

**della Commissione speciale sanitaria
sul messaggio 21 marzo 2012 concernente la Pianificazione 2010-2020
della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino
Aggiornamento della Pianificazione 2000-2010**

*“L'invecchiamento è nel domani di ciascuno di noi”
(Jones 2005)*

CHI È L'ANZIANO

Secondo la legge cantonale, sono considerate persone anziane “le persone che in base alla legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti hanno l'età stabilita per il diritto alla rendita di vecchiaia.”¹ Quindi, le donne a partire dai 64 anni compiuti e gli uomini a partire dai 65 anni. Sotto quest'accezione nel Cantone vivono oggi circa 68'000 anziani, pari a circa il 20% della popolazione residente (ca. 334'000). All'interno di questo gruppo, che definiamo anziani 65+, assume forte rilevanza un sottogruppo, quello degli anziani 80+, che costituisce il riferimento essenziale per la pianificazione cantonale delle case per anziani. Si tratta, a oggi, di 19'000 persone, pari a circa il 6% della popolazione residente.

RUOLO DELL'ENTE PUBBLICO

Il ruolo dello Stato è sviluppato su di un sistema di garanzia della prestazione, in quanto lo Stato promuove, finanzia e controlla direttamente la gestione del servizio, garantendone la qualità e l'accessibilità sul piano sociale e territoriale. In base al bisogno, misurato con appositi strumenti di valutazione, vengono assicurati servizi e contributi economici finalizzati a favorire il mantenimento a domicilio e posti letto in case per anziani.

Nel complesso, si tratta di un sistema fortemente orientato verso l'offerta di servizi.

Questo sistema si è sviluppato gradualmente negli ultimi 30-40 anni rispondendo a vari input: amministrazione cantonale, enti locali, forze politiche, associazioni, fondazioni, movimenti, ecc. Verosimilmente, è proprio grazie alla gradualità del suo sviluppo e alla varietà degli input che l'attuale sistema risulta adeguato ai bisogni espressi, direttamente o indirettamente, dai nostri anziani. La prova è che, a parte qualche segnalazione puntuale di malfunzionamenti marginali, il grado di soddisfazione degli utenti dei servizi e dei loro familiari risulta elevato.

¹ Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LAnz), del 30 novembre 2010, art. 3.

PREAMBOLO

La presente Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino costituisce un aggiornamento rispetto alla precedente Pianificazione 2000-2010 del luglio 2003, approvata dal Consiglio di Stato con risoluzione n. 281 del 27 gennaio 2004.

Con l'entrata in vigore della nuova Legge Anziani (LANz) del 30 novembre 2010 è responsabilità del Gran Consiglio l'approvazione della Pianificazione della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino.

Questa pianificazione, in base all'articolo 5 cpv. 1 della Legge Anziani (LANz), il Consiglio di Stato *"al fine di garantire un'adeguata risposta ai differenti bisogni e un'equa distribuzione dell'offerta delle attività a favore delle persone anziane, sentiti i Comuni e gli enti interessati, pubblici e privati, rileva i bisogni esistenti e fissa l'ordine di priorità degli interventi da sostenere"* per mezzo di una pianificazione cantonale. Al cpv. 2 si precisa che *"la pianificazione di questi interventi è sottoposta per approvazione al Gran Consiglio"*.

Sinergia con la Pianificazione ospedaliera

Vista l'importante interconnessione e complementarietà alle cure previste dalla pianificazione in oggetto in relazione alla più ampia offerta sanitaria cantonale, la vostra commissione desidera sollevare una critica all'indirizzo del dipartimento competente in relazione alla modalità di elaborazione di questo progetto di pianificazione.

Molte basi comuni si intrecciano tra quanto previsto secondo la Legge Anziani (LANz) e la pianificazione case di cura secondo la Legge federale Malattia (LAMal) e dalla Legge sull'assicurazione malattie (LCAMal). La vostra Commissione avrebbe salutato con piacere un approccio strategico integrato che esprimesse un documento completo di pianificazione sanitaria (ospedaliera e case anziani).

Procedura di consultazione da migliorare

È vero che la procedura prevista dall'art. 64² della Legge cantonale d'applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) è stato rispettato convocando nell'estate del 2011 le sei conferenze regionali della sanità coinvolte nel progetto d'aggiornamento della pianificazione delle case di cura; ma questo secondo la scrivente commissione era semplicemente il minimo legale.

Vista l'importanza del dossier pianificatorio, che secondo la scrivente commissione necessita una visione integrata e di più ampio respiro, sarebbe auspicabile in futuro adoperarsi affinché la procedura di consultazione prevista dalla legge sia migliorata considerando il più ampio ventaglio di attori attivi in prima persona nel settore.

Sostenere che gli elementi più importanti della Pianificazione 2010-2020 in base alla Legge anziani sono stati presentati all'assemblea ordinaria dell'Associazione dei Comuni in ambito sociosanitario (ACAS) tenutasi lo scorso 6 dicembre 2010 a Lugano non può essere considerato sufficiente.

² Il Consiglio di Stato elabora la pianificazione in collaborazione con la Commissione della pianificazione sanitaria, nella quale sono rappresentati tutti gli ambienti interessati, consultando le Conferenze regionali della sanità, nelle quali sono rappresentati tutti gli ambienti interessati di ogni regione.

Per la prossima procedura di pianificazione invitiamo il dipartimento a proporre una modifica dell'art. 64 Legge di applicazione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LCAMal) affinché si possa tener in maggior considerazione un più ampio ventaglio di attori attivi nel settore.

PREMESSA

La pianificazione è uno strumento necessario per anticipare le risposte ai bisogni demografici, sociali e sanitari di domani in funzione di quanto si è in grado di osservare e valutare oggi.

I dati a disposizione del Cantone mostrano una crescita numerica degli anziani di 80 o più anni di età molto importante in Ticino durante lo scorso decennio (+4'094 unità da fine 2000 a fine 2010, pari ad un aumento del 27.5%) Nel corso dell'attuale decennio, la progressione stimata della popolazione anziana ultraottantenne sarà ancora più marcata (+6'242 unità dal 2010 al 2020, pari al 33.3%).³

Nel 2020 gli anziani 65+ saranno circa 81'000 (+19% ca. rispetto al 2010), cioè il 23% della popolazione residente (ca. 345'000), mentre gli anziani 80+ saranno circa 25'000 (+31% ca. rispetto al 2010), cioè il 7% della popolazione residente. Questa crescita esponenziale della popolazione anziana richiede una serie di interventi, se vogliamo continuare a soddisfare adeguatamente i bisogni.

Recenti previsioni demografiche mostrano addirittura, a partire all'incirca dal 2035, una crescita in Svizzera unicamente della componente più anziana della popolazione: le persone di 65 e più anni rappresenteranno in Ticino, nel 2035, un terzo della popolazione (da poco meno di 70'000 nel 2010 a ca. 115'000 mila nel 2035).

L'aumento esponenziale della popolazione anziana, oltre a rappresentare senza dubbio un successo - perché gli anziani, al di là di vivere più a lungo, vivono meglio e in migliori condizioni di salute rispetto alle generazioni passate -, pone l'autorità politica dinanzi a un'importante sfida, perché sarà necessario assicurare loro, in aggiunta ai mezzi necessari allo sviluppo di un loro progetto di vita, pure un'adeguata assistenza e cura.

La politica cantonale a favore degli anziani si realizza tramite aiuti diretti (AVS, PC, riduzione dei premi LAMal) e indiretti, volti da una parte a promuovere l'autonomia e la sicurezza finanziaria, importante fattore di benessere e di integrazione sociale, e dall'altra, allo sviluppo di una solida rete socio-sanitaria in grado di assicurare cure di qualità agli anziani la cui autonomia è compromessa parzialmente o totalmente.

Gli aiuti diretti permettono oggi agli anziani di godere di una maggior sicurezza finanziaria rispetto ad altre categorie di persone, quali i giovani o le famiglie con figli a carico. Da questo punto di vista il contributo del Cantone è ritenuto buono.

Necessiteranno invece di uno sforzo finanziario pubblico accresciuto nei prossimi anni i due settori complementari delle case per anziani e dell'assistenza e cura a domicilio. Quest'ultimo aspetto sarà trattato nello specifico rapporto.

³ La popolazione **65+ anni** si attesterà a ca. **81'150** persone (23.5% della popolazione stimata), con un aumento di ca. **14'450** persone rispetto al 2010 (**+21.7%**) e la popolazione **80+ anni** si attesterà a ca. **25'000** persone (7.2% della popolazione stimata), con un aumento di ca. **6'250** persone rispetto al 2010 (**+33.3%**)

Per quanto riguarda in particolare il settore residenziale l'intenzione è di poter mettere a disposizione ca. 900 nuovi posti letto supplementari ben ripartiti sul territorio cantonale grazie alle iniziative già prospettate.

BILANCIO PIANIFICAZIONE 2000-2010

Evoluzione posti letto nelle Case per Anziani CPA medicalizzate

Rispetto ad un fabbisogno a fine 2010 di circa 560 posti necessari, ne sono stati creati solo 372 (circa 1/3 in meno) che ha comportato a fine 2010 un deficit scoperto di circa 230 posti letto a livello cantonale.

Evoluzione posti letto medicalizzati rispetto alla pop. 80+ anni

Per questo particolare segmento l'evoluzione è stata in linea con la pianificazione prevista che conferma una riduzione in linea con gli obiettivi postulati nel 2003 (previsione di 227 posti per fine 2010). Si è partiti con 255 posti letto ogni 1000 abitanti di età superiore agli 80+ nel 2000 con l'obiettivo di ridurli a 220 nel 2010. Permangono comunque sempre delle differenze dovute al riallineamento parziale densità regionale di posti letto verso media cantonale.

Evoluzione tasso di occupazione dei posti letto nelle Casa per Anziani CPA

Anche questo indicatore ha segnato un miglioramento tendente all'occupazione totale passando da un tasso di occupazione per i posti letto di lunga durata dal 94% nel 2000 al ca. 98% dopo il 2007.

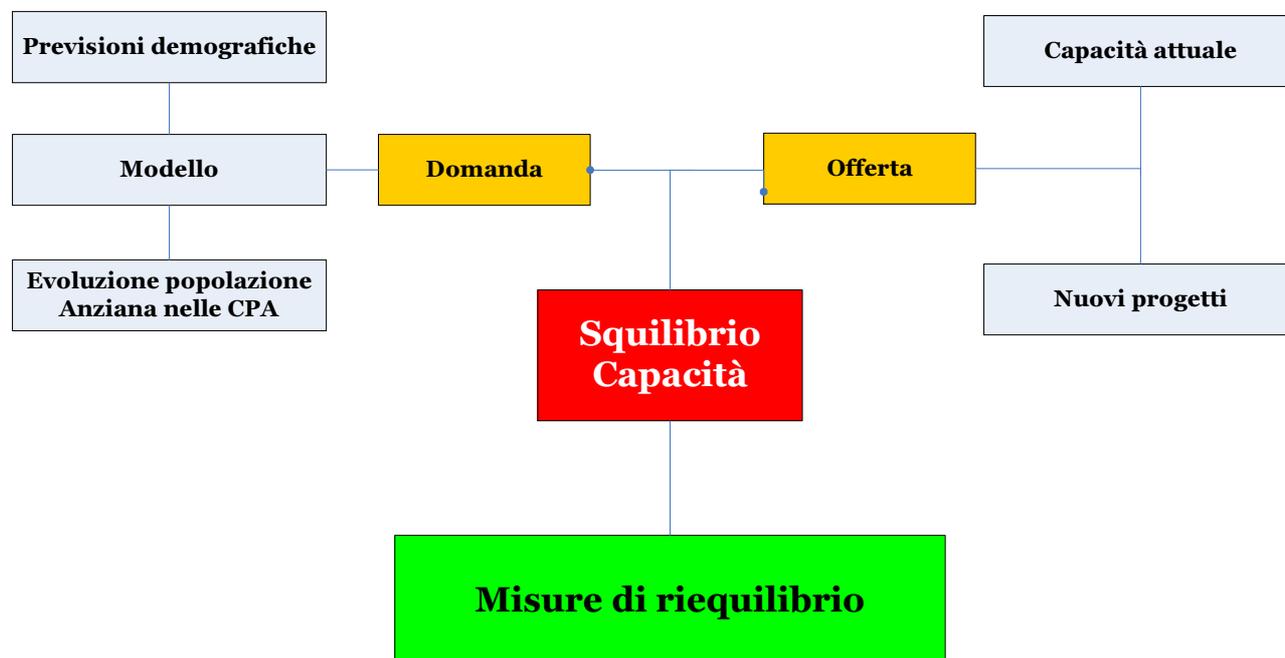
Situazione a fine 2010 - Case per Anziani CPA

- 65 CPA (tutte medicalizzate);
- 2 CPA di soli appartamenti protetti;
- età media ospiti: 86.3 anni donne e 82.9 anni uomini;
- 73% ospiti donne e 27% ospiti uomini;
- stato di dipendenza degli ospiti elevato (complessità dei casi in aumento).

Prestazioni offerte nelle case per anziani ticinesi

- posti letto per soggiorno di lunga durata (SDL; ca. 4'050);
- posti letto per soggiorno temporaneo (max. 3 mesi, ST) (ca. 50 posti);
- posti letto per "soggiorno temporaneo terapeutico" (STT, ex-ACS); 60 posti totali dal 1.01.2011 e 15 posti ognuno a Cevio, Castelrotto, Sonvico e Arzo;
- unità Alzheimer (posti compresi nei SDL, ca. un centinaio di posti);
- centri diurni terapeutici (in alcune CPA);
- prestazioni di cura (art. 7 cpv. 2 Oppe) (consigli e istruzioni, esami e cure, cure di base);
- ergoterapia, fisioterapia, cure palliative;
- servizi alberghieri con animazione, attività ricreative, ecc.

LO SCHEMA DI PIANIFICAZIONE



Oggigiorno il nostro vissuto culturale, quando siamo posti di fronte al fatto che l'autonomia della persona e la sua capacità di far fronte alla propria vita quotidiana diminuiscono, la "soluzione" casa per anziani rimane l'ultima ratio.

Questo modo di rappresentare la casa per anziani è molto diffuso, semplificato e quant'anche semplicistico. Diminuzione dell'autonomia risolta con la casa per anziani.

In realtà, per dare un senso alla vita di chi lascia il proprio domicilio per varcare la soglia di un istituto, occorre che questo sia in grado di proporsi, appunto e innanzitutto, come luogo di vita a tutti gli effetti. I futuri spazi destinati alla vita degli anziani dovranno essere strutturati tenendo conto dei bisogni fondamentali degli stessi e quindi dalla loro necessità di essere riconosciuti nella loro identità, nei propri ruoli sociali, nel proprio essere occupazionale e nel proprio diritto di continuare a effettuare delle scelte. I bisogni delle persone non sono astratti, bensì reali, concreti.

L'obiettivo da perseguire è in ogni caso la permanenza dell'anziano al proprio domicilio il più a lungo possibile.

Stima 2010-2020 fabbisogno cantonale di posti letto in CPA

Il fabbisogno di posti letto medicalizzati a livello cantonale è in crescita rispetto al 2010 che ne prevedeva 4'393 (4'164 effettivamente disponibili). Per il 2015 sono previsti 4'842 posti necessari mentre per fine 2020 i posti necessari previsti sono 5'357 (1'193 posti in più rispetto al dato effettivo 2010).

Fabbisogno stimato, confronto con offerta prospettata (2020)

L'aumento dell'offerta in oggetto non coprirebbe, tuttavia, il fabbisogno ancora scoperto all'orizzonte di fine 2020, per il quale si necessiterebbero di ca. 310 nuovi posti letto supplementari da individuare con nuove iniziative. Dal confronto tra il fabbisogno stimato e l'offerta prospettata, si mette in evidenza a livello cantonale la necessità di nuovi progetti per colmare la lacuna evidenziata già per la fine del 2010 (scoperto di ca. 230 posti) che incrementerebbe a fine 2020 (scoperto di ca. 310 posti).

La situazione a livello regionale è comunque diversificata con un'offerta adeguata.

Spesa per nuovi investimenti

Il Messaggio fornisce un'indicazione sommaria degli ordini di grandezza per investimenti e spese di gestione corrente che il settore degli istituti per anziani medicalizzati potrà conoscere nei prossimi anni a seguito dell'auspicato adeguamento dell'offerta di posti letto al fabbisogno stimato.

La copertura completa di tale fabbisogno comporterebbe un investimento globale stimato per Cantone ed enti promotori di circa 300 mio di franchi (in base ai costi attuali non indicizzati).

Aumento spesa per gestione corrente (annua) a carico dell'Ente pubblico

La copertura completa del fabbisogno stimato all'orizzonte 2020, disporre di circa 1'200 posti letto medicalizzati in più rispetto alla situazione di fine 2010 significherebbe una spesa supplementare di gestione corrente a carico dell'Ente pubblico di ca. 40 milioni di franchi all'anno: ca. 32 milioni a carico dei Comuni (80%) e ca. 8 milioni a carico del Cantone (20%). 40 mio di franchi supplementari all'anno rispetto alla situazione attuale (contributo globale erogato nel 2010 di ca. 110 Mio di franchi).

In questo contesto avanziamo pure un tema di riflessione relativo al sistema attuale di cantonalizzazione dei disavanzi delle case di cura che mira ad assicurare la possibilità di finanziare case per anziani in numero e qualità adeguati per tutti gli anziani del Ticino. Questa nuova pianificazione farà lievitare i costi e i correlati "contributi di solidarietà" che i comuni paganti saranno chiamati a versare.

Il fondo di cantonalizzazione dei disavanzi delle case di cura è de facto un secondo fondo di compensazione intercomunale che va a gravare ulteriormente sui bilanci dei comuni. Un contributo che va ad aggiungersi a quelli della perequazione intercomunale ma del quale spesso e volentieri ci si dimentica quando si affronta il tema di eventuali aggiustamenti del sistema di livellamento delle risorse finanziarie dei comuni.

È auspicabile che in futuro si affronti anche questo tema valutando l'incidenza di questo costo supplementare che grava sulle finanze comunali implementando degli indicatori che permettano di misurare l'efficacia e l'efficienza delle case anziani.

Cosa sono le "cure acute e transitorie (CAT)

Il 13 giugno 2008 l'Assemblea federale ha approvato la *Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure*, che ha comportato anche la modifica della *Legge federale sull'assicurazione malattie* (LAMal), del 18 marzo 1994, introducendo

l'art. 25a. Questo articolo definisce un nuovo concetto di cure, limitate nel tempo e consecutive ad un soggiorno ospedaliero, denominate prestazioni di "cure acute e transitorie (CAT)". Il Consiglio federale ha stabilito l'entrata in vigore del nuovo ordinamento a partire dal 1° gennaio 2011.

Il medico ospedaliero prescrive, alla dimissione di un paziente che era degente, le cosiddette prestazioni CAT. Queste terapie sono un insieme di cure infermieristiche (consigli e istruzioni, esami e cure, cure di base) erogate in base ad una valutazione del bisogno terapeutico e il cui obiettivo è ristabilire "[...] *le competenze di cura personali in modo che il paziente possa riappropriarsi delle capacità disponibili e delle possibilità presenti nel suo spazio usuale prima della degenza in ospedale*".

Le prestazioni fornite sottoforma di cure acute e transitorie possono avere una **durata massima di 14 giorni** e possono essere erogate solo dalle seguenti persone/istituti:

1. infermiere e infermieri indipendenti;
2. organizzazioni di cure a domicilio;
3. case di cura (come descritto nell'art. 39 cpv. 3 LAMal).

Tutti i pazienti dimessi da un ospedale o da una clinica del Cantone che soddisfano le condizioni enunciate nel *Modulo d'annuncio per cure acute e transitorie (CAT)* potranno usufruire di queste cure presso quattro Istituti per anziani se in età AVS (64 anni per le donne e 65 per gli uomini) o al proprio domicilio (indipendentemente dall'età).

In particolare, il punto più preoccupante è quello concernente la presa a carico di queste Cure Acute Transitorie (CAT). La legge le prevede già a partire dal nuovo finanziamento delle cure.

Gli ospedali sul territorio si muovono già in questa direzione, dimettendo più pazienti e più in fretta. Tuttavia si apprende che per ora il sistema di presa a carico è rimasto invariato. Nessun potenziamento annunciato già al momento dell'approvazione del nuovo finanziamento è stato effettuato e, incredibile, non ci sono ancora le autorizzazioni di polizia sanitaria per poter dar seguito a questa presa a carico nel settore ambulatoriale.

Pur comprendendo le difficoltà di estendere le CAT al settore ambulatoriale, mal si capisce l'immobilismo rispetto ad un potenziamento di tipo stazionario. Senza poi parlare dei requisiti formativi non soddisfatti.

Fintanto che non saranno definiti i requisiti di polizia sanitaria necessari all'autorizzazione all'esercizio per le organizzazioni di cure a domicilio e per gli infermieri indipendenti, i requisiti di finanziamento e la convenzione speciale con gli assicuratori malattia **sarà possibile usufruire dei trattamenti di cure acute e transitorie solo presso i quattro istituti per anziani sotto elencati** (quindi per il momento **limitatamente a persone in età AVS**):

1. Casa per anziani Santa Lucia, 6864 Arzo
2. Casa anziani Malcantonese di Castelrotto, 6980 Castelrotto
3. Centro Sociosanitario Casa anziani di Vallemaggia, 6675 Cevio
4. Casa per anziani Opera Charitas, 6968 Sonvico

Come prescrivere prestazioni di cure acute e transitorie?

Il **medico ospedaliero** verifica che tutte le seguenti condizioni siano rispettate:

1. i problemi di salute di carattere acuto sono noti e stabilizzati. Non si rendono più necessarie prestazioni diagnostiche e terapeutiche in un ospedale acuto (compreso il reparto geriatrico di un ospedale). Non sussiste un bisogno di riabilitazione presso una clinica di riabilitazione;
2. il paziente necessita di cure da parte di personale infermieristico qualificato, a seguito di un ricovero in un ospedale acuto;
3. le cure acute e transitorie sono una fase del processo di cura. Esse sono prescritte sulla base di un bisogno e con finalità definite e non sono previste quali periodo in attesa di un'ammissione in una clinica riabilitativa o in una casa di cura. Da rilevare che per i residenti in Istituto per anziani prima dell'ospedalizzazione, è previsto solo il rientro nell'Istituto di provenienza (per questi casi non è quindi indicata la prescrizione di cure acute e transitorie);
4. dato che le CAT hanno come obiettivo il ristabilimento delle competenze, l'obiettivo è un rientro a casa che eviti una riospedalizzazione;
5. viene allestito un piano di cura con le misure atte al raggiungimento degli obiettivi.

Se presenti i requisiti citati, il medico:

- verifica la disponibilità di posti letto presso uno dei quattro Istituti per anziani autorizzati, tramite il formulario "*Richiesta d'ammissione cure acute e transitorie (CAT) in istituti per anziani*";
- una volta ottenuto il nulla osta invia il formulario "*Modulo d'annuncio per le cure acute e transitorie (CAT)*" alla cassa malati del paziente e in copia all'istituto ricevente;
- informa il paziente che dovrà sostenere un costo di Fr. 50.- per ogni giorno di degenza, quale compartecipazione ai costi d'albergheria presso la struttura autorizzata a erogare cure acute e transitorie.

Si rende attenti che il paziente potrà usufruire di queste prestazioni solo per il **tempo prescritto** sul "*Modulo d'annuncio per cure acute e transitorie (CAT)*", ma al massimo per 14 giorni.

Rischi relativi alle cure acute e transitorie CAT

Le preoccupazioni e i suggerimenti indirizzati dai medici alla classe politica prima dell'introduzione del DRG in relazione alle cosiddette "dimissioni precoci dei pazienti", sono state confermate dalle Associazione dei Pazienti di tutta la Svizzera che, nel 2012, sono state sommerse dalle segnalazioni, al punto che nella Svizzera centrale vi è stato un aumento pari addirittura al 20%. Vista la situazione, l'Associazione svizzera dei Pazienti giunge alla conclusione, già preconizzata dal corpo medico, che negli ospedali debbano essere ripristinati i reparti subacuti (dove il paziente possa essere seguito dopo la fase acuta e prima del rientro al domicilio). Inoltre, deve essere potenziata l'offerta SACD (Servizi di Assistenza e cura a domicilio) in modo che i pazienti possano essere curati a casa propria.

La pianificazione oggetto di questo messaggio stabilisce una presa a carico nel subacuto negli istituti per anziani per quanto riguarda i CAT. Riteniamo che questo comporti un rischio, dato che in Ticino, questi reparti esistono solo in quattro case per anziani e sono

previsti solo per pazienti in età AVS: dove andranno quindi i malati che non raggiungono quest'età canonica?

Saranno presi a carico come "urgenze" dai SACD? Ricordiamo che già oggi questo servizio ha problemi legati alle risorse e alla pianificazione dei turni del personale che inducono sia l'insoddisfazione dei dipendenti che quella degli utenti, dato che i primi si trovano confrontati con orari "spezzettati" e i secondi con una forte rotazione delle persone che si prendono cura di loro, mentre invece è importante che gli operatori di riferimento per un paziente siano il minor numero possibile.

Proposte relative alle cure acute e transitorie CAT

L'evoluzione dovuta al nuovo finanziamento degli ospedali, con la relativa diminuzione delle durate di soggiorno, e l'evoluzione epidemiologica di un paziente sempre più complesso, poli-morbido hanno progressivamente modificato la natura dell'intervento dei SACD e anche degli OACD (spitex commerciali privati). Da Enti nati a indirizzo prevalentemente socio-assistenziali ad Enti a forte componente sanitaria.

La Commissione auspica che sia trovato un equilibrio dell'offerta tra pubblico e privato in modo da garantire una corretta copertura del fabbisogno comprovato.

C'è una soluzione che può implementare il Governo? A mente della scrivente commissione ce ne sono 2.

1. **La prima proposta** è quella di permettere ai SACD e OACD di offrire le loro prestazioni come qualsiasi istituzione pubblica.
2. **La seconda proposta** è quella di reintrodurre i reparti subacuti negli ospedali creando reparti per pazienti non anziani di riabilitazione e di riabilitazione geriatrica che, essendo a carico della LaMal quest'ultimi, sgraverebbero le finanze del Cantone e dei comuni. Il vero problema è la "convalescenza" della persona non anziana.

Indirizzi qualitativi

Ancora oggi la maggior parte degli anziani non più autosufficiente è comunque assistita al proprio domicilio, in particolare da familiari e con l'ausilio dei servizi di assistenza e cura a domicilio, per i quali è previsto un ulteriore potenziamento nei prossimi anni.

In quest'ottica il governo prevede uno sviluppo dell'offerta anche in ambito ambulatoriale e riabilitativo con l'assunzione di un ruolo fondamentale dei nuovi concetti di presa a carico introdotti dal 2011 dal nuovo regime federale di finanziamento delle cure di lunga durata e della sua implementazione a livello cantonale. La nuova prestazione federale per "cure acute e transitorie" (CAT), nell'ambito della quale sono stati approntati posti per utenti anziani, dopo un soggiorno ospedaliero acuto, presso i reparti specializzati di case anziani che erogano nel contempo la nuova prestazione per "soggiorno temporaneo terapeutico" (STT), continuazione della positiva esperienza vissuta in Ticino grazie ai reparti "ad alto contenuto sanitario" (ACS) (prestazioni previste attualmente come citato poc'anzi in 4 case per anziani: Arzo, Castelrotto, Cevio e Sonvico).

La Pianificazione 2010-2020 oggetto di questo rapporto prevede un potenziamento di questa tipologia di offerta estendendola a tutto il territorio ticinese (limitando dunque la pressione al collocamento in casa per anziani).

Oltre a queste tipologie di prese a carico, si intendono pure potenziare le capacità per “soggiorni temporanei” (ST) presso le case per anziani.

A livello ambulatoriale, la prestazione CAT sarà inoltre erogata (per gli utenti anziani e non) dai servizi di assistenza e cura a domicilio d'interesse pubblico (SACD), gli spitex commerciali e gli infermieri indipendenti.

Tutti questi servizi hanno lo scopo principale di evitare che ogni ricovero ospedaliero di un utente anziano possa concludersi con un trasferimento definitivo in casa per anziani.

È comunque importante sottolineare che il fenomeno dell'invecchiamento concerne anche il settore degli invalidi adulti, nonché il loro cerchio familiare di sostegno, ciò che farà aumentare la loro necessità di presa a carico.

a) Istituti per anziani medicalizzati

- Posti letto per “soggiorno di lunga durata”(SDL) compresi i posti letto nei reparti “Alzheimer” previsti in tutti i nuovi progetti di CPA si è previsto un obiettivo per fine 2020 di 5'357 posti letto a copertura del fabbisogno.
- Posti letto per “soggiorno temporaneo”(ST) per i posti a soggiorno temporaneo (max 3 mesi) in tutte le CPA con finanziamento ricorrente alla gestione LANz. Si è previsto un obiettivo per fine 2020 di 1-2 posti letto effettivamente disponibili per singola struttura presente sul territorio.
- Posti per “soggiorno temporaneo terapeutico”(STT max. 28 giorni) è prevista la continuazione dell'esperienza dei reparti consociuti come “ex-alto contenuto sanitario”(ACS).
- Per l'erogazione di prestazioni “cure acute e transitorie”(CAT) (max. 14 giorni) La proposta prevista dalla pianificazione LANz (e art. 39 cpv. 3 LAMal -1a fase) è la seguente: 105 posti STT, 4 CPA (ex-ACS) + 2 reparti nuovi (Bellinzonese e Tre Valli) + raddoppio Malcantone apertura a nuove iniziative (2a fase art. 39 cpv. 3 LAMal).

b) Presa a carico ambulatoriale

L'offerta in ambito ambulatoriale è complementare all'offerta residenziale e risulta adeguata in funzione di una popolazione anziana sempre più diversificata in termini di esigenze e di una migliore qualità di vita.

Le due offerte di presa a carico di lunga durata per gli anziani dipendenti, ambulatoriale e residenziale, non debbono in ogni caso essere messe in contrapposizione tra loro, essendo complementari: il benvenuto potenziamento e la diversificazione delle alternative ambulatoriali di presa a carico, con l'auspicato e condivisibile obiettivo di ritardare il più possibile il collocamento dell'anziano in istituto e gli indubbi benefici sociali che ne derivano (per l'utente stesso e per la famiglia), non escludono tuttavia un possibile successivo soggiorno definitivo in casa per anziani.

Per la **presa a carico ambulatoriale medicalizzata** è previsto:

- sentiero d'espansione per i SACD;
- consolidamento e riorganizzazione dei servizi d'appoggio;
- possibile evoluzione degli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio;
- presa in considerazione del settore privato e monitoraggio dell'offerta di cura.

Per la **presa a carico non medicalizzata** è previsto:

- potenziamento offerta appartamenti protetti;
- sviluppo offerta nuove forme abitative intermedie;
- esplorazione della possibilità di un'offerta strutturata, di qualità e continuativa per un aiuto personale tramite un servizio "badanti".

c) Rete sociosanitaria

Innovazione e ricerca delle "best practices" nel campo dei servizi offerti alla popolazione anziana. Ci sono alcune finalità da perseguire nei cambiamenti da promuovere o assecondare che permettano di sviluppare la completezza, la coerenza e l'adeguatezza del sistema, attraverso iniziative tendenti a:

- rendere le case per anziani meno luoghi di attesa della morte e più luoghi di vita, ponendo maggiore attenzione ad aspetti quali la dislocazione della struttura, la varietà dell'offerta di servizi, il mix di prestazioni e di professionalità, il coinvolgimento del volontariato e dei familiari;
- incrementare la partecipazione ed il contatto intergenerazionale con il mondo esterno;
- creare un'offerta di strutture intermedie tra la casa per anziani e il domicilio classico (appartamenti a misura d'anziano);
- alleggerire i *caregiver* familiari, attraverso il potenziamento dell'offerta di centri diurni, centri notturni, letti per soggiorni temporanei, nonché lo sviluppo controllato dell'impiego della "badante";
- adeguare costantemente l'offerta dei servizi di assistenza e cura a domicilio, garantendo una presa a carico, quando necessario, su tutto l'arco delle 24 ore e della settimana;
- migliore gestione e orientamento nella rete sociosanitaria: continuazione e miglioramento approcci pragmatici sviluppati come le liste di attesa, i posti liberi, l'orientamento nella rete sociosanitaria e l'estensione dello strumento RAI di valutazione multidimensionale della qualità anche per gli spitex commerciali e per gli infermierie indipendenti (dal 2011);
- elaborazione nuove "linee guida" per la realizzazione di istituti per anziani che prevedano nuove soluzioni alternative per strutture residenziali collettive. Riflettere ed approfondire le conoscenze sulle nuove modalità costruttive, qualitative e di costo in Svizzera e all'estero.

SCORPORO DELLA TEMATICA CAT DAL MESSAGGIO

A seguito della costruttiva e approfondita discussione in occasione dell'audizione commissionale del 28 marzo 2013 con i signori Paolo Bianchi, Direttore della Divisione della salute pubblica e coordinatore del Dipartimento della sanità e socialità (DSS), e Claudio Blotti, Direttore della Divisione dell'azione sociale e delle famiglia; 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-acute tramite una presa a carico coordinata e multidimensionale, evitando passaggi attraverso diverse tipologie di strutture.

Per questi motivi e su nostro invito, il Consiglio di Stato ha invitato la Commissione speciale sanitaria a voler scorporare 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

Il nuovo progetto di Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino prevede, nonostante il potenziamento e la diversificazione delle alternative, medicalizzate e non, di presa a carico di lunga durata di anziani dipendenti, la necessità di mettere a disposizione nel corso del presente decennio un numero rilevante di ulteriori nuovi posti letto, coerentemente con le dinamiche demografiche in atto.

Questa pianificazione è sostenibile?

L'unica risposta a questa domanda è che bisogna farla.

Oggi, il settore dispone degli strumenti e delle competenze per una gestione efficace e efficiente dei servizi, che mette anche in atto. Qualcuno pensa che si può e si deve fare di più puntando sul fatto che il servizio sanitario o sociosanitario non è tanto un centro di costo bensì soprattutto un centro di produzione. Questa è solo una mezza verità, poiché non si può prescindere dal fatto che questi servizi assorbono una forte componente della spesa pubblica, che evidentemente non può essere allocata diversamente.



Visto quanto sopra esposto, pur non registrando un grande entusiasmo in relazione alla procedura che ha portato all'elaborazione di questo progetto, e conformemente all'art. 5 cpv. 1 e 2 della LAnz, si invita il Gran Consiglio ad adottare la presente pianificazione.

Per la Commissione speciale sanitaria:

Paolo Sanvido, relatore

Campana - Cereghetti - Del Don - Delcò Petralli - Denti -

Galusero - Jelmini (con riserva) - Lepori - Pagani (con riserva) -

Polli - Ramsauer - Robbiani - Steiger

Disegno di

DECRETO LEGISLATIVO

concernente la Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il Rapporto del dicembre 2011 del Consiglio di Stato, Dipartimento della sanità e della socialità;
- richiamato l'art. 5 cpv. 1 e 2 della Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (Legge Anziani, LANz) del 30 novembre 2010;
- visto il messaggio 21 marzo 2012 n. 6621 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 6 giugno 2013 n. 6621R della Commissione speciale sanitaria,

d e c r e t a :

Articolo 1

La Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani è approvata 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.