giorni di apertura	Turni al giorno	Capacità ricettiva	Posti	Giorni di apertura	Turni al giorno	Capacità ricettiva	
									Giornate di frequenza	Giornate di 8 ore	
<b>Mendrisiotto</b>											
		x	10	5 di 7	1	2'480	10	6 di 7	2	6'240 *	3'900
			11	5 di 7	1	2'728	33	6 di 7	2	9'880	9'880
<b>Luganese</b>											
		x	0	0	0	-	20	6 di 7	2	12'480 *	7'800
		x	14	5 di 7	1	3'472	14	6 di 7	2	8'736 *	5'460
		x	15	5 di 7	1	3'720	15	6 di 7	2	9'360 *	5'850
			18	5 di 7	1	4'464	33	6 di 7	2	9'880	9'880
		x	33	6 di 7	2	9'880	33	6 di 7	2	9'880	9'880
<b>Malcantone e Vedeggio</b>											
		x	0	0	0	-	13**	6 di 7	2	8'112 *	5'070
<b>Locarnese</b>											
		x	11	5 di 7	1	2'728	33	6 di 7	2	9'880	9'880
		x	0	0	0	-	13**	6 di 7	2	8'112 *	5'070
<b>Bellinzonese</b>											
		x	8	5 di 7	1	1'984	8	6 di 7	2	4'992 *	3'120
			14	6 di 7	1	4'380	33	6 di 7	2	9'880	9'880
		x	0	0	0	-	33	6 di 7	2	9'880	9'880
<b>Tre Valli</b>											
		x	12	5 di 7	1	2'976	12	6 di 7	2	7'488 *	4'680
<b>Totale</b>			<b>146</b>			<b>38'812</b>	<b>303</b>			<b>124'800</b>	<b>100'230</b>

Nota: \* Laddove le giornate di frequenza hanno l'asterisco, si tratta di giornate brevi di cinque ore (invece di otto).

\*\* Si tratta di una stima.

La proposta di potenziamento si basa su dati indicativi.

## 7. Analisi dei bisogni del territorio per patologie somatiche attualmente escluse da una presa in carico diurna terapeutica

L'analisi dei bisogni del territorio non può prescindere dal considerare anche le persone con delle patologie somatiche (in particolare malattie croniche e neurodegenerative) che per i motivi sopra riportati attualmente non hanno dalla possibilità di una presa in carico terapeutica diurna. Le persone con un bisogno di assistenza leggero o moderato hanno la possibilità di accedere ai CDSA per socializzare e partecipare ad attività di prevenzione con stimolazione della sfera cognitiva, motoria ed affettivo relazionale. I CDSA risultano particolarmente interessanti per questa tipologia di persone perché si tratta di un contesto inclusivo, con accesso facilitato e la possibilità di usufruire di trasporti dedicati. Inoltre, la presenza di personale formato dal profilo socio-sanitario garantisce un certo livello di sicurezza. Tuttavia, per le persone con un bisogno di assistenza più intensivo, che necessitano della presenza di personale infermieristico, il CDSA non è la soluzione idonea. Attualmente, queste persone restano purtroppo isolate/confinare al proprio domicilio, con ripercussioni sulla sfera dell'autonomia e del benessere psichico e come unica alternativa il ricovero in CPA.

Grazie a un confronto con alcuni enti mantello specializzati in questo ambito come Lega polmonare, Associazione Parkinson, Società svizzera sclerosi multipla, Ergoterapia Croce Rossa, è stato possibile

ampliare l'analisi dei bisogni specifici dell'utenza che non ha la possibilità di partecipare alla vita sociale e alle offerte del territorio (tuttavia si tratta solo di un'indicazione generale e non uno studio approfondito). Da quanto indicato dal territorio, solo una minima parte delle persone con problematiche somatiche necessita di una presa in carico di tipo diurno con la presenza di personale infermieristico per garantire un senso di sicurezza e un accompagnamento di tipo professionale. Tuttavia questa fascia di popolazione, seppur non molto numerosa, potrebbe beneficiare di una migliore qualità di vita e sostenere il proprio mantenimento a domicilio (tenuto conto anche di altri fattori determinanti come la presenza di altri aiuti al domicilio e lo stato di salute).

Le associazioni mantello si sono espresse positivamente in merito al presente capitolo della pianificazione che tiene conto delle esigenze specifiche delle persone con malattie cronico-degenerative, tenuto conto che come singolo ente è più complesso offrire un'offerta mirata a questa tipologia di utenza, considerati i numeri limitati e la dispersione su tutto il Cantone.

Questa breve panoramica dei bisogni delle persone con deficit fisici non è naturalmente esaustiva, ma ci indirizza verso la proposta di pianificazione.

## **8. Proposta pianificatoria di strutture del settore:**

Grazie al potenziamento della capacità ricettiva descritto nel precedente capitolo ci potremo disporre a medio termine di un numero maggiore di posti disponibili, passando dalle attuali 39'000 giornate all'anno del 2020 a circa 100'000 giornate ponderate di otto ore, rispettivamente 125'000 frequenze. Grazie a questo importante potenziamento sarà possibile dedicare una parte di questi posti per una specifica offerta orientata alle persone con una problematica somatica (in particolare le malattie neurodegenerative) che richiedono una presa in carico diurna di tipo terapeutico.

Si prevede pertanto di strutturare, presso un CDT per comprensorio, un'offerta modulabile composta di 2/3 turni settimanali. I turni saranno dedicati in forma esclusiva alle persone con problematiche somatiche consentendo di offrire attività mirate per i loro bisogni. Questa proposta sarà sviluppata in modo progressivo, inizialmente si procederà con una sperimentazione regionale che permetterà di strutturare un'offerta adeguata rispetto ai bisogni. Questo modello garantisce una certa flessibilità nell'occupazione della struttura (in base alle richieste del territorio) e porta un valore aggiunto al concetto di inclusione delle persone con disabilità. Si dovrebbero introdurre delle figure che garantiscano la presa in carico riabilitativa come ergoterapisti, fisioterapisti e una formazione specifica per una parte dell'équipe. Inoltre si tenga conto del fatto che l'evoluzione di alcune malattie neurologiche come il Parkinson comporta spesso anche una compromissione cognitiva.

### Punti forti:

- Flessibilità dell'occupazione in base alle richieste del territorio.
- Équipe multidisciplinare.

- Collaborazione con la rete e le associazioni del territorio.
- Il personale potrebbe variare il tipo di presa in carico con un'attività professionale più stimolante e professionalmente appagante.

Per lo sviluppo di questa offerta specifica si dovrà stabilire una forte sinergia con le associazioni mantello come Lega polmonare, SM, Parkinson, che potrebbero mettere a disposizione il loro know-how e le risorse con competenze specialistiche.

Tenuto conto del potenziamento proposto nel presente capitolo della pianificazione integrata si configura la seguente evoluzione del comparto della presa in carico intermedia (per la relativa quantificazione si rimanda al capitolo specifico):

**Tabella 3: Evoluzione del comparto della presa in carico intermedia**

BISOGNI	OFFERTA	OSSERVAZIONI	PREVISIONE
socializzazione e prevenzione del decadimento psico-fisico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. CDR<sup>1</sup></li> <li>2. Accoglienza diurna in CPA</li> <li>3. CDSA</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gli enti con attività a livello cantonale sono supportati dall'UACD grazie alla piattaforma dei CDR ATTE e al coordinamento delle attività cantonali di GenerazionePiù.</li> <li>2. E' auspicabile lo sviluppo di altre offerte in regioni periferiche.</li> <li>3. Vista la buona copertura territoriale di questa tipologia di strutture si prevede un potenziamento dell'offerta in termini sviluppo di servizi (vedi capitolo CDSA).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. migliorare il coordinamento cantonale</li> <li>2. da implementare</li> <li>3. potenziare i servizi delle strutture esistenti</li> </ol>
presa in carico da leggera a moderata per aspetti cognitivi, motori, affettivo relazionali	CDSA	Grazie al potenziamento dei CDT si potrà garantire in modo efficace la presa in carico intermedia offerta dai CDSA (evitando le attuali difficoltà di transizione), garantendo inoltre una presa in carico precoce delle situazioni di fragilità con ricadute positive in termini di permanenza a domicilio.	✓ da potenziare
presa in carico da media a elevata per compromissione somatica	CDT con offerta specifica	si svilupperà un'offerta specifica di 2/3 giornate alla settimana per regione con probabile riduzione del ricorso a strutture stazionarie per questa tipologia di utenti.	✓ da implementare
presa in carico da media a elevata per compromissione cognitiva	CDT	Estensione della capacità ricettiva	✓ da potenziare

BISOGNI	OFFERTA	OSSERVAZIONI	PREVISIONE
grave affaticamento dei famigliari curanti, ospedalizzazione, malattia	1. CDT 2. CPA 3. soggiorni temporanei	1. Migliorare il coordinamento cantonale e orientare per quanto possibile questa tipologia di casistica ai CDT delle CPA. 2. In questi anni è migliorata la capacità di accoglienza delle situazioni a forte rischio. Si potrebbe migliorare maggiormente la flessibilità e rapidità di intervento grazie al servizio di coordinamento e orientamento cantonale (vedi capitolo accessibilità e coordinamento). 3. coordinamento e visibilità dei posti disponibili	1. migliorare e sviluppare 2. migliorare e rendere più rapido e flessibile 3. da promuovere con la rete socio-sanitaria

<sup>1</sup> Attività ricreative offerte da centri diurni e gruppi presenti sul territorio (ATTE, Generazionepiù, comuni, ecc.).

Per l'implementazione del modello proposto si auspica inoltre l'introduzione dei seguenti supporti che garantiscano lo sviluppo uniforme ed equo del potenziamento dell'offerta:

- Piattaforma CDT:

L'introduzione di una Piattaforma dei CDT coordinata da UMC e UACD per favorire un concetto uniforme e rilevare in modo costante i bisogni da parte sia dell'utenza che delle strutture. Grazie al lavoro di collaborazione e sinergia si possono sviluppare delle risposte condivise e coordinate (come ad esempio la formazione del personale, la promozione verso la rete socio-sanitaria, lo sviluppo di modelli di presa in carico e di linee guida comuni, le collaborazioni tra enti diversi, lo scambio di buone pratiche, ecc.)

- Introduzione nell'équipe della figura dell'assistente sociale:

Si propone l'introduzione della figura dell'assistente sociale a supporto dell'équipe per garantire una risposta completa ai bisogni dell'utente: gestione degli aspetti amministrativi e finanziari; ricerca di soluzioni abitative; supporto ai famigliari curanti; collaborazioni con la rete; cura del processo di transizione verso la miglior soluzione di presa in carico rispetto ai bisogni dell'utente; gestione delle situazioni complesse, interventi in caso di sospetti maltrattamenti, ecc.

Al fine di migliorare i processi di transizione accompagnando l'utente e i famigliari verso la soluzione ottimale per la loro situazione, nel contesto dei CDSA, è stato recentemente avviato un progetto pilota per l'introduzione nell'équipe della figura dell'assistente sociale. I

primi riscontri della sperimentazione sono positivi e potrebbero fungere da modello per altre strutture del settore intermedio.

- Percorso di presa in carico condiviso a livello territoriale

Si propone di intervenire a livello della rete socio-sanitaria grazie al supporto del nuovo servizio cantonale di informazione e coordinamento (vedi capitolo accessibilità e coordinamento) per delineare dei percorsi condivisi con professionisti, strutture e servizi. Grazie a una visione più ampia e coordinata si evidenziano in modo chiaro i posti liberi presenti sul territorio e le esigenze della popolazione, sarà possibile valutare delle soluzioni condivise con il territorio per garantire dei posti con una pronta accessibilità per i casi più urgenti. Per questo tipo di esigenze si potrebbero utilizzare, e pertanto valorizzare, per esempio i CDT delle case per anziani che hanno maggiori disponibilità di posti liberi e possono impiegare in modo più flessibile le risorse interne.

## 9. Aspetti finanziari

### Costi generali

Secondo la scelta di indirizzo pianificatoria indicata nel rapporto quantitativo (allegato 3) e nel capitolo 3.1.9 del Rapporto di pianificazione si prevede di passare dall'attuale spesa a carico di cantone e comuni di circa 3.2 mio. fr. spesi nel 2018 (per circa 27'000 giornate erogate dei CDT del territorio e nelle CPA) a circa 9.5 mio fr.<sup>9</sup> all'anno nel decennio in corso per erogare circa 100'000 giornate ponderate di otto ore, rispettivamente circa 125'000 frequenze<sup>10</sup>.

Inoltre, lo strumento di valutazione dei bisogni di cura sistema RAI, aggiornato dal 2021, prevede un miglior riconoscimento della casistica affetta da disturbi cognitivi (nelle CPA e nei CDT) da parte degli assicuratori malattia. Il conseguente maggior finanziamento si rifletterà sulla partecipazione dell'ente pubblico.

### Costi a carico dell'utente

L'utente finanzia una parte di questi costi con il pagamento di una retta di 40 fr. giornalieri e di una tariffa per il servizio trasporti. Questi costi sono rimborsati dalla Prestazione complementare AVS per le persone che rientrano nei parametri finanziari. Oltre al costo della retta, l'utente deve finanziare anche la propria economia domestica e altri costi derivanti dalla malattia, come ad esempio il 10% CM, i pasti a domicilio, i mezzi ausiliari, ecc.

---

<sup>9</sup> I costi sopra descritti non considerano degli eventuali costi d'investimento.

<sup>10</sup> Per calcolare i costi delle strutture con un doppio turno, si stima che per il turno aggiunto si aggiungano soltanto i costi del personale.



## **Proposta per uniformare il settore dei centri diurni**

Tenuto conto che per i CDSA è stato scelto strategicamente di non attribuire dei costi diretti all'utente<sup>11</sup>, in quanto si tratta di strutture a bassa soglia d'accesso che svolgono principalmente un ruolo di prevenzione, è indicato ridurre i costi a carico dell'utente che frequenta i CDT rinunciando alla partecipazione dell'utente ai costi per il trasporto.

Un maggior equilibrio dei costi a carico dell'utente nei CDSA e nei CDT faciliterebbe i processi di transizione citati in precedenza favorendo il mantenimento a domicilio e riducendo i costi del settore stazionario. Ad esempio la rinuncia a una partecipazione dell'utente ai costi di trasporto costituisce un primo passo in questa direzione.

## **10. Conclusioni**

Il presente capitolo rileva le criticità attualmente presenti nel settore intermedio, in particolare la mancanza di posti disponibili nei CDT e le difficoltà nella gestione dei processi di transizione, le quali, messe in relazione con le raccomandazioni della Strategia cantonale sulle demenze e le risultanze del progetto sperimentale presso il CDT Croce Rossa, portano alla proposta di potenziamento dei CDT. In sintesi si propone un'estensione della capacità ricettiva con la messa a disposizione, nei prossimi 5 anni, di 100'000 giornate (125'000 giornate ponderate) a fronte delle 27'000 erogate nel 2018. La spesa a carico di Cantone e Comuni passerebbe dai 3.2 mio. fr. spesi nel 2018 a circa 9.5 mio fr.

Si propone inoltre di rispondere alle esigenze delle persone con problematiche somatiche, in particolare per le persone affette da malattie croniche e neurogenerative, attraverso la messa a disposizione di giornate dedicate per questa tipologia di presa in carico presso un CDT per comprensorio. Questa proposta sarà realizzata grazie al potenziamento previsto nei CDT e pertanto non comporterà dei costi specifici rilevanti.

Si propone infine una diminuzione dei costi a carico dell'utente per facilitare i processi di transizione e favorire il mantenimento a domicilio, con un conseguente contenimento dei costi nel settore stazionario.

---

<sup>11</sup> si richiede unicamente il rimborso dei costi vivi, come il pasto e le consumazioni.