

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale

SUPSI

Cosa significa fare pianificazione integrata

Rapporto per il Dipartimento della sanità e della socialità

Carlo De Pietro

Manno, 28 febbraio 2020
(versione rivista il 27 marzo 2020)

Impressum

Mandato di ricerca: Risoluzione del Consiglio di Stato n. 6235 del'11 dicembre 2019

Indirizzo di corrispondenza:

Carlo De Pietro
carlo.depietro@supsi.ch
Tel. +41 (0)58 666 64 62

SUPSI – Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale
Via Violino 11
CH-6928 Manno
deass@supsi.ch
<http://www.supsi.ch/deass>

Disclaimer:

L'autore è il solo responsabile dei contenuti del documento,
che non riflette necessariamente le opinioni della SUPSI

Indice

ABBREVIAZIONI	4
1. CONTESTO E MANDATO	5
2. LE EVOLUZIONI DEL SETTORE LACD E LANZ NEL TEMPO	7
2.1. LE DIFFICOLTÀ DI PERIMETRARE IL SETTORE	7
2.2. LO SVILUPPO DEI SERVIZI LACD E LANZ	10
2.2.1. <i>Lo sviluppo nei volumi dei servizi e nella spesa</i>	10
2.2.2. <i>Lo sviluppo qualitativo dei servizi</i>	12
2.3. LA SPECIALIZZAZIONE E LA DIFFERENZIAZIONE DEI SERVIZI E DELLE STRUTTURE.....	14
3. L'INDEBOLIMENTO DELLE TRADIZIONALI DICOTOMIE	17
3.1. SANITÀ E SOCIETÀ	17
FIGURA 1. IL MODELLO ABITATIVO E DI CURE 2030 DI CURAVIVA SVIZZERA	18
3.2. PROFESSIONISTI E LAICI	19
3.3. STAZIONARIO E DOMICILIARE.....	20
4. LE IMPLICAZIONI PER LA PIANIFICAZIONE LACD E LANZ	23
4.1. LE POTENZIALITÀ DELLA PIANIFICAZIONE INTEGRATA	23
4.2. LE CONDIZIONI PER PROCEDERE CON EFFICACIA	24
4.3. LE SFIDE DEL PROSSIMO FUTURO.....	26
5. CONCLUSIONI: UNO SGUARDO VERSO IL FUTURO	29
BIBLIOGRAFIA	31

Abbreviazioni

ACD	Assistenza e cura a domicilio
ADiCASI	Associazione dei direttori delle Case per anziani della Svizzera Italiana
AI	Assicurazione per l'invalidità
CARL	Centro abitativo, ricreativo e di lavoro
CAT	Cure acute e transitorie
CpA	Casa per anziani
CPC	Clinica psichiatrica cantonale
DASF	Divisione dell'azione sociale e delle famiglie
DSP	Divisione della salute pubblica
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità
EOC	Ente ospedaliero cantonale
LACD	Legge sull'assistenza e cura a domicilio
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
LANz	Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane
LASP	Legge sull'assistenza sociopsichiatrica
LCIP	Legge federale sulla cartella informatizzata del paziente
LISPI	Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi
OACD	Organizzazione d'assistenza e cura a domicilio
OCSE	Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
OPre	Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
OSC	Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
PC AVS/AI	Prestazioni complementari all'AVS e all'AI
RAMI	Reparti acuti a minor intensità
SACDip	Servizio d'assistenza e cura a domicilio d'interesse pubblico
SIPSIG	Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica
STT	Soggiorno temporaneo terapeutico
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
SwissDRG	Swiss diagnosis related groups
UACD	Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio
UFS	Ufficio federale di statistica
UI	Ufficio invalidi
UMC	Ufficio del medico cantonale

1. Contesto e mandato

Il presente rapporto fa parte delle attività svolte in preparazione della pianificazione cantonale integrata 2021-2030 per i settori regolati da LAnz (Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane) e LACD (Legge sull'assistenza e cura a domicilio), e cioè istituti per anziani e appartamenti protetti, assistenza e cura a domicilio e servizi di appoggio, aiuti diretti per il mantenimento a domicilio. Esso è stato redatto sulla base del mandato conferito alla Scuola Universitaria della Svizzera Italiana (SUPSI) con risoluzione del Consiglio di Stato n. 6235 dell'11 dicembre 2019. Più specificamente, tale mandato prevedeva l'elaborazione di (i) un rapporto sul ritratto dell'anziano di domani nel Canton Ticino, (ii) un rapporto sul concetto e sui vantaggi di una pianificazione integrata rispetto a quella settoriale, (iii) un rapporto sull'attuale sistema di gestione della qualità finalizzato all'elaborazione di una proposta di miglioramento del medesimo. Il presente rapporto è quello richiesto al punto (ii).

La LAnz e la LACD prevedono una pianificazione cantonale, rispettivamente decennale e quadriennale. Sulla base di quanto chiesto dal Gran Consiglio, la pianificazione 2021-2030 integra tali pianificazioni, in modo da promuoverne un maggiore allineamento temporale e, soprattutto, nei contenuti. In generale, una pianificazione integrata dovrebbe favorire la continuità nella presa a carico dell'utenza e una maggiore funzionalità della rete di offerta, in termini sia di qualità dei servizi resi, sia di utilizzo efficiente delle risorse disponibili.

Come da proposta fatta dalla SUPSI e poi adottata con la risoluzione governativa, il presente rapporto descrive le principali dinamiche e trasformazioni che stanno vivendo i settori degli istituti per anziani e dell'assistenza e cura a domicilio, anche alla luce delle strategie in atto a livello nazionale e cantonale. In particolare il rapporto descrive l'evoluzione del settore lungo tre dinamiche che possono essere distinte tra loro (pur non essendolo nella realtà) per essere meglio analizzate: l'espansione quantitativa del settore; le modifiche nei contenuti dei servizi offerti; la differenziazione dei servizi offerti.

L'espansione del settore nel tempo

Negli ultimi due decenni, i settori degli istituti per anziani e dell'assistenza e cure e domicilio hanno vissuto una rapida espansione. Anche il prossimo periodo di pianificazione sarà con tutta probabilità caratterizzato da un'ulteriore crescita dei bisogni, soprattutto per il rapido aumento del numero di persone ultra-80enni.

Le modifiche dei servizi offerti

Accanto all'espansione quantitativa, il settore ha visto un'importante trasformazione qualitativa delle attività offerte. L'utenza ritarda l'entrata negli istituti per anziani e dunque richiede servizi più medicalizzati, la riduzione della durata di degenza media nel settore stazionario acuto richiede competenze sanitarie più avanzate all'assistenza e alle cure a domicilio, ecc.

La differenziazione dei servizi e delle strutture

Gli anni più recenti sono stati caratterizzati da una marcata differenziazione dei servizi offerti, soprattutto di quelli rivolti agli anziani. Fino a pochi anni fa l'offerta era basata per lo più su case per anziani, reparti ospedalieri di medicina, servizi di assistenza e cura a domicilio, pochi centri diurni e servizi di appoggio. Negli ultimi anni la gamma dei servizi e delle strutture si è differenziata e

specializzata, dando luogo a una "sgranatura" articolata di servizi, non sempre attribuibili con facilità al settore stazionario o a quello ambulatoriale.

La descrizione di queste tre dinamiche è funzionale alla pianificazione cantonale, che costituisce il principale strumento di regolamentazione pubblica per orientare e governare il settore. In particolare, come osservato nella proposta preparata dalla SUPSI in vista del mandato, questa descrizione può offrire elementi concettuali utili alle istanze politiche quando chiamate a decisioni importanti che riguardano, ad esempio, i tre aspetti seguenti:

- *il grado di specializzazione e differenziazione auspicato* per le case per anziani e per le organizzazioni di assistenza e cura a domicilio;
- *il grado di collaborazione o integrazione auspicato tra attori*: dalla semplice collaborazione alla condivisione, fino all'ipotesi di integrazione (anche solo parziale). Le diverse ipotesi sono applicabili sia ad attori uguali (ad esempio condivisione di servizi comuni fra case per anziani), sia di diversa natura (ad esempio tra case per anziani e servizi di assistenza e cure a domicilio);
- *l'inclusione o meno di nuovi servizi e di nuove strutture nella pianificazione* cantonale.

2. Le evoluzioni del settore LACD e LAnz nel tempo

2.1. Le difficoltà di delimitare il settore

Prima di descrivere le evoluzioni del settore LACD e LAnz allargato, è necessario fare alcune precisazioni relative alla natura e all'utilizzo del termine stesso “settore”. Si tratta infatti di un concetto che mantiene inevitabilmente un certo grado di ambiguità e non è facilmente definibile, per i motivi qui di seguito accennati.

Una modalità possibile per definire tale settore è quello di rifarsi all'insieme dei settori regolati da LAnz e LACD (istituti per anziani e appartamenti protetti, assistenza e cura a domicilio e servizi di appoggio, aiuti diretti per il mantenimento a domicilio) e nella fattispecie oggetto della pianificazione cantonale. Così facendo si escludono però dall'analisi le attività sanitarie e socio-assistenziali che, pur offerte ad anziani o persone che necessitano di cure a domicilio, non rientrano nell'ambito della LAnz o della LACD, quali ad esempio le attività prestate dal medico curante o quelle fruite in regime privato da individui e famiglie. Tali attività non sottostanno ad alcuna pianificazione cantonale, né beneficiano di finanziamenti pubblici specifici¹. Infine, si escludono dall'analisi i servizi oggetto di altre pianificazioni cantonali – quella degli istituti per disabili, quella sociopsichiatrica o quella ospedaliera – che pure hanno importanti connessioni e complementarità con quanto qui stiamo trattando.

Una seconda questione riguarda gli anziani, che costituiscono la popolazione di gran lunga più toccata dall'intervento pianificatorio e la più rilevante in termini di prestazioni consumate. Gli anziani rappresentano l'utenza naturale delle Case per anziani (CpA) ad essi dedicate, ma al contempo costituiscono la classe di utenti numericamente più importante anche a domicilio. Si pensi ad esempio al dispositivo cantonale degli aiuti diretti per il mantenimento al domicilio: nel 2016 i tre quarti dei beneficiari avevano 65 anni o più (e il 62% avevano 75 anni o più)². Allo stesso modo, se si considerano i servizi di assistenza e cura a domicilio (ACD) erogati a livello svizzero nel 2018, le persone di 65 anni o più hanno assorbito ben l'81% delle prestazioni di cura LAMal (Legge federale sull'assicurazione malattie) fornite e addirittura l'85% delle prestazioni di economia domestica (le percentuali relative alle persone di 80 anni e più erano del 58% e del 62%, rispettivamente)³. Nel definire il settore complessivo a cui siamo interessati, questa assoluta preponderanza degli anziani rischia inevitabilmente di lasciare in ombra gli altri beneficiari (minorenni e adulti sotto i 65 anni), pure importanti, a cui numerosi servizi sono destinati.

Un altro elemento che rende difficile delimitare il settore LACD e LAnz riguarda il già citato lavoro di cura e di aiuto prestato da familiari, amici o vicini al malato o all'anziano. È chiaro infatti che il lavoro riconosciuto da parte dei dispositivi pubblici – ad esempio attraverso gli aiuti diretti per il

¹ Chiaramente il finanziamento pubblico può sempre intervenire con strumenti più generali, quali i sussidi di cassa malati, le Prestazioni complementari all'AVS e all'AI (PC AVS/AI), i sussidi di cassa malati, l'aiuto sociale, ecc. Resta il fatto che le visite dal proprio medico di famiglia, l'aiuto prestato dai familiari al congiunto malato, ecc., non beneficiano sistematicamente di finanziamenti pubblici *ad hoc*.

² Greppi et al. (2018, pag. 16-17).

³ Nostre elaborazioni sulla dati dell'Ufficio federale di statistica, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante/aide-soins-domicile.html> (accesso 2.2.2020).

mantenimento a domicilio – rappresenta una parte assai ridotta di tutto quel lavoro che giornalmente congiunti, volontari, ecc. svolgono senza darne conto alle autorità pubbliche. Si pensi di nuovo al caso degli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio: è del tutto verosimile che molte persone, pur assistite da parenti o amici, non sappiano dell’esistenza degli aiuti diretti e quindi non li chiedano⁴, oppure non vogliano chiederli per altri motivi, oppure non rientrino nei criteri previsti per accedervi. Per un inquadramento quantitativo del lavoro di cura e aiuto, è sufficiente citare due fonti dell’Ufficio federale di statistica⁵. La prima è la Rilevazione sulle forze di lavoro in Svizzera (RIFOS), secondo la quale nel 2012 il 6% della popolazione di età tra i 15 e i 64 anni forniva regolarmente cure e assistenza a persone malate o handicappate, o a conoscenti con età maggiore di 15 anni. La seconda fonte statistica è la Rilevazione della struttura dei salari (RSS) che nel 2012 rilevava come il 13% delle persone tra 15 e 64 anni avesse dovuto chiedere un aiuto informale nel corso dei dodici mesi precedenti.

Un ultimo, importante elemento di cui tener conto per cercare di mettere a fuoco il settore sono le altre pianificazioni cantonali, che in una certa misura costituiscono un “perimetro istituzionale esogeno” al settore che qui ci interessa. In particolare, le pianificazioni più rilevanti in tal senso sono quelle previste dalla Legge sull’integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI), dalla Legge sull’assistenza sociopsichiatrica (LASP) e dall’articolo 39 (cpv. 1 e, in parte, cpv. 3) della LAMal. Ad esse sono quindi dedicati i brevi paragrafi che seguono.

La pianificazione per invalidi adulti

Il documento di pianificazione delle strutture e dei servizi per invalidi adulti predisposto nel 2019⁶ recensiva nel Cantone 2’003 posti disponibili nel 2018 presso le strutture diurne (1’141 posti), diurne e notturne (479 posti) e notturne (368 posti). Di quei 2’003 posti, 1’602 erano pianificati e finanziati ai sensi della LISPI. È chiaro che i confini tra i servizi previsti dalla LACD e quelli previsti dalla LISPI non sono sempre univoci, quanto meno perché a volte ne beneficiano le stesse persone⁷. Allo stesso modo, anche le case per anziani e i centri diurni (strutture LAnz) si interfacciano con i bisogni e gli utenti d’interesse della LISPI. Il documento di pianificazione 2019-2022 ai sensi della LISPI⁸ ricorda a tal fine il «*progetto tra la casa per anziani San Rocco e la Fondazione Diamante che ha permesso l’inserimento di tre utenti in casa per anziani*», iniziativa che «*può senza dubbio essere replicata altrove*»⁹, e valuta positivamente «*la possibilità di creare sinergie nell’ambito dei centri diurni socio-assistenziali*». Infine, conclude che «*strutture per persone con disabilità e per anziani devono restare distinte spingendo tuttavia per un’intensa collaborazione. Negli istituti LISPI dove l’invecchiamento è maggiormente presente vanno adattate le strutture e la filosofia [...]. Ultimo tassello è quello della formazione. È importante puntare sull’inserimento di moduli specifici nel curriculum formativo dei futuri operatori e educatori così come la formazione continua deve tener conto del fenomeno. Solo attraverso la conoscenza delle particolarità della presa in carico dell’utenza anziana con disabilità si può davvero offrire prestazioni di qualità*».

⁴ A tale proposito è significativo quanto raccolto nelle interviste svolte da Greppi et al. (2018, pag. 58-60) tra i beneficiari degli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio.

⁵ Entrambe riportate in Conseil fédéral (2014, pag. 17-18).

⁶ DSS – DASF – UI (2019, pag. 24 e 32).

⁷ Egloff e Pezzati (2016, pag. 49) riportano che nel 2013, 71 utenti dei servizi LISPI avevano 65 o più anni (e 95 utenti 60-64 anni).

⁸ DSS – DASF – UI (2019, pag. 14-15).

⁹ D’altro canto, lo stesso documento riconosce come resti aperto «*il dibattito sulle case per anziani che accolgono persone con disabilità. È sufficiente la formazione in ambito sanitario del personale curante? Si ritiene che sia imprescindibile apprendere delle nozioni adeguate per la presa in carico di persone con disabilità mentale e sviluppare delle capacità comunicativo-relazionali*» (DSS – DASF – UI 2019, pag. 83).

La pianificazione sociopsichiatrica

La pianificazione sociopsichiatrica ai sensi della LASP è integrata da quella ospedaliera ai sensi della LAMal per la parte che concerne le strutture stazionarie (in particolare quest’ultima prevede 291 letti di cure psichiatriche stazionarie, affidati attraverso mandati di prestazione a quattro strutture¹⁰). Anche i rapporti con la pianificazione e i servizi LACD e LAnz sono importanti. Al di là delle cure LAMal o delle ore di economia domestica erogate da Servizi d’assistenza e cura a domicilio d’interesse pubblico (SACDip) e Organizzazione d’assistenza e cura a domicilio private (OACD) o infermieri indipendenti a pazienti beneficiari di servizi sociopsichiatrici territoriali, anche in questo caso emerge il fenomeno dell’invecchiamento degli utenti dei servizi sociopsichiatrici. In particolare, l’Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) ha istituito il Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) che nel 2013 disponeva di due reparti specializzati presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC; uno con 9 posti letto per patologie di carattere demenziali e l’altro con 17 posti letto per patologie psichiatriche acute in età geriatrica) e svolgeva consulenze mediche psicogeriatriche presso le case per anziani del Sottoceneri, oltre ad aver istituito un infermiere psichiatrico di liaison che contribuisce a mantenere un rapporto con le CpA¹¹. Chiaramente «una presa a carico specialistica direttamente sul territorio da parte del SIPSIG o degli SPS [Servizi psico-sociali ambulatoriali rivolti agli adulti con cinque sedi sul territorio cantonale], permetterà di evitare ricoveri in CPC e di incrementare la presenza di personale specializzato direttamente nei reparti di geriatria, nelle case per anziani o presso i medici curanti dei pazienti con un indubbio vantaggio per la cura dell’utenza»¹².

La pianificazione ospedaliera

L’articolo 39 della LAMal “Ospedali e altri istituti” al cpv. 1 si riferisce a strutture adibite alla cura ospedaliera di malattie acute o all’attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione (dunque posti letto somatico-acuti, psichiatrici e riabilitativi), mentre al cpv. 3 si riferisce alle strutture che dispensano cure, assistenza medica e misure di riabilitazione per pazienti lungodegenti (“case di cura” che in Ticino corrispondono essenzialmente alle case per anziani medicalizzate), oltre che alle case per partorienti. La pianificazione cantonale delle strutture stazionarie somatico-acute ha dato luogo, nel tempo, a una marcata riduzione dei posti letto e della durata media delle degenze. Tale dinamica, comune a tutti i paesi occidentali, ha nondimeno trasferito sulle cure a valle del ricovero stazionario acuto – dunque strutture e servizi di riabilitazione, assistenza e cura a domicilio, case per anziani, ecc. – pazienti che richiedono un complemento di cure. Oltre che ad aumentare la domanda di servizi domiciliari e ambulatoriali, queste dinamiche hanno dato luogo anche all’introduzione nella LAMal dell’articolo 25a che, al cpv. 2, prevede le “cure acute e transitorie” (CAT) e – per ricoveri fino a 14 giorni – ne prevede un finanziamento analogo a quanto previsto per le cure ospedaliere somatico-acute¹³. La natura delle prestazioni CAT e dei soggiorni temporanei terapeutici (STT) istituiti in Ticino e ad esse in buona misura equiparabili, mostra in modo chiaro la prossimità e la complementarietà che esiste tra ospedali e istituti per anziani¹⁴.

¹⁰ DSS Commissione della pianificazione sanitaria (2014, pag. 69).

¹¹ Consiglio di Stato – DSS – DSP (2013, pag. 11-13).

¹² Consiglio di Stato – DSS – DSP (2013, pag. 60).

¹³ L’art. 25a è stato introdotto nella LAMal dal nuovo ordinamento federale del finanziamento delle cure di lunga durata del 2011. Il cpv. 2 dell’art. 25a recita: «I costi delle cure acute e transitorie 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’assicurato per due settimane al massimo secondo le disposizioni sul finanziamento ospedaliero (art. 49a Remunerazione delle prestazioni ospedaliere). Assicuratori e fornitori di prestazioni convengono importi forfettari».

¹⁴ Tralasciamo qui la trattazione dell’ulteriore livello assistenziale rappresentato dai RAMI (Reparti acuti a minor intensità), già di medicina di base, che ancora non hanno trovato un solido inquadramento normativo.

In conclusione, pur non potendo dare una definizione operativa che perimetri in forma chiara il settore di cui questo rapporto si occupa, esso riguarda i bisogni sanitari e sociosanitari che vengono gestiti a domicilio, nonché i servizi residenziali o semiresidenziali per gli anziani (anche con demenze, ma ad esclusione di altre patologie psichiatriche dominanti) per i quali la vita a domicilio non è possibile o non rappresenta comunque una soluzione idonea per le proprie necessità. In questo quadro, che si rivolge all'intera popolazione, inevitabilmente gli anziani rappresentano le necessità più diffuse e per tale motivo questo rapporto farà spesso riferimento a loro.

2.2. Lo sviluppo dei servizi LACD e LANz

2.2.1. Lo sviluppo nei volumi dei servizi e nella spesa

Guardato retrospettivamente, il sistema di cure e assistenza sociosanitaria mostra negli ultimi venti anni un formidabile sviluppo quantitativo. Con l'importante eccezione delle strutture ospedaliere, tutte le altre componenti del sistema hanno visto espandere volumi e costi dei servizi resi ad un tasso superiore a quello giustificato dal semplice aumento della popolazione. Questo sviluppo riflette l'aumento dei bisogni causato principalmente dall'invecchiamento della popolazione, ma è anche frutto dell'innalzamento delle aspettative da parte dei pazienti e della società tutta. Il significativo aumento dei bisogni (lato della domanda) è stato poi affiancato e promosso dallo sviluppo delle tecnologie e delle conoscenze, che hanno aperto opportunità di mercato a servizi sempre nuovi e più specializzati (lato dell'offerta). Infine, lo sviluppo del settore è stato sostenuto da un'azione pubblica attenta e generosa, che ha accompagnato le iniziative promosse dagli attori di terreno e ha svolto un ruolo di stimolo e promozione di misure ritenute particolarmente meritevoli. D'altro canto, questo sostegno è stato finanziariamente possibile grazie a condizioni economiche cantonali e, soprattutto, nazionali che si sono mantenute buone nel corso degli anni. Il prodotto interno lordo nominale in Svizzera è aumentato del 50% tra 2000 e 2018, a fronte di un aumento della popolazione residente del 18% (e nonostante il raffreddamento dei tassi di crescita economica a partire dalla crisi internazionale del 2008)¹⁵.

Pochi dati relativi al nuovo secolo bastano ad illustrare questa espansione dell'offerta¹⁶.

Se ci riferiamo alle CpA, i posti letto disponibili in Ticino nel 2000 erano 3'792. Quelli che l'ultimo documento di pianificazione (dell'ottobre 2018) prevedeva per il 2020 erano 4'808. La differenza tra queste due dotazioni corrisponde a un aumento del 27% sull'arco del ventennio. Se si considera la complessità di ampliare o istituire *ex-novo* questo tipo di strutture (per ragioni legate alla costruzione, ai processi politici-amministrativi che sottostanno alle iniziative pubbliche, al reclutamento del personale necessario, ecc.), tale crescita – pur pianificata – conferma di un forte ed efficace supporto politico da parte dei Comuni e del Cantone. Tuttavia questo sviluppo non ha seguito in modo proporzionale l'evoluzione del numero di anziani, che ha registrato un incremento a ritmi ancor più sostenuti¹⁷. La crescita di posti letto inferiore alla crescita del numero di anziani è il risultato di due

¹⁵ Nostre elaborazioni su dati UFS, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche.html> (accesso 1.2.2020).

¹⁶ I dati su cui è basato il resto del paragrafo sono tratti, a meno di specificazioni ulteriori, da Consiglio di stato – DSS (2003, pag. 17), DSS – DASF – UACD (2018, pag. 13, 26, 28 e 34), DSS – DASF – UACD (2011, pag. 10), Consiglio di stato – DSS (2006, pag. 17).

¹⁷ Riferendosi ai soli residenti permanenti con 80 anni e più, nel 2000 essi erano circa 19'000 e rappresentavano il 5.7% della popolazione, mentre per il 2020 la stima è che essi siano quasi 27'000, pari al 7.3% della popolazione

principali fattori. Da un lato, l'aumento della speranza di vita si è accompagnato ad un miglioramento delle condizioni di salute degli anziani (molti degli anni guadagnati sono vissuti in buona salute). Dall'altro lato, e soprattutto, l'efficacia di altri dispositivi di cura e di supporto domiciliare ha permesso di ritardare o anche di evitare l'entrata in casa per anziani, secondo l'espressione “prima l'ambulatoriale e poi lo stazionario”.

Non è invece cresciuto il numero di posti letto a disposizione negli appartamenti protetti in senso stretto, finanziati in base alla LANz. A spiegare almeno in parte questo risultato vi è la messa a disposizione di altri dispositivi cantonali in ambito abitativo, insieme allo sviluppo di efficaci servizi di assistenza e cura a domicilio. Il tema degli appartamenti protetti e di altre forme di “strutture intermedie” verrà in ogni caso ripreso e sviluppato più avanti.

L'espansione più marcata e con più impatto sul settore è stata quella dell'ACD. Se nel caso degli istituti per anziani la pianificazione cantonale ha sempre autorizzato un numero complessivo di posti letto maggiore di quelli poi effettivamente realizzati, nel caso dell'ACD la situazione si presenta rovesciata, con gli operatori sul terreno che hanno sistematicamente offerto più ore di quelle che erano state previste e pianificate ai sensi della LACD. Considerata l'importante modifica legislativa introdotta nel 2011, che ha esteso la pianificazione cantonale anche alle OACD private e agli infermieri indipendenti, ha poco senso proporre dati che si riferiscono al periodo precedente quella riforma, poiché non comparabili con quelli degli anni successivi. Se ci limitiamo ai soli sei SACDip e alle sole cure LAMal (non considerando dunque i servizi di economia domestica), essi nel 2004 avevano erogato servizi per 192'846 ore, salite a 289'364 nel 2009, fino a 505'194 nel 2016, con un aumento cumulato dunque del +162% in 12 anni. Molto rapida è stata la crescita delle ore erogate dagli operatori privati, cioè OACD e infermieri indipendenti. Tra il 2011 e il 2016 le ore di cure LAMal erogate sono infatti passate da 209'410 a 345'980, con un aumento cumulato del 65% in soli 5 anni¹⁸.

Dal canto loro, anche i servizi di appoggio hanno vissuto un'importante espansione. Per quantificarla possiamo riferirci ai contributi finanziari versati da Comuni e Cantone, passati dai 7.68 milioni di franchi del 2005 ai 15.64 milioni del 2006 e con una previsione di crescita a 22.11 milioni nel 2020¹⁹, il che significherebbe un aumento di spesa cumulato del 187% a carico dell'ente pubblico sull'arco di 15 anni.

Infine, una crescita marcata ha riguardato anche gli aiuti diretti per il mantenimento al domicilio²⁰. Nel 2010 i beneficiari erano 504, per una spesa complessiva di 5.7 milioni di franchi. Nel 2016 le cifre corrispondenti erano salite a 876 beneficiari e 8.5 milioni di spesa. La pianificazione pubblicata nel 2018 prevedeva per l'anno 2020 di avere 1'110 beneficiari e una spesa di 11.3 milioni di franchi. Peraltro, come già osservato sopra, non è escluso che la richiesta degli aiuti diretti avrebbe potuto essere anche maggiore, qualora l'informazione fosse stata più diffusa presso i potenziali interessati.

Oltre a questi elementi centrali d'intervento – istituti per anziani e appartamenti protetti, assistenza e cura a domicilio e servizi di appoggio, aiuti diretti per il mantenimento a domicilio – sono chiaramente molti altri i dispositivi e gli strumenti di sostegno messi a disposizione da enti pubblici e assicurazioni sociali. Tutti dispositivi che, con le importanti eccezioni delle rendite dell'Assicurazione per l'invalidità

(USTAT, 2012, pag. 38; USTAT, 2019, pag. 56), con una crescita del 42% nel numero assoluto di persone con 80+ anni di età.

¹⁸ Può essere utile ricordare che la LAMal non prevede la pianificazione cantonale del settore ambulatoriale e dunque neanche delle cure a domicilio. Ciò chiaramente indebolisce le possibilità pianificatorie del Cantone, che si basano sulla LACD.

¹⁹ Le informazioni relative al periodo 2005-2009 sono disponibili su DSS – DASF – UACD (2011, pag. 34). Le previsioni per il periodo 2017-2020 sono contenute nella pianificazione del giugno 2018 (DSS – DASF – UACD, 2018, pag. 24).

²⁰ DSS – DASF – UACD (2018, pag. 26 e 28).

(AI)²¹ e dei già citati posti letto ospedalieri²², hanno visto negli anni crescere spesa e numero dei beneficiari.

2.2.2. Lo sviluppo qualitativo dei servizi

Se nel paragrafo precedente la nostra attenzione si è concentrata sull'espansione quantitativa dei servizi, qui vogliamo porre l'accento sulla sua evoluzione qualitativa. L'aumento del numero di posti letto in casa per anziani o di ore di cure prestate a domicilio non si è limitato a un mero incremento lineare, ma si è accompagnato a modifiche importanti nel contenuto dei servizi erogati.

A sua volta queste modifiche qualitative sono state promosse da più fattori che sono intervenuti sia sulla domanda che sull'offerta dei servizi. Con riferimento alla domanda, si pensi alle modifiche del quadro epidemiologico della popolazione e quindi dei bisogni, ma anche a nuove sensibilità e preferenze individuali e sociali, che hanno chiesto risposte a fenomeni che in passato suscitavano meno interesse. Con riguardo all'offerta, le evoluzioni sono state spinte dallo sviluppo tecnologico e delle competenze, o dalle condizioni di finanziamento e rimborso delle prestazioni.

Sul fronte dell'epidemiologia, la dinamica più rilevante è quella dell'invecchiamento della popolazione che, insieme ai successi terapeutici per importanti patologie, ha visto aumentare la prevalenza di molte malattie croniche. Nonostante i progressi ottenuti per un invecchiamento attivo, l'aumento molto marcato del numero di persone anziane ha fatto sì che alcune patologie tipiche della condizione anziana siano emerse in tutta la loro rilevanza. È questo il caso ad esempio delle demenze e in particolare della malattia di Alzheimer, che raramente ha un esordio presenile. Di fronte alla diffusione di tali condizioni, il sistema è stato capace di sviluppare risposte più funzionali, ad esempio con lo sviluppo e la diffusione di competenze adeguate presso gli operatori, con le campagne di sensibilizzazione presso la popolazione affinché riconosca i sintomi e poi sappia convivere con i malati, con l'adattamento degli ambienti di vita delle persone affette da demenza (fino all'istituzione di reparti protetti in casa per anziani).

Un altro esempio rilevante di bisogni che hanno visto una veloce evoluzione è quello delle cure palliative. Come già nel caso delle demenze, in parte tale sviluppo deriva dal marcato aumento del numero dei decessi, a sua volta frutto dell'invecchiamento della popolazione. A questa ragione demografica, si aggiunge una maggiore sensibilità al tema della gestione del dolore. Il tutto ha comportato importanti progressi sia nel campo della formazione, sia nel campo dell'offerta dei servizi. Se ci riferiamo al Ticino, lo sviluppo dell'offerta è stato orientato da un'apposita strategia cantonale²³ che ha inquadrato un insieme di azioni importanti: interventi sulla formazione del personale curante e dei medici, apertura di alcuni reparti di cure palliative geriatriche presso le Case per anziani, sperimentazione di un reparto di cure sub-acute presso la Clinica Varini, sviluppo delle attività di cure

²¹ Il numero di rendite AI è diminuito a partire dalla metà degli anni duemila. In Ticino il numero di rendite è passato da quasi 14'000 nel 2008 a circa 12'000 nel 2017, con una riduzione complessiva del 13.5% (DSS – DASF – UI, 2019, pag. 29).

²² La pianificazione prevista dalla LAMal ha prodotto una progressiva e marcata riduzione del numero di posti letto nel corso dei primi anni di vigenza della legge federale (DSS – Commissione della pianificazione sanitaria, 2014, pag. 3). Se si considera il decennio che va dal 1995 (cioè la vigilia dell'entrata in vigore della LAMal) fino alla pianificazione adottata nel 2005, il numero di letti somatico-acuti a carico dell'assicurazione malattie di base negli ospedali pubblici e privati del Cantone è passato da 2'187 a 1'432, i letti per cure psichiatriche sono passati da 335 a 306, quelli di riabilitazione stazionaria da 226 a 175. Questa riduzione è ancora più rilevante se si considera l'evoluzione della popolazione residente, che in quel decennio è aumentata di circa il 5.5%.

²³ UMC (2015).

palliative presso l’EOC, sostegno ai servizi di appoggio erogati da Hospice Ticino e Associazione Triangolo.

Infine, quale esempio di evoluzione originata in modifiche dei sistemi di finanziamento, citiamo gli impatti portati sull’ACD dal nuovo sistema di finanziamento delle cure somatiche acute introdotto nel 2012. Tale finanziamento, basato sugli Swiss diagnosis related groups (SwissDRG), aveva tra i suoi obiettivi proprio quello di aumentare l’efficienza tecnica dell’assistenza ospedaliera. Tra le altre cose, ciò ha significato ridurre al minimo la durata delle degenze, anticipando quindi il rientro a domicilio rispetto a quanto succedeva in passato. A sua volta ciò ha richiesto cure a domicilio tecnicamente più avanzate, cambiando di fatto il mix di prestazioni erogate ai pazienti dimessi dagli ospedali somatico- acuti.

In tutti e tre i casi citati – demenze, cure palliative, cure a domicilio per i pazienti dimessi dagli ospedali somatico- acuti – le attività erogate dal settore si sono trasformate in modo sensibile negli anni e hanno richiesto competenze più avanzate e specializzate. Merita allora un’ultima osservazione relativa proprio al concetto stesso di specializzazione, anch’esso oggetto di importanti evoluzioni nel corso del tempo. Tradizionalmente i servizi sanitari specialistici sono stati prestati in larga misura in *setting* organizzativi dedicati, presso i quali i pazienti dovevano recarsi (eventualmente accompagnati da qualcuno). Con poche eccezioni, la specializzazione delle competenze e dei professionisti trovava il suo luogo di lavoro ideale in questo *setting* dedicato (stazionario o ambulatoriale). Le malattie – per lo più acute e spesso trasmissibili – trovavano una risposta terapeutica presso le strutture specializzate, che concentravano apparecchiature sanitarie costose, impianti e strutture dedicate (reparti per malattie infettive, impianti di sterilizzazione, apparecchiature diagnostiche avanzate, blocchi operatori, ecc.) e competenze professionali. I pazienti erano tenuti a recarsi presso tali strutture, sapendo che in genere si trattava di episodi di corta durata e relativamente rari. La transizione epidemiologica in corso ha portato al centro della scena le malattie croniche non trasmissibili. In quanto malattie croniche e non trasmissibili, buona parte del loro trattamento terapeutico si svolge negli ambienti di vita del malato (ad esempio con l’assunzione presso il proprio domicilio delle terapie farmacologiche) e non più in strutture sanitarie dedicate²⁴. È chiaro che portare i servizi sanitari nei luoghi di vita – invece di portare i malati nei luoghi di cura – richiede alcune condizioni. Da un lato richiede agli operatori sanitari competenze professionali sufficientemente forti da poter svolgere il proprio lavoro in autonomia e in relativo isolamento, seppur con un’azione di coordinamento efficace. Dall’altro lato richiede – per quanto possibile – di adattare i *setting* di vita in cui vengono erogate le cure, grazie in particolare: (i) ad accorgimenti strutturali (ad esempio per ridurre i rischi di caduta) e (ii) al progresso tecnologico, che mette a disposizione apparecchiature miniaturizzate per le diagnosi e le cure, oltre (iii) all’informatica che permette all’operatore sanitario di mantenere uno scambio continuo di informazioni a distanza.

²⁴ Ciò non significa la sparizione dei *setting* di cura dedicati. L’esempio più importante rimane l’ospedale somatico- acuto, che anzi si specializza ulteriormente e diventa una piattaforma altamente tecnologica, capace di garantire – nei soli casi in cui il ricovero risulti indispensabile o fortemente indicato – efficacia e sicurezza, ma anche efficienza. In tale quadro la casa per anziani assume un ruolo misto, dal momento che è sì un luogo di vita, ma è anche un *setting* organizzativo dedicato (adatto a persone spesso non autosufficienti o bisognose di cure continue).

2.3. La specializzazione e la differenziazione dei servizi e delle strutture

Accanto alla espansione quantitativa dei servizi e alla modifica dei loro contenuti, trattati rispettivamente nei paragrafi 2.2.1. e 2.2.2., una terza dinamica in corso – centrale per la pianificazione cantonale richiesta da LACD e LAnz – è quella della specializzazione e della differenziazione dei servizi e delle strutture. Fino a un recente passato, servizi e strutture erano per gran parte rappresentati da case per anziani, servizi di assistenza e cura a domicilio, centri diurni per anziani, altri servizi di appoggio e (pochi) appartamenti protetti. Oggi la situazione è assai più articolata, sia nella pianificazione cantonale, sia – in modo ancora più intenso – nella realtà di terreno. Il fenomeno e l’evoluzione più importante riguarda le strutture chiamate “intermedie”. Questo aggettivo a sua volta può riferirsi a più assi:

- quello che va dai *setting* sanitari dedicati ai luoghi di vita,
- quello che va dalle cure acute a quelle di riabilitazione o croniche,
- quello che va dalle strutture stazionarie ai servizi ambulatoriali,
- quello che va dal personale sanitario dedicato al personale laico (eventualmente formato su alcune competenze sociosanitarie).

A livello internazionale, l’espressione “strutture intermedie” rimanda spesso a strutture residenziali o semi-residenziali (diurne o notturne) definite per condizioni di salute che richiedono cure sub-acute o post-acute (di riabilitazione, di lungodegenza, ecc.) oppure definite per sgravare temporaneamente i pazienti, i loro familiari o gli operatori sanitari dal lavoro di assistenza e cura. In molti paesi occidentali, lo sviluppo delle strutture intermedie è dunque legato a due aspetti principali: (i) da una parte, l’obiettivo di un uso più appropriato delle strutture sanitarie e in particolare degli ospedali, strutture altamente tecnologiche e con costi molto elevati, da utilizzare soltanto nel caso non siano disponibili altre soluzioni; (ii) dall’altra parte la necessità di mettere a disposizione *setting* assistenziali adeguati per dare risposte temporanee alle esigenze dei curanti e dei familiari.

Per inquadrare il tema delle strutture intermedie in Svizzera, possiamo guardare alle esperienze dei settori sociopsichiatrico o di quello degli invalidi, che hanno sviluppato molta più esperienza rispetto al settore sanitario somatico, perché da sempre confrontati con bisogni duraturi che devono dunque definire soluzioni “di vita”, in cui il sostegno di familiari o comunità è centrale.

Nel paragrafo “1.1 Strutture intermedie” della pianificazione sociopsichiatrica ticinese del 2013²⁵, ecco le soluzioni abitative per persone con disagio psichico definite «*in ordine crescente di intensità di presa a carico*» e, tra parentesi, gli attori individuati per la loro organizzazione: (i) permanenza a domicilio (servizi LACD, servizi OSC, servizi sociali, medico curante, sostegno abitativo LISPI); (ii) appartamenti protetti (fondazioni private, servizi OSC, servizi sociali, medico curante); (iii) scuole di vita autonome (fondazioni private, servizi OSC, servizi sociali, medico curante); (iv) altre soluzioni abitative uso sociale/collettivo (fondazioni private, servizi OSC); (v) *foyer*, casa senza occupazione (fondazioni private, CARL); (vi) case con occupazione (fondazioni private); (vii) unità abitativa esterna²⁶. Da questa lista emerge chiaro il tentativo di trovare soluzioni efficaci ed efficienti pensate per singoli gruppi di utenti che presentano bisogni e risorse relativamente omogenei al loro interno.

²⁵ Consiglio di stato – DSS – DSP (2013, pag. 33).

²⁶ Questa lista non include chiaramente tutti i servizi e le strutture più “tradizionali” a beneficio dei malati, quali la Clinica psichiatrica cantonale, i Servizi medico-psicologici e i Centri psico-educativi per i minorenni, i Servizi psico-sociali e i Servizi di psichiatria e di psicologia medica per gli adulti, il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro, ecc.

Se dalla pianificazione sociopsichiatrica ticinese passiamo alle strutture intermedie per gli anziani, può essere utile riferirsi alla recente iniziativa di CURAVIVA volta a definire un glossario per i diversi modelli abitativi emergenti. Qui ci limitiamo a riportare nel seguente Riquadro 1 la tassonomia che integra le esperienze sviluppate nella Svizzera tedesca e nella Svizzera francese, rimandando al documento per ulteriori approfondimenti²⁷. Le strutture intermedie sono quelle che si collocano tra “l’invecchiare a casa propria (con o senza ricorso a prestazione di terzi)”, da un lato, e le “forme di habitat istituzionale”, dall’altro.

La lista di soluzioni abitative presentata nel riquadro evidenzia la grande varietà di soluzioni disponibili sul terreno. Queste rendono possibile mantenere l’autonomia e la dignità di persone che, con l’età, diventano più fragili e diminuiscono le proprie capacità funzionali. Si tratta di soluzioni abitative che si differenziano per gli obiettivi che perseguono, per i bisogni di cura degli utenti, per le loro preferenze individuali, ecc. Allo stesso tempo questa lunga “sgranatura” di soluzioni abitative e/o di ricovero temporaneo, può risultare poco leggibile a investitori, agli operatori sanitari e sociali, agli anziani stessi e ai loro familiari. Infine, la lunga lista di possibili soluzioni abitative rende evidente la sfida che tale diversificazione pone alle autorità pubbliche, chiamate inevitabilmente a decidere se e cosa inserire – di queste soluzioni abitative – nei meccanismi di pianificazione, supporto e finanziamento pubblico.

Riquadro 1. Tipologie abitative per anziani

1. “Invecchiare a casa propria” (con o senza ricorso a prestazioni di terzi)
2. Strutture intermedie
2.1. Alloggi individuali
2.1.1. Alloggi adattati
2.1.2. Alloggi protetti
2.1.3. Residence privati per senior
2.2 Formule di accoglienza temporanea
3.2.1 Foyer diurni/notturni
3.2.2 Soggiorni brevi
2.3 Comunità private di abitazione
3.3.1 Alloggi comunitari – la co-locazione
3.3.2 Alloggi semi-comunitari
3.3.3 Alloggi e habitat intergenerazionali
3. Forme di habitat istituzionale
3.1. Case per anziani non medicalizzate
3.2. Case per anziani medicalizzate
3.3. Appartamenti con supporto medico-sociale

Fonte: Ankers et Sedelay (2015, 3, TdA).

Il tema delle cosiddette strutture intermedie è soltanto una (pur importante) componente di un fenomeno più generale e cioè della crescente specializzazione delle strutture e dei servizi offerti nel settore. La specializzazione è portatrice chiaramente di aspetti positivi, in quanto permette di rispondere con maggior precisione a bisogni specifici e, ad alcune condizioni, permette pure un aumento delle competenze professionali e gestionali. D’altro canto, è chiaro che quando i servizi specializzati sono erogati nell’ambito di più ampi comportamenti di consumo o percorsi assistenziali (per fare un esempio tipicamente sanitario, si pensi alla fruizione dei diversi servizi necessari a

²⁷ Il testo è Ankers et Sedelay (2015), a sua volta basato su Rügger (2014).

prendere in carico un malato anziano di diabete), essi possono portare a una frammentazione di quegli stessi fenomeni/percorsi. La tensione tra la tendenza alla specializzazione, da un lato, e la necessità di integrazione e coordinamento, dall'altro, è uno degli elementi centrali del pensiero organizzativo. La specializzazione e la differenziazione necessitano dunque di misure volte ad evitare o almeno limitare la frammentazione dei servizi, se (come evidente nel caso del diabete) è utile che questi siano coordinati tra loro. Questo coordinamento può essere perseguito su piani molto diversi, tra loro non esclusivi:

- l'attribuzione complementare e coordinata delle *competenze professionali* tra i diversi gruppi occupazionali,
- la definizione condivisa di *protocolli assistenziali* o di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali che tengano conto delle condizioni del sistema sociosanitario locale,
- l'adozione da parte dei diversi attori di *sistemi informatici* unici o quantomeno compatibili tra loro che facilitino lo scambio di informazioni sui pazienti/utenti dei servizi,
- la definizione di *sistemi di finanziamento* e rimborso che incentivino la collaborazione e premino i risultati finali dei percorsi assistenziali complessivi,
- l'azione di guida da parte dell'*amministrazione pubblica* attraverso sistemi di programmazione, acquisto e controllo dei servizi (per esemplificare rispetto all'azione cantonale, con strumenti quali la pianificazione pluriennale dei servizi, i contratti di prestazione, l'azione dell'Ufficio del medico cantonale (UMC), progetti pilota, ecc.).

È chiaro in ogni caso che quanta più specializzazione si registra tra gli operatori del sistema, tanto più aumenta il bisogno di strumenti e competenze di coordinamento. Nel caso del sistema socio-sanitario ticinese, è inevitabile che in ciò l'amministrazione cantonale debba giocare un ruolo centrale.

3. L'indebolimento delle tradizionali dicotomie

3.1. Sanità e società

La transizione epidemiologica in corso, dominata da invecchiamento della popolazione, controllo di molte malattie trasmissibili e marcato aumento della prevalenza di condizioni croniche, allarga potenzialmente il campo degli interventi volti a tutelare la salute della popolazione. Le determinanti non sanitarie della salute assumono un peso crescente e ciò, inevitabilmente, richiede di considerare con più attenzione le ricadute sanitarie di politiche e interventi non sanitari (in ambito di istruzione, urbanistica, trasporti, lavoro, agricoltura, inquinamento, ecc.), secondo un approccio di tipo “la salute in tutte le politiche”²⁸.

Se da un lato questa sensibilità sanitaria generalizzata può e deve essere un obiettivo di progresso sociale, d'altro canto operatori sanitari, politica e società tutta devono essere coscienti del rischio molto concreto di una progressiva medicalizzazione della società, spesso mediata dal concetto di “rischio per la salute”. In questo quadro potenzialmente illimitato di interventi a favore della salute, la capacità di selezionare gli interventi con il migliore rapporto tra costi e benefici è cruciale, anche se al contempo difficile sia dal profilo tecnico (misurare tali rapporti è assai difficile), sia dal profilo politico.

Pur con tali limiti, è in ogni caso evidente che – se prendiamo ad esempio il tema degli anziani – una politica a tutela della loro autonomia e della loro salute non può certo prescindere da azioni coerenti nella definizione degli *standard* costruttivi per l'edilizia privata, nella pianificazione del territorio, nelle decisioni che riguardano le reti di trasporto pubblico, ecc. In questo senso è evidente che l'intervento a favore della salute non è un *intervento sanitario* ma è invece un *intervento sociale* su determinanti importanti della salute e dell'autonomia della popolazione anziana.

Se in passato l'intervento a favore della salute era principalmente *svolto in* strutture dedicate, *erogato da* personale dedicato e *finanziato con* risorse destinate alla salute, oggi accanto a quegli interventi specialistici – che rimangono necessari – è altrettanto importante sviluppare politiche pubbliche e innescare dinamiche sociali al di fuori dell'intervento sanitario in senso stretto. Continuando a riferirci agli anziani, coerente con tale visione è il concetto sviluppato nel corso degli anni da CURAVIVA e che da ultimo è arrivato a proporre il proprio “modello abitativo e di cure 2030 per le persone anziane (80+)”²⁹. La Figura 1 riporta tale modello, a cui ci riferiremo di nuovo nel seguito del presente documento. La figura raggruppa le proposte e i servizi in cinque ambiti:

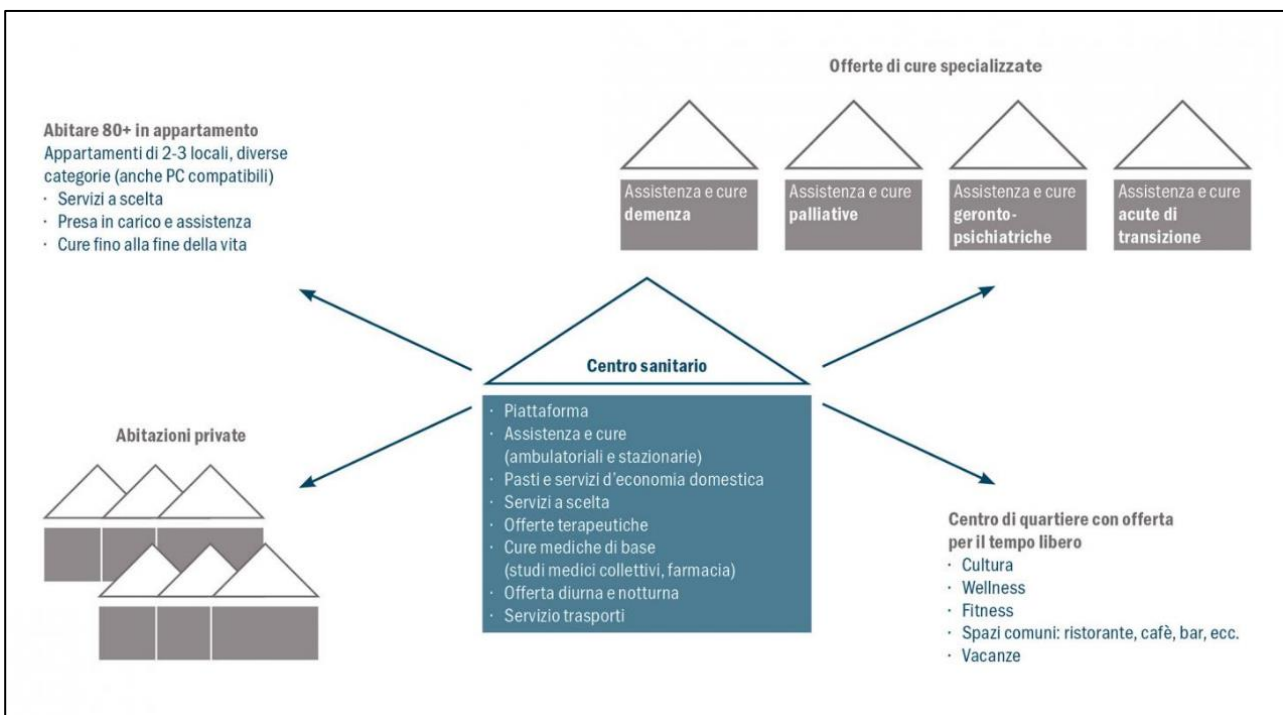
- le abitazioni private degli anziani, nelle quali essi già vivono da tempo e presso le quali possono evidentemente ricevere più tipologie di prestazioni (soluzioni domotiche, rimozione delle barriere architettoniche, pasti a domicilio, servizi di trasporto, badante, servizi di economia domestica, cure LAMal, aiuti per il mantenimento a domicilio, ecc.);

²⁸ Nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'espressione trova le sue radici nella dichiarazione di Alma Ata (1978) sulle cure primarie e soprattutto nella Carta di Ottawa (1986) per la promozione della salute.

²⁹ Il modello, pubblicato nel 2016 (Curaviva, 2016), ha poi dato luogo ad approfondimenti tematici, consultabili su https://www.curaviva.ch/Focus/Le-modele-dhabitat-et-de-soins-2030/PUtri/?lang=FR&redirect_lang (accesso 1.2.2020).

- alloggi in cui l'anziano si trasferisce per trovare un ambiente e un supporto più adatti al proprio stato di salute, tenuto comunque conto delle proprie preferenze;
- strutture stazionarie specializzate per persone che hanno bisogno di un'assistenza più continuativa (per problemi di demenza o geronto-psichiatrici, per riacquistare una sufficiente autonomia a seguito di un ricovero ospedaliero, per un'assistenza palliativa) e che diventano centri di competenza al servizio dell'intero sistema locale;
- un centro sanitario che offra un'ampia gamma di servizi e che si connota come "casa della salute locale" a favore delle persone anziane ma non solo, offrendo orientamento e consigli nell'ambito dei servizi sanitari e sociosanitari, offrendo e coordinando pacchetti integrati di prestazioni, proponendo servizi i stazionari, ambulatoriali e di supporto citati ai punti precedenti ed ospitando presso la propria struttura studi di medici di famiglia e specialisti, farmacia, ecc.;
- le attività per il tempo libero e la comunità locale, che comprendono: eventi culturali; la messa a disposizione della palestra o l'organizzazione di corsi sportivi; l'apertura di bar, ristorante, parrucchiere, *pedicure*, ufficio postale, panetteria e altri servizi all'utenza esterna, in modo da rafforzare la coesione sociale e la vita comunitaria in un'ottica intergenerazionale.

Figura 1. Il modello abitativo e di cure 2030 di CURAVIVA Svizzera



Fonte: Assi (2019) sulla base di CURAVIVA (2016).

Tale modello si fonda su quattro pilastri, che qui riportiamo testualmente³⁰: (i) *Vivere nel rispetto della sfera privata*: vivere nel proprio appartamento (di varie dimensioni) con un supporto in base alle proprie esigenze e ai propri desideri personali (servizio *à la carte*). I servizi di assistenza e cura sono forniti da personale "esterno" (assistenza a domicilio prestata da *équipe* interne o esterne all'istituzione); (ii) *Vivere secondo i propri standard usuali*: gli anziani non autosufficienti vogliono

³⁰ CURAVIVA (2016, pag. 2, TdA).

mantenere il più possibile le proprie abitudini di vita; (iii) *Vivere in comunità*: oltre al proprio "ambiente di vita privato", sono previsti spazi e strutture di vita comuni (luoghi di soggiorno e attività comuni) per soddisfare i diversi bisogni; (iv) *Vivere nello spazio pubblico*: l'istituzione è aperta al quartiere e viceversa. La partecipazione alla vita sociale è assicurata. Il quartiere residenziale è uno spazio di vita (le persone del quartiere vengono nell'istituzione e l'istituzione partecipa alla vita del quartiere).

Questa enfasi sull'apertura sociale e sul supporto che se ne può trarre, era tradizionalmente meno forte nella cultura sanitaria legata a malattie acute che chiedevano risposte specializzate, anche se *pro-tempore*: in quei casi il malato era sottratto al suo ambiente di vita (questa separazione era estrema nel caso di ricovero nei reparti di malattie infettive, ma presente in qualunque ricovero ospedaliero o di riabilitazione). Molto maggiore e interessante risulta dunque l'esperienza accumulata negli anni in altri settori sociosanitari, nei quali cronicità delle condizioni di salute e necessità di un supporto familiare e sociale nei luoghi di vita, hanno da più tempo reso utile e funzionale una forte integrazione delle cure nel corpo sociale. È questo il caso, in particolare, che riguarda invalidi e persone che soffrono di malattie psichiatriche. Se ci riferiamo al caso degli invalidi, qui l'importanza di favorire un contesto di vita e sociale che supporti le persone nel convivere coi propri problemi di tipo sanitario o funzionale è chiara, così come cruciali sono spesso il ruolo delle famiglie (soprattutto per gli invalidi giovani) e quello del lavoro (con laboratori protetti ecc.). Questa intensa interazione tra aspetti di assistenza e cura e risorse sociali, risulta evidente ad esempio nel documento di pianificazione 2019-2022 ai sensi della LISPI che ha censito i progetti in corso promossi nelle strutture per invalidi, raccogliendole in sei categorie: invecchiamento, sostegno abitativo, inserimento professionale, mobilità e accessibilità, sostegno ai familiari curanti e accoglienza temporanea, comunicazione e inclusione sociale³¹. Per molti aspetti si tratta di esperienze e casi ai quali in futuro il settore degli anziani potrà ispirarsi in modo crescente.

3.2. Professionisti e laici

Nel suo rapporto sui familiari curanti del 2014, il Consiglio federale ricorda come «*le cure istituzionali e professionali possono difficilmente coprire la domanda crescente di assistenza e cure. La Svizzera non dispone né dei professionisti né dei mezzi finanziari necessari a tal fine*»³². E riconosce che già oggi «*le persone che si occupano dei familiari malati o comunque in situazioni di dipendenza, forniscono principalmente sostegno psicologico e sociale, svolgono le faccende domestiche, si occupano dei trasporti e degli spostamenti e risolvono questioni organizzative e amministrative. Queste attività completano l'offerta dei servizi di assistenza e cura a domicilio, degli ospedali e delle case per anziani*»³³.

La penuria percepita di personale curante (sebbene sia relativa, quando considerata a livello internazionale³⁴) comporta investimenti importanti nel sistema nazionale d'istruzione e un importante ricorso a operatori immigrati, senza i quali non sarebbe oggi possibile offrire una copertura ampia dei servizi sanitari e sociosanitari messi a disposizione della popolazione. Le difficoltà di reclutare

³¹ DSS – DASF – UI (2019, pag. 12-13)

³² Conseil Fédéral (2014, pag. 5, TdA).

³³ Conseil Fédéral (2014, pag. 4, TdA).

³⁴ Per una comparazione internazionale, si rimanda alle statistiche raccolte dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE; <https://data.oecd.org/health.htm#profile-Health%20resources>, accesso 1.2.2020).

personale in numero sufficiente, saranno rese acute dall’arrivo all’età di pensionamento dei *baby-boomers*, che farà aumentare la domanda di servizi più di quanto potrà aumentare la base di reclutamento di nuovi operatori socio-sanitari (cioè il numero di giovani).

A meno delle prestazioni più chiaramente specialistiche, in generale affidate a professioni protette o comunque regolamentate, il lavoro nel settore di nostro interesse può essere svolto da personale specializzato o non specializzato, retribuito o non retribuito. Il lavoro dei familiari è quasi sempre non retribuito (con la possibile eccezione degli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio o di alcuni congedi retribuiti per assenze dovute a necessità dei familiari). Il lavoro dei volontari è in generale non retribuito, anche quando magari si tratti di iniziative che raggruppino ex-curanti in pensione, operatori sociali che lavorano come volontari nel loro tempo libero, ecc. Il lavoro delle badanti è retribuito e strettamente funzionale a rispondere a problemi di salute (quasi sempre di non autosufficienza), anche se in generale non prevede una formazione di base. Una società che sta rapidamente invecchiando avrà bisogno di un’importante mobilitazione che non può basarsi soltanto su personale specializzato e retribuito. Ciò richiederà inevitabilmente alle autorità pubbliche la definizione di percorsi che accompagnino tale evoluzione, in modo che (i) tali nuove forme di lavoro emergenti siano conosciute e riconosciute; (ii) vengano offerte formazioni modulate sulle competenze di ingresso di volontari, familiari, badanti, ecc. e sulle necessità delle persone – anziane, invalide, ecc. – che assistono; (iii) si decida se e quali forme di sostegno economico pubblico offrire.

È in questo quadro più generale che si inseriscono le diverse misure proposte da numerose strategie (nazionali e cantonali) messe in atto con più dispositivi (in genere cantonali) volti a sgravare le famiglie e a migliorare la conciliazione lavoro-famiglia. Nel primo caso, si tratta di mettere a disposizione servizi di appoggio (ad esempio un servizio di ascolto psicologico) o strutture (ad esempio centri diurni o notturni) per sgravare i familiari quando il lavoro di cura da loro fornito risulti troppo pesante. Nel secondo caso, si tratta di favorire un migliore equilibrio tra le esigenze del lavoro formale, svolto all’esterno della famiglia, e quelle delle attività svolte all’interno della famiglia per assistere i propri congiunti. Con riferimento alle misure di sgravio per le famiglie – e per uscire dal settore degli anziani – possiamo citare a titolo di esempio la pianificazione cantonale relativa agli invalidi, che riferisce del progetto pilota per «*la messa a disposizione di posti per un’accoglienza temporanea presso gli istituti che fanno riferimento alla LISPI*»³⁵.

3.3. Stazionario e domiciliare

Con gli interventi sanitari e socio-assistenziali sempre più importanti prestati al domicilio della persona malata o non autosufficiente, la tradizionale distinzione tra stazionario e ambulatoriale si tempera fino quasi a sparire. Al di là della cosiddetta ospedalizzazione a domicilio, che in numerosi paesi segue processi amministrativi e di finanziamento uguali a quelli dello stazionario somatico acuto, basta riferirsi al caso di molte strutture intermedie per gli anziani elencate nel Riquadro 1. È chiaro che la filiera *Casa per anziani medicalizzata* → *Appartamenti con supporto medico-sociale* → *Alloggi protetti* → *Alloggi adattati* → *“Invecchiare a casa propria” con ricorso a prestazioni di terzi (ACD o badante, per esempio)* descrive un *continuum* di sfumature lungo il quale non è possibile definire con precisione dove si passa da un *setting* stazionario a uno ambulatoriale. Questo *continuum* può chiaramente ritrovarsi anche con riferimento a problemi specifici. Nell’ambito della strategia nazionale sulla

³⁵ DSS – DASF – UI (2019, pag. 75 e poi 75-80).

demenza 2014-2019, per esempio, si ricorda come «*le prestazioni di cura ambulatoriali, le strutture diurne e notturne, i ricoveri brevi, i servizi legati alla tecnologia dell'informazione e della comunicazione (p.es. Ambient Assisted Living), (...) e il volontariato forniscono un contributo decisivo all'assistenza delle persone affette da demenza al loro domicilio. Con il progredire della malattia, diventano viepiù importanti soluzioni specifiche e protette, e la presenza di personale competente. In uno stadio avanzato della demenza, le persone vicine di riferimento e i volontari giungono sempre più spesso ai loro limiti fisici e psichici. Negli ospedali per cure acute, la presa a carico dei casi di demenza deve essere migliorata con un maggiore ricorso a professionisti della geriatria e della gerontopsichiatria. (...) In seno agli istituti di cura e accudimento di lunga durata, va proseguito l'adeguamento architettonico delle soluzioni abitative e di vita alle esigenze delle persone malate di demenza. Modalità abitative orientate alle esigenze e in particolare un sistema di presa a carico di prossimità possono contribuire a ridurre il rischio di stigmatizzazione e a promuovere l'integrazione*»³⁶.

Rifacendoci alla Figura 1, è chiaro che in questo contesto la strategia “prima l'ambulatoriale e poi lo stazionario” che ha guidato le politiche federali e cantonali degli ultimi decenni, sembra avere raggiunto in larga misura i suoi obiettivi. Per queste ragioni, CURAVIVA considera oggi quella strategia – che pure ha promosso molte sperimentazioni e ha contribuito in modo assai efficace a sfruttare il potenziale dell'assistenza a domicilio – come superata e addirittura sbagliata, proponendo di sostituirla con il principio “ambulatoriale e stazionario”³⁷.

L'indebolimento della tradizionale dicotomia stazionario/ambulatoriale non deriva soltanto dal prendere atto del *continuum* di gradazioni esistenti tra le strutture residenziali specializzate e il proprio domicilio di origine, ma anche dalle potenzialità che lo stesso concetto di cure integrate stazionarie e ambulatoriali offre. In tal senso, si passa da un'analisi positiva (cioè la ricognizione dei vari *setting* di vita e di cura) a un'analisi di natura più normativa, che mette in evidenza i potenziali vantaggi che possono essere tratti dal considerare e dal gestire in modo più integrato i servizi stazionari e i servizi domiciliari³⁸. I possibili vantaggi riguardano sia l'“esperienza cliente” degli utenti (cioè la domanda di servizi), sia l'organizzazione interna al settore (cioè l'offerta di servizi), in una dinamica mutualmente vantaggiosa.

Per gli utenti (anziani, malati, familiari), il principale vantaggio percepito è quello di avere un'istituzione sanitaria di riferimento capace di offrire una gamma ampia di servizi e buone competenze professionali. I vantaggi sono tanto più evidenti quanto più è ampia la paletta di servizi

³⁶ UFSP e CDS (2017, pag. 31).

³⁷ CURAVIVA (2016, pag. 5). Commentando i risultati di una ricerca OBSAN che ha identificato i tre modelli di presa in carico delle cure di lunga durata nei diversi Cantoni, Stefan Leutwyler – segretario centrale supplente della Conferenza dei direttori della sanità – sembra arrivare alle stesse conclusioni: «*In futuro, solo applicando il principio "ambulatoriale e stazionario" sarà possibile per tutti i Cantoni offrire un'offerta di cure adeguate. Tuttavia, sarà necessario anche sempre più "ambulatoriale con stazionario". La domanda di servizi coordinati tra ambulatoriale e stazionario, temporaneo o di lunga durata, che considerino l'ambiente sociale e associati ad alloggi adattati aumenterà*» (OBSAN, 2016, pag. 1, TdA).

Peraltro la tesi di una complementarietà forte tra soluzioni residenziali e a domicilio è presente da tempo nelle analisi di molti osservatori. Basti citare Hagmann e Fragnière che, oltre venti anni fa, notavano: «*Il convient néanmoins de ne pas envisager une concurrence entre une politique de soins à domicile et le placement en ménage collectif; il vaut mieux refuser la dichotomie entre l'enfermement institutionnel et le maintien à domicile idéalisé (qui ne doit pas être vu comme la panacée à tous les maux de la vieillesse et ne doit pas être recherché à tous prix), mais concevoir les deux formes de prise en charge comme complémentaires et interchangeables, en posant cependant le l'institution comme un soutien et un complément à l'assistance à domicile*» (Hagmann et Fragnière, 1997).

³⁸ Per alcuni esempi, si rimanda a CURAVIVA (2012) che descrive tre esperienze per gli anziani, a Schussel Fillietz et al. (2017) che censisce molte esperienze di “cure integrate” (in un'accezione più ampia di quella di nostro interesse) in Svizzera e all'Associazione dei comuni svizzeri (2019) che riporta un elenco di esperienze già mature.

offerta dall’istituzione sanitaria, come nel caso del “centro sanitario” promosso da CURAVIVA (cfr. Figura 1). In questa situazione l’anziano ha un unico riferimento per le cure a domicilio, i servizi di appoggio, i centri diurni o notturni, ecc., tutti servizi che in più condividono sistemi informatici comuni, procedure di lavoro condivise e che a loro volta possono essere ben integrati con gli eventuali studi medici o farmacie ospitate presso il centro sanitario.

Accanto a questi vantaggi di orientamento/informazione e di integrazione del lavoro clinico-assistenziale che vanno a beneficio dell’utente, ci sono poi i possibili vantaggi per la struttura di offerta dei servizi. Tali vantaggi possono riguardare (i) la qualità del servizio reso, (ii) la motivazione per gli operatori, (iii) i risparmi economici conseguibili. Sotto il profilo della qualità, l’integrazione di più tipologie di servizi permette gli stessi vantaggi già ricordati sopra in termini di adozione di procedure condivise, di sistemi informatici integrati, ecc. Ciò può rendere più efficace e sicuro il passaggio del paziente da una tipologia di servizio a un’altra. Inoltre, l’integrazione dei servizi dovrebbe migliorare l’appropriatezza clinico-organizzativa, eliminando i problemi che possono essere originati dai sistemi di finanziamento ecc. (ad esempio quando una struttura di cure transitorie ritarda la dimissione, pur di non ritrovarsi con un posto letto vuoto che non produce ricavi). Sotto il profilo della motivazione degli operatori, l’integrazione di più servizi residenziali e domiciliari offre maggiori opportunità di mobilità e di formazione interna agli operatori, aumenta le possibilità di diventare un centro di tirocinio, permette la creazione di “group of practices” interni (ad esempio del gruppo dei fisioterapisti attivi sia nelle strutture residenziali sia a domicilio) che favoriscono il confronto, la supervisione e la crescita professionale³⁹. Infine, sotto il profilo dei costi, la messa in comune di più servizi può comportare economie di scala o di scopo in alcuni servizi generali, amministrativi e di supporto, può aumentare il potere contrattuale nei confronti dei fornitori, può permettere una migliore gestione dei picchi di lavoro nei diversi settori di attività senza dover ricorrere a personale esterno temporaneo.

³⁹ L’impiego del personale su più *setting* assistenziali è diffuso in molti ambiti dei servizi sociosanitari. Esempi di ciò sono i medici di famiglia che operano anche all’interno delle case per anziani, i già citati operatori del SIPSIG che svolgono attività di consulenza/supervisione presso le case per anziani, ecc. Nel caso della psichiatria, un altro esempio è offerto dagli operatori sociali dei *foyer* che «*si distaccano alcune ore per occuparsi dell’utenza che si trova al proprio domicilio*» (DSS – DASF – UI, 2019, pag. 72). Allo stesso modo, gli operatori sociali dei servizi per invalidi non solo cercano un lavoro in ditte esterne per i propri utenti, ma sempre più accompagnano le ditte per «*mettere a disposizione anche dell’azienda [che occupa gli invalidi] le necessarie competenze socio-educative per favorire l’integrazione della persona*» (DSS – DASF – UI, 2019, pag. 72).

4. Le implicazioni per la pianificazione LACD e LANz

4.1. Le potenzialità della pianificazione integrata

L’auspicio del Gran Consiglio di avere una pianificazione integrata di quanto previsto dall’articolo 5 della LANz e dall’articolo 7 della LACD diventa realtà per il periodo 2021-2030. L’integrazione non significa soltanto sincronizzare i periodi di pianificazione, ma creare valore per gli utenti (maggiore continuità nella presa in carico dell’anziano e maggiore orientamento all’utente del sistema) nonché per la società nel suo insieme (razionale e ottimale utilizzazione delle risorse disponibili e sostenibilità finanziaria a lungo termine del sistema).

Il presente rapporto fornisce elementi utili a contestualizzare, in un quadro più ampio, alcune importanti evoluzioni in corso da tempo, di cui la pianificazione cantonale deve tener conto per restare al passo con i bisogni degli utenti e con le esperienze nel frattempo maturate nel settore. È chiaro che le trasformazioni nella demografia (invecchiamento), nella epidemiologia (condizioni croniche e non autosufficienza) e nella struttura sociale (famiglie nucleari e disperse territorialmente, tassi di attività femminili), impongono un’azione cantonale – e dunque un’azione pianificatoria – capace di accompagnare e orientare fenomeni in rapido e continuo cambiamento.

Un punto su cui tutte le analisi svolte convergono, è che – con riferimento in prima istanza agli anziani – le tradizionali dicotomie che nelle pagine precedenti abbiamo individuato in sanità/società, professionisti/laici, stazionario/ambulatoriale, mostrano oggettivi limiti e in buona parte sono superate. Come osservano Ankers e Sedelay (2015, 23, TdA), «*Le “zone vuote” del passato, tra habitat stricto sensu da una parte, e le strutture di cura e accompagnamento dell’altro, si stanno riempiendo. Per esempio tra ambulatorio e stazionario, tra aiuto professionale e aiuto informale, tra habitat “normale” e le altre forme di habitat*». Una pianificazione LACD tradizionalmente orientata ai servizi a domicilio, separata da una pianificazione LANz orientata in larga misura alle strutture residenziali o semiresidenziali, mostra limiti evidenti se confrontate con le evoluzioni attuali e prospettiche dei bisogni⁴⁰.

In particolare, nelle pagine presenti abbiamo sottolineato come i potenziali vantaggi di una maggiore integrazione tra strutture LANz e servizi LACD non si riferiscano soltanto all’“esperienza cliente” – dunque in termini di un più facile orientamento nel sistema dei servizi, di un passaggio più agevole tra i diversi servizi, ecc. – ma essi si riferiscano anche (e forse soprattutto) all’organizzazione dei servizi che possono trarre vantaggi sia in termini di qualità e sicurezza dei servizi offerti, sia in termini di efficienza e riduzione dei costi.

⁴⁰ A tale riguardo, CURAVIVA (2016, pag. 5, TdA) afferma che «*la pianificazione dei letti sanitari così come è stata finora praticata è obsoleta. La necessità di servizi di assistenza deve essere pianificata in modo più completo in futuro*».

4.2. Le condizioni per procedere con efficacia

Perché la pianificazione possa produrre i suoi effetti positivi, è necessario che il sistema soddisfi alcune condizioni. Qui di seguito se ne indicano tre particolarmente critiche.

Lo sfoltimento del numero di operatori del settore

Il sistema sanitario e sociosanitario svizzero è unanimemente giudicato assai frammentato⁴¹. Tale osservazione non riguarda soltanto i settori regolati da LACD e LANz, ma anche in questi ambiti il numero di operatori che operano sul territorio è molto elevato. Infermieri indipendenti, OACD, SACDip, servizi di appoggio e CpA si sommano ad altri operatori chiave per l'utenza del settore quali i medici curanti, le farmacie, gli ospedali e le cliniche private, i servizi ambulanze, altri professionisti ambulatoriali (fisioterapisti, ecc.). Un numero estremamente elevato di operatori giuridicamente indipendenti, regolati da leggi federali che pongono alcune condizioni di base da soddisfare (ad esempio l'obbligo di rendicontare le proprie attività attraverso alcune statistiche federali) e in larga misura coordinati dalla prescrizione medica, che nei fatti funge – con larga autonomia e spesso con poca integrazione con gli altri operatori – quale principale strumento di controllo per l'intero sistema.

La numerosità degli attori fa sì che la pianificazione cantonale debba operare con strumenti relativamente semplici e senza basi informative particolarmente sviluppate. È infatti inevitabile che la frammentazione del sistema di offerta limiti le occasioni di conoscenza diretta tra uffici cantonali e operatori, allunghi i tempi dei processi amministrativi, mantenga limitate le competenze gestionali di numerosi operatori di piccole dimensioni. Tutti questi elementi inibiscono lo sviluppo di strumenti cantonali di programmazione e controllo più adeguati alle sfide poste dal settore e, in ultima analisi, efficaci.

Al fine di ricondurre ad un numero più ragionevole gli operatori del sistema, l'amministrazione cantonale può agire su più fronti e, segnatamente: (i) quantificare e rendere noti i problemi della situazione attuale, (ii) rafforzare i criteri di qualità e di appropriatezza richiesti agli operatori che sottoscrivono i contratti di prestazione, (iii) potenziare le misure di accompagnamento dei processi di integrazione e soprattutto di fusione tra operatori.

L'adozione di sistemi informatici interoperabili

Il settore sanitario è tradizionalmente un grande produttore di dati e informazioni. Per questo motivo, è un settore in cui i sistemi informatici sono stati introdotti da molti anni. Allo stesso tempo, però, l'ampia gamma di servizi erogati, le esigenze di protezione dei dati sanitari degli individui, la pluralità di fonti di finanziamento e la frammentazione istituzionale del sistema con la numerosità di operatori sopra ricordata, sono tutti fattori che ostacolano lo sviluppo di sistemi informatici comuni o quantomeno interoperabili. Con la fondamentale eccezione del sistema RAI (RAI-Nursing Home per le CpA e RAI-Home Care per l'ACD) introdotto negli scorsi anni⁴², i restanti sistemi informatici – soprattutto quelli amministrativi che trattano aspetti contabili, di gestione del personale, di gestione pazienti, ecc. – adottati dalle diverse istituzioni continuano ad essere molteplici, a fronte di bisogni informativi che, per ciascuna tipologia di organizzazione, sono praticamente identici. Ciò detto, la disponibilità di dati interoperabili e confrontabili costituisce una preconditione per un efficace pilotaggio del settore e per la pianificazione cantonale.

⁴¹ Per una ricognizione complessiva del sistema di offerta del sistema sanitario e sociosanitario svizzero, si veda De Pietro et al. (2015, pag. 155-202).

⁴² I sistemi per CpA e ACD sono tra loro diversi, ma sviluppati attorno a un concetto comune a tutti gli strumenti RAI e dunque utilizzano più scale e *core-items* comuni.

Dopo l'introduzione del RAI, un altro elemento che dovrebbe facilitare tale interoperabilità – sebbene di nuovo su contenuti clinico-assistenziali e non amministrativi – è la legge federale sulla cartella informatizzata del paziente (LCIP) che prevede l'adesione delle CpA a una comunità di riferimento certificata entro il 2022. Nonostante le molte difficoltà incontrate nell'implementazione della legge, l'obbligo di adesione previsto per ospedali e cliniche private entro il 2020 potrebbe costituire un punto di svolta e innescare anche l'adesione da parte dei fornitori di cure ambulatoriali, per i quali la legge federale non prevede alcun obbligo.

La disponibilità di dati ricchi, affidabili e confrontabili anche in ambito amministrativo è un elemento centrale per l'azione cantonale. A tal fine, è auspicabile che l'amministrazione si mantenga al corrente circa la messa in atto della LCIP e più in generale promuova la rapida convergenza degli operatori su sistemi informatici comuni o quantomeno interoperabili. Tra le leve che è possibile immaginare per promuovere tale dinamica, ricordiamo: (i) il supporto a gruppi di progetto attraverso i quali gli operatori confrontino i loro sistemi e favoriscano scelte comuni o quantomeno una loro convergenza; (ii) la selezione di un fornitore che divenga riferimento cantonale e la definizione di incentivi per le strutture che adottino i suoi sistemi.

Il coordinamento della normativa cantonale (e dei sistemi di finanziamento)

Il Cantone deve continuare a coordinare efficacemente le diverse pianificazioni e le diverse azioni che derivano dalle leggi che regolano il settore sanitario e sociosanitario. Come già commentato nelle pagine precedenti, le interazioni tra le pianificazioni LACD, LANz, LISPI LASP, LAMal sono rilevanti e per questo motivo le relative pianificazioni devono essere attentamente armonizzate tra loro⁴³.

Un'attenzione particolare deve essere dedicata ai sistemi di finanziamento e rimborso delle prestazioni che, nelle varie fonti normative federali e cantonali, si ispirano a principi e prevedono criteri anche molto diversi. La varietà di fonti e criteri di finanziamento pone almeno due problemi centrali alla pianificazione dei servizi. Da un lato sistemi di finanziamento diversi possono originare incentivi distorti sia per gli operatori (che potrebbero scegliere cosa erogare non in base ai bisogni di salute o all'efficacia e all'appropriatezza dei servizi, bensì alla diversa profittabilità degli stessi), sia per gli utenti (che potrebbero scegliere quale servizio chiedere considerando il solo costo direttamente sopportato e non – a parità di efficacia clinico-assistenziale – il costo sociale complessivo dei servizi alternativi)⁴⁴. Dall'altro lato, gli operatori che più attivamente cercano di ampliare la paletta dei servizi offerti, potrebbero trovare difficile allocare correttamente i costi di servizi che sono trasversali rispetto ai singoli utenti o alle diverse fonti di finanziamento. Oltre a questa difficoltà di natura tecnica, vi è poi un secondo elemento problematico: le organizzazioni che offrono servizi finanziati da fonti diverse, sono inibite dall'operare sussidi incrociati tra i servizi. Ciò comporta il dover mantenere contabilità separate che ostacolano lo sviluppo e l'innovazione dei servizi che hanno fonti di finanziamento diverse.

⁴³ A questo proposito la pianificazione LISPI osserva come «*Le persone con disabilità possono al tempo stesso essere anziane, necessitare di presa in carico domiciliare, presentare disturbi da dipendenze. In sintesi, la casistica si fa sempre più complessa e può rientrare in più categorie, con basi legali e norme differenti. Questo significa che la politica deve allontanarsi temporaneamente dal settore specifico e assumere una visione più globale, favorendo lo scambio di idee e le buone pratiche e gestendo le casistiche da molteplici punti di vista. La messa in pratica di questa visione è favorita dagli Uffici e dai Servizi che operano sotto il cappello del Dipartimento della sanità e della socialità*» (DSS – DASF – UI, 2019, pag. 17).

⁴⁴ Proprio al fine di ridurre tali problemi, la proposta CURAVIVA chiede un finanziamento basato su un «*budget globale [che] assicura che delle prestazioni individuali e ritagliate su misura possano essere fornite in funzione dei bisogni effettivi, da parte dei professionisti meglio qualificati per quelle prestazioni. Tale budget globale evita una fornitura eccedentaria di cure individuali e una concorrenza interprofessionale all'interno dell'équipe*» (CURAVIVA, 2018, pag. 3, TdA).

Infine, le regole di finanziamento possono risultare poco chiare anche all’utenza. In tal senso, CURAVIVA (2016, 5, TdA) ad esempio ritiene «*necessaria una semplificazione del sistema di finanziamento. Nel campo dell’assistenza a lungo termine ci sono oggi diversi fornitori, come ospedali, medici, istituti di cura, servizi di assistenza a domicilio, ecc. I diversi meccanismi di finanziamento tra questi sistemi e tra i Cantoni sono di difficile comprensione per le persone anziane e mancano di trasparenza*»⁴⁵.

Le questioni legate al finanziamento dovrebbero essere monitorate attentamente dall’amministrazione cantonale perché – nell’ambito degli spazi di autonomia lasciati dalla normativa federale – si cerchino soluzioni che non ostacolino l’innovazione dei servizi e la collaborazione o le fusioni tra operatori di diversa natura, quali CpA, OACD o SACDip, servizi di appoggio, ecc.

4.3. Le sfide del prossimo futuro

La pianificazione cantonale ha davanti a sé sfide importanti. Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche metteranno sotto grande pressione gli strumenti di sostegno agli anziani e i servizi di assistenza e cura a domicilio. Le trasformazioni della struttura sociale e le aspettative dei *baby-boomers* porteranno a una domanda di servizi non solo maggiore ma anche più articolata. D’altro canto, le esigenze di controllo della qualità e della spesa per i servizi sanitari e sociosanitari⁴⁶, chiederanno competenza e capacità di innovazione ai servizi cantonali.

In questo quadro, il campo di sperimentazione più promettente appare quello che per semplicità possiamo esemplificare sulla proposta CURAVIVA 2030⁴⁷. Fondamentalmente, quel modello poggia su tre aree di attività: (i) una di “residenzialità supportata” per la gran parte degli anziani che non ha particolari problemi di salute o comunque è capace e contenta di mantenere una vita centrata su un proprio alloggio privato; (ii) una di “residenzialità specializzata” per gli anziani che hanno bisogni di assistenza continuativa o comunque per i quali è opportuna una istituzionalizzazione; (iii) una di “centro servizi” più orientato al territorio, che gestisca i servizi trasversali e di supporto utili alla “residenzialità supportata”, ospiti poliambulatori e farmacia, apra le proprie strutture e i propri servizi (bar, palestra, ristorante) alla comunità locale, funga da riferimento per le famiglie che hanno bisogno di informazioni o supporto di tipo sociosanitario.

Chiaramente le esperienze concrete che potranno essere sviluppate non risponderanno a un *format* unico o *standard*, ma saranno fortemente dipendenti dalla disponibilità degli operatori già presenti sul territorio e da un insieme di altre condizioni. Visto in altro modo, lo sviluppo di “strutture intermedie” e servizi con un orientamento comunitario rappresenta un formidabile campo di sperimentazione e aperto ai diversi operatori in gioco. Campo “aperto” poiché la necessità di integrare servizi di assistenza e cure e a domicilio, case per anziani, centri diurni, ecc., rende “contendibile” tale area di sperimentazione: l’iniziativa può partire infatti da CpA, SACDip o OACD, Comuni, ecc.

Questi sviluppi comporteranno comunque forme di nuova e maggiore collaborazione tra gli attori. A riguardo, è utile ricordare brevemente le principali opzioni disponibili, tra loro non esclusive :

⁴⁵ CURAVIVA (2016, pag. 5).

⁴⁶ Volutamente non distinguiamo tra spesa pubblica e privata, dal momento che nel caso di cure di lunga durata e di non autosufficienza, molto spesso le capacità economiche dei malati e degli anziani si rivelano insufficienti e dunque intervengono dispositivi pubblici di sostegno del reddito.

⁴⁷ CURAVIVA (2016).

- *collaborazione tra più strutture sociosanitarie della stessa natura*, ad esempio tra CpA localizzate in uno stesso comprensorio. Questa collaborazione può dare la possibilità di: (i) specializzare le strutture (ad esempio delle CpA che collaborano, una sviluppa competenze particolari sulle demenze e istituisce un reparto protetto, in cui vengono trasferiti gli ospiti che ne hanno bisogno), (ii) condividere servizi intermedi e di supporto o beni strumentali, “specializzando” le CpA (ad esempio una CpA fornisce i servizi di lavanderia anche alle altre, oppure mette a disposizione di tutte un’apparecchiatura diagnostica di utilizzo non frequente) oppure istituendo una o più organizzazioni che poi forniscono servizi “consortili” alle CpA associate;
- *collaborazione tra più strutture sociosanitarie di natura diversa*, ad esempio tra una CpA e una OACD. In questo caso, oltre ai possibili vantaggi citati sopra, la collaborazione può dare la possibilità di dare più continuità ai bisogni dei pazienti/clienti e di sfruttare economie di scopo nell’erogazione dei servizi.

Molte esperienze recenti in Canton Ticino vanno peraltro proprio in questa direzione. Si pensi all’importante azione di associazioni mantello quali ADiCASI, che al ruolo di rappresentanza istituzionale nei confronti in primo luogo dell’amministrazione cantonale, ha progressivamente integrato un ruolo di “piattaforma di servizi consortili” ad uso delle CpA associate. Si pensi alle rilevanti integrazioni istituzionali avvenute nel settore delle CpA, soprattutto – ma non solo – a seguito delle fusioni comunali (è quest’ultimo il caso di Lugano, Mendrisio, Bellinzona). Si pensi all’esperienza dell’AVAD (Associazione Valmaggese Casa Anziani, Invalidi Adulti e Aiuto Domiciliare), che integra la gestione di CpA, CAT/STT, un reparto per disabili adulti finanziato dalla LISPI e l’ACD⁴⁸. Oltre alle iniziative citate, ce ne sono molte altre che qui non citiamo per brevità, ma che sono oltremodo interessanti in una prospettiva di sviluppo del settore. Di particolare interesse è la varietà e la differenziazione di tali esperienze, che offrono esempi concreti, fattibili per tutti gli attori del settore. Varietà negli obiettivi perseguiti, nelle formule giuridiche adottate per tali collaborazioni, nelle scelte gestionali.

Ai fini dell’azione cantonale, sembra comunque utile che l’amministrazione assuma nel tempo una propria posizione più chiara possibile rispetto a questi sviluppi eterogenei, e si attrezzi per supportarli di conseguenza. Questo significa inevitabilmente *ampliare in modo progressivo e selettivo la gamma di servizi* oggi inclusi nella pianificazione e nel finanziamento pubblico. Tale ampliamento, lo ricordiamo, prevede come precondizioni necessarie quelle presentate nel paragrafo “4.2. Le condizioni per procedere con efficacia” e in particolare lo sfolgimento del numero di operatori, così da facilitare la verifica dell’efficacia, dell’appropriatezza e dell’economicità dei servizi resi.

Infine, l’integrazione organizzativa dei servizi e gli investimenti volti a realizzare queste nuove forme assistenziali, abitative e di comunità, potranno essere supportate da un’azione cantonale nell’area della formazione, su due diversi piani:

- *condivisione della visione complessiva*: discutere e condividere gli orientamenti generali del settore e le proposte che Cantone e operatori avranno definito. I principali fruitori di questa linea di formazione sono: i rappresentanti dei Comuni; le direzioni degli istituti, delle aziende sociosanitarie, dei servizi di appoggio; i leader professionali (medici, infermieri, terapisti);
- *accompagnamento delle iniziative di collaborazione e integrazione promosse sul territorio*: supportare le singole iniziative locali – ciascuna con le proprie specificità – nella definizione del proprio modello di funzionamento. I principali fruitori di questa linea di formazione sono definiti in base ad attori, contenuti e obiettivi della singola iniziativa.

⁴⁸ Quest’ultima erogata per conto dell’ALVAD (Associazione Locarnese e Valmaggese di Assistenza e cura a Domicilio).

Di fronte alle necessità e alle sfide descritte, è verosimile che anche l'organizzazione interna dell'UACD possa essere rivista e potenziata.

5. Conclusioni: uno sguardo verso il futuro

Fare pianificazione integrata nei settori d'intervento regolati da **LAnz e LACD** rappresenta la naturale prosecuzione dell'azione con cui lo Stato orienta lo sviluppo di questi due settori fondamentali per il benessere della popolazione residente nel nostro Cantone. Questa pianificazione deve essere peraltro coordinata efficacemente con quelle previste da altri importanti ambiti di intervento pubblico e in primo luogo la pianificazione per gli invalidi adulti, la pianificazione sociopsichiatrica e la pianificazione ospedaliera. Tutti questi ambiti di intervento infatti hanno importanti aree di contatto e complementarità – e a volte anche di sovrapposizione –, oltre ad essere fonte di possibili apprendimenti reciproci, basati sulle esperienze sviluppate nei diversi settori. In particolare, gli ambiti di intervento **LISPI e LASP** hanno maturato importanti esperienze volte a valorizzare e ingaggiare le risorse comunitarie e familiari, mentre la **pianificazione ospedaliera** ha maturato importanti esperienze relative ai sistemi di controllo contabile, della qualità, ecc. Tutti elementi assai rilevanti anche per la pianificazione in ambito LAnz e LACD.

Guardando più nello specifico ai settori LAnz e LACD, i servizi e l'intervento pubblico hanno vissuto negli ultimi anni un importante sviluppo. Tale sviluppo ha riguardato sia dimensioni quantitative, sia dimensioni qualitative. Sul **piano quantitativo**, l'invecchiamento della popolazione ha rappresentato il primo motore di crescita dei volumi dei servizi erogati. D'altro canto le condizioni economiche e di finanza pubblica cantonali sono state capaci di assorbire e sostenere tali evoluzioni, con un importante aumento della spesa pubblica associata. Sul **piano qualitativo**, le evoluzioni sono state determinate sia dalla domanda (es. nell'ambito ACD a seguito dell'adozione del finanziamento ospedaliero acuto basato sugli SwissDRG, che hanno contribuito a ridurre la durata delle degenze e dunque hanno chiesto prestazioni sanitarie più complesse al momento del rientro a domicilio), sia dall'offerta (es. a seguito di una crescente professionalizzazione del personale nelle organizzazioni ACD e nelle CpA).

In questo quadro evolutivo, un elemento importante è la crescente **differenziazione** e specializzazione **dei servizi e delle strutture**, sia in ambito diurno (centri diurni, équipe specialistiche di OACD e SACDip, ecc.), sia – e soprattutto – in ambito stazionario. Con riferimento a quest'ultimo, si pensi ad esempio alle molte iniziative di soluzioni abitative per anziani che si differenziano per bisogni di cura e preferenze individuali (che vanno dall'abitazione originaria con pochi adattamenti strutturali, alle soluzioni comunitarie intergenerazionali, agli alloggi protetti, alle case anziani medicalizzate, ecc.). È chiaro che questa ampia paletta di servizi e di soluzioni abitative – individuali o collettive, permanenti o temporanee, “leggere o pesanti” in tecnologia – pone una **sfida allo Stato** e alle altre autorità pubblica, chiamati a decidere se e quali servizi e soluzioni inserire nei meccanismi di pianificazione, supporto e finanziamento pubblico.

Allo stesso tempo, questa “sgranatura” di servizi e di soluzioni residenziali contribuisce ad **avvicinare** ambiti di intervento e di **pianificazione LAnz** (tradizionalmente orientata a organizzare soluzioni in larga misura durature, basate su strutture residenziali o semiresidenziali) e **LACD** (orientata a servizi domicilio e in larga misura temporanei). Con riferimento agli anziani, una proposta che promuove in modo chiaro tale integrazione è quella del “modello abitativo e di cure per le persone anziane (80+) CURAVIVA 2030” che si propone di pianificare e gestire i servizi dedicati agli anziani in modo integrato, con istituzioni che offrano cioè sia servizi “a domicilio”, sia servizi residenziali, inseriti per quanto possibile nella comunità e nello spazio pubblico, in una logica dunque che si vuole aperta, inclusiva e intergenerazionale. Questa visione costituisce probabilmente l'ambito più interessante per lo sviluppo del settore e per la pianificazione cantonale che lo accompagnerà nei prossimi anni.

In ogni caso, per procedere con efficacia lungo il sentiero di una pianificazione integrata LAnz-LACD capace di produrre innovazione sociale e valore per la comunità, sembra necessario che il sistema soddisfi **alcune importanti condizioni**. Tra queste, una riguarda il **numero di attori** istituzionali sul terreno (CpA, servizi di supporto, OACD, SACDip, infermieri indipendenti, ecc.), che oggi appare molto alto e ostacola l'azione cantonale (a causa di processi amministrativi che si allungano, di competenze gestionali limitate sul terreno, ecc.). Una seconda condizione riguarda i **sistemi informatici** che paiono ancora molto frammentati e non interoperabili (con l'importante eccezione dei sistemi RAI) e dunque ostacolano l'azione cantonale. Una terza necessità è quella di coordinare le diverse **normative e pianificazioni** in ambito sanitario e socio-sanitario, **nonché** quella di evitare che i diversi **regimi di finanziamento** previsti non intralcino la collaborazione tra istituzioni e l'innovazione dei servizi.

Bibliografia

- Ankers N., Serdelay C., 2015, *Habitat senior. Proposition de lexique romand unifié*, Berne, Curaviva. (http://www.verlag.curaviva.ch/files/1PNDH74/Habitat-senior-Proposition-de-lexique-romand-unifie_Publication-de-CURAVIVA-Suisse_mai-2015, 1.2.2020)
- Assi J., 2019, *From cure to care. Abitare nella terza e quarta età* (https://www.espazium.ch/it/archi4-19_cure_care, 1.2.2020)
- Associazione dei comuni svizzeri, 2019, *Fattori di successo per la creazione di modelli di cure integrate*, Berna (https://www.chgemeinden.ch/de/flipping-book/integrierte_versorgung_it/, 1.2.2020)
- Conseil fédéral, 2014, *Soutien aux proches aidants – Analyse de la situation et mesures requises pour la Suisse – Rapport du Conseil fédéral*, Berne. (https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/cc/bundesratsberichte/2014/angehoerigenpflege.pdf.download.pdf/rapport_soutiens_aux_proches_aidants_f.pdf, 1.2.2020)
- Consiglio di stato – DSS, 2003, *Pianificazione 2000 – 2010 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino*, Bellinzona. (https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DASF/UACD/PDF/ANZIANI/pianificazione/Pianificazione_2000_2010/pianificazione_2000_2010.pdf, 1.2.2020)
- Consiglio di stato – DSS, 2006, *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2006-2009*, Bellinzona. (https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DASF/UACD/PDF/PIANIFICAZIONE/Pianificazione_ACD_2006-2009.pdf, 1.2.2020)
- Consiglio di stato – DSS – DSP, 2013, *Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2014-2017*, Bellinzona. (https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/OSC/PDF/pianificazione_sociopsichiatrica_cantonale_2014-2017.pdf, 1.2.2020)
- CURAVIVA, 2012, *Prestations de soins intégrés. Les alliances en matière de soins intégrés et d'accompagnement dans le domaine des personnes âgées*, Berne. (https://www.curaviva.ch/files/WORYSL3/prestations_de_soins_integres_cahier_thematique_curaviva_suisse_2012.pdf, 1.2.2020)
- CURAVIVA, 2016, *Le modèle d'habitat et de soins 2030 de CURAVIVA Suisse*, Berne. (https://www.curaviva.ch/files/OBZN615/le_modele_dhabitat_et_de_soins_2030_de_curaviva_suisse_fiche_dinformation_curaviva_suisse_2016.pdf, 1.2.2020)
- CURAVIVA, 2018, *Fiche d'information : Collaboration interprofessionnelle dans le centre de santé*, Berne. (https://www.curaviva.ch/files/BQTJ6T8/centro_sanitario_factsheet_modello_abitativo_e_di_cure_2030_curaviva_svizzera_2018.pdf, 1.2.2020)
- De Pietro C., Camenzind P., Sturny I., Crivelli L. et al., 2015, “Switzerland: Health system review”, *Health Systems in Transition* 17(4):1–288. (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf, 1.2.2020)
- DSS – Commissione della pianificazione sanitaria, 2014, *Rapporto sull'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 della Legge federale sull'assicurazione malattia*

(LAMal). Parte Pianificazione ospedali (art. 39 cpv. 1 LAMal) e Parte Pianificazione istituti di cura 2a fase (art. 39 cpv. 3 LAMal), Bellinzona.

(<https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/AGS/documenti/Rapporto.pdf>, 1.2.2020)

DSS – DASF – UACD, 2011, *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2011-2014*, Bellinzona.

(<http://www4.ti.ch/user/librerie/php/GC/allegato.php?allid=98156>, 1.2.2020)

DSS – DASF – UACD, 2018, *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020*, Bellinzona.

(<http://www4.ti.ch/user/librerie/php/GC/allegato.php?allid=124359>, 1.2.2020)

DSS – DASF – UI, 2019, *Pianificazione 2019-2022 delle strutture e dei servizi per invalidi adulti finanziati dalla Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI) nel Cantone Ticino*, Bellinzona.

(<https://www3.ti.ch/COMUNICAZIONI/186628/Pianificazione%20LISPI.pdf>, 1.2.2020)

Egloff M., Pezzati R., 2016, *L'invecchiamento delle persone con disabilità. Stato dell'arte e analisi della situazione nel Cantone Ticino. Su mandato del Gruppo operativo 7 (GO7) dell'Ufficio degli invalidi*, Manno, SUPSI.

Greppi S., Avilés G., Beltrami S. L., Bigotta M., Colubriale Carone A., Crisà D., 2018, *Valutazione del dispositivo "Aiuti diretti" – Sostegno al mantenimento a domicilio*, Manno, SUPSI.

Hagmann H.-M., Fragnière J.-P., 1997, *Le maintien à domicile. État des lieux et perspectives*, Lausanne, Réalités sociales.

OBSAN, 2016, *Soins de longue durée dans les cantons*, OBSAN Bulletin 13/2016, Neuchâtel.

(https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_bulletin_2016-13_f.pdf, 1.2.2020)

Rüegger H., 2014, *Wohnformen im Alter. Eine terminologische klärung*, Bern, Curaviva.

(https://www.curaviva.ch/files/ZZA5PRN/wohnformen_im_alter_broschuere_curaviva_schweiz_2014.pdf, 1.2.2020)

Schusselé Fillietta S., Kohler D., Berchtold P., Peytremann-Bridevaux I., 2017, *Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015–2016)*, Obsan Dossier 57, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.

(https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_dossier_57_9.pdf, 1.2.2020)

UFSP e CDS, 2017, *Strategia nazionale sulla demenza 2014-2019. Risultati raggiunti nel 2014-2016 e priorità per il 2017-2019*, Berna. (https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/nds_uebersicht.pdf.download.pdf/Demenzstrategie_Uebersicht_IT_191021.pdf,

1.2.2020)

UMC, 2015, *Strategia cantonale di cure palliative Implementazione - Fase 1*, Bellinzona.

(https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/malattie_infettive/Strategia_cantonale_di_cure_palliative_versione_settembre_1_2015.pdf, 1.2.2020)

USTAT, 2012, *Annuario statistico ticinese 2012*, Giubiasco.

(<https://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/index.php?fuseaction=pubblicazioni.detttaglioVolume&t=1&idCollana=23&idVolume=781>, 1.2.2020)

USTAT, 2019, *Annuario statistico ticinese 2019*, Giubiasco.

(<https://www3.ti.ch/DFE/DR/USTAT/index.php?fuseaction=pubblicazioni.detttaglioVolume&t=1&idCollana=23&idVolume=2361>, 1.2.2020)