

Pianificazione integrata LANz – LACD 2021-2030

Stima del fabbisogno 2030

Allegato 3

Versione: 1.0 – novembre 2020

Autrici: Cristina Gianocca, Eva Gschwend

Dipartimento della sanità e della socialità

Divisione della salute pubblica - Statistiche sanitarie

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

Indice

Prefazione - Fabbisogno futuro di cure e pianificazione dei servizi.....	1
1 Metodi usati per stimare l'evoluzione futura.....	2
1.1 Introduzione.....	2
1.2 Scenari demografici.....	3
1.2.1 Scenari demografici esistenti e scenari utilizzati per le diverse pianificazioni	3
1.2.2 Scenari UST 2015-2045	3
1.2.3 Nuovi scenari UST 2020–2050 per il Ticino	6
1.3 Metodi per la stima del fabbisogno futuro di prestazioni	8
1.3.1 Metodo per la stima del fabbisogno di cure di casa per anziani (LS, CS e CAT/STT)	8
1.3.2 Appartamenti protetti e a misura d'anziano.....	10
1.3.3 Metodo per la stima del fabbisogno di cure in Reparti acuti a minore intensità (RAMI) .	10
1.3.4 Metodo per la stima del fabbisogno di cure LAMal e Economia domestica dei servizi di cura e aiuto a domicilio e degli infermieri indipendenti	10
1.3.5 Collaboratrici e collaboratori familiari	11
1.3.6 Metodo per la stima del fabbisogno di servizi d'appoggio e per il mantenimento a domicilio.....	11
1.3.7 Metodo per la stima dei costi futuri a carico dell'ente pubblico.....	11
1.3.8 Metodo per la stima del fabbisogno futuro di personale curante	11
2 Evoluzione demografica nei comprensori SACD.....	12
2.1 Struttura attuale ed evoluzione negli ultimi dieci anni nei comprensori SACD	12
2.2 Scenari demografici 2030 per il Ticino (UST 2015 e USTAT 2016)	13
2.3 Risultati per i comprensori SACD	15
3 Offerta e consumo di prestazioni attuali e fabbisogno nel 2030	18
3.1 Case per anziani	18
3.1.1 Soggiorni di lunga durata in casa per anziani (lungosoggiorno LS).....	21
3.1.2 Soggiorni temporanei in casa per anziani (ST).....	27
3.1.3 CAT/STT	29
3.1.4 Reparti di cure palliative in case anziani	31
3.1.5 Conclusione sul settore delle case per anziani	32
3.2 Appartamenti protetti per anziani e appartamenti a misura d'anziano	33
3.3 Reparti acuti a minore intensità (RAMI)	38
3.4 Settore cure e assistenza a domicilio	40
3.4.1 Cure LAMal a domicilio (art. 7 OPre)	41
3.4.2 Economia domestica	55
3.4.3 Consulenza materno-pediatrica (ICMP)	66
3.4.4 Conclusione sul settore cure e assistenza a domicilio	68
3.5 Collaboratrici e collaboratori familiari (badanti).....	69
3.6 Servizi d'appoggio e aiuti diretti per il mantenimento a domicilio	73
3.6.1 Centri diurni terapeutici (CDT).....	74
3.6.2 Centri diurni socio-assistenziali (CDSA).....	78
3.6.3 Altri servizi riconosciuti ai sensi della LACD	83
3.6.4 Aiuti diretti per il mantenimento a domicilio	91
3.6.5 Conclusione settore servizi d'appoggio e mantenimento a domicilio	93
4 Previsione dei contributi 2030 a carico dell'ente pubblico	94
4.1 Costi totali di gestione e costi a carico dell'ente pubblico nel 2018	94
4.2 Stima del contributo annuale ricorrente a carico dell'ente pubblico nel 2030	95
4.2.1 Influsso del volume di prestazioni e dell'inflazione	95
4.2.2 Costi di investimento per le nuove case anziani.....	97
4.2.3 Variazione non quantificabile dei costi unitari	98
4.2.4 Conclusione sui costi a carico dell'ente pubblico	101

5	Fabbisogno futuro di personale.....	102
5.1	Personale curante nelle case per anziani	102
5.1.1	Evoluzione del personale curante delle case anziani tra il 2010 e il 2018	102
5.1.2	Stima del fabbisogno 2030 di personale curante nelle case anziani	103
5.2	Personale curante nel settore dell'aiuto e delle cure a domicilio (settore ACD).....	105
5.2.1	Evoluzione del personale curante nel settore ACD tra il 2011 e il 2018	105
5.2.2	Stima del fabbisogno 2030 di personale curante nel settore ACD	105
5.3	Personale curante nel settore RAMI	107
5.4	Personale curante nei servizi di appoggio	107
5.5	Conclusione sul personale curante	108

Prefazione - Fabbisogno futuro di cure e pianificazione dei servizi

Obiettivo di questo rapporto è descrivere il ventaglio di prestazioni socio-sanitarie rivolte agli anziani, mostrarne l'evoluzione recente e fornire una stima del fabbisogno di cure nel 2030. Si tratta cioè di fornire le informazioni necessarie alla politica e alla società per decidere come sviluppare l'offerta e garantire il finanziamento dei servizi e delle strutture retti e finanziati dalla Legge cantonale concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz) e Legge cantonale sull'assistenza e cura a domicilio (LACD).

Le prestazioni sono relativamente numerose e diverse tra loro, ciò che rende più difficoltoso avere una visione d'assieme. Le previsioni dei costi a carico dell'ente pubblico e del personale curante che chiudono il rapporto, permettono di disporre di una visione complessiva di tutti i servizi.

Le stime del fabbisogno di cure al 2030 si basano da una parte sul livello attuale dei servizi e dall'altra sull'evoluzione attesa della popolazione anziana. Inoltre per i settori più importanti, si dispone di modelli più sofisticati di proiezione, sviluppati dall'Obsan, che introducono anche ipotesi sull'evoluzione dello stato di salute degli anziani.

Ciononostante le stime si basano essenzialmente sull'esistente, ossia sul "passato" per così dire, senza postulare sviluppi nuovi non ancora avvenuti (come detto si tratta di garantire il futuro di quanto disposto da LACD e LANZ).

Poiché l'evoluzione attesa della popolazione anziana della terza e quarta età fino al 2030 sarà rapidissima e senza precedenti, le stime del fabbisogno di cure nel 2030, presentano tassi di crescita molto importanti, che richiedono aumenti di finanziamento altrettanto importanti. Non va inoltre dimenticato che l'aumento delle persone della quarta età non terminerà nel 2030 ma continuerà, ancora più forte, almeno fino al 2050. Di conseguenza gli aumenti del fabbisogno finanziario illustrati qui, continueranno anch'essi almeno fino al 2050.

1 Metodi usati per stimare l'evoluzione futura

1.1 Introduzione

In questo capitolo riassumiamo le informazioni principali sui modelli utilizzati per le stime, per non appesantire i capitoli dei risultati. Leggere questo capitolo non è indispensabile dato che nei capitoli dei risultati elenchiamo le ipotesi di sviluppo e accenniamo ai metodi di calcolo.

Iniziamo con gli **scenari demografici (cap. 1.2)**, sui risultati dei quali si fondano tutte le altre previsioni del rapporto. Vista l'evoluzione demografica importantissima che ci attende nei prossimi anni, abbiamo illustrato brevemente anche i risultati nazionali. Al cap. 2 invece presentiamo i risultati cantonali e dei singoli Comprensori SADC.

Al **cap. 1.3.1** illustriamo il metodo dell'Osservatorio nazionale della salute (Obsan) per stimare il fabbisogno di **posti letto in casa anziani (lungo soggiorno, corto soggiorno, e reparti CAT/STT)**. Si tratta della metodologia che Obsan ha applicato nel mandato conferitogli nel 2016 dall'Osservatorio cantonale delle professioni delle cure (per la stima del fabbisogno di personale curante). Poiché le stime eseguite da Obsan si basavano sui dati 2015, le abbiamo aggiornate per i settori ST e CAT/STT in ragione della forte evoluzione avvenuta dopo.

In seguito esponiamo le altre metodologie Obsan: al cap. 1.3.2 quella dei **reparti acuti a minore intensità (RAMI)** e al capitolo 1.3.3 dei **servizi di cure e aiuto a domicilio**. Entrambi erano inclusi nel mandato Obsan, ma abbiamo aggiornato le previsioni vista l'importante evoluzione avvenuta dopo il 2015.

Per il **settore dei servizi di appoggio e per il mantenimento a domicilio (cap. 1.3.4)** abbiamo stimato qui per la prima volta, il fabbisogno futuro corrispondente. Queste stime si basano principalmente **sulle previsioni demografiche e, talvolta, sullo sviluppo nell'ultimo decennio**.

Seguono i **costi** finanziati dall'ente pubblico per tutte le prestazioni, stimati per la prima volta (cap. 1.5) e il **personale**, per il quale abbiamo usato il metodo di Obsan (cap. 1.6).

1.2 Scenari demografici

Per stimare i fabbisogni futuri di presa a carico della popolazione anziana è necessario disporre, oltre a modelli per calcolare lo sviluppo della presa a carico, di scenari demografici.

1.2.1 Scenari demografici esistenti e scenari utilizzati per le diverse pianificazioni

L'Ufficio federale di statistica (UST) calcola, ogni 5 anni, nuovi scenari demografici per la Svizzera e per i Cantoni. Da parte sua l'Ufficio cantonale di statistica (USTAT) rielabora gli scenari per dettagliarli dal profilo geografico, elaborando i risultati a livello comunale.

Nel maggio 2016 l'UST ha pubblicato gli scenari 2015-2045 e nel luglio 2020 i nuovi scenari 2020-2050. Poiché per il presente rapporto sono necessari anche i dati a livello comunale (per calcolare i dati per comprensorio SACD) utilizziamo le stime UST 2015 e USTAT 2016.

Tabella 1.2.1.1: Scenari demografici disponibili sul Cantone Ticino, dal 2010

Scenari dell'Ufficio federale di statistica (UST)	Scenari elaborati da altre istanze a partire dagli scenari federali	Osservazioni	Utilizzo degli scenari per le pianificazioni socio-sanitarie.
Scenari UST 2010-2040	Scenari SCRIS 2010-2040 calcolati per il Ticino dall'Ufficio statistica del Canton Vaud (SCRIS 2010)	Gli scenari UST 2010 erano stati usati per la pianificazione ospedaliera Gli scenari dello SCRIS erano stati utilizzati per la precedente pianificazione anziani 2010-2020.	Pianificazione ospedaliera 2015 basata su UST 2010 variante di riferimento Pianificazione anziani 2010-2020 basata su SCRIS 2010 riferimento
Scenari UST 2015-2045 Pubblicati nel 2015.	Scenari USTAT 2016-2045 Pubblicati nel 2016	Gli scenari USTAT sono leggermente più bassi, poiché ipotizzano delle partenze internazionali (emigrazioni) leggermente superiori a quelle ipotizzate da UST.	Per il presente rapporto sono state usate le varianti - di riferimento e - bassa di UST 2015-2045 e USTAT 2016-2045
Scenari UST 2020-2050 Pubblicati in luglio 2020.	Non disponibili al momento. (USTAT sta valutando la possibilità di svilupparli).	I nuovi scenari UST-2020 si differenziano abbastanza dai precedenti UST-2015. Questo punto sarà trattato al capitolo 1.2.3	Utilizzo non possibile per questo rapporto poiché pubblicati tardivamente e non ancora disponibili nella versione comunale di USTAT.

1.2.2 Scenari UST 2015-2045

La metodologia degli scenari demografici è ben sviluppata e fondata sulla scienza demografica, che nei molti anni della sua esistenza ha raggiunto un ottimo grado di accuratezza nelle sue stime. Gli scenari dell'UST si basano sul modello delle componenti. Non entriamo nei dettagli tecnici di questo metodo limitandoci ai principi più importanti.

Prima però va sottolineato che l'UST insiste sul fatto che si tratta di **scenari e non di previsioni** demografiche. Con ciò l'UST intende dire che le sue stime saranno aderenti alla realtà, unicamente se la situazione politica evolverà nel modo descritto dalle ipotesi. Infatti l'elemento principale di incertezza degli scenari demografici nazionali è costituito dalla difficoltà di prevedere le migrazioni internazionali, le quali dipendono da decisioni politiche e flussi internazionali (variabili esogene) che

sono difficili da prevedere (così come non possono essere previsti eventuali eventi catastrofici che incidono sulla demografia¹) ma che incidono molto sul risultato delle stime demografiche. Le altre componenti della stima, ovvero il movimento naturale della popolazione residente e le migrazioni intercantionali, sono invece previste con accuratezza con il metodo usato.

Ipotesi degli scenari UST 2015-2045

Gli scenari UST 2015-2045 si fondano sulle seguenti ipotesi:

Scenario di riferimento

- Economia in condizioni favorevoli
- Miglioramento condizioni economiche delle famiglie con conseguente aumento della fecondità
- Sviluppo della medicina con conseguente aumento della speranza di vita

Scenario alto

- Boom economico
- Politiche familiari dinamiche (favorevoli alla famiglia)
- Progresso della medicina

Scenario basso

- Rallentamento dell'economia
- Incompatibilità (concorrenza) tra vita lavorativa e familiare
- Rallentamento dei progressi medici

Queste ipotesi vengono “tradotte” in parametri numerici da introdurre nel modello delle componenti (indichiamo solo i valori assunti dai parametri nel 2045):

Tabella 1.2.2.1: Ipotesi degli scenari UST2015-2045

	Scenario Alto	Scenario di riferimento	Scenario Basso
Figli per donna	1.52 nel 2045	1.50 nel 2045	1.48 nel 2045
Speranza di vita alla nascita, uomini	86.9 nel 2045	86.2 nel 2045	85.3 nel 2045
Speranza di vita alla nascita, donne	90.0 nel 2045	89.4 nel 2045	88.6 nel 2045
Saldo migratorio	+ 80'000 dal 2020 al 2030	+ 60'000 dal 2020 al 2030	+ 40'000 dal 2020 al '30

Fonte: Scenari demografici 2015-2045 UST Neuchâtel

Risultati per la Svizzera 2015-2045

I tre scenari UST 2015, si distinguono innanzitutto per il livello di popolazione previsto nel 2045:

Negli scenari di riferimento e alto, si supereranno i 10 milioni di abitanti, mentre in quello basso no. I decessi annuali saranno molto simili, nel 2045, in tutti gli scenari, mentre le nascite spazieranno tra le 80'000 annue dello scenario basso e le 100'000 dello scenario alto.

L'aspetto più importante nell'ambito di questo lavoro è l'aumento molto importante atteso per la popolazione anziana.

Di particolare rilevanza per il mercato del lavoro e, a maggior ragione, per il personale di cura, è il cosiddetto “Rapporto di dipendenza”, che mette in relazione gli ultra65enni e la popolazione attiva. Secondo gli scenari tale rapporto evolverà moltissimo di qui al 2045. Così se nel 1990 vi era circa un ultra65enne per 4 persone in età attiva (Rapporto di dipendenza = 24), e nel 2015 ve ne era 1 ogni 3.45 (rapporto di dipendenza = 29), tra 30 anni vi sarà 1 ultra65enne ogni 2 persone attive. In altre parole il rapporto di dipendenza raddoppierà, situandosi, nei diversi scenari tra 46 e 50.

¹ A questo riguardo segnaliamo che l'impatto del Covid-19, nell'estate 2020, in Ticino non modifica i risultati degli scenari demografici.

L'UST rileva che questo cambiamento epocale non avverrà solo in Svizzera, ma ovunque in Europa e avrà per conseguenza che i giovani che attualmente si spostano verso la Svizzera, in futuro non emigreranno più, poiché saranno molto richiesti nei loro paesi di origine.

Tabella 1.2.2.2: Scenari UST 2015-2045: principali parametri demografici, Svizzera 2015 e 2045

	2015	2045 Alto	2045 di Riferimento	2045 Basso
Popolazione	8'327'126	11'032'500	10'176'100	9'352'100
Nascite per anno	60'000 ca.	100'000 ca.	90'000 ca.	80'000 ca.
Decessi per anno	60'000 ca.	95'000 ca.	95'000 ca.	95'000 ca.
Rapp. dipendenza ultra65/(20-64)*100	29	50	48	46

Fonte: Scenari demografici 2015-2045 UST Neuchâtel

Risultati per il Ticino degli scenari UST 2015-2045

La tabella 1.2.2.3 illustra i risultati essenziali degli scenari di riferimento e basso UST 2015-2045 per il Ticino. Torneremo sui risultati per il Ticino al capitolo 2. Qui ci premeva sottolineare che il grado di invecchiamento della popolazione cantonale, che si può ad esempio illustrare tramite il "rapporto di dipendenza della popolazione anziana", è più elevato in Ticino rispetto alla media nazionale.

Ad esempio se in Svizzera si raggiungerà un tasso di dipendenza degli over 65 del 46-50% verso il 2045, in Ticino questo tasso sarà raggiunto già nel 2030. In altre parole il processo d'invecchiamento è più avanti in Ticino di circa una quindicina di anni.

Tabella 1.2.2.3: Principali risultati scenario di riferimento e basso, Ticino

	2015	2020	2025	2030	2045
Scenario di Riferimento					
Popolazione totale	354'822	371'358	386'830	401'482	422'021
Pop attiva 20-64	212'374	219'851	223'761	223'502	214'715
Ultra65enni	77'542	86'658	97'240	111'342	139'632
di cui ultra80enni	22'527	27'889	33'785	39'246	56'716
Rapporto dip. +65	36.5	39.4	43.5	49.8	65.0
Rapporto dip. totale	67.0	68.9	72.9	79.6	96.5
Scenario Basso					
Popolazione	354'086	364'471	373'073	380'353	383'164
Pop attiva 20-64	211'944	215'421	215'221	210'996	194'286
Ultra65enni	77'424	85'770	95'317	108'076	130'648
di cui ultra80enni	22'479	27'517	32'965	37'836	52'786
Rapporto dip. +65	36.5	39.8	44.3	51.2	67.2
Rapporto dip. totale	67.0	69.2	73.3	80.3	97.2

Definizioni:

Rapporto di dipendenza degli ultra65enni: $\text{pop. ultra65enne} / \text{pop. in età attiva} * 100$

Rapporto di dipendenza totale: $(\text{pop. 0-19} + \text{pop. ultra65enne}) / \text{pop. in età attiva} * 100$

Fonte: Scenario UST 2015

1.2.3 Nuovi scenari UST 2020–2050 per il Ticino

Nel luglio 2020 l'UST ha pubblicato i nuovi scenari demografici 2020-2050, che si distanziano abbastanza dai precedenti. Ad esempio lo scenario UST 2015 di Riferimento prevedeva 401'500 abitanti nel 2030, lo scenario UST 2020 di Riferimento solo 352'600 (pari all'88% di 401'500).

In particolare il nuovo scenario 2020 di Riferimento prevede da subito una diminuzione della popolazione cantonale, mentre solo lo scenario 2015 Basso ne prevedeva una, e solo dal 2038.

Il grafico 1.2.4.1 confronta i risultati cantionali dei diversi scenari e della popolazione reale (linea verde). Si osserva che lo scenario UST 2015 Basso è più elevato di UST 2020 Alto. Si osserva pure che lo scenario USTAT 2016² Basso si situa tra i due.

Ora l'Ufficio cantonale di statistica ritiene che, dei nuovi scenari 2020, il più plausibile sia quello Alto. Esso è di poco inferiore allo scenario Basso 2015 da noi usato per le stime. Infatti:

Pop. totale nel 2030_{scenario UST 2020 Alto} = 96% di Pop. totale nel 2030_{scenario UST 2015 Basso}

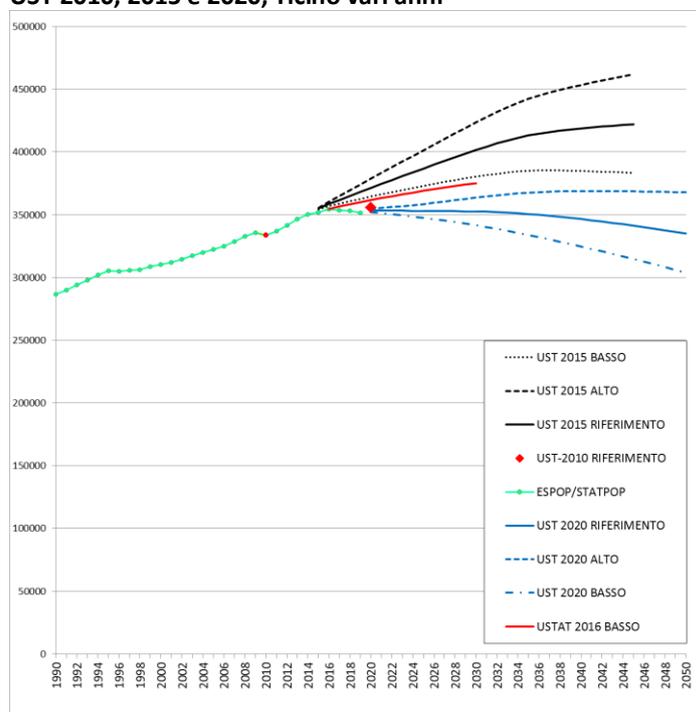
Over80 nel 2030_{scenario UST 2020 Alto} = 97% di Over 80 nel 2030_{scenario UST 2015 Basso}

65-79enni nel 2030_{scenario UST 2020 Alto} = 91% di 65-79enni nel 2030_{scenario UST 2015 Basso}

Per questa classe di età la differenza è maggiore e pari quasi a 7'000 persone. Ciò implica che se lo scenario UST 2020 Alto sarà confermato nei prossimi anni, è possibile che l'aumento degli ultra80enni **dopo il 2040** sia meno accentuato di quanto previsto finora. Tuttavia questo incide relativamente poco sui nostri calcoli, poiché il ruolo dei 65-79enni sul fabbisogno è meno determinante di quello degli over 80.

In conclusione, i nuovi scenari UST 2020-2050, che non erano disponibili durante i nostri lavori e per i quali manca ancora la versione comunale di USTAT, suggeriscono di privilegiare le stime basate sullo scenario Basso UST 2015 (ossia il limite inferiore delle forchette dei risultati).

Grafico 1.2.3.1: Popolazione residente al 31.12 secondo la statistica ESPOP/STATPOP e scenari demografici UST 2010, 2015 e 2020, Ticino vari anni



Fonti: come indicato nella legenda

² Uno degli scenari su cui si basano le stime seguenti

Tab 1.2.3.1 Scenari demografici UST 2015 e UST 2020 a confronto, Ticino vari anni

UST 2015 RIF			UST 2020 RIF			UST 2020 HOCH			
	Totale	65-79	80+	Totale	65-79	80+	Totale	65-79	80+
2020	371'358	58'769	27'889	353'324	55'972	26'320	354'639	56'042	26'472
2025	386'830	63'455	33'785	353'047	57'624	31'479	358'543	57'906	32'055
2030	401'482	72'098	39'246	352'594	63'087	35'638	363'664	63'702	36'763
2035				350'634	69'427	37'875	367'558	70'548	39'703
2040				346'498	71'258	40'927	368'715	72'893	43'490

UST 2015 TIEF			UST 2020 TIEF			USTAT 2016 RIF			
	Totale	65-79	80+	Totale	65-79	80+	Totale	65-79	80+
2020	364'471	58'253	27'517	96.9	96.1	95.6	97.3	96.2	96.2
2025	373'073	62'352	32'965	94.6	92.4	95.5	96.1	92.9	97.2
2030	380'353	70'240	37'836	92.7	89.8	94.2	95.6	90.7	97.2

USTAT 2016 BASSO			USTAT 2016 BASSO			
	Totale	65-79	80+	Totale	65-79	80+
2020	383'469	61'736	32'198	92.1	93.3	97.8
2025	398'236	70'183	37'222	88.5	89.9	95.7

UST 2015 RIF			UST 2020 RIF (in % di UST 2015 RIF)			
	Totale	65-79	80+	Totale	65-79	80+
2020	371'358	58'769	27'889	95.1	95.2	94.4
2025	386'830	63'455	33'785	91.3	90.8	93.2
2030	401'482	72'098	39'246	87.8	87.5	90.8

UST 2015 RIF			UST 2020 HOCH (in % di UST 2015 RIF)			
	Totale	65-79	80+	Totale	65-79	80+
2020	371'358	58'769	27'889	95.5	95.4	94.9
2025	386'830	63'455	33'785	92.7	91.3	94.9
2030	401'482	72'098	39'246	90.6	88.4	93.7

UST 2015 RIF			UST 2020 HOCH (in % di UST 2015 TIEF)			
	Totale	65-79	80+	Totale	65-79	80+
2020	364'471	58'253	27'517	97.3	96.2	96.2
2025	373'073	62'352	32'965	96.1	92.9	97.2
2030	380'353	70'240	37'836	95.6	90.7	97.2

USTAT 2016 RIF			UST 2020 HOCH (in % di USTAT 2016 RIF)			
	Totale	65-79	80+	Totale	65-79	80+
2020	383'469	61'736	32'198	93.5	93.8	99.6
2025	398'236	70'183	37'222	91.3	90.8	98.8

USTAT 2016 BASSO			UST 2020 HOCH (in % di USTAT 2016 BASSO)			
	Totale	65-79	80+	Totale	65-79	80+
2020	368'978	60'936	31'673	97.2	95.0	101.2
2030	375'043	68'696	36'319	97.0	92.7	101.2

Fonte: Scenari demografici UST 2015-2045 e 2020-2050, USTAT 2016

1.3 Metodi per la stima del fabbisogno futuro di prestazioni

1.3.1 Metodo per la stima del fabbisogno di cure di casa per anziani (LS, CS e CAT/STT)

Metodologia Obsan (dati 2015)

Obiettivo della previsione Obsan

Lo scopo di questa previsione è calcolare il numero di ospiti di casa anziani che ci saranno in futuro tra la popolazione domiciliata in Ticino, rispettivamente di giornate di cura di cui necessiteranno queste persone. Da questi numeri poi si deducono i posti letto necessari per rispondere ai bisogni.

Dati di input

Le proiezioni sono state elaborate da Obsan con i dati 2015 della statistica federale SOMED A (case anziani medicalizzate). Le abbiamo aggiornate al 2018 per tutti i settori salvo che per i soggiorni lunghi (LS). Gli utenti usati come base per la stima sono i seguenti:

- Oltre agli ospiti in case anziani ticinesi, sono stati inclusi gli ospiti ticinesi in istituti fuori cantone.
- Gli ospiti sotto i 65 anni non sono stati considerati. Nel 2015 questi ospiti erano 56 nelle CPA ticinesi. Rispetto al totale rappresentano solo l'1,5%.
- Il modello di base Obsan non considera nei calcoli gli ospiti non dipendenti (grado RAI <2). Però abbiamo scelto una variante del modello che li includa, al fine di disporre della proiezione più "completa" possibile.
- Inoltre abbiamo chiesto di includere anche le persone iscritte in una lista di attesa. Quest'aggiunta era importante per non sottostimare la domanda di cure della popolazione. La lista di attesa era stata allestita anch'essa nel 2016.

Infine abbiamo proiettato separatamente i diversi tipi di presa a carico delle case anziani (lungo soggiorno, soggiorno breve e CAT-STT), al fine di disporre di una visione il più articolata e chiara possibile del fabbisogno di cure in CPA.

Metodo di calcolo

Il modello Obsan per la previsione degli ospiti di case anziani, è relativamente complicato. La proiezione non avviene in base agli scenari demografici UST, ma in base alla previsione della popolazione anziana **dipendente da cure** derivata dagli scenari. Occorre quindi prima di tutto stimare la popolazione anziana cantonale dipendente da cure nel 2030.

Per farlo, Obsan ha dedotto i tassi di prevalenza della dipendenza da cure nella popolazione anziana, dai dati dell'Inchiesta svizzera sulla salute 2012 (colonna C tabella sottostante). Poi, applicando i tassi di prevalenza alle previsioni demografiche UST-2015, si ottiene la futura popolazione anziana dipendente da cure (colonna E).

Tabella 1.3.1.1: Metodi di calcolo per ottenere la popolazione futura dipendente da cure

	Popolazione residente STATPOP	Da ISS 2012: stima della popolazione dipendente da cura	Tasso di prevalenza dipendenza da cure	Previsioni demografiche UST-2015	Popolazione futura dipendente da cure
	A	B	$C = B/A * 100$	D	$E = C * D / 100$
Totale di cui:	Non considerato	Non considerato	Non considerato	Non considerato	Non considerato
65-79	Pop 65-79	Pop dip 65-79	T.p.d. 65-79	Pop futura 65-79	Pop Dip 65-79
80+	Pop 80+	Pop dip 80+	T.p.d. +80	Pop futura 80+	Pop Dip 80+

Quindi si tratta di dedurre il numero futuro di ospiti dipendenti, secondo i calcoli della tabella che segue. Dapprima si calcoleranno i tassi 2015 di istituzionalizzazione degli anziani dipendenti (colonna G), Quindi si applicheranno questi tassi alla futura popolazione dipendente, ottenendo così il numero dei futuri ospiti dipendenti (colonna H).

Tabella 1.3.1.2: Metodi di calcolo per calcolare i futuri ospiti dipendenti

	Anziani in CPA dipendenti (Grado RAI >2) nel 2015 Dato SOMED	Tasso di istituzionalizzazione delle persone dipendenti da cure	Numero futuro di ospiti dipendenti in CPA (Grado RAI >2)
	F	$G = F/B * 100$	$H = G * E / 100$
Totale			
di cui 65-79		T.i.Dip 65-79	Ospiti Dip 65-79
di cui 80+		T.i.Dip 80+	Ospiti Dip 80+

A questo punto la proiezione degli ospiti dipendenti è terminata. Noi però abbiamo voluto includere anche gli ospiti non dipendenti (RAI <3) nonché gli anziani registrati in lista di attesa. Questi ospiti sono proiettati in base alle previsioni demografiche UST-2015 (dato che non si conosce il loro livello di dipendenza).

Tabella 1.3.1.3: Metodi di calcolo per proiettare gli "Altri ospiti" (non dipendenti né in lista di attesa)

	Ospiti in casa anziani con grado RAI <2 nel 2015 + Persone in lista di attesa 2015	Tasso di istituzionalizzazione 2015 degli altri ospiti	Altri ospiti futuri in casa anziani
	I	$J = I/A * 100$	$K = J * D / 100$
Totale			
di cui 65-79		T.i. altri 65-79	Ospiti altri 65-79
di cui 80+		T.i. altri 80+	Ospiti altri 80+

Questi sono quindi i diversi procedimenti utilizzati per proiettare gli ospiti di case anziani. Tuttavia bisogna ancora considerare le ipotesi di questi scenari, che modulano i risultati esposti degli ospiti dipendenti.

Scenari Obsan (ipotesi di evoluzione)

Il bisogno di ricevere cure in casa anziani (l'entrata in casa anziani) è determinata la maggior parte delle volte dallo stato di salute della persona e, in particolare, dal suo stato di dipendenza da cure. I dati dell'ISS 2012 hanno permesso di quantificare i bisogni nel 2012. Ma come stanno evolvendo questi parametri nella popolazione? Qual è l'influsso dell'aumento della speranza di vita sul momento in cui inizia, per gli anziani, la dipendenza da cure?

Gli specialisti non sono unanimi circa le conseguenze dell'allungamento della speranza di vita. Secondo alcuni studi, le persone vivranno più a lungo ma in condizioni di salute peggiorate, secondo altri, la qualità di vita alla stessa età migliorerà, e il momento in cui si necessiteranno cure subentrerà più tardivamente.

Poiché al momento non vi è una risposta definitiva a questa domanda, Obsan ha elaborato tre scenari (da combinare con quelli dell'evoluzione della popolazione).

Nello scenario di riferimento, si ipotizza che gli anni di vita guadagnati (rispetto alla speranza di vita attuale), saranno anni di vita in buona salute. In altre parole la dipendenza subentrerà più tardi nella vita delle persone e, per ipotesi, avrà la medesima durata di oggi.

Nello scenario pessimista, si suppone invece che gli anni di vita guadagnati rispetto alla situazione attuale, sono anni di cattiva salute. Quindi si ipotizza che le persone entreranno in istituto alla stessa età di oggi, ma vi resteranno più a lungo. Le previsioni di questo scenario sono quelle che si ottengono con i calcoli spiegati sopra. Per gli altri scenari occorre elaborare ulteriormente i dati.

Nello scenario ottimista, infine, si ipotizza non solo che gli anni di vita guadagnati rispetto alla speranza di vita attuale saranno anni in buona salute, ma anche che la durata complessiva della dipendenza (e del soggiorno in istituto) diminuirà di durata.

Scelta degli scenari per il Ticino (ipotesi di lavoro)

Gli esperti hanno scelto per il Ticino gli scenari di riferimento e ottimista e l'Obsan ha quindi elaborato i dati utilizzando i suoi algoritmi.

Oltre agli scenari sull'evoluzione dello stato di salute della popolazione anziana, gli esperti hanno scelto, per l'aspetto demografico, lo scenario di riferimento (medio) e quello basso. Da notare che al momento attuale lo scenario demografico che appare più plausibile è lo scenario basso.

Risultati delle stime sul fabbisogno futuro

I risultati delle stime calcolate da Obsan per il lungo soggiorno in casa anziani, effettuate sulla base dei dati di attività del 2015 e delle liste di attesa, sono esposti al capitolo 3.1.1 (lungo soggiorno). Per i Soggiorni temporanei (3.1.2) e per i CAT/STT (3.1.3) abbiamo dovuto aggiornare le stime dell'Obsan sulla base dei dati di attività più recenti (2018), in quanto l'importante potenziamento del numero di posti intervenuto negli anni 2017-2018 in questi settori, imponeva di modificare i dati di partenza della stima. Lo abbiamo fatto però sulla base dei modelli di previsione dell'Obsan.

1.3.2 Appartamenti protetti e a misura d'anziano.

Nessuna stima del fabbisogno futuro.

1.3.3 Metodo per la stima del fabbisogno di cure in Reparti acuti a minore intensità (RAMI)

L'Obsan aveva proiettato le cure RAMI, prima che questi reparti entrassero veramente in funzione, cosa avvenuta nel 2018. L'Obsan si era quindi basato sui dati degli istituti ospedalieri di medicina di base che sembravano destinati, in quel momento dei lavori di pianificazione ospedaliera 2015, a diventare RAMI. Per questa proiezione l'Obsan si è quindi basato sul suo modello di previsione del fabbisogno di cure ospedaliere per i reparti acuti, in particolare con ipotesi sulla diminuzione della durata media di degenza.

Poiché però nel frattempo i reparti RAMI hanno iniziato la loro attività, abbiamo aggiornato la proiezione ricalcolandola sulla base dei dati di attività RAMI 2018.

Per questo settore non abbiamo potuto applicare la metodologia Obsan, dato che i dati necessari non sono più raccolti (nella stessa forma) da quando questi reparti dal 2018 non offrono più cure ospedaliere acute.

Per aggiornare la stima abbiamo quindi usato i dati a disposizione e introdotto ipotesi limitatamente all'aspetto demografico (scenari basso e medio), senza le altre ipotesi Obsan di diminuzione della durata media di degenza né di miglioramento dello stato di salute degli anziani.

1.3.4 Metodo per la stima del fabbisogno di cure LAMal e Economia domestica dei servizi di cura e aiuto a domicilio e degli infermieri indipendenti

Nei lavori del mandato 2016, per stimare il fabbisogno di cure LAMal Spitex, Obsan aveva introdotto unicamente ipotesi riguardanti l'evoluzione demografica. Infatti nella statistica federale ufficiale delle

cure a domicilio non si raccolgono dati qualitativi sui pazienti ma solo sulla loro classe di età, ciò che rende difficile introdurre ipotesi diverse.

Da notare inoltre che le stime Obsan si limitavano al settore delle cure LAMal (senza considerare le prestazioni di aiuto domiciliare né quelle di altro tipo) e si basavano sui dati del 2014.

Si constata però che l'espansione di questo settore continua a un ritmo elevato, molto superiore all'evoluzione demografica. Così nel 2018 l'attività registrata nella statistica ha già raggiunto il fabbisogno stimato da Obsan per il 2025 e, verosimilmente, nel 2019 l'attività ha superato il fabbisogno stimato da Obsan per il 2030. Nel 2018 sono pure state già superate le stime dell'UACD per il periodo 2017-2020.

Di conseguenza occorre calcolarne di nuove. Occorre inoltre estenderle al settore dell'aiuto domiciliare. Lo abbiamo fatto sulla base dell'evoluzione demografica, ma abbiamo introdotto considerazioni anche sull'aumento del tasso di cure LAMal consumate e, per il settore dell'economia domestica che presenta un'evoluzione inversa, sulla diminuzione dei tassi di ore di economia domestica erogate.

1.3.5 Collaboratrici e collaboratori familiari

Nessuna stima del fabbisogno futuro.

1.3.6 Metodo per la stima del fabbisogno di servizi d'appoggio e per il mantenimento a domicilio

Per questo settore non esiste ancora una metodologia di stima del fabbisogno consolidata e dettagliata. Dove i dati sull'utenza erano disponibili per fasce d'età, la stima del fabbisogno futuro è stata effettuata proiettando le classi di età separatamente. Se questi dati non erano disponibili, abbiamo effettuato un'unica stima tenendo conto anche dello sviluppo passato.

La metodologia applicata per le singole prestazioni è descritta nel capitolo dedicato alla prestazione.

1.3.7 Metodo per la stima dei costi futuri a carico dell'ente pubblico

I costi futuri a carico dell'ente pubblico sono stati stimati moltiplicando il finanziamento attuale riconosciuto per le singole prestazioni (aumentato dell'inflazione prevista dal 2018 al 2030) con il fabbisogno stimato per il 2030.

1.3.8 Metodo per la stima del fabbisogno futuro di personale curante

Il metodo usato è lo stesso sviluppato e descritto da Obsan nel suo "Rapport 71 Personnel de santé en Suisse, Etat des lieux et projections à l'horizon 2030".

2 Evoluzione demografica nei comprensori SACD

Per stimare il fabbisogno futuro di presa a carico della popolazione anziana è necessario disporre, oltre a modelli di sviluppo della presa a carico, di scenari demografici. Poiché la presente pianificazione anziani analizza i dati e il fabbisogno futuro secondo i Comprensori SACD, abbiamo bisogno di una previsione demografica regionalizzata, disponibile solo negli scenari elaborati dall'Ufficio cantonale di statistica (USTAT). Prima di esporre i risultati degli scenari cantonali, presentiamo i risultati dell'evoluzione demografica nei Comprensori SACD degli ultimi anni.

2.1 Struttura attuale ed evoluzione negli ultimi dieci anni nei comprensori SACD

Evoluzione cantonale

Nel 2018 il Canton Ticino contava 353'000 abitanti, di cui quasi 80'000 ultra65enni. Dal 2008 al 2018 la popolazione cantonale è aumentata del 6.2%, passando da 332'736 a 353'343 abitanti. Si noti però che, dopo il 2016, si è registrata per tre volte (2017, 2018 e 2019, dati 2019 provvisori) una diminuzione della popolazione cantonale. La diminuzione osservata dipende anche dalla struttura demografica attuale (popolazione molto invecchiata).

Il processo d'invecchiamento della popolazione è tuttora in corso in Ticino. Esso consiste sostanzialmente in un aumento più rapido della popolazione delle fasce d'età sopra i 65 anni, rispetto all'aumento della popolazione totale. Dal 2008 al 2018 quest'aumento è stato particolarmente accentuato per gli ultra80enni, aumentati del 27.9%. Questa dinamica differenziata per classi di età si ripercuote, ovviamente, sulla percentuale di anziani rispetto alla popolazione residente totale. Ad esempio tra il 2008 e il 2018 la quota degli ultra65enni in Ticino è aumentata dal 19.9% al 22.6% della popolazione (+2.7 punti percentuali).

Per il tema che ci interessa, la presa a carico della popolazione anziana, è importante osservare non solo che la popolazione anziana aumenta, ma anche che la popolazione anziana stessa invecchia. Ad esempio se nel 2008 gli ultra80enni erano 18'900, pari al 28.5% della popolazione **anziana** residente, nel 2018 erano 24'171 pari al 30.2%.

Evoluzione nei comprensori SACD

Per quanto riguarda i 6 comprensori SACD si osservano disparità regionali, legate in particolare al diverso grado di invecchiamento della popolazione. In particolare i comprensori con la popolazione meno invecchiata presentano una dinamica maggiore. Dal 2008 al 2018 vi è stato ovunque un aumento della popolazione tranne che nella regione Tre Valli (-1%). Gli aumenti più forti sono avvenuti nei comprensori del Bellinzonese (+12%), Malcantone e Vedeggio (+9%) e Luganese (+7%), che sono anche i meno invecchiati. Nei comprensori del Mendrisiotto e Basso Ceresio (+5%) e Locarnese e Vallemaggia (+4%) l'evoluzione è stata più contenuta.

L'aumento della popolazione ultra65enne è stato molto accentuato nei comprensori Malcantone e Vedeggio (+30%) Bellinzonese (+25%) e un po' meno nel Mendrisiotto e Basso Ceresio e Locarnese e Vallemaggia (entrambi +20%), Luganese (+18%) e Tre Valli (+13%). Per quanto riguarda il grado di invecchiamento della popolazione, l'evoluzione appena descritta intercorsa tra il 2008 e il 2018 non ha cambiato quasi nulla nella "graduatoria":

- il comprensorio Locarnese e Vallemaggia era e resta il più invecchiato (la percentuale di persone ultra65enni è passata nel decennio da 22.2% a 25.8%);
- seguito dal comprensorio Tre Valli (passato da 21.1% a 24.0%)
- e Mendrisiotto e Basso Ceresio (da 20.6% a 23.6%).

Ancora sotto la quota del 20% nel 2008, seguivano i restanti comprensori che però hanno superato (quasi tutti) questa soglia nel frattempo:

- Luganese (passato da 19.7% a 21.7%)
- Bellinzonese, divenuto il comprensorio meno invecchiato (da 17.7% a 19.8%)
- e Malcantone e Vedeggio, che ha perso questo primato (da 17.6% a 21.0%).

Tabella 2.1.1: Pop. residente permanente al 31.12, totale e anziana, per comprensorio SACD, Ticino dal 2008

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Var 2008-2018	
													ass.	in %
Ticino Totale	Totale	332'736	335'720	333'753	336'943	341'652	346'539	350'363	351'946	354'375	353'709	353'343	20'607	6.2%
	65 o +	66'330	67'965	68'224	70'099	71'889	73'690	75'549	76'731	78'030	78'899	79'895	13'565	20.5%
	80 o +	18'900	19'449	18'970	19'542	19'988	20'648	21'412	22'092	22'768	23'387	24'171	5'271	27.9%
	85 o +	9'665	9'994	9'493	9'832	10'106	10'323	10'709	10'925	11'309	11'610	12'080	2'415	25.0%
	90 o +	3'683	3'779	3'316	3'543	3'681	3'852	4'084	4'182	4'333	4'455	4'614	931	25.3%
	Totale	100.00%												
	65 o +	19.9%	20.2%	20.4%	20.8%	21.0%	21.3%	21.6%	21.8%	22.0%	22.3%	22.6%		2.7
	80 o +	5.7%	5.8%	5.7%	5.8%	5.9%	6.0%	6.1%	6.3%	6.4%	6.6%	6.8%		1.2
	85 o +	2.9%	3.0%	2.8%	2.9%	3.0%	3.0%	3.1%	3.1%	3.2%	3.3%	3.4%		0.5
	90 o +	1.1%	1.1%	1.0%	1.1%	1.1%	1.1%	1.2%	1.2%	1.2%	1.3%	1.3%		0.2
Mendrisiotto e Basso Ceresio	Totale	52'725	52'961	52'715	53'028	53'694	54'606	55'393	55'580	56'018	55'546	55'281	2'556	4.8%
	65 o +	10'867	11'116	11'176	11'487	11'718	11'995	12'322	12'501	12'739	12'886	13'031	2'164	20%
	80 o +	3'051	3'197	3'149	3'292	3'340	3'475	3'609	3'693	3'816	3'927	4'072	1'021	33%
	85 o +	1'523	1'591	1'543	1'626	1'647	1'674	1'765	1'814	1'918	1'970	2'065	542	36%
	90 o +	529	573	526	579	605	644	668	665	703	720	746	217	41%
Luganese	Totale	100'270	101'420	100'514	101'535	103'208	105'090	106'692	106'885	107'207	107'084	106'934	6'664	6.6%
	65 o +	19'723	20'201	20'056	20'640	21'242	21'817	22'365	22'702	22'951	23'106	23'242	3'519	18%
	80 o +	5'694	5'832	5'616	5'770	5'921	6'140	6'422	6'676	6'886	7'063	7'296	1'602	28%
	85 o +	2'905	3'025	2'844	2'915	3'031	3'126	3'252	3'305	3'393	3'495	3'618	713	25%
	90 o +	1'107	1'113	969	1'017	1'061	1'154	1'258	1'299	1'342	1'388	1'427	320	29%
Malcantone e Veduggio	Totale	37'226	37'676	37'528	38'233	39'077	39'891	40'330	40'625	40'926	40'524	40'640	3'414	9.2%
	65 o +	6'566	6'799	6'941	7'184	7'486	7'717	7'960	8'162	8'330	8'415	8'526	1'960	30%
	80 o +	1'729	1'763	1'752	1'808	1'902	1'968	2'065	2'166	2'181	2'236	2'330	601	35%
	85 o +	862	882	832	869	946	968	997	1'056	1'087	1'138	1'170	308	36%
	90 o +	354	360	306	334	355	354	374	403	404	440	446	92	26%
Locarnese e Vallemaggia	Totale	67'640	68'070	67'469	68'070	68'731	69'202	69'461	69'672	70'214	70'122	70'045	2'405	3.6%
	65 o +	15'041	15'417	15'530	15'970	16'311	16'712	17'042	17'235	17'564	17'776	18'091	3'050	20%
	80 o +	4'310	4'449	4'337	4'481	4'541	4'682	4'804	4'890	5'037	5'181	5'335	1'025	24%
	85 o +	2'201	2'303	2'217	2'325	2'318	2'340	2'418	2'427	2'487	2'527	2'630	429	19%
	90 o +	860	876	741	813	812	851	914	923	947	955	996	136	16%
Bellinzonese	Totale	49'579	50'247	50'452	51'125	51'805	52'549	53'216	53'863	54'600	55'135	55'313	5'734	11.6%
	65 o +	8'794	9'046	9'149	9'383	9'590	9'800	10'090	10'315	10'560	10'755	10'975	2'181	25%
	80 o +	2'534	2'592	2'542	2'603	2'646	2'733	2'781	2'884	3'006	3'126	3'235	701	28%
	85 o +	1'316	1'328	1'252	1'291	1'332	1'382	1'406	1'440	1'524	1'572	1'666	350	27%
	90 o +	491	508	460	482	511	521	522	538	576	611	651	160	33%
Tre Valli	Totale	25'296	25'346	25'075	24'952	25'137	25'201	25'271	25'321	25'410	25'298	25'130	-166	-0.7%
	65 o +	5'339	5'386	5'372	5'435	5'542	5'649	5'770	5'816	5'886	5'961	6'030	691	13%
	80 o +	1'582	1'616	1'574	1'588	1'638	1'650	1'731	1'783	1'842	1'854	1'903	321	20%
	85 o +	858	865	805	806	832	833	871	883	900	908	931	73	9%
	90 o +	342	349	314	318	337	328	348	354	361	341	348	6	2%

Fonte: STATPOP UST

2.2 Scenari demografici 2030 per il Ticino (UST 2015 e USTAT 2016)

L'UST elabora tre scenari: di riferimento (medio), basso e alto. L'USTAT li rielabora regionalizzandoli. Nel far ciò l'USTAT riprende le ipotesi UST; però ha modificato quella sulle partenze internazionali che, secondo l'USTAT, sono più elevate.

Per le stime del fabbisogno, abbiamo usato gli scenari di riferimento (ipotesi di una buona crescita economica e di un alto grado di conciliazione tra lavoro e famiglia) e basso (ipotesi di un'economia rallentata). La tabella 2.2.1 riporta le previsioni cantonali per comprensorio SACD al 2030.

Occorre sottolineare che oggi, a quattro anni dalla pubblicazione, il più plausibile è lo scenario basso; specie dopo la diminuzione della popolazione in Ticino negli anni 2017, 2018 e 2019³.

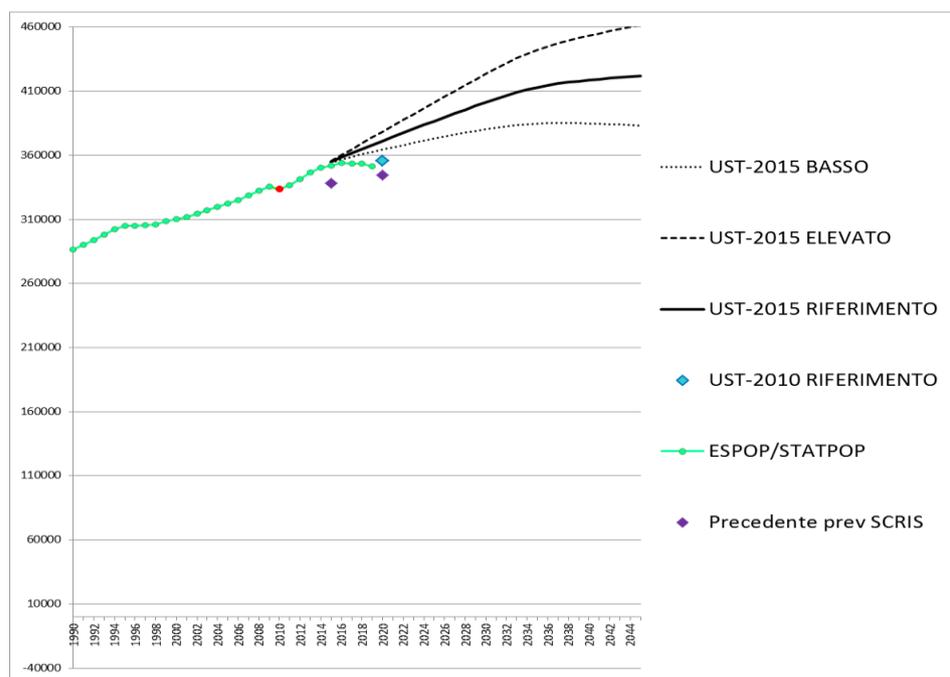
Secondo lo scenario di riferimento, la popolazione ticinese tra il 2018 e il 2030 aumenterà del 12.7% (+ 44'900 persone); secondo lo scenario basso del 6.1% (+ 21'700 abitanti).

Invece gli over 65 aumenteranno del 34.6% (scenario di riferimento +27'611 persone) e del 31.4% secondo lo scenario basso (+25'120 persone). Come noto ciò dipende elevato numero di persone (i baby-boomers) che entreranno in età di pensionamento nel decennio a venire.

³ Di fatti i nuovi scenari UST 2020-2050 pubblicati da poco, sono sensibilmente più bassi degli scenari UST 2015-2045 (vedi capitolo 1.2.3).

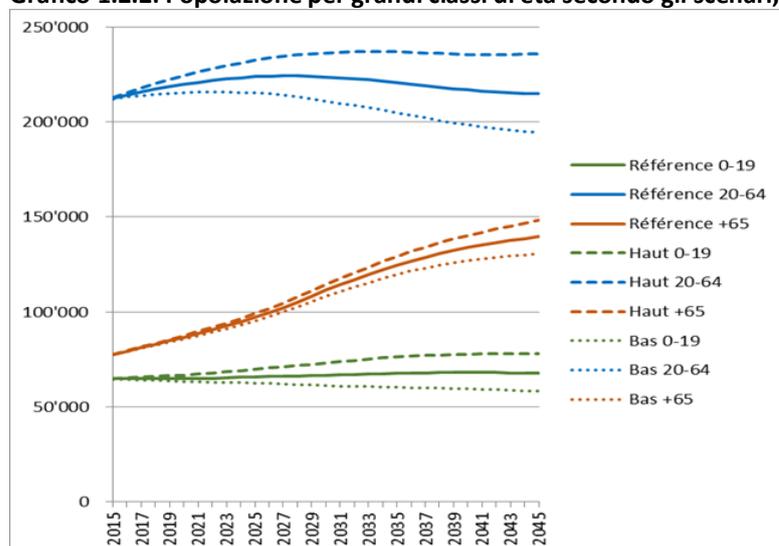
Nello scenario basso l'aumento degli ultra65enni (+25'120 persone) sarà addirittura più elevato dell'aumento della popolazione complessiva (+21'700).

Grafico 2.2.1: Evoluzione della popolazione cantonale reale e secondo i diversi scenari



Fonti: come indicato nella legenda

Grafico 1.2.2: Popolazione per grandi classi di età secondo gli scenari, Ticino 2015-2045



Fonte: Scenari demografici UST 2015-2045, Neuchâtel

Tutto ciò è illustrato sul grafico **2.2.2**. In rosso gli anziani. La popolazione giovane (in verde) diminuisce da subito (scenario basso) e aumenta leggermente nello scenario medio. Infine la popolazione in età attiva (in blu) che si fa carico delle altre due, diminuisce dal 2024 nello scenario basso e dal 2029 nello scenario di riferimento.

Queste variazioni incideranno sul **rapporto di dipendenza**, che sintetizza il rapporto tra generazioni. Esso è la percentuale delle persone anziane (eventualmente sommate ai giovani) rispetto alla popolazione in età attiva (ossia di età compresa tra 20 e 64 anni).

Il rapporto di dipendenza è destinato a evolvere in maniera drammatica negli anni a venire.

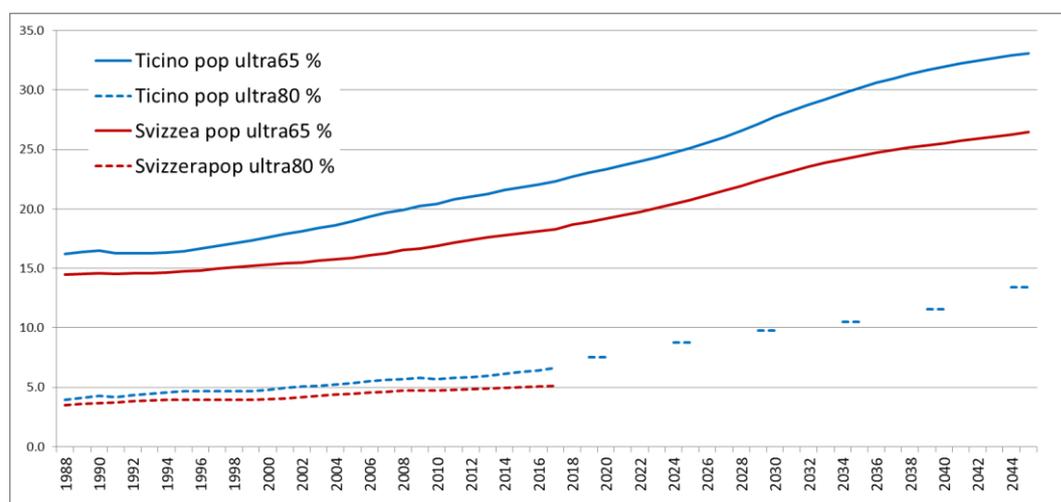
In Ticino nel 2015 il **rapporto di dipendenza degli anziani** era già del 36.5% (ossia un ultra65enne ogni 2.37 persone in età attiva), nel 2030 sarà del 50% (un over65 ogni 2 persone in età attiva) e nel 2045 del 65% (un anziano ogni 1.5 persone in età attiva).

Includendo nel calcolo i giovani, pure dipendenti, risulta che il **rapporto di dipendenza totale** sarà dell'80% già nel 2030 (una persona dipendente, giovane o anziana, ogni 1.25 persone in età) e si avvicinerà al 100% nel 2045 (una persona dipendente per una persona in età attiva).

Infine il grafico 2.2.3 illustra la percentuale di anziani (over 65 e over 80) rispetto alla popolazione totale, in Ticino e in Svizzera, e permette di constatare quanti anni più "avanti" si trovi il Ticino rispetto alla Svizzera, in questa evoluzione.

Secondo lo scenario di riferimento in Ticino la quota di ultra65enni passerà dall'attuale 22.6% al 27.0% nel 2030 (+ 4.4 punti percentuali); secondo lo scenario basso salirà al 28.0% (+ 5.4 p.p.) La quota degli over 80 passerà dal 6% al 10% circa.

Grafico 2.2.3: Quota di anziani nella pop. residente, Ticino e Svizzera (over65 e over 80 in % della pop. totale)



Fonte: Scenari demografici 2015-2045 UST Neuchâtel

2.3 Risultati per i comprensori SACD

Per quanto riguarda i comprensori SACD, entrambi gli scenari confermano le differenze di invecchiamento esistenti, nel senso che la "graduatoria" di invecchiamento non muta al 2030. I comprensori restano così ordinati dal più al meno invecchiato: Locarnese e Vallemaggia (il più anziano, con quote di ultra65enni rispettivamente del 31% nello scenario di riferimento e 32% nello scenario basso), seguito dalle Tre Valli (29%/31%), Mendrisiotto e Basso Ceresio (27%/29%) Luganese (26%/27%) Malcantone e Veduggio (26%/26%) e Bellinzonese (23%/23%).

Gli aumenti della popolazione totale saranno più importanti nei Comprensori più giovani, dato che la popolazione giovane presenta una dinamica positiva. Il comprensorio che aumenterà di meno sarà quello delle Tre Valli, che aumenterà del 2% (+ 533 abitanti) secondo lo scenario di riferimento e diminuirà del 3% (- 788 abitanti) secondo lo scenario basso. Lo segue il comprensorio Locarnese e Vallemaggia che aumenterà nello scenario di riferimento del 7% (+4'947 abitanti) rispettivamente del 2% nello scenario basso (+1'297 abitanti). Il comprensorio Mendrisiotto e Basso Ceresio registrerà gli aumenti rispettivi di +13%/+6% (+7'156/+3'186), Luganese +15%/+6% (+16'102/+6'589) Bellinzonese

+15%/+10% (+8'330/+5'652) infine Malcantone e Vedeggio registrerà un aumento di +19%/+14% (+7'825/+5'763) secondo lo scenario.

In tutti i comprensori SACD gli aumenti della popolazione anziana saranno molto più importanti in termini percentuali di quelli della popolazione totale.

Tabella 2.2.1: Scenari di riferimento e basso della popolazione residente permanente al 31.12, totale e anziana, per comprensorio SACD, al 2025 e al 2030 (dati assoluti e variazioni)

	Popolaz. residente 2018	Scenario basso					Scenario di riferimento			
		Previsione		Variaz. 2018-2030			Previsione		Variaz. 2018-2030	
		2025	2030	ass	in %	2025	2030	ass	in %	
Ticino	Totale	353'343	368'978	375'043	21'700	6.1%	383'469	398'236	44'893	12.7%
	65 o +	79'895	92'609	105'015	25'120	31.4%	93'934	107'506	27'611	34.6%
	80 o +	24'171	31'673	36'319	12'148	50.3%	32'198	37'322	13'151	54.4%
	85 o +	12'080	16'794	20'262	8'182	67.7%	17'143	20'944	8'864	73.4%
	90 o +	4'614	6'682	8'518	3'904	84.6%	6'877	8'914	4'300	93.2%
	Totale	100%	100%	100%			100%	100%		
	65 o +	22.6%	25.1%	28.0%	5.4		24.5%	27.0%	4.4	
	80 o +	6.8%	8.6%	9.7%	2.8		8.4%	9.4%	2.5	
	85 o +	3.4%	4.6%	5.4%	2.0		4.5%	5.3%	1.8	
	90 o +	1.3%	1.8%	2.3%	1.0		1.8%	2.2%	0.9	
Mendrisiotto e Basso Ceresio	Totale	55'281	57'740	58'467	3'186	5.8%	60'240	62'437	7'156	12.9%
	65 o +	13'031	14'690	16'910	3'879	30%	14'757	17'102	4'071	31%
	80 o +	4'072	5'008	5'604	1'532	38%	5'038	5'652	1'580	39%
	85 o +	2'065	2'707	3'144	1'079	52%	2'741	3'210	1'145	55%
	90 o +	746	1'086	1'346	600	80%	1'107	1'390	644	86%
Luganese	Totale	106'934	112'016	113'523	6'589	6%	118'027	123'036	16'102	15%
	65 o +	23'242	27'398	31'172	7'930	34%	28'066	32'191	8'949	39%
	80 o +	7'296	9'500	10'971	3'675	50%	9'759	11'385	4'089	56%
	85 o +	3'618	5'123	6'133	2'515	70%	5'290	6'425	2'807	78%
	90 o +	1'427	2'044	2'638	1'211	85%	2'126	2'792	1'365	96%
Malcantone e Vedeggio	Totale	40'640	44'563	46'403	5'763	14%	45'845	48'465	7'825	19%
	65 o +	8'526	10'546	12'198	3'672	43%	10'654	12'563	4'037	47%
	80 o +	2'330	3'442	4'085	1'755	75%	3'466	4'224	1'894	81%
	85 o +	1'170	1'735	2'216	1'046	89%	1'737	2'257	1'087	93%
	90 o +	446	681	877	431	97%	689	907	461	103%
Locarnese e Vallemaggia	Totale	70'045	71'146	71'342	1'297	2%	73'372	74'992	4'947	7%
	65 o +	18'091	20'581	22'923	4'832	27%	20'887	23'505	5'414	30%
	80 o +	5'335	7'153	8'136	2'801	53%	7'270	8'362	3'027	57%
	85 o +	2'630	3'746	4'586	1'956	74%	3'824	4'740	2'110	80%
	90 o +	996	1'480	1'902	906	91%	1'523	1'992	996	100%
Bellinzonese	Totale	55'313	58'743	60'965	5'652	10%	60'387	63'643	8'330	15%
	65 o +	10'975	12'675	14'355	3'380	31%	12'754	14'691	3'716	34%
	80 o +	3'235	4'198	4'825	1'590	49%	4'233	4'985	1'750	54%
	85 o +	1'666	2'186	2'640	974	58%	2'205	2'713	1'047	63%
	90 o +	651	846	1'079	428	66%	866	1'134	483	74%
Tre Valli	Totale	25'130	24'770	24'342	-788	-3%	25'599	25'663	533	2%
	65 o +	6'030	6'721	7'458	1'428	24%	6'815	7'454	1'424	24%
	80 o +	1'903	2'373	2'698	795	42%	2'432	2'715	812	43%
	85 o +	931	1'298	1'543	612	66%	1'346	1'598	667	72%
	90 o +	348	546	675	327	94%	565	700	352	101%

Fonti: 2018 STATPOP, 2025 e 2030 Scenari demografici UST-USTAT

Nello scenario di riferimento gli aumenti degli over 65 sono compresi tra il +24% delle Tre Valli e il +47% di Malcantone e Basso Vedeggio. Da notare che nei comprensori Tre Valli e Locarnese e Valmaggia l'aumento degli anziani supererà quello della popolazione totale, ossia anche nello scenario di riferimento la popolazione sotto i 65 anni diminuisce entro il 2030.

Nello scenario basso questo succede in tutti i comprensori salvo Malcantone e Basso Vedeggio e Bellinzonese, i quali registreranno un aumento di popolazione ultra65enne (+3'672 rispettivamente

+2'125) inferiore all'aumento complessivo della popolazione (+7'825 rispettivamente +2'497). Negli altri comprensori l'aumento degli over 65 supererà di qualche centinaia o migliaia di unità l'aumento della popolazione complessiva. Ad esempio nel Locarnese e Vallemaggia l'aumento complessivo sarà di +1'297 abitanti mentre gli ultra65enni aumenteranno di +4'832.

3 Offerta e consumo di prestazioni attuali e fabbisogno nel 2030

3.1 Case per anziani

I diversi tipi di presa a carico offerti nelle case anziani

Se negli anni '70 l'offerta delle case per anziani era limitata ai soggiorni di lunga durata (LS), nel tempo essa è, da una parte aumentata numericamente, dall'altra diventata più articolata nella tipologia.

Dapprima sono stati introdotti i soggiorni temporanei (ST), della durata massima di qualche mese, finalizzati alla presa in carico di anziani che vivono ancora a casa propria ma che, per motivi famigliari o sociali (ad esempio vacanze dei famigliari) devono trovare una sistemazione per un periodo limitato.

In seguito, nel 2004, è stata offerta la possibilità di soggiorni temporanei a carattere maggiormente medicalizzato, per persone che si trovano in un momento di fragilità particolare, soprattutto dopo un soggiorno acuto e in vista di consentirne il rientro a domicilio. Questi soggiorni erano detti ad "Alto Contenuto Sanitario" (ACS), duravano al massimo 28 giorni e costituivano in un certo senso una particolarità ticinese. Poi nel 2011, la LAMal ha introdotto le Cure Acute Transitorie (CAT), per il ristabilimento post-ospedaliero dei pazienti e della durata massima di 14 giorni (durata non estensibile né rinnovabile). In Ticino l'offerta di queste cure è stata attribuita alle case anziani. Le cure CAT devono essere prescritte da un medico dell'ospedale e sono finalizzate a ristabilire le condizioni di salute presenti prima dell'ospedalizzazione.

Il modello di presa a carico sviluppato nell'esperienza ticinese ACS (criteri di ammissione, modalità e durata della presa a carico) era, tuttavia, ripreso solo in parte nella prestazione CAT. Con il Messaggio governativo Nr. 6390 del 2010 è stata quindi introdotta la nuova prestazione "soggiorno temporaneo terapeutico" (STT). Essa completa l'offerta di cure necessarie in ambito geriatrico, con l'obiettivo di limitare il più possibile la degenza impropria nelle strutture ospedaliere acute. I soggiorni CAT-STT consentono di prolungare le caratteristiche dei soggiorni ACS, permettendo un soggiorno fino a 28 giorni sia per le persone prevenienti da un ospedale (14 giorni CAT seguiti da 14 giorni STT) sia per quelle ammesse direttamente dal domicilio su prescrizione medica (fino a 28 giorni di soggiorno STT, senza CAT iniziale).

Vi sono inoltre case per anziani con reparti dedicati alle cure palliative, reparti protetti per persone affette da disturbi cognitivi e demenza e reparti per cure psicogeriatriche.

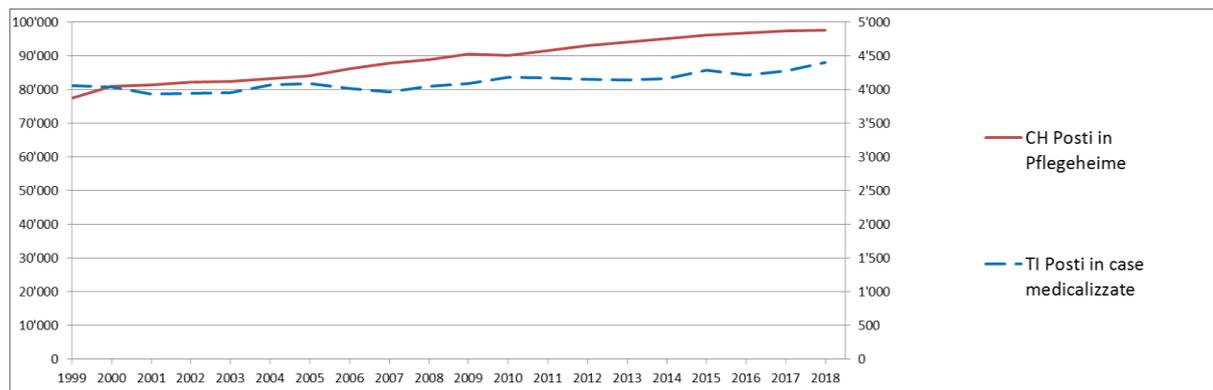
Infine alcune case anziani offrono **prestazioni destinate a persone esterne che non risiedono** nell'istituto. Si tratta in particolare dei **centri diurni**, che possono essere a carattere sanitario e terapeutico (centri diurni terapeutici, vedi capitolo 3.6.1) o a carattere maggiormente sociale e ricreativo (centri diurni socio-assistenziali e centri diurni ricreativi, vedi cap. 3.6.2).

Una descrizione statistica delle case anziani, dovrebbe tracciare l'evoluzione della presa a carico in tutti i settori di cura elencati, confrontare la situazione cantonale alle medie nazionali e valutare l'impatto del diverso grado di invecchiamento delle popolazioni cantonale e nazionale. Poiché però un'analisi di questo tipo sarebbe troppo dispendiosa nell'ambito di questo lavoro, ci limiteremo a esporre i risultati principali utili in questa sede, rinviando il lettore ad altri lavori per gli approfondimenti.

Evoluzione dei posti letto in case anziani medicalizzate in Ticino e in Svizzera (LS+ST+CAT/STT)

Dal 2000 al 2018 (vedi grafico 3.1.1) in Ticino i posti letto in case per anziani medicalizzate sono aumentati dell'11.1%, passando da 4'045 a 4'493 (somma di tutte le prese a carico: LS + ST + CAT/STT).

Grafico 3.1.1.: Posti letto in case anziani medicalizzate (valori assoluti, attenzione: due scale diverse)



Fonte: Statistica Federale SOMED-A

Nello stesso periodo, in Svizzera, i posti letto sono aumentati del 20.6% passando da 81'100 a 97'800 (+16'700). Da notare che un sesto circa dell'aumento svizzero è stato ottenuto medicalizzando istituti precedentemente non medicalizzati (cosiddetti Altersheime trasformati in Pflegeheime). Lo si deduce dal fatto che nello stesso periodo, in Svizzera, i posti letto in case anziani non medicalizzate sono diminuiti da 3'000 a 360. In Ticino gli istituti erano già stati interamente medicalizzati negli anni '80.

Di tutti i posti in case anziani medicalizzate, quelli per soggiorni temporanei (compresi i posti CAT-STT) erano circa 120 a livello cantonale fino al 2016 e 180 circa nel 2018. A livello nazionale nel 2018 erano 1'900. Ciò corrisponde rispettivamente al 4% dei posti letto in case anziani in Ticino e all'1,9% in Svizzera.

I dati assoluti esposti sopra però, non permettono di capire il grado di copertura del fabbisogno della popolazione anziana. Per capire com'è evoluta la disponibilità di posti letto rispetto alla popolazione residente, occorre calcolare le densità rispetto alla popolazione residente complessiva o, ancora meglio, rispetto alla popolazione anziana residente (vedi grafico 3.1.2).

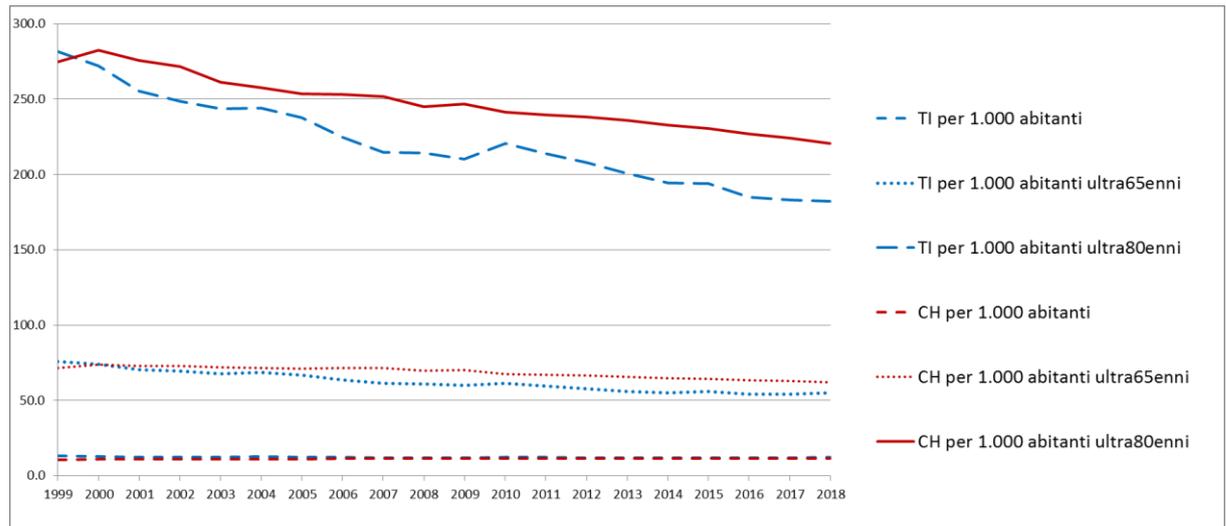
Dal 2000 al 2018 la densità di posti letto rispetto alla popolazione anziana è diminuita più fortemente a livello cantonale che nazionale. Ad esempio i posti letto in case anziani medicalizzate ogni mille ultra80enni sono passati in Ticino da 272.6 a 185.9 (-32%) e in Svizzera da 282.6 a 220.4 (-22%). L'importante diminuzione dipende naturalmente, sia a livello cantonale che nazionale, dal forte processo di invecchiamento demografico in atto. Osserviamo infine una marcata diminuzione della densità a livello nazionale malgrado il grande numero di nuovi posti aperti in Svizzera nello stesso periodo (+16'700 posti letto pari a +20.6%).

Si noti inoltre che, se la densità cantonale nel 2000 era sostanzialmente identica ai valori medi nazionali, nel 2018 equivaleva appena all'84% del valore medio svizzero. Quest'evoluzione differenziata è dovuta anche al fatto che il Ticino è a uno stato più avanzato del processo di invecchiamento senza precedenti che sta avendo luogo in Europa e nel mondo ed è di circa 15 anni più avanti rispetto alla media svizzera. Il processo di invecchiamento fa diminuire rapidamente la densità di posti letto, malgrado l'apertura di nuovi istituti e nuovi posti.

Nel prossimo capitolo, dedicato al soggiorno di lungo degenza, introdurremo i tassi di istituzionalizzazione per classi di età, che sono un altro modo di captare l'evoluzione in atto. Per chi fosse interessato ad approfondire questi o altri aspetti si rimanda agli indicatori disponibili sul sito dell'unità delle statistiche sanitarie all'indirizzo:

<http://www.ti.ch/statistichesanitarie> > Risultati > Istituti socio sanitari

Grafico 3.1.2: Densità di posti letto in case anziani medicalizzate, Ticino e Svizzera dal 1999 (letti per mille abitanti)



Fonte: Statistica Federale SOMED-A

3.1.1 Soggiorni di lunga durata in casa per anziani (lungosoggiorno LS)

Le case per anziani garantiscono la presa a carico di lunga durata in un ambiente protetto di persone che, per differenti cause derivanti da età, stato di salute o contesto familiare e sociale, non riescono o non desiderano più vivere al proprio domicilio. L'offerta delle case anziani include le cure mediche e infermieristiche, la cura della persona, la fisioterapia e/o l'ergoterapia, il servizio alberghiero, l'animazione terapeutica, ricreativa e ludica nonché l'assistenza spirituale. La restante offerta varia da struttura a struttura.

In particolare 14 case dispongono di **unità abitative protette**, studiate per prendere a carico in modo più sicuro e facilitato gli ospiti affetti da disturbi cognitivi (demenze). Protetti dall'esterno della struttura e separati dagli altri reparti dal punto di vista architettonico, i posti letto delle unità abitative protette sono sommati agli usuali posti di lungo soggiorno, senza poter essere separati nella statistica ufficiale SOMED.

Inoltre le case anziani possono disporre di **appartamenti protetti**, ma questi pur essendo posti di lunga durata sono conteggiati a parte (vedi capitolo 3.2).

Le **domande di ammissione** per un lungo soggiorno in casa anziani vengono inviate ai singoli istituti. Le singole direzioni le valutano insieme ai responsabili del settore cure.

Nel caso in cui a una domanda di ammissione **non** possa essere dato seguito per mancanza di posti liberi, la richiesta viene registrata sulla **lista di attesa**. Non esiste, al momento, una lista d'attesa unica coordinata tra tutte le case anziani e non esiste un elenco coordinato dei posti liberi aggiornato giornalmente.

I soggiorni di lunga durata sono finanziati in base alla LANz. Attualmente le case anziani finanziate per l'insieme della loro attività (intera gestione) sono 62 (case anziani pubbliche e private finanziate alla gestione), quelle finanziate solo per la parte LAMal sono 10 (case anziani private con cosiddetto finanziamento residuo LAMal).

3.1.1.1 Dotazione e consumo di cure

Dal 2010 al 2020 (vedi tabella 3.1.1.1) il numero di posti letto per lungo soggiorno (LS) nelle case anziani del Ticino, è passato da 4'084 a 4'379, aumentando di 295 posti (+7.2%).

Gli aumenti si sono concentrati nel comprensorio SACD del Bellinzonese (consideriamo Claro come se fosse appartenuto al comprensorio del Bellinzonese già dal 2010) passato da 462 a 572 posti (+110 posti pari a +24%) e nelle Tre Valli passate da 280 a 361 posti (+81 posti o +29%). Nel Luganese vi è stato un aumento di 58 posti, nei comprensori Locarnese e Vallemaggia e Mendrisiotto e Basso Ceresio aumenti inferiori a 30 posti-letto, infine nel comprensorio Malcantone e Veduggio non ve ne sono stati.

Da notare che le previste aperture entro fine 2020 di 160 posti nel Luganese (casa anziani Pregassona 114 posti e Tertianum Cornaredo 46 posti) saranno verosimilmente posticipate al 2021 per i ritardi causati dal lockdown della primavera 2020. Conteggiando questi posti, l'aumento nel Luganese sarebbe stato di 218 posti (invece di 58) pari al 17.6%. A livello cantonale si sarebbero raggiunti 4'539 letti e l'aumento totale sarebbe stato dell'11.1%.

Da notare che nel decennio appena trascorso, oltre ad aumentare il numero di posti letto come elencato, sono stati effettuati numerosi interventi di ampliamento e ristrutturazione nelle strutture esistenti.

Tabella 3.1.1.1: Posti letto LS per comprensorio SACD e per anno, dal 2010 (posti letto al 31.12)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
										p	p
Totale	4'084	4'074	4'055	4'059	4'061	4'070	4'136	4'208	4'335	4'379	4'379
Mendrisiotto e Basso Ceresio	714	716	714	712	711	710	710	703	704	734	734
Luganese	1'235	1'231	1'236	1'224	1'227	1'226	1'229	1'264	1'293	1'293	1'293
Malcantone e Veduggio	349	352	352	353	351	351	351	350	350	350	350
Locarnese e Vallemaggia	1'044	1'031	1'015	1'033	1'035	1'038	999	1'040	1'055	1'069	1'069
Bellinzonese	462	466	460	459	459	462	569	573	572	572	572
Tre Valli	280	278	278	278	278	283	278	278	361	361	361

Fonte: statistica federale SOMED-A
Elaborazioni: uss DSP DSS

3.1.1.2 Ospiti in case anziani per classi di età (tassi per mille abitanti)

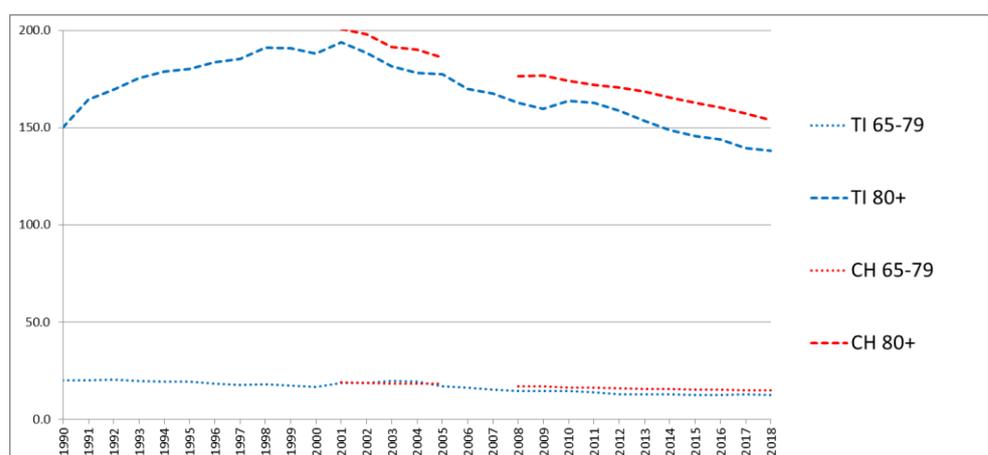
Il tasso d'istituzionalizzazione in lungo soggiorno (LS) è la quota di anziani che risiedono stabilmente in casa anziani rispetto a tutti gli abitanti anziani. I grafici 3.1.1.1 e 3.1.1.2 illustrano questi tassi per il Ticino dal 1990 al 2018 e per la Svizzera dal 2001 al 2018.

Il grafico 3.1.1.1 mostra che, dopo il 2001, i tassi d'istituzionalizzazione sono diminuiti, sia in Ticino sia in Svizzera. Se nel 2001 in Ticino 194 ultra80enni su mille vivevano in case anziani, nel 2018 erano solo 138 (-56 punti per mille o -29%). In Svizzera lo stesso tasso è diminuito da 201 per mille nel 2001 a 154 nel 2018 (-47 punti per mille o -23%).

Per la classe dei 65-79enni, la quota di quelli che vivevano in case anziani è passata da 19 a 13 per mille abitanti in Ticino e da 19 a 15 per mille in Svizzera.

I tassi nazionali sono superiori, per tutto il periodo per cui sono disponibili i dati, a quelli cantonali e la differenza è aumentata nel tempo. In particolare, i tassi ticinesi nel 2001 coincidevano quasi con i tassi nazionali (99% per i 65-79enni e 96% per gli ultra80enni) ma nel 2018 i tassi cantonali corrispondevano solo all'85% rispettivamente al 90% dei tassi nazionali. Come già sottolineato la più rapida evoluzione della situazione a livello cantonale è legata al processo di invecchiamento demografico; processo che si trova in una fase più avanzata in Ticino rispetto alla media svizzera.

Grafico 3.1.1.1: Tassi d'istituzionalizzazione LS per classi di età, Ticino e Svizzera dal 1990 (per mille abitanti anziani)



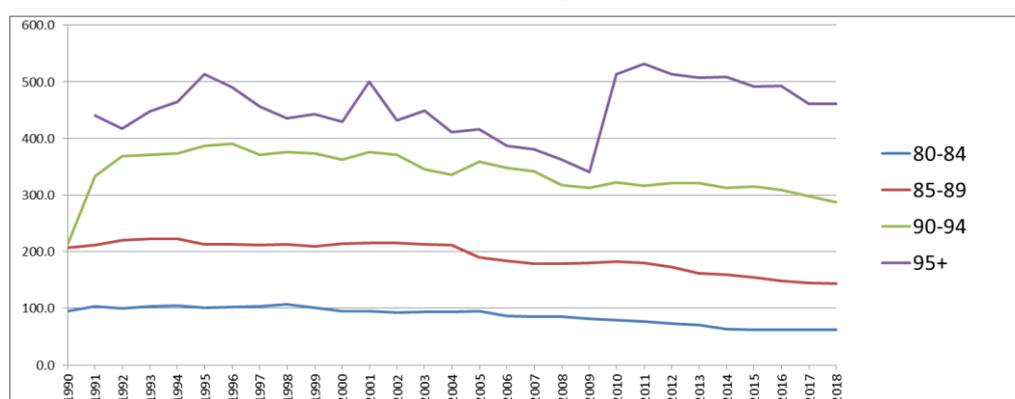
Fonte: Statistica Federale SOMED-A

I dati cantonali (vedi grafico 3.1.4) permettono inoltre di monitorare l'evoluzione dei tassi delle singole classi di età quinquennali durante un lungo periodo. Per la lettura di questo grafico occorre innanzitutto sapere che le impennate del tasso dei 90-94enni nel 1991 e degli ultra95enni nel 2010 dipendono da revisioni delle statistiche demografiche (modifica del denominatore).

I dati confermano che, dal 2000 circa, i tassi d'istituzionalizzazione di tutte le classi di età stanno, lentamente, diminuendo. Per gli ultra95enni la diminuzione sembra meno netta, ma dopo la rottura della serie statistica del nuovo censimento federale (2010), si nota che anche questo tasso sta diminuendo.

- Il tasso dei 90-94enni è sceso da 370 a 287 per mille circa dal 1992 al 2018 (-22%).
- Il tasso degli 85-89enni è passato da un 210 abbondante a 144 per mille circa (-31%).
- Infine il tasso degli 80-84enni è calato da circa 100 a 62 per mille (-38%).

Grafico 3.1.1.2: Tassi d'istituzionalizzazione LS degli ultra80enni, Ticino dal 1990 (per mille abitanti anziani)



Fonte: Statistica Federale SOMED-A

3.1.1.3 Valutazione retrospettiva della pianificazione 2010

Secondo la pianificazione 2010-2020, basata sul raggiungimento di un tasso normativo di 200 posti letto per mille abitanti ultra80enni, si sarebbe dovuto disporre di 5'358 posti in Ticino nel 2020. Si noti che questo dato comprende sia i posti letto di LS sia i posti letto di ST, non separati nel calcolo del fabbisogno della precedente pianificazione.

Si noti inoltre che, alla luce della popolazione ultra80enne effettivamente residente nel 2019, questi 5'358 posti equivarrebbero al 215 per mille abitanti ultra80enni (non si dispone ancora dei dati sulla popolazione 2020).

La dotazione raggiunta nel 2020 è però di 892 posti inferiore rispetto al fabbisogno calcolato nel 2010 per il 2020. Nel 2020 vi sono infatti 4'466 posti letto (LS+ST) di cui 4'379 di lungo soggiorno.

Si può però considerare che gli sviluppi della pianificazione 2010-2020 vanno oltre i 4'466 posti letto del 2020. Infatti, ben conoscendo l'esistenza di un fabbisogno scoperto, **sono già state autorizzate diverse iniziative che diverranno effettive nel 2025 o 2030, e che metteranno a disposizione complessivamente ulteriori 870 posti letto (LS e ST)**; di questi 643 dovrebbero diventare operativi entro il 2025 e gli altri 227 nei cinque anni seguenti (vedi tabella 3.1.1.4). Torneremo sulle iniziative già autorizzate alla fine del presente capitolo.

Tabella 3.1.1.2: Bilancio della pianificazione 2010-2020

Comprensorio SACD	Posti letto 2019 LS+ST+Cure palliative (SOMED)	Fabbisogno 2020 (secondo P2010)	Differenza
Totale	4'466	5'358	892
Mendrisiotto e Basso Ceresio	755	879	124
Luganese	1311	1590	279
Malcantone e Veduggio	351	524	173
Locarnese e Vallemaggia	1093	1186	93
Bellinzonese	593	707	114
Tre Valli	363	472	109

Fonti: Statistica Federale SOMED-A, Pianificazione 2010-2020 della capacità di accoglienza degli istituti per anziani nel cantone Ticino.

3.1.1.4 Stima del fabbisogno 2030

Modello e ipotesi di sviluppo considerate negli scenari

Al capitolo 1.2 abbiamo esposto il funzionamento del modello Obsan per il calcolo del fabbisogno futuro. Ricordiamo che esso considera quattro scenari di sviluppo, combinando tra loro le seguenti possibilità:

- Evoluzione della popolazione secondo gli scenari UST 2015 di riferimento e basso;
- Evoluzione dello stato di salute degli anziani secondo gli scenari di riferimento e ottimista;
- Tasso di istituzionalizzazione LS futuro uguale a 2015 a uguale età E a uguale stato di salute.

Dati di partenza per la proiezione del fabbisogno al 2030

La stima del fabbisogno 2030 è stata allestita da Obsan nel 2016 nell'ambito di un mandato, a partire dai dati 2015. Poiché la situazione, nel settore della lungo degenza, non è evoluta in modo particolare tra il 2015 e il 2018, abbiamo mantenuto la previsione originale Obsan senza doverla adattare. L'evoluzione intercorsa tra il 2015 e il 2018 infatti ricalca grosso modo l'evoluzione attesa secondo il modello Obsan.

Come dati di partenza per la previsione, si sono utilizzati gli ospiti in lungo soggiorno presenti al 31.12.2015, compresi quelli nelle unità abitative protette per persone con malattie neurovegetative. Sebbene non sia possibile conteggiare separatamente questi reparti, si tiene conto del loro profilo più grave, grazie ai dati sul grado di dipendenza RAI (variabili considerate da Obsan nel suo modello).

Inoltre sono state incluse nella proiezione Obsan anche le persone anziane iscritte in lista di attesa nel momento in cui era stata effettuata la proiezione (si trattava di circa 320 persone che andavano ad aggiungersi alle persone che si trovavano già in casa anziani). L'accorgimento, non previsto nel modello standard di previsione dell'Obsan, era stato adottato per essere sicuri di non sottostimare il fabbisogno di posti-letto 2030, escludendo dalla proiezione coloro che, semplicemente, non avevano ancora potuto accedere a una struttura ma ne avevano bisogno o desiderio.

Risultati della stima del fabbisogno al 2030 per il Ticino e per singolo comprensorio SACD

La tabella 3.1.1.3 riporta il ventaglio dei risultati della proiezione, indicando il risultato più basso e quello più alto delle quattro stime effettuate da Obsan, sia per il 2025 sia per il 2030.

Per quanto riguarda il risultato cantonale, le stime danno una forchetta di fabbisogno di posti letto compresa tra 6'342 e 6'703 per il 2030. Ciò corrisponde ad un aumento minimo di quasi 2'000

posti-letto rispetto ai 4'379 del 2020, rispettivamente un aumento di 2'324 posti secondo la stima più elevata. Si tratta in ogni caso di aumenti molto importanti, compresi tra il +45% e il +53% rispetto ai posti letto esistenti nel 2020.

La situazione è piuttosto differenziata nei diversi comprensori SACD. Nel decennio appena iniziato il fabbisogno aumenterà relativamente "poco", ossia del 30-40%, nei tre comprensori con la popolazione più invecchiata, ossia Mendrisiotto e Basso Ceresio, Locarnese e Vallemaggia e Tre Valli. Si tratta pur sempre di un aumento molto forte, ma che è molto meno accentuato che negli altri comprensori.

Nei comprensori del Bellinzonese e del Luganese l'aumento del fabbisogno si situerà tra il +50% e il +60% circa rispetto ai posti letto attuali di lungo soggiorno. Infine nel comprensorio Malcantone e Vedeggio, il fabbisogno come minimo raddoppierà fino al 2030 rispetto ai posti disponibili nel 2020 (+104%-+117%).

Tabella 3.1.1.3: Posti letto LS esistenti e stimati, Ticino, 2020-2030

	Posti letto esistenti 2020	Stima fabbisogno futuro secondo i 4 scenari (valori minimo e massimo in posti letto occupati al 98%)		Differenza tra i posti esistenti nel 2020 e il fabbisogno 2030 (minima -massima)	
		2025	2030	valori assoluti	in %
Totale	4'379	5'719 - 5'961	6'342 - 6'703	1'963 - 2'324	45% - 53%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	734	904 - 933	979 - 1'015	245 - 281	33% - 38%
Luganese	1'293	1'716 - 1'807	1'916 - 2'045	623 - 752	48% - 58%
Malcantone e Vedeggio	350	622 - 642	713 - 759	363 - 409	104% - 117%
Locarnese e Vallemaggia	1'069	1'292 - 1'346	1'421 - 1'502	352 - 433	33% - 40%
Bellinzonese	572	758 - 784	843 - 895	271 - 323	47% - 57%
Tre Valli	361	429 - 450	471 - 488	110 - 127	31% - 35%

Fonte: Statistica Federale SOMED-A, stima effettuata da OBSAN 2016.

Risultati per il Ticino e per i comprensori SACD tenuto conto delle iniziative in corso

Abbiamo elencato alla tabella 3.1.1.4 le iniziative in corso di realizzazione, di cui alcune arriveranno a termine e potranno mettere nuovi posti letto a disposizione della popolazione in breve tempo.

Abbiamo già detto della nuova casa anziani di Pregassona e della nuova Tertianum Cornaredo che, insieme, apriranno 160 posti verso l'inizio del 2021. Altre iniziative che diverranno a breve operative sono verosimilmente il centro polifunzionale di Losone e la casa anziani di Coldrerio.

Più in generale le iniziative in corso corrispondono complessivamente a 870 posti letto, di cui 645 dovrebbero giungere a compimento entro il 2025. Questi posti faranno diminuire il fabbisogno cantonale scoperto a 1'093-1'454 posti, pari al 25-33% dei posti letto 2020 (vedi tabella 3.1.1.5).

Il completamento delle iniziative in corso avrà effetti quantitativi diversi, nei diversi comprensori, sul fabbisogno scoperto, in particolare:

Il comprensorio Mendrisiotto e Basso Ceresio, quando avrà completato le iniziative in corso e autorizzate, avrà praticamente azzerato il fabbisogno scoperto.

Luganese, Locarnese e Vallemaggia, nonché Tre Valli, dopo aver completato le iniziative autorizzate e in corso, avranno ancora un fabbisogno scoperto pari a circa il 30% dei posti letto del 2020. Il Luganese registrerà questo risultato, dopo avere abbattuto circa 30 punti percentuali di fabbisogno, mentre Locarnese e Vallemaggia nonché le Tre Valli avranno abbattuto solo pochi punti del loro fabbisogno scoperto, visto che al momento sono poche le iniziative sul loro territorio.

Al completamento delle iniziative già autorizzate nel comprensorio del Bellinzonese resterà ugualmente, come prima, circa il 50% di fabbisogno rispetto ai posti 2020, visto che anche nel Bellinzonese non vi sono attualmente importanti iniziative previste, viste le aperture degli scorsi anni.

Infine il comprensorio Malcantone e Vedeggio, pur abbattendo circa 40 punti percentuali di fabbisogno quando avrà realizzato le iniziative previste, avrà ancora un fabbisogno scoperto del 62-75% rispetto ai posti letto esistenti nel 2020. Ricordiamo che questo comprensorio dovrebbe, secondo il calcolo del fabbisogno, per lo meno raddoppiare i propri posti letto nel corso del prossimo decennio per coprire il fabbisogno di posti letto di lunga durata.

Tabella 3.1.1.4: Iniziative in corso di realizzazione e previste

Comprensorio SACD	Iniziativa	Realizzazione prevista entro (stima)	Numero di posti letto			
Mendrisiotto e Basso Ceresio	Arzo	2025	20	} Prev. entro 2025 99 } Prev. entro 2030 145		
	Balerna	2030	5			
	Coldrerio	2025	79			
	Melano (Tusculum)	2030	60			
	Vacallo	2030	80			
Luganese	Canobbio	2025	80	} Prev. entro 2025 280 } Prev. entro 2030 70		
	Comano	2030	70			
	Pregassona	2025	114			
	Tertianum Cornaredo	2025	46			
	Tertianum du Lac Paradiso	2025	40			
Malcantone e Vedeggio	Bedano	2025	31	} Prev. entro 2025 145		} Prev. entro 2025 643 } Prev. entro 2030 227
	Caslano (rete con Castelrotto)	2025	70			
	Mezzovico (ampliamento)	2025	24			
	Tertianum Agno	2025	20			
Locarnese e Vallemaggia	Gordevio (ampliamento)	2025	22	} Prev. entro 2025 98		
	Losone	2025	60			
	Minusio (ampliamento)	2025	16			
Bellinzonese	Giubiasco (ampliamento)	2025	21	} Prev. entro 2025 21		
Tre Valli	Acquarossa Polosociosanitario	2030	12			
						Prev. Totale 870

Tabella 3.1.1.5: Posti letto LS esistenti, stimati, in corso di realizzazione e "scoperti" Ticino, 2020-2030

	Posti letto esistenti 2020	Aumento posti letto secondo fabbisogno 2020 - 2030	Iniziative previste fino al		Fabbisogno scoperto al 2030 (val. ass.)		Fabbisogno scoperto (val. % letti 2020)	
			2025	2030	min	max	min	max
Totale	4'379	1'963 - 2'324	643	227	1'093 - 1'454	25% - 33%		
Mendrisiotto e Basso Ceresio	734	245 - 281	99	145	1 - 37	0% - 5%		
Luganese	1'293	623 - 752	280	70	273 - 402	21% - 31%		
Malcantone e Vedeggio	350	363 - 409	145	0	218 - 264	62% - 75%		
Locarnese e Vallemaggia	1'069	352 - 433	98	0	254 - 335	24% - 31%		
Bellinzonese	572	271 - 323	21	0	250 - 302	44% - 53%		
Tre Valli	361	110 - 127	0	12	98 - 115	27% - 32%		

3.1.2 Soggiorni temporanei in casa per anziani (ST)

I soggiorni temporanei in casa per anziani hanno lo scopo di sgravare i familiari per brevi periodi e di ripristinare le condizioni adeguate per il mantenimento a domicilio. Di norma il ricovero può durare al massimo tre mesi ma è prolungabile su richiesta.

I soggiorni temporanei (ST) possono essere offerti da qualsiasi casa anziani, ma non tutte riservano esplicitamente dei posti letto per questo tipo di presa a carico.

D'altra parte la mancanza di posti-letto dedicati esclusivamente agli ST non impedisce agli istituti di offrire, se necessario, un soggiorno temporaneo ad anziani che ne avessero bisogno. Ad esempio al 31.12.2018 vi erano 13 case anziani con almeno un ospite temporaneo ma nessuno posto riservato stabilmente per ST. Viceversa risultavano due istituti con posti letto di ST e nessun ospite al 31.12.2018. Ciò è dovuto, verosimilmente, alla necessità di adattarsi alle esigenze degli utenti, sfruttando se necessario e se sono disponibili, posti di LS per ospiti di ST e forse viceversa.

Negli anni passati si chiedeva a tutti gli istituti di voler riservare uno o due posti letto per ST. Negli anni recenti si assiste invece all'apertura di reparti ST con un maggior numero di posti letto.

Anche i soggiorni temporanei si fondano sulla LANz e sono finanziati da Comuni e Cantone.

3.1.2.1 Dotazione e consumo di cure attuali

Dal 2010 (vedi tabella 3.1.2.1) il numero di posti letto dedicati a soggiorni temporanei è aumentato passando da meno di 40 a 56 posti nel 2018. Quest'aumento è da collegare in particolare all'apertura di due reparti di Soggiorni temporanei:

- 20 posti per ST al Centro Somen di Sementina dalla sua apertura avvenuta a fine 2017 e
- 8 posti ST alla Casa Soave e Giardino di Chiasso da giugno 2018 (alla Casa Giardino e Soave sono pure stati aperti 11 posti letto per cure palliative; per questo settore vedi cap. 3.1.4).

I quattro istituti citati offrivano quindi, alla fine del 2018, l'80% dei posti letto ST cantonali (la statistica federale SOMED non distingue gli ST dagli ST per cure palliative). I restanti 28 posti letto ST erano distribuiti in :

- 11 istituti che hanno offerto per tutto il periodo da 1 a 4 posti letto e in
- 5 istituti che negli ultimi anni hanno offerto ognuno da 1 a 5 posti letto.

Degli istituti che invece non offrivano posti di ST nel 2018 ve ne sono:

- 7 che ne contavano alcuni all'inizio o durante il periodo considerato, ma non ne avevano più nel 2018,
- 35 circa che dal 2010 al 2018 non hanno mai riservato posti destinati esclusivamente a ST e
- 4 istituti che offrono invece CAT-STT (di cui parleremo al prossimo capitolo).

Complessivamente le case anziani (comprese quelle che non dichiarano posti letto espressamente riservati per ST) hanno erogato 18'320 giornate di cura ST nel 2018, che corrispondono a 51 letto "teorici" occupati al 98%. La stima del fabbisogno si baserà sui dati 2018.

Tabella 3.1.2.1: Posti letto ST per comprensorio SACD e per anno, dal 2010 (posti letto al 31.12)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
										p.	p.
Totale	38	36	35	36	32	29	39	54	56	56	56
Mendrisiotto e Basso Ceresio	6	5	5	5	4	4	4	4	10	10	10
Luganese	5	6	4	5	4	6	6	8	8	8	8
Malcantone e Vedeggio	4	4	4	4	4	4	4	4	1	1	1
Locarnese e Vallemaggia	14	14	14	14	12	8	18	16	14	14	14
Bellinzonese	7	7	8	8	8	7	7	22	21	21	21
Tre Valli	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2

Fonte: statistica federale SOMED-A UST, Neuchâtel - Elaborazioni: DSS DSP StatSan, Bellinzona

3.1.2.2 Stima del fabbisogno 2030

Il fabbisogno 2030 è stato stimato in base ai dati di attività del 2018 e agli scenari demografici basso e di riferimento, senza ipotesi sullo stato di salute, visto che i soggiorni temporanei riflettono anche un bisogno sociale, legato anche ai familiari curanti. Abbiamo quindi considerato le seguenti ipotesi:

- Evoluzione della popolazione secondo gli scenari UST 2015 di riferimento e basso;
- Tasso di ricorso a ST uguale a tasso 2018 a uguale età;
- Durata media dei Soggiorni temporanei costante e uguale al 2018 fino al 2030.

I risultati della proiezione del fabbisogno sono riportati alla tabella 3.1.2.2.

Tabella 3.1.2.2: Posti letto ST esistenti e stimati, Ticino, 2020-2030

Stima fabbisogno posti letto secondo pianificazione 2010	Posti letto esistenti	Stima fabbisogno futuro secondo i 4 scenari (valori minimo e massimo in posti letto occupati al 98%)		Differenza tra i posti esistenti nel 2020 e il fabbisogno 2030	
		2025	2030	assoluta	in %
2020	2020				
60	56	70 - 82	82 - 86	26 - 30	46% - 54%

Fonte: statistica federale SOMED-A UST Neuchâtel - Elaborazioni DSS DSP StatSan

Per il decennio 2020-2030 gli scenari considerati indicano un aumento del fabbisogno di posti-letto compreso tra un minimo di 26 posti e un massimo di 30 posti letto, pari rispettivamente a +46% e +54%. Quest'aumento, importante in termini relativi ma relativamente contenuto (rispetto al settore del Lungo soggiorno) in termini assoluti, è importante per proseguire la politica che privilegia il mantenimento a domicilio.

3.1.3 CAT/STT

Le cure acute transitorie (CAT) sono una prestazione introdotta dalla LAMal nel 2011 (art. 25 cpv. 2). In Ticino queste cure sono offerte da cinque case anziani in reparti dedicati e sono destinate a pazienti in età AVS dimessi da un ospedale; le CAT hanno una durata massima di 14 giorni.

Nei reparti CAT vengono offerti anche Soggiorni terapeutici temporanei (STT) destinati a persone provenienti dal proprio domicilio (anziché dall'ospedale) o al prolungamento dei soggiorni CAT qualora la normale durata CAT si sia dimostrata insufficiente. Gli STT di pazienti provenienti dal domicilio hanno una durata massima di 28 giorni; gli STT dei pazienti post-CAT hanno una durata massima di 14 giorni.

CAT e STT hanno entrambi per scopo di ristabilire l'autonomia e uno stato di salute adeguati per un mantenimento a domicilio duraturo. Entrambi necessitano inoltre una prescrizione medica.

I soggiorni STT, non previsti dalla LAMal, sono stati introdotti in Ticino perché i 14 giorni massimi previsti dalla LAMal, erano pochi alla luce dell'esperienza maturata nel precedente regime di cura ad Alto contenuto sanitario (ACS). Nei reparti ACS, che erano stati introdotti in Ticino nel 2004 e che avevano lo stesso scopo dei CAT-STT e un regime di cura molto simile, la durata **media** di degenza era infatti di circa 21 giorni.

I soggiorni CAT-STT sono offerti in reparti dedicati nelle cinque case anziani seguenti:

- Casa anziani Santa Lucia di Arzo
- Casa anziani Opera Charitas di Sonvico
- Casa anziani malcantonese di Castelrotto
- Centro sociosanitario di Cevio
- Centro Somen di Sementina.

3.1.3.1 Dotazione e consumo di cure attuali

La tabella 3.1.3.1 riporta il numero di posti letto CAT-STT per comprensorio SACD e per anno. I posti letto 2010 si riferiscono ai reparti ACS, dal 2011 ai reparti CAT-STT.

Fino al 2016 il numero di posti-letto è rimasto invariato, ad eccezione di lavori di ristrutturazione in un istituto che hanno portato a una lieve riduzione temporanea del numero di posti.

Tra il 2017 e il 2018 i reparti CAT-STT sono stati potenziati in modo importante, passando da 58 a 110 posti-letto. Tale potenziamento è stato ottenuto da una parte ampliando il reparto CAT-STT in due degli istituti già attivi dall'altra aprendo il Centro Somen di Sementina, in particolare per offrire queste cure con maggiore prossimità a Bellinzonese e Tre Valli, regioni sino a lì sprovviste di questa offerta.

Da notare infine che, sempre nel 2018, hanno iniziato la loro attività anche i reparti acuti a minore intensità (RAMI, vedi capitolo 3.2).

Complessivamente i reparti CAT-STT hanno erogato 19'500 giornate di cura nel 2016, 24'400 nel 2017 e 32'400 nel 2018. La stima del fabbisogno 2030 si basa sulle giornate 2018.

Tabella 3.1.3.1: Posti letto CAT-STT per comprensorio SACD e per anno, dal 2010 (posti letto al 31.12)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Totale	60	60	58	58	58	58	58	88	110	110	110
Mendrisiotto e Basso Ceresio	15	15	15	15	15	15	15	15	20	20	20
Luganese	15	15	13	13	13	13	13	13	30	30	30
Malcantone e Veduggio	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Locarnese e Vallemaggia	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Bellinzonese	-	-	-	-	-	-	-	30	30	30	30
Tre Valli	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: fino al 2010 posti letto ACS

Fonte: statistica federale SOMED-A

Elaborazioni: uss DSP DSS

3.1.3.2 Stima del fabbisogno 2030

Il fabbisogno 2030 è stato stimato da OBSAN nell'ambito del mandato conferitogli nel 2015.

Come per le cure di lungo soggiorno, il modello OBSAN teneva conto delle seguenti ipotesi di sviluppo che abbiamo mantenuto nell'aggiornamento della stima:

- Evoluzione della popolazione cantonale secondo gli scenari UST 2015 di riferimento e basso;
- Evoluzione dello stato di salute degli anziani secondo gli scenari di riferimento e ottimista;
- Tasso di ricorso futuro a cure CAT-STT LS uguale a 2018 a uguale età E a uguale stato di salute.

Poiché la stima di OBSAN era stata effettuata sulla base dei dati CAT-STT del 2015 e poiché vi è stato un importante aumento dell'offerta negli anni 2017 e 2018, abbiamo aggiornato la stima OBSAN, mantenendone gli indici di progressione (la stima demografica e la relativa stima dello stato di salute degli anziani non sono cambiati) applicandoli alle giornate di cura CAT-STT erogate nel 2018. I risultati della stima sono riportati alla tabella 3.1.3.2.

Tabella 3.1.3.2: Posti letto CAT-STT esistenti e stimati, Ticino, 2020-2030

Stima fabbisogno posti letto secondo pianificazione 2010	Posti letto esistenti	Stima fabbisogno futuro secondo i 4 scenari (valori minimo e massimo in posti letto occupati al 98%)		Differenza tra i posti esistenti nel 2020 e il fabbisogno 2030	
		2025	2030	assoluta	in %
2020	2020				
105	110	110 - 117	119 - 129	9 - 19	8% - 15%

Nota: Stima 2025-2030 calcolata secondo gli indici di progressione stabiliti da Obsan e le giornate di cura erogate nel 2018

Fonte: nuova stima DSS DSP StatSan

Per il decennio 2020-2030 i nuovi scenari OBSAN mostrano un aumento del fabbisogno di posti-letto compreso tra un minimo di +9 posti e un massimo di +19 posti letto, pari rispettivamente a +8% e +15%. Si tratta cioè di un aumento contenuto.

In ragione dei numeri contenuti e dell'apertura, negli anni 2018-2022, di 135 posti letto RAMI, che offrono un tipo di cure complementare a queste, sembra consigliabile attendere la valutazione intermedia della pianificazione anziani del 2025 prima di prendere nuove decisioni sulla dotazione CAT-STT.

3.1.4 Reparti di cure palliative in case anziani

Negli anni recenti sono stati introdotti reparti per cure palliative in alcune case anziani⁴. Questi reparti accolgono persone affette da malattie incurabili e in fase terminale, non necessariamente anziani, e si inseriscono nella rete cantonale di cure palliative (erogate da IOSI, Clinica Varini, reparti dedicati in case anziani e che saranno affiancati in futuro anche da servizi per la presa a carico a domicilio).

La Commissione cantonale di cure palliative ha determinato il fabbisogno futuro di questa presa a carico in reparti specializzati di case per anziani, stimata in circa 40 posti letto.⁵

Attualmente sono già disponibili 31 posti letto:

- 10 posti letto alla Casa anziani Varini di Orselina dal 2011,
- 10 posti letto alla Casa Serena di Lugano dal 2015
- 11 posti letto alla Casa Soave e Giardino di Chiasso da giugno 2018

Inoltre, è in discussione l'apertura di una decina di posti letto nel Bellinzonese oppure nella regione Tre Valli. Realizzando questo progetto il fabbisogno sarebbe interamente coperto.

⁴ Si distingue tra i pazienti con un bisogno di cure palliative generali integrate nella presa a carico di base (LS in CPA) e i pazienti con un bisogno di cure palliative specifiche fornite da parte di specialisti. Questi ultimi sono presi a carico nei reparti di cure palliative delle case anziani.

⁵ Si veda il rapporto del gruppo di lavoro "Cure palliative in Ticino" (<http://www.palliative-ti.ch/wp-content/uploads/2018/01/rapporto-del-gruppo-di-lavoro-.pdf>).

3.1.5 Conclusione sul settore delle case per anziani

Da ultimo ricapitoliamo la situazione nelle case anziani, comprensiva di tutti i tipi di offerta stazionaria. Nel 2020 vi sono 4'576 posti letto in uso nelle case anziani nel Cantone Ticino.

Nel 2025, stando agli scenari Obsan da noi aggiornati, occorrerebbe disporre di 5'940-6'201 posti e nel 2030 di 6'583-6'959 a seconda dell'evoluzione demografica e di come evolverà lo stato di salute degli anziani.

Ciò equivale a un aumento di posti letto, dal 2020 al 2030, di 2'007-2'382 unità, pari rispettivamente a +44% e a +52%. Si tratta di un obiettivo molto ambizioso.

La pianificazione 2010 preconizzava una densità normativa di 200 posti letto per mille abitanti ultra80enni al 2020. Tra il 2010 e il 2020, con i letti realizzati nel decennio e con il processo di invecchiamento demografico, la densità reale è scesa a 186‰ nel 2018 e sarà di circa il 175‰ a fine 2020.

Realizzare "solo" gli 870 posti già autorizzati permetterebbe di raggiungere 5'446 posti ciò che corrisponderebbe nel 2030 (stando ai nuovi scenari demografici UST 2020 - variante alta, che al momento vengono dati come i più probabili) a una densità di 148‰ posti ogni mille abitanti ultra80enni. Ciò equivarrebbe grosso modo a prolungare il trend attuale di diminuzione delle densità di posti letto in casa anziani.

Realizzando invece tutti i posti-letto indicati alla tabella 3.1.5.1 si raggiungerebbero **nel 2030** (sempre secondo lo scenario demografico alto UST 2020) delle densità comprese tra 179‰ nel caso si realizzassero i 2'007 posti della variante bassa e 189‰ se si realizzassero i 2'382 posti della variante alta. Ciò equivarrebbe a mantenere, sostanzialmente, le densità attuali.

A questo punto conviene gettare uno sguardo oltre il 2030, poiché l'aumento degli ultra80enni continuerà a ritmo sostenuto fino al 2050 circa.

All'orizzonte 2040 disporre dei "soli" 5'446 letti attualmente autorizzati e di cui 870 sono ancora da realizzare, equivarrebbe a disporre di una densità di 125‰ posti ogni mille abitanti ultra80enni (in % della popolazione ultra80enne prevista nei nuovi scenari UST variante alta).

Rispettivamente disporre di 6'583-6'959 posti letto equivarrebbe a disporre di una densità (scenari demografici UST 2020 variante alta) di 151‰-160‰ posti letto ogni mille abitanti ultra80enni.

Tabella 3.1.5.1: Posti letto esistenti in CPA, fabbisogno futuro e relative differenze, Ticino 2020-2030

	Posti letto esistenti 2020	Stima fabbisogno futuro secondo i 4 scenari (valori minimo e massimo in posti letto occupati al 98%)		Differenza tra i posti esistenti nel 2020 e il fabbisogno 2030 (minima e massima)	
		2025	2030	valori assoluti	in % dei posti 2020
Lungo soggiorno	4'379	5'719 - 5'961	6'342 - 6'703	1'963 - 2'324	45% - 53%
Soggiorno temporaneo	56	70 - 82	82 - 86	26 - 30	46% - 54%
CAT / STT	110	110 - 117	119 - 129	9 - 19	8% - 17%
Cure palliative	31	40 - 40	40 - 40	9 - 9	29% - 29%
Totale	4'576	5'939 - 6'200	6'583 - 6'958	2'007 - 2'382	44% 52%

Fonti: Stime OBSAN 2016 e aggiornamenti stime DSS DSP StatSan

3.2 Appartamenti protetti per anziani e appartamenti a misura d'anziano

Appartamenti protetti per anziani finanziati dalla LANz

Gli appartamenti protetti offrono una soluzione residenziale di lunga durata a persone anziane che sono ancora autonome, ma necessitano o preferiscono vivere in un ambiente semi-protetto che fornisce alcuni servizi, in particolare i pasti e le pulizie.

In Ticino sono attive da molti anni 4 strutture con appartamenti protetti, riconosciute e finanziate ai sensi della LANz. Due di esse (Capriasca e, ancora per poco, Losone) offrono esclusivamente appartamenti protetti, mentre a Giubiasco e Balerna gli appartamenti sono inseriti nel contesto della casa anziani a cui appartengono. A Losone si sta costruendo una casa anziani medicalizzata che affiancherà gli appartamenti di Casa Patrizia. Le quattro strutture offrono, complessivamente, 118 posti.

Tabella 3.2.1: Appartamenti protetti LANz, per comprensorio SACD, Ticino 2020 (offerta istituzionalizzata)

Comprensorio SACD	Istituto	Indirizzo	Totale posti
Totale			118
Mendrisiotto e Basso Ceresio	Casa anziani Balerna	Balerna	18
Luganese	Casa anziani Don Giuseppe	Capriasca	33
Malcantone e Veduggio	---		---
Locarnese e Vallemaggia	Fondazione Casa Patrizia	Losone	39
Bellinzonese	Casa Aranda	Giubiasco	28
Tre Valli	---		---

Fonte: Dati interni UACD

Appartamenti a misura d'anziano

Oltre ai precedenti appartamenti protetti finanziati nel quadro della LANz, vi sono poi diverse strutture con appartamenti "a misura d'anziano". Sotto questa denominazione si raggruppano iniziative promosse da enti diversi, che perseguono la stessa finalità - offrire unità abitative ad anziani inserite in un contesto tale da permettere il più a lungo possibile una vita autonoma dal punto di vista abitativo – ma che organizzano tali condizioni in modo che può variare nel grado, dall'offrire principalmente consulenza e coordinamento fino al mettere a disposizione un'ampia gamma di servizi principalmente sanitari ma non solo.

Gli appartamenti a misura d'anziano, a differenza degli appartamenti protetti, **non** sono situati all'interno o in prossimità di una casa anziani (con la sola eccezione della casa anziani Rivabella a Magliaso). Semmai avviene il contrario, in particolare nelle case di appartamenti della Tertianum SA, dove il complesso residenziale accoglie anche un piccolo reparto medicalizzato di casa anziani (20-30 posti letto) destinati ad accogliere anche gli inquilini degli appartamenti nei momenti di fragilità (ad es. dopo un ricovero ospedaliero) oppure per un lungo soggiorno al momento in cui la diminuita autonomia dell'anziano non gli consentisse di continuare a vivere da solo in appartamento. Questa formula presenta il vantaggio, per l'anziano, di potere essere trasferito in casa anziani pur restando nel suo precedente contesto di vita.

Come detto l'offerta di prestazioni si differenzia da complesso a complesso. Nella tabella 3.2.2 abbiamo elencato le iniziative che siamo state in grado di trovare effettuando una ricerca in internet, ma non sappiamo se la tabella sia esaustiva. In Ticino attualmente si conoscono principalmente due modelli: quello di Pro Senectute e quello di Tertianum SA.

Nel 2013 Pro Senectute e l'Associazione bellinzonese per l'assistenza e cura a domicilio hanno avviato una nuova forma di partenariato con un imprenditore privato, destinando un immobile di

nuova costruzione ad inquilini over 65. La collaborazione fra i due enti era finalizzata all'erogazione di attività di animazione, consulenza, cure e assistenza, mentre quella con l'imprenditore e proprietario alla scelta degli inquilini e alla messa a disposizione di spazi per attività di gruppo. Il modello prevedeva la presenza di un "custode sociale" con formazione socio-sanitaria, incaricato di erogare o attivare le prestazioni indicate in precedenza. Nel tempo l'identità di questo operatore si è rafforzata, diventando una figura di riferimento per i residenti anziani e i loro famigliari.

L'esperienza è stata rapidamente replicata in altre regioni, in alcuni casi in modo molto positivo e in altri con qualche limitazione dovuta a difficoltà nel partenariato con i proprietari.

La necessità di personalizzare fortemente queste iniziative a dipendenza del contesto regionale, sociale e del modello di collaborazione instaurato, ha favorito l'evoluzione della figura del custode sociale, oggi chiamato operatore di quartiere. Tale evoluzione è consistita nell'allargamento del suo intervento anche all'esterno dell'immobile, verso la comunità, promuovendo e producendo interazioni con la cittadinanza, che favoriscono e facilitano le attività di lavoro sociale comunitario, ad esempio organizzando o promuovendo attività, incontri e uscite ai quali partecipano sia gli inquilini sia gli abitanti del quartiere. Questo nuovo orientamento ha permesso alle risorse e capacità naturalmente presenti nei quartieri e negli abitanti di emergere, di essere valorizzate e riconosciute. Ciò ha stimolato la solidarietà, anche intergenerazionale, e il principio dell'auto aiuto permettendo all'anziano di trovare un supporto di prossimità limitando i rischi d'isolamento sociale.

Oggi gli operatori di quartiere sono sempre più orientati a facilitare attività collettive, momenti di scambio e fornire al bisogno una consulenza specialistica per indirizzare gli anziani verso i servizi presenti sul territorio.

Da notare infine come l'insediamento di Centri diurni socio-assistenziali (vedi più avanti cap. 3.6.2) in edifici abitativi non destinati ad anziani abbia richiamato spontaneamente in questi edifici inquilini over 65. Ciò è successo ad esempio a Maggia e a Massagno negli stabili dove sono inseriti i CDSA di Pro Senectute. Il potenziale supporto fornito dai centri diurni in termini di consulenza, prevenzione, fornitura pasti e più in generale sicurezza, può rivelarsi infatti estremamente efficace, indipendentemente dal fatto che gli inquilini frequentino o meno queste strutture diurne; inoltre la collaborazione costante con gli operatori di quartiere favorisce il monitoraggio del territorio, riducendo i tempi di individuazione ed intervento verso situazioni sensibili e a rischio.

Leggermente diverso il modello sviluppato da Tertianum SA, che si sforza di offrire "lei stessa" all'interno del complesso residenziale, la gamma più completa possibile di servizi. Inoltre, a differenza di Pro Senectute, Tertianum SA non si prefigge lo scopo di creare una continuità sociale tra il complesso residenziale e il quartiere dove si inserisce. Tertianum SA offre tutta la gamma dei servizi necessari, a cominciare dall'amministrazione degli appartamenti (che Pro Senectute delega) e promuovendo l'insediamento nei propri spazi di vari servizi sanitari o offrendoli lei stessa. Abbiamo già detto del reparto medicalizzato di casa anziani che Tertianum offre all'interno dei suoi complessi residenziali; oltre a ciò, ad esempio, nei complessi di Tenero e Bellinzona è inserito un CDSA di Pro Senectute.

Pro Senectute e Tertianum SA rappresentano quindi i due poli della modalità di organizzazione di questi complessi residenziali. Nella pratica, si osservano lievi variazioni lungo il continuum da uno all'altro dei poli, dovute alle contingenze.

Da notare infine che negli edifici dove collabora Pro Senectute non abitano esclusivamente over 65 e che nei complessi della Tertianum sono offerti anche appartamenti di vacanza o altri.

Gli appartamenti a misura d'anziano sono offerti già da molti anni in Ticino da quattro strutture (Rivabella Magliaso, e i complessi di Massagno, Muralto e Locarno divenuti nel frattempo Tertianum SA) che offrono complessivamente quasi 200 appartamenti (192).

A questi si sono aggiunti, a partire dal 2013, altri 13 complessi, che hanno portato il numero di appartamenti a misura d'anziano potenzialmente disponibili in Ticino, a quota 853 (+344% rispetto al 2015). L'offerta completa è elencata alla tabella 3.2.2.

Tabella 3.2.2: Appartamenti a misura d'anziano per comprensorio SACD, informazioni diverse, Ticino 2020

Comprensorio SACD	Stabile	Comune	Apertura ¹⁾	Ente gestore / proprietario	Osservazioni	Totale	1 ½	2 ½	3 ½	Custode sociale	Spitex in house Si/No	CDSA nell'edificio
Totale						853						
Mendrisiott o e Basso Ceresio	Residenza Martina	Riva San Vitale	2018	Pro Senectute	Occupazione prevalente over65	43	8	30	5	Op. quartiere Pro Senectute condiviso con CDSA di Riva S. Vitale	No – stretta collaborazione con ACD	
	Residenza Ligrignano	Morbio Inferiore	2018	Pro Senectute	Occupazione non esclusiva di over65	80				Op. quartiere Pro Senectute	No – stretta collaborazione con ACD	
	Casa Comacini	Chiasso	2019	Tertianum SA		86	5	58	23			
Luganese	Parco Maraini	Massagno		Tertianum SA		24	1	5	18			
	Residenza Cornaredo	Lugano	2020- 2021	Tertianum SA		40	---	40	40			
Malcantone e Vedeggio	Casa Anziani Rivabella	Magliaso		Rivabella		8	---	---	8		Si – Spitex in house Rivabella	
Locarnese e Vallemaggia	Residenza S. Clemente	Ascona	2019	Associazione		62						CDSA di Pro Senectute
	Residenza al Riale	Gordola	2017	Pro Senectute	Occupazione prevalente over65 e AI	44	24	16	4	Op. quartiere Pro Senectute condiviso con CDSA Tenero	No – stretta collaborazione con ALVAD	
	Residenza al Parco	Muralto		Tertianum SA		72						
	Residenza al Lido	Locarno		Tertianum SA		88						
	Residenza Vigneto	Tenero	2017	Tertianum SA		69	10	48	11			CDSA di Pro Senectute
	Casa Cosima	Minusio	2017	Mazzoleni		30					No – stretta collaborazione con Spitex	
Bellinzonese	Residenza Mesolcina	Bellinzona	2013	Pro Senectute	Occupazione prevalente over65	18	---	18	---	Operatore di quartiere di Pro Senectute condiviso con CDSA Bellinzona	No – stretta collaborazione con ABAD	
	Residenza Morenàl	Bellinzona - Monte Carasso	2015	Pro Senectute	Occupazione prevalente over65 e AI	86				Operatore di quartiere di Pro Senectute condiviso con Somentino	No – stretta collaborazione con ABAD	
	Residenza Turrita	Bellinzona	2016	Tertianum SA		71	16	46	9			CDSA di Pro Senectute
	Residenza Somentino	Bellinzona – Sementina	2017	Pro Senectute	Occupazione non esclusiva di over65	14	---	14	---	Operatore di quartiere di Pro Senectute condiviso con Morenàl	No – stretta collaborazione con ABAD	
	Residenza Adelina	Bellinzona - Monte Carasso	2020	Pro Senectute		18	--	18	---		No – stretta collaborazione con ABAD	
Tre Valli	---				---							

¹⁾ Per gli edifici gestiti da Pro Senectute si intende non l'anno di costruzione, ma quello in cui Pro Senectute ha avviato la collaborazione, ossia introdotto l'operatore di quartiere. Da notare che non tutti gli stabili di Pro Senectute sono abitati esclusivamente da over65 e che negli stabili di Tertianum SA sono offerti anche appartamenti di vacanza o altri.

Fonte: Ricerca online e dati interni Pro Senectute

Evoluzione del numero di appartamenti protetti e degli appartamenti a misura d'anziano in Ticino

Come detto in Ticino si contano 118 posti in appartamenti **protetti** già da molti anni. L'offerta di appartamenti **a misura d'anziano** è invece aumentata in maniera importante negli ultimi anni e attualmente si dispone di potenziali 853 appartamenti.

Entrambe queste offerte non rientrano nelle statistiche ufficiali federali del settore sanitario (vi rientravano fino al 2005, nella statistica SM-STAT, precorritrice dell'attuale statistica federale SOMED) e quindi non si dispone purtroppo di dati storici e di confronto con la Svizzera, né sulla disponibilità esatta né sull'utilizzo di queste strutture da parte della popolazione anziana.

Tuttavia per gli appartamenti protetti l'UACD raccoglie dati dettagliati che ci permettono di caratterizzare gli ospiti e i soggiorni nel modo seguente.

Occupazione degli appartamenti protetti per anziani

Nel 2018 nelle 4 strutture con appartamenti protetti per anziani, i residenti hanno totalizzato 37'957 giornate di cura, pari a un tasso di occupazione (per i 118 posti) dell'89.6%. Le giornate di presenza effettive, cioè senza conteggiare eventuali assenze in particolare per ricoveri ospedalieri, sono state 35'555.

Al 31.12 risiedevano in istituto 103 ospiti, 20 ne erano usciti durante l'anno (turnover del 20%). Degli usciti, 9 erano deceduti e 11 si erano trasferiti in un altro istituto, verosimilmente una casa anziani medicalizzata. Inoltre il 40% dei residenti sono uomini e il 60% donne.

La durata media di degenza degli ospiti dimessi durante il 2018 è stata di 5.9 anni, ma alcuni ospiti hanno vissuto più di 20 anni in questi appartamenti. La durata di residenza degli ospiti che non sono usciti era stata, fino al 31.12.2018, mediamente di 5.0 anni.

Per quanto riguarda la struttura per età, i dati mostrano (tabella 3.2.3) che i residenti 70enni hanno beneficiato del 28.3% delle giornate e la fascia dei 65-69enni del 9%. Gli 80enni (80-89) hanno usufruito di quasi la metà (46.2%) delle giornate, e gli ultra90enni (tutti sotto i 95 anni) del 15% delle giornate.

Infine per quanto riguarda il grado di dipendenza e la categoria RAI-RUG⁶, si osserva (vedi tabella 3.2.4) che l'85% delle giornate sono di ospiti nella categoria PA0 (e grado 1), il 10% nel RAI-RUG PA1 (grado 2). Il restante 5% si suddivide tra altri quattro RUG, ossia il PB1, il CA1, il CA2 e l'SSA.

Tabella 3.2.3: Giornate di presenza negli appartamenti protetti LANz, per classe di età, Ticino 2018

Classe di età	Giornate di presenza effettive	Giornate di presenza totali	(in %)
Totale	35'555	37'957	100.0
45-49	365	365	1.0
55-59	218	218	0.6
60-64	123	123	0.3
65-69	3'161	3'386	8.9
70-74	4'731	4'868	12.8
75-79	5'387	5'865	15.5
80-84	9'507	10'301	27.1
85-89	6'846	7'242	19.1
90-94	5'217	5'589	14.7

Fonte: Dati interni UACD

⁶ Nelle case anziani è utilizzato lo strumento di valutazione del bisogno di cure RAI (Resident Assessment Instrument) che permette di calcolare il grado di dipendenza dalle cure e il tipo di cure di cui necessita l'anziano ospite di case anziani. Le categorie calcolate si chiamano RAI-RUG.

Tabella 3.2.4: Giornate di presenza negli appartamenti protetti LANz, per RAI-RUG e grado LAMal, Ticino 2018

Grado LAMal	RAI – RUG	Giornate di presenza effettive	Giornate di presenza totali	In %
Totale		35'555	37'957	100.0
1	PA 0 Funzioni fisiche ridotte	30'171	32'186	84.8
2	PA 1 Funzioni fisiche ridotte	3'404	3'3689	9.7
4	PB 1 Funzioni fisiche ridotte – con allenamenti	365	365	1.0
5	CA 1 Clinicamente complesso	1'095	1'095	2.9
7	CA 2 Clinicamente complesso	0	31	0.1
8	SSA Cure speciali	520	591	1.6

Fonte: Dati interni UACD

Nessuna stima del fabbisogno 2030 per gli appartamenti protetti

Per questo tipo di offerta non si procede a calcolare il fabbisogno futuro, in quanto gli esperti ritengono (in base a indicatori quali il tasso di occupazione) che non esista una pressione particolare in questo settore e che, quindi, le strutture disponibili dovrebbero essere sufficienti.

Appartamenti a misura d'anziano: alcune riflessioni sul volume dell'offerta

L'importante aumento dell'offerta avvenuto negli ultimi quattro o cinque anni, mostra che un bisogno è stato identificato dai diversi promotori per questo tipo di offerta. Tuttavia, come detto, non si dispone di dati statistici attuali e tanto meno retrospettivi per procedere a stime dettagliate.

Tuttavia, ammettendo da una parte che l'offerta attuale sia sufficiente e ben sfruttata dalla popolazione anziana, e ammettendo altresì che la composizione per classi di età dei residenti sia simile a quella negli appartamenti protetti, è possibile dedurre, in base ai tassi attesi di crescita della popolazione e in base alla ripartizione attuale dei residenti (60% dei residenti 80-94enni e 40% 65-79enni) che fino al 2030 ulteriori 240 appartamenti circa potrebbero essere occupati (+28%).

3.3 Reparti acuti a minore intensità (RAMI)

I Reparti acuti a minore intensità (RAMI) offrono cure sub-acute a pazienti che in quel momento non sono in grado di restare a casa e che sono finalizzate al ristabilimento del paziente per permettergli di rientrare al proprio domicilio. Si tratta di cure intermedie tra quelle offerte dai reparti post-acute CAT-STT e quelle dei reparti acuti degli ospedali, della durata di 28 giorni al massimo. A queste cure possono accedere pazienti dimessi dagli ospedali ma anche arrivati dal proprio domicilio.

I reparti RAMI sono stati introdotti con l'ultima pianificazione ospedaliera (pianificazione ospedaliera e delle case di cura), anche per dare seguito alla necessità, formulata in modo ricorrente dagli ospedali acuti, di potenziare l'offerta post-acute in modo da potere dimettere i pazienti dai reparti acuti nei tempi sempre più brevi.

I RAMI sono finanziati secondo l'art. 39 cap. 3 della LAMal (case di cura). In ragione del modo di finanziamento, della paziente (il 92% dei pazienti presi a carico in questi reparti sono ultra65enni) e della complementarietà delle cure RAMI e delle cure CAT-STT, è coerente inserire i RAMI nella presente pianificazione anziani.

3.3.1.1 Dotazione e consumo di cure attuali

I reparti RAMI hanno iniziato la loro attività nel 2018 con una dotazione di 90 posti letto distribuiti tra gli Ospedali di Acquarossa e Malcantonese e la Clinica Varini (vedi tabella 3.3.1).

Nel 2018 detti reparti hanno preso a carico 1'207 pazienti ed erogato 29'060 giornate di cura, ciò che corrispondeva a un tasso di occupazione dell'88.5% per i 90 posti letto.

Nel 2019 sono stati aperti ulteriori 15 posti letto RAMI all'Ospedale La Carità di Locarno ed altri 30 saranno aperti all'Ospedale Beata Vergine di Mendrisio nel 2022, nella nuova ala attualmente in costruzione. Nel 2019 i reparti RAMI hanno preso a carico 1'464 pazienti per 35'184 giornate di cura. Ciò corrisponde a un tasso di occupazione del 91.8% per i 105 posti letto in esercizio, ossia superiore a quello registrato nell'anno di apertura di questo tipo di offerta.

Tabella 3.3.1: Posti letto RAMI esistenti e previsti a breve termine, per comprensorio SACD, dal 2010

	2010	2011	...	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Totale	-	-	-	-	-	-	90	105	105	105	135
Mendrisiotto e Basso Ceresio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30
Luganese	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malcantone e Veduggio	-	-	-	-	-	-	30	30	30	30	30
Locarnese e Vallemaggia	-	-	-	-	-	-	30	45	45	45	45
Bellinzonese	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tre Valli	-	-	-	-	-	-	30	30	30	30	30

Fonte: statistica ospedaliera KS e Rapporto di pianificazione ospedaliera 2015

3.3.1.2 Stima del fabbisogno 2030

Il fabbisogno 2030 è stato stimato proiettando le giornate di cura RAMI erogate nel 2019. Infatti i RAMI hanno iniziato la loro attività solo nel 2018 e occorre un certo tempo al sistema sanitario per assimilare il cambiamento. D'altra parte l'aumento dei posti del 2019 è stato accompagnato da un aumento del tasso di occupazione, ciò che sembra confermare la necessità del sistema sanitario di questo tipo di prestazione. Per questo motivo stimiamo il fabbisogno futuro in base ai dati 2019.

Il consumo osservato nel 2019 è proiettato secondo le seguenti ipotesi:

- Evoluzione della popolazione cantonale secondo gli scenari UST 2015 di riferimento e basso;
- Tasso di ricovero RAMI per classe di età costante dal 2019 al 2030;
- Durata media di degenza per classe di età costante dal 2019 al 2030.

I risultati della stima sono riportati alla tabella 3.3.2.

Tabella 3.3.2: Posti letto RAMI esistenti e stima del fabbisogno, Ticino 2020 – 2030

	Posti esistenti 2020	Stima fabbisogno futuro scenario demogr. basso - di riferimento (in posti letto occupati al 98%)		Differenza 2020-2030	
		2025	2030	assoluta	in %
Ticino	105	128 - 131	145 - 150	40 - 45	38.1 - 42.9

Fonti: Posti esistenti secondo la statistica federale KS e stima del fabbisogno in base ai dati della Statistica medica federale MS

Con le ipotesi elencate sopra risulta un fabbisogno di giornate di cura compreso tra 45'700 e 46'700 nel 2025 e tra 51'700 e 53'700 giornate nel 2030. Ciò corrisponde a 128-131 posti letto (occupati al 98%) nel 2025 e a 145-150 posti letto (occupati al 98%) nel 2030.

Considerato che oggi sono disponibili già 105 posti letto e che altri 30 saranno aperti nel 2022, per un totale di 135 posti letto RAMI, si deduce (sempre nell'ambito delle ipotesi formulate sopra) che i letti pianificati saranno sufficienti fino al 2027 circa e che nel 2030 ne mancherebbero 10 o 15.

Pertanto non sembra necessario procedere a ulteriori sviluppi del settore RAMI prima della valutazione intermedia della pianificazione anziani che verrà fatta nel 2025 quando si potrà verificare l'andamento del settore RAMI e valutarlo anche in relazione all'evoluzione nel settore complementare dei CAT/STT.

Segnaliamo infine che il fabbisogno non è stato esplicitamente ripartito tra regioni SACD poiché la regionalizzazione è già stata fatta nell'ambito della pianificazione ospedaliera 2015.

3.4 Settore cure e assistenza a domicilio

Nel settore delle cure e dell'assistenza a domicilio vi sono diverse categorie di fornitori di prestazioni, diversi sia per tipo di organizzazione e finanziamento sia per le prestazioni che forniscono.

Servizi di cura e assistenza a domicilio di interesse pubblico (SACD)

Sul territorio cantonale sono attivi sei Servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse pubblico (SACD) a ognuno dei quali è affidato un comprensorio di competenza, definito nel Decreto esecutivo concernente la definizione dei Comprensori di attività dei servizi di assistenza e cura a domicilio del 17 novembre 1999. In seguito alle fusioni comunali, i comprensori SACD hanno subito nel frattempo alcune piccole modifiche, come ad esempio il Comune di Claro spostato dal comprensorio Tre Valli al Bellinzonese al momento dell'aggregazione di Claro con Bellinzona.⁷

Tutte le persone residenti confrontate a malattia, infortunio, disabilità, maternità, problemi legati all'invecchiamento o difficoltà socio-familiari possono beneficiare delle prestazioni dei SACD. Oltre alle cure LAMal di cui all'art. 7 dell'OPre, i SACD offrono anche prestazioni di assistenza per l'economia domestica. Si occupano infine di consulenza igienica, sanitaria e sociale in materia di maternità e infanzia in età prescolastica.

Ad essi la LACD attribuisce inoltre il mandato di coordinare la rete – o meglio, le reti – e attivare le eventuali prestazioni necessarie per il singolo utente.

I SACD sono finanziati dall'ente pubblico e ricevono un contributo unico per l'insieme delle attività da loro svolte in base alla LACD.

Servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse privato

Attualmente ci sono 44 servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse privato (che di seguito chiamiamo Spitex). Questi servizi erogano, come i SACD, diversi tipi di prestazioni, ossia cure LAMal ai sensi dell'art. 7 OPre e prestazioni di economia domestica. Alcuni di essi effettuano inoltre il servizio di prestito e collocamento delle badanti.

34 di questi 44 Spitex dispongono di un contratto di prestazione con lo Stato, il quale finanzia la parte residua dei costi delle prestazioni di cura LAMal sulla base dell'art. 25 cpv. 5 LAMal. Sul territorio sono però attivi anche servizi privati non contrattualizzati con UACD, i quali decidono di non ricevere alcun tipo di sussidio. Negli ultimi anni si delinea un trend di aumento dei servizi privati, contrattualizzati e non.

Infermieri indipendenti

Infine anche gli infermieri indipendenti erogano cure a domicilio (solo le cure di cui all'art. 7 OPre).

Analogamente ai Servizi Spitex, gli infermieri indipendenti possono decidere di stipulare un contratto di prestazione con lo Stato, in base al quale ricevono un finanziamento per i costi residui di cura LAMal sulla base dell'art. 25 cpv. 5 LAMal.

Nel 2018 in Ticino erano attivi 93 infermieri contrattualizzati (134 nel 2020). A questi si aggiungono circa 150 infermieri che hanno deciso di non stipulare il contratto. Anche il numero degli infermieri indipendenti sta aumentando.

⁷ I comprensori SACD sono cambiati più notevolmente tra il 2000 e il 2010 quando le fusioni di comuni erano più frequenti.

3.4.1 Cure LAMal a domicilio (art. 7 OPre)

Servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse pubblico (SACD), Servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse privato (di seguito Spitex) e infermieri indipendenti erogano le cure a domicilio ai sensi dell'art. 7 dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre).

Inoltre, limitatamente alle cure di base, i servizi Spitex possono delegare a badanti qualificate occupate dalle famiglie, l'esecuzione delle Cure di base, che saranno fatturate dai Servizi Spitex e incluse nella statistica federale utilizzata sotto. §1234567890'

L'art. 7 OPre suddivide le prestazioni di cura in tre categorie di complessità e con tariffa oraria diversa. Le tariffe, rimaste invariate dal 2011 al 2019, sono state diminuite del 3.66% nel 2020 (tabella 3.4.1.1).

Le cure LAMal a domicilio possono essere attivate dall'utente stesso su prescrizione del medico curante. L'assicurazione di base LAMal finanzia, in base all'art. 25a LAMal, i costi delle prestazioni di cura a domicilio prescritte dal medico, secondo le tariffe orarie indicate alla tabella 3.4.1.1.

Siccome in Ticino non è prevista la partecipazione dell'utente ai costi di queste cure, i costi di cura residui (ossia che eccedono le tariffe) sono a carico dell'ente pubblico (e coperti nella misura del 20% dal Cantone e dell'80% dai Comuni). Il contratto di prestazione con lo Stato regola, tra l'altro, questo aspetto.

Tabella 3.4.1.1: Tariffe orarie per le cure LAMal a domicilio

	Dal 2011 al 2019 CHF/ora	Dal 2020 CHF/ora
art. 7a Valutazione, consigli e coordinamento	79.80	76.90
art. 7b Esami	65.40	63.00
art. 7c Cure di base	54.60	52.60

3.4.1.1 Evoluzione delle prestazioni di cura art. 7 OPre erogate in Ticino dal 2011 al 2018

Il numero di clienti di cure LAMal a domicilio è aumentato del 54%, passando da 10'524 nel 2011 a 16'351 nel 2018, mentre le ore di cura sono raddoppiate, passando da 597'823 a 1'192'457. La media delle ore per cliente è aumentata del 28%, passando da 57 a 73. L'evoluzione dal 2011 al 2018 è quindi stata molto forte. Essa ha coinvolto tutti i tipi di fornitori di prestazioni, ma poiché negli Spitex è stata più rapida, la quota di clienti e ore erogate si è spostata a favore di questo settore.

Così se nel 2011 i SACD servivano il 64% dei clienti e il 58% delle ore, nel 2018 essi servivano il 57% dei clienti ed erogavano il 50% delle ore. Nello stesso periodo gli Spitex privati sono passati dal 17% al 24% dei clienti e dal 30% al 39% delle ore. Gli Spitex privati si distinguono per medie più elevate di ore di prestazione per cliente.

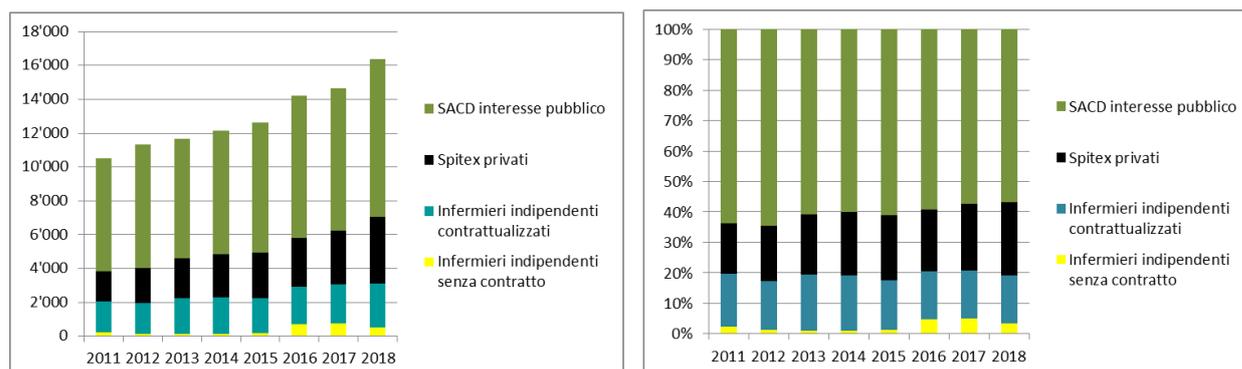
Infine le quote di clienti e ore degli infermieri indipendenti sono rimaste piuttosto stabili. Sappiamo però che questo potrebbe dipendere anche dalla non esaustiva partecipazione alla statistica federale.

Tabella 3.4.1.2: Cure LAMal a domicilio: risultati principali, Ticino, dal 2011

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Differenza 2011-18	
									assoluta	perc.
Totale Clienti	10'524	11'348	11'684	12'157	12'634	14'211	14'626	16'351	5'827	55.4
SACD interesse pubblico	6'711	7'321	7'102	7'307	7'715	8'418	8'372	9'287	2'576	38.4
Servizi privati e indipendenti	3'813	4'027	4'582	4'850	4'919	5'793	6'254	7'064	3'251	85.3
Spitex privati	1'752	2'079	2'310	2'536	2'694	2'882	3'205	3'951	2'199	125.5
Infermieri indipendenti contra	1'825	1'790	2'142	2'178	2'049	2'221	2'302	2'571	746	40.9
Infermieri indipendenti senza	236	158	130	136	176	690	747	542	306	129.7
Totale Ore	597'823	654'992	728'479	796'553	865'984	963'020	1'059'130	1'192'457	594'634	99.5
SACD interesse pubblico	347'130	381'314	393'887	422'188	472'046	517'713	560'813	597'918	250'788	72.2
Servizi privati e indipendenti	250'693	273'678	334'592	374'365	393'938	445'307	498'317	594'539	343'846	137.2
Spitex privati	179'621	206'878	253'663	285'581	309'459	327'232	375'766	467'428	287'807	160.2
Infermieri indipendenti contra	66'135	63'438	78'288	85'207	79'879	97'343	100'088	108'809	42'674	64.5
Infermieri indipendenti senza	4'937	3'362	2'641	3'577	4'600	20'732	22'463	18'302	13'365	270.7
Ore per cliente	57	58	62	66	69	68	72	73	16	28.4
SACD interesse pubblico	52	52	55	58	61	62	67	64	13	24.5
Servizi privati e indipendenti	66	68	73	77	80	77	80	84	18	28.0
Spitex privati	103	100	110	113	115	114	117	118	16	15.4
Infermieri indipendenti contra	36	35	37	39	39	44	43	42	6	16.8
Infermieri indipendenti senza	21	21	20	26	26	30	30	34	13	61.4

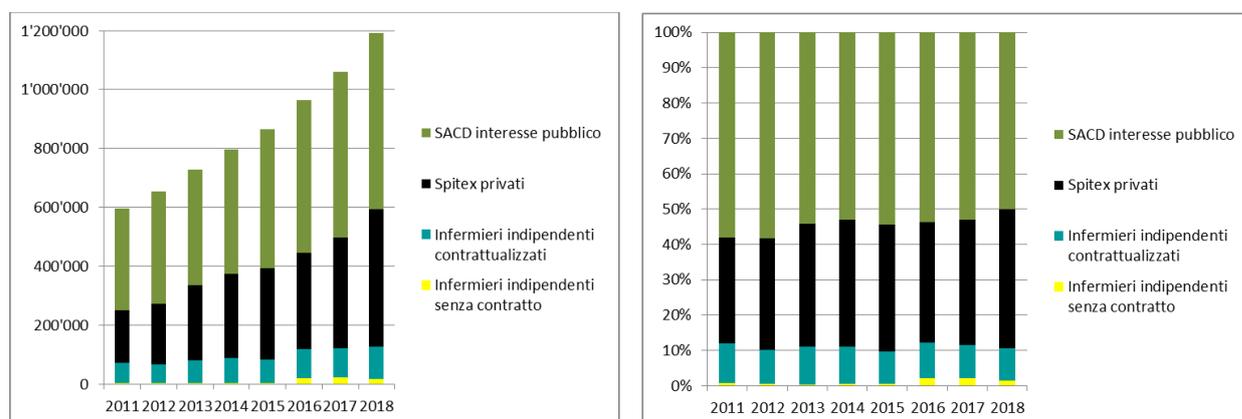
Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Grafico 3.4.1.1: Clienti di Cure LAMal per tipo di fornitore di prestazioni, Ticino dal 2011 (valori assoluti e %)



Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Grafico 3.4.1.2: Ore di Cure LAMal erogate per tipo di fornitore di prestazioni, Ticino dal 2011 (valori ass. e %)



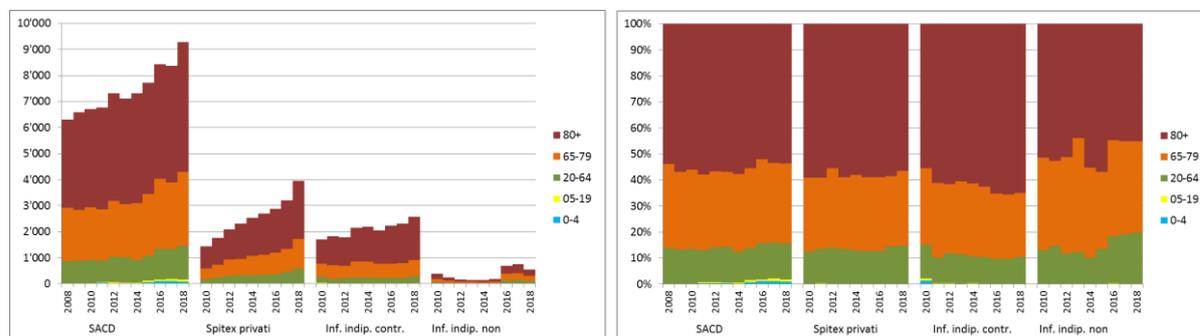
Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

La distribuzione dei clienti e delle ore erogate per classi di età è rimasta sostanzialmente invariata. Infatti gli aumenti intercorsi tra il 2011 e il 2018 hanno riguardato tutte le classi di età, anche se nella classe degli ultra80enni sono stati leggermente meno forti. Di conseguenza la ripartizione per classi

di età resta sostanzialmente invariata, con i clienti in età AVS a rappresentare tuttora l'85% dei clienti (87% nel 2011) e l'88% delle ore erogate (89% nel 2011).

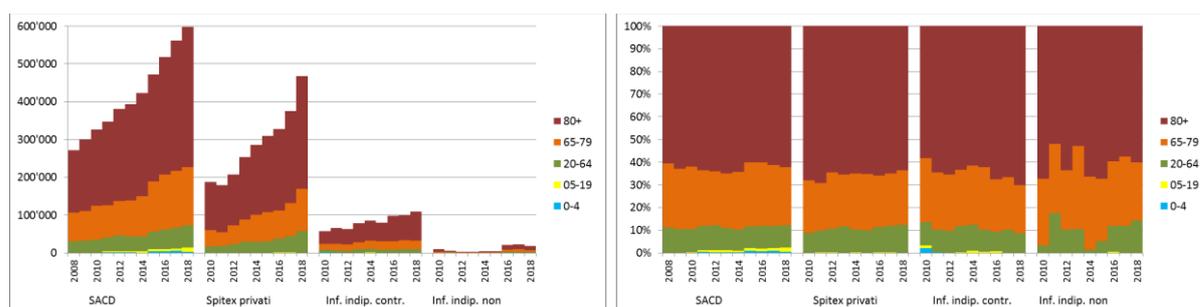
Per quanto riguarda la struttura per età dei clienti, non si osservano grosse differenze tra i diversi fornitori di prestazioni (vedi grafici 3.4.1.3 e 3.4.1.4).

Grafico 3.4.1.3: Clienti di cure LAMal per tipo di fornitore e classe di età, Ticino dal 2008



Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Grafico 3.4.1.4: Ore di cure LAMal erogate per tipo di fornitore e classe di età, Ticino dal 2008



Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Per quanto riguarda i pagamenti da assicuratori (comprensivi delle franchigie e del 10% a carico dei pazienti, vedi tabella 3.4.1.3) l'importo totale è passato da CHF 36.5 milioni nel 2011 a CHF 73.2 milioni nel 2018. Dividendo questi importi per il numero di ore di prestazioni indicato nella statistica federale, si ottiene il costo medio orario, pure riportato alla tabella 3.4.1.3. Da notare che il costo medio orario dipende dal mix di prestazioni erogate (prestazioni art. 7 a, b o c OPre).

Tabella 3.4.1.3: Cure LAMal a domicilio: Ricavi da assicuratori per tipo di fornitore e media per ora di cura erogata, Ticino, dal 2011

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Differenza 2011-18	
									assoluta	perc.
Ricavi da assicuratori (in fr.)	36'583'997	39'994'290	44'460'984	49'175'993	53'118'180	59'071'608	65'793'121	73'253'258	36'669'261	100.2
SACD interesse pubblico	21'708'297	23'612'637	24'855'192	26'718'501	29'902'610	32'909'713	35'838'353	37'657'620	15'949'323	73.5
Servizi privati e indipendenti	14'875'700	16'381'653	19'605'792	22'457'492	23'215'570	26'161'895	29'954'768	35'595'638	20'719'938	139.3
Spitex privati	10'457'237	12'277'538	14'653'913	17'039'727	18'054'417	18'893'967	22'285'806	27'706'481	17'249'244	165.0
Inferm. indep. contratt.	4'113'553	3'884'956	4'789'378	5'195'686	4'877'608	5'972'869	6'261'180	6'740'756	2'627'203	63.9
Inferm. indep. non contratt.	304'910	219'159	162'501	222'079	283'545	1'295'059	1'407'782	1'148'401	843'491	276.6
Ricavi per ora (in fr.)	61.2	61.1	61.0	61.7	61.3	61.3	62.1	61.4	0.2	0.4
SACD interesse pubblico	62.5	61.9	63.1	63.3	63.3	63.6	63.9	63.0	0.4	0.7
Servizi privati e indipendenti	59.3	59.9	58.6	60.0	58.9	58.8	60.1	59.9	0.5	0.9
Spitex privati	58.2	59.3	57.8	59.7	58.3	57.7	59.3	59.3	1.1	1.8
Inferm. indep. contratt.	62.2	61.2	61.2	61.0	61.1	61.4	62.6	62.0	-0.2	-0.4
Inferm. indep. non contratt.	61.8	65.2	61.5	62.1	61.6	62.5	62.7	62.7	1.0	1.6

Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Tabella 3.4.1.4: Cure LAMal a domicilio: Clienti e ore erogate per età e tipo di prestazione, Ticino dal 2011

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Differenza 2011-18	
									assoluta	percent.
Totale clienti (valori assoluti)	10'584	11'348	11'684	12'157	12'634	14'211	14'626	16'351	5'767	54.5
0-4	31	26	26	20	62	93	102	83	52	167.7
5-19	37	42	29	33	69	72	83	93	56	151.4
20-64	1'285	1'489	1'532	1'440	1'524	1'881	1'984	2'237	952	74.1
65-79	3'033	3'310	3'347	3'564	3'737	4'327	4'262	4'804	1'771	58.4
80+	6'198	6'481	6'750	7'100	7'242	7'838	8'195	9'134	2'936	47.4
Totale clienti (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0	
0-4	0.3	0.2	0.2	0.2	0.5	0.7	0.7	0.5	0.2	
5-19	0.3	0.4	0.2	0.3	0.5	0.5	0.6	0.6	0.2	
20-64	12.1	13.1	13.1	11.8	12.1	13.2	13.6	13.7	1.5	
65-79	28.7	29.2	28.6	29.3	29.6	30.4	29.1	29.4	0.7	
80+	58.6	57.1	57.8	58.4	57.3	55.2	56.0	55.9	-2.7	
Totale ore (valori assoluti)	597'823	654'992	728'479	796'553	865'984	963'020	1'059'130	1'192'457	594'634	99.5
0-4	1'458	1'511	955	694	4'202	4'203	5'349	3'454	1'996	136.9
5-19	2'864	3'673	3'828	5'188	6'427	7'439	7'593	10'621	7'757	270.8
20-64	62'035	69'841	77'676	76'931	84'461	99'031	111'754	127'495	65'460	105.5
65-79	140'958	158'725	172'981	201'798	233'224	247'864	266'552	294'586	153'628	109.0
80+	390'508	421'242	473'039	511'942	537'670	604'483	667'882	756'301	365'793	93.7
Totale ore (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0	
0-4	0.2	0.2	0.1	0.1	0.5	0.4	0.5	0.3	0.0	
5-19	0.5	0.6	0.5	0.7	0.7	0.8	0.7	0.9	0.4	
20-64	10.4	10.7	10.7	9.7	9.8	10.3	10.6	10.7	0.3	
65-79	23.6	24.2	23.7	25.3	26.9	25.7	25.2	24.7	1.1	
80+	65.3	64.3	64.9	64.3	62.1	62.8	63.1	63.4	-1.9	
Totale ore (valori assoluti)	597'823	654'992	728'479	796'553	865'984	963'020	1'059'130	1'192'457	594'634	99.5
art. 7a Valutaz. consigli e coord	20'318	26'629	36'463	40'801	45'617	53'543	62'072	73'663	53'345	262.6
art. 7b Esami	175'245	204'201	228'118	258'021	269'236	299'139	344'441	400'214	224'969	128.4
art. 7c Cure di base	402'260	424'162	463'898	497'731	551'131	610'338	652'617	718'580	316'320	78.6
Totale ore (%)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	0	
art. 7a Valutaz. consigli e coord	3.4	4.1	5.0	5.1	5.3	5.6	5.9	6.2	2.8	
art. 7b Esami	29.3	31.2	31.3	32.4	31.1	31.1	32.5	33.6	4.2	
art. 7c Cure di base	67.3	64.8	63.7	62.5	63.6	63.4	61.6	60.3	-7.0	
Costo orario medio (fr./ora)¹⁾	58.6	59.0	59.2	59.4	59.3	59.4	59.6	59.8	1.2	2.0

¹⁾Questo costo orario medio (ponderato) è calcolato moltiplicando le tariffe della tabella 3.4.1.1 alle ore di prestazione riportate in tabella.

Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Ore di prestazione per cliente

In Ticino le ore di cure LAMal mediamente erogate per cliente sono passate da 57 nel 2011 a 73 nel 2018 (+16 ore per cliente o +28%, vedi la tabella 3.4.1.2). Più precisamente:

Nei SACD di interesse pubblico le ore per cliente sono passate da 52 a 64 (+24%). Negli Spitex privati, che sono caratterizzati da un numero più elevato di ore di prestazione, si è passati da 103 ore per cliente nel 2011 a 118 nel 2018 (+15%). La media di ore dei clienti degli infermieri indipendenti è pure aumentata, ma resta più contenuta, essendo passata da 36 a 42 per gli infermieri contrattualizzati e da 21 a 34 per i non contrattualizzati.

Differenze regionali tra le prestazioni fornite dai SACD pubblici

I dati dei SACD d'interesse pubblico permettono inoltre di mettere questi dati in relazione agli abitanti, cosa impossibile per i servizi privati poiché la statistica federale non rileva il domicilio dei clienti.

In media cantonale i SADC erogano, complessivamente, 1'700 ore di cure LAMal art. 7 Opre, ogni mille abitanti. Più precisamente per gli ultra80enni erogano 15'400 ore ogni mille ultra80enni, 2'800 ogni mille abitanti 65-79enni e 280 ogni mille abitanti in età attiva.

A causa delle differenze regionali nella struttura per età non ha senso confrontare i tassi complessivi.

Per quanto riguarda gli ultra80enni, i SADC del Mendrisiotto e Basso Ceresio e Malcantone e Vedeggio erogano oltre 18'000 ore ogni mille abitanti (17% in più della media cantonale), i SADC del Luganese e delle Tre Valli ne erogano un numero simile alla media cantonale, mentre Locarnese e Vallemaggia nonché Bellinzonese ne erogano meno (13'200 rispettivamente 12'700).

Per quanto riguarda i 65-79enni ne erogano di più della media cantonale Tre Valli (5'800 ore ogni mille abitanti), Bellinzonese (4'050) e Mendrisiotto e Basso Ceresio (3'500). Sotto la media cantonale gli altri comprensori.

Infine per quanto riguarda la popolazione in età attiva, vengono erogate più ore che nella media cantonale nel comprensorio Tre Valli (500 ogni mille abitanti in età attiva), nel Bellinzonese (370) e nel Mendrisiotto e Basso Ceresio (350). Sotto la media cantonale gli altri Comprensori.

3.4.1.2 Valutazione della pianificazione 2017-2020

Nella tabella 3.4.1.5 sono riportate le ore LAMal erogate nel 2018 e le previsioni per il 2018 e 2020 elaborate in una pianificazione intermedia dell'UACD nel marzo del 2018.

Le ore effettivamente erogate nel corso del 2018 dai SACD hanno superato di 105'500 le ore previste dal calcolo del fabbisogno (21% in più). Da parte loro gli Spitex e gli infermieri indipendenti hanno erogato 267'600 ore in più di quelle previste nel calcolo del fabbisogno (82% in più).

Da notare inoltre che le ore erogate nel 2018 superavano ampiamente anche il fabbisogno calcolato per l'anno 2020 (14% in più erogato dal SACD e 72% in più erogato da Spitex e infermieri indipendenti).

Questi dati evidenziano le difficoltà che si pongono per prevedere il fabbisogno futuro di un settore che sta crescendo a un ritmo sostenutissimo.

Emerge quindi la necessità di capire meglio le dinamiche in atto.

Tabella 3.4.1.5: Ore erogate nel 2018 e previsione del fabbisogno 2018 e 2020, UACD

	Ore erogate Cure LAMal			Fabbisogno 2018 e 2020 per classe di età (pianificazione 2018)						Differenza tra fabbisogno 2018 risp. 2020 ore erogate nel 2018			
	2018			2018			2020			assoluta		percentuale	
	Fuori età AVS	In età AVS	Totale	Fuori età AVS	In età AVS	Totale	Fuori età AVS	In età AVS	Totale	2018	2020	2018	2020
Totale SACD	72'196	525'722	597'918	40'581	451'818	492'399	40'581	481'965	522'546	105'519	75'372	21%	14%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	11'621	108'195	119'816	7'161	76'845	84'006	7'161	81'188	88'349	35'810	31'467	43%	36%
Luganese	13'913	139'960	153'873	9'632	116'731	126'363	9'632	124'779	134'411	27510	19462	22%	14%
Malcantone e Vedeggio	4'463	57'172	61'635	3'979	53'301	57'280	3'979	58'229	62'208	4355	-573	8%	-1%
Locarnese e Vallemaggia	17'291	94'098	111'389	6'073	89'361	95'434	6'073	95'139	101'212	15955	10177	17%	10%
Bellinzonese	17'383	72'552	89'935	9'297	62'832	72'129	9'297	67'260	76'557	17806	13378	25%	17%
Tre Valli	7'525	53'745	61'270	4'439	52'748	57'187	4'439	55'370	59'809	4083	1461	7%	2%
Spitex privati e inferm. indep.	69'374	525'165	594'539	39'432	287'480	326'912	39'432	306'934	346'366	267'627	248'173	82%	72%
Mendrisiotto e Basso Ceresio					46'653			49'294					
Luganese					112'129			119'832					
Malcantone e Vedeggio					18'724			20'379					
Locarnese e Vallemaggia					77'148			82'413					
Bellinzonese					24'469			26'269					
Tre Valli					8'357			8'747					
Totale	141'570	1'050'887	1'192'457	80'013	739'298	819'311	80'013	788'899	868'912	373'146	323'545	46%	37%
Mendrisiotto e Basso Ceresio					123'498			130'482					
Luganese					228'860			244'611					
Malcantone e Vedeggio					72'025			78'608					
Locarnese e Vallemaggia					166'509			177'552					
Bellinzonese					87'301			93'529					
Tre Valli					61'105			64'117					

Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, e Pianificazione 2017-2020 UACD, Elaborazioni StatSan DSP DSS B'zona

Ticino nel confronto con i dati medi nazionali

Sin qui i principali dati cantonali. Com'è evoluta, però, la presa a carico media della popolazione? E come è evoluta in Ticino rispetto alla media svizzera?

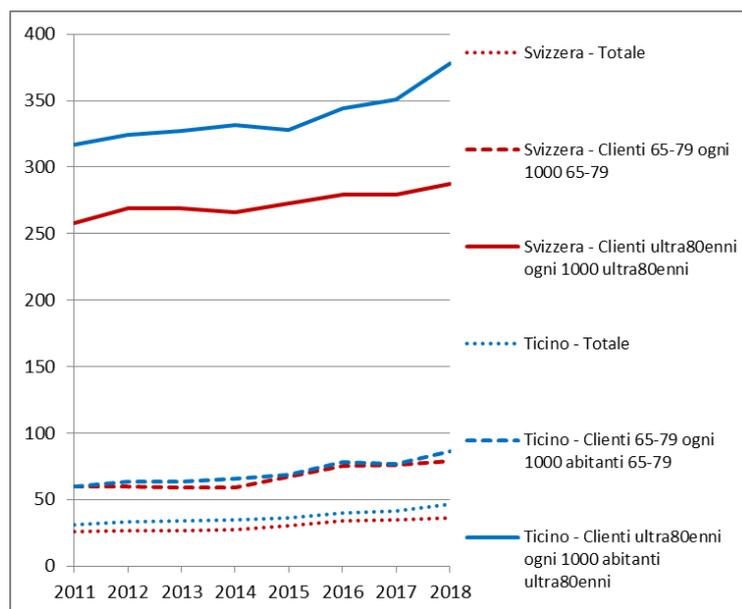
Tra il 2011 e il 2018 la **densità di clienti di cure LAMal** è aumentata sia in Ticino sia in Svizzera, sia nella popolazione generale che nelle classi di età qui esaminate (clienti in età AVS). In Ticino, dove già nel 2011 vi erano delle densità maggiori, l'aumento è più forte che in Svizzera. Di conseguenza le differenze sono aumentate (vedi grafico 3.4.1.5).

Per la popolazione complessiva la quota di clienti è aumentata in Ticino da 31 a 46 ogni mille abitanti (+47%) e in Svizzera da 26 a 36 (+41%). Per gli ultra80enni in Ticino è passata da 317 a 378 ogni mille abitanti (+19%) e in Svizzera da 258 a 287 (+11%). Per i 65-79enni in Ticino da 60 a 86 ogni mille abitanti (+44%) e in Svizzera da 60 a 79 (+31%).

Il tasso di **ore erogate di cure LAMal per mille abitanti** (grafico 3.4.1.6) è variato in modo analogo. Il tasso di ore erogate per mille abitanti è aumentato in Ticino da 1'770 a 3'370 ore (+90%) e in Svizzera da 1'300 a 2'000 (+49%). Il tasso degli ultra80enni in Ticino è passato da 20'000 a 31'300 (+56%) ore ogni mille abitanti ultra80enni; in Svizzera da 13'200 a 21'900 (+66%). Le ore erogate per mille abitanti 65-79enni sono aumentate in Ticino da 2'800 a 5'300 (+90%) e in Svizzera da 2'100 a 3'500 (+69%).

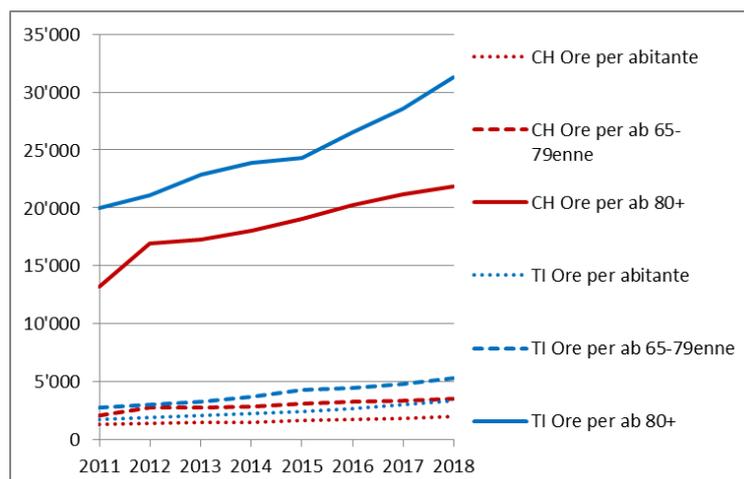
Come già per i clienti anche per le ore di cura erogate, le differenze riscontrate nel 2011 tra Ticino e media nazionale si sono ampliate nel 2018.

Grafico 3.4.1.5: Clienti di Cure LAMal secondo la classe di età, Ticino e Svizzera, dal 2011 (clienti per mille ab.)



Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Grafico 3.4.1.6: Ore di Cure LAMal secondo la classe di età, Ticino e Svizzera dal 2011 (ore per mille abitanti)



Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

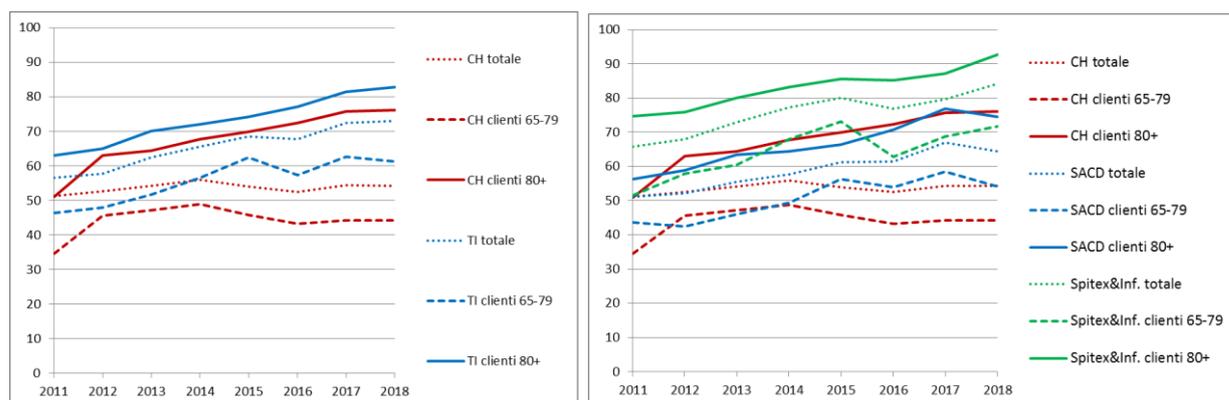
Anche per quanto riguarda il punto di vista del **singolo cliente** di Cure LAMal (vedi grafico 3.4.1.7.A) il numero di ore erogate era e resta superiore in Ticino alla media nazionale, con differenze marcate per il totale della popolazione e per i clienti 65-79enni, e un po' meno forti per gli ultra80enni. Per questa fascia di età a livello nazionale vi è stato un aumento particolarmente accentuato.

Così, per l'insieme dei clienti, la media di ore è passata in Ticino da 56 a 73 (+29%) e in Svizzera da 51 a 54 (+6%), per i clienti 65-79enni da 46 a 61 (+32%) in Ticino e in Svizzera da 35 a 44 (+28%), infine per i clienti ultra80 in Ticino si è passati da 63 a 83 ore (+31) e in Svizzera da 51 a 76 (+49%).

Il grafico 3.4.1.7.B evidenzia le differenze esistenti tra i SACD pubblici e gli Spitex privati discusse sopra. Si può osservare come i SACD pubblici presentino valori in linea con i dati medi nazionali mentre gli Spitex privati presentano, complessivamente, valori medi superiori.

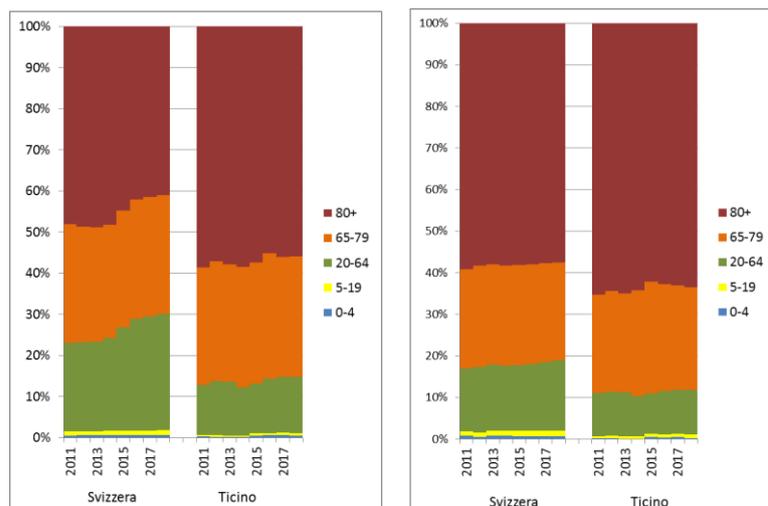
Dal punto di vista della distribuzione di clienti e ore per cure LAMal si osserva invece una netta differenza tra la situazione cantonale e quella nazionale, dove le persone in età attiva costituiscono il 28% dei clienti (in Ticino il 14%) e il 17% delle ore (contro l'11% in Ticino, vedi grafico 3.4.1.8).

Grafico 3.4.1.7.A e B: Ore medie di Cure LAMal per cliente, secondo la classe di età, Ticino e Svizzera dal 2011



Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Grafico 3.4.1.8: Distribuzione per età di clienti e ore di cure LAMal, Svizzera e Ticino, dal 2011 (in %)



Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Approfondimento sull'aumento della spesa

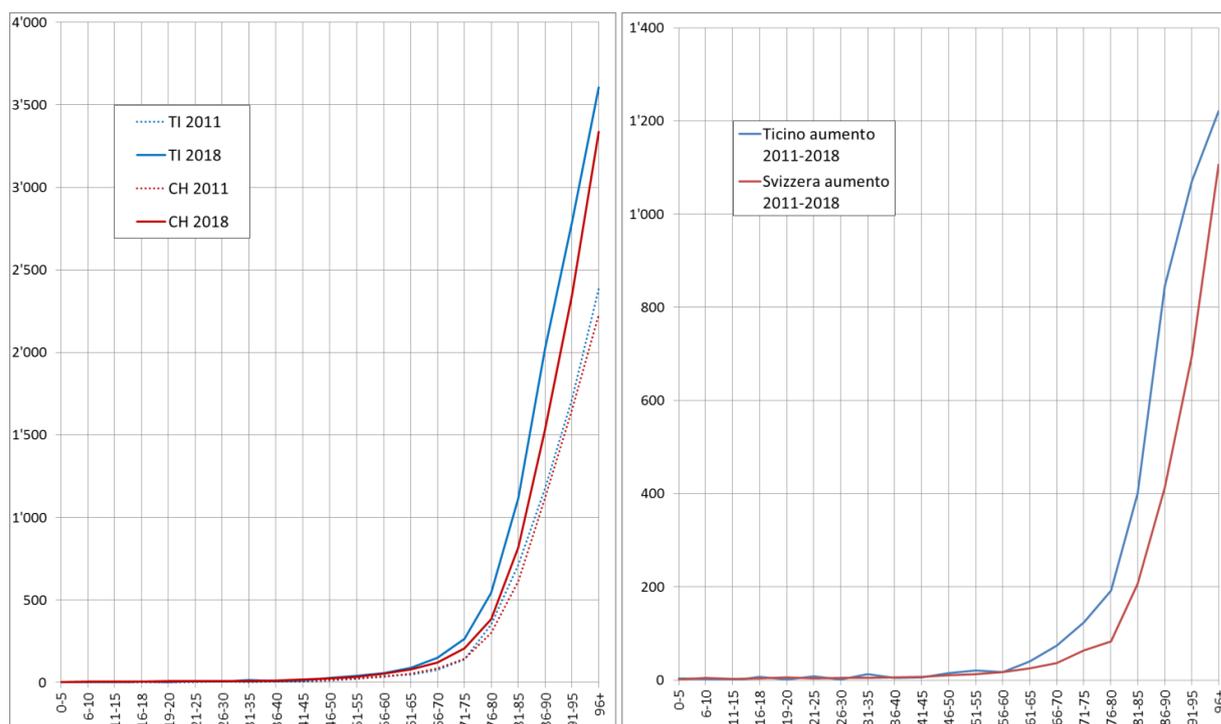
L'evoluzione impressionante del volume di queste prestazioni necessita di essere capito meglio. Occorre in particolare separare nell'aumento dei costi, la parte dovuta alla demografia (aumento e invecchiamento della popolazione intercorso tra 2011 e 2018), dalla parte dovuta all'aumento del consumo medio di prestazioni (evoluzione dei tassi di prestazioni erogate rispetto alla popolazione residente).

Grazie ai dati dei pagamenti degli assicuratori LAMal per prestazioni di cure a domicilio (dati SASIS), si dispone di una ripartizione più dettagliata in classi di età rispetto a quella della statistica federale Spitex. Ciò permette una valutazione più solida. Inoltre i dati SASIS sono, presumibilmente, esaustivi.

Secondo i dati SASIS, in Ticino dal 2011 al 2019 la spesa LAMal per cure a domicilio è passata da CHF 29.7 a CHF 59.7 milioni (+101%) e in Svizzera da CHF 555.8 a CHF 915.1 milioni (+65%).

Sul grafico 3.4.1.9 abbiamo riportato la media dei costi LAMal per abitante (franchi per abitante per età) nel 2011 e nel 2018, evidenziando sul grafico a destra, l'evoluzione intercorsa dal 2011 al 2018 in Ticino e nella media svizzera. Si nota che nel 2011 i costi medi cantonali erano molto simili ai costi medi nazionali. Tuttavia poiché l'aumento dei costi medi per abitante (per classe di età) è stato più marcato in Ticino, nel 2018 le differenze tra le due curve sono aumentate.

Grafico 3.4.1.9: Pagamenti dell'assicurazione LAMal per cure a domicilio per età, Ticino e Svizzera dal 2011 (CHF per abitante)



Fonte: Dati SASIS

A questo punto possiamo valutare separatamente l'impatto dei due fattori: demografico e del consumo di prestazioni. Da una parte possiamo calcolare come sarebbero evoluti i costi complessivi se il consumo fosse rimasto al livello osservato nel 2011 (applicando il consumo del 2011 alla popolazione dei diversi anni); viceversa possiamo valutare come sarebbero evoluti i costi complessivi se per tutto il tempo vi fosse stata la popolazione del 2018 e la struttura di consumo dei diversi anni qui considerati.

Abbiamo riportato il risultato di questi calcoli sui grafici 3.4.1.10 (valori assoluti) e 3.4.1.11 (valori indicizzati). Sul grafico 3.4.1.11 è possibile leggere l'impatto percentuale delle due componenti. Sul questo grafico si legge innanzi tutto come i costi reali siano aumentati del 101% in Ticino e del 65% in Svizzera. Inoltre vi si legge l'impatto dell'evoluzione demografica, che ha inciso per il 20% in Ticino e in Svizzera per il 17%. Quindi se il modello di consumo fosse rimasto invariato dal 2011 al 2018, in Ticino si sarebbe osservato un aumento dei costi del 20% dovuto all'evoluzione della popolazione (e in Svizzera un aumento del 17%).

Infine sul grafico 3.4.1.11 si legge l'impatto della modifica del consumo medio per abitante, fattore responsabile in Ticino di un aumento del 67% e "solo" del 40% in Svizzera.

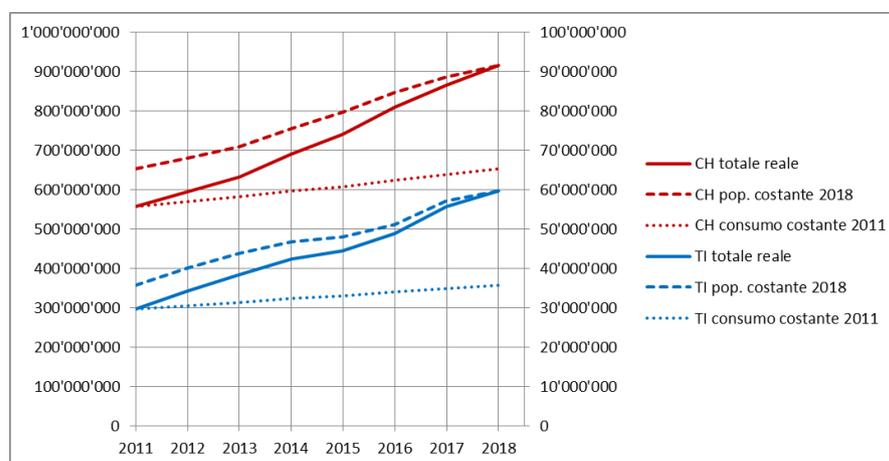
In Ticino l'aumento dovuto all'invecchiamento (20%) è quindi stato nettamente meno forte di quello prodotto dall'aumento delle prestazioni consumate (+67%⁸). Da notare che questi fattori si amplificano vicendevolmente, determinando l'aumento complessivo citato all'inizio.

⁸ Come abbiamo visto sopra, tra il 2011 e il 2018 si è prodotto un "aumento" del costo medio orario, dovuto alla modifica del mix di ore erogate (cioè di tipo art. 7a, 7b e 7c OPre) che ha determinato un aumento del costo medio orario del 2%. Quindi si può dire con maggior dettaglio che dal 2011 al 2018 in Ticino vi è stato un aumento del costo medio orario della cura LAMal a domicilio dovuto al mix pari al 2% e un aumento delle quantità di ore consumate del 64% nonché un aumento del consumo dovuto alla demografia del 20%. Insieme questi tre fattori hanno determinato l'aumento della spesa complessiva osservato in Ticino ($1.02 * 1.64 * 1.20 = 2.01$).

In conclusione: la scomposizione nei fattori che hanno determinato l'evoluzione del volume di cure LAMal a domicilio ha chiarito perché le stime sul fabbisogno futuro calcolate sin qui e basate sostanzialmente su ipotesi di consumi costanti, siano state superate rapidamente dal consumo reale. Queste stime consideravano fundamentalmente solo l'impatto prodotto dalla demografia, che si rivela essere il fattore minore di crescita in questo settore di spesa.

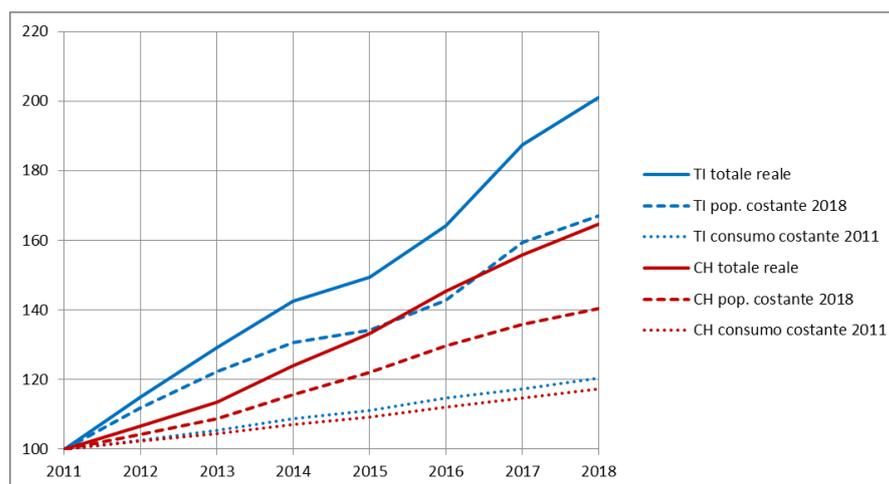
Per chiarire meglio il perché di questa evoluzione, ad esempio per determinare quanto essa potrebbe essere legata alla diminuzione dei tassi di istituzionalizzazione in casa anziani, occorrerebbero ulteriori dati e ulteriori analisi. In questo senso si ricorda che il tasso di istituzionalizzazione in case anziani è diminuito fortemente tra il 2011 e il 2018 (la perdita è stata di circa 40 posti letto in CPA ogni mille abitanti ultra80enni). Si può ipotizzare che questa diminuzione sia stata compensata con un maggior ricorso alle cure a domicilio. Resta però da capire se la diminuzione dei posti letto basti per spiegare l'aumento delle cure a domicilio o se vi sono state ulteriori cause.

Grafico 3.4.1.10: Pagamenti dell'assicurazione LAMal, reali e simulati, Ticino e Svizzera dal 2011 (in CHF)



Fonte: Dati SASIS

Grafico 3.4.1.11: Indice dei pagamenti dell'assicurazione LAMal, reali e simulati, Ticino e Svizzera dal 2011 (2011=100)



Fonte: Dati SASIS

In Svizzera l'aumento del costo medio orario del 2% si associa a un aumento del livello dei consumi del 38% e dell'aumento dovuto al fattore demografico del 17% producendo insieme l'aumento del 65%.

Tabella 3.4.1.6: Tassi di crescita osservati 2011 - 2018 sulla spesa di cure LAMal ACD, Ticino e Svizzera

	Aumento dovuto al fattore demografico		Aumento dei tassi di consumo per classi di età		Aumento totale	
	2011-2018	Tx medio annuale corrispondente	2011-2018	Tx medio annuale corrispondente	2011-2018	Tx medio annuale corrispondente
Ticino	+ 20%	+ 2.64%	+ 67%	+ 7.60%	+ 101%	10.49%
Svizzera	+ 17%	+ 2.27%	+ 40%	+ 4.92%	+ 65%	7.42%

Fonte: Dati SASIS, Elaborazioni DSS DSP StatSan Bellinzona

3.4.1.3 Stima del fabbisogno 2030

Valutazione dell'impatto del fattore demografico (ipotesi zero)

Calcoliamo dapprima il fabbisogno di cure futuro determinato dall'evoluzione demografica fino al 2030, in base alle seguenti ipotesi:

- Evoluzione della popolazione secondo gli scenari demografici UST 2015 di riferimento e basso;
- Senza ipotesi sull'evoluzione dello stato di salute degli anziani, anche perché non si dispone di informazioni per valutare da questo punto di vista i clienti;
- Ricorso costante a queste prestazioni dal 2018 al 2030. Quest'ipotesi sarà poi modulata sotto.

Per la ripartizione delle prestazioni tra i Comprensori SACD ci si basa inoltre sulle seguenti ipotesi:

- Tassi totali (pubblico+privato) di ricorso a cure LAMal uguali in tutti i comprensori SACD (a uguale struttura per età). La correttezza di quest'ipotesi non può essere verificata poiché non si dispone di informazioni sul domicilio dei clienti di servizi Spitex privati e di infermieri indipendenti;
- Tassi di ricorso a cure LAMal nei comprensori SACD ed erogate dai SACD come nel 2018 (ossia diversi in ogni SACD);
- Deduzione del fabbisogno erogato da privati (totale e nei comprensori) per differenza.

Risultati fabbisogno 2030 – impatto del fattore demografico (ipotesi zero)

Calcolando il fabbisogno futuro secondo le ipotesi elencate sopra, si ottiene per il 2030 (vedi tabella 3.4.1.7) un fabbisogno di cure LAMal compreso tra 1'639'300 e 1'687'100 ore di prestazione. Ciò corrisponde a 447'000-495'000 ore in più (+37%/+41%) rispetto alle ore erogate nel 2018.

Ci asteniamo dall'indicare delle variazioni regionali complessive, visto che come detto non conosciamo il volume di prestazioni erogate dai privati nei singoli comprensori SACD nel 2018.

Per quanto riguarda i Servizi SACD, la proiezione indica per il 2030 un fabbisogno di 818'800 – 842'100 ore, ossia 221'000 - 244'000 (+37%/+41%) ore in più rispetto alle ore da loro erogate nel 2018 (comprese le ore subappaltate).

Nei singoli comprensori l'aumento percentuale varia dal +25%/+27% del SACD Tre Valli al +61%/+66% di MAGGIO. Come negli altri settori, le differenze d'ampiezza delle variazioni che si riscontrano nei comprensori dipende dalle differenze del processo di invecchiamento nei comprensori e dal diverso livello di prestazioni erogate dai singoli SACD nel 2018.

Da questi elementi si deduce l'apporto supplementare di ore di cure LAMal che gli Spitex privati e gli infermieri indipendenti saranno chiamati a erogare nel 2030. Poiché nel 2018 il settore privato erogava circa la metà delle prestazioni, anche nel 2030 si ritrova un risultato analogo (viste le ipotesi di stabilità considerate). Spitex privati e infermieri indipendenti saranno chiamati (secondo questa

stima) a erogare 820'600 – 845'000 ore, ossia 226'000 – 250'000 in più (+38%/+42%) rispetto alle ore da loro erogate nel 2018.

Quest'evoluzione è quella che ci si può aspettare per quanto concerne l'evoluzione demografica attesa.

Tabella 3.4.1.6: Stima del fabbisogno 2030 di ore di cure LAMal, per tipo di fornitore e Comprensorio SACD ipotesi zero

	Ore erogate Cure LAMal	Stima fabbisogno futuro secondo i 2 scenari (minimo e massimo)		Aumento tra ore erogate 2018 e fabbisogno 2030	
	2018	2025	2030	ass. min e max	in %
Totale SACD	597'918	727'375 - 740'172	818'724 - 842'081	220'806 - 244'163	37% - 41%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	119'816	140'278 - 141'584	156'826 - 159'188	37'010 - 39'372	31% - 33%
Luganese	153'873	191'097 - 196'619	217'303 - 226'009	63'430 - 72'136	41% - 47%
Malcantone e Veduggio	61'635	84'707 - 85'497	98'962 - 102'256	37'327 - 40'621	61% - 66%
Locarnese e Vallemaggia	111'389	135'946 - 138'549	150'776 - 155'556	39'387 - 44'167	35% - 40%
Bellinzonese	89'935	105'851 - 106'078	118'318 - 120'960	28'383 - 31'025	32% - 34%
Tre Valli	61'270	69'496 - 71'845	76'539 - 78'112	15'269 - 16'842	25% - 27%
Totale Spitex privati e infermieri indipendenti	594'539	728'632 - 742'074	820'548 - 845'051	226'009 - 250'512	38% - 42%
Mendrisiotto e Basso Ceresio		115'200 - 116'102	126'620 - 127'972		
Luganese		218'552 - 224'923	247'866 - 257'773		
Malcantone e Veduggio		79'192 - 79'880	92'287 - 95'629		
Locarnese e Vallemaggia		164'544 - 167'551	183'813 - 189'340		
Bellinzonese		96'574 - 97'558	109'009 - 112'870		
Tre Valli		54'590 - 56'050	60'955 - 61'473		
Totale	1'192'457	1'456'007 - 1'482'246	1'639'272 - 1'687'132	446'815 - 494'675	37% - 41%
Mendrisiotto e Basso Ceresio		255'478 - 257'686	283'446 - 287'160		
Luganese		409'649 - 421'542	465'169 - 483'782		
Malcantone e Veduggio		163'899 - 165'377	191'249 - 197'885		
Locarnese e Vallemaggia		300'490 - 306'100	334'589 - 344'896		
Bellinzonese		202'425 - 203'636	227'327 - 233'830		
Tre Valli		124'086 - 127'895	137'494 - 139'585		

Fonte: Statistica Spitex UST Neuchâtel e scenari demografici UST-USTAT, Elaborazioni e stima DSS DSP StatSan Bellinzona

Valutazione dell'impatto dell'aumento del consumo di prestazioni a pari età (ipotesi ii e iii)

Come abbiamo visto sopra però, tra il 2011 e il 2018 l'impatto del fattore demografico (+20%) sulle prestazioni erogate è stato di ampiezza molto minore rispetto a quello causato dall'aumento del consumo di prestazioni a pari età (+67%). L'ipotesi di un ricorso costante a queste cure dal 2018 al 2030 (che è l'ipotesi "zero" utilizzata per calcolare la tabella 3.4.1.7) sembra quindi poco probabile.

Occorre quindi elaborare ipotesi di sviluppo del livello di consumo di prestazioni.

Consideriamo dapprima come ipotesi che il livello di consumo continui ad aumentare ai tassi osservati tra il 2011 e il 2018 in Ticino (+7.60% annuo) o in Svizzera (+4.92%). Applicando questi tassi per altri 12 anni alla popolazione cantonale che invecchia e aumenta leggermente, si ottengono

quantitativi di ore di cura estremamente elevati rispetto al 2018: +231%+241% se l'aumento avviene al tasso cantonale rispettivamente +145%+152% se avviene al tasso nazionale. Questi aumenti implicano che praticamente tutti gli ultra80enni diventino clienti di cure a domicilio nel 2030, mentre sappiamo che una certa parte di loro vive in casa anziani, ha una badante oppure è in buona salute.

Questi risultati si possono anche interpretare come il fatto che, sia che il forte aumento del livello di consumo osservato dal 2011 al 2018 sia derivato da domanda insoddisfatta, sia che sia derivato dal trasferimento di prestazioni da un settore all'altro (ad esempio dal settore stazionario ospedaliero o dalle CPA alle cure a domicilio), a un certo punto la crescita si arresta in quanto si giunge alla saturazione (domanda soddisfatta) e alla cessazione del trasferimento di prestazioni.

In conclusione le due proiezioni con i tassi cantonali e nazionali hanno permesso di stabilire che le ipotesi di prolungare i tassi di aumento cantonale o nazionale fino al 2030 possono essere escluse.

Dopo aver verificato che i tassi di aumento 2011-2018 non sono utilizzabili, occorre elaborare altre ipotesi. Tenendo presente che probabilmente ci troviamo prossimi al livello di saturazione, ossia che si raggiungerà presto il limite massimo di prestazioni erogabili a pari popolazione, abbiamo sviluppato empiricamente due modelli di aumento del consumo di prestazioni.

La variante ii) poggia sull'ipotesi che dal 2018 al 2030 si osserverà 1/2 dell'aumento della densità di clienti avvenuto dal 2011 al 2018, e ¼ dell'aumento delle ore per cliente⁹.

La variante iii), più elevata, ipotizza che vi sarà un aumento della densità di clienti poco inferiore a quella osservata dal 2011 al 2018 e la ½ circa dell'aumento delle ore per cliente registrato dal 2011 al 2018.

Elaborando i dati secondo le ipotesi ii) e iii) si ottiene (vedi tabella 3.4.1.8) per il 2030 un fabbisogno di ore di cura di 1'930'000-1'988'000 ore (+62%+67%) rispettivamente di 2'171'600-2'239'000 ore (+82%+88%). Questi aumenti sono ancora molto elevati, ma nettamente meno importanti di quelli ottenuti prolungando i tassi di aumento cantonale e nazionale.

In conclusione la forchetta dell'aumento atteso fino al 2030 va dal +37% all'+88%. Al momento sembra impensabile poter comprimere l'aumento dovuto al fattore demografico (+37%). Per quanto riguarda invece l'aumento del livello di consumo, non è facile indicare dove è più probabile che esso si situi. Naturalmente anche la disponibilità di personale di cura e le risorse finanziarie giocheranno un ruolo nello stabilire il nuovo livello di consumo.

Tabella 3.4.1.8: Stima del fabbisogno 2030 di ore di cure LAMal, ipotesi relative all'aumento del consumo di ore

	Ore erogate Cure LAMal 2018	Stima fabbisogno futuro secondo i 2 scenari (minimo e massimo)		Aumento tra ore erogate 2018 e fabbisogno 2030	
		2025	2030	ass. min e max	in %
Totale ipotesi zero i)	1'192'457	1'456'007 - 1'482'246	1'639'272 - 1'687'132	446'815 - 494'675	37% - 41%
Totale SADC	597'918	727'375 - 740'172	818'724 - 842'081	220'806 - 244'163	37% - 41%
Spitex privati e inferm. indep.	594'539	728'632 - 742'074	820'548 - 845'051	226'009 - 250'512	38% - 42%
Totale ipotesi ii)	1'192'457	1'622'592 - 1'656'654	1'929'832 - 1'988'224	737'375 - 795'767	62% - 67%
Totale ipotesi iii)	1'192'457	1'763'598 - 1'802'836	2'171'555 - 2'238'821	979'098 - 1'046'364	82% - 88%

Fonte: Statistica Spitex UST Neuchâtel, Elaborazioni e stima DSS DSP StatSan Bellinzona

⁹ Si tenga presente che l'aumento osservato dal 2011 al 2018 è suddiviso su 7 anni, mentre dal 2018 al 2030 intercorre un lasso di tempo maggiore.

3.4.2 Economia domestica

Le organizzazioni di cura e aiuto a domicilio, sia d'interesse pubblico (che qui indichiamo con la sigla SACD) sia private (a cui qui ci riferiamo come Spitex) forniscono, oltre alle **cure LAMal** di cui al capitolo precedente, anche delle prestazioni di **aiuto** domiciliare che consistono in lavori domestici e in una presa a carico "sociale" (Sozialbetreuung) indiretta, nel senso che l'addetto dei servizi che si reca al domicilio degli anziani può rendersi conto dell'evoluzione della situazione generale del cliente e svolgere una funzione di "antenna" di riconoscimento delle situazioni sensibili e a rischio.

Va inoltre notato che, per erogare le prestazioni, i SACD d'interesse pubblico sono tenuti ad aderire al principio di sussidiarietà, ossia possono erogarle solo quando ai clienti non sia possibile ricorrere all'aiuto di parenti o della sua rete sociale.

Le prestazioni di aiuto domiciliare fornite dai SACD pubblici sono finanziate dall'ente pubblico in base alla LACD; quelle fornite dagli Spitex privati non sono sussidiate.

Concretamente il cliente di prestazioni di economia domestica dei SACD contribuisce ai costi nella misura di una tariffa oraria calcolata tenendo conto delle sue risorse finanziarie, ed è compresa tra CHF 25 e CHF 50 per ora di aiuto domiciliare. Questo meccanismo di calcolo ha avuto come effetto di scoraggiare le persone con maggiori disponibilità finanziarie dal ricorrere ai SACD per queste prestazioni. Poiché però si ritiene che la funzione di antenna svolta dal personale di aiuto domestico sia importante, si sta pensando di modificare il meccanismo di calcolo al fine di scoraggiare meno le persone con maggiori disponibilità finanziarie. Quest'opzione è stata discussa dalla Direzione strategica della pianificazione anziani con la Commissione consultiva dei Comuni e con la Conferenza dei Presidenti e dei Direttori dei SACD e verrà inserita nel rapporto di pianificazione. Se la proposta fosse accolta in fase di consultazione e dal Gran Consiglio, essa potrebbe aumentare la domanda di prestazioni.

Di seguito commentiamo dapprima i risultati cantonali, poi li confrontiamo con i dati medi nazionali e infine introduciamo la stima del fabbisogno 2030.

3.4.2.1 Evoluzione delle prestazioni di economia domestica in Ticino dal 2011 al 2018

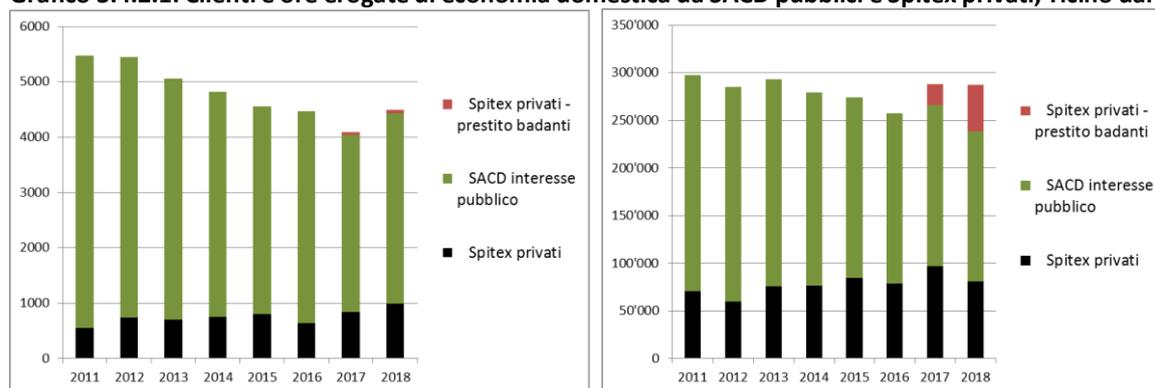
Il numero di clienti servito dai servizi pubblici e privati è diminuito, passando da 5'500 nel 2011 a 4'400 circa nel 2018 (-19%). Anche le ore di aiuto domiciliare erogate sono diminuite passando da 297'700 nel 2011 a 238'800 nel 2018 (-20%).

Come spiegare la diminuzione delle prestazioni di economia domestica (in verde e in nero nel grafico 3.4.2.1) in un contesto di invecchiamento crescente della popolazione e di tendenziale aumento degli anziani a domicilio?

La spiegazione più verosimile è che queste ore siano state progressivamente erogate da altri, in particolare badanti o altre persone impiegate dalle famiglie. Quest'ipotesi trova una conferma parziale già all'interno della statistica Spitex, nella categoria "altre prestazioni di aiuto e cure a domicilio" (in rosso sui grafici 3.4.2.1). Questa categoria riunisce tutte le prestazioni che non sono né **cure LAMal** né prestazioni di *economia domestica* erogate direttamente dai servizi e, come si può vedere, questa categoria sta aumentando, dato che nel 2017 e 2018 due Spitex privati vi hanno inserito il servizio di prestito delle badanti (persone che hanno un contratto di lavoro con il servizio Spitex ma lavorano quali badanti presso una famiglia).

Non è possibile approfondire ulteriormente i dati sulle ore erogate e delle badanti parleremo al capitolo 3.5. Qui ci premeva sottolineare che verosimilmente queste prestazioni non sono in calo, ma stanno subendo delle trasformazioni e perciò appaiono meno nella statistica federale Spitex.

Grafico 3.4.2.1: Clienti e ore erogate di economia domestica da SACD pubblici e Spitex privati, Ticino dal 2011



Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Tabella 3.4.2.1: Aiuto domiciliare e prestito badanti: risultati principali, Ticino, dal 2011

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Totale Clienti Aiuto domestico	5'478	5'443	5'066	4'820	4'557	4'474	4'038	4'433
SACD interesse pubblico	4'923	4'701	4'366	4'072	3'753	3'836	3'196	3'439
Spitex privati	555	742	700	748	804	638	842	994
Totale Ore Aiuto domestico	297'711	285'159	293'242	279'502	273'889	257'462	266'144	238'792
SACD interesse pubblico	227'153	225'678	217'399	202'918	189'406	178'492	169'376	158'061
Spitex privati	70'558	59'481	75'843	76'584	84'483	78'970	96'768	80'731
Ore Aiuto domestico per cliente	54	52	58	58	60	58	66	54
SACD interesse pubblico	46	48	50	50	50	47	53	46
Spitex privati	127	80	108	102	105	124	115	81
Ricavi da clienti (in fr.)	8'371'522	8'410'628	9'206'445	8'754'626	8'248'267	8'487'830	8'696'431	7'880'347
SACD interesse pubblico	5'122'032	5'105'069	5'681'184	5'470'681	5'046'636	4'785'588	4'503'858	4'231'652
Spitex privati	3'249'490	3'305'559	3'525'261	3'283'945	3'201'631	3'702'242	4'192'573	3'648'695
Ricavi per ora (in fr.)	28.1	29.5	31.4	31.3	30.1	33.0	32.7	33.0
SACD interesse pubblico	22.5	22.6	26.1	27.0	26.6	26.8	26.6	26.8
Spitex privati	46.1	55.6	46.5	42.9	37.9	46.9	43.3	45.2
Clienti Altre prestazioni (spitex privati, solo prestito badanti)							55	64
Ore Altre prestazioni (idem)							21'760	48'899
Ore prestito badanti, per cliente							396	764

Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Prestazioni di economia domestica erogate da SACD e Spitex privati

Torniamo alle prestazioni di economia domestica erogate da SACD e Spitex privati.

I clienti dei SACD (in verde sui grafico 3.4.2.1) dal 2011 al 2018 sono diminuiti da 4'923 a 3'439 (-30%) e le ore erogate da 227'153 a 158'061 (-30%). La diminuzione è stata progressiva, non è iniziata ovunque nello stesso momento e non è stata ovunque della medesima portata, ma si è verificata in tutti i comprensori SACD.

Nello stesso periodo negli Spitex privati i clienti di economia domestica sono aumentati da 555 a 994 (+79%) e, in misura meno accentuata, sono aumentate anche le ore di prestazione, passate da 70'558 a 80'731 (+14%).

Di conseguenza nella ripartizione tra SACD e Spitex privati, il peso relativo dei SACD è diminuito, essendo passato dal 90% al 78% dei clienti e dal 76% al 66% delle ore erogate. Da notare infine che le ore di prestazione subappaltate dai SACD ad altri (spesso all'associazione Opera Prima), figurano sotto i SACD. In questo senso le percentuali indicate sono sovrastimate.

Dal 2011 al 2018 la ripartizione dei clienti per classe di età è rimasta invariata in Ticino (vedi grafico 3.4.2.7 per il totale del Ticino e i grafici 3.4.2.2 per le differenze tra SACD e Spitex); in altre parole la diminuzione di clienti ha riguardato tutte le età in modo proporzionale. La metà dei clienti di economia domestica è over 80, il 30% è di età compresa tra 65 e 79 anni e il restante 20% circa è in età attiva.

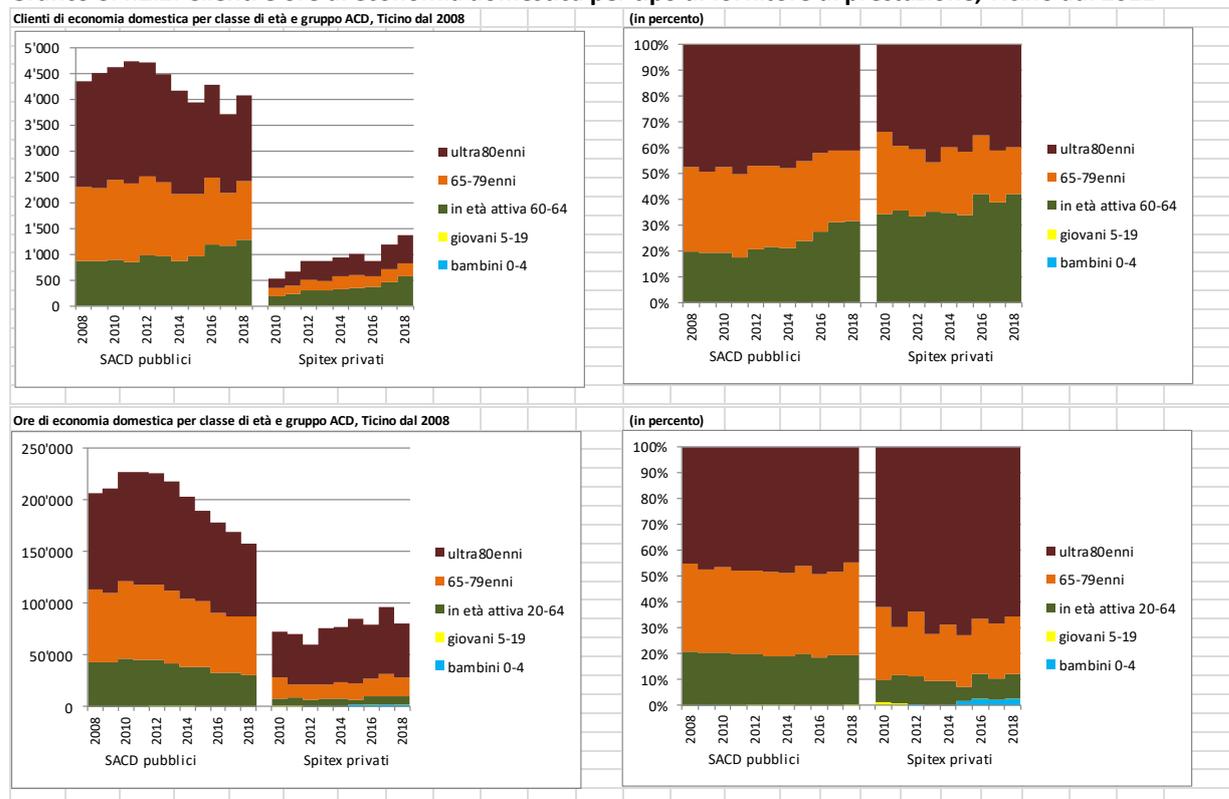
Anche la distribuzione delle ore per classe di età è rimasta invariata. Gli ultra80enni acquistano il 55% delle ore, i clienti 65-79enni il 30% circa e quelli in età attiva il 15-16%. In altre parole i clienti anziani ricevono annualmente, in media, alcune ore di prestazione in più rispetto ai clienti più giovani.

Per quanto riguarda le differenze tra SACD e Spitex privati dal punto di vista della distribuzione per età, si osserva che i **clienti** degli Spitex privati (vedi grafici 3.4.2.2) hanno una struttura per età un po' più giovane rispetto ai SACD, nel senso che gli Spitex privati hanno una quota maggiore di clienti in età attiva e una quota inferiore di 65-79enni.

Tuttavia dal profilo delle **ore erogate**, il bilancio si capovolge. Gli Spitex privati erogano il 65% delle ore a clienti ultra80enni contro il 45% dei SACD pubblici. Ciò deriva dal fatto che gli Spitex privati erogano mediamente più ore per cliente ultra80enne rispetto ai SACD pubblici.

Per quanto riguarda i pagamenti da clienti si osserva che tra il 2011 e il 2018 nei SACD (senza la parte finanziata dall'ente pubblico) si è passati da CHF 22.50 a CHF 26.80 di contributo medio dell'utente per ora di prestazione, e per gli Spitex privati da CHF 46.10 a CHF 42.50. Complessivamente ciò corrisponde a circa CHF 8 milioni all'anno.

Grafico 3.4.2.2: Clienti e ore di economia domestica per tipo di fornitore di prestazione, Ticino dal 2011



Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Ore di prestazione per cliente

I SACD d'interesse pubblico hanno erogato mediamente 46 ore di prestazioni di economia domestica per cliente sia nel 2011 che nel 2018 (vedi anche più avanti il grafico 3.4.2.6) toccando punte di 50 ore negli anni 2013, 2014 e 2015. Si osservano inoltre delle differenze tra i SACD. Quelli di Mendrisio e Biasca erogano in media meno di 40 ore per cliente; Locarno, Bellinzona e Malcantone e Vedeggio 45-50 ore e Lugano circa 58. Come vedremo le differenze sono più marcate tra gli Spitex privati.

Innanzitutto si osserva, per gli spitex privati, che il numero di ore per cliente oscilla di anno in anno a volte anche fortemente. Mediamente sono erogate circa 110 ore per cliente (fanno eccezione gli anni 2012 e 2018 con circa 80 ore per cliente).

Come detto si osservano delle differenze tra i diversi Spitex. Separando dagli altri i servizi che hanno presentato, almeno per un anno, una media di 200 o 300 ore per cliente, si ottengono due gruppi che presentano, uno una media di ore per cliente che varia, negli anni, tra le 40 e le 60 ore, e l'altro una media di circa 180 ore di economia domestica per cliente. Ci si può quindi chiedere se la clientela di questi due gruppi sia omogenea.

I dati dei SACD di interesse pubblico permettono inoltre di mettere questi dati in relazione agli abitanti, cosa impossibile per i servizi privati poiché la statistica federale non rileva il domicilio dei clienti. Nei diversi comprensori il numero di ore erogate varia dalle 220 ogni mille abitanti del Malcantone alle 600 del Luganese. Le differenze dipendono da una parte dalla diversa struttura per età dei comprensori e dall'altra dalle differenze che esporremo ora.

In tutti i comprensori SACD, la percentuale di giovani che riceve prestazioni di economia domestica dai SACD è praticamente nulla. Per la popolazione in età attiva questa percentuale è ovunque dello 0.3% circa e le ore erogate circa 150 ogni 1000 abitanti. Le ore medie per cliente fornite in questa fascia di età sono 30-40 a Mendrisio, Locarnese Vallemaggia e nelle Tre Valli e circa 55 nel Luganese e nel Bellinzonese.

Pure molto omogenea tra i comprensori è la quota di clienti 65-79enni, pari al 20 per mille abitanti circa (salvo Mendrisio 30 e Malcantone e Vedeggio 5 per mille). Le ore erogate variano tra 700 e 1'300 per mille abitanti, poiché le ore per cliente sono circa 45-50 ore, ad eccezione di Mendrisio (30) e Lugano (64).

Per la popolazione ultra80enne si osservano invece differenze più importanti. Nel Bellinzonese e nelle Tre Valli i clienti sono 3 ogni mille abitanti, nel Malcantone e Vedeggio e nel Locarnese e Vallemaggia sono 60-70 per mille, infine a Lugano e Mendrisio rispettivamente 80 e 90 per mille. Anche le ore per cliente differiscono. Nelle Tre Valli e nel Malcantone e Vedeggio vengono erogate mediamente 20 ore per cliente, a Mendrisio 30, nel Bellinzonese e Locarnese 40-45 ore e nel Luganese 55 ore. Tutto ciò fa variare le ore erogate ogni 1000 abitanti ultra80enni tra le 800 delle Tre Valli e le 4'600 del Luganese.

Ticino nel confronto con la media svizzera

Com'è evoluta la presa a carico media della popolazione? In Ticino, dal 2011 al 2018, la densità di clienti che hanno acquistato prestazioni di economia domestica da SACD e Spitex privati è diminuita mentre la media svizzera è rimasta quasi costante (vedi grafico 3.4.2.3).

Per la popolazione totale la quota di clienti di economia domestica è diminuita in Ticino da 16.3 a 12.5 ogni mille abitanti e in Svizzera da 14.8 a 14.3. Per gli ultra80enni la quota di clienti è passata in Ticino da 135 a 91 ogni mille abitanti (-33%) e in Svizzera da 144 a 140 (-3%). Per i 65-79enni in Ticino da 33 a 25 ogni mille abitanti (-24%), e in Svizzera da 33 a 30 (-9%).

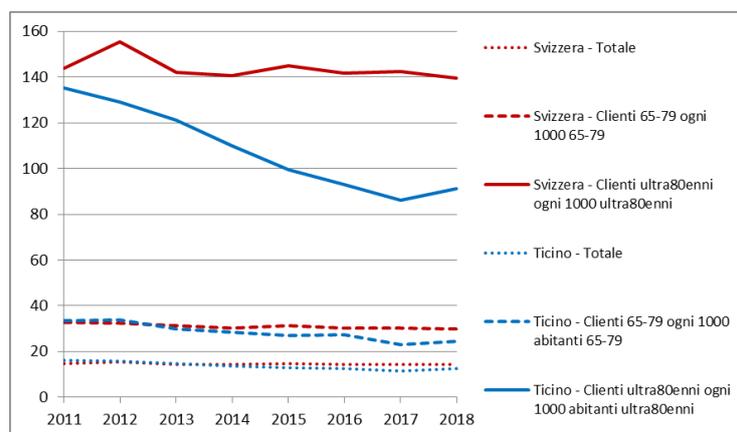
Quindi, se nel 2011 i valori cantonali erano ancora molto simili a quelli medi nazionali, nel 2018 si osservano differenze marcate, specie per la popolazione ultraottantenne. Abbiamo già detto che, presumibilmente, le prestazioni sono "scomparse" dalla statistica Spitex perché sono erogate da altre persone, alle dipendenze dirette delle famiglie (o da badanti "prestare" alle famiglie dai servizi Spitex). Il numero di ore di economia domestica erogate per mille abitanti (vedi grafico 3.4.2.4) è variato in modo analogo. Le ore per clienti ultra80enni sono diminuite in Ticino da 8'092 a 5'129 (-37%) ogni mille abitanti ultra80enni mentre in Svizzera sono aumentate da 7'800 a 8'700 (+11%). Quelle erogate

ai 65-79enni sono diminuite sia in Ticino (da 1'700 a 1'330 ogni mille abitanti 65-79enni, -22%) sia in Svizzera (da 1'400 a 1'270, -10%).

Per quanto riguarda infine il punto di vista del **singolo cliente** di economia domestica (vedi grafico 3.4.2.5.A) si osserva che in Ticino il numero di ore erogate per cliente è superiore alla media nazionale, sia per gli ultra80enni sia per i 65-79enni e che questo numero è aumentato in Ticino sia per gli ultra80 che per i 65-79enni ma in Svizzera solo per gli ultra80enni. (La brusca diminuzione registrata in Ticino nel 2018 dovrà essere eventualmente confermata dai dati 2019).

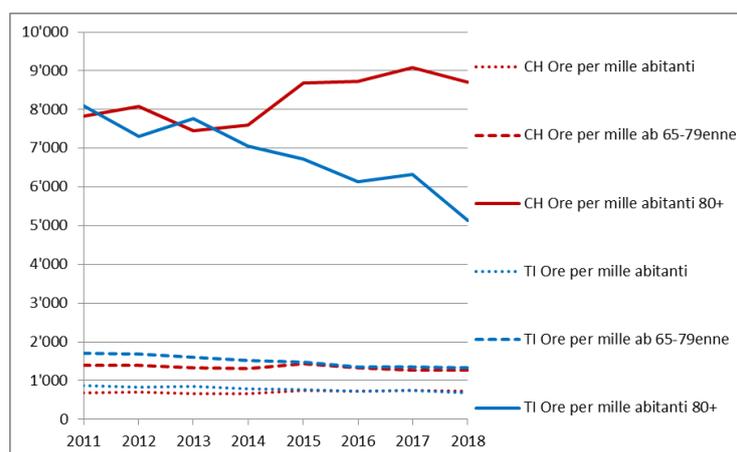
Il grafico 3.4.2.5.B evidenzia infine le differenze esistenti tra i SACD pubblici e gli Spitex privati discusse sopra. Si può osservare come i SACD pubblici presentino valori in linea con i dati medi nazionali e gli Spitex privati valori medi superiori.

Grafico 3.4.2.3: Clienti di economia domestica secondo la classe di età, Ticino e Svizzera, dal 2011 (clienti per mille ab.)



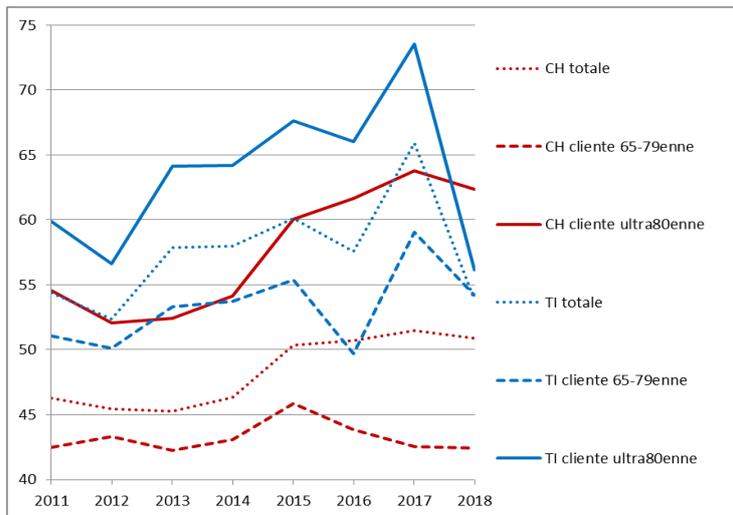
Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Grafico 3.4.2.4: Ore di economia domestica secondo la classe di età, Ticino e Svizzera dal 2011 (ore per mille abitanti)



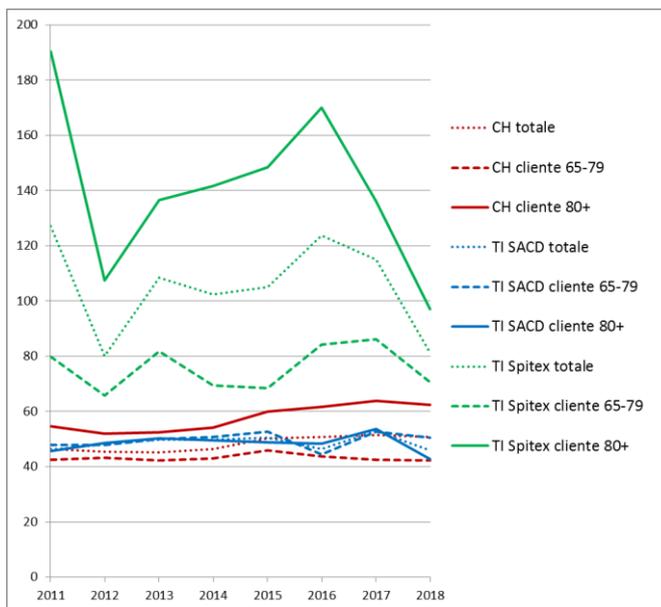
Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Grafico 3.4.2.5.A: Ore di economia domestica per cliente, secondo la classe di età, Ticino e Svizzera dal 2011



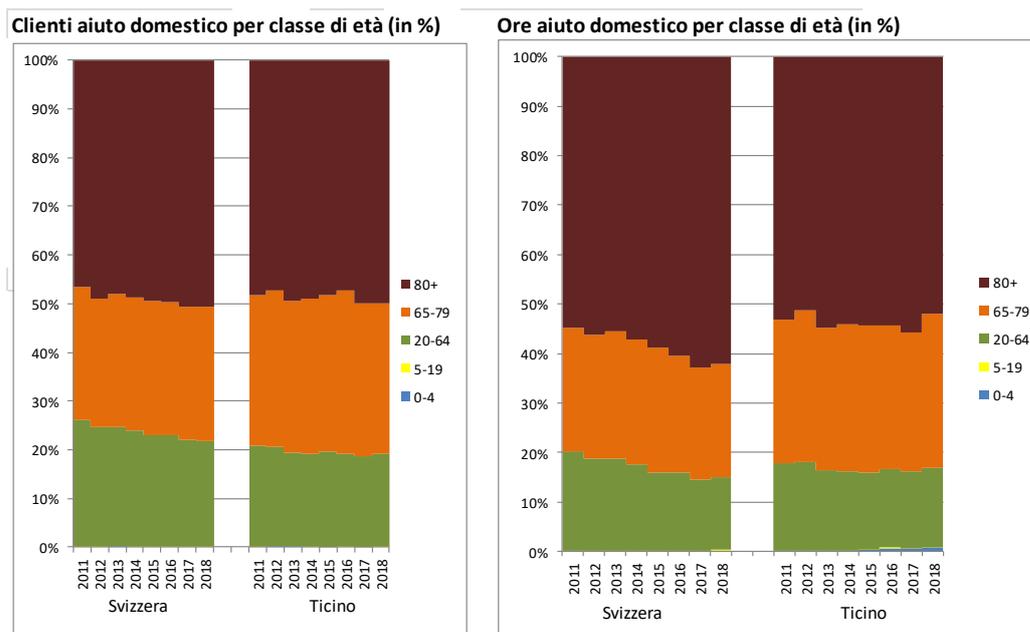
Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Grafico 3.4.2.5.B: Come sopra, ma in Ticino: SACD e Spitex privati separati



Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Grafico 3.4.2.7: Distribuzione per età dei clienti e delle ore di economia domestica, Svizzera e Ticino, dal 2011



Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

Ore di economia domestica travasate verso altri fornitori di prestazioni

Ipotizzando tassi costanti di ricorso a queste prestazioni dal 2011 al 2018, è possibile valutare quante ore di economia domestica siano state travasate da SACD e Spitex privati verso altri, in particolare badanti e privati. In definitiva la pratica di ricorrere a privati per prestazioni di economia domestica è abbastanza diffusa e riguarda tutte le fasce di età, a maggior ragione la popolazione anziana.

Ipotizzando quindi tassi costanti di ricorso a ore di economia domestica, pari a quelli toccati nel "picco" del 2011-2012 (la statistica ha compreso gli Spitex privati solo dal 2010) si può valutare che nel 2018 le ore travasate verso altri attori dovrebbero essere circa 120'000 (senza le ore svolte già prima dai privati e che restano difficili da quantificare).

In conclusione

Le diminuzioni di ore di economia domestica erogate da SACD e Spitex privati, registrate in Ticino negli anni 2011-2018 hanno diminuito (ovviamente) i tassi di consumo della popolazione. In Ticino sono diminuiti sia i tassi dei clienti sia quelli delle ore erogate di ED. Poiché a livello nazionale non si è osservata una diminuzione, ne risulta che i tassi cantonali 2018 sono inferiori ai valori medi svizzeri.

Come abbiamo sottolineato questo non significa che le ore di economia domestica non siano più state erogate in Ticino ma, piuttosto, che sono state erogate da altri, non inclusi nell'universo della statistica federale spitex.

A livello dei singoli clienti la situazione è evoluta in modo opposto: il numero medio di ore per cliente è aumentato sia in Ticino sia in Svizzera. Inoltre i clienti ticinesi sono serviti con un numero maggiore di ore rispetto alla media nazionale.

3.4.2.2 Valutazione della pianificazione 2016-2020

Nella tabella 3.4.2.2 sono riportate le ore di economia domestica erogate nel 2018 e le previsioni per il 2018 e 2020 elaborate in una pianificazione intermedia dell'UACD nel marzo 2018.

Nel 2018 i SACD hanno erogato 6'200 ore in meno di quanto previsto nella pianificazione. Questo risultato conferma ancora una volta il trend di diminuzione delle ore erogate di ED dai SACD.

Gli Spitex privati hanno erogato 80'700 ore, ma quest'attività non era inclusa nella stima.

Tabella 3.4.2.2: Ore di ED erogate nel 2018 e previsione del fabbisogno di UACD 2018

	Ore erogate di Economia domestica			Fabbisogno 2018 e 2020 per classe di età (pianificazione 2018)						Differenza tra fabbisogno 2018 risp. 2020 ore erogate nel 2018			
	2018			2018			2020			assoluta		percentuale	
	Fuori età AVS	In età AVS	Totale	Fuori età AVS	In età AVS	Totale	Fuori età AVS	In età AVS	Totale	2018	2020	2018	2020
Totale SACD	30'585	127'476	158'061	33'457	130'803	164'260	33'457	141'510	174'967	-6'199	-16'906	-4%	-10%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	4'030	18'988	23'018	4'407	18'748	23'155	4'407	19'937	24'344	-137	-1'326	-1%	-5%
Luganese	10'029	54'804	64'833	11'242	56'153	67'395	11'242	60'123	71'365	-2'562	-6'532	-0.03801	-9%
Malcantone e Vedeggio	1'965	7'139	9'104	1'799	11'172	12'971	1'799	12'252	14'051	-3'867	-4'947	-30%	-35%
Locarnese e Vallemaggia	6'744	29'282	36'026	4'677	24'602	29'279	4'677	26'115	30'792	6'747	5'234	23%	17%
Bellinzonese	5'796	12'150	17'946	8'994	14'905	23'899	8'994	15'816	24'810	-5'953	-6'864	-25%	-28%
Tre Valli	2'021	5'113	7'134	2'338	5'223	7'561	2'338	7'267	9'605	-427	-2'471	-6%	-26%
Totale Spitex privati	9'919	70'812	80'731	non stimato						...	...	...	...
Mendrisiotto e Basso Ceresio													
Luganese													
Malcantone e Vedeggio													
Locarnese e Vallemaggia													
Bellinzonese													
Tre Valli													
Totale	40'504	198'288	238'792	non stimato						...	...	...	...
Mendrisiotto e Basso Ceresio													
Luganese													
Malcantone e Vedeggio													
Locarnese e Vallemaggia													
Bellinzonese													
Tre Valli													

Fonte: Statistica federale Spitex, UST Neuchâtel, e pianificazione 2016-2020 UACD, Elaborazioni StatSan DSP DSS Bellinzona

3.4.2.3 Stima del fabbisogno 2030

Per stimare il fabbisogno 2030 di ore di economia domestica ci siamo basati sulle seguenti ipotesi:

- Evoluzione della popolazione secondo gli scenari demografici UST 2015 di riferimento e basso;
- Senza ipotesi sull'evoluzione dello stato di salute degli anziani. Infatti da una parte non si dispone di informazioni sullo stato di salute delle persone che ricorrono a queste prestazioni, d'altra parte si può ipotizzare che queste prestazioni possano rivelarsi necessarie per gli anziani che abitano da soli, abbastanza indipendentemente dal loro stato di salute. Probabilmente sulla domanda di prestazioni incide di più la situazione sociale della persona che non lo stato di salute.

- Ricorso costante a queste prestazioni dal 2018 al 2030.

Quest'ipotesi, vista la diminuzione di clienti ed ore erogate registrata tra il 2011 e il 2018, può sembrare poco accurata. Tuttavia qui stiamo stimando il *fabbisogno* futuro e, viste le ipotesi di diminuzione della presa a carico in casa anziani, è difficile ipotizzare parallelamente *anche* la diminuzione del fabbisogno delle prestazioni utili a mantenere a domicilio gli anziani. Inoltre, il ritratto dell'utente elaborato per la presente Pianificazione mostra che, ad oggi, non si osserva nessun declino della solidarietà familiare¹⁰.

Come abbiamo motivato sopra è verosimile che le ore "scomparse" dalla statistica spitex siano tuttora erogate, ma da altri fornitori di prestazioni che non rientrano nell'universo di questa statistica.

D'altra parte, vista l'evoluzione registrata dal 2011 al 2018, è possibile che la tendenza al travaso verso altri fornitori di prestazioni persista, almeno in parte, anche nei prossimi anni. Discuteremo questo aspetto nei risultati, sulla base delle informazioni parziali di cui disponiamo.

- Per quanto riguarda il fabbisogno futuro esso è, per ipotesi, uguale in tutti i comprensori (a uguale struttura per età). Purtroppo al momento è difficile provare quest'ipotesi. Per permettere una valutazione più articolata della situazione futura, ripartiremo il fabbisogno regionale tra SACD e Spitex privati. Le ore dei SACD saranno proiettate secondo i tassi 2018 dei singoli SACD. Infatti il volume di ore offerto dai SACD dipende (anche) da fattori esogeni, quali la disponibilità più o meno grande di Spitex privati e altri erogatori di prestazioni nonché, presumibilmente, dalla situazione finanziaria delle persone. Elementi questi che, probabilmente, non muteranno troppo repentinamente. La parte complementare offerta dagli Spitex privati sarà dedotta per differenza nei singoli comprensori SACD.

Risultati fabbisogno 2030

Dalle ipotesi si deduce un fabbisogno 2030 compreso tra le 318'000 e le 328'000 ore di economia domestica. Ciò equivale a 80'000-89'000 ore in più (+33%/+37%) rispetto alle ore erogate nel 2018.

Di queste, il numero di ore che dovrebbero essere erogate dai SACD (proiezione secondo i tassi dei singoli comprensori) è compreso tra 206'000 e 213'000, ossia 48'200-55'000 in più (+31%/+35%) rispetto alle ore da loro erogate nel 2018 (comprese le ore subappaltate).

L'aumento percentuale atteso è diverso nei singoli comprensori e varia dal +14%/+19% del SACD Tre Valli al +41%/+45% di MAGGIO. Le differenze tra i Comprensori sono dovute, come per le altre prestazioni, dal diverso grado di invecchiamento della popolazione dei comprensori e dal diverso consumo di ore economia domestica SACD nel 2018.

Infine da questi elementi si deducono le ore di ED che dovrebbero fornire gli Spitex privati nei Comprensori. Si tratta complessivamente di 112'000-115'000 ore nel 2030, pari a 31'000 rispettivamente 34'000 ore in più (+39%/+43%) rispetto alle ore da loro erogate nel 2018.

La suddivisione delle ore degli spitex privati per comprensorio è attendibile solo se l'ipotesi di un consumo uniforme di ore di economia domestica nei diversi comprensori è attendibile, cosa che al momento è difficile da verificare.

¹⁰ Cosa accadrà quando la popolazione anziana sarà composta prevalentemente dai "baby boomers", che hanno avuto meno figli, non è ancora chiaro.

Tabella 3.4.2.3: Stima del fabbisogno 2025-2030 di ore di economia domestica SACD e Spitex, per tipo di fornitore di prestazioni e comprensorio SACD

	Ore erogate Economia domestica 2018	Stima fabbisogno futuro secondo i 2 scenari (minimo e massimo)		Differenza tra fabbisogno futuro e ore erogate nel 2018	
		2025	2030	ass. min e max	in %
Totale SACD	158'061	185'687 - 189'638	206'336 - 213'123	48'275 - 55'062	31% - 35%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	23'018	26'397 - 26'727	29'305 - 29'895	6'287 - 6'877	27% - 30%
Luganese	64'833	77'710 - 80'047	87'299 - 90'952	22'466 - 26'119	35% - 40%
Malcantone e Vedeggio	9'104	11'303 - 11'459	12'818 - 13'241	3'714 - 4'137	41% - 45%
Locarnese e Vallemaggia	36'026	42'562 - 43'345	46'759 - 48'187	10'733 - 12'161	30% - 34%
Bellinzonese	17'946	20'059 - 20'120	22'057 - 22'372	4'111 - 4'426	23% - 25%
Tre Valli	7'134	7'595 - 8'001	8'098 - 8'476	964 - 1'342	14% - 19%
Totale Spitex privati	80'731	99'275 - 100'902	111'878 - 115'062	31'147 - 34'331	39% - 43%
Mendrisiotto e Basso Ceresio		18'709 - 18'923	20'806 - 21'183		
Luganese		7'454 - 7'744	8'173 - 8'634		
Malcantone e Vedeggio		20'932 - 21'178	24'100 - 24'920		
Locarnese e Vallemaggia		19'654 - 19'986	21'971 - 22'596		
Bellinzonese		19'467 - 19'602	22'218 - 22'890		
Tre Valli		13'059 - 13'469	14'610 - 14'839		
Totale	238'792	284'962 - 290'540	318'214 - 328'185	79'422 - 89'393	33% - 37%
Mendrisiotto e Basso Ceresio		45'106 - 45'650	50'111 - 51'078		
Luganese		85'164 - 87'791	95'472 - 99'586		
Malcantone e Vedeggio		32'235 - 32'637	36'918 - 38'161		
Locarnese e Vallemaggia		62'216 - 63'331	68'730 - 70'783		
Bellinzonese		39'587 - 39'661	44'275 - 45'262		
Tre Valli		20'654 - 21'470	22'708 - 23'315		

Sin qui la previsione del fabbisogno calcolata in base ai tassi di ore erogate nel 2018. Consideriamo ora se l'evoluzione prevista sopra sia plausibile o se occorre attendersi un nuovo travaso di prestazioni verso altri erogatori di prestazioni (badanti e altri privati).

I SACD dovrebbero aumentare, tutti insieme, di circa 4'000 ore ogni anno le loro prestazioni di ED. Sappiamo però che dal 2011 al 2018 essi hanno diminuito, annualmente, la loro offerta di circa 10'000 ore. È difficile sapere se questa tendenza potrà essere rovesciata. Se il nuovo metodo di calcolo della tariffa oraria, più favorevole per gli utenti, fosse approvato, ciò potrebbe sostenere la domanda, ma è difficile quantificare più precisamente il possibile impatto che questa misura.

Dal canto loro gli Spitex privati sono chiamati, secondo la stima, ad erogare ogni anno circa 2'600 ore in più. Sappiamo anche che, dal 2011 al 2018, gli Spitex privati hanno fluttuato tra le 70'000 e le 96'000 ore, chiudendo il periodo con 80'000 ore (2018). Benché i dati non evidenzino un netto trend al rialzo, quest'aumento sembra possibile dato che si è già verificato in passato. Ciononostante tutti questi elementi, insieme, sembrano suggerire che il travaso di prestazioni di ED verso altri attori potrebbe continuare anche nei prossimi anni.

Da ultimo consideriamo ancora una volta i tassi massimi di ricorso a prestazioni di ore di economia domestica raggiunti nel 2011-2012.

Ammettendo che questi tassi sussistano tutt'oggi e applicandoli alla popolazione 2030 si ottiene un fabbisogno di ore di economia domestica compreso tra le 490'000 e le 510'000 ore circa. In altre parole, nella stima riportata alla tabella 3.4.2.3 mancherebbero 172'000-182'000 ore che, lo si ipotizza, sarebbero svolte da altri.

Se SACD e Spitex privati dovessero soddisfare interamente il fabbisogno a loro attribuito, gli altri attori svolgerebbero "solo" le 172'000-182'000 ore. Se SACD e spitex non riuscissero ad assolvere interamente le quantità a loro "assegnate", si potrà stimare il numero di ore assunto da altri.

3.4.3 Consulenza materno-pediatrica (ICMP)

Gli infermieri di consulenza materno-pediatrica offrono una consulenza socio-sanitaria ai genitori di bambini in età pre-scolastica (0-4 anni). Lo scopo è offrire assistenza per lo sviluppo generale del bambino, sostenere la famiglia nei momenti di cambiamento del suo ruolo e informare genitori e familiari sulle possibilità di accedere ai servizi presenti sul territorio che erogano prestazioni destinate a questa fascia di utenza.

I consultori ICMP fanno parte dei SACDip¹¹. La prestazione è gratuita per gli utenti ed è finanziata tramite un contributo fisso per unità di personale infermieristico specializzato.

Evoluzione effettiva e situazione attuale

La tabella 3.4.3.1 mostra l'evoluzione dei costi dei servizi ICMP tra il 2012 e il 2018. In questo periodo i costi sono complessivamente diminuiti del 9%, passando da CHF 1.44 milioni a CHF 1.31 milioni. La diminuzione si è verificata in tutti i comprensori SACD salvo nel Bellinzonese.

La diminuzione dei costi riflette la diminuzione del tasso di presa in carico da parte dell'ICMP delle famiglie con bambini in età prescolastica, che si è verificata negli ultimi anni e che è stata dovuta alla "concorrenza" con altre offerte che si rivolgono alle nuove famiglie (levatrici, pediatri, ecc.).

Il tasso di presa in carico dell'ICMP del Bellinzonese invece non è diminuito, grazie alla forte collaborazione tra il SACD del Bellinzonese e gli altri fornitori di prestazioni e, in particolare, grazie a una definizione più precisa dei rispettivi compiti e responsabilità.

Tabella 3.4.3.1: Evoluzione costi ICMP

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Totale	1'441'000	1'498'000	1'470'000	1'480'000	1'339'000	1'390'000	1'313'000
Mendrisiotto e Basso Ceresio	213'000	216'000	215'000	215'000	184'000	171'000	171'000
Luganese	401'000	444'000	443'000	442'000	412'000	425'000	371'000
Malcantone e Veduggio	195'000	197'000	197'000	197'000	160'000	160'000	171'000
Locarnese e Vallemaggia	243'000	247'000	246'000	246'000	229'000	212'000	206'000
Bellinzonese	231'000	234'000	221'000	233'000	217'000	274'000	263'000
Tre Valli	158'000	160'000	148'000	147'000	137'000	148'000	131'000

Fonte: Consuntivi UACD

Fabbisogno futuro

Le nascite sono rimaste piuttosto stabili in Ticino tra il 1990 e il 2019, oscillando tra le 2'500 e le 3'000 unità all'anno. (Per la maggior parte del tempo il numero di nascite si situava attorno alle 2'900-3'000 unità).

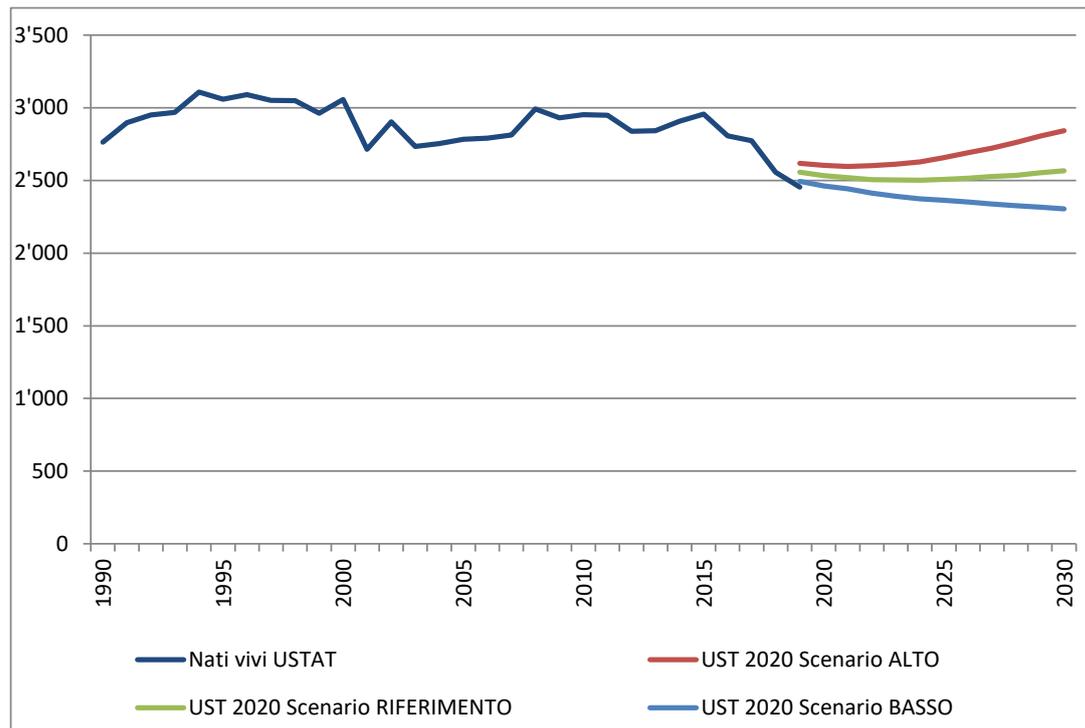
I dati dei nuovi scenari demografici UST 2020 mostrano che anche in futuro il numero di nascite resterà allo stesso livello (vedi grafico 3.4.3.1).

Inoltre è in corso un progetto di coordinamento di questi servizi (vedi il capitolo "Accessibilità e coordinamento" del rapporto di Pianificazione), che dovrebbe permettere di aumentare l'efficacia nell'erogazione della prestazione.

Per questi motivi si ipotizza che anche in futuro i costi delle prestazioni ICMP si situeranno attorno a **CHF 1.4 milioni all'anno** (media degli anni 2012-2018).

¹¹ Gli ICMP non vanno confusi con i servizi Spitex specializzati per l'infanzia (SPIPED e GIIPSY).

Grafico 3.4.3.1: Nascite per anno, in Ticino, sviluppo 1990-2019 e previsioni 2020-2030



Fonte: BEVNAT UST e scenari demografici UST 2020

3.4.4 Conclusione sul settore cure e assistenza a domicilio

Come spiegato sopra le prestazioni di questo settore sono offerte da diversi tipi di attore: servizi pubblici SACD, Servizi Spitex privati e Infermieri indipendenti; inoltre privati e indipendenti possono scegliere di stipulare un contratto di prestazione con lo Stato oppure no.

Le diverse prestazioni erogate da questo settore sono evolute in maniera opposta tra 2011 e 2018:

- Le cure LAMal sono aumentate a un ritmo molto sostenuto;
- Le ore di economia domestica erogate da SACD e spitex privati sono diminuite (e molto verosimilmente sono state assunte da altri attori come badanti o altri privati);
- Gli infermieri di consulenza materna e pediatrica non hanno conosciuto troppe variazioni nella loro attività.

Di conseguenza occorre sviluppare ipotesi e metodi di stima diversi per i vari segmenti di questo settore.

La stima per le ore di cure LAMal presenta la forchetta più ampia di risultati per il 2030. Ciò perché al momento è difficile prevedere come evolverà il livello del consumo a pari età. Se da un lato è possibile stabilire che il tasso di crescita osservato dal 2011 al 2018 sia in Ticino sia in Svizzera non potrà prolungarsi perché troppo elevato, è difficile pronunciarsi sul livello che assumerà nei prossimi anni. È probabile che questo sviluppo dipenderà anche dal numero di nuovi posti letto di CPA che saranno effettivamente costruiti, dato che (come menzionato sopra) la crescita finora osservata nel numero di ore per paziente potrebbe essere correlata alla diminuzione della densità di posti letto rispetto alla popolazione over 80.

Discorso opposto per il settore dell'economia domestica, dove non si può prevedere se la diminuzione a cui si assiste abbia già raggiunto il limite inferiore o se ci si deve attendere un prolungamento della decrescita osservata dal 2011 al 2018 e un nuovo travaso di prestazioni verso altri attori.

Infine la relativa stabilità prevista per la natalità negli scenari demografici lascia ipotizzare la continuazione della relativa stabilità a cui si assiste dal 2012.

Tabella 3.4.4.1: Stime del fabbisogno futuro nel settore cure e assistenza a domicilio

	Ore erogate Cure LAMal 2018	Stima fabbisogno futuro secondo i 2 scenari (minimo e massimo)		Aumento tra ore erogate 2018 e fabbisogno 2030	
		2025	2030	ass. min e max	in %
Ore di cura LAMal					
Totale ipotesi zero i)	1'192'457	1'456'007 - 1'482'246	1'639'272 - 1'687'132	446'815 - 494'675	37% - 41%
Totale ipotesi ii)	1'192'457	1'954'162 - 1'988'224	1'929'832 - 1'988'224	737'375 - 795'767	62% - 67%
Totale ipotesi iii)	1'192'457	2'199'583 - 2'238'821	2'171'555 - 2'238'821	979'098 - 1'046'364	82% - 88%
Economia domestica (ore)	238'792	284'962 - 290'540	318'214 - 328'185	79'422 - 89'393	33% - 37%
Consulenza materno-pediatrica (costi)	1'400'000 CHF*	1'400'000	1'400'000	-	0%

* costo medio 2012-2018

3.5 Collaboratrici e collaboratori familiari (badanti)

Le collaboratrici e i collaboratori familiari (denominati “badanti” nel linguaggio comune, e che di seguito chiameremo in entrambi i modi) sostengono oppure sostituiscono la rete informale della persona bisognosa di assistenza, in particolare attraverso atti di assistenza e sorveglianza, economia domestica, sostegno e compagnia. Le attività svolte dalla badante variano in funzione delle esigenze familiari. Il tempo di occupazione può essere pieno (con convivenza o meno), a tempo parziale oppure a ore (circoscritto a interventi specifici).

In genere si pensa alla collaboratrice familiare come a una persona ingaggiata dalla famiglia tramite un contratto di lavoro. Per le famiglie diventare datore di lavoro può però non essere semplice. Per aiutarle nel disbrigo di tutte le procedure amministrative necessarie, alcuni servizi si occupano di selezionare e collocare le collaboratrici assistendo le famiglie nelle procedure.

Il collocamento di badanti è svolto da alcuni servizi Spitex privati e da Opera prima, Associazione senza scopo di lucro che, dal 2010, si occupa di selezionare e collocare collaboratrici familiari e nel cui Comitato siedono i direttori dei SACD di interesse pubblico, di Pro Senectute e Pro Infirmis.

Ma l’ingaggio diretto della collaboratrice da parte della famiglia non è l’unica possibilità. Forse anche a causa delle difficoltà amministrative di cui sopra, alcuni servizi offrono il “prestito di badanti”. In questo caso le collaboratrici lavorano presso una o più famiglie, ma hanno un contratto di lavoro con un servizio che svolge il compito di agenzia di collocamento. Il “prestito di badanti” è offerto sia da Spitex privati sia da agenzie private di collocamento.

Infine vi è anche un’altra forma di collaborazione tra collaboratrici e collaboratori familiari e servizi Spitex. Infatti le collaboratrici possono svolgere (se così abilitate) le cure di base LAMal su mandato di un servizio Spitex, anche quando abbiano un contratto di impiego con la famiglia. In questo caso le prestazioni LAMal effettuate dalle collaboratrici sono fatturate dallo Spitex privato (e sono incluse nelle “cure LAMal” della statistica Spitex esaminata al capitolo 3.4.1). Per contro non è possibile sapere, tramite i dati della statistica federale, quale sia la parte di queste prestazioni che viene svolta da collaboratrici ingaggiate dalle famiglie.

Il Ticino è tra i Cantoni in cui il fenomeno delle badanti ha visto un importante sviluppo, soprattutto nell’ultimo decennio.

Trattandosi di un fenomeno relativamente nuovo non esiste una statistica apposita. Come abbiamo visto il lavoro della collaboratrice e del collaboratore familiare può includere diversi aspetti (economia domestica con eventualmente compiti più o meno marcatamente sanitari) e prendere diverse forme contrattuali. Occorre quindi attingere le informazioni quantitative dalle diverse fonti statistiche che rilevano, separatamente, i vari segmenti di questo fenomeno.

Badanti in prestito

Questo servizio è offerto da alcuni Spitex privati e da alcune agenzie private di collocamento.

Le badanti prestate dai servizi Spitex rientrano nelle “altre prestazioni” della statistica federale Spitex dell’Ufficio federale di statistica. Per il 2018 nella statistica Spitex si trovano circa 50'000 ore di prestazioni erogate a 64 clienti (in media 764 ore per cliente).

Le badanti che fossero prestate da agenzie di collocamento o altri servizi simili non rientrerebbero nella statistica Spitex. Nella STAF se ne trovano una quindicina nel 2020, mentre la RIFOS non permette di risalire a quest’aspetto.

Collaboratrici familiari ingaggiate dalle famiglie

Per identificare il numero di badanti che hanno un contratto di lavoro direttamente con le famiglie, ci si deve riferire alla statistica RIFOS e alla statistica dei frontalieri (STAF) in quanto i frontalieri non sono conteggiati nella RIFOS. Va detto che sia la RIFOS sia la STAF conteggiano le persone ma non forniscono indicazioni sul grado di impiego di queste.

Tra le badanti ingaggiate dalle famiglie figurano anche quelle collocate da Opera Prima¹². Per inciso segnaliamo che Opera Prima, non essendo un servizio Spitex, non rientra nell'universo della statistica federale Spitex menzionata al paragrafo precedente. Tuttavia, grazie ai dati forniti da Opera Prima, sappiamo che nel 2018 essa ha collocato circa 150 collaboratrici familiari con carichi di lavoro che vanno da alcune ore al giorno fino alla convivenza in famiglia. Poiché queste badanti hanno un contratto di lavoro con la famiglia sono incluse nei dati delle due statistiche che seguono (RIFOS e STAF).

Collaboratrici familiari residenti in Svizzera ingaggiate dalle famiglie (risultati della RIFOS)

L'indagine sulle forze lavoro in Svizzera (RIFOS) è un'inchiesta a campione che comprende unicamente il personale che risiede in Svizzera. Trattandosi di un'inchiesta a campione, i dati su un settore di impiego (le famiglie) relativamente piccolo e per una professione non sempre chiaramente definita e non elencata in quanto tale nelle nomenclature ufficiali delle professioni, sono da trattare con prudenza.

Secondo la RIFOS in Ticino tra il 2017 e il 2019 vi erano circa 2'700 dipendenti (residenti in Svizzera) di famiglie ed economie domestiche private (settore economico "T" dell'apposita nomenclatura).

Tra i dipendenti delle famiglie una delle professioni che appare con maggior frequenza è quella di **ausiliario sanitario** (professione 53222) stimata indicativamente in circa 700 unità nel 2019. Il dato è tra parentesi perché il campione è troppo piccolo per permettere di affermarlo con sicurezza. Rispetto al 2018 appare in crescita, ciò che è plausibile visto che si tratta di un fenomeno in espansione.

Anche le altre professioni del gruppo 53 sembrano rientrare nella categoria badanti. Per la professione 53221, gli **assistenti sanitari a domicilio**, non si dispone di una valutazione numerica per il 2019, ma se ne stimavano 200 nel 2017. Per la professione 53221 di assistente sanitario a domicilio si dispone di una valutazione numerica per l'anno 2016 pari a 1'100. Nessuno di questi dati è robusto, a causa del metodo a campione.

Oltre a queste vi sono le professioni **91110 di addetti alle pulizie domestiche e collaboratori domestici** e la professione 51520 **collaboratori domestici** che rientrano, almeno in parte, nel fenomeno delle badanti. La prima conta circa 200-400 dipendenti (anche questo un dato statisticamente non robusto) e per la seconda non si dispone, a causa del basso numero di risposte, di alcuna stima numerica.

Le altre professioni svolte dalle persone impiegate dalle famiglie, non sembrano rientrare nella categoria delle badanti.

In conclusione tra le dipendenti delle famiglie (in queste professioni si contano quasi esclusivamente donne) che risiedono in Svizzera, quelle che svolgono la professione di badante, nel 2019 erano probabilmente tra le 700 e le 900 unità se si considerano solo le attività più marcatamente legate all'assistenza alla persona; alle quali se ne possono aggiungere altre 200-400 se si conteggiano anche le persone che svolgono un ruolo più marcatamente rivolto all'economia domestica.

¹² Opera Prima colloca le badanti nelle famiglie e si occupa della gestione amministrativa (dei permessi di lavoro, rapporti con le assicurazioni sociali, conteggi ore, ecc.). Comunque il datore di lavoro resta la famiglia.

Tabella 3.5.1: Persone residenti e impiegate in Ticino, occupate dalle famiglie per alcune professioni scelte, dal 2010 (dati in migliaia)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Totale	158.8	162.1	159.7	161.2	163.5	168.2	171.5	174.2	170.1	166.8
di cui sezione di attività economica										
T Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro	(2.2)	(1.7)	(2.2)	(1.7)	(1.7)	(2.6)	(4.3)	(3.5)	(2.4)	(2.7)
23300 Professori di scuola secondaria	...	...	X	...	...	X	...	...	X	X
23530 Professori di lingue	X	...	...	...	...	...	...	...	X	X
33340 Agenti immobiliari e amministratori	...	...	...	...	X	X	...	X	...	X
51200 Cuochi	...	...	X	...	...	...	X	...	...	...
51520 Collaboratori domestici	...	...	...	...	...	...	X	X	X	X
53210 Ausiliari sanitari	...	X	X	X	X	X	X	X	(0.2)	(0.7)
53220 Assistenti sanitari a domicilio e familiari	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
53221 Assistenti sanitari a domicilio	X	(0.3)	X	X	X	(0.3)	(1.1)	X	...	X
53222 Assistenti familiari	X	...	X	X	...	X	X	(0.2)	X	X
61130 Giardinieri, paesaggisti e floricoltori, s.è	...	...	X	X	...	X	X	...	X	(0.3)
91110 Addetti alle pulizie domestiche e collaboratori domestici	(0.5)	(0.3)	(0.4)	(0.3)	(0.2)	(0.3)	(0.3)	(0.4)	(0.3)	(0.2)
91120 Addetti alle pulizie in uffici, esercizi alberghieri ed altri esercizi	(0.7)	(0.4)	(0.3)	(0.4)	(0.5)	(0.6)	(1.0)	(0.9)	(0.6)	(0.8)

Notazione:

... = 0

X = campione troppo piccolo o con una variazione troppo grande per potere essere definito numericamente

(dati) i dati tra parentesi indicano che il campione è più significativo che la categoria precedente, ma il dato calcolato presenta pur sempre una forte variabilità

¹ Occupati residenti.

³ Classificazione ISCO-19 (International standard classification of occupations, versione 2019).

Fonte: Rilevazione sulle forze lavoro di in Svizzera (RIFOS), Ufficio federale di statistica, Neuchâtel - Elaborazioni: Ustat Bellinzona

Collaboratrici familiari residenti in Italia ingaggiate dalle famiglie (risultati della STAF)

La statistica dei frontalieri è esaustiva (ossia non è un'inchiesta a campione) e attinge i suoi dati dal registro ufficiale dei permessi di lavoro. Utilizza la medesima struttura in settori economici usata nella RIFOS. Per le professioni esercitate dagli addetti, si fonda sulla medesima classificazione (ISCO-2008) tuttavia non fornisce i dati con il massimo dettaglio, ma solo il gruppo professionale (i primi due digits della professione) in cui queste professioni sono comprese.

Tra i frontalieri, quelli occupati nel settore T delle famiglie quali datori di lavoro, sono aumentati regolarmente dal 2010, passando da 1'600 circa a circa 2'500 dal 2017 in poi.

Tra i frontalieri ingaggiati direttamente dalle famiglie, si trovano solo eccezionalmente specialisti della salute (ossia medici, 1 persona nel 2020) o professionisti della salute di formazione intermedia (in particolare infermieri, 2 persone nel 2020). In altre parole si tratta di eventi eccezionali.

Mediamente consistente, e in aumento, il numero di persone ingaggiate dalle famiglie che esercitano "53 Professioni nell'assistenza alle persone", passati da 100 nel 2010 a 236 nel 2020. Questo gruppo professionale comprende coloro che si occupano dell'assistenza di bambini e gli ausiliari e assistenti sanitari a domicilio. È verosimile che la maggior parte di questo gruppo svolga la professione di badante.

Il gruppo di professioni 51, più consistente dal profilo numerico, è anche più variegato dal profilo della professione svolta, visto che comprende i cuochi ed altri addetti alla ristorazione, parrucchieri ed estetisti, **collaboratori domestici e altri addetti alle pulizie, personale di compagnia**, e altre figure di "assistente". Impossibile dire quante tra queste persone, svolgano una professione simile alla badante con focus sui lavori domestici, ma è probabile che ve ne siano.

Tabella 3.5.2: Frontalieri stranieri occupati in Ticino da famiglie per alcuni gruppi di professione dal 2010 (dati del I trimestre)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Totale	46'856	50'109	53'724	56'225	60'202	62'090	61'824	64'460	64'431	63'673	67'836
di cui sezione di attività economica											
T Attività di famiglie e convivenze come datori di	1'673	1'744	1'838	1'935	2'021	2'146	2'370	2'527	2'445	2'421	2'537
di cui nei seguenti gruppi professionali:											
22 Specialisti della salute (medici ecc)	0	0	1	1	2	3	2	4	3	2	1
32 Professioni intermedie della salute (compresi infermieri ecc)	3	2	4	4	5	1	1	2	1	2	2
51 Professioni nei servizi alle persone (compresi collaboratori domestici)	1'351	1'411	1'489	1'579	1'594	1'716	1'869	1'971	1'854	1'834	1'915
53 Professioni nell'assistenza alle persone (in particolare assistenti sanitari a domicilio)	100	97	94	94	107	110	133	151	195	201	236
91 Addetti alle pulizie e collaboratori (compresi addetti alle pulizie domestiche)	139	149	157	166	197	195	230	233	223	219	224
Totale dei gruppi 22 - 32 - 51 - 53 - 91	1'592	1'658	1'746	1'844	1'905	2'025	2'234	2'362	2'275	2'259	2'378

Fonte: Statistica dei frontalieri (STAF), Ufficio federale di statistica, Neuchâtel - Elaborazioni: Ustat Bellinzona

Conclusione

Con il termine di uso comune “badante” o quello di “collaboratrice e collaboratore familiare” si fa riferimento implicitamente a un ventaglio di attività più o meno marcatamente sanitarie e a diverse forme contrattuali.

In Ticino le collaboratrici “prestate” alle famiglie (nel senso che sono stipendiate da Spitex privati) hanno erogato circa 50'000 ore nel 2018 a 64 clienti. A queste si aggiungono una quindicina di collaboratrici (frontaliere) prestate da agenzie di collocamento. In tutto le badanti prestate sono quindi poco meno di un centinaio.

Per quanto riguarda invece le persone ingaggiate direttamente dalle famiglie (con un contratto di lavoro della famiglia), in Ticino se ne contano circa 5'000. Esse svolgono tipi diversi di professioni; la metà circa risiede in Svizzera e l'altra metà in Italia.

Tra le persone che risiedono in Svizzera, circa 700-900 svolgono l'attività di collaboratrice familiare con una componente di attività sanitaria; tra le frontaliere esse sono circa 200-240.

Inoltre ve ne sono probabilmente altre che svolgono la funzione di collaboratrice familiare ma con attività maggiormente rivolta all'economia domestica. Si tratta di 200-300 persone tra coloro che abitano in Svizzera e un numero non precisabile delle quasi 2'000 persone residenti in Italia che svolgono una professione nell'ampia categoria dei “servizi alle persone”.

Si può quindi concludere che, attualmente, vi sono circa 1'000-1'200 collaboratrici familiari attive in Ticino alle quali se ne aggiungono 200-300 altre (o forse più) che svolgono professione di badante con un peso più pronunciato verso l'economia domestica. Una parte di queste persone lavora anche su mandato dei servizi Spitex, per prestare le cure di base LAMaL. Come già accennato, non si conosce il grado di impiego di queste persone e si sa che sono quasi tutte donne.

Al momento non è possibile definire con maggiore precisione la situazione. D'altra parte sappiamo che la sola Opera Prima, dal 2012 in poi, ha collocato oltre 1'000 badanti in Ticino. Poiché un contratto di collaboratrice familiare non si esaurisce nel giro di pochi mesi ma dura, presumibilmente, alcuni anni, le cifre avanzate sopra non sembrano eccessive.

3.6 Servizi d'appoggio e aiuti diretti per il mantenimento a domicilio

I **Servizi d'appoggio (SAPP)** erogano prestazioni di supporto all'assistenza e cura a domicilio che, pur non essendo eseguite direttamente presso l'abitazione dell'utente, ne favoriscono la permanenza a domicilio. I servizi d'appoggio sono suddivisi nelle seguenti categorie:

- Centri diurni terapeutici (CDT);
- Centri diurni socio-assistenziali (CDSA);¹³
- Altri servizi finanziati ai sensi della LACD
 - Servizio pasti a domicilio;
 - Servizi di trasporto;
 - Servizio per le dipendenze (Ingrado);
 - Servizi di accompagnamento per persone con malattie cronico-degenerative o disabilità;
 - Altri servizi riconosciuti ai sensi della LACD;

Gli aiuti diretti sono contributi finanziari versati agli utenti, destinati all'organizzazione di soluzioni individuali di abitazione e/o di sostegno al mantenimento a domicilio.

I SAPP e gli aiuti diretti sono entrambi finanziati ai sensi della LACD e pertanto sono sottoposti allo stesso meccanismo di riparto della LACD e della LANZ, che prevede che i Comuni si assumono i quattro quinti della spesa e il Cantone un quinto.

In questo capitolo descriviamo brevemente ogni prestazione SAPP e presentiamo i dati cantonali dell'evoluzione recente del servizio, un breve bilancio della pianificazione precedente (2010-2020) nonché una stima del fabbisogno al 2030.

¹³ Vi è inoltre un terzo tipo di Centri diurni, quelli ricreativi (CDR). I CDR organizzano attività di socializzazione quali ad esempio: pranzi in comune, gite, attività culturali, ecc. Alcuni CDR (centri ricreativi ATTE) e alcune attività di socializzazione (gruppi di Generazione Più), gestiti da enti presenti a livello cantonale, sono finanziati ai sensi della LACD per aspetti specifici e puntuali. Queste attività sono incluse al capitolo 3.6.3.5 "Altri servizi riconosciuti ai sensi della LACD".

3.6.1 Centri diurni terapeutici (CDT)

I centri diurni terapeutici (CDT) offrono una presa in carico preventiva, terapeutica e curativa (sanitaria) orientata al mantenimento a domicilio, ad anziani che vivono a domicilio e che hanno un'autonomia ridotta e un bisogno di cure e assistenza.

Nella fase iniziale della loro attività, questi centri prendevano in carico pazienti che presentavano diversi tipi di malattie e quindi avevano bisogni differenziati di presa a carico. Nel corso degli anni i CDT si sono però specializzati, su richiesta dei vari organi competenti, nella presa a carico di persone affette da demenza. Nel frattempo alcune tipologie di pazienti, inizialmente presi a carico nei CDT, sono state reindirizzate verso altri servizi, come ad esempio i pazienti con BCPO, ora presi a carico dalla Lega polmonare o i pazienti cardiopatici ora presi a carico dal CCT¹⁴.

L'ammissione ai CDT avviene sulla base di un certificato medico e su prescrizione medica. In Ticino dal 2012 si contano 10 di questi centri: cinque sono gestiti da Pro Senectute Ticino e Moesano, uno da Croce Rossa Svizzera e quattro da case per anziani (vedi tabella 3.6.1.1.1).

3.6.1.1 Offerta attuale, evoluzione recente¹⁵ e pianificazione precedente

Situazione attuale

La tabella 3.6.1.1.1 mostra la capacità ricettiva 2018, intesa come il potenziale massimo di giornate di presa in carico che le strutture possono offrire durante l'anno, dei dieci CDT presenti sul territorio cantonale. Tale capacità dipende dai posti autorizzati dall'Ufficio di sanità, dal numero di giorni di apertura durante la settimana e dal numero di turni offerti in un giorno.

Tabella 3.6.1.1.1: Offerta dei CDT, Ticino 2018

		Comprensorio SACD	Posti autorizzati	Giorni di apertura	Turni al giorno	Capacità ricettiva*
CDT del territorio	Pro Senectute, Balerna	Mendrisiotto e Basso Ceresio	11	5/7	1	2'728
	Pro Senectute, Lugano	Luganese	18	5/7	1	4'464
	Croce Rossa Manno	Malcantone e Medio Vedeggio	15	5/7	1	3'840
	Pro Senectute, Muralto	Locarnese e Vallemaggia	11	5/7	1	2'728
	Pro Senectute, Bellinzona	Bellinzonese	14	5/7	1	3'472
	Pro Senectute, Biasca	Tre Valli	12	5/7	1	2'976
	Totale CDT del territorio			81	-	-	20'208
CDT nelle CPA	Casa Giardino, Chiasso	Mendrisiotto e Basso Ceresio	10	5/7	1	2'480
	Cà Rezzonico, Lugano	Luganese	14	5/7	1	3'472
	Casa dei Ciechi, Lugano		15	5/7	1	3'720
	Residenza Visagno, Claro	Bellinzonese	8	5/7	1	1'984
	Totale CDT nelle CPA			47	5/7	1	11'656
Totale			128			31'864**

Fonte: dati interni UACD e statistica federale SOMED

* La Capacità ricettiva è il numero massimo di giornate di presa in carico che possono essere erogate durante l'anno.

** Nel 2020 la capacità ricettiva (senza lock down) sarebbe stata di 39'000 giornate circa.

¹⁴ Al momento mancano servizi specialistici per la presa a carico diurna e regolare dei pazienti affetti da SLA, Parkinsons senza demenza, altre malattie neurodegenerative senza demenza e dei pazienti che necessitano cure palliative. Questi pazienti sono al momento presi a carico in attività specifiche nei CDSA, ma si stanno cercando anche altre soluzioni, come ad esempio nei nuovi lavori della Commissione cantonale cura palliative.

¹⁵ Per maggiori informazioni sull'organizzazione dei CDT vedi anche il Rapporto del gruppo di lavoro per la Strategia cantonale sulle demenze

(https://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/sportello/rapporti/Documento_strategia_cantonale_delle_demenze_versione_maggio_2016_completo.pdf) come pure il rapporto dedicato al potenziamento dei CDT (DASF-UACD 2020: Potenziamento della capacità ricettiva dei centri diurni terapeutici. Allegato 10 e il capitolo 4.4.1 del rapporto di Pianificazione).

Nel 2018 la capacità ricettiva totale dei CDT ticinesi è stata di 32'000 giornate, di cui circa due terzi offerta dai CDT del territorio e un terzo da quelli in CPA. In seguito l'offerta è stata ampliata grazie in particolare: da una parte al trasferimento del CDT della Croce Rossa a Manno in uno stabile più grande che ha permesso di estendere progressivamente la capacità ricettiva fino a 33 posti al giorno (25 nel primo turno e 8 nel secondo) e successivamente anche al sabato¹⁶ e dall'altra all'estensione dell'apertura al sabato del CDT Pro Senectute di Bellinzona.

Nel 2020 la capacità ricettiva sarebbe stata di 39'000 giornate di presa in carico, ma a causa dell'emergenza sanitaria COVID-19 non è stato possibile sfruttare tutto il potenziale.

Evoluzione dei CDT tra il 2012 e il 2018

La tabella 3.6.1.1.2 mostra l'evoluzione del numero di posti, di giornate di presa in carico erogate e del personale occupato in unità a tempo pieno (UTP). Tra il 2012 e il 2018 il numero di giornate erogate è passato da 22'000 a più di 27'000 (+24%). L'aumento si è verificato nei CDT del territorio, e si può ricondurre principalmente all'ampliamento dell'offerta del CDT della Croce Rossa a Manno menzionata sopra.

Paragonando la capacità ricettiva con le giornate erogate, si nota che nel 2018 i CDT del territorio erano occupati al 99.9%, e quelli nelle CPA erano occupati complessivamente al 61% circa. Inoltre, i CDT del territorio avevano complessivamente una lista di attesa di 99 persone (prima dell'introduzione delle disposizioni cantonali per la riapertura selettiva e strutturata dei CDT a causa dell'emergenza Covid-19). Per lo stesso periodo i CDT nelle CPA non hanno segnalato nessuna lista di attesa. Questa differenza tra i CDT del territorio e quelli in CPA sembra essere dovuta alla preferenza dei pazienti anziani per i centri sul territorio. A questo riguardo va detto che i CDT in casa anziani potrebbero essere chiamati in futuro a prendere in carico i casi più urgenti con corsia preferenziale, sfruttando la loro maggior disponibilità e le loro risorse interne specializzate.

Tabella 3.6.1.1.2: CDT - posti, giornate erogate e personale occupato, Ticino 2012-2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Differenza 2012-2018	
								ass.	in %
CDT del territorio	6	6	6	6	6	6	6	0	0%
Posti	-	-	-	-	-	-	99	-	-
Giornate di presa a carico	14'632	17'115	17'358	18'781	18'293	18'338	20'188	5'556	38%
Personale in UTP	30	29	33	32	35	36	45	15	51%
CDT nelle CPA	4	4	4	4	4	4	4	0	0%
Posti (SOMED)	-	-	-	-	-	56	56	-	-
Giornate di presa a carico (SOMED)	7'357	7'764	8'623	8'179	8'284	7'364	7'157*	-200	-3%
Personale in UTP	-	-	11	11	11	11	11	-	-
CDT - totale del territorio e nelle CPA	10	10	10	10	10	10	10	0	0%
Posti	-	-	-	-	-	-	155	-	-
Giornate di presa a carico	21'989	24'879	25'981	26'960	26'577	25'702	27'345	5'356	24%
Personale in UTP	-	-	44	43	46	47	56	-	-

Fonte: dati interni UACD - Consuntivi dei SAPP e delle CPA.

* Per i CDT Casa Giardino e Ca' Rezzonico dati 2017 (i dati 2018 mancano).

Bilancio della precedente pianificazione

La precedente pianificazione aveva avviato delle riflessioni generali sullo sviluppo futuro dei CDT. In particolare era stata promossa l'estensione dell'apertura al fine settimana: ad oggi questo obiettivo è stato realizzato solo in due strutture. Invece nella precedente pianificazione il fabbisogno futuro non era stato stimato pertanto non vi sono scenari passati da valutare.

¹⁶ Vedi nota precedente

3.6.1.2 Stima del fabbisogno 2030

Il fabbisogno 2030 è stato stimato proiettando le giornate di cura erogate dai CDT nel 2018 secondo le seguenti ipotesi:

- evoluzione della popolazione cantonale secondo gli scenari UST 2015 di riferimento e basso;
- persone che in futuro ricorreranno a questa prestazione uguale al tasso attuale con l'aggiunta del numero di persone che attualmente si trova sulle liste di attesa¹⁷;
- presa in carico settimanale per paziente secondo due scenari:
 - i) uguale alla presa in carico odierna, ossia in media 2 giorni a settimana per paziente e
 - ii) presa in carico potenziata, ossia in media 3 giorni a settimana per paziente.

I dati mostrano che prima dell'emergenza COVID-19 gli utenti frequentavano i CDT per circa 2 giorni alla settimana¹⁸. Nel primo scenario si ipotizza che questo livello di presa in carico resterà costante fino al 2030.

Tuttavia abbiamo ritenuto necessario introdurre uno scenario di presa in carico potenziata, per i motivi seguenti: secondo le raccomandazioni dei medici geriatri si ottiene un reale beneficio sul mantenimento delle funzioni cognitive solo con una frequenza di almeno 3 giorni la settimana. Inoltre, la Strategia cantonale sulle demenze ha raccomandato il *"Potenziamento della capacità ricettiva dei centri diurni terapeutici, dei ricoveri di sollievo, e dei soggiorni notturni e temporanei"*. Infine, anche le associazioni che rappresentano i familiari curanti sottolineano la necessità di potenziare questo settore. Per tener conto delle raccomandazioni appena elencate, la presa in carico media dovrebbe essere aumentata del 48% (in modo da passare da 2.03 giorni di presenza media settimanale per paziente a 3.00 giorni di presenza media per paziente).

I risultati della stima sono riportati nella tabella seguente.

Tabella 3.6.1.2.1: CDT - Capacità ricettiva attuale e futura stimata, Ticino 2018-2030 (in giornate di cura)

	Capacità ricettiva attuale (giorni)		Stima fabbisogno futuro scenario demogr. basso - di riferimento		Differenza 2020-2030	
	2018	2020*	2025	2030	assoluta	in %
Ticino						
Scen. i) presa in carico costante	31'864	38'812	43'894 - 44'918	49'637 - 51'393	10'825 - 12'581	28% - 32%
Scen. ii) presa in carico potenziata			64'963 - 66'479	73'462 - 76'062	34'650 - 37'250	89% - 96%

Fonte: Progressione demografica USTAT 2015 applicata alle giornate erogate 2018 e alla lista di attesa

*La capacità ricettiva 2020 riflette l'aumento di capacità avvenuto nel CDT della Croce Rossa a Manno e nel CDT PS a Bellinzona.

Nel primo scenario, ossia mantenendo l'attuale presa in carico media settimanale, si stima che il fabbisogno 2030 corrisponderà a 49'600–51'400 giornate l'anno, ossia circa 10'800-12'600 giornate in più rispetto alla capacità ricettiva del 2020.

Nel secondo scenario, ovvero tenendo conto delle raccomandazioni di potenziare la presa in carico, risulta un fabbisogno 2030 di circa 73'500-76'100 giornate, pari a quasi il doppio della dotazione attuale.

In questa sede ci asteniamo dal ripartire il fabbisogno tra i Comprensori SACD ma segnaliamo che in tutti i comprensori SACD vi è almeno un CDT.

Nel prossimo paragrafo mostreremo come questo fabbisogno potrebbe essere interamente coperto grazie ai centri già esistenti il cui potenziale, al momento, non è interamente sviluppato.

Progetti futuri

¹⁷ Per mancanza di informazioni dettagliate sulle caratteristiche (età, genere) delle persone sulle liste di attesa, è stato ipotizzato che esse coincidano con quelle delle persone attualmente prese in carico.

¹⁸ I dati mostrano che gli utenti frequentavano i CDT in media 2.03 giorni per settimana.

Il Rapporto DASF-UACD 2020: Potenziamento della capacità ricettiva dei centri diurni terapeutici in allegato 10 definisce le misure necessarie per aumentare la capacità ricettiva:

- trasferimento in strutture più grandi con doppi turni estesi (modello Croce Rossa) per alcuni CDT;
- cambiamento di tipo organizzativo con doppi turni più brevi per altri CDT (comprese le strutture in fase di realizzazione);
- apertura il sabato in tutti i CDT.

Se si realizzassero tutte le misure proposte la capacità ricettiva potrebbe aumentare fino a circa 100'000 giornate l'anno¹⁹,rispettivamente circa 125'000 frequenze²⁰.

Nei prossimi anni si prevede quindi che la capacità ricettiva supererà il fabbisogno massimo di circa 76'000 giornate all'anno stimato nel presente capitolo. Questa differenza è riconducibile al fatto che il fabbisogno stimato si basa unicamente sui bisogni dell'attuale utenza, quindi unicamente delle persone affette da sindrome demenziale, mentre, come evidenziato nel capitolo dedicato al potenziamento dei CDT, si prevede di strutturare un'offerta terapeutica diurna per le persone affette da malattie croniche e degenerative di tipo somatico. La differenza tra il fabbisogno calcolato e la capacità ricettiva potenziata, circa il 24'000 giornate all'anno, potrà essere dedicata a un'offerta specifica dedicata alle persone affette da malattie croniche e degenerative di tipo somatico.

¹⁹ le giornate con turni inferiori alle otto ore sono state calcolate in modo ponderato.

²⁰ Tutte le giornate, indipendentemente della durata della presa in carico, sono calcolate come frequenza.

3.6.2 Centri diurni socio-assistenziali (CDSA)

I centri diurni con presa in carico socio-assistenziale (CDSA) offrono attività di animazione, socializzazione e prevenzione per tutta la popolazione anziana che vive a domicilio e non ha bisogni particolari di presa a carico. L'accesso a queste attività è non pianificato, ovvero le persone possono decidere di partecipare all'ultimo momento senza doversi annunciare prima. Oltre a ciò i CDSA offrono una presa in carico di tipo socio-assistenziale a persone con un moderato bisogno di assistenza; queste attività avvengono invece in base ad un accesso pianificato.

Attualmente in Ticino si contano 16 CDSA²¹. I CDSA sono nati dal progetto UACD di riorganizzazione dei centri diurni per valorizzare le strutture esistenti e rispondere ai bisogni di prevenzione e socializzazione della popolazione anziana e di sgravio dei familiari curanti. Alcuni centri ricreativi già attivi prima del progetto sono stati riqualificati in CDSA. Inoltre, per garantire equità di offerta a livello territoriale, è stata promossa la realizzazione di strutture nuove nei comprensori precedentemente sprovvisti di questo tipo di offerta.

Tabella 3.6.2.1: CDSA per comprensorio SACD, Ticino 2020

Comprensorio SACD	Centro	Anno di apertura*
Mendrisiotto e Basso Ceresio	Chiasso	2012
	Riva San Vitale	2013
	Vacallo	2012
Luganese	ATTE, Lugano	2014
	Casa Andreina, Lugano	2014
	Generazione Più, Lugano	2013
	Pro Senectute, Massagno	2012
	Pro Senectute, Lamone	2014
Malcantone e Veduggio	Caslano	2012
Locarnese e Vallemaggia	Pro Senectute, Ascona	2020
	Pro Senectute, Maggia**	2018
	Pro Senectute, Tenero	2017
Bellinzonese	Pro Senectute, Bellinzona	2016
	Vita Serena, Giubiasco	2013
Tre Valli	ATTE, Biasca	2015
	Pro Senectute, Faido	2014

Fonte: Statistiche interne dell'UACD

Nota: *Inaugurazione di un nuovo centro o trasformazione di un centro diurno ricreativo in un centro diurno socio-assistenziale.

** Il CDSA della Pro Senectute a Maggia è stato aperto nel mese di settembre del 2018.

3.6.2.1 Evoluzione dei CDSA dal 2012 al 2018

Tipo di frequenza

Come ricordato sopra esistono due modalità di accesso alle attività dei CDSA:

- i) accesso non pianificato per persone con un sufficiente livello di autonomia che partecipano alle attività di socializzazione e prevenzione;
- ii) accesso pianificato per persone con bisogno moderato di assistenza nell'ambito di attività inserite in un progetto socio-educativo.

Nel 2018 le attività offerte dai CDSA hanno fatto registrare complessivamente quasi 150'000 frequenze. Questo corrisponde a una media di 39 partecipazioni²² al giorno per CDSA. Inoltre, sono

²¹ Il CDSA di Ascona ha aperto durante la fase di elaborazione della pianificazione e al momento non vi sono ancora dati sulla sua attività.

²² A differenza di tante prestazioni descritte negli altri capitoli, le visite ai CDSA non sempre sono per giornate intere. Perciò non si parla di giornate di presa in carico bensì di frequenze o partecipazioni.

stati consumati circa 68'600 pasti, pari a circa 250 pasti al giorno a livello cantonale. Infine, circa 5'100 persone hanno partecipato a gite o vacanze organizzate dai CDSA (sia persone senza bisogno di assistenza sia persone con bisogni moderati di presa in carico).

Descrizione delle attività svolte ad accesso non pianificato

La tabella seguente mostra il tipo di attività offerte per l'utenza maggiormente autonoma nel 2018 (una persona può partecipare a più di un'attività nello stesso giorno).

Le attività che hanno registrato una maggiore partecipazione sono state quelle ricreative di socializzazione e quelle per le funzioni cognitive, entrambe le categorie con circa 30'000 presenze. Seguono le attività per le funzioni motorie (20'000 presenze per la motricità globale e 11'000 per la motricità fine) e infine quelle per le funzioni affettivo-relazionali e di prevenzione sanitaria. Da notare che le attività di queste due ultime categorie si svolgono in gruppi più piccoli poiché richiedono un maggior accompagnamento.

Tabella 3.6.2.1.1: Partecipazione alle attività di prevenzione e socializzazione dei CDSA, Ticino 2018

	Numero di incontri durante l'anno	Partecipazione	Media partecipanti per giorno/ risp. incontro
Giorni di apertura totali	3'823	148'468	39
Attività svolte:			
Ricreative	1'408	30'522	22
Per le funzioni cognitive	3'676	29'865	8
Motricità globale	2'397	20'058	8
Motricità fine	2'469	11'377	5
Funzioni affettive-relazionali	1'463	6'766	5
Prevenzione sanitaria	762	3'660	5
Altre attività			
Pasti serviti	3'823	68'575	18
Vacanze e gite		5'144	
di cui persone autonome		3'664	
di cui persone con bisogno di assistenza		1'480	

Fonte: dati interni UACD (consuntivi)

I CDSA sono strutture a bassa soglia di accesso, per questo motivo non si registrano in modo sistematico i dati di tutte le persone che partecipano alle attività di socializzazione e prevenzione. Quindi non si conoscono le caratteristiche specifiche di questo gruppo di partecipanti.

Descrizione dei partecipanti alle attività con accesso pianificato e delle attività svolte

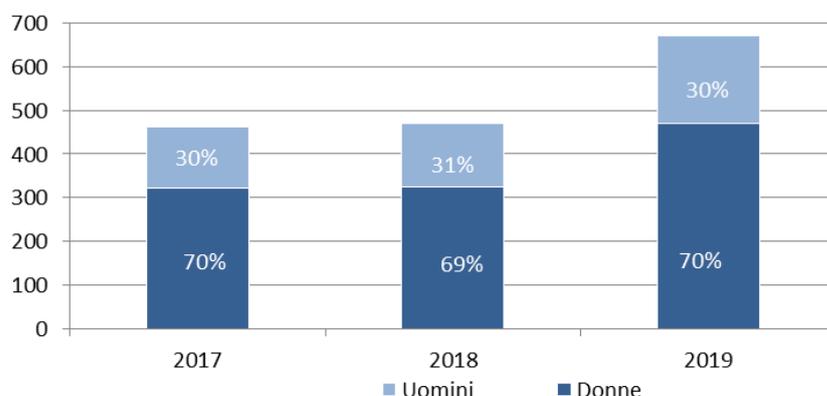
Nel 2018 sono state erogate 214'000 ore di presa in carico socio-assistenziale nei CDSA, un numero molto più alto delle 116'000 ore del 2016 (+85%). Questo importante aumento si spiega probabilmente con il fatto che, trattandosi di una nuova forma di presa in carico, ha necessitato un certo lasso di tempo per farsi conoscere dalla popolazione e dalla rete socio-sanitaria. Le attività svolte riguardano gli stessi ambiti e hanno le stesse finalità delle attività svolte con gli utenti autonomi.

Di seguito presentiamo le caratteristiche principali degli utenti di queste attività.

Tra il 2017 e il 2019 (vedi grafico 3.6.2.1.1) il numero di utenti con una presa in carico pianificata è aumentato di circa il 45% passando da 460 a 670 persone. La composizione per sesso è rimasta costante: 30% di uomini e 70% di donne.

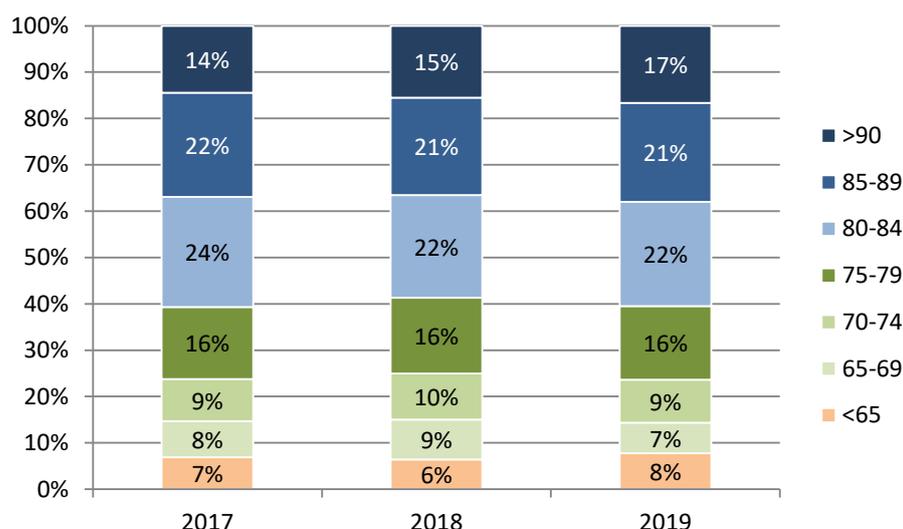
Nel 2019 (vedi grafico 3.6.2.1.2) tre quarti degli utenti aveva almeno 75 anni, il 15% un'età compresa tra i 65 e i 74 anni e meno del 10% erano di età inferiore ai 65 anni. Anche la composizione degli utenti per età è rimasta fondamentalemente costante.

Grafico 3.6.2.1.1: Utenti CDSA con presa in carico pianificata secondo il sesso, Ticino 2017-2019



Fonte: dati interni UACD (anno 2017) e della Piattaforma dei coordinatori e coordinatrici CDSA (2018 e 2019)
 Nota: I dati del primo anno (2018) della Piattaforma CDSA potrebbero non essere del tutto completi.

Grafico 3.6.2.1.2: Utenti CDSA con presa in carico pianificata secondo l'età, Ticino 2017-2019



Fonte: dati interni UACD (anno 2017) e della Piattaforma dei coordinatori e coordinatrici CDSA (2018 e 2019)
 Nota: I dati del primo anno (2018) della Piattaforma CDSA potrebbero non essere del tutto completi.

Nel 2019 due terzi circa degli utenti con presa in carico pianificata vivevano da soli e un quarto circa con il coniuge (a volte con anche i figli). Il restante 10% viveva o con terzi, o in appartamenti protetti, o da solo nelle vicinanze dell'abitazione dei figli.

Tra il 2017 e il 2019 la parte degli utenti che vivono da soli è aumentata di circa 5 punti percentuali, mentre quella che vive con terzi o in appartamenti protetti è diminuita leggermente. Poiché non si sta assistendo (vedi Rapporto SUPSI, Ritratto dell'utente, 2020) a un aumento degli anziani che vivono da soli (la percentuale degli over 65 che abitano da soli si è stabilizzata) l'aumento, tra gli utenti con presa in carico pianificata, di quelli che vivono da soli potrebbe essere ricondotto al fatto che, dopo il decesso del coniuge, spesso la famiglia, i conoscenti e i professionisti propongono all'anziano nuove attività sociali come per esempio di partecipare alle attività di un CDSA.

Evoluzione dei CDSA dal 2012 al 2018

La tabella 3.6.2.1.2 mostra l'evoluzione del numero di CDSA e del personale impiegato a partire dal 2012. Il forte aumento di CDSA presenti sul territorio, passati da 4 a 15 in pochi anni (grazie alla trasformazione di centri ricreativi preesistenti così come alla creazione di nuove strutture) e il forte aumento dell'attività si riflette anche sull'evoluzione del personale impiegato, passato da 10 UTP a 46 (+350%).

Inoltre nella tabella abbiamo riportato, come indicatore generale dell'attività svolta dai CDSA, il numero dei pasti serviti. Abbiamo scelto il numero di pasti quale indicatore complessivo per sintetizzare il volume dell'attività svolta, perché questo dato comprende sia i partecipanti ad attività con accesso pianificato sia quelli con accesso non pianificato.

Tabella 3.6.2.1.2: Evoluzione CDSA, 2012-2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Diff. 2012-2018	
								ass.	in %
Numero di CDSA	4	7	11	12	13	14	15	11	275%
Personale in unità UTP	10	15	25	28	37	38	46	35	353%
Pasti serviti nei CDSA*	-	-	-	41'178	51'666	59'307	68'575	-	-
Pasti per CDSA (media)	-	-	-	3'432	3'974	4'236	4'898	-	-

Fonte: dati interni dell'UACD sulla base dei consuntivi dei servizi d'appoggio.

Nota: Il CDSA della PS ad Ascona è aperto soltanto nel 2020.

* Nel 2015 mancano i dati per un centro (Massagno), perciò per questo centro sono stati utilizzati i dati del 2016.

**Nel 2018 il CDSA di Maggia ha aperto soltanto verso la fine dell'anno e quindi non ha servito dei pasti.

Bilancio della precedente pianificazione

La pianificazione precedente ha previsto la realizzazione di nuovi CDSA per garantire una maggior copertura dell'offerta territoriale, senza definire obiettivi quantitativi.

3.6.2.2 Stima del fabbisogno futuro

Il fabbisogno 2030 è stato stimato proiettando le partecipazioni attuali secondo le seguenti ipotesi:

- evoluzione della popolazione cantonale secondo gli scenari UST 2015 di riferimento e basso;
- il rapporto tra le frequenze totali e il numero di pasti resterà uguale a quello di oggi (dati 2018);
- numero di partecipazioni²³ per abitante (anziano) secondo due scenari:
 - i) uguale al livello di partecipazione attuale (presa in carico costante) e
 - ii) uguale al livello di partecipazione superiore che si riscontra attualmente (2019) nelle regioni con una presa in carico maggiormente estesa²⁴ (presa in carico potenziata).

Abbiamo elaborato il secondo scenario per tenere conto di un possibile bisogno non ancora soddisfatto ma esistente. Infatti per i CDSA non si dispone di liste di attesa, dato che si partecipa alle attività in modo spontaneo e senza doversi annunciare prima. Di conseguenza si ignora se tutte le persone interessate hanno potuto essere accolte nella misura desiderata nelle attività con accesso libero.

²³ Con il numero di partecipazioni si intende sia la frequenza pianificata che la frequenza non pianificata.

²⁴ Per questa analisi sono state prese in considerazione le partecipazioni ai CDSA di due regioni che dispongono di un'offerta ben consolidata e con dei bacini di utenti chiaramente distinguibili: i CDSA Vacallo e Chiasso per il Mendrisiotto e il CDSA Caslano nel Malcantone. Sono stati considerati il tasso della presa in carico pianificata per abitanti sopra i 64 anni (dati del 2019 perché più affidabili di quelli del 2018) e le attività generali offerte alle persone sopra i 64 anni (dati del 2019). I dati mostrano che i CDSA delle due regioni considerate hanno il 46% di utenti in più sopra i 64 anni (ogni mille abitanti anziani) con una presa in carico pianificata e il 114% in più delle partecipazioni non pianificate, rispetto alle medie cantonali. Si può così concludere che la capacità dei CDSA dovrebbe essere aumentata dell'80% circa (media ponderata delle differenze esistenti per i due tipi di presa a carico dei CDSA).

Inoltre, da un'inchiesta svolta dall'UACD presso i CDSA è emerso che i centri cercano di regolare le presenze delle persone con bisogno di assistenza aumentando il personale o gli spazi di accoglienza (ad esempio affittando altri spazi) e, se necessario, limitando il numero di giorni di frequenza per utente. Quindi non si può escludere che ci siano anche altre persone che vorrebbero partecipare o partecipare con maggior frequenza alle attività dei CDSA e che non possono farlo.

Per garantire una frequenza maggiore, pari a quella riscontrata a Chiasso, Vacallo e Caslano, si dovrebbe aumentare il numero di frequenze cantonali di circa l'80%.

I risultati della stima sono riportati alla tabella seguente.

Tabella 3.6.2.2.1: Stima del fabbisogno futuro espresso in pasti rapportato al numero di CDSA, 2025, 2030.

		Pasti serviti nei CDSA		Stima fabbisogno futuro scenario demogr. Basso - di riferimento		Differenza 2020-2030	
		2018	2020*	2025	2030	assoluta	in %
Scen. i) presa in carico costante	Pasti totale	68'575		88'472 - 90'556	100'163 - 103'781	6 - 7	37% - 42%
	Num. CDSA	15	16	19 - 20	22 - 23		
Scen. ii) presa in carico potenziata	Pasti totale	68'575		159'250 - 163'001	180'293 - 186'805	23 - 25	146% - 155%
	Num. CDSA	15	16	35 - 36	39 - 41		

Fonte: Progressione demografica USTAT 2016 applicata ai pasti serviti nei CDSA nel 2018.

*L'aumento del 2020 corrisponde all'apertura del CDSA della Pro Senectute ad Ascona.

Nel primo scenario, che prolunga il livello di partecipazione attuale, si stima un fabbisogno di 100'000-104'000 pasti circa distribuiti nei CDSA nel 2030. Ciò corrisponde all'apertura di 6-7 CDSA nel prossimo decennio oppure a un'estensione degli spazi attuali e un aumento del numero di operatori nei centri già esistenti.

Nel secondo scenario, che aumenta il livello di partecipazione attuale per tener conto del fabbisogno "nascosto" della popolazione anziana, si stima un fabbisogno di 180'000-187'000 pasti circa nel 2030. Ciò corrisponde a un aumento del 150% circa entro il 2030, che richiederebbe l'apertura di altri 23-25 CDSA di dimensioni uguali alle dimensioni medie odierne.

Non abbiamo regionalizzato la stima del fabbisogno per motivi tecnici. Segnaliamo però che oggi esiste almeno un CDSA in ogni comprensorio SACD (vedi sopra tabella 3.6.2.1).

La forchetta costituita dalle due stime è piuttosto ampia, ma ricordiamo che questo fabbisogno può essere soddisfatto anche da altri tipi di servizi, che offrono anch'essi attività a scopo o che permettono la socializzazione. Esistono infatti sul territorio altre iniziative, a carattere locale o associativo, come ad esempio l'Università della terza età o i centri comunali di socializzazione, che svolgono attività simili. Per ulteriori approfondimenti rimandiamo al capitolo 4.4.2 del rapporto di Pianificazione (Sviluppi dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale).

Iniziative in corso:

Da ultimo segnaliamo che vi è un'iniziativa in corso per un nuovo CDSA nel Locarnese e una in fase di definizione nel Mendrisiotto oltre che, come appena menzionato, la possibilità di coprire parte del fabbisogno 2030 anche tramite altri tipi di servizi.

3.6.3 Altri servizi riconosciuti ai sensi della LACD

3.6.3.1 Servizio pasti a domicilio

Il servizio di consegna dei pasti a domicilio distribuisce pasti caldi da lunedì a sabato e pasti freddi riscaldabili la domenica e i giorni festivi. Il servizio favorisce il mantenimento a domicilio delle persone anziane, disabili o di persone che si trovano in convalescenza. Con questo servizio si perseguono i seguenti obiettivi: garantire un'alimentazione adeguata, continua ed equilibrata a prezzi contenuti; garantire il servizio in tutte le regioni, comprese le zone periferiche e le valli in modo che sia accessibile a tutta la popolazione; garantire un servizio di antenna sociale per le persone sole e isolate. In particolare gli addetti alla distribuzione dei pasti sono appositamente formati e seguono procedure specifiche per riconoscere e segnalare situazioni di disagio o malessere.

Il servizio è fornito da Pro Senectute Ticino e Moesano con il supporto di 20 centri di produzione distribuiti sul territorio (cucine di strutture socio-sanitarie, in particolare CPA) e una fitta rete di addetti alla distribuzione.

Le tariffe per le prestazioni sono concordate con l'Amministrazione cantonale e definite in base alla situazione economica dei beneficiari²⁵.

Evoluzione dal 2012 al 2018

La tabella 3.6.3.1.1 mostra l'evoluzione del numero di pasti forniti tra il 2012 e il 2018. L'aumento annuale è stato relativamente costante, pari al 3% circa all'anno. Durante la prima e la seconda fase dell'emergenza sanitaria COVID-19, la richiesta ha registrato un aumento sensibilmente più forte. Così da marzo a luglio 2020 sono stati consegnati 55'000 pasti in più rispetto allo stesso periodo nel 2019²⁶ (pari al 33% in più).

Tab 3.6.3.1.1: Pasti a domicilio forniti, Ticino 2012-2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Diff. 2012-2018	
								ass.	in %
Pasti forniti	324'051	333'609	347'465	353'759	369'046	375'121	385'915	61'864	19%

Fonte: dati interni dell'UACD sulla base dei consuntivi dei servizi d'appoggio.

Bilancio della precedente pianificazione

Non possiamo stilarlo poiché, per il servizio pasti a domicilio, nella pianificazione 2016-2020 non erano stati formulati obiettivi quantitativi.

Stima del fabbisogno futuro

Il fabbisogno 2030 è stato stimato proiettando i pasti forniti nel 2018 secondo le seguenti ipotesi:

- sviluppo della popolazione cantonale secondo gli scenari UST 2015 di riferimento e basso;
- per il livello della domanda della popolazione sono stati elaborati due scenari:
 - i) ritorno alla situazione ante COVID-19. In questo scenario si presume che l'aumento del 2020 causato dall'emergenza sanitaria rimarrà eccezionale e che tra il 2020 e il 2025 si assisterà a una diminuzione ovvero al ritorno al trend di aumento precedente, come ce lo si sarebbe aspettato senza l'emergenza COVID;
 - ii) perdurare del livello aumentato della domanda, come osservato a luglio 2020, e ripresa da luglio 2020 del tasso di crescita annuale osservato prima del lockdown.

Lo scenario i) si basa sull'ipotesi che l'aumento della domanda prodotto dal lock down della primavera 2020 non lascerà alcuna traccia. La "bolla" di aumento, svanirà così come si è prodotta, e il livello della domanda tornerà ad aumentare con lo stesso ritmo di prima, del 3% annuo circa.

²⁵ Le tariffe attuali si situano tra CHF 11 e CHF 18 per i pasti caldi e tra CHF 10.50 e CHF 14.50 per i pasti freddi.

²⁶ Ultime informazioni disponibili al momento in cui abbiamo redatto il rapporto.

Lo scenario ii) si basa sull'ipotesi che durante l'emergenza sanitaria, i nuovi utenti hanno potuto constatare che questo è un servizio utile e decidono di continuare a usufruirne. Si tratta di una fascia di utenza che prima non avrebbe richiesto questo servizio. Altra nuova utenza si aggiungerà poi così come avveniva prima e allo stesso ritmo.

Invece non abbiamo elaborato un ulteriore scenario per coprire una domanda "nascosta", in quanto ipotizziamo che durante l'emergenza sanitaria tale domanda nascosta sia emersa completamente. Per maggiore chiarezza abbiamo illustrato graficamente le ipotesi sullo sviluppo della domanda. I risultati delle stime sono riportati alla tabella 3.6.3.1.2:

Grafico 3.6.3.1.1: Ipotesi sullo sviluppo della domanda del servizio pasti a domicilio

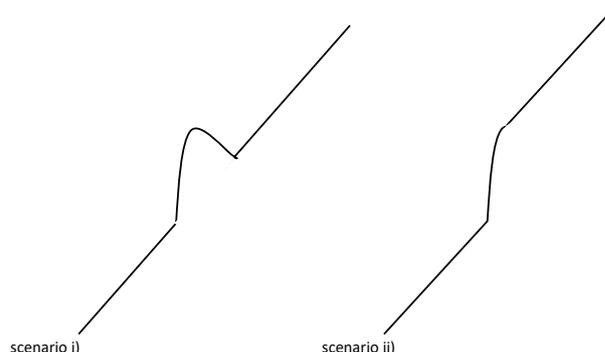


Tabella 3.6.3.1.2: Pasti forniti e stima del fabbisogno futuro, Ticino 2018-2030

	Pasti forniti	Stima fabbisogno futuro		Differenza 2018-2030	
	2018	2025	2030	assoluta	in %
Scen. i) aumento nel 2020 temporaneo	385'915	507'130 - 519'946	581'437 - 604'192	195'522 - 218'277	51% - 57%
Scen. ii) aumento nel 2020 permanente		595'028 - 604'887	705'844 - 729'109	319'929 - 343'194	83% - 89%

Fonte: Progressione demografica UST e dati di Pro Senectute sui pasti forniti nel 2018 e nel 2020

Risulta così un fabbisogno stimato per il 2030, situato tra 580'000 e 730'000 pasti, ciò che corrisponde a un aumento del 51%-89% rispetto ai pasti forniti nel 2018.

La forchetta di questa stima è ampia. Il fabbisogno effettivo dipenderà non solo da quale scenario si dimostrerà più corretto, ma anche da quanto si riuscirà a sostenere ulteriormente il mantenimento a domicilio.

Per quanto riguarda invece le possibilità di aumentare l'offerta di pasti ai ritmi sopra indicati, ci sembra di potere affermare, come dimostrato durante l'emergenza sanitaria 2020, che l'attuale struttura dei fornitori e degli addetti alla distribuzione dei pasti è flessibile e capace di adattarsi rapidamente ad un aumento anche importante della domanda. Pertanto non si prevedono particolari bisogni di modifiche strutturali (dato che si fa riferimento a cucine di strutture già esistenti) né organizzative.

3.6.3.2 Servizi di trasporto

I servizi di trasporto sono riservati a persone a beneficio di una rendita AVS/AI o di persone che a causa di una limitazione fisica, psichica o per una malattia non riescono a spostarsi autonomamente con mezzi privati o pubblici per recarsi presso servizi e strutture socio-sanitarie (come ad esempio per recarsi in studi medici, ospedali, centri diurni, laboratori protetti, farmacie, ecc.).

Il punto di partenza o di arrivo deve necessariamente essere il domicilio dell'utente e il trasporto deve essere richiesto alcuni giorni prima. Non si tratta cioè di un servizio immediato come quello fornito dai taxi.

Gli utenti partecipano ai costi con una tariffa di circa 80 centesimi al chilometro²⁷. I costi residui sono finanziati ai sensi della LACD.

I servizi di trasporto riconosciuti oggi quali servizi di appoggio ai sensi della LACD sono 8:

- ALTAIR;
- Associazione Mendrisiotto Anziani (AMA);
- Rete 2-1 (Pro Infirmis);
- Trasporti CRS, Sezione di Bellinzona;
- Trasporti CRS, Sezione di Locarno;
- Trasporti CRS, Sezione Sottoceneri;
- Servizio trasporto persone bisognose (STPB), Biasca;
- Società Samaritani Bodio-Personico-Pollegio.

Evoluzione 2012-2018

La tabella 3.6.3.2.1 mostra il numero di km percorsi e il personale impiegato dal 2012 al 2018. Il numero di km percorsi dagli enti riconosciuti è quasi raddoppiato nel periodo esaminato, mentre il personale è aumentato del 50% circa. Inoltre tra il 2015 e il 2016 i servizi di trasporto sono stati parzialmente professionalizzati²⁸.

I dati disponibili mostrano che questi servizi non sono utilizzati uniformemente in tutti i comprensori SACD. In particolare nel Bellinzonese, nelle Tre Valli e nel Malcantone e Veduggio i servizi di trasporto percorrono in media molti più chilometri per abitante ultra65enne rispetto a quanto avviene nei comprensori del Locarnese, Mendrisiotto e Basso Ceresio e del Luganese.

Tabella 3.6.3.2.1: Servizi di trasporto: numero di servizi riconosciuti, km percorsi e personale, Ticino 2012-2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Diff. 2012-2018	
								ass.	in %
Servizi riconosciuti	10	10	8*	8	8	8	8	-	-
km percorsi	1'292'306	1'299'708	1'497'542	1'612'922	2'026'010	2'266'682	2'453'694	1'161'388	90%
Personale in unità UTP	19	22	21	25	25	28	30	11	57%

Fonte: dati interni dell'UACD sulla base dei consuntivi dei servizi d'appoggio.

Nota: *Tra il 2013 e il 2014 ci sono state delle fusioni tra servizi che hanno portato a una riduzione del numero di servizi, mantenendo lo stesso livello di offerta.

Bilancio della precedente pianificazione

Per i servizi di trasporto la pianificazione precedente (2016-2020) non aveva formulato una stima quantitativa. Tuttavia era stato fissato l'obiettivo di realizzare un coordinamento cantonale dei servizi di trasporto. Questo intento sarà ripreso nei prossimi anni con l'obiettivo di migliorare le sinergie tra i servizi, verificare le modalità per rispondere in modo coordinato ai bisogni del territorio e uniformare le modalità di accesso alle prestazioni e le buone pratiche.

²⁷ Per corse singole e corse con raggio di percorrenza sotto i 10 chilometri viene fatturata una tariffa leggermente più alta.

²⁸ Laddove necessario al fine di rispettare le indicazioni della Sezione della circolazione, autisti professionisti hanno sostituito i volontari.

Stima del fabbisogno futuro

Il fabbisogno 2030 è stato stimato proiettando i km percorsi nel 2018 secondo le seguenti ipotesi:

- **Aumento minimo** annuale pari all'aumento annuale della popolazione ultra65enne (ossia il 2.4% annuo dal 2018 al 2030 stando agli scenari UST 2015);
- **Aumento massimo** annuale pari all'aumento annuo medio osservato tra il 2016²⁹ e il 2018 (+6.3% annuo), senza i Comprensori con gli aumenti più "estremi". Il tasso di aumento annuo del 6.3% corrisponde all'aumento medio annuo osservato senza il comprensorio di Bellinzona che ha avuto la crescita maggiore (aumento annuo del 27%) e senza il Luganese che ha registrato una diminuzione dei km percorsi.

Abbiamo considerato queste ipotesi poiché i servizi di trasporto svolgono un ruolo importante per garantire il mantenimento a domicilio, permettendo da una parte di recarsi nei servizi e nelle strutture socio-sanitarie e dall'altra di continuare la vita sociale impedendo condizioni di isolamento. Inoltre, poiché verosimilmente i servizi sono maggiormente usati dalle persone della quarta età, è corretto tenere conto di un aumento superiore a quello della popolazione ultra65enne (gli ultra80enni aumenteranno a ritmi molto superiori rispetto agli ultra65enni).

Il risultato della stima è riportato alla tabella seguente.

Tabella 3.6.3.2.2: Stima del fabbisogno futuro per i servizi di trasporto espresso in km percorsi, 2025, 2030.

	km percorsi	Stima fabbisogno futuro		Differenza 2018-2030	
	2018	2025	2030	assoluta	in %
Ticino	2'453'694	2'897'688 - 3'769'713	3'263'212 - 5'122'876	809'518 - 2'669'182	33% - 109%

Fonte: Progressione demografica UST e aumento dei km 2016-2018 secondo i consuntivi

Risulta così un fabbisogno stimato per il 2030 di circa 2.9-3.8 milioni di chilometri nel 2025 e 3.3-5.1 milioni di chilometri nel 2030.

La forchetta di questa stima è piuttosto ampia, ciò che appare adeguato in quanto tiene conto del fatto che il fabbisogno di servizi di trasporto dipenderà fortemente dallo sviluppo di altre prestazioni che favoriscono il mantenimento a domicilio e che – per facilitare la partecipazione a detti servizi e prestazioni – richiederanno di disporre di trasporti.

²⁹ Anno in cui il servizio è stato consolidato.

3.6.3.3 Servizio per le dipendenze (Ingrado)

Descrizione dell'offerta ed evoluzione dal 2012 al 2018

Ingrado offre varie tipologie di presa in carico per le persone affette da dipendenze e per i loro familiari (varie tipologie di dipendenze: alcool, sostanze, medicinali e le nuove forme come internet, videogames, ecc.), le quali sono sussidiate tramite tre leggi diverse: la LACD, la Legge cantonale per l'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI) e la Legge d'applicazione della legge federale sugli stupefacenti (LST). I consultori di alcologia e il progetto di sostegno abitativo³⁰ sono finanziati ai sensi della LACD in quanto si tratta di servizi ambulatoriali che offrono prestazioni multidisciplinari di sostegno sociale, psicologico o psichiatrico a persone con problemi di alcol e ai loro familiari. La finalità dell'intervento è la risoluzione della problematica alcolica il recupero del benessere psicologico, fisico, sociale e del reinserimento socio-professionale.

La tabella seguente evidenzia lo sviluppo degli utenti dei consultori di Ingrado tra il 2012 e il 2018. Si può notare una leggera diminuzione del numero di utenti, la cui ragione non è chiaramente identificabile con le informazioni attuali. Tuttavia si riscontra un aumento della complessità della casistica, riconducibile a un cambiamento nel consumo di sostanze psicoattive legali e illegali negli ultimi anni. In passato si verificava soprattutto il consumo legato a una singola sostanza, mentre ora ci si confronta maggiormente con utenza che fa uso di sostanze miste. Parallelamente, grazie al miglioramento della presa in carico sanitaria, la speranza di vita delle persone con dipendenze è aumentato negli ultimi anni. Queste tendenze delle persone affette da dipendenza e il crescente fenomeno dell'isolamento sociale, tendono a cronicizzare la condizione, rilevando la necessità di interventi multidisciplinari per affrontare nel miglior modo le problematiche.

Tabella 3.6.3.5: Evoluzione dei consultori di Ingrado, 2012-2018

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Diff. 2012-2018	
								ass.	in %
Numero di utenti	1'361	1'379	1'364	1'328	1'302	1'301	1'288	-73	-5%
Personale in unità UTP	12	12	13	12	12	15	18	5	43%

Fonte: dati interni dell'UACD sulla base dei consuntivi dei servizi d'appoggio.

Stima del fabbisogno futuro

Il fabbisogno futuro è stato stimato in base all'ipotesi seguente:

- Anche se il numero di utenti è leggermente diminuito, i casi sono più complessi e non disponiamo di indicazioni chiare che possano far supporre che questa tendenza si confermerà in futuro. Quindi si stima semplicemente che il numero di utenti aumenterà in relazione alla crescita della popolazione (circa lo 0.7% l'anno tra il 2018 e il 2030).

La tabella seguente riporta i risultati delle stime:

Tabella 3.6.3.6: Stima del fabbisogno futuro di utenti di servizi per alcolisti, 2025, 2030.

	Utenti	Stima fabbisogno futuro		Differenza 2018-2030	
		2025	2030	assoluta	in %
Ticino	1'288	1'357	1'409	121	9%

Fonte: Progressione demografia USTAT applicati agli utenti 2018 secondo i consuntivi

Dall'ipotesi sopraesposta emerge che nel 2030 il fabbisogno sarà di circa 1'400 utenti.

³⁰ L'obiettivo di questo progetto è di sviluppare e sostenere positivamente l'ambiente di vita degli utenti e di fornire un continuum nella presa a carico, che quindi non si esaurisce nello spazio del servizio di Ingrado (continuità delle cure).

3.6.3.4 Servizi di accompagnamento per persone affette da malattie croniche e degenerative o con disabilità

I servizi di accompagnamento per persone affette da malattie croniche e degenerative erano nati per offrire consulenza ai malati oncologici. Nel corso degli anni, grazie in particolare alla strategia cantonale palliative care, i servizi si sono poi diversificati e oggi offrono consulenza specialistica e accompagnamento non solo nell'ambito delle cure palliative ma anche ai malati di SLA, Parkinsons ecc. I servizi offrono inoltre sostegno ai malati e ai loro familiari, invece non offrono prestazioni di cura.

Essi sono finanziati ai sensi della LACD quali servizi di appoggio. Le prestazioni sono offerte dai seguenti enti:

- Fondazione Hospice Ticino
- Associazione Triangolo
- Lega ticinese contro il cancro

Rientrano in questa categoria anche i servizi per persone con disabilità. Si tratta di alcune delle prestazioni offerte da Pro Infirmis e finanziate ai sensi della LACD e cioè : servizio di appoggio ai familiari curanti, fine settimana Libellula dove le persone con disabilità sono accolte per sgravare i familiari curanti e il servizio di volontariato e consulenza per audiolesi.

Evoluzione tra il 2012 e il 2018

Alla tabella 3.6.3.4.1 sono elencati i costi totali di gestione di questi servizi e il contributo riconosciuto totale. Dal 2012 al 2018 i costi totali di gestione sono aumentati da CHF 3.1 milioni a 4.6 (+50%) e il contributo a carico dell'ente pubblico da CHF 2.4 milioni a 3.4 milioni (+42%).

Per tutti e quattro i servizi i costi totali di gestione sono aumentati, in particolare per la Pro Infirmis. Contemporaneamente anche i contributi fissi sono aumentati per tutti, tranne che per la Lega ticinese contro il cancro, che riceve unicamente un contributo annuo forfettario di CHF 60'000 per il coordinamento del volontariato.

Questi importanti aumenti si spiegano da una parte, con lo sviluppo qualitativo di questi servizi, avvenuto tramite la formazione del personale, che incide sui costi totali e, d'altra parte, con il sensibile aumento delle prestazioni di Pro Infirmis a favore dei servizi di sgravio per i familiari curanti così come delle iniziative nazionali e internazionali volte a includere gli invalidi nella società.

Il trend di aumento potrebbe continuare in futuro in ragione di un nuovo miglioramento qualitativo dei servizi. Inoltre qualora le cure palliative domiciliari fossero attribuite a un nuovo servizio di accompagnamento, esso verrebbe ad aggiungersi a quelli elencati.

Del contributo fisso di CHF 3.45 milioni quasi la metà (il 46%) è servito a finanziare la Fondazione Hospice, un terzo circa (35%) le attività citate di Pro Infirmis, un sesto (17%) l'Associazione Triangolo e il 2% la Lega ticinese contro il cancro.

Nel 2018 la Fondazione Hospice ha sostenuto 460 utenti e l'Associazione Triangolo 208.

Tabella 3.6.3.4.1: Costi di gestione e finanziamento dei servizi di accompagnamento per persone affette da malattie croniche e degenerative o con disabilità, Ticino 2012-2018 (CHF)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Diff. 2012-2018	
								ass.	in %
Costi totale di gestione	3'061'932	3'103'509	4'019'683	4'099'814	4'278'369	4'367'259	4'590'535	1'528'603	50%
Ricavi totali	492'916	545'183	928'844	868'564	814'082	914'091	894'110	401'194	81%
Contributo fisso	2'437'461	2'539'292	2'839'991	2'914'170	3'045'927	3'278'598	3'450'481	1'013'020	42%
Cantone	487'492	507'858	567'998	582'834	609'185	655'720	690'096	202'604	42%
Comuni	1'949'969	2'031'433	2'271'993	2'331'336	2'436'741	2'622'878	2'760'385	810'416	42%

Fonte: dati interni UACD - Consuntivi dei servizi d'appoggio.

Stima del fabbisogno futuro

Per i tre enti Fondazione Hospice, Associazione Triangolo e Pro Infirmis il fabbisogno futuro si stima sulla base delle ipotesi seguenti:

- **Aumento minimo:** Il numero di utenti di Fondazione Hospice e Associazione Triangolo aumenterà allo stesso ritmo della crescita attesa per la popolazione generale dal 2018 al 2030 (0.7% di aumento annuo).
- **Aumento massimo:** Considerato che gli sviluppi qualitativi osservati in passato potrebbero continuare in futuro, a dipendenza in particolare delle piste sviluppate nell'ambito della Strategia cantonale per le cure palliative³¹, si ipotizza che l'aumento futuro potrà corrispondere al massimo al tasso di crescita osservato dal 2012 al 2018 (+6.0% circa all'anno). Estendiamo questa ipotesi alla Pro Infirmis, in quanto lo sgravio dei famigliari curanti e il sostegno alle politiche di inclusione sociale dovranno essere ampliati in futuro per favorire il mantenimento a domicilio con una buona qualità di vita delle persone con disabilità³².

Per la Lega ticinese contro il cancro, non si prevedono invece aumenti del contributo, in quanto si tratta di un contributo forfettario per il coordinamento del volontariato.

I risultati della stima sono riportati alla tabella seguente:

Tabella 3.6.3.8: Stima del fabbisogno futuro per i servizi di accompagnamento per persone affette da malattie croniche e degenerative o con disabilità, Ticino 2018-2030

	Stima fabbisogno futuro			Differenza 2018-2030	
	2018	2025	2030	assoluta	in %
Utenti F. Hospice	460	485 - 690	503 - 921	43 - 461	9% - 100%
Utenti Ass. Triangolo	208	219 - 312	228 - 417	20 - 209	9% - 100%
Contributo fisso Pro Infirmis	1'203'000	1'267'579 - 1'804'094	1'315'819 - 2'409'734	112'819 - 1'206'734	9% - 100%
Contributo fisso Lega Cancro	60'000	60'000	60'000	0	0%

Fonte: Progressione demografica USTAT applicata agli utenti dei servizi (Fondazione Hospice, Associazione Triangolo) e per analogia al contributo di Pro Infirmis.

Le ipotesi sopra esposte conducono a stimare in 731–1'338 gli utenti totali del 2030 (+63/+670 rispetto alla situazione 2018) della Fondazione Hospice e dell'Associazione Triangolo, e a un contributo fisso di Pro Infirmis di CHF 1.31 – 2.41 milioni. Come detto nessuna variazione per la Lega ticinese contro il cancro.

L'ampia forchetta dei risultati di questa stima è dovuta da una parte alle incertezze su come saranno implementate le cure palliative ambulatoriali, e dall'altra all'impossibilità di prevedere se i servizi di sgravio per i familiari curanti continueranno ad aumentare allo stesso ritmo degli ultimi anni.

³¹ Si è già proceduto a sostenere la formazione specialistica in cure palliative e altre attività mirate al miglioramento qualitativo della consulenza. In futuro le cure palliative domiciliari potrebbero essere erogate da un nuovo servizio di accompagnamento.

³² L'ipotesi di aumento massimo formulata sembra sufficientemente ampia per soddisfare il fabbisogno oggi non coperto segnalato da Pro Infirmis, per i week end Libellula.

3.6.3.5 Altri servizi di sostegno finanziati ai sensi della LACD

In questa categoria rientrano tutti i servizi finanziati ai sensi della LACD non menzionati in precedenza ossia:

- Servizi di socializzazione (attività ricreative gestite da Generazione Più e ATTE);
- Servizi di sostegno (servizio tiflogico UNITAS, caffè Alzheimer, campi di vacanze, servizio promozione qualità di vita, ecc.);
- Servizio di podologia di Pro Senectute.

Situazione 2018

Nel 2018 i costi totali di gestione per questi servizi ammontavano a circa CHF 9 milioni. La maggior parte dei costi (il 56%) sono imputabili ai servizi di socializzazione, il 40% ai servizi di sostegno e il 5% circa al servizio di podologia. Il contributo totale erogato nell'anno 2018 è stato di CHF 1.15 milioni.

Tabella 3.6.3.5.1: Costi totali di gestione e contributo fisso per gli altri servizi di sostegno LACD, 2018

	Costi totali di gestione	Contributo fisso
Servizi di socializzazione	4'942'557	441'200
Servizi di sostegno	3'593'698	418'600
Servizi di podologia	504'226	294'860
Totale	9'040'481	1'154'660

Fonte: dati interni UACD - Consuntivi dei servizi d'appoggio.

Nota: i costi totali di gestione dei servizi di socializzazione concernono anche attività svolte dall'ATTE che non sono finanziate ai sensi della LACD, come p. es. la loro rivista o l'Università della terza età.

Stima del fabbisogno futuro

Si stima che il fabbisogno futuro per gli altri servizi ai sensi della LACD crescerà proporzionalmente all'aumento della popolazione sopra i 65 anni, alla quale questi servizi si rivolgono maggiormente. L'aumento degli ultra65enni avverrà a un ritmo del 2.4% annuo circa dal 2018 al 2030.

La tabella 3.6.3.5.2 riporta la stima del fabbisogno futuro:

Tabella 3.6.3.5.2: Stima del contributo fisso futuro per gli altri servizi di sostegno LACD, Ticino 2018-2030

	contributi fissi	Stima fabbisogno futuro		Differenza 2018-2030	
	2018	2025	2030	assoluta	in %
Ticino	1'154'660	1'363'595	1'535'603	380'943	33%

Fonte: Progressione demografia USTAT applicata ai contributi fissi secondo i consuntivi.

L'ipotesi sopra indicata conduce a una stima del contributo fisso per gli altri servizi di sostegno riconosciuti ai sensi della LACD pari a 1.535 milioni nel 2030.

3.6.4 Aiuti diretti per il mantenimento a domicilio

L'aiuto diretto previsto dalla LACD è un contributo versato direttamente al beneficiario per sostenere finanziariamente la scelta di restare a domicilio di persone anziane o invalide a beneficio di un Assegno per grande invalidi (AGI)³³. Il contributo è commisurato alla situazione finanziaria del richiedente e rappresenta una prestazione sussidiaria rispetto alle altre concesse per il medesimo scopo, quali ad esempio l'AGI o i rimborsi per spese di cura e assistenza delle Prestazioni complementari (PC)³⁴. Dal 2013, analogamente alle altre prestazioni regolate dalla LACD, i Comuni si assumono i quattro quinti dei costi e un quinto è a carico del Cantone.

Evoluzione degli aiuti diretti tra il 2012 e il 2019

La tabella 3.6.4.1 mostra l'evoluzione del numero di beneficiari e del contributo complessivo in milioni di franchi per classi di età. Il numero di beneficiari è aumentato del 74% e i sussidi versati del 49% (da CHF 6.1 milioni a 9.2 milioni nel 2019). Il contributo medio per beneficiario è di conseguenza diminuito (da una media di circa CHF 10'700 nel 2012 a circa CHF 9'160 nel 2019).

Il motivo principale dell'aumento di beneficiari risiede verosimilmente nella maggiore conoscenza degli aiuti diretti tra la popolazione. Inoltre per gli anziani, è stato introdotto dal 2011 l'AGI di grado esiguo (in aggiunta ai gradi medio ed elevato), ampliando la popolazione di potenziali beneficiari. Ciò potrebbe anche spiegare in parte la diminuzione del sussidio medio, in quanto gli importi riconosciuti per i beneficiari con AGI di grado esiguo sono inferiori a quelli per persone con AGI di grado medio o elevato.

Infine, nel 2016 è diminuita la percentuale di riconoscimento stabilita dall'UACD, ciò che ha diminuito il contributo medio per beneficiario³⁵.

L'aumento dei beneficiari è stato più marcato tra le persone in età AVS che tra quelle in AI, viceversa il contributo medio è aumentato di più tra le persone in AI.

Tabella 3.6.4.1: Aiuti diretti: beneficiari e spesa totale per classe di età (mio CHF), Ticino 2012-2019

	Beneficiari									Sussidi										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Differenza 2012-2019 assoluta	%	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Differenza 2012-2019 assoluta	%
<65	135	150	165	175	191	198	193	211	76	56%	0.91	1.00	1.15	1.50	1.32	1.35	1.43	1.54	0.63	69%
65-79	123	135	159	186	199	189	211	225	102	83%	1.39	1.40	1.65	1.96	1.86	1.74	1.82	1.96	0.57	41%
80-84	86	99	122	142	142	154	145	155	69	80%	1.10	1.27	1.49	1.76	1.60	1.58	1.40	1.45	0.36	33%
85-89	118	120	136	153	177	160	181	198	80	68%	1.33	1.36	1.52	1.84	1.75	1.75	1.97	2.01	0.68	51%
90+	112	132	147	153	167	180	191	212	100	89%	1.41	1.45	1.59	1.85	1.93	1.84	2.00	2.21	0.80	56%
Totale	574	636	729	809	876	881	921	1001	427	74%	6.14	6.47	7.39	8.90	8.46	8.27	8.62	9.17	3.03	49%

Fonte: Dati interni UACD

³³ Nel 2019 in Ticino circa 1'660 persone con rendita AVS vivevano a domicilio ed erano a beneficio di AGI e PC. Tra le persone con rendita AI questo numero corrispondeva a circa 850. Queste persone possono essere considerate indicativamente come i potenziali richiedenti di aiuti diretti, anche se alcuni di loro avranno dei rimborsi PC sufficientemente elevati per non essere più eleggibili per gli AD. Paragonando questi dati con il numero di beneficiari attuali, si deduce un numero massimo di beneficiari potenziali di AD che non beneficiano del sussidio di circa 870 persone in età AVS e di circa 640 in età AI. Come detto verosimilmente non tutte hanno diritto all'AD.

³⁴ Il calcolo del contributo si effettua nel seguente modo: al fabbisogno finanziario (stabilito dalla tabella di calcolo della PC) si aggiunge lo stipendio minimo di un aiuto domestico (la percentuale dello stipendio viene rapportata al grado dell'AGI). Da questa somma vengono poi sottratti tutti i redditi, le PC versate e l'AGI, come pure eventuali altre entrate concesse per il medesimo scopo. La spesa finale deve poi essere moltiplicata per la percentuale di riconoscimento stabilita annualmente dall'UACD, che secondo la LACD può essere al massimo del 75%.

³⁵ Dal 2015 al 2016 si è passati da una percentuale dal 69.55 al 62.8. Nel 2018 è poi aumentata al 63% e nel 2019 al 63.7%.

Tabella 3.6.4.2: Aiuti diretti: Percentuale sussidiabile e sussidio medio per beneficiario (CHF), Ticino 2012-2019

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Diff. ass. 12-19	Diff. % 12-19
Percentuale sussidiabile	69.35%	69.55%	69.55%	69.55%	62.80%	62.80%	63.00%	63.70%	-5.65 p.p.	-8.2%
Sussidio medio / beneficiario	10'701	10'177	10'141	11'007	9'653	9'388	9'358	9'159	-1'343	-14%

Fonte: Dati interni UACD

Bilancio della pianificazione precedente

La pianificazione precedente (2017-2020) prevedeva un aumento del numero di beneficiari a 1'050 nel 2019 con contributi totali di circa i CHF 10.7 milioni. La stima si basava sull'aumento degli utenti e della spesa complessiva osservati negli anni precedenti.

Il numero di utenti nel 2019 è stato del 5% inferiore rispetto a quanto previsto, e la spesa complessiva è stata del 17% inferiore. Quindi nel decennio appena trascorso si è prodotto un aumento più contenuto rispetto a quello previsto o, in altre parole, un rallentamento della crescita di beneficiari e della spesa.

Stima del fabbisogno futuro:

La stima del fabbisogno futuro è stata allestita sulla base delle seguenti ipotesi:

- Il numero di beneficiari crescerà proporzionalmente alla popolazione (delle varie fasce di età) secondo gli scenari UST di riferimento e basso.

Utilizziamo qui, come ipotesi di evoluzione e contrariamente a quanto fatto nella precedente pianificazione, gli scenari demografici poiché essi appaiono più stabili che i dati degli anni precedenti sull'evoluzione degli aiuti diretti (i quali presentano talvolta brusche variazioni).

La tabella 3.6.4.3 riporta la stima del fabbisogno futuro:

Tabella 3.6.4.3: Beneficiari di aiuti diretti attuali e futuri stimati, per classi di età, Ticino 2019-2030.

	2019	2025				2030			
		Stima		Diff in %		Stima		Diff in %	
		limite inf.	limite sup.	limite inf.	limite sup.	limite inf.	limite sup.	limite inf.	limite sup.
under 65	211	210	215	-1%	2%	209	218	-1%	3%
65-79	225	248	251	10%	11%	269	274	20%	22%
80-84	155	180	182	16%	18%	205	209	32%	35%
85-89	198	250	253	26%	28%	303	311	53%	57%
over 90	212	286	292	35%	38%	367	381	73%	80%
Totale	1001	1174	1193	17%	19%	1353	1393	35%	39%

Fonte: Progressione demografica UST applicata ai beneficiari 2018 (dati UACD).

Le ipotesi sopra indicate conducono a stimare un aumento del numero di utenti compreso tra il 17% e il 19% entro il 2025 e tra il 35% e il 39% entro il 2030.

3.6.5 Conclusione settore servizi d'appoggio e mantenimento a domicilio

I SAPP descritti in questo capitolo si differenziano molto uno dall'altro, sia per le prestazioni erogate concretamente (che vanno per esempio dal servizio di trasporto ai pasti a domicilio fino ai servizi di sostegno per patologie specifiche) sia nella loro organizzazione (ad esempio alcuni servizi sono forniti da più enti e altri sono erogati da uno solo). Tutti i SAPP e gli aiuti diretti hanno però la stessa missione: favorire la permanenza a domicilio.

Di conseguenza, data la loro diversità, per stimare il fabbisogno 2030 non è stato possibile basarsi sulle stesse ipotesi per tutti i servizi, ma sono state necessarie riflessioni specifiche per ognuno di essi. Tutte le stime si sono basate sullo sviluppo atteso della popolazione e il livello attuale di presa in carico, a cui si sono aggiunte ipotesi sul possibile fabbisogno ancora scoperto.

La tabella 3.6.5.1 riporta il fabbisogno stimato per tutte le prestazioni. L'aumento minimo previsto è del 9% per il servizio per le dipendenze e per i servizi di accompagnamento per le persone affette da malattie croniche e degenerative o con disabilità. Per alcuni SAPP, è stata stimata una forchetta del fabbisogno futuro abbastanza ampia, con stime massime che possono arrivare al raddoppio delle prestazioni erogate oggi (CDT, pasti a domicilio, servizio di trasporto e servizi di accompagnamento per le persone affette da malattie croniche e degenerative o con disabilità) o ancora più elevate (CDSA). Queste ampie forchette di stima sono legate alle incertezze sullo sviluppo futuro di questi servizi.

Infatti sebbene i SAPP siano una prestazione fondamentale per il mantenimento a domicilio nonché uno degli obiettivi scelti per la presente Pianificazione, lo sviluppo quantitativo dei SAPP dipenderà da quanto sarà possibile sostenere, ancora più fortemente di oggi, questo tipo di presa in carico.

Inoltre lo sviluppo dei SAPP e degli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio dipenderà anche dalle altre strategie che saranno scelte per il Ticino, come per esempio la strategia cantonale contro le demenze oppure la strategia cantonale per le cure palliative.

Questi aspetti saranno approfonditi nel bilancio intermedio della pianificazione anziani, previsto nel 2025. Per questo bilancio si prevede di usare il nuovo modello Obsan (che include e integra tutti i tipi di servizi destinati alla popolazione anziana) e di focalizzarsi soprattutto sui servizi SAPP in modo da ridurre le ampie forchette dei risultati.

Tabella 3.6.5.1: Riassunto SAPP e aiuti diretti: dotazione 2018 e fabbisogno 2030

Servizio / Prestazione	Unità	Dotazione 2018	Stima 2030		Diff. 2018 - 2030 (in %)			
			lim. inf	-	lim. sup	lim. inf	-	lim. sup
CDT	Capacità ricettiva (giorni)	38'812*	49'637	-	76'062	28%	-	96%*
CDSA	Partecipazioni	68'575	100'163	-	186'805	37%	-	155%**
Servizio pasti a domicilio	Pasti forniti	385'915	581'437	-	729'109	51%	-	89%
Servizi di trasporto	Km percorsi	2'453'694	3'263'212	-	5'122'876	33%	-	109%
Servizi per le dipendenze	Utenti	1'288			1'409			9%
Servizi di sostegno per le persone affette da malattie croniche e degenerative e per le persone con disabilità								
Fondazione Hospice	Utenti	460	503	-	921	9%	-	100%
Associazione Triangolo	Utenti	208	228	-	417	9%	-	100%
Pro Infirmis	Contributo fisso (CHF)	1'203'000	1'315'819	-	2'409'734	9%	-	100%
Lega ticinese contro il cancro	Contributo forfettario (CHF)	60'000			60'000			0%
Altri servizi riconosciuti dalla LACD	Contributo fisso (CHF)	1'154'660			1'535'603			33%
Aiuti diretti per il mantenimento a domicilio	Beneficiari	1001*	1'353	-	1'393	35%	-	39%

* Per i CDT è indicata la differenza tra la dotazione 2020 (e non 2018) e il fabbisogno stimato per il 2030.

** Per i CDSA la tabella mostra la differenza tra le partecipazioni nel 2018 e quelle stimate al 2030 (le partecipazioni del 2020 non essendo ancora disponibili). Ma nel capitolo 3.6.2 è stata calcolata la differenza tra i centri esistenti nel 2020 e il numero stimato per il 2030, in modo da discutere come coprire il fabbisogno 2030.

*** Per gli aiuti diretti si considera la differenza tra i beneficiari 2019 e il fabbisogno stimato per il 2030.

4 Previsione dei contributi 2030 a carico dell'ente pubblico

In questo capitolo forniremo una stima complessiva del costo atteso per l'ente pubblico, che sarà necessario per finanziare i fabbisogni di cure stimati al capitolo 3. In questo modo si disporrà anche di una visione complessiva del settore di presa a carico degli anziani che, come abbiamo visto, si compone di una moltitudine di servizi diversi che non possono essere facilmente riassunti in una visione unitaria. Prima di introdurre la stima della spesa futura esaminiamo la situazione nel 2018, riassunta alla tabella 4.1.1.

4.1 Costi totali di gestione e costi a carico dell'ente pubblico nel 2018

Ribadiamo che ciò che ci prefiggiamo qui, è illustrare la parte della spesa a carico dell'ente pubblico sotto forma di finanziamento ai servizi, senza definire la spesa a carico degli assicuratori malattie né quella sostenuta dai cittadini o da altri.

I costi totali di gestione indicati in tabella, comprendono l'insieme dei costi (nella misura in cui sono conosciuti dall'ente pubblico). In particolare per gli aiuti diretti nei costi di gestione è indicato solo il sussidio versato alle persone.

I costi di gestione non sono interamente finanziati, in particolare:

Per le case anziani private con finanziamento solo per la spesa residua LAMal, sono finanziate solo le cure LAMal (ma non il settore alberghiero né eventuali altri costi);

Per gli Spitex privati e per gli infermieri indipendenti sono finanziati solo i costi per la cura LAMal e solo per i servizi che hanno stipulato un contratto di prestazione con lo Stato;

Tabella 4.1.1: Costi e ricavi totali, contributi dell'ente pubblico per il settore anziani, Ticino 2018

	Costi totali di gestione		Ricavi totali**	Contributo dell'ente pubblico	
	mio. CHF	%		mio. CHF	%
Settore Case per anziani (Lanz e LAMal)	466.6	74%	308.2	138.7	67%
RAMI*	14.7	2%	5.7	8.4	4%
Settore Cure a domicilio	99.9	16%	63.2	33.8	16%
Servizi d'appoggio + aiuti diretti	48.8	8%	20.3	27.5	13%
Totale	629.9	100%	397.4	208.5	100%

Fonte: Consuntivi dei servizi

* Per i RAMI sono stati utilizzati come costi totali di gestione i costi massimi riconosciuti dal Cantone

** Ricavi dalla retta, dagli assicuratori, da fondazioni, ecc. Nelle case anziani sono inclusi gli appartamenti protetti UACD.

*** La differenza esistente tra la somma dei ricavi più il contributo dell'ente pubblico è dovuta alla prassi contabile (correzioni di importi eseguite nell'anno successivo).

I costi di gestione riconosciuti dall'ente pubblico nel 2018 ammontavano complessivamente a CHF 630 milioni, i tre quarti dei quali riguardano le case anziani, il 16% per cure e aiuto a domicilio, il 5.5% per servizi di appoggio, il 2.5% per aiuti diretti per il mantenimento a domicilio e il 2% per le cure nei reparti RAMI.

Di questi quasi 209 milioni (1/3 circa della spesa totale) erano a carico dell'ente pubblico. Il resto dei costi è stato finanziato tramite i ricavi dagli assicuratori, le rette e le prestazioni pagate dagli utenti e altre fonti (associazioni, fondazioni, ecc.).

La maggior parte del contributo dell'ente pubblico (67%) era destinata alle CPA. Si nota che la percentuale del finanziamento destinata alle CPA (67%) è inferiore rispetto alla percentuale che le CPA rappresentano nei costi totali (74%). Ciò si spiega tra l'altro con il fatto che alcune CPA private sono finanziata solo per la cura LAMal residua, mentre le altre CPA sono finanziate per tutta la gestione (in altre parole, i costi totali finanziati sono inferiori ai CHF 466.6 milioni riportati in tabella). Il Settore della cura e aiuto a domicilio riceve il 16% dei finanziamenti per i suoi 16% di costi. I ricevono il 4% dei finanziamenti (e i loro costi ammontano al 2%).

Il terzo settore (servizi di appoggio e aiuti diretti) riceve una quota del finanziamento da parte dell'ente pubblico (13%) più elevata rispetto alla quota che questo settore rappresenta nei costi totali di gestione approvati (8%). Ciò succede proprio perché esistono solo poche fonti alternative di finanziamento per questi servizi.

Esamineremo ora l'evoluzione attesa del finanziamento pubblico.

4.2 Stima del contributo annuale ricorrente a carico dell'ente pubblico nel 2030

4.2.1 Influsso del volume di prestazioni e dell'inflazione

Di seguito introduciamo una prima stima dei costi a carico dell'ente pubblico nel 2030, che considera unicamente i due fattori seguenti: volume di prestazioni futuro (fabbisogno) e inflazione. Gli altri elementi della valutazione saranno aggiunti nei prossimi paragrafi, in modo da disporre di una valutazione la più completa possibile dei (possibili) futuri costi a carico dell'ente pubblico.

Questa prima stima della spesa a carico dell'ente pubblico si basa sulle seguenti ipotesi:

- Prestazioni erogate nel 2030 come calcolato nelle stime del fabbisogno del capitolo 3 (minimo e massimo);
- Nessuna modifica dei meccanismi di finanziamenti tra il 2018 e il 2030;
- Evoluzione del finanziamento unitario per tipo di prestazione (2018) fino al 2030 secondo l'indice dei prezzi al consumo (per il quale l'Amministrazione federale delle finanze prevede un aumento molto contenuto).

I risultati della stima sono riportati alla tabella 4.2.1.1.

Secondo questa prima valutazione, ancora incompleta, il contributo complessivo a carico dell'ente pubblico stimato per il 2030 è compreso tra i CHF 308.9 e i CHF 351.6 milioni, pari al 48% rispettivamente 68% in più rispetto ai CHF 209 milioni spesi da Comuni e Cantone per il finanziamento dei medesimi servizi nel 2018.

La voce di spesa maggiore resta, secondo la stima, quella delle **case per anziani**, in particolare per il lungo soggiorno. Il costo previsto al 2030, è calcolato ipotizzando che tutti i posti-letto inclusi nel fabbisogno stimato siano realizzati entro il 2030 (+2'000/+2'380 posti letto circa rispetto alla situazione del 2020) e che la proporzione tra posti letto finanziati per i costi relativi all'intera gestione e posti letto finanziati per i soli costi residui LAMal resti immutata.

Secondo queste ipotesi per le case anziani si prevede una spesa di circa CHF 205-216 milioni nel 2030, pari a un aumento del 47%-56% rispetto alla spesa 2018.

Per i **Reperti acuti a minore intensità (RAMI)** si prevede poco meno del raddoppio dei contributi dell'ente pubblico entro il 2030 (rispettivamente +91% o +98%) rispetto al 2018, anno di inizio di questo tipo di presa a carico. Anche per i RAMI i contributi 2030 stimati considerano uno sviluppo completo del settore secondo il fabbisogno stimato (posti letto e tasso di occupazione) e un'evoluzione contenuta del prezzo unitario.

Per il settore **cure e assistenza a domicilio, lo scenario minimo** prevede (per le cure, l'aiuto domestico e il servizio ICMP complessivamente) una spesa di CHF 48 milioni all'anno a carico dell'ente pubblico, ossia il 43% in più rispetto alla spesa sostenuta nel 2018. Ricordiamo che lo scenario minimo si basa sull'ipotesi che la forte crescita (a pari popolazione) del consumo di ore di cura LAMal, al quale si è assistito dal 2011 al 2018, cessi completamente dal 2019.

Tabella 4.2.1.1: PRIMA PARTE della stima del contributo annuale dell'ente pubblico per il settore anziani, Ticino 2030

Prestazione	Contributi / Prezzi unitari riconosciuti			Fabbisogno stimato 2030			Contributo stimato dell'ente pubblico 2030 (CHF/anno)	
	2018	2030*	Unità	Limite inferiore	Limite superiore	Unità	Limite inferiore	Limite superiore
Totale							308'860'640	- 351'646'640
Case per anziani							204'574'000	- 216'276'000
Soggiorno lunga durata	29'830	29'950	CHF per letto per anno, tx di occupaz. 98%**	6'340	- 6'700	Posti letto	189'883'000	- 200'665'000
Soggiorno temporanei	32'190	32'320	CHF per letto per anno, tx di occupaz. 98%	82	- 86	Posti letto	2'650'000	- 2'780'000
CAT / STT	220	221	CHF per giornata di cura, tx di occupaz. 98%	119	- 129	Posti letto	9'402'000	- 10'192'000
Reperti di cure palliative	200	201	CHF per giornata di cura, tx di occupaz. 90%	40		Posti letto	2'639'000	
RAMI (reparti acuti minore intensità)	-	310	CHF per giornata di cura, tx di occupaz. 98%***	145	- 150	Posti letto	16'079'000	- 16'633'000
Settore cure e assistenza a domicilio							48'256'000	- 63'778'000
Cura e assistenza - SACDip	41.0	41.2	CHF per ora erogata**	818'800	- 1'119'400	Ore di cura LAMal	33'563'000	- 46'068'000
Cura e assistenza - OACD	5.2	5.2	CHF per ora erogata**	645'000	- 880'000	Ore di cura LAMal	3'354'000	- 4'594'000
Cura e assistenza - Inf Ind.	24.5	24.6	CHF per ora erogata**	175'500	- 239'400	Ore di cura LAMal	4'305'000	- 5'896'000
Economia domestica - SACDip	27.2	27.3	CHF per ora erogata**	206'300	- 213'100	Ore di econ. domestica	5'634'000	- 5'820'000
ICMP	...	...	CHF contributo fisso annuale****	1		Contributo fisso totale	1'400'000	
Servizi d'appoggio e aiuti diretti per il mantenimento a domicilio							39'951'640	- 54'959'640
CDT	118.9	119.3	CHF per giornata di presa in carico**	49'600	- 76'100	Giornate di presa in carico	5'919'000	- 9'081'000
CDSA	74.0	74.3	CHF per partecipazione*****	100'200	- 186'800	Partecipazioni	7'444'000	- 13'878'000
Servizio pasti a domicilio	4.7	4.7	CHF per pasto fornito	581'400	- 729'100	Pasti	2'738'000	- 3'433'000
Servizi di trasporto	1.3	1.3	CHF per km percorso	3'263'200	- 5'122'900	Km	4'128'000	- 6'481'000
Servizi per le dipendenze	1000.0	1'007.0	CHF per utente per anno	1'409		Utenti	1'419'000	
Servizi di accompagnamento per i pazienti di malattie cronico-degenerative e per persone invalide						(totale servizi accompagnamento)	4'326'040	6'322'040
Fond. Hospice	3'440	3'458	CHF per utente per anno	503	- 921	Utenti	1'739'000	- 3'185'000
Ass. Triangolo	2'900	2'912	CHF per utente per anno	228	- 417	Utenti	664'000	- 1'214'000
Lega ticinese contro il cancro	60'000	60'240	CHF di contributo forfettario all'anno	1		Contributo forfettario	60'240	
Pro Infirmis	...	...	CHF in contributo fisso all'anno****	1		Contributo fisso totale	1'862'800	
Altri servizi riconosc. LACD	...	...	CHF in contributo fisso all'anno****	1		Contributo fisso totale	1'535'600	
Aiuti diretti*****	9'160	9'200	CHF per beneficiario per anno	1'350	- 1'390	Beneficiari	12'442'000	- 12'810'000

Fonte: calcoli interni basati sui consuntivi e le stime del fabbisogno del capitolo 3.

*L'evoluzione dei prezzi si basa sull'ipotesi che crescano a un tasso dello 0.03% annuo circa dal 2018 al 2030 (Fonte: Working Paper 21 dell'amministrazione federale delle finanze).

** Media ponderata tra posti letti LANz e LAMal (CPA), tra le tre categorie di cura e assistenza a domicilio (SACDip, OACD, Infermieri indipendenti), tra le giornate erogate in CDT del territorio e CDT nelle CPA.

*** I RAMI hanno iniziato la loro attività nel 2018, di conseguenza i dati raccolti si riferiscono a un solo anno. Perciò si è deciso di stimare direttamente i costi totali e riconosciuti dal Cantone nel 2030.

**** Media ponderata per le tre categorie di cura.

***** Per il servizio ICMP, le prestazioni di Pro Infirmis e gli altri servizi riconosciuti dalla LACD sono stati stimati i costi riconosciuti del 2030 anziché stimare un prezzo standard 2030.

***** La somma delle partecipazioni nei CDSA è approssimata con il numero di pasti serviti dai CDSA anziché con il numero di partecipazioni alle altre attività.

***** Il contributo per beneficiario (dato della prima colonna) si riferisce al 2019 invece che al 2018.

Se invece (**scenario massimo**) l'aumento del consumo (a pari popolazione) perdurasse secondo lo sviluppo ipotizzato nello scenario iii) riassunto alla tabella 3.4.1.8, si deve prevedere quasi il raddoppio (+89%) del contributo dell'ente pubblico rispetto al 2018.

Questi due valori (minimo e massimo) rappresentano gli estremi entro cui verosimilmente si situerà il costo a carico dell'ente pubblico nel 2030. La previsione per le cure e aiuto a domicilio è difficile e dipenderà sia da quanto il mantenimento a domicilio sarà ulteriormente sostenuto, sia da eventuali misure per rallentare la crescita del consumo (a pari popolazione) sia, infine, dalla possibilità di mobilitare tutto il personale necessario.

Per le prestazioni di economia domestica, incluse nelle stime appena citate, è possibile (visto il trend osservato) che le ore erogate dai SACDip nel 2030 siano meno numerose di quanto indicato, ma che in futuro costino un po' di più all'ente pubblico, nel caso in cui il nuovo metodo di calcolo della tariffa oraria fosse adottato.

Infine per i **servizi di appoggio e per gli aiuti diretti al mantenimento a domicilio** è previsto un aumento minimo del 44% e massimo del 99% della spesa attuale (2018 CHF 27.5 milioni e 2030 tra CHF 39.9 e 55.0 milioni). Anche per i SAPP e per gli AD si tratta di una forchetta ampia di risultati. Come per il servizio cure e assistenza a domicilio l'evoluzione dipenderà da quanto il mantenimento a domicilio potrà essere ulteriormente sostenuto come pure delle scelte strategiche che saranno effettuate (ad esempio ulteriore supporto per i familiari curanti, ecc.)

Occorre ora esaminare alcune altre importanti variabili che determineranno il livello del costo a carico per l'ente pubblico.

4.2.2 Costi di investimento per le nuove case anziani

I costi d'investimento per le nuove case anziani necessitano un approfondimento. Come visto al capitolo 3.1, per garantire una presa a carico simile sul piano quantitativo a quella che esisteva nel 2018 sarebbe necessario costruire dai 2'000 ai 2'380 nuovi posti letto di casa anziani fino al 2030. Ipotizzando:

- l'effettiva realizzazione di tutti i posti letto del fabbisogno;
- una suddivisione tra posti letto finanziati per l'intera gestione e finanziati per la sola cura LAMal pari alla quota attuale (rispettivamente 8/9 e 1/9);
- e considerando un costo di investimento riconosciuto per posto letto pari a CHF 330'000 (che è il nuovo parametro che sarà proposto per questa pianificazione, in sostituzione di quello precedente che ammontava a CHF 300'000);

Si ottengono investimenti riconosciuti compresi tra CHF 587 e 698 milioni (vedi tabella 4.2.2.1).

Si ricorda che eventuali costi eccedenti i CHF 330'000 per letto sono a carico del promotore.

Per maggiori informazioni sul tema degli investimenti si rimanda inoltre al capitolo 4.2.2 (Parametri d'investimento per le case per anziani) del Rapporto di Pianificazione.

L'investimento iniziale di una nuova casa anziani è finanziato (mediamente) per circa il 37.5% con un contributo cantonale a fondo perso, pari a CHF 220-262 milioni.

La parte restante dell'investimento è finanziata nella gestione corrente a un costo stimato del 6% annuo (3% di ammortamento e interessi valutati prudenzialmente al 3%), pari a CHF 22-26 milioni annui.

Per gli altri settori non è possibile, e in un certo senso nemmeno necessario visto che si tratta di importi inferiori, produrre una stima di questo tipo. Dopo questa premessa sul costo degli investimenti per le nuove case anziani, torniamo alla stima dei costi totali annuali di gestione dei settori.

Tabella 4.2.2.1: Costi di investimento per nuovi posti letto in CPA, Ticino 2019-2030 (milioni di CHF)

Costi di investimento riconosciuti per posto letto (CHF)	Nuovi investimenti per aumentare i posti letto		Contributi cantonali agli investimenti a fondo perso (37.5% dell'investimento iniziale)		Costi annuali del capitale (6% = ammortamento 3% + interessi 3%)	
	<i>Lim. Inf. (2'000 posti di cui 1'780 finanziati)</i>	<i>Lim. Sup. (2'380 posti di cui 2'115 finanziati)</i>	<i>Lim. Inf. (2'000 posti di cui 1'780 finanziati)</i>	<i>Lim. Sup. (2'380 posti di cui 2'115 finanziati)</i>	<i>Lim. Inf. (2'000 posti di cui 1'780 finanziati)</i>	<i>Lim. Sup. (2'380 posti di cui 2'115 finanziati)</i>
300000 (vecchio)	534.0	634.8	200.3	238.1	20.0	23.8
330000 (nuovo)	587.4	698.3	220.3	261.9	22.0	26.2

4.2.3 Variazione non quantificabile dei costi unitari

La stima dei costi al paragrafo 4.2.1 si basa unicamente sul fabbisogno di cure stimato al 2030 e i prezzi unitari del 2018 aggiornati considerando l'inflazione. In altre parole essa non considera l'evoluzione che potrebbero subire altre componenti della spesa le quali potrebbero ripercuotersi sul costo a carico dell'ente pubblico. Tra queste possibili componenti si possono citare:

- l'aggravamento della casistica presa a carico dai servizi;
- l'aumento dei salari;
- eventuali modifiche dei requisiti relativi alla qualità delle cure che, ad esempio, potrebbero richiedere una densità maggiore di personale;
- modifiche (verso una maggiore qualifica) dello skillmix del personale curante;
- aumento dei prezzi di beni e/o servizi necessari al settore anziani;
- modifica del rapporto percentuale tra cure erogate dal settore finanziato all'esercizio e dal settore finanziato per i costi residui LAMal (in particolare modifica del rapporto esistente nel 2018 tra posti-letto di CPA finanziati all'esercizio e finanziati per la cura residua LAMal, idem per le ore di cura a domicilio);
- eventuali altri.

Va innanzi tutto sottolineato che a parte la difficoltà di prevedere questi aumenti, si pone quella ulteriore di stabilire se essi influirebbero in modo diretto e lineare sul costo a carico dell'ente pubblico. Infatti l'ente pubblico è chiamato a coprire costi residui, perciò a dipendenza di quali saranno le spese che aumenteranno e a chi toccherà farsene carico, l'influsso sul costo a carico dell'ente pubblico può essere più o meno grande.

Due esempi chiariscono meglio la problematica.

Tra il 2011 e il 2018 (vedi tabella 4.2.3.1) il costo medio totale (somma dei costi di gestione) per un letto di CPA è aumentato del 9.3%, passando da CHF 91'752 a CHF 100'314. Nello stesso periodo, il finanziamento medio per posto letto è aumentato del 3.2%. Quindi il costo medio totale è aumentato molto più in fretta del finanziamento corrispondente.

Viceversa il costo totale di un'ora di cura LAMal erogata dai SACD di interesse pubblico tra il 2011 e il 2018 è aumentato del 6%, mentre il costo (orario) a carico dell'ente pubblico è aumentato del 12%. Ossia nei SACD il finanziamento è aumentato molto di più rispetto ai costi totali.

L'evoluzione non è stata la stessa nelle CPA e nelle cure LAMal dei SACD perché costi totali e ricavi totali dipendono da numerosi fattori che non sono evoluti tutti allo stesso ritmo. L'interazione di tutti gli aspetti ha prodotto l'evoluzione descritta sopra, che dimostra due cose: da una parte che l'ipotesi considerata al paragrafo 4.2.1 di un'evoluzione dei costi unitari dal 2018 al 2030 pari unicamente all'evoluzione dei prezzi al consumo non è realistica e, d'altra parte, che l'evoluzione dei costi a carico dell'ente pubblico non è detto segua la stessa identica evoluzione dei costi totali.

Tabella 4.2.3.1: Costi di gestione e finanziamento pubblico delle case anziani, Ticino 2011-2018

	CPA finanziate per l'intera gestione			CPA finanziate per cura residua LAMal				Totale CPA			
	Posti letto	Costi totali riconosciuti	Contributo globale (finanziamento)	Posti letto	Costi totali	Costi totali di cura LAMal	Finanziamento residuo LAMal	Posti letto	Costi totali	Costi totali riconosciuti per il finanziamento	Finanziamento totale
2011	3'678	334'691'722	119'476'966	596	57'456'495	17'911'533	4'059'793	4'274	392'148'217	352'603'255	123'536'759
2012	3'691	344'711'434	122'137'914	541	55'342'528	18'385'271	4'102'915	4'232	400'053'962	363'096'705	126'240'829
2013	3'697	352'017'759	114'083'386	541	61'068'366	18'275'711	5'007'059	4'238	413'086'125	370'293'470	119'090'444
2014	3'766	362'174'140	117'976'588	480	54'019'347	16'412'467	4'968'370	4'246	416'193'487	378'586'607	122'944'958
2015	3'863	369'926'356	120'866'842	483	54'175'792	15'407'599	4'888'561	4'346	424'102'149	385'333'955	125'755'403
2016	3'942	381'924'015	121'384'428	403	52'817'168	15'130'086	4'526'261	4'345	434'741'183	397'054'101	125'910'689
2017	4'033	396'673'322	127'225'941	473	53'580'908	16'405'905	4'778'402	4'506	450'254'230	413'079'227	132'004'343
2018	4'141	410'254'892	133'291'639	510	56'305'331	17'731'263	5'447'376	4'651	466'560'223	427'986'155	138'739'015
Media per posto letto											
2011	...	90'998	32'484	...	96'404	30'053	6'812	...	91'752	82'500	28'904
2012	...	93'392	33'091	...	102'297	33'984	7'584	...	94'531	85'798	29'830
2013	...	95'217	30'858	...	112'881	33'781	9'255	...	97'472	87'375	28'101
2014	...	96'169	31'327	...	112'540	34'193	10'351	...	98'020	89'163	28'955
2015	...	95'761	31'288	...	112'165	31'900	10'121	...	97'584	88'664	28'936
2016	...	96'886	30'793	...	131'060	37'544	11'231	...	100'056	91'382	28'978
2017	...	98'357	31'546	...	113'279	34'685	10'102	...	99'923	91'673	29'295
2018	...	99'071	32'188	...	110'403	34'767	10'681	...	100'314	92'020	29'830
Indice 2011 = 100											
2011		100.0	100.0		100.0	100.0	100.0		100.0	100.0	100.0
2012		102.6	101.9		106.1	113.1	111.3		103.0	104.0	103.2
2013		104.6	95.0		117.1	112.4	135.9		106.2	105.9	97.2
2014		105.7	96.4		116.7	113.8	152.0		106.8	108.1	100.2
2015		105.2	96.3		116.3	106.1	148.6		106.4	107.5	100.1
2016		106.5	94.8		135.9	124.9	164.9		109.0	110.8	100.3
2017		108.1	97.1		117.5	115.4	148.3		108.9	111.1	101.4
2018		108.9	99.1		114.5	115.7	156.8		109.3	111.5	103.2

Fonte: Dati UACD

Si pone dunque il problema di stimare un'evoluzione dei costi che tenga conto di tutti i fattori passibili di modificare i costi a carico dell'ente pubblico tra il 2019 e il 2030.

Tornando all'elenco dei fattori che potrebbero cambiare fino al 2030 e influenzare il costo unitario delle prestazioni a carico dell'ente pubblico, quello dell'**aggravamento della casistica presa in carico** è un aspetto maggiore e che rischia di evolvere ancora nei prossimi anni. Paradossalmente però esso non dovrebbe influenzare troppo i costi a carico dell'ente pubblico.

Infatti, nelle case anziani il meccanismo di finanziamento delle cure tiene in gran parte conto dell'onere generato dalla gravità della casistica stessa, tramite la fatturazione differenziata per grado RAI, e nel settore delle cure a domicilio l'aggravamento della casistica è intrinsecamente considerato nei meccanismi di pagamento, dato che si fatturano le ore di prestazione.

In maniera generale ci è però impossibile formulare ipotesi di sviluppo sull'evoluzione dei singoli fattori elencati nei diversi settori. Abbiamo perciò introdotto un'unica ipotesi di evoluzione possibile del costo a carico dell'ente pubblico, fino a un massimo del 15%, uguale per tutti i settori e comprensiva di tutti i possibili fattori di costo.

La seconda stima dei contributi a carico dell'ente pubblico per il settore anziani (tabella 4.2.3.2) si basa sulle seguenti ipotesi:

- Evoluzione del fabbisogno secondo le stime del capitolo 3 (fabbisogno minimo e massimo)
- Evoluzione del finanziamento unitario per tipo di prestazione (2018) fino al 2030 secondo l'indice dei prezzi al consumo (stima dell'Amministrazione federale delle finanze).
- Possibile aumento del costo unitario a carico dell'ente pubblico fino al 15%

Di seguito discutiamo la validità dell'ipotesi di un aumento del 15% nei singoli settori, sulla base di alcune informazioni relative all'evoluzione nell'ultimo decennio.

Per quanto riguarda le **case anziani** la stima di un aumento massimo del 15% del contributo dell'ente pubblico è supportata da una parte dalla constatazione dell'aumento del 3.2% del costo medio dal 2011 al 2018. Prolungare questo trend dal 2018 al 2030 implicherebbe un ulteriore aumento di almeno il 5% del costo finanziato. L'aumento dei costi di gestione unitari potrebbe pure continuare (9% dal 2011 al 2018) e non si può escludere che si riversi in parte sul costo a carico dell'ente pubblico.

Tabella 4.2.3.2: Stima dei costi di gestione e finanziamento pubblico nel settore anziani, Ticino 2019-2030

	Aumento di prezzo solo con il fattore di inflazione		Possibile aumento dei prezzi causato da fattori non quantificabili (+15%)	
	<i>Lim. Inf.</i>	<i>Lim. Sup.</i>	<i>Lim. Inf.</i>	<i>Lim. Sup.</i>
Totale	308'860'640	351'646'640	46'329'096	52'746'996
Case per anziani	204'574'000	216'276'000	30'686'100	32'441'400
RAMI	16'079'000	16'633'000	2'411'850	2494950
Cure e assistenza a domicilio	48'256'000	63'778'000	7'238'400	9'566'700
Servizi d'appoggio e aiuti diretti per il mantenimento a domicilio	39'951'640	54'959'640	5'992'746	8'243'946

Per quanto riguarda i **Reperti acuti a minore intensità (RAMI)** la prima stima si basava su un'evoluzione particolarmente contenuta del costo. Anche in questo settore di cura non si può escludere un'evoluzione dei costi totali di gestione e, di conseguenza, un aumento del costo a carico dell'ente pubblico. Un aumento del 15% non sembra impossibile, sull'arco di 12 anni.

Per quanto riguarda le **cure e aiuto a domicilio**, abbiamo già detto che tra il 2011 e il 2018 (quindi nell'arco di 7 anni) vi è stato un aumento del costo unitario a carico dell'ente pubblico del 12% per i SACD di interesse pubblico. Ipotizzare un aumento del 15% sull'arco dei prossimi 12 anni, non sembra per niente esagerato, soprattutto considerando che, dal 2020, le tariffe orarie che saranno onorate dalle casse malati sono diminuite rispetto a quelle riconosciute fino al 2019. (vedi tabella 3.4.1.1). Di conseguenza il rischio di un aumento del contributo dell'ente pubblico è molto reale, per tutto il settore a domicilio, compresi i servizi privati e gli infermieri indipendenti contrattualizzati.

Per i servizi di appoggio e gli aiuti diretti è più difficile fare una valutazione unitaria, vista la varietà di servizi considerati in questo settore. L'evoluzione del costo unitario dei vari tipi di servizi è stata diversa nel periodo 2011-2018.

Per i CDT e i CDSA il costo per giornata a carico dell'ente pubblico è rimasto stabile nel corso degli ultimi anni, in particolare grazie a un aumento del tasso di occupazione delle strutture. Questo parlerebbe a sfavore di un possibile aumento dei prezzi unitari del 15%. Tuttavia i CDT saranno chiamati a delle modifiche per aumentare le capacità di presa a carico, e questo potrebbe richiedere alcuni investimenti.

Il costo unitario a carico dell'ente pubblico per i **pasti a domicilio e per il servizio Ingrado per le dipendenze** è invece aumentato di circa il 20% dal 2012 al 2018. Ciò fa quindi propendere per introdurre quest'aumento del 15% sull'arco dei prossimi 12 anni.

Il costo unitario degli **aiuti diretti** è pure diminuito del 13% tra il 2012 e il 2018. Ciò è dovuto a una diminuzione della percentuale delle spese riconosciute a partire dal 2016. Lo sviluppo futuro del finanziamento medio per beneficiario dipenderà anche da scelte strategiche difficilmente prevedibili. Tuttavia, il principio di favorire il mantenimento a domicilio è stato definito l'orientamento di base di questa Pianificazione e, perciò, la percentuale di spese riconosciute potrebbe essere rivista verso l'alto nei prossimi anni.

In conclusione nel terzo settore l'aumento possibile del 15% sembra un po' meno fortemente motivato che per i due precedenti settori, ma non può nemmeno essere semplicemente tralasciato. L'aumento del 15% è quindi un'indicazione emessa per prudenza per una più completa valutazione della possibile evoluzione futura, ma la sua probabilità di prodursi è più forte in alcuni settori che in altri.

4.2.4 Conclusione sui costi a carico dell'ente pubblico

Di seguito riassumiamo tutte le ipotesi di evoluzione dei costi a carico dell'ente pubblico in un'unica tabella (tabella 4.2.4.1):

- Evoluzione del fabbisogno secondo le stime del capitolo 3 (fabbisogno minimo e massimo)
- Evoluzione del finanziamento unitario per tipo di prestazione (2018) fino al 2030 secondo l'indice dei prezzi al consumo (stima dell'Amministrazione federale delle finanze).
- Possibile aumento del costo unitario a carico dell'ente pubblico fino al 15%
- Costi del capitale per le nuove case anziani come presentati sopra.

Complessivamente con l'aumento medio del 15% dei prezzi unitari si potrebbe passare dal minimo di CHF 308.6 milioni a CHF 376.9. Si ricorda che questa stima prevede che tutto il fabbisogno minimo in tutti i settori sia erogato nel 2030.

La spesa massima stimata aumenterebbe invece da CHF 351 milioni a CHF 430, ma poiché in parte essa è riferita a scenari demografici che sembrano al momento superati, l'importo totale di CHF 430 milione dovrebbe potersi escludere.

Per **le case anziani** si passerebbe da un minimo di CHF 204 milioni a un minimo di CHF 257 milioni. Questo importo comprende anche i costi di investimento per le nuove strutture. Esso presuppone la realizzazione di 2'000 letti supplementari di casa anziani nel corso del decennio.

Il valore minimo indicato rischia invece di essere più facilmente raggiunto negli altri settori, in particolare nel settore cure ed assistenza a domicilio dove la forchetta del volume di prestazioni future non dipende unicamente dal fattore demografico ma anche dall'altrettanto importante fattore del livello del consumo di prestazioni.

Tabella 4.2.4.1: Stima dei costi a carico dell'ente pubblico per il settore anziani, Ticino 2030

	Aumento di prezzo solo con il fattore di inflazione		Possibile aumento dei prezzi causato da fattori non quantificabili (+15%)		Costi annuali del capitale per le nuove CPA		Contributi totali annuali	
	<i>Lim. Inf.</i>	<i>Lim. Sup.</i>	<i>Lim. Inf.</i>	<i>Lim. Sup.</i>	<i>Lim. Inf.</i>	<i>Lim. Sup.</i>	<i>Lim. Inf.</i>	<i>Lim. Sup.</i>
Totale	308'860'640	351'646'640	46'329'096	52'746'996	22'000'000	26'180'000	377'189'736	430'573'636
Case per anziani	204'574'000	216'276'000	30'686'100	32'441'400	22'000'000	26'180'000	257'260'100	274'897'400
RAMI	16'079'000	16'633'000	2'411'850	2'494'950	*	*	18'490'850	19'127'950
Cure e assistenza a domicilio	48'256'000	63'778'000	7'238'400	9'566'700	*	*	55'494'400	73'344'700
Servizi d'appoggio e aiuti diretti per il mantenimento a domicilio	39'951'640	54'959'640	5'992'746	8'243'946	*	*	45'944'386	63'203'586

5 Fabbisogno futuro di personale

Questo capitolo si fonda sulla metodologia Obsan (Rapporto 71 Obsan). Lo scopo dello studio Obsan era stabilire **il fabbisogno complessivo di personale curante nel 2030** (compreso il settore ospedaliero), in vista di **stimare il numero di professionisti che occorrerebbe formare annualmente**, per rispondere da una parte all'aumento del fabbisogno di cure e dall'altra all'elevato turn over del personale curante (numerosi abbandoni della professione per svariati motivi) che sarà ulteriormente aggravato in questi anni dalla fine del ciclo di pensionamento dei babyboomers.

Lo scopo di questo capitolo è però più limitato. Si tratta di stimare il volume di personale curante di cui si dovrebbe disporre nel 2030 nei settori qui considerati, per erogare i volumi di prestazioni stimati (fabbisogno di cura). Poiché le stime del fabbisogno di cure elaborate da Obsan hanno dovuto essere aggiornate per i motivi esposti sopra, abbiamo dovuto aggiornare in questa sede anche le previsioni Obsan del personale curante.

5.1 Personale curante nelle case per anziani

Nella statistica SOMED delle case per anziani, il tempo di lavoro del personale può essere suddiviso tra i diversi centri di costo per i quali la persona lavora. Tuttavia questo dettaglio non è sempre trasmesso dalle case anziani, in particolare se non vi sono équipes dédicate ai singoli centri di costo e il personale si sposta tra i diversi settori di cura.

Poiché i dati statistici non sono (nel senso appena precisato) sempre completi, presentiamo sì i dati dei singoli settori (cioè LS con ST e CAT-STT) ma commentiamo solo il dato complessivo (totale CPA) che, nel senso precisato, è più affidabile.

5.1.1 Evoluzione del personale curante delle case anziani tra il 2010 e il 2018

Ricordiamo che tra 2010 e 2018 i posti letto totali in CPA (LS, ST, CAT-STT e cure palliative) sono passati da 4'192 (4'094+38+60+0) a 4'428 (4'231+56+110+31) aumentando di 236 unità (+5.6%).

Nello stesso periodo il personale curante è passato da 2'113 ETP a 2'762, aumentando di 649 ETP (+31%) e al contempo si è osservato un aumento della professionalizzazione (come vedremo subito). Entrambi i fenomeni si spiegano con la sempre maggiore complessità dei casi presi a carico (aumento dell'età degli ospiti, quadri clinici più complessi, aumento dei pazienti con demenza, aumento dei posti CAT-STT e cure palliative).

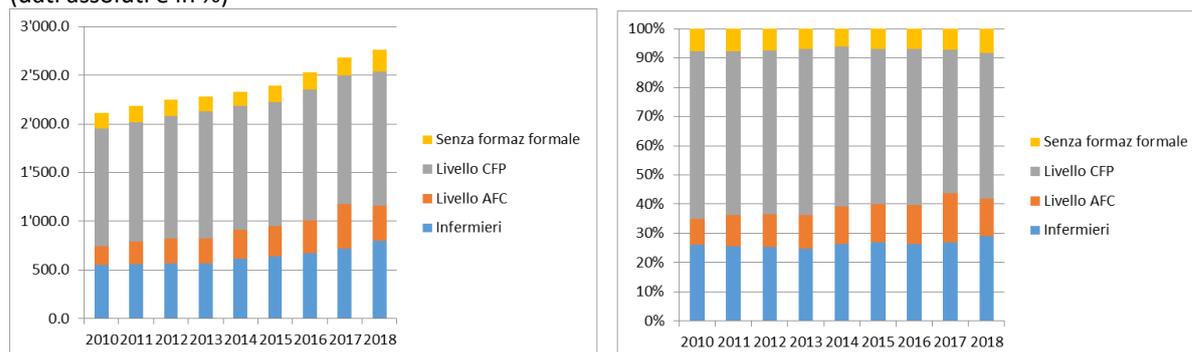
Nel periodo considerato, gli infermieri occupati nelle CPA (vedi grafico 5.1.1.1) sono passati da 551 ETP a 803, aumentando di 252 unità (+46%). I curanti con AFC sono aumentati a un ritmo più rapido, da 188 ETP nel 2010 a 355 nel 2018 (+167 unità o +89%). Così la quota degli infermieri rispetto all'insieme dei curanti è aumentata dal 26% al 29% (+3 punti percentuali) e quella dei curanti con AFC (OSS) dal 9% al 13% (+4 p.p). In altre parole nell'ultimo decennio vi è stata un'ulteriore professionalizzazione dei curanti in CPA.

Infatti i curanti con formazioni di grado CFP, sono aumentati a un ritmo meno sostenuto, pari a +14%. Essi sono passati da 1'212 ETP a 1'377 e costituiscono ancora il gruppo di curanti più numeroso pari al 50% (nel 2010 rappresentavano il 57%).

Infine i curanti senza formazione formale sono passati da 162 ETP a 228 (+66 ETP o +41%). La loro quota rispetto al totale dei curanti è rimasta per tutto il periodo all'8% circa.

Grafico 5.1.1.1: Personale curante (in ETP) nelle CPA per anno e livello di formazione, Ticino dal 2011

(dati assoluti e in %)



5.1.2 Stima del fabbisogno 2030 di personale curante nelle case anziani

Come abbiamo visto al paragrafo precedente, durante l'ultimo decennio il personale curante delle CPA è aumentato più rapidamente dei posti letto. Ciò si spiega con l'aumento dei casi complessi. Nel suo modello, Obsan ipotizza invece per il prossimo decennio un aumento del personale lineare rispetto all'aumento del volume di cura, argomentando che ci si attende un aumento della produttività dei curanti grazie ad es. ad ausili tecnologici.

Nella tabella 5.1.2.1 dei risultati presentiamo tre stime: quella relativa al Lungo soggiorno (comprensiva del personale ST e dei CDT), quella del settore CAT-STT e una stima complessiva per le case anziani. Da notare che quest'ultima non è il totale aritmetico dei due settori precedenti, ma una stima separata. Ciò perché (come già evocato) i dati sui settori a nostra disposizione non sono del tutto completi (ma il totale sì). Come già al paragrafo 5.1.1, commentiamo solamente i risultati totali delle case anziani, senza soffermarci sui singoli tipi di presa a carico.

Per ipotesi i tassi di crescita fino al 2030 sono gli stessi per il personale di tutti i livelli di formazione, ossia +44% nello scenario più basso (scenario demografico basso UST/USTAT 2015 e scenario ottimista di evoluzione dello stato di salute degli anziani) e +54% secondo lo scenario più elevato (scenario demografico di riferimento UST/USTAT 2015 e scenario di riferimento sull'evoluzione dello stato di salute degli anziani).

Secondo queste ipotesi, dal 2018 al 2030 gli infermieri attivi in CPA dovrebbero passare da 803 ETP a 1'160-1'230 (ciò che corrisponde ad aumenti di +357/ +427 ETP).

Nello stesso periodo la previsione indica che i curanti con AFC dovrebbero passare da 355 ETP a 510-540 ETP (ossia aumentare di 155 – 185 ETP).

Ovviamente l'aumento previsto per le persone con CFP è ancora maggiore, poiché dovrebbero passare da 1'377 a 2'000-2'100 (+620/+720 ETP).

Infine per le persone senza formazione formale si dovrebbe passare, stando alla previsione, da 228 ETP a 328/350 (con un aumento di +100/+120 ETP).

Complessivamente sarebbe quindi necessario passare da 2'762 ETP di curanti a 3'985/4'241 ETP (+1'223/ 1'479).

Rammentiamo che stiamo parlando di ETP, ma che le persone, sovente occupate a gradi inferiori del tempo pieno, sarebbero di più. Se le percentuali di occupazioni restassero quelle del 2018, si tratterebbe complessivamente di passare da 3'331 persone occupate a 4'805/5'114 (+1'474/+1'783 persone). Ricordiamo che occorrerà garantire oltre all'aumento di personale la sostituzione degli uscenti (pensionamenti e abbandoni della professione).

Tabella 5.1.2.1: Case anziani: situazione attuale e fabbisogno futuro di cure e curanti, vari scenari

Posti letto: esistenti e fabbisogno futuro, Ticino dal 2018 (posti letto al 31.12)

Indice 100 = 2018		Posti letto		Valori assoluti		Posti letto	
Scenario salute anziani		Ottimista	Riferimento	Scenario salute anziani		Ottimista	Riferimento
Scenario demografico		basso	di riferim	Scenario demografico		basso	di riferim
Lungo soggiorno	2018	100.0		4'335			
	2020	101.0		4'379			
	2025	131.9	137.5	5'719	5'961		
	2030	146.3	154.6	6'342	6'703		
CAT - STT	2018	100.0		110			
	2020	100.0		110			
	2025	100.0	106.4	110	117		
	2030	108.2	117.3	119	129		
Totale (LS+ST+ cure pall. +CAT-STT)	2018	100.0		4'532			
	2020	101.0		4'576			
	2025	131.0	136.8	5'939	6'200		
	2030	144.3	153.5	6'538	6'958		

Curanti: occupati e fabbisogno futuro, per livello di formazione, Ticino dal 2010 (ETP e teste)

ETP		Livello terziario		Secondario livello AFC		Secondario livello CFP		Senza formazione formale		Totale curanti	
Scenario salute anziani		Ottimista	Riferimento	Ottimista	Riferimento	Ottimista	Riferimento	Ottimista	Riferimento	Ottimista	Riferimento
Scenario demografico		basso	di riferim	basso	di riferim	basso	di riferim	basso	di riferim	basso	di riferim
ETP Lungo soggiorno	2010	551.2		188.0		1'212.0		161.8		2'113.0	
	2011	556.6		235.1		1'220.6		170.2		2'182.5	
	2012	568.9		253.2		1'258.1		165.8		2'246.0	
	2013	559.2		260.4		1'288.5		155.8		2'263.9	
	2014	605.2		294.9		1'259.2		143.8		2'303.1	
	2015	636.3		309.5		1'253.8		164.1		2'363.7	
	2016	660.3		329.9		1'330.7		173.1		2'494.0	
	2017	711.6		445.8		1'302.7		187.3		2'647.4	
	2018	785.6		348.9		1'359.6		225.0		2'719.1	
ETP LS futuri	2025	1'036.4	1'080.3	460.3	479.8	1'793.7	1'869.6	296.8	309.4	3'587.2	3'739.0
	2030	1'149.3	1'214.7	510.4	539.5	1'989.1	2'102.3	329.2	347.9	3'978.0	4'204.4
	2010	n.d.		n.d.		n.d.		n.d.		n.d.	
ETP CAT - STT (dati sul personale disponibili dal 2013)	2011	n.d.		n.d.		n.d.		n.d.		n.d.	
	2012	n.d.		n.d.		n.d.		n.d.		n.d.	
	2013	4.3		1.4		12.7		0.1		18.5	
	2014	7.1		4.0		17.1		0.1		28.3	
	2015	5.5		3.5		15.7		0.8		25.5	
	2016	9.0		5.8		20.7		0.9		36.4	
	2017	10.2		4.4		20.4		1.7		36.7	
	2018	17.4		6.4		17.1		2.6		43.5	
	2019	17.4		6.4		17.1		2.6		43.5	
ETP CAT - STT futuri	2025	17.4	18.5	6.4	6.8	17.1	18.2	2.6	2.8	43.5	46.3
	2030	18.8	20.4	6.9	7.5	18.5	20.1	2.8	3.0	47.1	51.0
	2010	551.2		188.0		1'212.0		161.8		2'113.0	
2011	556.6		235.1		1'220.6		170.2		2'182.5		
2012	568.9		253.2		1'258.1		165.8		2'246.0		
2013	559.2		260.4		1'301.2		155.9		2'282.4		
2014	612.3		298.9		1'276.3		143.9		2'331.4		
2015	641.8		313.0		1'269.5		164.9		2'389.2		
2016	669.3		335.7		1'351.4		174.0		2'530.4		
2017	721.8		450.2		1'323.1		189.0		2'684.1		
2018	803.0		355.3		1'376.7		227.6		2'762.6		
Totale ETP futuri	2025	1'052.3	1'098.5	465.6	486.1	1'804.1	1'883.4	298.3	311.4	3'620.3	3'779.4
	2030	1'158.4	1'232.8	512.6	545.5	1'986.1	2'113.7	328.3	349.4	3'985.4	4'241.4
teste al 31.12											
Teste Lungo soggiorno (dal 2013 senza CAT-STT)	2010	666		228		1'444		209		2'547	
	2011	655		272		1'464		208		2'599	
	2012	682		288		1'526		210		2'706	
	2013	656		304		1'549		199		2'708	
	2014	664		326		1'478		180		2'648	
	2015	738		357		1'494		208		2'797	
	2016	741		366		1'562		223		2'892	
	2017	799		545		1'523		228		3'095	
	2018	868		391		1'565		282		3'106	
Teste LS future	2025	1'145	1'194	516	538	2'065	2'152	372	388	4'098	4'271
	2030	1'270	1'342	572	605	2'290	2'420	413	436	4'544	4'803
	2010	n.d.		n.d.		n.d.		n.d.		n.d.	
CAT - STT (dati sul personale disponibili dal 2013)	2011	n.d.		n.d.		n.d.		n.d.		n.d.	
	2012	n.d.		n.d.		n.d.		n.d.		n.d.	
	2013	23		5		36		1		65	
	2014	53		25		77		1		156	
	2015	19		7		37		5		68	
	2016	59		26		79		5		169	
	2017	59		29		78		5		171	
	2018	85		34		95		11		225	
	2019	85		34		95		11		225	
Teste CAT-STT future	2025	85	90	34	36	95	101	11	12	225	239
	2030	92	100	37	40	103	111	12	13	243	264
Totale	2010	666		228		1'444		209		2'547	
	2011	655		272		1'464		208		2'599	
	2012	682		288		1'526		210		2'706	
	2013	679		309		1'585		200		2'773	
	2014	717		351		1'555		181		2'804	
	2015	757		364		1'531		213		2'865	
	2016	800		392		1'641		228		3'061	
	2017	858		574		1'601		233		3'266	
	2018	953		425		1'660		293		3'331	
Totale Teste future	2025	1'249	1'304	557	581	2'175	2'271	384	401	4'365	4'557
	2030	1'375	1'463	613	653	2'395	2'549	423	450	4'805	5'114

(senza persone in formazione)

5.2 Personale curante nel settore dell'aiuto e delle cure a domicilio (settore ACD)

Descriveremo brevemente l'aumento di personale e la maggior professionalizzazione intercorsi dal 2010 e l'evoluzione attesa per il 2030 secondo il modello Obsan.

5.2.1 Evoluzione del personale curante nel settore ACD tra il 2011 e il 2018

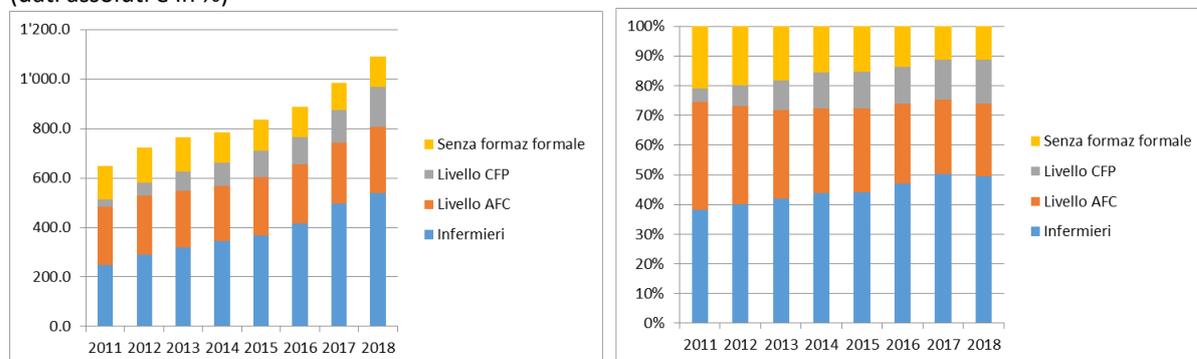
Come visto sopra, le ore di cura LAMal erogate dal settore AD sono raddoppiate tra il 2011 e il 2018, passando da 597'800 a 1'192'500. Nello stesso periodo gli equivalenti a tempo pieno (ETP) di personale curante sono passati da 649 a 1'090 (+441 ETP o +68%), aumentando a un ritmo inferiore rispetto alle ore erogate. In altre parole c'è stato un aumento delle ore mediamente fatturate per ETP del 19% (passate da 921 ore fatturate per ETP di curante a 1094).

Osserviamo ora le differenze tra i diversi livelli di formazione. Tra il 2010 e il 2018 (vedi grafico 5.2.1.1) gli infermieri sono più che raddoppiati, passando da 247 ETP a 540 (+119%). I curanti AFC (in particolare OSS) sono aumentati di poco, passando da 237 ETP a 265 (+12%). La quota degli infermieri sul totale dei curanti è aumentata da 38% a 50% (+12 punti percentuali); mentre quella degli AFC è diminuita dal 36% al 24% (-12 p.p.). In altre parole l'aumento della quota di infermieri è stato compensato da una diminuzione della quota degli OSS.

Una "sostituzione" analoga è avvenuta tra gli altri due livelli di formazione. Tra il 2011 e il 2018 i curanti con CFP sono aumentati moltissimo, passando da 29 ETP a 163 (+463%). Invece i curanti senza formazione formale sono diminuiti leggermente, passando da 136 ETP a 122 (-11%). Le loro percentuali rispetto al totale dei curanti sono passate, per i CFP, da 4% a 15% (+11 punti percentuali) e per i curanti senza formazione formale da 21% a 11% (-10 p.p.).

Complessivamente vi è quindi stato un aumento dello skillmix, dato che gli infermieri si sono rafforzati di più degli OSS e le persone con formazione a livello CFP (compreso diploma cantonale) di più delle persone senza formazione formale (ossia dipl. CRS 120 ore ecc.)

Grafico 5.2.1.1: Personale curante (ETP) in ACD per anno e livello di formazione, Ticino dal 2011
(dati assoluti e in %)



5.2.2 Stima del fabbisogno 2030 di personale curante nel settore ACD

Al cap. 3.4.1 abbiamo stimato tre scenari di evoluzione del fabbisogno di ore di cure LAMal, diversi tra loro per l'ipotesi sulla futura struttura del consumo di ore di cura: nello scenario i) si suppone che la struttura dei consumi resterà com'era nel 2018, nello scenario ii) si ipotizza che tale struttura aumenterà ancora un po', e nello scenario iii) che essa aumenterà più fortemente. Gli scenari implicano aumenti di ore di cura LAMal a domicilio rispettivamente di +37/+41%, +62/+67%, o +82/+88% fino al 2030.

Dal canto suo il modello Obsan prevede, per ipotesi, un aumento degli ETP di personale curante proporzionale all'aumento delle ore di cura erogate per tutti i livelli di formazione. In altre parole il modello Obsan prevede una stabilità sia della produttività sia dello skillmix.

Tabella 5.2.2.1: Cure a domicilio: situazione attuale e fabbisogno futuro di cure e curanti, vari scenari

Scenario consumo	i) ipotesi zero		scenario ii)		scenario iii)	
	basso	di riferim	basso	di riferim	basso	di riferim
Scenario demografico	2011	50.1	597'823			
	2012	54.9	654'992			
	2013	61.1	728'479			
Ore erogate	2014	66.8	796'553			
(stat. spitex)	2015	72.6	865'984			
	2016	80.8	963'020			
	2017	88.8	1'059'130			
	2018	100.0	1'192'457			
Ore future	2025	122.1	1'456'007	1'622'592	1'656'654	1'802'836
	2030	137.5	1'687'132	1'929'832	1'988'224	2'238'821

Scenario consumo	i) ipotesi zero		scenario ii)		scenario iii)	
	basso	di riferim	basso	di riferim	basso	di riferim
Scenario demografico	2011	50.1	597'823			
	2012	54.9	654'992			
	2013	61.1	728'479			
Ore erogate	2014	66.8	796'553			
(stat. spitex)	2015	72.6	865'984			
	2016	80.8	963'020			
	2017	88.8	1'059'130			
	2018	100.0	1'192'457			
Ore future	2025	122.1	1'456'007	1'622'592	1'656'654	1'802'836
	2030	137.5	1'687'132	1'929'832	1'988'224	2'238'821

Settore cure a domicilio - personale curante: occupato e scenari personale futuro, per livello di formazione (senza pers. in formazione), Ticino dal 2011 (ETP e teste)

ETP	Livello terziario				Secondario livello AFC				Secondario livello CFP				Senza formazione formale				
	Aumento nullo	Aumento come in Svizzera	Aumento come in Ticino	Aumento come in Svizzera	Aumento nullo	Aumento come in Svizzera	Aumento come in Ticino	Aumento come in Svizzera	Aumento nullo	Aumento come in Svizzera	Aumento come in Ticino	Aumento nullo	Aumento come in Svizzera	Aumento come in Ticino	Aumento nullo	Aumento come in Svizzera	Aumento come in Ticino
Scenario consumo																	
Scenario demografico	2011	246.9	289.5	320.2	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6
Personale occupato	2012	289.5	320.2	344.5	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4
(stat. spitex)	2013	344.5	369.2	417.2	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8
	2014	369.2	417.2	496.2	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6
	2015	417.2	496.2	540.2	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4
	2016	496.2	540.2		228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7
	2017	540.2			223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8
	2018				236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6	239.4	228.7	223.8	236.6
Personale futuro	2025	659.6	671.5	735.1	360.7	388.3	386.1	400.8	360.7	388.3	386.1	400.8	360.7	388.3	386.1	400.8	360.7
	2030	742.6	764.3	874.2	429.0	442.0	482.8	497.7	429.0	442.0	482.8	497.7	429.0	442.0	482.8	497.7	429.0
Teste 31.12	2011	522	575	613	402	400	378	381	402	400	378	381	402	400	378	381	402
Personale occupato	2012	575	613	625	400	378	381	411	400	378	381	411	400	378	381	411	400
(stat. spitex)	2013	613	625	695	378	381	411	443	378	381	411	443	378	381	411	443	378
	2014	625	695	897	381	411	443	468	381	411	443	468	381	411	443	468	381
	2015	695	897		411	443	468		411	443	468		411	443	468		411
	2016	897			443	468			443	468			443	468			443
	2017				468				468				468				468
	2018																
Personale futuro	2025	1'187	1'208	1'323	637	650	682	708	637	650	682	708	637	650	682	708	637
	2030	1'336	1'375	1'573	757	780	852	879	757	780	852	879	757	780	852	879	757

Benché i dati 2011-2018 non confermino né l'una né l'altra, abbiamo mantenuto le ipotesi del modello Obsan poiché esso è utilizzato anche a livello federale. Tali ipotesi conducono alle stime riportate alla tabella 5.2.2.1.

Complessivamente per tutti i livelli di formazione gli scenari indicano un aumento dagli attuali (2018) 1'090 ETP di personale curante a un minimo di 1'500 ETP (nello scenario i) rispettivamente un massimo di 1'984 ETP nel 2030 (nello scenario iii). I tassi di aumento sono, per ipotesi, gli stessi per tutti i livelli di formazione, pari a rispettivamente +37% / +62% / +82% (considerando solo lo scenario demografico basso 2015, visto che sembra di potere escludere a questo stadio lo scenario demografico di riferimento 2015 e le relative stime, più elevate).

Per quanto riguarda gli infermieri, gli scenari stimano di passare dagli attuali (anno 2018) 540 ETP, a rispettivamente 743 ETP / 874 ETP / oppure 983 ETP nel 2030 a dipendenza dello scenario. A titolo di paragone, ricordiamo che oggi (2018) nelle CPA gli ETP di infermieri sono 803.

Per i curanti con AFC (OSS) gli scenari prevedono di passare dagli attuali 265 ETP a rispettivamente 365 / 430 / o 480 ETP (oggi nelle CPA vi sono 355 ETP con AFC).

Per i CFP (e diploma cantonale) si tratterebbe di passare dagli attuali 163 ETP occupati in questo settore, a rispettivamente 223/263/o 295 ETP. (Oggi nelle CPA vi sono 1'377 ETP con CFP).

Infine per i curanti senza formazione formale, si tratterebbe di passare dagli attuali 122 ETP a rispettivamente 167/ 197/ o 220 ETP nel 2030. (Nelle CPA nel 2018 sono occupati 228 ETP).

Se invece lo skillmix si rafforzasse ulteriormente a favore di infermieri e CFP, sarebbero necessari aumenti maggiori di questi gruppi professionali e inferiori per OSS e persone senza formazione formale.

5.3 Personale curante nel settore RAMI

La statistica ospedaliera non permette di suddividere il tempo di lavoro delle persone occupate negli istituti ospedalieri, tra i diversi reparti (centri di costo) in cui la persona lavora. Pertanto non è possibile procedere a una stima di questo settore. Si tratta comunque di un settore di dimensioni più ridotte rispetto alle CPA o all'ACD.

5.4 Personale curante nei servizi di appoggio

Il personale curante dei servizi di appoggio elencati nel 2018 corrispondeva a 44 ETP senza considerare gli apprendisti e a 56 includendoli.

Considerando gli **aumenti intermedi** previsti per i singoli servizi, al 2030 risulta un fabbisogno di 75 ETP di curanti complessivamente (senza apprendisti).

Tabella 5.4.1: Personale curante dei servizi di appoggio elencati, Ticino 2018 (in ETP)

Servizio	Infermieri	OSS	OSA	Podo-loghi	Apprendisti OSA	Totale senza apprendisti	Totale con apprendisti	Aumento previsto del fabbisogno tra 2018 e 2030
CDT del territorio	14.11	1.60	2.54		7.00	18.25	25.25	28% - 96%
CDSA	1.65	3.69	8.95		5.00	14.29	19.29	37% - 155%
Servizi di accompagnamento	8.07					8.07	8.07	9% - 100%
Altri servizi riconosciuti dalla LACD				3.40		3.40	3.40	33%
Totale personale curante servizi d'appoggio	23.83	5.29	11.49	3.40	12.00	44.01	56.01	70%

Fonte: dati interni UACD

5.5 Conclusione sul personale curante

Il personale curante occupato nei settori considerati da questa pianificazione, è attualmente (2018) di quasi 3'900 equivalenti a tempo pieno e più di 5'400 persone.

Per erogare i fabbisogni di cura stimati ai capitoli precedenti occorrerebbe disporre entro il 2030 di 1'660-2'500 ETP in più, ciò che corrisponde ad aumenti rispettivamente del 43%-63%.

Dal punto di vista delle persone (teste) gli aumenti in termini assoluti sarebbero ancora più importanti, poiché si tratterebbe (ipotizzando che le persone continueranno a lavorare alle percentuali d'impiego riscontrate oggi nei diversi settori) di mobilitare da 2'300 a 3'600 curanti in più rispetto a oggi (+42%/+66%) e tenendo presente che nel contempo si dovrà anche sostituire un numero importante di curanti che lasceranno la professione per il pensionamento o altri motivi.

Non va inoltre dimenticato che le ipotesi di Obsan, in particolare di stabilità dello skillmix del personale curante, potrebbe essere smentita nella realtà e comportare ulteriori aumenti del fabbisogno di alcuni livelli di formazione.

Questi risultati mostrano, ancora una volta, l'ampiezza e la rapidità del cambiamento a cui andiamo incontro e le difficoltà che si porranno per mobilitare tutte le risorse necessarie per rispondere al fenomeno, inedito in queste proporzioni, di invecchiamento della popolazione in corso.

Tabella 5.5.1: Personale curante occupato e fabbisogno futuro, per settore, Ticino (in ETP e teste 31.12)

	Personale curante occupato 2018	Stima fabbisogno futuro secondo i 4 scenari (valori minimo e massimo in posti letto occupati al 98%)		Differenza tra il personale 2018 e il personale stimato 2030	
		2025	2030	ass. min e max	in %
Equivalenti tempo pieno ETP					
CPA	2'762	3'620 - 3'779	3'985 - 4'241	1'223 - 1'479	44% - 54%
Aiuto e cura a domicilio	1'090	1'331 - 1'647	1'498 - 2'046	408 - 956	37% - 88%
Terzo settore	44	...	75 - 75	31 - 31	69% - 69%
Totale	3'896	4'951 - 5'426	5'558 - 6'362	1'662 - 2'466	43% - 63%
Teste al 31.12					
CPA	3'331	4'365 - 4'557	4'805 - 5'114	1'474 - 1'783	44% - 54%
Aiuto e cura a domicilio	2'010	2'454 - 3'039	2'763 - 3'774	753 - 1'764	37% - 88%
Terzo settore	79	...	134 - 134	55 - 55	69% - 69%
Totale	5'420	6'819 - 7'596	7'702 - 9'022	2'282 - 3'602	42% - 66%

Senza personale in formazione

Teste terzo settore non disponibile: stimato con il rapporto osservato nei SACD