

# Rapporto

numero

**6620 R**

data

6 giugno 2013

Dipartimento

**SANITÀ E SOCIALITÀ**

Concerne

## **della Commissione speciale sanitaria sul messaggio 21 marzo 2012 concernente l'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'art. 39 LAMal - parte pianificazione case di cura - 1<sup>a</sup> fase (art. 39 cpv. 3 LAMal: Anziani e invalidi)**

**(Aggiornamento dell'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie)**

### **MESSAGGIO IN BREVE**

Nell'ambito dell'aggiornamento del decreto legislativo del 29 novembre 2005 concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, il Consiglio di Stato - con risoluzione n. 3588 del 13 luglio 2010 - ha istituito la Commissione della pianificazione sanitaria incaricata dell'elaborazione del progetto di aggiornamento di tale elenco.

Prioritariamente si trattava di procedere con l'aggiornamento della pianificazione delle case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal - anziani e invalidi), tematica oggetto del messaggio governativo in discussione, questo in considerazione degli importanti cambiamenti legislativi nell'ambito delle cure di lunga durata (legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008 e i conseguenti adeguamenti della legislazione cantonale, in part. LAnz e LACD), nonché del rilevante fabbisogno supplementare di posti letto da mettere a disposizione in istituti per anziani medicalizzati entro il 2020 (emerso dal rapporto del dicembre 2011 nell'ambito dei lavori riguardanti la pianificazione della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino per il periodo 2010-2020).

Nel messaggio governativo, il Consiglio di Stato sottolinea che la presente prima tappa di aggiornamento della pianificazione secondo l'art. 39 LAMal non esaurisce il tema riguardante la pianificazione delle case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal). Dunque, con la seconda tappa della pianificazione relativa all'art. 39 cpv. 1 LAMal (ospedali) sussisterà la possibilità di eventualmente ridefinire la ripartizione tra settore acuto e case di cura, completando la pianificazione di quest'ultimo settore. Inoltre, occorre sottolineare che la scelta di aggiornare in una prima fase la pianificazione delle case di cura tiene conto dei tempi necessari alla realizzazione di nuove strutture per anziani.

È pure opportuno indicare che, nell'ambito della prima fase di pianificazione, oltre al settore delle case per anziani, si è anche voluto procedere ad un primo aggiornamento dei posti letto negli istituti per invalidi adulti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal.

Nel messaggio governativo, il Consiglio di Stato riferisce che gli esiti della consultazione in seno alle sei Conferenze regionali della sanità sono stati positivi, tanto che la pianificazione è stata ritenuta sostanzialmente adeguata sia in ordine al fabbisogno globale e alla ripartizione regionale, così come al riconoscimento dei singoli istituti per

anziani e alle relative capacità di posti letto, che relativamente all'attribuzione del mandato per le "cure acute e transitorie" (CAT) del nuovo art. 25a LAMal.

Con l'aggiornamento della pianificazione secondo l'art. 39 LAMal, parte pianificazione case di cura, si è innanzitutto effettuata una verifica della precedente pianificazione del 2005, questo ponendola in confronto alla situazione attuale della dotazione di posti letto in istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie. In questo ambito va ricordato che, se nell'elenco del decreto legislativo del 29 novembre 2005 erano stati iscritti un totale di 4'409 posti letto, a fine 2010 i posti letto effettivamente disponibili si attestavano a 4'164. Inoltre, l'analisi della stima del fabbisogno globale di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati nel periodo 2010-2020 ha permesso di stabilire la necessità di 4'393 posti per la fine del 2010, di 4'842 posti per la fine 2015 e di 5'357 posti per la fine 2020 (con una crescita di ben 1'193 posti rispetto al dato effettivo del 2010). Con riferimento ai 4'409 posti letto attualmente autorizzati, con la prima fase di pianificazione delle case di cura viene dunque proposto di inserire 640 posti letto supplementari, così che il totale dei posti letto iscritti nel nuovo elenco raggiungerebbe 5'049 posti. L'iscrizione di questi posti aggiuntivi permetterà di riconoscere la prospettata offerta di nuovi posti letto derivante da iniziative già conosciute, senza però dimenticare che per ottenere una completa copertura del preventivato fabbisogno a fine 2020 andrebbero previsti ulteriori 310 posti letto entro la fine del decennio. Giusto infine ricordare che l'iscrizione di 640 posti letto supplementari comporterà, all'orizzonte di fine 2020, un aumento della spesa di gestione corrente annua di ca. CHF 65 Mio rispetto alla situazione di fine 2010, dei quali CHF 22 Mio a carico dell'Ente pubblico (80% dei Comuni e 20% del Cantone). Inoltre, la spesa totale presumibile per investimenti derivante dalla messa a disposizione di questi 640 posti letto supplementari nel corso del presente decennio è stimata a poco più di CHF 190 Mio (con circa CHF 75 Mio a carico del Cantone).

Nel messaggio governativo è stata pure affrontata la tematica dell'introduzione della nuova prestazione per "cure acute e transitorie" (CAT) a livello federale dal 1. gennaio 2011 e dei percorsi previsti a livello cantonale per la sua erogazione in relazione alla tipologia di utenti, come pure della prestazione per "soggiorno temporaneo terapeutico" (STT), nonché della loro integrazione. L'iniziale proposta governativa per questa prima fase, poi rivista anche a seguito di quanto emerso dall'analisi commissionale, si era incentrata su un completamento dell'offerta nei comprensori del Bellinzonese e delle Tre Valli con 15 posti STT (CAT), attualmente sprovvisti di questa offerta, nonché su un potenziamento di ulteriori 15 posti STT (CAT) nel comprensorio del Malcantone e Vedeggio. Per i comprensori dove invece non si era a conoscenza di proposte concrete di potenziamento, rispettivamente la necessità veniva espressa solo in termini generici, la scelta governativa era quella di attendere la seconda fase della pianificazione per un'eventuale rivalutazione del fabbisogno.

Va infine segnalata la proposta di ridurre leggermente il contingente di posti letto nel settore degli istituti per invalidi adulti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal, riduzione di tre posti (da 439 a 436).

Visto il contenuto del messaggio governativo, il Consiglio di Stato conclude invitando il Legislativo cantonale ad adottare l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera secondo l'art. 39 della LAMal - parte pianificazione case di cura - 1. fase (art. 39 cpv. 3 LAMal: anziani e invalidi).

## **RAPPORTO DELLA COMMISSIONE PIANIFICAZIONE SANITARIA:**

Il rapporto del dicembre 2011 di aggiornamento della pianificazione ospedaliera, parte pianificazione case di cura 1. fase, completa e sviluppa il messaggio governativo, questo a giustificazione del fabbisogno supplementare di posti letto da mettere a disposizione in istituti per anziani medicalizzati entro il 2020.

La pianificazione secondo la LAMal, che qui interessa, si limita agli aspetti principali della determinazione del fabbisogno globale, alla ripartizione del fabbisogno per regione, al riconoscimento dei singoli istituti e delle relative capacità di posti letto, all'attribuzione del mandato per le "cure acute transitorie" (CAT), come pure alle conseguenze finanziarie. Poiché le proposte contenute nel rapporto DSS "Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino" - base per Consiglio di Stato e Parlamento della pianificazione ai sensi della Legge anziani - risultano rilevanti, con un importante fabbisogno supplementare, oltre all'approvazione del fabbisogno necessario ai sensi della Lanz (messaggio governativo n. 6621), si è anche deciso di procedere parallelamente assicurando il riconoscimento di posti letto ai sensi della LAMal.

Il rapporto sull'aggiornamento della pianificazione ospedaliera, parte pianificazione case di cura 1. fase, sottolinea che per coprire il fabbisogno in posti letto medicalizzati entro il 2020 sono attualmente conosciute iniziative unicamente per 640 posti, con ancora 310 posti da individuare. Per questo, quando si affronterà la seconda tappa di pianificazione relativa al settore acuto (art. 39 cpv. 1 LAMal), la pianificazione riguardante le case di cura dovrà essere ripresa e completata.

Basi del rapporto di pianificazione risultano essere in particolare la verifica della precedente pianificazione 2000-2010 e il monitoraggio dello sviluppo della popolazione anziana e dei posti letto, il tutto al fine di presentare una nuova pianificazione per il decennio in corso (attualizzando le proiezioni demografiche e l'offerta di posti letto fino all'orizzonte del 2020).

Dal bilancio della pianificazione 2000-2010 emerge che ad inizio 2000 in Ticino vi erano 3'792 posti letto negli istituti per anziani medicalizzati, mentre i posti letto effettivamente disponibili a fine 2010 risultavano 4'164 (a fronte del numero di 4'409 posti letto inseriti con la pianificazione del 2005).

Quale punto di partenza per calcolare il fabbisogno globale a fine 2020 è stato preso lo scenario base dell'evoluzione demografica per il Cantone Ticino 2003-2030 allestito per l'Ufficio cantonale di statistica a fine 2004, scenario leggermente adattato nel 2006 per i bisogni dello studio "ad hoc" che ha stimato il numero di persone che necessiterebbero di accoglienza in istituti per anziani medicalizzati nel periodo 2010-2020. Il modello di stima utilizzato tiene conto dell'ipotesi che nel 15% dei casi il guadagno nella speranza di vita degli anziani dovrebbe tradursi in anni di dipendenza, dunque di soggiorno in istituto, mentre nel restante 85% dei casi il guadagno nella speranza di vita dovrebbe tradursi in anni di buona salute. Tale parametro di "istituzionalizzazione" viene poi applicato all'evoluzione demografica futura stimata, cosa che permette di stimare il numero di persone anziane che richiederebbero accoglienza in istituto medicalizzato, dunque il fabbisogno di posti letto (già considerato un tasso massimo e "fisiologico" di occupazione dei letti del 98%). Interessante notare la crescita percentuale nel fabbisogno di posti letto, ammontante al 22% tra il 2010 e il 2020 (con un tasso di crescita del 10.2% tra il 2010 e il 2015 e del 10.6% tra il 2015 e il 2020). Tale importante fabbisogno supplementare è evidentemente dovuto alla forte evoluzione della popolazione anziana stimata per il presente decennio (aumento del 21.7% per la popolazione di 65 anni e più di età, ovvero 81'148 persone a fine 2020, e del 33.3% della popolazione di 80 anni e più di età, ovvero 24'962 persone sempre a fine 2020).

A livello di evoluzione del fabbisogno di posti letto a fine 2020 su scala regionale, si constata il seguente ordine decrescente: Malcantone e Vedeggio (+28.5%, con un maggior numero di posti letto di 116 unità), Luganese (+23.9%, con un maggior numero di posti letto di 307 unità), Mendrisiotto e Basso Ceresio (+22.3%, con un maggior numero di posti letto di 160 unità), Bellinzonese (+21.8%, con un maggior numero di posti letto di 127 unità), Locarnese e Vallemaggia (+19.1%, con un maggior numero di posti letto di 190 unità) e Tre Valli (+15.6%, con un maggior numero di posti letto di 63 unità).

Il rapporto si concentra anche sull'offerta che, in base alle iniziative attualmente individuate, dovrebbe permetterci di disporre di 5'049 posti letto in istituti per anziani medicalizzati a fine 2020. Su scala regionale si può dunque osservare che il comprensorio del Mendrisiotto e Basso Ceresio (+225 posti) risulterà essere la regione con un fabbisogno interamente coperto (con anzi un leggero surplus), il comprensorio delle Tre Valli (+66 posti) coprirà adeguatamente il suo fabbisogno, mentre il comprensorio del Luganese (+135 posti) non arriverà a coprire il proprio fabbisogno, quello del Malcantone e Alto Vedeggio (+105 posti) solo parzialmente, quello del Locarnese e Vallemaggia (+62 posti) coprirà il proprio fabbisogno perlomeno fino a metà decennio ed infine il comprensorio del Bellinzonese (+47 posti) risulterà la regione nella quale si fa più acuta la necessità di proporre nuovi posti letto nel presente decennio.

Successivamente il rapporto di pianificazione si concentra sulla questione dei posti letto per "cure acute e transitorie" (CAT), per "soggiorno temporaneo terapeutico" (STT) e per "soggiorno temporaneo" (ST). Va qui ricordato che il nuovo art. 25a LAMal (entrato in vigore il 1. gennaio 2011) introduce la nuova prestazione per "cure acute transitorie" (CAT) che si contraddistingue per essere l'erogazione di cure consecutiva a un soggiorno ospedaliero sulla base di una prescrizione di un medico dell'ospedale, con una durata massima di 2 settimane, finalizzata al ristabilimento delle condizioni di salute precedenti all'ospedalizzazione e finanziata limitatamente ai costi di cura. La nuova denominazione di "soggiorno temporaneo terapeutico" (STT), prevista dal messaggio governativo n. 6390, comprende invece, oltre alle prestazioni dei reparti ex-"alto contenuto sanitario" (posti letto ubicati presso le strutture per anziani di Cevio, Castelrotto, Sonvico ed Arzo), anche la nuova prestazione CAT. La forma di presa a carico STT risulta in sé funzionale alla necessità di completare l'offerta in ambito geriatrico (con l'obiettivo di limitare degenze improprie in strutture ospedaliere acute). In ottica pianificatoria, il rapporto sottolinea l'attuale impossibilità di quantificazione precisa del fabbisogno futuro di tale prestazione, mentre cifra, a seguito delle proposte ivi contenute, a 105 posti letto la dotazione totale di posti STT (CAT), con un'equa distribuzione regionale. Viene pure sottolineata l'importanza di poter disporre di posti letto destinati a "soggiorni temporanei" (ST), per un massimo di 3 mesi, questo in considerazione della loro necessità al fine di sgravare temporaneamente le famiglie. Va però riscontrato che, a livello pratico, esistono grosse difficoltà ad assicurare gli stessi, poiché i posti letto negli istituti per anziani medicalizzati risultano occupati in maniera duratura. Rispetto alle tipologie di offerta CAT, STT e ST, evidenziata l'attuale assenza di una pianificazione specifica (visto che tali offerte risultavano finora comprese nel totale dei posti per soggiorno di lunga durata), ci sarà dunque la necessità nel corso del presente decennio di poter offrire queste prestazioni in aggiunta ai posti letto di lunga durata in seno agli istituti per anziani medicalizzati.

Il rapporto conclude, dopo essersi soffermato sulle stime di impatto finanziario dovuto all'aumento di 640 posti letto medicalizzati (aumento della spesa di gestione corrente annua di CHF 65 Mio a fine 2020 rispetto a fine 2010 - dei quali CHF 22 Mio a carico dell'Ente pubblico (80% dei Comuni e 20% del Cantone) - e costi complessivi d'investimento per la realizzazione dei posti letto di CHF 190 Mio - di cui CHF 75 Mio a carico del Cantone), con un capitolo relativo alla pianificazione degli istituti per invalidi

adulti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal. Giova qui ricordare che, con la nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (in vigore dal 1. gennaio 2008), i costi per la costruzione e le spese di esercizio delle strutture per invalidi adulti sono interamente a carico dei Cantoni, con la necessità di procedere alla pianificazione in materia di strutture d'accoglienza per invalidi adulti. Nel decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal del 29 novembre 2005 sono state ritenute 15 strutture, per un totale di 439 posti letto, numero che viene leggermente corretto verso il basso (di meno 3 posti) in questa prima fase della pianificazione delle case di cura. Infine, si sottolinea che la necessità di nuove tipologie di strutture per invalidi, atte a sormontare la problematica della mancanza di strutture adeguate per le dimissioni di utenti da strutture acute o riabilitative (cosiddette strutture intermedie), verrà rivalutata nella seconda fase di pianificazione dell'art. 39 cpv. 3 LAMal.

## **ANALISI COMMISSIONALE**

Dall'analisi commissionale e dalle audizioni svolte, sono emerse differenti questioni, alcune di carattere generale (che oltre al presente messaggio governativo n. 6620, riguardano anche i messaggi n. 6619 - pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio - e n. 6621 - pianificazione della capacità di accoglienza degli istituti per anziani del Cantone Ticino -), altre invece riguardanti principalmente la pianificazione delle case di cura. Qui di seguito vengono riportate le principali considerazioni:

## **PROBLEMA DELL'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE**

Il crescente invecchiamento della popolazione, dovuto tra l'altro all'aumento della durata della vita e a un ridotto tasso di natalità, dovrebbe comportare a livello svizzero il raddoppio della popolazione con più di 65 anni entro il 2050, mentre dovrebbe vedersi triplicata quella con più di 80 anni e quadruplicata quella sopra gli 85 anni (cfr. ipotesi dell'Ufficio federale di Statistica dell'aprile 2007). Tutto ciò si ripercuoterà inevitabilmente e sensibilmente nel rapporto percentuale tra pensionati e popolazione attiva. Le importanti conseguenze che ne scaturiranno sono evidenti e riguarderanno, tra l'altro, il sistema pensionistico, i costi sanitari e i costi per la cura e l'assistenza delle persone anziane, il mercato del lavoro, l'organizzazione del territorio (mobilità e alloggio), nonché i rapporti intergenerazionali. Andrà dunque favorita concretamente l'autonomia della persona anziana, rafforzando d'altro canto le forme d'aiuto, dal sostegno intra-famigliare, al volontariato, all'assistenza e cura a domicilio, nonché alla presa a carico residenziale.

Evidentemente una delle principali ripercussioni della sfida demografica sarà quella di dover garantire un numero sempre maggiore di posti letto nelle case di cura. Il problema dell'invecchiamento della popolazione è dunque e chiaramente anche una questione finanziaria di notevole rilevanza.

Proprio per quanto appena sottolineato, la Commissione sanitaria considera indicato che la politica sappia, nel limite del possibile, anticipare le risposte. In questo senso, si ritiene utile che il Governo dia una risposta alla mozione del 18 febbraio 2008 "Ticino: prepariamo la società di domani" (prima mozionante Nicoletta Mariolini), esprimendosi in particolare sull'opportunità di elaborare un piano specifico riferito all'invecchiamento della popolazione, nonché sull'opportunità di definire il coordinamento tra i vari settori della politica rispetto alla sfida demografica. In questo senso, durante la seduta della

Commissione sanitaria del 28 marzo 2013, i rappresentanti del DSS hanno assicurato che la risposta all'atto parlamentare risulta attualmente in fase di ultimazione.

## **ANALISI E BILANCIO DEL SISTEMA DI FINANZIAMENTO DEI CONTRATTI DI PRESTAZIONE**

Nel settore delle case per anziani, lo strumento del contratto di prestazione associato al contributo globale è stato introdotto ormai da qualche anno e meglio nel corso del 2006. Nella discussione commissionale ci si è soffermati sulla questione a sapere quale fosse il bilancio dell'efficacia di questo nuovo sistema di finanziamento, consapevoli che solo un'analisi accurata delle varie prestazioni riportate ai costi permette di proporre ottimizzazioni. Sapere ad esempio se tutte le case per anziani costano uguale, se c'è una taglia ottimale per ottenere un contenimento dei costi, conoscere le possibili risposte di presa a carico e rapportarle ai bisogni dell'anziano, tutto ciò permette evidentemente una riflessione dal punto di vista dell'ottimizzazione sia qualitativa che in termini finanziari del sistema.

In tal senso, le audizioni con il Consigliere di Stato Beltraminelli e con i funzionari del DSS hanno permesso di venire a conoscenza dello studio commissionato all'USI e volto a stilare un primo bilancio del primo quinquennio di applicazione dello strumento del contratto di prestazione. Gli elementi di valutazione rispetto ai quali ruota lo studio sui contratti di prestazione sono insiti agli obiettivi postulati al momento dell'introduzione del nuovo sistema di finanziamento e spaziano dalla promozione dell'efficienza e dell'efficacia, al contenimento dei costi per un equilibrio finanziario e a una migliore qualità delle prestazioni erogate dagli enti finanziati, al rafforzamento di questi ultimi (maggiore autonomia manageriale, imprenditorialità e progettualità, nonché responsabilità gestionale), fino all'opportunità di nuove modalità di controllo.

Ad oggi gli esiti dell'analisi poc'anzi descritta non sono ancora pervenuti. Di certo, l'elaborazione dei dati raccolti potranno costituire un elemento utile per affrontare nel prossimo futuro messaggi di ulteriore aggiornamento della pianificazione del settore delle case di cura.

## **PROBLEMATICHE RISCONTRATE NEL SETTORE DELLE "CURE ACUTE TRANSITORIE" (CAT)**

In data 10 gennaio 2012 la Commissione sanitaria ha incontrato il dr. med. Pertoldi, presidente della società ticinese dei medici geriatri.

Lo stesso ha innanzitutto sottolineato come le "cure acute transitorie" (CAT) costituiscano un elemento importante nella presa a carico dell'anziano. Con il concetto delle "cure acute transitorie" (CAT) erano infatti stati introdotti chiari criteri di ammissione per gli istituti, questo con un progetto definito di rientro a domicilio.

Attualmente si riscontra però una capacità di presa a carico medico-infermieristica e riabilitativa relativamente limitata, tanto che le strutture dispensatrici di "cure acute transitorie" (CAT) - anche come conseguenza dell'introduzione del modello DRG nelle strutture ospedaliere - sono sempre più confrontate con pazienti instabili. In altri termini, la presa a carico nelle summenzionate strutture non è sufficientemente corrispondente alle patologie e alla complessità dei pazienti, ciò che implica continui trasferimenti in strutture

ospedaliera. Risulta dunque opportuno e prioritario stabilire quali debbano essere i pazienti in entrata. Viene dunque riferita una lacuna, tanto che un numero rilevante di pazienti anziani non risulta idoneo ad una riabilitazione intensiva e contemporaneamente appare inadeguato un trasferimento in strutture dispensatrici di “cure acute transitorie” (CAT), poiché pazienti troppo fragili. La società ticinese dei medici geriatri ritiene che si dovrebbe giungere ad aumentare il numero di strutture dispensatrici di “cure acute transitorie” (CAT).

Altro elemento interessante emerso dall’audizione è che, ad inizio degli anni 2000, in Ticino convivevano strutture ospedaliere di base dove si forniva un trattamento di ricondizionamento e riabilitazione geriatrica, strutture con letti ad alto contenuto sanitario, case per anziani, soggiorni temporanei e centri diurni, ciò che permetteva di disporre di una rete geriatrica ritenuta adeguata. Oggi si considera che tale situazione, in particolare con l’introduzione del sistema DRG per la fatturazione ospedaliera, non sia più ottimale e che l’orientamento del paziente anziano dopo un soggiorno in una struttura acuta unicamente verso una struttura dispensatrice di “cure acute e transitorie” (CAT) non sia ritenuta la soluzione più idonea. Infatti, si riscontra da parte delle strutture ospedaliere l’interesse di trasferire il paziente in una struttura non sovvenzionata dal sistema DRG, ciò che può comportare situazioni di pazienti inviati in strutture di riabilitazione intensiva senza che gli stessi siano nelle condizioni di poter beneficiare di tale trasferimento, rispettivamente trasferimenti di pazienti ancora sensibilmente compromessi in strutture CAT. Il rischio concreto è quello di una maggiore istituzionalizzazione in casa per anziani.

Il dr. med. Pertoldi ritiene che sia necessaria una riflessione che riguardi innanzitutto una valutazione del paziente anziano all’interno delle strutture ospedaliere, affinché venga indirizzato in un percorso geriatrico preciso e definito. A tal proposito, viene ritenuto indicato un potenziamento delle strutture geriatriche acute e dei team di geriatria all’interno delle strutture ospedaliere. Inoltre, risulterebbe opportuna una riflessione sui contenuti del modello di “cure acute transitorie” (CAT), più precisamente sui potenziali riabilitativi e terapeutici. Interessante risulta il modello di geriatria seguito nella Svizzera romanda, dove viene prevista una rete geriatrica con una figura di riferimento che segue il paziente in tutto il suo percorso.

Quale luogo privilegiato per pensare ad un percorso di “cure acute transitorie” (CAT), questo in qualità di struttura post ospedaliera, vengono anche indicate le case per anziani (in considerazione della presenza di una cultura geriatrica adeguata). In tal senso, le “cure acute transitorie” (CAT) andrebbero distribuite in modo capillare nelle case per anziani sufficientemente grandi. Interessante sarebbe pure spingere su un’intensa collaborazione tra le case anziani (messa in rete), fornendo un’offerta globale per la presa a carico dell’anziano (centri diurni, reparti protetti, letti CAT, servizi di cure palliative) all’interno delle strutture di grandi dimensioni.

Successivamente all’audizione con il dr. med. Pertoldi, in data 25 gennaio 2013, si è tenuto un incontro tra una delegazione della Società ticinese dei medici geriatri e il DSS. Alla Commissione sanitaria è stato recapitato un riassunto della discussione da parte della summenzionata società, riassunto di cui vengono qui di seguito riportate le principali considerazioni.

Innanzitutto, è stato sottolineato come l’esplosione demografica della popolazione anziana porterà ad un marcato aumento di persone affette da fragilità, dunque da patologie multiple e multidimensionali (somatiche, mentali e sociali), per le quali l’unico approccio utile risulta quello geriatrico. Si ritiene dunque imprescindibile sviluppare una risposta del sistema sanitario complessa, che comprenda diversi attori sanitari e sociosanitari organizzati in rete (dalla presa a carico ambulatoriale, alle discipline ospedaliere classiche,

alle “cure acute transitorie” (CAT), alla presa a carico domiciliare, fino alla presa a carico residenziale). Risulterebbe infatti illusorio pensare che un’offerta post-acuta articolata secondo il modello delle “cure acute transitorie” (CAT) possa costituire l’unica risposta alla fragilità. In Ticino, con lungimiranza, si è proceduto ad una correzione del modello delle “cure acute transitorie” (CAT) estendendo il periodo di presa a carico dagli iniziali 14 giorni agli attuali 28 giorni, questo grazie al concetto del “soggiorno temporaneo terapeutico” (STT), con il vantaggio di erogazione di quest’ultima prestazione anche a utenti anziani in provenienza dal proprio domicilio e non solo in fase post-ospedaliera.

Da rilevare pure che, nel nostro Cantone, fino a  $\frac{1}{4}$  dei pazienti anziani degenti in strutture ospedaliere è caratterizzato da polimorbilità e fragilità. Inoltre, le diverse strutture geriatriche acute presenti nelle strutture ospedaliere pubbliche e private garantiscono una presa a carico geriatrica ospedaliera adeguata e distribuita uniformemente sul territorio.

Ciò che viene criticato risulta invece essere la scelta di non aver considerato sufficientemente la tematica geriatrica nell’analisi del fabbisogno a livello pianificatorio, questo in particolare con riferimento alla pianificazione ospedaliera. Secondo la Società ticinese dei medici geriatri andrebbero valutate la definizione di criteri di qualità più dettagliati per i cosiddetti reparti Alzheimer, l’introduzione di un sistema di “medico della casa” in luogo della libera scelta del medico, l’introduzione di un medico unico per i reparti Alzheimer, la raccomandazione a seguire il corso “Long Term Care” per i medici attivi in case per anziani o in strutture CAT, la creazione di centri diurni di “respite care” per malati affetti da sindromi demenziali in fase avanzata, la diversificazione dell’offerta delle case per anziani secondo i bisogni regionali, la definizione di mandati specifici organizzati regionalmente, nonché la creazione di un ente di coordinamento regionale (con la figura dell’infermiere di “liaison”).

A seguito dell’audizione del 10 gennaio 2012 con il dr. med. Pertoldi e della ricezione del riassunto sull’incontro avuto in data 25 gennaio 2013 tra la Società ticinese dei medici geriatri e i rappresentanti del DSS, la Commissione speciale sanitaria ha ritenuto importante eseguire un incontro con i rappresentanti del DSS, incontro tenutosi in data 28 marzo 2013 alla presenza del Direttore della Divisione della salute pubblica e coordinatore del DSS Paolo Bianchi e del Direttore dell’azione sociale e delle famiglie Claudio Blotti.

È così emerso che nel 2012 si è approntato un monitoraggio dello sviluppo del settore CAT (“cure acute transitorie”), modello che è stato da più parti criticato, tanto che alcuni Cantoni non lo hanno introdotto e che in Ticino, come noto, si è optato per un prolungo a 28 giorni rispetto al limite di 14 giorni. Va però rimarcato che il modello CAT (“cure acute transitorie”) ha comunque dimostrato una sua efficacia, con un grado di rientro a domicilio superiore al 70% e che i limiti si riscontrano in particolare di fronte al nuovo sistema di finanziamento DRG. Proprio per questi motivi sono attualmente in corso delle riflessioni volte ad una semplificazione del modello, tese ad un potenziamento della presa a carico negli istituti di medicina di base e nelle strutture CAT. Lo scopo è dunque quello di ridisegnare il percorso del paziente dalla fase acuta al rientro a domicilio (ad es. criteri d’entrata, requisiti strutturali, presenza medica nelle strutture, ecc.), questo valutando l’introduzione di una struttura di tipo intermedio che possa corrispondere alle attuali strutture di medicina di base e nel contempo agli attuali reparti CAT. Evidentemente, uno dei problemi centrali resterà quello del finanziamento, considerato come la forma di finanziamento CAT (“cure acute transitorie”) attuale ha un costo sensibile in particolare per la partecipazione richiesta al cittadino-utente, ma pure per l’Ente pubblico (Comuni e Cantone), e con una partecipazione degli assicuratori malattia che risulta più limitata. Lo scopo sarà dunque quello di trovare con gli assicuratori malattia una diversa forma di finanziamento, che implichi una loro migliore partecipazione e che permetta al contempo



di salvaguardare la situazione preesistente, tramite una semplificazione ed in attesa di sviluppi a livello federale sul sistema DRG.

In quest'ottica, in data 24 aprile 2013 il Governo ha confermato che il DSS sta attualmente conducendo, nell'ambito dei lavori della pianificazione ospedaliera dell'art. 39 cpv. 1 LAMal, un'ampia riflessione per quanto riguarda la presa a carico in ambito acuto dei pazienti che hanno terminato la prima fase della loro cura ospedaliera, ma che richiedono ancora prestazioni meno intense prima della dimissione definitiva o che necessitano unicamente di un ricovero di questo secondo tipo. Per questo genere di presa a carico e per il relativo finanziamento, in diversi Cantoni sono state trovate delle soluzioni proprie. D'altro canto, a livello federale sono pure in atto delle riflessioni relative alle cure post-acute per ripensare e affinare il sistema di finanziamento di queste prestazioni. Si sta dunque attualmente lavorando a livello cantonale su una soluzione che permetta la messa a disposizione di strutture intermedie con contenuti di cura più intensi di quelli previsti dall'art. 25a LAMal e di natura comunque ospedaliera, che permettano di semplificare il percorso del paziente post-acuto tramite una presa a carico coordinata e multidimensionale, evitando passaggi attraverso diverse tipologie di strutture.

Per questi motivi, il Consiglio di Stato ha invitato la Commissione speciale sanitaria a voler incorporare la tematica dei posti letto CAT e delle CAT ambulatoriali dalla trattazione dei messaggi n. 6619, 6620 e 6621, assicurando che tale questione verrà ripresa nell'ambito del messaggio che concernerà la pianificazione ospedaliera.

## **CONCLUSIONI COMMISSIONALI**

In esito alle considerazioni che precedono, la Commissione speciale sanitaria invita il Gran Consiglio ad approvare il messaggio governativo n. 6620, riguardante l'aggiornamento della pianificazione delle case di cura, questo fatto salvo il capitolo relativo alle "cure acute transitorie" (CAT).

Per la Commissione speciale sanitaria:

Stefano Steiger, relatore  
Campana - Cereghetti - Del Don -  
Delcò Petralli - Denti - Galusero -  
Jelmini - Lepori - Pagani - Peduzzi -  
Polli - Ramsauer - Robbiani - Sanvido

Allegato: Parere 4 giugno 2013 della Commissione della gestione e delle finanze

Disegno di

## **DECRETO LEGISLATIVO**

**concernente l'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), parte pianificazione case di cura - 1<sup>a</sup> fase (art. 39 cpv. 3 LAMal: Anziani e Invalidi)**

Il Gran Consiglio  
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il Rapporto del dicembre 2011 della Commissione della pianificazione sanitaria;
- richiamati gli artt. 63 e seguenti della Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) del 26 giugno 1997;
- visto il messaggio 21 marzo 2012 n. 6620 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 6 giugno 2013 n. 6620R della Commissione speciale sanitaria,

**d e c r e t a :**

### **Articolo 1**

L'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), parte pianificazione case di cura - 1<sup>a</sup> fase (art. 39 cpv. 3 LAMal: Anziani e Invalidi) è approvato nel senso dei considerandi e delle conclusioni del rapporto commissionale e della discussione parlamentare.

### **Articolo 2**

Il presente decreto legislativo è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore.

**Parere scritto del 4 giugno 2013 della Commissione della gestione e delle finanze in merito al messaggio n. 6620 del 21 marzo 2012 *Aggiornamento della pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) - parte pianificazione case di cura - 1<sup>a</sup> fase* (art. 39 cpv. 3 LAMal - DL del 29 novembre 2005) e al relativo rapporto della Commissione speciale sanitaria**

Conformemente all'art. 65 della Legge d'applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattia (LCAMal) del 26 giugno 1997, la Commissione della gestione e delle finanze è chiamata a esprimere il suo parere nell'ambito del rapporto della Commissione speciale sanitaria che dà seguito al messaggio riguardante la pianificazione dell'offerta intesa a coprire il fabbisogno di cure della popolazione ai sensi dell'art. 39 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal) del 18 marzo 1994.

In questo ambito la Commissione prende atto che il Consiglio di Stato propone di inserire 640 posti letto supplementari nel nuovo elenco degli istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal.

|                           | <b>Posti letto supplementari riconosciuti</b> |
|---------------------------|---|
| <b>Totale TI</b>          | <b>640</b>                                    |
| Mendrisio e Basso Ceresio | 225   |
| Luganese                  | 135   |
| Malcantone e Vedeggio     | 105   |
| Locarnese e Vallemaggia   | 62  |
| Bellinzonese              | 47  |
| Tre Valli                 | 66  |

Fonte: UACD, 2011. Elaborazione: DASF, 2011.

In questa prima fase, con l'aumento di 640 posti letto supplementari, il totale dei posti letto disponibili raggiungerebbe così le 5'049 unità. Al fine di raggiungere la messa a disposizione di 5'357 posti, cifra indicata per una copertura completa del preventivato fabbisogno in posti letto medicalizzati a livello ticinese a fine 2020, sarà dunque necessario prevedere ca. 310 ulteriori nuovi posti letto entro la fine del decennio.

In questa prima fase della pianificazione delle case di cura, l'aumento di 640 posti letto medicalizzati comporterà un maggior onere finanziario in gestione corrente di poco più di 65 milioni di franchi. L'impegno finanziario annuale sarà così ripartito:

- ca. 17 milioni di franchi a carico degli assicuratori malattia;
- ca. 22 milioni di franchi a carico dell'Ente pubblico, di cui 17.6 milioni a carico dei Comuni (80%) e 4.6 milioni a carico del Cantone (20%);
- ca. 22 milioni di franchi a carico degli utenti degli istituti per anziani medicalizzati.

Il costo complessivo per la realizzazione dell'investimento sopra prospettato, ossia 640 nuovi posti letto medicalizzati, è pari a circa 190 milioni di franchi: 115 milioni di franchi rimarranno a carico dei promotori, mentre 75 milioni di franchi, tramite il sussidio a fondo perso previsto dalla Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LAnz) del 30 novembre 2010, saranno erogati dal Cantone.

Gli importi in questione forniscono la misura dell'impegno finanziario che il Cantone Ticino dovrà affrontare nel prossimo decennio nell'ambito della pianificazione dell'offerta di cure. Soprattutto per quanto attiene l'onere finanziario di gestione corrente, nell'ambito del piano finanziario, sarà dunque necessario far collimare la politica finanziaria del Governo con le accresciute esigenze della popolazione.

Per la Commissione gestione e finanze:

Marco Chiesa, relatore

Bacchetta-Cattori - Badasci - Bignasca A. - Brivio -

Caimi - Dadò - Garobbio - Guerra - Guidicelli -

Kandemir Bordoli - Lurati S. - Solcà - Vitta