

Pianificazione integrata LANz – LACD 2021-2030

Rapporto finale



Versione: 3.1 – dicembre 2021

Dipartimento della sanità e della socialità (DSS):

Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF)

- Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD)

in stretta collaborazione con

Divisione della salute pubblica (DSP)

- Area di gestione sanitaria (AGS)
- Unità della statistica sanitaria (USS)
- Ufficio del medico cantonale (UMC)

Sommario

Parte I: Riflessioni di base	1
1 Introduzione	1
1.1 Struttura del rapporto	1
1.2 Obiettivo e contesto della Pianificazione	2
1.3 Perimetro e definizione della Pianificazione	3
1.4 Aggiornamento programmato	5
1.5 La pandemia di COVID-19 e i suoi effetti sulla Pianificazione	5
1.6 Approccio negli altri Cantoni	7
2 Principi di base della Pianificazione	8
2.1 Il principio dell'orientamento all'utente	9
2.2 Il principio dell'inclusione	12
2.3 Il principio di favorire la presa in carico domiciliare viene accentuato	14
2.4 Privilegiare la gestione integrata dell'offerta	14
2.5 Le prestazioni devono essere di alta qualità	17
2.6 Le prestazioni devono considerare i bisogni specifici dell'utenza	17
Parte II: Pianificazione quantitativa	18
3 Fabbisogno di cura 2030 e proposte pianificatorie 2021-2030	18
3.1 Stime del fabbisogno di cure e di personale 2030 e dei relativi costi di finanziamento	19
3.1.1 Pianificazione dinamica, aggiornamento periodico delle stime del fabbisogno di cura e modelli integrati di previsione	19
3.1.2 Scenari demografici	20
3.1.3 Fabbisogno di posti letto in case per anziani (CPA)	22
3.1.4 Appartamenti protetti per anziani e appartamenti a misura d'anziano	24
3.1.5 Fabbisogno di Reparti acuti a minore intensità (RAMI)	24
3.1.6 Fabbisogno di assistenza e cura a domicilio (ACD)	25
3.1.7 Collaboratrici e collaboratori familiari (badanti)	28
3.1.8 Servizi di appoggio (SAPP) e aiuti diretti per il mantenimento a domicilio	28
3.1.9 Stima dei costi a carico dell'ente pubblico	30
3.1.10 Stima del fabbisogno di personale curante	33
3.2 Scelta della strategia pianificatoria per il 2030	34
3.2.1 Scenario 1 «Mantenimento dello status quo»	34
3.2.2 Scenario 2 «Sviluppo stazionario medio e spinta al mantenimento a domicilio»	37
3.2.3 Scenario 3 «Realizzazione delle iniziative stazionarie già previste e ulteriore potenziamento del mantenimento a domicilio»	41
3.2.4 Valutazione degli scenari pianificatori	44
3.2.5 Proposta pianificatoria	47

Parte III: Approfondimenti qualitativi	50
4 Approfondimento di vari aspetti del sistema	50
4.1 Elementi trasversali ai settori	50
4.1.1 Accessibilità e coordinamento.....	50
4.1.2 Familiari curanti.....	52
4.1.3 Promozione della qualità e bientraitance	55
4.1.4 Formazione del personale curante	58
4.1.5 Digitalizzazione e robotizzazione del settore sanitario	61
4.1.6 La gerontopsichiatria nel settore delle cure di lunga durata	63
4.2 Elementi specifici del settore Strutture per anziani.....	65
4.2.1 Il calcolo della retta degli utenti di una casa per anziani	65
4.2.2 Parametri di investimento per le case per anziani	68
4.3 Elementi specifici del settore Assistenza e cura a domicilio	70
4.3.1 Consulenza materno-pediatrica (ICMP)	70
4.3.2 Sviluppo della prestazione della collaboratrice e del collaboratore familiare	72
4.3.3 Tariffa dell'economia domestica	75
4.4 Elementi specifici del settore Mantenimento a domicilio	76
4.4.1 Potenziamento della capacità ricettiva dei Centri diurni terapeutici.....	76
4.4.2 Prospettive future dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale	80
4.4.3 Aiuti diretti: situazione attuale e prospettive future	85
Parte IV: Considerazioni conclusive.....	88

Lista delle abbreviazioni

AAS	Accompagnamento e sorveglianza
ABAD	Associazione Bellinzonese per l'assistenza e cura a domicilio
ACD	Assistenza e cura a domicilio
ACD Mendrisiotto	Associazione Assistenza e Cura a Domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio
AD	Aiuti diretti
AGI	Assegno per grande invalidi
AI	Assicurazione per l'invalidità
ALVAD	Associazione locarnese e valmaggese di assistenza e cura a domicilio
AVS	Assicurazione vecchiaia e superstiti
CAT	Cure acute transitorie
CCC	Codice dei costi di costruzione
CDS	Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
CDSA	Centri diurni con presa in carico socio-assistenziale
CDT	Centri diurni terapeutici
CPA	Case per anziani
DASF	Divisione dell'azione sociale e delle famiglie
DECS	Dipartimento dell'educazione, della cultura e dello sport
DSP	Divisione della salute pubblica
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità
ECAM	Ente case anziani Mendrisiotto
ED	Economia domestica
ETP	Equivalenti a tempo pieno
GAGI	Gestione allievi e gestione istituti
IAS	Istituto delle assicurazioni sociali
ICMP	Infermiere consulenti materna pediatriche
LACD	Legge sull'assistenza e cura a domicilio
LAMal	Legge sull'assicurazione malattie
LANz	Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane
LASP	Legge sull'assistenza sociopsichiatrica
LCIP	Legge federale sulla cartella informatizzata del paziente
LCPubb	Legge sulle commesse pubbliche
LISPI	Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi
LFam	Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie)
LIS	Lugano istituti sociali
LS	Lungo soggiorno
LSan	Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria)
OACD	Servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse privato
OBSAN	Osservatorio svizzero della salute
OMS	Organizzazione mondiale della sanità
OSC	Organizzazione sociopsichiatrica cantonale
PAC	Programma d'azione cantonale
PC	Prestazioni complementari
PL	Posto letto
RAI	Resident assessment instrument
RAMI	Reparti acuti a minore intensità
SACD	Servizi di assistenza e cura a domicilio

SACDip	Servizi di assistenza e cure a domicilio di interesse pubblico
SAPP	Servizi d'appoggio
SGQ	Sistema di gestione di qualità
SODDI	Sistema di rilevazione della qualità percepita e della soddisfazione di utenti, famiglie e operatori dei servizi agli anziani
SOMED	Statistica degli istituti medico-sociali
SPG	Servizio di psichiatria geriatrica territoriale dell'OSC
SPS	Servizi psico-sociali dell'OSC
SSSCI	Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche
ST	Soggiorno temporaneo
STT	Soggiorni terapeutici temporanei
SUL	Superficie utile lorda
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
UACD	Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio
UMC	Ufficio del medico cantonale
US	Ufficio di sanità
UST	Ufficio federale di statistica
USTAT	Ufficio cantonale di statistica

Prospettive

“La vecchiaia è la sede della sapienza della vita”

-(Papa Francesco 2016)

L'Organizzazione mondiale della sanità OMS definisce il concetto di invecchiamento sano come *“lo sviluppo e il mantenimento dell'abilità funzionale che consente il benessere in età avanzata. L'abilità funzionale è determinata dalla capacità intrinseca di un individuo (cioè le capacità fisiche e mentali di un individuo), l'ambiente in cui vive (inteso nel senso più ampio e comprendente ambienti fisici, sociali e politici) e le interazioni tra loro”*¹.

Le quattro aree di azioni individuate dall'Oms per il decennio 2020-2030 sono le seguenti:

- cambiare il modo in cui pensiamo, sentiamo e agiamo nei confronti dell'età e dell'invecchiamento;
- garantire che le comunità promuovano le capacità delle persone anziane;
- fornire cure integrate centrate sulla persona e servizi sanitari primari che rispondano alle persone anziane;
- fornire l'accesso all'assistenza a lungo termine alle persone anziane che ne hanno bisogno.

L'immagine della vecchiaia deve partire dal presupposto che la persona anziana è innanzitutto un soggetto il quale, con la sua poliedricità, costituisce una risorsa per sé stesso e per gli altri. Come afferma l'Ufficio federale della sanità pubblica, le persone anziane non possono essere considerate come un semplice fattore di costo, ma anche per il fatto che forniscono un valido contributo alla nostra società; occorre pertanto valorizzarne le forze e promuoverne le risorse, creando anche opportunità per un impegno nell'ambito del volontariato.

L'invecchiamento attivo, definito dall'OMS come *“un processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane”* è sicuramente un obiettivo che deve caratterizzare le politiche a favore degli anziani.

In questa visione generale della vecchiaia s'innesta la *“Pianificazione integrata LANz – LACD 2021-2030”*, che interpreta e implementa in termini di servizi socio-sanitari questa innovativa impostazione nel segmento dove l'invecchiamento implica anche una diminuzione delle capacità di rendimento fisico e psichico e, con essa, generalmente, una graduale perdita dell'autosufficienza.

L'approccio integrato di questa Pianificazione, partendo dalla centralità della persona anziana, favorisce la continuità nella presa in carico dell'utenza e una maggiore funzionalità della rete dell'offerta di servizi, in termini sia di qualità delle prestazioni erogate, sia di impiego efficiente delle risorse disponibili.

L'approccio olistico, che pure caratterizza la Pianificazione, da una visione complessiva di questa importante componente della società. Esso costituisce un presupposto affinché le future politiche e la gestione organizzativa (*governance*) del settore superino l'idea che la non autosufficienza dell'anziano sia un problema specifico delle istituzioni o delle famiglie che la vivono: l'assistenza e la cura, infatti, devono diventare una responsabilità, ma anche un'opportunità, di tutti.

Questa prospettiva implica un cambiamento culturale orientato a ripensare i bisogni sociali in modo da offrire delle risposte in un'ottica comunitaria e inclusiva, che integri gli attori vecchi e nuovi del territorio (stakeholder), siano essi istituzionali o non governativi, pubblici o privati. Ciò vale anche per gli altri gruppi di utenti ai sensi della LACD, una legge universale che estende le prestazioni socio-sanitarie a tutta la popolazione con un fabbisogno di assistenza e cura per garantire risposte adattate ai vari bisogni.

¹ World Health Organization (2019): Decade of Healthy Ageing 2020-2030. ZERO Draft June 2019.

L'evoluzione demografica indica che la popolazione sta invecchiando rapidamente. La promozione di un invecchiamento in buona salute e, quando e dove necessario, di una presa in carico della non autosufficienza orientata alle esigenze degli anziani saranno investimenti solidi in un futuro in cui le persone vorranno sempre più la libertà di essere e di fare ciò che apprezzano, nel rispetto, ovviamente, dell'altro e della comunità.

Parte I: Riflessioni di base

1 Introduzione

1.1 Struttura del rapporto

Il presente rapporto è suddiviso in tre parti:

- la prima presenta il quadro di riferimento in cui si inseriscono i lavori e le scelte di pianificazione che ne derivano (capitolo 2). Specificamente, si discutono i vari principi fondamentali, definiti come base della Pianificazione, che ne determinano l'orientamento, ovvero: “mettere l'utente al centro”, “garantire l'inclusione di tutti”, “favorire la permanenza a domicilio nella misura desiderata dagli utenti”, “privilegiare l'offerta integrata” e “sottolineare l'importanza della qualità delle prestazioni”;
- la seconda presenta i lavori di analisi quantitativa (capitolo 3) ed è composta da una spiegazione della metodologia applicata, da un'esposizione dei risultati della stima del fabbisogno delle prestazioni e dalla presentazione della scelta pianificatoria;
- nella terza si analizzano le diverse componenti del sistema socio-sanitario mediante approfondimenti qualitativi finalizzati a identificare le problematiche esistenti e — dove possibile — indicare misure di miglioramento (capitolo 4). Questi approfondimenti scaturiscono dall'esperienza maturata dalle unità amministrative competenti in occasione dei contatti regolari con gli utenti, i familiari e tutti i partner attivi sul territorio.

Nella terza parte sono trattate dapprima le tematiche intersettoriali (capitolo 4.1): accessibilità e coordinamento del sistema, valorizzazione del ruolo dei familiari curanti, promozione della qualità e della “bientraite”, formazione del personale curante, potenziali sviluppi tecnologici e la gerontopsichiatria nelle cure di lunga durata.

In seguito sono affrontati i temi relativi ai singoli settori (capitoli 4.2 - 4.4). Questi approfondimenti riguardano sia aspetti finanziari, p. es. la retta degli utenti in una casa per anziani (CPA), i parametri d'investimento di queste ultime oppure la tariffa oraria delle prestazioni di economia domestica erogate dai Servizi di assistenza e cura a domicilio d'interesse pubblico (SACDip), sia lo sviluppo recente rispettivamente l'estensione futura delle prestazioni esistenti, quali la consulenza materno pediatrica, le prestazioni delle collaboratrici e dei collaboratori familiari, le prospettive dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale (CDSA), la capacità ricettiva dei centri diurni terapeutici (CDT) e gli aiuti diretti.

Il presente rapporto è corredato da una serie di allegati, che ne sono parte integrante. Per le tematiche più complesse nel rapporto sono espone unicamente sintesi e conclusioni mentre i dettagli si trovano nei relativi allegati. Altre tematiche sono interamente sviluppate nel capitolo 4 del rapporto. La tabella che segue espone in modo sinottico questa impostazione.

Tabella 1.1.1: Documenti di riferimento della Pianificazione LANz – LACD 2021-2030

Tematica	Documento di riferimento	Grado di approfondimento*
Principi di base della Pianificazione integrata	De Pietro, C. 2020: Cosa significa fare pianificazione integrata. Rapporto effettuato dalla SUPSI su mandato della DASF. – Allegato 1 Autori vari: Gestione integrata dell'offerta: esperienze territoriali. – Allegato 12	●●●
Ritratto dell'utente	Cavalli, S., Corna, L. 2020: Il ritratto dell'anziano di domani. Rapporto effettuato dalla SUPSI su mandato della DASF. – Allegato 2	●●●
Pianificazione quantitativa	DSP – Statistiche sanitarie e DASF – UACD 2020: Pianificazione integrata LANz-LACD 2021-2030. Stima del fabbisogno 2030. – Allegato 3	●●●
<i>Approfondimenti qualitativi</i>		
Accessibilità e coordinamento	– (interamente sviluppato nel paragrafo 4.1.1)	●●

Tematica	Documento di riferimento	Grado di approfondimento*
Familiari curanti	DASF - UACD 2020: Approfondimenti sui familiari curanti. – Allegato 4	••
Promozione della qualità e bientraitance	Bortolin, E. 2020: Sistema di promozione e controllo di qualità e Bientraitance. Rapporto effettuato dalla SUPSI su mandato della DASF. – Allegato 5	••
Formazione del personale curante	– (interamente sviluppato nel paragrafo 4.1.4)	•
Digitalizzazione e robotizzazione del settore sanitario	DASF – UACD 2020: Digitalizzazione e robotizzazione del settore sanitario. – Allegato 6	•
La gerontopsichiatria nel settore delle cure di lunga durata	– (interamente sviluppato nel paragrafo 4.1.6)	•
Il calcolo della retta degli utenti di una casa per anziani	– (interamente sviluppato nel paragrafo 4.2.1)	•
Parametri d’investimento per le Case per anziani	Guerra, F., Oppikofer, R. 2020: Analisi costi di costruzione case anziani medicalizzate. Rapporto effettuato da Wüest und Partner SA su mandato della DASF. – Allegato 7	•••
Consulenza materno-pediatrica (ICMP)	Santini, M. 2020: Progetto coordinamento ICMP, rapporto finale. Rapporto effettuato su mandato della DASF. – Allegato 8	•
Sviluppo della prestazione della collaboratrice e dei collaboratori familiari	DASF – UACD 2020: Nota Progetto “Badanti”. – Allegato 9.1. DASF – UACD 2020: Scheda progetto sperimentazione”. – Allegato 9.2.	•
Tariffa dell’economia domestica	– (interamente sviluppato nel paragrafo 4.3.3)	••
Potenziamento della capacità ricettiva dei Centri diurni terapeutici	DASF – UACD 2020: Potenziamento della capacità ricettiva dei centri diurni terapeutici. – Allegato 10	••
Sviluppi dei Centri diurni con presa in carico socio-assistenziale	– (interamente sviluppato nel paragrafo 4.4.2)	••
Aiuti diretti: situazione attuale e prospettive future	Greppi, S., Avilés, G., Beltrami, S.L., Bigotta, M., Colubriale Carone, A., Crisà, D. 2019: Valutazione del dispositivo “Aiuti diretti” – Sostegno al mantenimento a domicilio. – Allegato 11	••

*Il numero di pallini indicati ha il seguente significato: • analisi preliminare della problematica con indicazioni dei possibili indirizzi di sviluppo della problematica; •• analisi della problematica ed elaborazione di possibili soluzioni; ••• analisi dettagliata e proposta di soluzione.

1.2 Obiettivo e contesto della Pianificazione

La Pianificazione fissa l’ordine di priorità degli interventi per fornire risposte adeguate alle varie esigenze della popolazione

Il presente rapporto, elaborato tra novembre 2019 e dicembre 2020, presenta la pianificazione delle prestazioni offerte nel settore socio-sanitario: (i) le attività delle case per anziani (CPA), (ii) i servizi che erogano assistenza e cura a domicilio (ACD), (iii) i servizi d’appoggio (SAPP) e gli aiuti diretti finalizzati a favorire il mantenimento a domicilio.

La pianificazione è uno strumento d’indirizzo politico finalizzato a prevedere l’evoluzione dei bisogni e prospettare l’adeguamento dell’offerta e le relative implicazioni a livello finanziario, operativo e di qualità del servizio destinato al cittadino, affinché sia rispettata una distribuzione equa, sia sul piano geografico sia rispetto alle esigenze delle diverse fasce della popolazione (età, situazione finanziaria, ecc.).

L’allestimento regolare delle pianificazioni è un compito cantonale definito a livello federale nella *Legge sull’assicurazione malattie (LAMal)* (limitatamente al settore stazionario) e nelle due leggi cantonali che regolano i settori interessati: la *Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LAnz)*, del 30 novembre 2010, e la *Legge sull’assistenza e cura a*

domicilio (LACD), del 30 novembre 2010. Queste due leggi, rispettivamente agli art. 5 e 7, prevedono che il Consiglio di Stato — sentiti i Comuni e gli enti pubblici e privati interessati — rilevi i bisogni esistenti e fissi l'ordine di priorità degli interventi da sostenere.

Attualmente sono in vigore due pianificazioni settoriali, ovvero la *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020*, approvata dal Gran Consiglio il 24 giugno 2019, per le prestazioni ambulatoriali e la *Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Canton Ticino*, approvata dal Gran Consiglio il 23 settembre 2013, per le prestazioni stazionarie.

Per necessità di sintesi, nel presente documento l'espressione "stazionario" si riferisce alle case per anziani, mentre "ambulatoriale" ai settori dell'assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio per il mantenimento a domicilio.

Il Gran Consiglio aveva auspicato l'allestimento di una pianificazione comprensiva di tutte le prestazioni definite dalla LACD e dalla LANz

Nelle precedenti edizioni le pianificazioni erano allestite ogni quattro anni per i settori ambulatoriali e ogni dieci per quelli stazionari. Nel 2013 il Gran Consiglio aveva espresso l'auspicio che venisse allestita una pianificazione integrata LANz-LACD, comprensiva di tutte le prestazioni definite dalle due Leggi cantonali. Alla soglia del nuovo decennio, la corrispondenza fra le scadenze delle due pianificazioni permette di realizzarne una allineata ed integrata, in linea con l'auspicio del Gran Consiglio.

1.3 Perimetro e definizione della Pianificazione

Definire chiaramente il perimetro dei settori della presente Pianificazione è una sfida

La presente Pianificazione considera i bisogni che vengono gestiti dai settori socio-sanitari, stazionario e semistazionario, regolati dalla LANz e dalla LACD.

Sebbene i settori trattati nella Pianificazione siano definiti nelle due Leggi cantonali di riferimento, occorre considerare che la loro delimitazione in termini di utenza è difficile e che gli stessi sono soggetti a interazioni con altre Leggi per i seguenti fattori (De Pietro 2020, allegato 1):

- i. Si escludono le attività sanitarie e socio-assistenziali che, seppur offerte a persone che necessitano di cure a domicilio, non rientrano nell'ambito della LANz o della LACD; è il caso, ad esempio delle attività prestate da familiari curanti, dal medico curante o dai collaboratori familiari.
- ii. La popolazione a cui si rivolgono le prestazioni non è definibile in termini di età. Gli anziani rappresentano l'utenza naturale delle CPA. Numericamente costituiscono anche la classe di utenza più importante dei SACD, dei SAPP e degli aiuti diretti. Nonostante ciò, la LACD è una legge universale che si rivolge ad "ogni persona che — a causa di malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà socio-familiari — necessita di aiuto". Quindi una maggiore considerazione degli anziani nella definizione del fabbisogno e delle misure rischia inevitabilmente di lasciare in ombra gli altri beneficiari, altrettanto importanti, a cui si rivolgono i numerosi servizi. (Ci si riferisca al paragrafo 2.2 per maggior informazioni sul concetto di inclusione allestito nella presente Pianificazione.)
- iii. Esiste un'interconnessione e sovrapposizione importante tra la Pianificazione LANz-LACD e altre pianificazioni cantonali. Le pianificazioni più rilevanti in tal senso sono quelle previste dalla Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI), dalla Legge sull'assistenza sociopsichiatrica (LASP) e dall'articolo 39 cpv.1 della LAMal (la Pianificazione ospedaliera). Si rinvia al rapporto di De Pietro 2020 in allegato 1 per una descrizione dettagliata delle suddette pianificazioni. Per quanto riguarda i confini tra queste pianificazioni e la presente, si costatano soprattutto i seguenti elementi:
 - I confini tra le prestazioni previste dalla LACD e quelle dalla LISPI non sono sempre definiti in maniera univoca perché a volte ne beneficiano le stesse persone. Questo fenomeno non si limita alle prestazioni regolate dalla Legge universale LACD: dato il continuo aumento della speranza di vita delle persone con disabilità, anche le case per anziani regolate dalla LANz accolgono talvolta utenti con handicap.

- I confini tra le prestazioni previste dalla LASP, dalla LACD e dalla LAnz hanno caratteristiche simili a quelli della LISPI: al di là delle cure LAMal o di assistenza a domicilio erogate per pazienti beneficiari di servizi sociopsichiatrici territoriali, anche in questo caso emerge il fenomeno dell'invecchiamento degli utenti dei servizi sociopsichiatrici.
- La Pianificazione ospedaliera ha dato luogo nel tempo a una marcata riduzione dei posti letto e della durata media del soggiorno in ospedale. Questo fenomeno, osservato in tutti i Paesi occidentali, accresce il ricorso a servizi domiciliari e ambulatoriali e genera nuove prestazioni post-acute, quali i CAT/STT e a livello cantonale i RAMI (vedasi capitolo 3 per il riassunto dei risultati quantitativi).

Fatte queste premesse, la Pianificazione integrata rappresenta un primo importante passo del processo di armonizzazione dei settori di riferimento e delle norme che li regolano. Come riportato nell'allegato 1, un ulteriore passo sarà quello di avviare la riflessione sulla creazione di un unico testo di legge per la parte del comparto socio-sanitario qui pianificata (strutture per anziani, servizi di assistenza e cura a domicilio e servizi d'appoggio), che permetta di meglio promuovere e realizzare la collaborazione tra le istituzioni e l'integrazione dei servizi. Inoltre, ciò permetterebbe di armonizzare e semplificare anche le procedure attualmente previste dalle due leggi. Questa riflessione sarà avviata durante la fase d'implementazione della Pianificazione.

La “Pianificazione integrata” va oltre l’allineamento delle tempistiche pianificatorie

La presente Pianificazione è caratterizzata per la prima volta dall'armonizzazione delle tempistiche delle prestazioni regolate dalla LAnz e dalla LACD, ma questo rapporto va oltre l'armonizzazione delle tempistiche prevedendo una nuova valutazione coordinata di tutte le prestazioni erogate nell'ambito delle due Leggi. Tutte le riflessioni sono effettuate con uno sguardo a 360 gradi, prendendo in considerazione gli effetti di una specifica decisione su tutte le prestazioni regolate dalle leggi sopra menzionate.

In prospettiva, l'approccio integrato può produrre inoltre un valore aggiunto per l'utenza, migliorando la continuità e la qualità della presa in carico dei fruitori dei servizi socio-sanitari.

Come evidenzia il rapporto di De Pietro 2020 in allegato 1, il passo verso una pianificazione integrata è stato facilitato da diversi sviluppi già in corso da anni:

- Si pensi ad es. alla continua specializzazione delle cure, frutto soprattutto dell'invecchiamento della popolazione, insieme ai successi terapeutici per importanti patologie, che ha visto aumentare la prevalenza di diverse malattie croniche, in particolare della demenza. Un altro esempio in tal senso riguarda lo sviluppo delle cure palliative, sostenuto, oltre che da ragioni demografiche, da una maggiore sensibilità al tema della gestione del dolore e all'accompagnamento delle persone nell'ultima fase della vita. Di fronte a questi sviluppi, il sistema è stato chiamato a fornire risposte specifiche, ad esempio con lo sviluppo e la diffusione di competenze adeguate presso gli operatori. Anche le dimissioni più precoci dagli ospedali rispetto al passato, generate dall'introduzione del sistema SWISS-DRG, richiede ai servizi che seguono la degenza — soprattutto a quelli domiciliari — cure tecnicamente più avanzate, cambiando di fatto il ventaglio di prestazioni erogate. La conseguenza di questa specializzazione è l'aumentata necessità di coordinamento dei vari interventi e ambiti per evitare una frammentazione (vedasi anche il paragrafo 4.1.1 “Accessibilità e coordinamento”).
- Lo sviluppo di interventi sanitari e socio-assistenziali sempre più importanti prestatati al domicilio ha inoltre fortemente indebolito la tradizionale distinzione tra prestazioni socio-sanitarie erogate nelle CPA (stazionario) e al domicilio (tramite SACD/OACD/infermieri indipendenti) facendo emergere negli anni un continuum di prestazioni erogate a livello stazionario fino al domicilio del paziente. Si pensi ad esempio agli appartamenti a misura di anziano, strutture in cui gli anziani si trasferiscono perché sono meglio adattate ai loro bisogni di abitazione e con la possibilità di ricevere cure erogate dai servizi di assistenza e cura a domicilio. Inoltre, di fronte al fabbisogno aumentato di servizi, una società che sta rapidamente invecchiando avrà bisogno di un'importante mobilitazione di risorse che non può basarsi

esclusivamente su personale specializzato e retribuito, rendendo così più impellente la necessità dell'integrazione anche del settore informale (vedasi paragrafo 4.1.2 "Familiari curanti").

La presente Pianificazione va vista come un punto di partenza per un'integrazione più forte dei settori regolati dalla LACD e la LAnz, che potrebbe anche andare molto oltre a quanto previsto in questo rapporto, almeno per quanto riguarda la stima del fabbisogno quantitativo, poiché i modelli di calcolo qui utilizzati analizzano ogni settore separatamente (vedasi capitolo 3).

1.4 Aggiornamento programmato

La Pianificazione prevede aggiornamenti dinamici nel corso del periodo di riferimento 2021-2030

La dilatazione del periodo quadro della pianificazione del settore ambulatoriale (prima svolta su periodi di 4 anni) non implica un'unica e rigida analisi dei bisogni della popolazione e delle rispettive risposte politiche immutabile fino al 2030. La Pianificazione è da intendersi come un processo dinamico, che sarà regolarmente aggiornato tenendo conto dei cambiamenti negli stili di vita, nelle abitudini e nelle preferenze degli utenti interessati dalle prestazioni.

Concretamente, si prevede un aggiornamento delle stime del fabbisogno quantitativo delle prestazioni verso la metà di questo decennio, sulla base di un nuovo modello dell'Obsan che permetterà di ottimizzare l'approccio integrato (vedasi capitolo 3), il quale terrà conto dei dati a disposizione al momento della sua implementazione (dati demografici, sullo stato di salute e dati dai fornitori di prestazioni).

Per quanto riguarda i diversi approfondimenti qualitativi sulle prestazioni, il progetto di pianificazione è da interpretare come un indirizzo di sviluppo, la cui più precisa definizione, implementazione e valutazione avverrà nel corso del periodo di pianificazione.

1.5 La pandemia di COVID-19 e i suoi effetti sulla Pianificazione

I lavori di pianificazione sono stati svolti in una situazione straordinaria dovuta alla pandemia di COVID-19

L'elaborazione del progetto di pianificazione è avvenuta in circostanze particolari: nella prima fase di sviluppo del progetto è iniziata la pandemia di COVID-19, mentre al momento della stesura del rapporto ci si è trovati nel pieno della seconda ondata.

Per salvaguardare la salute pubblica e contenere la diffusione del virus le autorità hanno introdotto misure di protezione che hanno comportato importanti restrizioni delle libertà personali per l'intera popolazione e in particolare per le persone vulnerabili e a rischio. L'anno 2020 è dunque stato colmo di esperienze peculiari per i beneficiari di prestazioni regolate dalla LAnz e dalla LACD. Essendo questi in buona parte persone in età avanzata e/o sofferenti di malattie croniche, sono stati colpiti maggiormente dalle misure restrittive in quanto ritenuti particolarmente a rischio.

Le stime del fabbisogno e gli approfondimenti della pianificazione si basano su dati che risalgono al periodo precedente la pandemia

È ipotizzabile che l'esperienza della pandemia possa aver influenzato le aspettative e la percezione della popolazione su come vuole essere curata in età avanzata, rispettivamente in situazione di bisogno di cura ed aiuto. Ciononostante, le analisi allestite, sia nel calcolo del fabbisogno futuro delle prestazioni, sia negli approfondimenti delle varie tematiche, si basano su dati ed esperienze che risalgono perlopiù al periodo precedente alla pandemia. Ciò è dettato dalla necessità di disporre di valori empirici, solidi e fondati e sull'esperienza acquisita nel tempo. Se, e in quale misura, la pandemia di COVID-19 lascerà un'impronta permanente sulla richiesta delle diverse prestazioni regolate dalla LAnz e la LACD sarà oggetto di analisi future. Un eventuale cambiamento del fabbisogno delle prestazioni a lungo termine sarà stabilito nella valutazione intermedia della Pianificazione prevista per il 2025, oppure, se necessario, in uno specifico aggiornamento.

Le misure intraprese per tutelare gli utenti delle prestazioni LAnz-LACD sono oggetto di valutazioni in corso e future

Nei precedenti paragrafi si è accennato alle misure intraprese per fronteggiare la crisi sanitaria, che si sono concretamente tradotte nella chiusura verso l'esterno delle case per anziani con conseguente sospensione delle visite da parte di familiari e conoscenti. Parimenti si è assistito alla chiusura con sospensione temporanea dell'attività dei centri diurni terapeutici e socio-assistenziali e al conseguente aumento dei pasti forniti a domicilio. Nel processo di definizione di tali misure, sono stati coinvolti, nel limite del possibile, gli enti sul territorio; un approccio che sarà da seguire anche in futuro. Diverse misure hanno provocato controversie riguardanti la loro proporzionalità, a dipendenza della fase pandemica. L'ente pubblico è chiamato a effettuare un'attenta analisi ex-post delle misure adottate e verificarne pertinenza e proporzionalità. A questo proposito sono state effettuate e sono state avviate diverse valutazioni delle misure intraprese, sia a livello cantonale, sia federale. Risulta dunque prematuro trarre conclusioni definitive al riguardo. I risultati di tali valutazioni saranno particolarmente rilevanti per l'aggiornamento intermedio della Pianificazione. Parallelamente all'attesa dei risultati delle valutazioni, alcuni parametri saranno costantemente monitorati per garantire la congruenza tra la pianificazione e l'evoluzione della situazione reale. Tra questi parametri rientrano, ad esempio, il numero di posti letto liberi in CPA, indicatore che permette di verificare la propensione effettiva della popolazione anziana ad entrare in CPA, le ore erogate di ACD e le liste d'attesa per l'accesso ai Centri diurni. Grazie a questo monitoraggio sarà possibile intervenire in qualsiasi momento, se del caso anche prima del 2025, con un aggiornamento straordinario.

La pandemia sottolinea l'importanza di un sistema coordinato e in grado di gestire i rischi

Ciononostante l'esperienza di questi mesi ha permesso di formulare alcune considerazioni preliminari sull'importanza di una rete in grado di reagire in modo rapido e flessibile di fronte a una situazione generalizzata ed imprevedibile come la pandemia di COVID-19, sottolineando in particolare, la rilevanza della cooperazione tra i vari erogatori di servizi (vedasi paragrafo 4.1.1 "Accessibilità e coordinamento") oltre al grado di preparazione del sistema socio-sanitario per la valutazione e la gestione di potenziali rischi (vedasi paragrafo 4.1.3 "Qualità e bientraitance"). Le considerazioni riguarderanno pure gli aspetti organizzativi e strutturali dell'intero settore socio-sanitario.

Primi effetti della pandemia nel sistema socio-sanitario

Come accennato in precedenza, sono stati effettuati degli studi su mandato cantonale che hanno permesso di avere un primo riscontro sugli effetti della pandemia a breve termine. La "chiusura" delle case per anziani, ad esempio, si è tradotta, da un lato, in un aumento del carico emotivo e lavorativo per il personale e, dall'altro lato, è stata vissuta con preoccupazione e sofferenza da utenti e familiari. La mancanza di contatto fisico e l'impossibilità di accompagnare i propri cari nelle cure di fine vita sono state indicate come le maggiori criticità da parte di operatori e familiari degli ospiti delle strutture. Le misure tempestive adottate dalle case hanno tuttavia permesso di mantenere e facilitare i contatti con l'esterno. Dagli studi è emerso che per il futuro ci si attende di incrementare l'uniformità di intervento in tutte le case per anziani, di migliorare l'informazione con l'esterno e di riorganizzare gli spazi della struttura in modo da garantire un contatto tra i residenti anche in queste situazioni straordinarie. A ciò si aggiungono altri elementi valutati quali fondamentali, come il bisogno di avere una figura di riferimento, di sostenere la salute del personale e di implementare nuove prassi cliniche a garanzia della sicurezza e della qualità di vita in casa per anziani. In parallelo, si sta monitorando costantemente l'evoluzione del tasso di occupazione dei posti letto nelle case per anziani che, dopo un picco di posti liberi registrato agli inizi del 2021, sta evidenziando una graduale ripresa dell'occupazione degli stessi in tutto il territorio.

Le prime valutazioni alimentate dai risultati di questi studi e dall'analisi del monitoraggio quantitativo della situazione indicano la necessità di:

- rivalutare gli standard di presa in carico nelle strutture stazionarie per anziani;
- aggiornare le direttive sui Criteri costruttivi minimi per una casa medicalizzata e procedura per la richiesta dei sussidi;

- sviluppare le reti tra le case per anziani e, auspicabilmente e più in generale, tra servizi attivi nel settore socio-sanitario (reti integrate di prossimità), allo scopo di creare le condizioni per la realizzazione di centri di competenza territoriali per affrontare in maniera più efficace ed efficiente le emergenze (organizzazione, gestione del personale, logistica, ecc.) o necessità di presa in carico particolari e/o specialistiche.

1.6 Approccio negli altri Cantoni

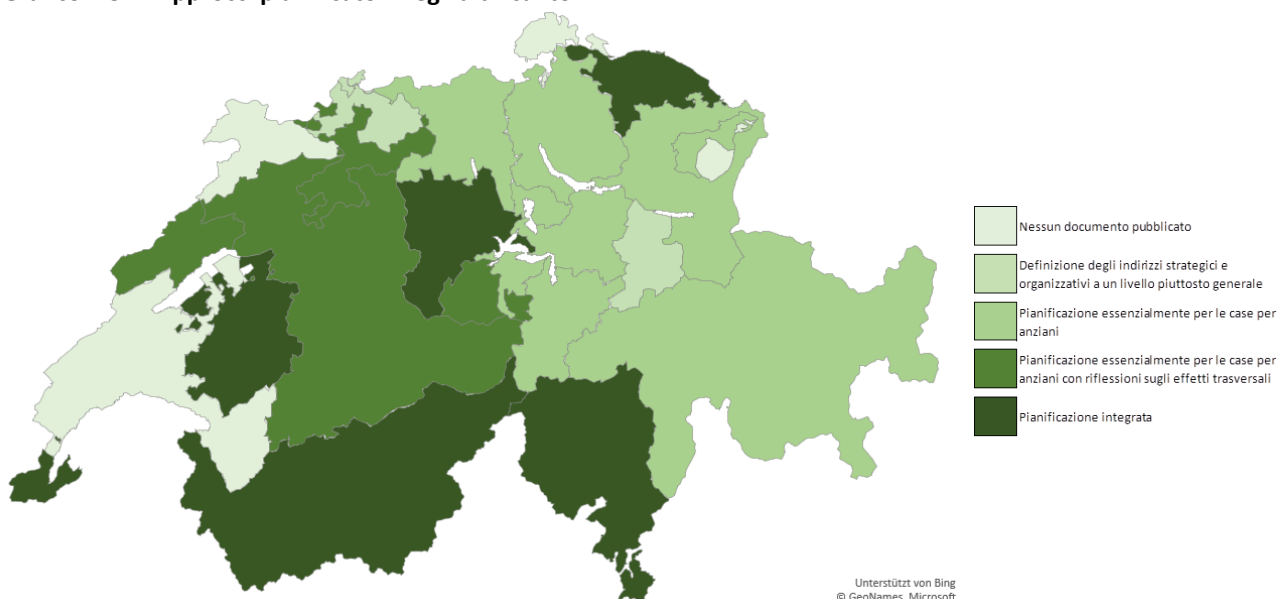
La maggior parte dei Cantoni effettua pianificazioni settoriali, ma la tendenza è verso un approccio integrato

L'art. 39 cpv. 3 LAMal attribuisce le competenze pianificatorie degli istituti o dei rispettivi reparti ai Cantoni. Uno sguardo alle pianificazioni negli altri Cantoni evidenzia l'esistenza di diversi approcci nell'affrontare questo compito; ciò è probabilmente dovuto alle condizioni specifiche nei vari Cantoni (motivi storici, differenze nel livello istituzionale responsabile per il settore, ecc.). In totale, 21 degli altri 25 Cantoni (non contando il Canton Ticino) hanno pubblicato un documento di pianificazione, mentre i restanti quattro non pubblicano niente al riguardo. Nel grafico 1.5.1 sono rappresentati gli approcci pianificatori degli altri Cantoni, aggregati per macro-orientamenti che certamente non rispondono del tutto alle specificità degli approcci di ciascun Cantone.

In tre Cantoni la pianificazione definisce indirizzi strategici e organizzativi generici (ad es. i percorsi ideali tra i vari settori socio-sanitari oppure le strategie complessive di politica della terza età), senza stime dettagliate del fabbisogno di cura. Dei restanti 18 Cantoni, 13 stimano il fabbisogno essenzialmente per le case per anziani (quattro considerano gli effetti trasversali tra i settori senza però applicare un modello integrato), mentre i restanti cinque applicano un modello di stima integrata, sia per la parte stazionaria, che per quella ambulatoriale. Non si riscontrano similitudini (ad.es. regione linguistica, grandezza del Cantone o forma organizzativa principale della presa in carico), nel caso di Cantoni con approcci comparabili.

In generale in Svizzera si nota una tendenza verso l'adozione di un approccio integrato della pianificazione del settore stazionario e ambulatoriale, anche se i progetti con stime del fabbisogno e approfondimenti qualitativi sono ancora pochi.

Grafico 1.5.1: Approcci pianificatori negli altri cantoni



Fonte: Ricerca online

2 Principi di base della Pianificazione

Tutte le riflessioni della presente Pianificazione sono state allestite tenendo conto dei principi tematizzati nei paragrafi seguenti.

I principi cardine sui quali si basano le scelte pianificatorie sono:

- l'orientamento all'utente;
- l'inclusione;
- l'orientamento alla presa in carico domiciliare;
- la gestione integrata dell'offerta;
- la fornitura di prestazioni di alta qualità.

Questi principi sono complementari a quelli già previsti nelle leggi di riferimento del settore socio-sanitario in particolar modo, sul piano cantonale, nella LACD, nella LAnz e nella LSan e, sul piano federale, nella LAMal dove sono richiamati i principi di efficienza, economicità e sussidiarietà.

Diritti e responsabilità delle persone anziane in tutti i contesti di cura

Prima di approfondire i cinque principi di base della Pianificazione è doveroso sottolineare che gli stessi sono ispirati alla *Carta Europea dei diritti e delle responsabilità delle persone anziane bisognose di cure ed assistenza a lungo termine*², che prevede i diritti:

- alla dignità, al benessere fisico e mentale, alla libertà e sicurezza;
- all'autodeterminazione;
- alla privacy;
- a cure appropriate e di alta qualità;
- ad informazioni personalizzate ed al consenso consigliato ed informato;
- a continuare a ricevere comunicazioni, alla partecipazione alla vita sociale ed alle attività culturali;
- alla libertà di espressione e libertà di pensiero e di coscienza: credo, cultura e religione;
- alle cure palliative ed al sostegno, al rispetto ed alla dignità nell'agonia e nella morte;
- al risarcimento.

Questi principi trovano riscontro nella normativa federale, cantonale e nell'attività corrente dei servizi territoriali. La legge sanitaria (LSan), per esempio, garantisce la libertà e la sicurezza della persona (art. 5), assicura la trasmissione delle informazioni al paziente (art.6) e regola il tema del consenso informato (art.7).

L'autodeterminazione della persona è invece tutelata attraverso la redazione delle direttive anticipate, sempre disciplinate dalla LSan (art. 8).

Al fine di offrire cure palliative tempestive e adeguate, il Cantone si è dotato di una strategia specifica e garantisce il sostegno necessario attraverso le strutture ospedaliere, i servizi d'appoggio specializzati di seconda linea (consulenza alla prima linea) e i reparti di cure palliative geriatriche presenti nelle case per anziani. Il Cantone ha inoltre finanziato un progetto per la sensibilizzazione alle cure palliative di tutto il personale delle case per anziani.

La vita sociale degli anziani è invece favorita con diverse iniziative, tra le quali ad esempio i CDSA, strutture a bassa soglia d'accesso, alle quali anche gli utenti con problemi di mobilità possono accedere usufruendo di un trasporto gratuito finanziato dal Cantone.

Sul versante della tutela dell'anziano, nel 2017 UMC e UACD hanno avviato un gruppo di lavoro che nel 2019 ha prodotto il documento *"Sospetto maltrattamento: linee guida e protocollo di gestione"*³, con delle

² www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_IT.pdf

³ www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DSP/UMC/vigilanza/UMC_UACD_Rapporto_maltrattamento_2019.pdf

specifiche schede operative. Più nel concreto, opera il Servizio promozione qualità di vita di Pro Senectute, che si occupa dei temi del maltrattamento e della promozione del buon trattamento in modo trasversale per tutta la popolazione anziana, sia a domicilio, sia in una struttura socio-sanitaria e offre gratuitamente ai diversi enti e strutture del territorio una formazione specifica su questo tema. L' art. 21 della LSan prevede che nel caso vi sia una violazione dei diritti della persona, la stessa può denunciare il fatto alla Commissione di vigilanza prevista dall'art. 24 della stessa legge.

Si segnala infine che, nel 2004, allo scopo di tutelare la globalità dei diritti degli anziani, è stato istituito il Consiglio degli anziani del Cantone Ticino, un organismo che vuole promuovere una politica a favore delle persone anziane e, più in generale, difendere gli interessi della popolazione anziana del Cantone.

È doveroso completare questa tematica indicando che la stessa Carta Europea indica anche le responsabilità dell'anziano, che è tenuto a:

- rispettare i diritti ed i bisogni di coloro che vivono e lavorano nello stesso ambiente;
- rispettare il personale di cura e lo staff;
- programmare il proprio futuro e prendersi la responsabilità dell'impatto delle proprie azioni sul personale di cura e i parenti;
- informare le autorità competenti e coloro che li circondano sulla situazione di abusi, maltrattamenti o incuria subite o di cui sono testimoni.

Anche le responsabilità dell'anziano trovano riscontro nella realtà cantonale. Un esempio in questo senso sono i contratti che gli utenti firmano con i servizi e le strutture di presa in carico, nei quali sono esplicitate le prestazioni offerte, ma dove, generalmente, si richiama il dovere di rispettare il personale curante e lo staff che eroga le prestazioni.

Le direttive anticipate, oltre ad essere uno strumento di autodeterminazione fondamentale per esprimere le proprie volontà nel caso in cui si dovesse verificare un'incapacità di discernimento, sono un sostegno anche per i familiari, che, grazie alla redazione delle stesse, sono sgravati da questo compito.

L'anziano è tenuto infine a segnalare eventuali maltrattamenti subiti o di cui è testimone agli organi competenti.

Concludiamo questa sintetica esposizione, precisando che nel campo degli aspetti sopra richiamati i margini di miglioramento sono sempre presenti.

2.1 Il principio dell'orientamento all'utente

Gli approcci scelti si orientano alle esigenze degli utenti

Un orientamento che ponga gli utenti al centro del sistema di erogazione delle prestazioni è realizzabile soltanto disponendo di un profilo realistico dell'utente.

Gli utenti anziani

Gli utenti principali delle prestazioni regolate dalla LAnz e dalla LACD sono le persone con più di 65 anni. Per questo motivo la SUPSI (Cavalli e Corna 2020, allegato 2) è stata incaricata di allestire per questa pianificazione integrata un identikit dettagliato degli utenti anziani di domani. Nel riquadro che segue è riportata una sintesi di tale identikit (realizzato prima dell'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia di COVID-19).

Gli anziani di domani...



- **saranno sempre più istruiti**; il che rappresenta un fatto positivo visto il legame tra un basso livello di scolarità e tutta una serie di condizioni sfavorevoli. Nonostante ciò si dovrà prestare particolare attenzione alla minoranza che non ha avuto le stesse opportunità di scolarizzazione.
- **in generale beneficeranno di una situazione economica relativamente confortevole, anche grazie all'introduzione del secondo pilastro**. Tuttavia, ancora un numero elevato di anziani vivono in una condizione di povertà o di precarietà. Se non si interverrà, si stima che nel 2030 conteremo circa 11'000 anziani poveri⁴ in Ticino (rispetto a circa 8'000-9'000 stimati nel 2011).
- **avranno in maggior numero un passato migratorio**. Sempre più persone con un passato migratorio raggiungeranno la terza età, occorrerà pertanto tener conto delle specificità culturali e del fatto che alcune di queste persone sono vulnerabili. Il numero di svizzeri tedeschi che si trasferiscono in Ticino per trascorrere gli anni della pensione sembra invece in calo. Tra quelli che risiedono al sud delle Alpi da tempo, coloro che non si sono ben integrati incontreranno notevoli difficoltà in situazioni di fragilità e in caso di eventi avversi come la vedovanza.

→ **Miglioramento generale delle condizioni di vita, persiste però il rischio di una fragilità sociale per una parte della popolazione anziana.**



- **vivranno più a lungo in coppia**. Allo stesso tempo, la famiglia dell'anziano si diversificherà a seguito dell'aumento di separazioni, divorzi e ricomposizioni familiari (soprattutto giovani anziani). La proporzione di persone che vivono sole dovrebbe invece rimanere stabile.
- **avranno meno figli rispetto agli anziani di oggi** (artefici del baby boom) e, se le tendenze osservate si confermeranno, anche meno contatti diretti con i membri della famiglia. Malgrado ciò, in caso di necessità, non verrà a mancare il sostegno dei familiari (complementare agli aiuti formali).
- **attribuiranno un'importanza maggiore ai legami extra-familiari**. Gli amici intimi potrebbero diventare una risorsa considerevole.
- **nella stragrande maggioranza non soffriranno di solitudine**. I dati analizzati non permettono però di escludere che il sentimento di solitudine aumenti tra i membri dei nuovi gruppi di anziani. Pur trattandosi di un fenomeno minoritario (in termini percentuali), si stima che nel 2030 la solitudine interesserà all'incirca 15'000 anziani in Ticino.

→ **Famiglie degli anziani più diversificate e aumento dei legami extra-familiari.**

⁴ Sono considerate povere le persone con un reddito mensile lordo individuale inferiore ai CHF 2'400, che non sono proprietarie della propria abitazione e dispongono di un patrimonio inferiore ai CHF 60'000.

Gli anziani di domani...



- **in linea di principio godranno di buona salute.** Malattie e incapacità continueranno a riguardare soprattutto gli anziani di età avanzata. Alcuni segnali destano però preoccupazione ed è possibile che il netto miglioramento generale della salute osservato nei decenni scorsi si sia arrestato (vedasi anche l'allegato 3 con l'analisi quantitativa).
- anche in futuro vi saranno notevoli **disuguaglianze di salute** (secondo il livello di formazione, lo statuto professionale, ecc.). Le persone meno istruite appartenenti ai gruppi più giovani di anziani rischiano di vedere la loro salute degradarsi più rapidamente rispetto a chi le ha precedute, ciò che probabilmente è dovuto a un cambio di stile di vita più pronunciato in questo gruppo.

→ **Potenziale rallentamento del continuo miglioramento dello stato di salute finora osservato.**



- **saranno sempre più attivi.** La partecipazione sociale sarà diversificata e comprenderà attività ricreative e culturali, edonistiche e altruiste. Gli anziani costituiranno sempre più una risorsa importante per le famiglie e la società in generale.
- **saranno sempre più connessi e si serviranno delle nuove tecnologie.** Il modo di approcciarsi alle innovazioni (tecnologiche o meno) dipende dall'appartenenza generazionale. Ne consegue che gli anziani di domani saranno comunque "superati" dai giovani di domani.

→ **Generazione di anziani sempre più attiva e abituata all'utilizzo delle nuove tecnologie.**



- meno attratti dalle religioni tradizionali, continueranno ad attribuire una grande importanza alla **spiritualità, individualizzata e vissuta in privato.**
- i loro gusti (alimentari, musicali, di abbigliamento, ecc.) rifletteranno la storia di una generazione cresciuta tra gli anni Sessanta e Ottanta. Mostreranno una **maggiore apertura a temi considerati tabù in passato** (p. es. affettività e sessualità in età avanzata, scelte riguardanti la fine vita) e accorderanno una grande importanza a valori quali l'autonomia, l'autodeterminazione e la realizzazione personale.

→ **Cambiamento nel tipo di spiritualità vissuto dagli anziani e maggiore apertura riguardo a temi sinora tabù.**

Nel complesso dunque le condizioni di vita degli anziani residenti in Ticino dovrebbero continuare a migliorare nel corso dei prossimi anni anche se vi sarà un rischio concreto che aumentino le disuguaglianze, sia di tipo economico, sia dello stato di salute.

Gli utenti non anziani

In un contesto di Pianificazione integrata occorre tener conto che l'art. 2 della LACD sancisce che "Ogni persona che a causa di malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà socio-familiari necessita di un aiuto può beneficiare delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio".

È necessario quindi rispondere a bisogni molto differenziati tra loro, adottando un approccio inclusivo, come riportato nel capitolo 2.2, mantenendo nel contempo un approccio specializzato capace di riconoscere le particolarità di alcune categorie di utenti in termini di prestazioni specifiche (vedi, più avanti, come ripreso nel capitolo 2.6).

Prevale il principio dell'autodeterminazione degli utenti sulla sicurezza assoluta

Autodeterminazione e sicurezza degli utenti sono due principi potenzialmente contrapposti nella scelta degli obiettivi pianificatori. Con autodeterminazione si intende in primis la libertà di scelta e la protezione della personalità. Con sicurezza si intende invece l'integrità fisica della persona.

Ad entrambi i principi potrebbe essere attribuita una priorità, tuttavia occorre tenere conto del dilemma tra questi obiettivi con cui quotidianamente si confrontano gli operatori dei servizi, ad. es. quando la sicurezza medica è a rischio a causa delle scelte che l'utente compie usufruendo del suo diritto all'autodeterminazione. Questa tematica si è manifestata in misura particolare nel corso della pandemia di COVID-19 (vedasi paragrafo 1.5), in cui è emersa la necessità di far andare di pari passo la protezione della vita con la protezione della personalità e il diritto all'autodeterminazione, verificando costantemente l'efficacia e la proporzionalità delle misure di protezione adottate.

La presente Pianificazione favorisce l'autodeterminazione degli utenti, un obiettivo perseguito rigorosamente anche nel mondo della medicina che, nel contesto della cura agli anziani, rischia di essere trascurato quando le misure di sicurezza aiutano a tranquillizzare la cerchia familiare, limitando però la libertà di scelta dell'utente. A questo proposito si sottolinea l'importanza che gli utenti siano consapevoli del potenziale "trade-off" tra sicurezza e autodeterminazione, ossia delle necessità di trovare un punto di equilibrio che garantisca al meglio sia la sicurezza che l'autodeterminazione, pur non potendo garantirli totalmente entrambi, sin dall'inizio della loro presa in carico, ad es. attraverso una chiara esplicitazione di questa problematica nei contratti per l'ammissione in istituto o l'erogazione di servizi a domicilio.

2.2 Il principio dell'inclusione

"... la disabilità non è che uno degli aspetti particolari all'interno dei problemi generali della nostra umanità e non fa altro che svolgere il ruolo di amplificatore. La sorte può portare l'una o l'altra persona ad esserne vittima, senza alcuna prevedibilità ed equità. E questo avviene perché la disabilità fa parte della normalità della nostra vita e di ciò dobbiamo tenerne conto ogni volta che pensiamo all'uomo, ai suoi diritti, educiamo e formiamo i giovani, elaboriamo regole e leggi, valutiamo l'abilità sociale e costruiamo degli spazi pubblici..."

-(Charles Gardou 2006)⁵

La Convenzione ONU del 2013⁶, entrata in vigore in Svizzera nel 2014, promuove la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società delle persone con disabilità

Il concetto di inclusione⁷ definisce il riconoscimento di un diritto attraverso il suo opposto: l'esclusione. Il concetto di inclusione porta ad affermare che le strategie e le azioni da promuovere devono tendere a rimuovere quelle forme di esclusione sociale di cui le persone con disabilità, le persone anziane, le persone con un disagio psicosociale e le persone con una malattia cronico-degenerativa soffrono nella loro vita quotidiana.

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, entrata in vigore in Svizzera nel 2014, definisce la disabilità non come una malattia, ma come risultante del rapporto sociale tra le caratteristiche delle persone e l'ambiente in cui vivono.

Tra le priorità viene affermata "la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società", ponendo l'attenzione su come, e attraverso quali forme, i gruppi sociali costruiscano i propri vincoli di appartenenza o di non appartenenza e sui processi che definiscono la possibilità di inclusione o esclusione per persone o gruppi specifici.

Trasformare i luoghi di cura in luoghi sociali a disposizione di tutta la società operando dentro e fuori dalle mura del servizio. L'approccio inclusivo viene integrato come modello di riferimento che guida il pensiero e le azioni dei professionisti

Nel concreto per i servizi e le strutture socio-sanitarie⁸ significa creare occasioni d'incontro, confronto, scambio, conoscenza, condivisione e dialogo, in grado di coinvolgere le realtà del territorio attraverso

⁵ Gardou Charles, Diversità, vulnerabilità e handicap. Per una nuova cultura della disabilità, Erickson, 2006.

⁶ Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, conclusa a New York il 13 dicembre 2013 ed entrata in vigore in Svizzera il 15 maggio 2014.

⁷ Tratto e rielaborato da: MEDEGHINI R., VADALÀ G., FORNASE W. e NUZZO A., Inclusione sociale e disabilità, Linee guida per l'autovalutazione della capacità inclusiva dei servizi, Trento: Ed. Centro Studi Erickson, 2013, pp. 73-85.

⁸ Tratto e rielaborato da: MEDEGHINI R., VADALÀ G., FORNASE W. e NUZZO A., Inclusione sociale e disabilità, Linee guida per l'autovalutazione della capacità inclusiva dei servizi, Trento: Ed. Centro Studi Erickson, 2013, pp. 73-85.

proposte che sappiano creare le condizioni ideali per la costruzione di relazioni sociali che favoriscano l'inclusione.

Vi è quindi una transizione dalla promozione di progetti di intrattenimento o socializzazione specifici e puntuali, alla realizzazione di progetti comuni, trasformando i servizi da luoghi di cura a luoghi sociali, a disposizione della comunità. In questi progetti comunitari ogni partecipante può fare esperienza assumendo un ruolo attivo e socialmente riconosciuto, in cui la realtà della disabilità e dell'essere una persona anziana sia una delle tante, in interazione con altre realtà e dove l'accento non venga posto necessariamente sulla condizione di disagio, ma sulla ricerca di un benessere comune a tutta la società.

Il secondo livello sul quale agire è quello della professionalità. I servizi necessitano professionisti che sappiano non solo fornire prestazioni, ma anche riconoscere la complessità dell'azione inclusiva e occupare il proprio ruolo in un processo più ampio e complesso, con un'attenzione a cogliere e rimuovere gli ostacoli che frenano o impediscono i processi inclusivi.

Questi ostacoli sono le cosiddette barriere (fisiche, concettuali, linguistiche, organizzative e relazionali) alla partecipazione attiva ed autodeterminata a un'organizzazione, a un servizio sociale e ad attività del tempo libero.

Inclusione sociale significa promuovere condizioni di vita dignitose e un sistema di relazioni soddisfacenti nei riguardi di persone che presentano difficoltà nella propria autonomia personale e sociale, in modo che esse possano sentirsi parte della società e di contesti relazionali dove poter agire, scegliere e vedere riconosciuto e valorizzato il proprio ruolo e la propria identità

Come detto per i servizi, anche gli operatori stessi non dovrebbero limitare il loro ruolo alle attività dedicate alla cura e all'animazione, bensì ampliarlo a quello di promotori e facilitatori di processi sociali all'interno del territorio in cui è ospitato il servizio. Gli operatori devono mettere in atto strategie che mobilitino risorse e competenze, in sinergia con i diversi attori con cui si condivide il territorio. Ciò implica il saper rivolgere fuori dal servizio non solo il pensiero, ma anche la propria azione. Promuovere occasioni d'inclusione sociale attraverso la creazione di esperienze e contesti dove relazionarsi in progetti concreti che coinvolgano tutti i cittadini. Ad esempio si possono creare legami e occasioni di incontro e scambio fra i centri diurni, le istituzioni per persone disabili o anziane, le associazioni di volontariato sociale e culturale, le scuole, gli oratori, i centri giovanili e le biblioteche. Ciò significa creare occasioni dove poter star bene e crescere insieme.

Per perseguire questi obiettivi occorre abbandonare la sicurezza data dalle "mura" del proprio servizio per andare verso l'altro, valorizzando il potere delle relazioni e del capitale umano e sociale.

Ciò non significa negare il fatto che ognuno di noi è diverso o negare la presenza di disabilità e difficoltà fisiche o psicosociali, che devono essere trattate in maniera adeguata e specialistica; significa spostare la riflessione e l'intervento dalla persona al contesto, per individuarne le barriere e operare per la loro rimozione.

Inclusione sociale significa sostanzialmente promuovere condizioni di vita dignitose e un sistema di relazioni soddisfacenti nei riguardi di persone che presentano difficoltà nella propria autonomia personale e sociale, in modo che possano sentirsi parte della società e di contesti relazionali dove poter agire, scegliere e vedere riconosciuto e valorizzato il proprio ruolo e la propria identità.

Ogni intervento sociale inclusivo crea un considerevole valore aggiunto per tutti i cittadini, sotto forma di promozione del benessere individuale, familiare e della società intera. Come già esposto nel precedente paragrafo 1.3 sul perimetro e la definizione della Pianificazione, essa persegue e promuove il principio dell'inclusione e ha importanti interconnessioni con altre pianificazioni cantonali.

Introducendo il prossimo capitolo sul principio del favorire la presa in carico domiciliare, possiamo mettere in evidenza quanto la LACD, grazie al suo carattere universale, promuova un approccio inclusivo e sostenga

in modo trasversale persone di età e problematiche molto diverse fra loro⁹ (maternità, malattia, infortunio, disabilità, vecchiaia o difficoltà socio-familiari).

2.3 Il principio di favorire la presa in carico domiciliare viene accentuato

L'orientamento verso il mantenimento a domicilio si è affermato nei Cantoni latini

Da circa un ventennio il Cantone Ticino si è orientato al principio “ambulatoriale prima dello stazionario”, anticipando (insieme ad altri Cantoni, in particolare della Svizzera romanda) e poi seguendo l'indirizzo maturato all'interno della Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS). Questa strategia si manifesta, da un lato nella graduale riduzione del numero di posti letto in istituti medicalizzati in proporzione alla popolazione ultraottantenne (vedasi capitolo 3) e, dall'altro, nella forte spinta prima all'assistenza e cura a domicilio e poi ai servizi e alle prestazioni di supporto al mantenimento a domicilio.

L'orientamento verso la presa in carico domiciliare viene confermato valorizzando però esplicitamente la complementarità con l'ambito stazionario

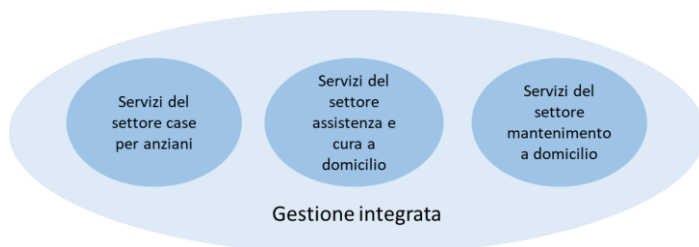
La presente Pianificazione si orienta appieno al principio di favorire la presa in carico domiciliare, cercando di rafforzarlo ulteriormente. Promuovere e consolidare le possibilità degli utenti di rimanere al proprio domicilio resta un obiettivo centrale anche per il prossimo decennio, che spesso coincide con la volontà degli utenti stessi e delle loro famiglie. Questa accentuazione della presa in carico domiciliare non è da interpretare alternativamente alla presa in carico stazionaria, ma piuttosto come un'integrazione tra i due ambiti, con preziose complementarità. Va infatti ricordato che lo scopo della pianificazione è di fornire risposte che incontrino nel miglior modo possibile le esigenze individuali degli utenti; il che è possibile solo attraverso una combinazione integrata dei due ambiti. (vedasi anche il paragrafo 4.1.1 “Accessibilità e coordinamento”).

2.4 Privilegiare la gestione integrata dell'offerta

Si promuove l'integrazione delle varie strutture e servizi al fine di migliorare l'accesso alle prestazioni

Un ulteriore indirizzo di base della presente Pianificazione riguarda la promozione di nuovi approcci finalizzati a integrare le diverse prestazioni in un contesto comune, rappresentato nel grafico 2.4.1. L'integrazione dei servizi risulta essenziale al fine di consentire un'implementazione efficace dell'offerta socio-sanitaria disponibile sul territorio. La promozione di questo tipo di organizzazione non si limita agli enti di diritto pubblico, ma può concernere tutti gli enti attivi sul territorio.

Grafico 2.4.1: Obiettivo del principio di privilegiare la gestione integrata dell'offerta



La messa in rete degli erogatori di prestazioni è una realtà già presente sul territorio seppur con modalità e forme diverse. Questo approccio permette ai servizi di rispondere alle necessità specifiche della regione di riferimento, adattando la modalità d'intervento alle esigenze territoriali. L'aggregazione tra strutture dello stesso tipo e/o servizi di altro genere permette inoltre di fornire un intervento maggiormente dinamico e flessibile, che orienta l'offerta in percorsi di presa in carico su misura alle necessità della popolazione di riferimento.

⁹ Art. 2 LACD Ogni persona che a causa di malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà socio-familiari necessita di un aiuto può beneficiare delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio.

Inoltre, dal punto di vista dei fruitori delle prestazioni, la gestione integrata tra differenti tipologie di servizio, e il conseguente orientamento ad avere un unico interlocutore, favorisce l'autodeterminazione dell'utente attraverso il miglioramento dell'informazione e consapevolezza all'interno del proprio percorso (maggior empowerment dell'utenza).

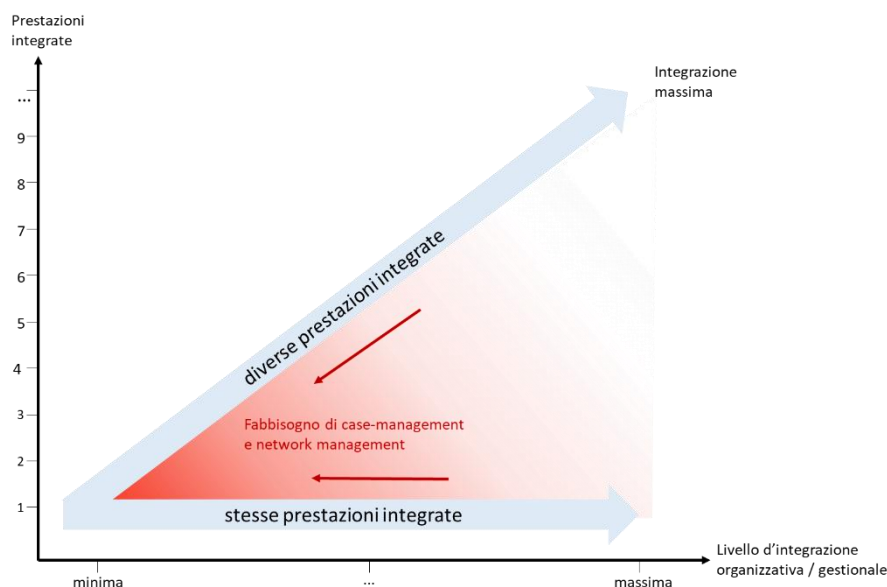
Oltre ai vantaggi appena elencati, la creazione di reti integrate permette alle strutture e ai servizi di acquisire maggiore autorevolezza sul territorio attraverso il raggiungimento di dimensioni che permettono lo sviluppo interno di figure professionali e competenze specialistiche in funzione dei bisogni dell'utenza seguita. Per l'ente pubblico risulta quindi fondamentale prevedere d'incentivare la promozione di nuove reti di servizi o lo sviluppo delle realtà già presenti.

Il grafico 2.4.2 rappresenta le diverse dimensioni dell'integrazione ipotizzabili per lo sviluppo della situazione del Canton Ticino. Attualmente, la maggior parte degli enti opera a un basso livello d'integrazione (forme di collaborazione con altri enti) e offre un unico tipo di prestazione. Una possibilità di integrazione, che si potrebbe definire "orizzontale" è quella tra enti che erogano le medesime prestazioni, come ad esempio avvenuto con l'Ente case anziani Mendrisiotto (ECAM), inizialmente con gli Istituti sociali di Lugano (LIS), con l'Associazione Melograno (Casa dei Ciechi di Lugano e Tusculum di Arogno), con le case per anziani Don Guanella (Tesserete e Maggia) e con le case comunali di Bellinzona.

Alternativamente vi può essere un'integrazione "verticale", rappresentata dalla possibile associazione di enti che offrono diversi tipi di prestazioni, al fine di valorizzare le diverse competenze specifiche, favorendo un percorso di continuità nella presa in carico degli utenti. In questo senso vanno l'esperienza del LIS, che gestisce, per ora transitoriamente, anche il più grosso servizio d'assistenza e cura a domicilio d'interesse pubblico del Cantone (SCuDo), la collaborazione sviluppatasi tra il servizio d'assistenza e cura a domicilio del Locarnese e Vallemaggia (ALVAD) e la CPA Cinque Fonti di San Nazzaro e il progetto della rete Parco San Rocco, basato sul modello Curaviva 2030. Alcune di queste esperienze sono approfondite in uno specifico allegato.

L'integrazione è dunque massima quando un unico ente è in grado di offrire diverse tipologie di prestazioni. Un consolidato esempio di tale forma organizzativa è dato dal modello Lindenhof del Canton Argovia che unisce prestazioni socio-sanitarie (cura in casa per anziani, centro diurno, appartamenti a misura degli anziani, cure e servizi a domicilio, ecc.) ad altre prestazioni (economia domestica, dentista, consulenza nutrizionale, parrucchiere, giardinaggio, ecc.), sotto un unico capello.

Grafico 2.4.2: Approcci per aumentare la gestione integrata dell'offerta



Come visto in precedenza, il vantaggio di un approccio organizzativo integrato è riconducibile alla centralizzazione del dialogo con un solo interlocutore che facilita la comunicazione con gli utenti, l'ente pubblico e la cittadinanza in generale.

Ne beneficiano in particolar modo gli utenti che grazie ad un unico ente o ad un numero limitato possono usufruire di prestazioni maggiormente coordinate. Su questo aspetto si rimanda anche al paragrafo 4.1.1 ("Accessibilità e coordinamento") per un approfondimento della prestazione del case-management (persona di riferimento del caso) e del network-management (coordinamento delle reti). Come evidenziato nel grafico 2.4.2, più basso è il livello d'integrazione organizzativa/gestionale, maggiore è il fabbisogno di case-management e di network-management.

Un ulteriore beneficio di questo approccio organizzativo integrato è che gli enti, collaborando, raggiungono una dimensione che permette loro di approfittare di varie sinergie ed economie di scala, consentendo di dotarsi più facilmente di un organico dotato di figure specialistiche dedicate (in generale inteso per tutti i settori, dell'amministrazione e delle cure), con conseguente ampliamento delle competenze dell'ente, e di avviare, realizzare e gestire progetti o sperimentazioni importanti e complessi, che sarebbero difficilmente sostenibili singolarmente. Inoltre, il raggiungimento di una certa dimensione in termini di dotazione di personale permette di implementare una politica più flessibile e adeguata ai bisogni specifici dei collaboratori, che possa garantire loro una varietà di attività e l'acquisizione di nuove competenze professionali.

Nell'ottica di ridurre l'importante frammentazione del settore socio-sanitario, è fondamentale che le reti integrate, presenti e future, si adoperino per sfruttare in maniera efficace ed efficiente le proprie potenzialità, instaurando nuove forme di collaborazione e supporto nei confronti di tutti gli altri servizi che operano nel proprio territorio di intervento.

La messa in rete delle strutture stazionarie prevede dei particolari incentivi

Le reti di cura integrate rappresentano uno dei principi cardine della Pianificazione, che mira a sostenere le realtà già presenti sul territorio e a promuoverne lo sviluppo di un numero crescente, attraverso un accompagnamento mirato e degli specifici incentivi.

Gli enti che operano all'interno di una rete di cura integrata possono già oggi beneficiare di alcuni incentivi nell'ambito del finanziamento:

- possibilità di utilizzo libero dell'utile d'esercizio per una quota pari al 50%;
- suddivisione del restante 50% tra fondo 1 (75%) e fondo 2 (25%);
- limite di accumulo del fondo 1 aumentato al 30% (+10% rispetto alle strutture non in rete) dei costi d'esercizio;
- periodo transitorio di tre anni con gli standard di finanziamento commisurati alle singole strutture.

Di recente, in parallelo con l'allestimento della presente Pianificazione, è stato promosso e attivato un gruppo di lavoro tecnico che si sta occupando di valutare l'adeguatezza degli attuali incentivi e di identificarne di nuovi, sia a ulteriore sostegno delle reti esistenti, sia per promuoverne di nuove. Alcune piste concrete sulle quali lavorare sono già state individuate:

- la definizione di standard di finanziamento specifici per le reti, con il riconoscimento di risorse legate all'organizzazione (es. specialista risorse umane, informatico, specialista della qualità, ecc.);
- il sostegno alla creazione di poli di competenza regionali (es. protocolli sanitari, LCPubb, ecc.);
- l'estensione del periodo transitorio con gli standard di finanziamento relativi alle singole strutture a 4/5 anni;
- il finanziamento di consulenze aziendali specifiche per la promozione di nuove reti (comunicazione, struttura della governance, identità di rete, ecc.).

2.5 Le prestazioni devono essere di alta qualità

La promozione della qualità è un obiettivo fondamentale della Pianificazione

Offrire prestazioni di elevata qualità, al passo con la crescente complessità delle casistiche del sistema socio-sanitario in generale e delle esigenze degli utenti, è un obiettivo fondamentale della presente Pianificazione. Assumendo che anche nel decennio a venire si manterrà il metodo di finanziamento basato sui contratti di prestazione, la verifica della qualità delle prestazioni sarà alla base dei lavori nel corso dei prossimi anni. Si rimanda al paragrafo 4.1.3 (“Qualità e bientraitance”) per una descrizione e valutazione dell’attuale sistema di qualità e ulteriori riflessioni sull’evoluzione di quest’ultimo.

2.6 Le prestazioni devono considerare i bisogni specifici dell’utenza

La Pianificazione integrata e inclusiva deve poter considerare un buon grado di differenziazione delle risposte in base ai bisogni particolari dell’utenza

“L’inclusione passa dall’accoglienza della singolarità in seno ad uno spazio sociale veramente collettivo e d’accesso comune, capace di compensare le debolezze di alcuni mettendo loro a disposizione, in analogia a quanto messo a disposizione agli altri, il necessario per essere così come sono, in tale spazio comune”¹⁰

Inclusione significa quindi agire in contesti ordinari garantendo allo stesso tempo delle attenzioni particolari. In analogia a quanto messo a disposizione alla popolazione maggioritaria definita genericamente come anziana, le persone con necessità particolari devono poter beneficiare di risposte specifiche ai propri bisogni altrettanto specifici. Un approccio integrato e inclusivo deve garantire in ogni caso la possibilità di offrire delle prestazioni specializzate anche per l’utente con malattia, in infortunio, con disabilità, in maternità o con difficoltà socio-familiari.

Accanto alle prestazioni di carattere “generalistico”, occorre quindi sviluppare e sostenere risposte mirate, ad esempio per le persone con demenze, con un deficit intellettivo, per giovani con importanti deficit fisici, per chi soffre di deficit psichici, malattie tumorali, malattie rare, ecc.

Nel campo di applicazione della LACD, queste risposte possono essere sviluppate all’interno dei SACDip come pure attraverso dei servizi d’appoggio (SAPP).

¹⁰ Ravaud, J.F., Stiker, H. (2000b) Les modèles de l’exclusion et de l’inclusion à l’épreuve du handicap. 2ième partie: Vers une typologie des différents régimes d’exclusion repérables dans le traitement social du handicap. Handicap-Revue de science humaine et sociale. 87, p.13

Parte II: Pianificazione quantitativa

3 Fabbisogno di cura 2030 e proposte pianificatorie 2021-2030

Questo capitolo è suddiviso in due parti, che hanno obiettivi diversi e complementari:

- **Al capitolo 3.1 esponiamo i risultati dell'analisi quantitativa del fabbisogno di cure 2030.** Come noto la LAMal richiede che le scelte pianificatorie dei Cantoni si basino su analisi dei fabbisogni futuri di cure della popolazione. Prima di pianificare occorre cioè determinare di quanti posti letto di case anziani, di quante ore di cura fornite dai servizi di cura domiciliare nonché di quali e quanti altri servizi sarà necessario disporre per rispondere ai bisogni di cura della popolazione anziana che vivrà in Ticino nel 2030. Il capitolo 3.1 illustra dunque i calcoli effettuati e i risultati di tali stime. Si tratta in particolare di:
 - conoscere gli scenari della popolazione totale e anziana che vivrà in Ticino nel 2030;
 - conoscere l'evoluzione dei servizi per anziani e del consumo di tali prestazioni da parte della popolazione anziana, avvenuta dopo il 2010;
 - calcolare, in base a scenari demografici, consumo attuale e ipotesi di sviluppo, il fabbisogno futuro di cure della popolazione.

Dato l'ampio ventaglio di prestazioni qui considerate, la loro evoluzione differenziata nel corso dell'ultimo decennio e le ipotesi diverse che occorre introdurre per stimare l'evoluzione futura dei diversi tipi di servizio, il capitolo 3.1 è denso di informazioni ed è in grado di fornire unicamente una panoramica dei risultati principali. Per informazioni più dettagliate, in particolare sullo sviluppo dei servizi nell'ultimo decennio, sui modelli di stima del fabbisogno futuro, nonché per una descrizione dei settori non finanziati dall'ente pubblico (appartamenti a misura d'anziano e badanti) si rimanda all'allegato 3 (DSP – Statistiche sanitarie e DASF – UACD 2020).

Da notare infine che il capitolo 3.1 non si limita a riassumere i risultati del citato Rapporto quantitativo completo (allegato 3), bensì ne costituisce in parte un'evoluzione. Infatti, mentre nel rapporto completo per ogni stima è definita una forchetta di risultati futuri (minimo-massimo), nel capitolo 3.1 di regola è riportato solamente il valore minimo dell'intervallo. Ciò è collegato alla recente pubblicazione da parte dell'Ufficio federale di statistica (UST) dei nuovi scenari demografici UST2020-2050. Tali nuovi scenari, inferiori ai precedenti scenari UST2015-2045 da noi utilizzati per i calcoli, suggeriscono di rinunciare alle stime calcolate con lo scenario demografico DI RIFERIMENTO UST 2015-2045. Perciò in questo documento le stime calcolate con questa popolazione sono state tralasciate.

- **L'obiettivo del capitolo 3.2 è sviluppare e descrivere proposte che prevedano scelte pianificatorie concrete, elaborate sulla base dei risultati esposti al capitolo 3.1.** Concretamente abbiamo sviluppato tre scenari possibili che prevedono sviluppi diversi nei principali settori. In questi scenari gli sviluppi dei vari settori sono stati messi in relazione l'uno con l'altro.

Terminiamo l'analisi quantitativa scegliendo una proposta tra le tre da noi sviluppate e motivando tale scelta.

3.1 Stime del fabbisogno di cure e di personale 2030 e dei relativi costi di finanziamento

3.1.1 Pianificazione dinamica, aggiornamento periodico delle stime del fabbisogno di cura e modelli integrati di previsione

In questo capitolo riassumiamo i risultati principali delle stime del fabbisogno di cure, dei loro costi e del personale curante necessario, rimandando al rapporto completo (allegato 3) per maggiori dettagli.

Le stime quantitative che seguono si iscrivono in un **processo di pianificazione dinamica**. Tali stime saranno cioè verificate e se necessario ricalcolate negli anni futuri, mentre nell'immediato serviranno a orientare le prossime mosse pianificatorie.

Gli scenari di proiezione servono infatti per orientarsi, un po' come una mappa verso il futuro, ma non possono predirlo. Perciò tali mappe possono necessitare di modifiche per tener conto, sia di cambiamenti intervenuti nella realtà, sia di eventuali miglioramenti nella capacità di disegnare la mappa, come ad esempio dati statistici più completi o nuovi modelli di previsione.

Le stime qui presentate sono in parte a loro volta un aggiornamento degli scenari calcolati da Obsan nell'ambito del mandato 2016¹¹ per la stima del fabbisogno 2030 di personale curante; i motivi sono diversi, in particolare l'apertura di nuovi servizi (reparti RAMI) e ipotesi utilizzate nelle stime precedenti rivelatesi errate o incomplete. Per questi motivi abbiamo dovuto in parte ricalcolarli, mantenendo in linea di massima la metodologia Obsan.

Per lo stesso motivo (necessità di revisione periodica delle stime) e come già spiegato sopra, qui riportiamo unicamente le soglie inferiori delle stime esposte nell'allegato 3. Tale decisione è giustificata dai nuovi scenari demografici UST2020-2050, che non invalidano le stime, ma suggeriscono di utilizzare esclusivamente le soglie inferiori.

Nell'ambito della pianificazione dinamica, nei prossimi anni questi risultati saranno valutati e aggiornati per tenere conto di eventuali nuove informazioni e cambiamenti **nonché dei nuovi modelli di previsione integrati**, in particolare il nuovo modello integrato sviluppato dall'Obsan.

La presente pianificazione è parzialmente integrata, nel senso che introduce riflessioni e meccanismi di coordinamento tra servizi e prese in carico complementari o che si susseguono nel tempo, ma essa non si basa su un modello unico e integrato di previsione. In altre parole il modello da noi utilizzato non dispone di un sistema di "vasi comunicanti" tra le varie prese a carico che dia la possibilità di simulare il "travaso" dei clienti da un settore di presa in carico a un altro.

Il nuovo modello di previsione sviluppato dall'Obsan ("integrato" nel senso appena descritto), sarà applicato ai dati cantonali nei prossimi anni, nell'ambito del processo di pianificazione dinamica.

Le stime presentate qui si basano invece su previsioni (calcoli) separate. Al di là di questo aspetto tecnico, attiriamo da subito l'attenzione sul fatto che l'aumento della popolazione anziana fino al 2050 e oltre sarà, secondo gli scenari dell'UST, straordinario e di un'intensità sin qui mai registrata. Di conseguenza tutte le stime del fabbisogno di cure mostrano aumenti importantissimi già entro il 2030, indipendentemente dai metodi di calcolo applicati.

¹¹ L'Osservatorio nazionale della salute (Obsan) dell'Ufficio federale di statistica (UST), ha elaborato nel 2016, sulla base di un mandato attribuito dall'Osservatorio cantonale delle professioni curanti, scenari di fabbisogno di cura 2030 e scenari di fabbisogno di personale curante 2030 per il Cantone Ticino. Tali scenari sono stati qui rielaborati.

Da notare che per questo mandato l'Obsan aveva utilizzato i suoi modelli tradizionali di previsione. Di recente ha invece sviluppato un nuovo modello di previsione integrato.

3.1.2 Scenari demografici

Le stime del fabbisogno di cure si basano sugli scenari demografici disponibili al momento dell'elaborazione dei dati, ossia gli scenari dell'Ufficio federale di statistica **UST 2015-2045** nella versione rielaborata, al fine di disporre di stime regionalizzate, dall'Ufficio cantonale di statistica (scenari demografici **USTAT 2016-2045**)¹². Questi scenari prevedevano, data la situazione congiunturale e, in particolare, il forte afflusso migratorio, uno sviluppo demografico particolarmente accentuato in tutta la Svizzera.

Sia l'UST che l'USTAT hanno elaborato tre versioni degli scenari: ALTO, DI RIFERIMENTO (teoricamente lo scenario più probabile) e BASSO.

Noi abbiamo utilizzato, per stimare il fabbisogno di cure futuro, gli **scenari DI RIFERIMENTO e BASSO**. Questo perché avevamo giudicato improbabile lo scenario ALTO, il quale prevedeva 420'000 abitanti in Ticino nel 2030 (vedasi grafico 3.1.2.1).

Al di là del livello atteso per la popolazione complessiva, **la caratteristica degli scenari demografici UST 2015-2045 e, quindi, USTAT 2016-2045, è quella di un aumento importantissimo della popolazione anziana di terza e quarta età fino e oltre il 2030**. Come noto quest'accelerazione nell'invecchiamento della popolazione è causata dall'entrata nell'età di pensionamento dei baby boomers (le generazioni nate dal 1946 al 1964 alle quali si aggiungono quelle immediatamente successive, non meno numerose). In altre parole non va dimenticato che l'aumento del fabbisogno di cure delle persone della quarta età, di cui si occupa questo rapporto, non terminerà nel 2030, ma continuerà, ancora più forte, almeno fino al 2050.

Nel corso dell'estate 2020 l'UST ha pubblicato i **nuovi scenari demografici UST 2020-2050**, che sono, per quanto riguarda **la popolazione totale, sensibilmente meno elevati dei precedenti**. Ciò è dovuto alle nuove ipotesi sulle immigrazioni internazionali, molto più contenute rispetto a quelle usate negli scenari precedenti. I nuovi scenari sono talmente più bassi (vedasi grafico 3.1.2.1) che la variante UST ALTA 2020-2050 è più bassa perfino delle varianti UST 2015-2045 BASSA e USTAT 2016-2045 BASSA. I nuovi scenari UST 2020-2050 sono più coerenti, in particolare, con la diminuzione demografica osservata in Ticino negli ultimi tre anni (2017-2018-2019).

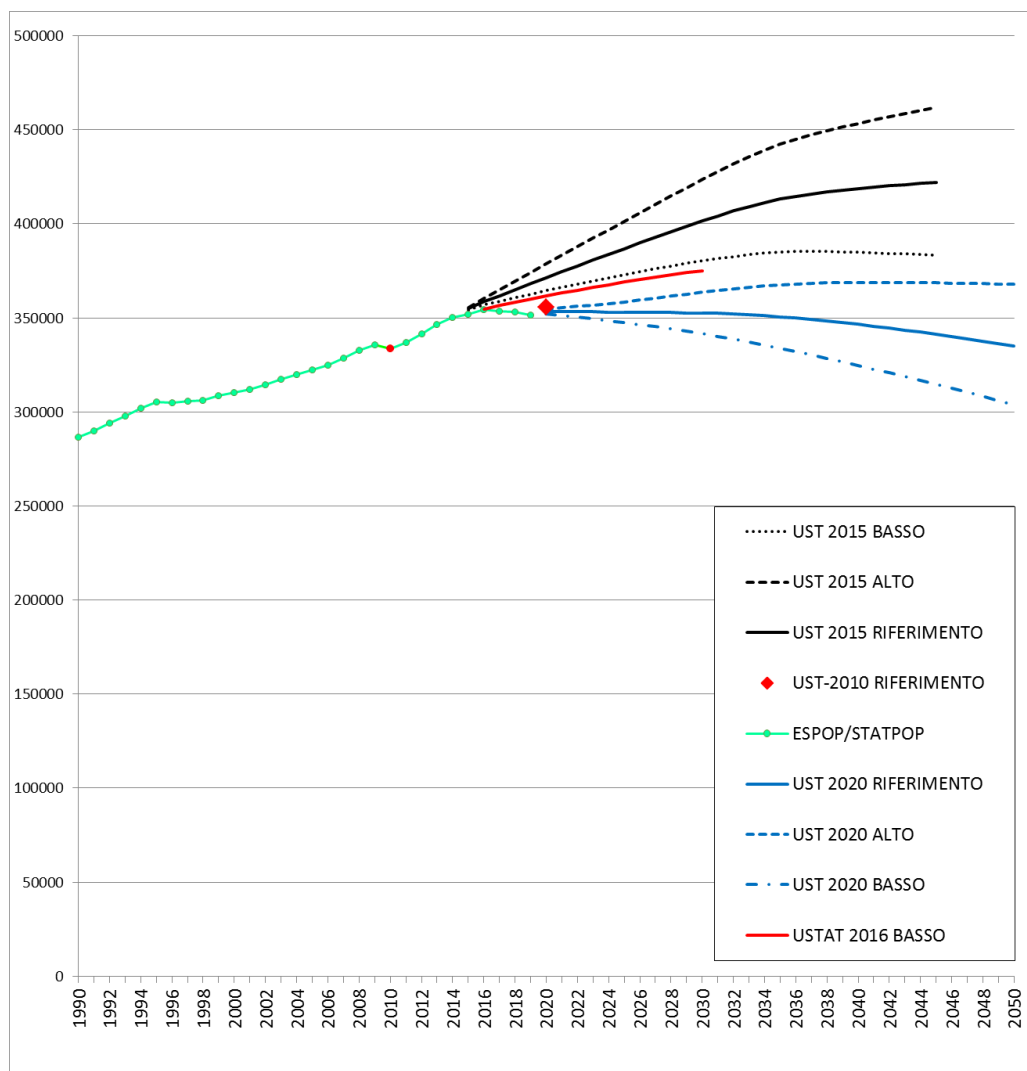
A prima vista si potrebbe pensare che i nuovi scenari invalidino le stime da noi calcolate, ma ciò non è il caso.

Innanzitutto va rilevato che, secondo l'USTAT, tra i nuovi scenari quello più verosimile è 2020 ALTO. Detto scenario (linea blu tratteggiata) non si discosta molto dalla variante USTAT-2016 BASSA (linea rossa) da noi utilizzata per le stime, specie per quanto riguarda la popolazione ultra80enne, che è quella che maggiormente costituisce il fabbisogno di cura.

Infatti (tabella 3.1.2.1) per il 2030 lo scenario USTAT 2016 BASSO prevedeva 36'319 ultra80enni contro 36'763 nella variante UST 2020 ALTA. Per gli abitanti 65-79enni la differenza è più accentuata: il vecchio scenario prevedeva 69'000 abitanti e il nuovo meno di 64'000. Le differenze per le classi di età giovani e in età attiva sono maggiori, ma queste fasce di età incidono poco sui settori di cura analizzati in questo rapporto.

Tutto ciò permette di concludere che si possono utilizzare i risultati calcolati con gli scenari demografici UST 2015/USTAT 2016, purché si ritengano unicamente i limiti inferiori delle forchette di stima, tralasciando i limiti superiori dell'intervallo.

¹² L'UST elabora periodicamente scenari demografici, di cui presenta alcune varianti basate su ipotesi differenziate. Le varianti principali sono denominate UST ALTO, UST DI RIFERIMENTO e UST BASSO (vedasi allegato 3 per le descrizioni dettagliate). Le rielaborazioni di questi scenari da parte dell'USTAT, per dettagliarli dal profilo geografico, sono denominate USTAT ALTO, USTAT DI RIFERIMENTO e USTAT BASSO.

Grafico 3.1.2.1: Popolazione residente al 31.12 effettiva e secondo vari scenari demografici, Ticino dal 1990

Fonti: come indicato nella legenda

Tabella 3.1.2.1: Popolazione residente al 31.12 effettiva e secondo scenari demografici UST-USTAT, Ticino

	Ticino	USTAT 2016-2045 BASSO		UST 2020-2050 ALTO			
	2018	2030 (linea rossa)	Aumento 2018-2030	2030 (blu tratteg.)	Aumento 2018-2030	2040	Aumento 2018-2040
Totale	353'343	375'043	+6%	363'664	+3%	368'715	+4%
di cui 65-79	55'724	68'696	+23%	63'702	+14%	72'893	+31%
di cui 80+	24'171	36'319	+50%	36'763	+52%	43'490	+80%

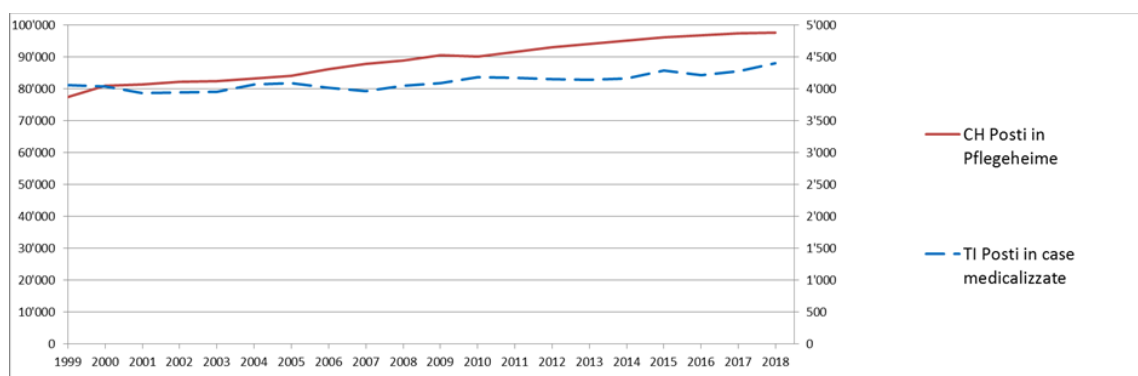
Per maggiori dettagli su questo e su tutti gli altri paragrafi rimandiamo al rapporto quantitativo (vedasi allegato 3). In particolare nell'allegato presentiamo i risultati demografici dei singoli comprensori SACD.

3.1.3 Fabbisogno di posti letto in case per anziani (CPA)

Dal 2010 al 2018 in Ticino i posti letto nelle case per anziani sono aumentati dell'11,1%, passando da 4'045 a 4'493 (somma di tutte le prese in carico: lungo soggiorno LS, soggiorno temporaneo ST, CAT/STT e cure palliative, vedasi grafico 3.1.3.1).

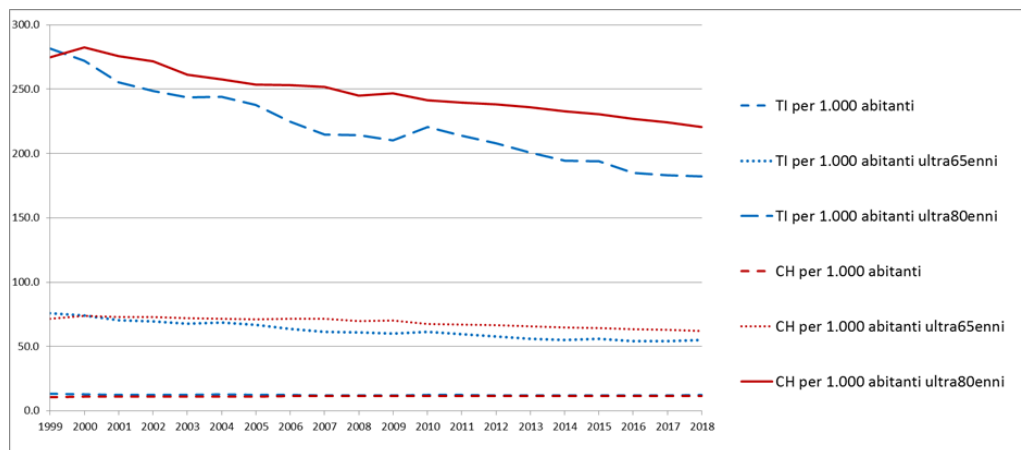
L'aumento di posti letto però è stato meno rapido di quello della popolazione anziana. Così, malgrado l'aumento di posti si è registrata una **diminuzione della densità di posti letto** ogni mille anziani, di circa 40 punti per mille, essendo passata da 220 posti di Lungo soggiorno per mille abitanti over 80 nel 2010 a circa 180 nel 2018 (vedasi grafico 3.1.3.2). La diminuzione della densità dei posti disponibili rispetto alla popolazione anziana residente è un trend in corso già da una ventina d'anni in Ticino, ed è dovuto alla sempre più rapida evoluzione della popolazione della quarta età.

Grafico 3.1.3.1: Posti letto in case anziani medicalizzate, Ticino e Svizzera, dal 1999 (valori assoluti, due scale)



Fonte: statistica federale SOMED-A – Letti di Lungo soggiorno, soggiorno temporaneo, CAT-STT e di cure palliative

Grafico 3.1.3.2: Densità di posti letto LS in case anziani medicalizzate, Ticino e Svizzera, dal 1999 (%o ab. 80+)



Fonte: statistica federale SOMED-A – Letti di Lungo soggiorno

Nel rapporto quantitativo allegato abbiamo esplorato **quattro scenari** di sviluppo del fabbisogno di posti letto in casa per anziani, combinando due diversi scenari demografici (USTAT 2016-2045 DI RIFERIMENTO e USTAT 2016-2045 BASSO) con due scenari di evoluzione dello stato di salute della popolazione anziana: scenario di invecchiamento in migliore salute (HEALTHY AGEING) e scenario con fabbisogno invariato di cure in case per anziani (STABILITÀ). Di questi quattro scenari **ne riteniamo qui uno solo**.

Come spiegato sopra, infatti, per quanto riguarda l'evoluzione demografica solo lo scenario BASSO deve essere considerato (mentre quello di RIFERIMENTO deve essere tralasciato). D'altra parte, poiché i due scenari sullo stato di salute HEALTHY AGEING e STABILITÀ danno risultati simili, di seguito presentiamo solo

i risultati della variante HEALTHY AGEING (combinato con scenario demografico UST 2015 BASSO). Secondo questo scenario i posti letto necessari per prendere in carico la popolazione anziana saranno 6'583 nel 2030, di cui 6'342 per soggiorni di lunga durata. Rispetto ai 4'576 posti letto disponibili nel 2020, occorrerebbe quindi metterne a disposizione altri 2'000¹³ nel corso del prossimo decennio (tabella 3.1.3.1) di cui la maggior parte dovrebbero essere destinati a soggiorni di lunga durata (1'963).

Di fronte a questo importante aumento del fabbisogno va ricordato che sono già in corso diverse iniziative di costruzione di nuove case anziani per complessivi 870 posti letto, di cui alcune apriranno i battenti già nei prossimi mesi, mentre altre si trovano solo nelle fasi preliminari di studio (vedasi tabella 3.1.3.2 per la ripartizione regionale). Anche la precedente pianificazione anziani aveva infatti evidenziato la necessità di aumentare il numero di posti letto a disposizione della popolazione (per un bilancio della pianificazione precedente, vedasi capitolo 3.1.1.3 del rapporto completo allegato).

Ripartendo il fabbisogno stimato di 1'963 posti letto di lungo soggiorno nei comprensori SCD, tenendo anche conto delle iniziative in corso (870 posti letto), è possibile valutare la situazione di ogni comprensorio.

Tabella 3.1.3.1: Posti letto in case per anziani 2020 secondo la stima del fabbisogno, per tipo, Ticino

	Posti letto esistenti 2020	Stima fabbisogno secondo scenario basso (in posti letto occupati al 98%)		Differenza tra posti 2020 e fabbisogno 2030	
		2025	2030	valori assoluti	in % dei posti 2020
Lungo soggiorno	4'379	5'719	6'342	1'963	45%
Soggiorno temporaneo	56	70	82	26	46%
CAT / STT	110	110	119	9	8%
Cure palliative	31	40	40	9	29%
Totale	4'576	5'939	6'583	2'007	44%

Tabella 3.1.3.2: Iniziative in corso di realizzazione e previste, Ticino 2020-2030

Comprensorio SACD	Iniziativa	Realizzazione prevista entro (stima)	Numero di posti letto						
Mendrisiotto e Basso Ceresio	Arzo	2025	20	Prev. entro 2025	99				
	Balerna	2030	5						
	Coldrerio	2025	79	Prev. entro 2030	145				
	Melano (Tusculum)	2030	60						
	Vacallo	2030	80						
Luganese	Canobbio	2025	80	Prev. entro 2025	280				
	Comano	2030	70						
	Pregassona	2025	114	Prev. entro 2030	70				
	Tertianum Cornaredo	2025	46						
	Tertianum du Lac Paradiso	2025	40						
Malcantone e Vedeggio	Bedano	2025	31	Prev. entro 2025	145				
	Casiano (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. entro 2030	12				
						Prev. entro 2025	643		
						Prev. entro 2030	227		
						Prev. Totale	870		

Tenuto conto del livello d'invecchiamento della popolazione nei diversi comprensori SCD e delle iniziative in corso per la costruzione di nuove case anziani risulta, sempre ipotizzando di completare tutte le iniziative previste entro il 2030, che il comprensorio Mendrisiotto e Basso Ceresio avrà coperto interamente il proprio fabbisogno, i comprensori del Luganese e del Locarnese e Vallemaggia resterebbero scoperti di circa il 15% del proprio fabbisogno, le Tre Valli di circa il 20%, mentre nel Bellinzonese e nel Malcantone e Veduggio mancherebbero circa il 30% dei posti letto di LS necessari (tabella 3.1.3.3).

¹³ Arrotondamento dei 2'007 posti letto indicati nella tabella 3.1.3.1.

Tabella 3.1.3.3: Posti letto LS esistenti, stimati, in corso di realizzazione e scoperti, Ticino 2020-2030

	Posti letto LS esistenti 2020	Fabbisogno LS 2030	Aumento secondo fabbisogno 2020 - 2030	Iniziative previste fino al		Fabbisogno scoperto al 2030 (val. ass.) (% fabbisog)	
				2025	2030		
Totale	4'379	6'342	1'963	643	227	1'093	17%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	734	979	245	99	145	1	0%
Luganese	1'293	1916	623	280	70	273	14%
Malcantone e Veduggio	350	713	363	145	0	218	31%
Locarnese e Vallemaggia	1'069	1421	352	98	0	254	18%
Bellinzonese	572	843	271	21	0	250	30%
Tre Valli	361	471	110	0	12	98	21%

Infine è opportuno gettare uno sguardo oltre il 2030, visti, sia i tempi di realizzazione di queste opere, sia l'atteso prolungamento almeno fino al 2050 della fase di forte invecchiamento della popolazione.

Nel 2020 ci situiamo a circa 175 posti letto di Lungo soggiorno per mille abitanti (vedasi tab. 3.1.3.4). Realizzare “soli” 870 posti letto significherebbe disporre nel 2030 di 148 posti letto per mille abitanti over 80 (contro 181 nel 2018, ossia -18% di densità); realizzarne 1'963 corrisponderebbe a mantenere grossomodo la densità 2018.

Ma all'orizzonte 2040, disporre di “soli” 870 posti letto in più significherebbe scendere a una densità di 125 letti per mille abitanti (-31%); avere realizzato tutti i 1'963 posti letto del fabbisogno 2030 equivarrebbe a disporre di una quota pari a 151‰ (-17%). Questi andamenti saranno poi prolungati anche nel decennio successivo, per il quale si attendono ulteriori forti aumenti della popolazione anziana.

Tabella 3.1.3.4: Densità di posti letto LS per mille over80, vari scenari di sviluppo, Ticino 2018 - 2040

Aumento ipotizzato di posti letto LS dopo il 2020	Densità 2018	Densità stimata 2020	Densità stimata 2030	Densità stimata 2040
4'300 posti letto nel 2018	181 ‰	...	...	...
4'379 posti letto nel 2020		175 ‰.	...	...
+ 870 posti letto	...	...	148 ‰	125 ‰
+ 1'000 (870 + 130) posti letto	...	...	151 ‰	128‰
+ 1'963 (870 + 1'093) posti letto	..	...	179 ‰	151 ‰

Nota: Densità calcolata in base allo scenario demografico UST 2020-2050 ALTO

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

Gli appartamenti protetti per anziani, che attualmente offrono 118 posti, si distinguono dagli appartamenti a misura d'anziano (attualmente circa 850 appartamenti, secondo l'elenco da noi dedotto da varie fonti). Si rimanda al rapporto in allegato 3 per un maggior approfondimento, in cui sono inoltre specificate le caratteristiche di entrambe le offerte. Tuttavia non abbiamo effettuato stime del fabbisogno futuro.

3.1.5 Fabbisogno di Reparti acuti a minore intensità (RAMI)

I primi 90 posti in reparti acuti a minore intensità sono stati aperti nel 2018, seguiti da altri 15 nel 2019, per un totale di 105 posti letto. Ulteriori 30 posti letto saranno aperti nel 2022 all'ospedale Beata Vergine di Mendrisio.

Il fabbisogno stimato per il 2030 (stimato in base ai dati di attività del 2019) corrisponde a 145 posti letto (vedasi tabella 3.1.5.1), ossia solo dieci posti in più rispetto a quelli che saranno in esercizio a partire dal 2022.

È doveroso ricordare che gli oneri relativi ai reparti RAMI non sono inclusi nella ripartizione a carico dei Comuni, pur rimanendo correttamente esposti, in ottica di Pianificazione integrata, nel contesto delle cure di lunga durata ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal.

Tabella 3.1.5.1: 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	145	40	38.1

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

3.1.6 Fabbisogno di assistenza e cura a domicilio (ACD)

I servizi di aiuto e cura a domicilio forniscono due tipi principali di prestazioni: le cure LAMal e l'aiuto domestico (lavori di economia domestica). Entrambe le prestazioni sono fatturate e "misurate" in ore.

Dal 2011 (anno dell'inclusione nella statistica federale Spitex di praticamente tutti gli erogatori di prestazioni) al 2018, si è osservata in Ticino una fortissima evoluzione del volume di **clienti LAMal e delle ore LAMal** erogate dal settore. I clienti sono passati da 10'600 a 16'350 (+54% v. tabella 3.1.6.1), le ore erogate sono raddoppiate passando da 598'000 a 1'192'000.

Le ore di cura LAMal erogate mediamente per utente sono aumentate del 30% circa, passando da 56.5 nel 2011 a quasi 73 nel 2018 (v. tabella 3.1.6.2). Tutte le classi di età, salvo la 0-4 anni, sono state toccate dall'aumento. Si è inoltre rilevato un incremento di quasi il 50% della densità di utenti tra la popolazione, passata da 31 ogni mille abitanti a 46 (vedasi tabella 3.1.6.3).

Ancora più importante è stata la crescita delle ore erogate per mille abitanti, che sono quasi raddoppiate anche per l'insieme della popolazione (da 1'774 a 3'375 o +90%). Le ore erogate per mille abitanti sono fortemente aumentate in tutte le classi di età (da +260% per 5-19 anni a +57% per over 80). Ma se gli importi assoluti restano relativamente contenuti per le fasce di età basse (poco più di 200 ore ogni 1'000 abitanti per i giovani e 600 per la popolazione in età attiva), i quantitativi di ore erogati ogni mille anziani sono molto elevati: 5'287 ore ogni mille abitanti per i 65-79enni e 31'290 per gli ultra80enni.

Tabella 3.1.6.1: Aiuto e cura a domicilio: clienti e ore per classe di età e tipo di prestazione, Ticino 2011 e 2018

	Clienti						Ore erogate					
	2011	2018	Distribuzione %		Differenza 2011-2019		2011	2018	Distribuzione %		Differenza 2011-2019	
			2011	2018	assoluta	percent.			2011	2018	assoluta	percent.
Totale clienti LAMal	10'584	16'351	100.0	100.0	5'767	54.5	597'823	1'192'457	100.0	100.0	594'634	99
0-4	31	83	0.3	0.5	52	167.7	1'458	3'454	0.2	0.3	1'996	137
5-19	37	93	0.3	0.6	56	151.4	2'864	10'621	0.5	0.9	7'757	271
20-64	1'285	2'237	12.1	13.7	952	74.1	62'035	127'495	10.4	10.7	65'460	106
65-79	3'033	4'804	28.7	29.4	1'771	58.4	140'958	294'586	23.6	24.7	153'628	109
80+	6'198	9'134	58.6	55.9	2'936	47.4	390'508	756'301	65.3	63.4	365'793	94
Totale clienti aiuto domiciliare	5'478	4'433	...	...	-1'045	-19.1	297'111	238'792	...	...	-58'319	-19.6

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

Nota: La dizione "aiuto domiciliare", ripresa della statistica federale, equivale alla prestazione di Economia Domestica ai sensi della LACD.

Tabella 3.1.6.2: ACD: Ore mediamente erogate per cliente, per tipo di prestazione e classe di età Ticino 2011 e 2018

	Ore medie per cliente		Differenza 2011-2018	
	2011	2018	assoluta	percent.
Totale clienti LAMal	56.5	72.9	16.4	29.1
0-4	47.0	41.6	-5.4	-11.5
5-19	77.4	114.2	36.8	47.5
20-64	48.3	57.0	8.7	18.1
65-79	46.5	61.3	14.8	31.9
80+	63.0	82.8	19.8	31.4
Totale clienti aiuto domiciliare	54.2	53.9	-0.4	-0.7

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

Nota: La dizione “aiuto domiciliare”, ripresa della statistica federale, equivale alla prestazione di Economia Domestica ai sensi della LACD.

Tabella 3.1.6.3: ACD: clienti e ore erogate, per prestazione e classe di età Ticino 2011 e 2018 (per mille abitanti)

	Clienti per mille abitanti				Ore erogate per mille abitanti			
	2011	2018	Differenza 2011-2018		2011	2018	Differenza 2011-2018	
			p.p.mille	%			p.p.mille	%
Totale clienti LAMal	31	46	15	47.3	1'774	3'375	1'601	90.2
0-4	2	6	4	175.2	100	244	144	143.5
5-19	1	2	1	144.1	59	213	154	260.2
20-64	6	11	4	68.4	306	609	303	98.8
65-79	60	86	26	43.7	2'788	5'287	2'498	89.6
80+	317	378	61	19.1	19'983	31'290	11'307	56.6
Totale clienti aiuto domiciliare	16	13	-4	-22.8	882	676	-206	-23.4

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

Nota: La dizione “aiuto domiciliare”, ripresa della statistica federale, equivale alla prestazione di Economia Domestica ai sensi della LACD.

L'aumento del livello di consumo (ossia delle ore erogate per cliente e delle ore erogate ogni mille abitanti) è un fattore essenziale da considerare nei calcoli per stimare il fabbisogno futuro di cure e spiega perché le previsioni precedenti siano state superate nel giro di un paio di anni¹⁴. Di regola i modelli di previsione del fabbisogno di cure si basano sull'ipotesi di stabilità del tasso di consumo. In altre parole, di solito, l'ultimo livello di consumo noto è applicato alla popolazione futura¹⁵. Nel caso delle cure a domicilio questo modo di procedere (che chiameremo ipotesi zero), perlomeno nel periodo 2011-2018 si è rivelato completamente errato e, come detto, spiega perché le stime del fabbisogno effettuate in precedenza siano state superate nel giro di pochi anni.

In questa sede oltre all'ipotesi zero, ne applicheremo quindi delle altre, in modo da disporre anziché di un'unica stima futura di un intervallo di aumento del fabbisogno di cure (“forchetta” delle ore future).

L'ipotesi zero è comunque utile perché da una parte serve a delimitare l'aumento del fabbisogno di cure che sarà causato dalla sola evoluzione demografica e, dall'altra, perché il consumo di ore di cure LAMal a domicilio in Ticino potrà difficilmente continuare a crescere, dato che già nel 2018 superava largamente la media nazionale.

L'ipotesi zero (variante i nella tabella 3.1.6.4) applicata alla popolazione 2030 (scenario UST 2015-2045 BASSO) dà come risultato un aumento del fabbisogno di cura LAMal a domicilio di 447'000 ore¹⁶, pari al 37% in più rispetto al 2018.

L'ipotesi zero però, come spiegato, non basta. Infatti visto il ritmo di crescita molto sostenuto del livello di consumo tra il 2011 e il 2018, sembra altrettanto improbabile che la crescita del livello di consumo si arresti istantaneamente al livello raggiunto nel 2018. Occorre quindi sviluppare ipotesi sull'aumento futuro del livello di consumo.

¹⁴ Sia le stime calcolate da Obsan nel mandato 2016 sia le stime calcolate dal Dipartimento sono sempre state raggiunte molto più rapidamente di quanto previsto delle stime medesime.

¹⁵ Inoltre e se i dati statistici corrispondenti lo consentono, nei modelli di previsione più sofisticati, vengono introdotte anche altre ipotesi, ad esempio sull'evoluzione dello stato di salute degli anziani (come fatto sopra per le case anziani).

¹⁶ Arrotondamento delle 446'875 ore indicate nella tabella 3.1.6.3.

Consideriamo dapprima le 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 incrementi di ore di cura talmente elevati (+231% rispettivamente +145%) da implicare che praticamente tutti gli ultra80enni diverranno utenti di cure a domicilio, mentre sappiamo che una parte di loro vive in casa anziani, altri hanno una badante e altri ancora sono in buona salute.

In altre parole le due proiezioni eseguite con i tassi di aumento cantonale (+7.60% annuo) e nazionale (+4.92%) hanno mostrato che ipotesi di aumenti così elevati possono essere escluse.

Ciò è verosimile, e può essere interpretato nel modo seguente. Il forte aumento del livello di consumo osservato fra il 2011 e il 2018 potrebbe essere stato generato in parte dalla domanda fino a quel momento insoddisfatta (domanda “nascosta”), ma anche dal “trasferimento” di prestazioni da un settore all’altro (ad esempio dal settore stazionario ospedaliero o dalle CPA alle cure a domicilio)¹⁷. Tuttavia è altrettanto giustificato ipotizzare che, visto anche il livello già molto elevato del consumo cantonale, a un certo punto si raggiunga il livello di saturazione (domanda soddisfatta) e il trasferimento di prestazioni cessi.

Dopo aver verificato che i tassi di aumento 2011-2018 non sono più applicabili, occorre elaborare altre ipotesi. Tenendo presente che probabilmente ci troviamo in prossimità del livello di saturazione, abbiamo sviluppato empiricamente due modelli di aumento del consumo di prestazioni.

La variante ii) poggia sull’ipotesi che dal 2018 al 2030 si osserverà ½ dell’aumento della densità di utenti avvenuto dal 2011 al 2018, e ¼ dell’aumento delle ore per utente¹⁸.

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

Elaborando i dati secondo le ipotesi descritte si ottiene per il 2030 (vedasi tabella 3.1.6.4) un fabbisogno di ore di cura di circa 1'930'000 ore (+62%), rispettivamente di 2'171'600 ore (+82%).

Tabella 3.1.6.4: Fabbisogno futuro di ore ACD per tipo di prestazione, vari scenari, Ticino 2018 – 2030

	Ore erogate	Stima fabbisogno futuro secondo scenario demografico Basso		Differenza prestazioni erogate 2018 e 2030	
	2018	2025	2030	assoluta	in %
Ore di cura LAMal					
i) Ipotesi zero (senza crescita consumo)	1'192'457	1'456'007	1'639'272	446'815	37%
ii) crescita clienti ~1/4 ore per cliente ~1/8	1'192'457	1'622'592	1'929'832	737'375	62%
iii) crescita clienti ~1/2 ore per cliente ~1/4	1'192'457	1'737'598	2'171'555	979'098	82%
Ore di economia domestica					
i) Ipotesi zero (senza crescita consumo)	238'792	284'962	318'214	79'422	33%
Consulenza materno-pediatria (ICMP)					
Costi	1'400'000 CHF*	1'400'000 CHF	1'400'000 CHF	-	-

* costo medio 2012-2018

Le prestazioni di **economia domestica** hanno seguito un trend opposto dal 2011 al 2018 in quanto sono diminuite. Sia gli utenti, sia le ore erogate sono diminuiti di quasi il 20%, così come la densità di ricorso a queste prestazioni tra la popolazione (vedasi le ultime righe delle tabelle 3.1.6.1-3.1.6.3). Le ore mediamente erogate per utente sono rimaste invariate (54 ore annue per utente). Per maggiori dettagli su queste prestazioni, si rimanda al rapporto quantitativo completo in allegato 3.

¹⁷ La diminuzione della durata di degenza ospedaliera nonché la diminuzione della disponibilità di posti letto di lunga durata in casa per anziani, potrebbe avere aumentato il consumo di cure a domicilio (“trasferimento” della prestazione da un settore di cura a un altro).

¹⁸ Si tenga presente che dal 2011 al 2018 l’aumento è suddiviso su 7 anni, mentre dal 2018 al 2030 su un numero di anni quasi doppio (12).

Per quanto riguarda la previsione al 2030, abbiamo applicato l'ipotesi zero nonostante il trend di diminuzione perché, da una parte la modifica del meccanismo di calcolo del prezzo orario che potrebbe essere introdotta prossimamente (vedasi paragrafo 4.3.3 "Tariffe dell'economia domestica") diminuirà il costo orario per alcune fasce di utenti e quindi, presumibilmente, aumenterà la domanda di ore di economia domestica e, dall'altra, perché queste prestazioni, anche qualora persistesse il decremento di ore erogate dai servizi ACD, saranno fornite da altri attori (collaboratrici/tori familiari, impiegati di economia domestica).

Con l'ipotesi zero si ottiene un aumento del fabbisogno di ore di economia domestica di quasi 80'000 tra il 2018 e il 2030, pari a +33%.

Infine, per quanto riguarda i servizi delle Infermiere di consulenza materna e pediatrica, si prevede una sostanziale stabilità del costo annuale, visto il trend attuale di diminuzione delle nascite.

3.1.7 Collaboratrici e collaboratori familiari (badanti)

Il fenomeno delle collaboratrici e collaboratori familiari, denominati spesso badanti, è in aumento. Non esistendo una statistica dedicata al monitoraggio del fenomeno, abbiamo cercato tramite diverse fonti statistiche (in particolare statistiche federali sul lavoro) di quantificarlo (capitolo 3.5 allegato 3).

In base alle diverse statistiche disponibili, si può dire che in Ticino vi sono circa 1'000-1'200 collaboratrici familiari (badanti) ingaggiate direttamente dalle famiglie, alle quali se ne aggiungono altre 200-300 che svolgono mansioni di badante con peso maggiormente rivolto all'economia domestica.

Inoltre nel 2018 sono state prestate collaboratrici familiari alle famiglie per 50'000 ore a 64 clienti, mentre una quindicina di badanti frontaliere sono state prestate da agenzie di collocamento.

Nell'allegato 3 si espongono con maggior dettaglio i dati delle diverse fonti ma non si effettuano previsioni.

3.1.8 Servizi di appoggio (SAPP) e aiuti diretti per il mantenimento a domicilio

I servizi che rientrano nella categoria dei servizi d'appoggio offrono un ampio ventaglio di prestazioni che hanno come obiettivo di favorire la permanenza a domicilio. Pur non essendo erogate direttamente presso l'abitazione dell'utente queste prestazioni offrono un supporto all'assistenza e cura a domicilio.

Gli aiuti diretti, che fanno pure parte di questo settore, sono contributi finanziari versati agli utenti, destinati all'organizzazione di soluzioni individuali di abitazione e/o di sostegno al mantenimento a domicilio. Si rimanda al rapporto completo in allegato 3 per una descrizione dettagliata delle prestazioni.

Sviluppo delle prestazioni nell'ultimo decennio

Il settore dei servizi d'appoggio si è sviluppato notevolmente nell'ultimo decennio, sia per quanto riguarda il volume di prestazioni erogate, sia per quanto riguarda il ventaglio dell'offerta stessa.

Sviluppi ragguardevoli da citare sull'evoluzione dell'offerta sono per es. la creazione dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale (CDSA), nati in alcuni casi grazie ad una riorganizzazione dei centri diurni ricreativi preesistenti, oppure la continua specializzazione dei centri diurni terapeutici (CDT) nella presa in carico di persone affette da demenza. Un altro esempio è costituito dai servizi di accompagnamento per persone colpite da malattie croniche e degenerative che si sono diversificati negli ultimi anni e che oggi offrono consulenza specialistica in vari ambiti e per le diverse forme di malattie. Per una descrizione dettagliata del settore si rimanda sempre all'allegato 3.

La tabella 3.1.8.1 mostra lo sviluppo delle prestazioni erogate da questi servizi dal 2012 al 2018. Scopo della tabella è fornire una panoramica riassuntiva. Si ricorda che gli aumenti delle varie prestazioni non sono direttamente paragonabili visto che si tratta di unità di riferimento diverse. Ulteriori informazioni si trovano nei paragrafi 4.4.1-0. I numeri evidenziano un forte sviluppo delle prestazioni, soprattutto per quanto

riguarda i CDSA, i servizi di trasporto, gli aiuti diretti e i servizi di sostegno per le persone affette da malattie croniche e degenerative e per le persone con disabilità.

Tabella 3.1.8.1: Panoramica dello sviluppo dei servizi d'appoggio e degli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio

Servizio / Prestazione	Unità	Dotazione 2012	Dotazione 2018	Diff. 2012 - 2018 (in %)
CDT	Giornate di presa in carico erogate	21'989	27'345	24%
CDSA	Numero di centri	4	15	275%
Servizio pasti a domicilio	Pasti forniti	324'051	385'915	19%
Servizi di trasporto	Km percorsi	1'292'306	2'453'694	90%
Servizi per le dipendenze	Utenti	1'361	1'288	-5%
Servizi di sostegno per le persone affette da malattie croniche e degenerative e per le persone con disabilità	Contributo fisso (CHF)	3'060'000	4'590'000	50%
Altri servizi riconosciuti dalla LACD	Contributo fisso (CHF)	548'000	1'155'000	111%
Aiuti diretti per il mantenimento a domicilio	Beneficiari	574	1001*	74%

Fonte: Consuntivi dei servizi

Nota: *Il numero di beneficiari si riferisce all'anno 2019

Stima del fabbisogno futuro

Data la varietà di prestazioni offerte appena descritta, 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 basano sull'ipotesi di un aumento lineare delle prestazioni (sviluppo atteso della popolazione e livello attuale di presa in carico), a cui sono state aggiunte ipotesi per coprire un possibile fabbisogno ancora scoperto.

La tabella 3.1.8.2 riporta il fabbisogno al 2030 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 servizi d'appoggio, tuttavia, è stata stimata una forchetta del fabbisogno futuro abbastanza ampia, con stime massime che possono arrivare al raddoppio del volume della prestazione attualmente erogata (CDT, pasti a domicilio, servizio di trasporto e servizi di accompagnamento per le persone affette da malattie croniche e degenerative e per le persone con disabilità) o a un massimo stimato ancora più elevato (CDSA). I limiti superiori della forchetta citata rappresentano sempre la stima che tiene conto del fabbisogno attualmente non coperto.

In altre parole: il limite inferiore riportato nella tabella 3.1.8.2 corrisponde al fabbisogno futuro se si portasse l'offerta attuale dei servizi d'appoggio e degli aiuti diretti al 2030, adeguandolo al numero di persone anziane previsto per quell'anno. Se invece si cercasse di coprire il fabbisogno attualmente non coperto, si dovrebbe prevedere un aumento delle prestazioni vicino al limite superiore della forchetta.

Tabella 3.1.8.2: Riassunto SAPP e aiuti diretti: dotazione 2018 e stima del fabbisogno 2030

		2018	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 Infirmitas	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 (non essendo ancora disponibili le partecipazioni del 2020). Ma nel capitolo 3.6.2 dell'allegato 3 è stata calcolata la differenza tra i centri esistenti nel 2020 e il numero stimato per il 2030, in modo da valutare come coprire il fabbisogno 2030.

***Il contributo forfettario potrebbe variare in funzione dell'evoluzione delle risorse necessarie al coordinamento dei volontari.

**** Per gli aiuti diretti si considera la differenza tra i beneficiari 2019 e il fabbisogno stimato per il 2030.

Considerazioni ulteriori

I SAPP svolgono prestazioni fondamentali per il mantenimento a domicilio, confermando l'indirizzo strategico della presente Pianificazione. Lo sviluppo futuro di queste prestazioni dipenderà di conseguenza da quanto si riuscirà a rafforzare ulteriormente questo orientamento strategico.

Inoltre lo sviluppo dei SAPP e degli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio dipenderà anche da altre strategie specialistiche che saranno adottate in Ticino, come ad es. la Strategia cantonale sulle demenze oppure la Strategia cantonale di cure palliative.

Questi aspetti saranno approfonditi nel bilancio intermedio della Pianificazione che sarà predisposto tra qualche anno. In quell'occasione si utilizzerà il nuovo modello di stima del fabbisogno dell'Obsan, in cui saranno inclusi anche i servizi di appoggio (in precedenza le previsioni Obsan si limitavano alle cure nelle case per anziani e a domicilio) grazie a un modello integrato di previsione (un modello cioè dove si possono esplicitare i flussi di utenti tra i diversi settori di presa a carico).

3.1.9 Stima dei costi a carico dell'ente pubblico

Contributi dell'ente pubblico nel 2018

Nel 2018 il settore anziani ha generato costi di gestione (riconosciuti ai fini del finanziamento) pari a CHF 630 mio e ha ricevuto finanziamenti dall'ente pubblico per CHF 208.5 mio (pari a circa un terzo dei costi riconosciuti). Il resto dei costi è stato finanziato tramite i ricavi provenienti dagli assicuratori per le spese di cura, dagli utenti per le rette e altre prestazioni a loro carico, nonché da altri attori quali associazioni, fondazioni, ecc.

Le percentuali dei costi di gestione coperte tramite ricavi, rispettivamente contributi dell'ente pubblico, non sono le stesse per i differenti servizi oggetto della presente Pianificazione, poiché il tipo di prestazione da pagare e i meccanismi di remunerazione sono diversi (per più dettagli vedasi allegato 3).

La tabella 3.1.9.1 mostra i costi, i ricavi e il contributo dell'ente pubblico di ogni settore.

Tabella 3.1.9.1: Costi e ricavi totali, contributi dell'ente pubblico nel 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).

Tenendo conto delle stime del fabbisogno di cure sopra esposto, quale sarà l'evoluzione dei costi a carico dell'ente pubblico che ci si può attendere fino al 2030?

Fattore 1: Stima del contributo 2030 considerando l'inflazione

Innanzitutto occorre precisare che tutte le previsioni che seguono, inerenti il contributo dell'ente pubblico al 2030, si basano sulle seguenti ipotesi:

- che nel 2030 siano erogate prestazioni pari ai volumi di fabbisogno precedentemente stimati e
- che le modalità di finanziamento dei servizi non cambino tra il 2018 e il 2030.

Per questa prima fase della stima consideriamo inoltre l'ipotesi di

- un'inflazione molto contenuta fino al 2030 (stima dell'Amministrazione federale delle finanze), quale unico elemento di aumento del costo unitario a carico dell'ente pubblico fino al 2030.

Secondo questa prima stima, il contributo complessivo 2030 a carico dell'ente pubblico (prime due colonne della tabella 3.1.9.2) è compreso tra i CHF 308 e i 337 mio, ciò che corrisponde ad aumenti del 48%, rispettivamente 62%, rispetto ai contributi del 2018. Per ulteriori dettagli si rimanda al capitolo 4 dell'allegato 3.

Fattore 2: Stima del contributo 2030 considerando gli investimenti

I costi d'investimento per le nuove case anziani necessitano un approfondimento. Come visto al paragrafo 3.1.3, per garantire una presa in carico simile a quella esistente nel 2018 sarebbe necessario costruire ulteriori 2'000 posti letto CPA entro il 2030¹⁹. Ipotezzando:

- di realizzare tutti i posti letto del fabbisogno (2'000);
- che tra i nuovi posti letto, la ripartizione tra quelli finanziati per l'intera gestione e quelli finanziati solo per i costi residui LAMal resti uguale a quella del 2018, pari a circa 8/9 e 1/9;
- considerando il nuovo costo di investimento riconosciuto per posto letto di CHF 330'000 (vedasi anche paragrafo 4.2.2 "Parametri degli investimenti");
- e considerando infine costi annui del capitale del 6%²⁰;
- si realizzerebbero 1'780 posti letto finanziati alla gestione (+ 220 posti letto finanziati solo per i costi residui LAMal).

Tali 1'780 posti implicherebbero costi totali di investimento riconosciuti pari CHF 587.4 mio. Di questi, circa CHF 220 mio sarebbero finanziati con contributi cantonali a fondo perso, mentre i restanti CHF 367.4 mio genererebbero costi annuali del capitale pari a CHF 22 mio (vedasi 5a e 6a colonna della tabella 3.1.9.2).

¹⁹ Ci asteniamo dallo stimare i costi di investimento per gli altri settori in quanto, da una parte non ci sono sufficienti informazioni per allestire una tale stima e, dall'altra, essa è meno urgente poiché si tratta di importi sensibilmente inferiori a questi.

²⁰ 3% di ammortamento secondo i parametri di legge e interessi valutati al 3%.

Riteniamo che quest'importo debba essere aggiunto alla stima precedente, in quanto nel prossimo decennio, oltre a questi nuovi investimenti e a quelli non ancora ammortizzati, saranno necessari anche ulteriori investimenti per ristrutturare alcune CPA già esistenti. Possiamo considerare che tali nuovi costi di ristrutturazione saranno inclusi nei costi unitari considerati, ma non i costi per le nuove costruzioni. Per maggiori spiegazioni si rimanda al paragrafo 4.2.2 dell'allegato 3.

Fattore 3: Stima del contributo 2030 considerando fattori difficilmente quantificabili

Va precisato subito che la stima complessiva del contributo annuale dell'ente pubblico è particolarmente difficile da calcolare, perché fattori molto diversi e in parte indipendenti tra loro concorrono a generare il prezzo unitario a carico dell'ente pubblico. Tra questi fattori si possono citare:

- l'aumento del costo di determinati beni necessari alla presa in carico degli anziani;
- l'aggravamento della casistica presa in carico dai servizi;
- eventuali modifiche dei requisiti relativi alla qualità delle cure che, ad esempio, potrebbero richiedere una densità maggiore di personale curante generando così costi supplementari;
- la modifica del rapporto percentuale tra operatori finanziati per l'intera gestione e operatori finanziati solo per i costi residui LAMal, le quali categorie producono costi diversi a carico dell'ente pubblico;
- eventuali altri fattori.

Un'ulteriore difficoltà proviene dal fatto che i costi generali di gestione non evolvono necessariamente allo stesso ritmo della componente dei costi finanziati dall'ente pubblico.

Ad esempio nelle CPA tra il 2011 e il 2018 i costi di gestione per posto letto sono aumentati del 9.3%, i costi per posto letto riconosciuti per il finanziamento sono aumentati del 12% e il finanziamento a carico dell'ente pubblico per posto letto è aumentato del 3.2%. Situazione opposta per i Servizi di assistenza e cure a domicilio di interesse pubblico, dove il costo medio di un'ora di cura LAMal erogata è aumentato del 6% e il relativo finanziamento pubblico del 12%.

Queste premesse mostrano le difficoltà di questa stima, che si basa sull'ipotesi di un:

- possibile aumento dei costi unitari a carico dell'ente pubblico fino al 15% tra 2018 e 2030.

I risultati sono riportati nella 3a e 4a colonna della tabella 3.1.9.2, che mostra anche il totale delle tre stime parziali. Ancora più delle stime del fabbisogno di cure, i risultati che seguono devono essere considerati come "forchette" di valori possibili.

La stima per quest'ipotesi (tutt'altro che remota in base all'evoluzione registrata dal 2011 al 2018) risulta in ulteriori CHF 46.3-50.6 mio di finanziamento a carico dell'ente pubblico.

Conclusione

Tenendo conto di tutte le ipotesi fin qui formulate, il costo a carico dell'ente pubblico nel 2030 potrebbe situarsi tra i CHF 377 e i 410 mio. Come ipotizzato sopra, queste cifre presuppongono la copertura di tutto il fabbisogno minimo (rispettivamente massimo), così come un aumento del 15% dei costi unitari (ipotesi non remota, ma nemmeno sicura).

Questi importi non comprendono i contributi unici a fondo perso per le nuove CPA, che potrebbero ammontare fino a CHF 590 mio.

In conclusione, le forchette di questa stima sono particolarmente ampie e incerte. Ci premeva in particolare non rischiare una sottostima ampia della spesa che il settore anziani potrebbe generare per l'ente pubblico da qui al 2030.

Tabella 3.1.9.2: 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	
	(Fattore 1)		(Fattore 3)		(Fattore 2)			
	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Lim. Inf.	Lim. Sup.	Lim. Inf.	Lim. Sup.
Case per anziani *	204'574'000	204'574'000	30'686'100	30'686'100	22'000'000	22'000'000	257'260'100	257'260'100
RAMI *	16'079'000	16'079'000	2'411'850	2'411'850	-	-	18'490'850	18'490'850
Cure e assistenza a domicilio **	48'256'000	61'900'000	7'238'400	9'285'000	-	-	55'494'400	71'185'000
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
Totale	308'860'640	337'512'640	46'329'096	50'626'896	22'000'000	22'000'000	377'189'736	410'139'536

* Per CPA e RAMI il limite inferiore corrisponde al limite superiore, perché solo lo scenario demografico BASSO UST 2015 sembra ancora plausibile

Infatti per CPA e RAMI non sono previsti aumenti del livello di presa a carico della popolazione, contrariamente a Cure a domicilio e SAPP.

** Il limite superiore definitivo corrisponde allo scenario di consumo iii) applicato allo scenario demografico BASSO 2015.

*** Per i SAPP, nessun contributo specifico previsto per gli investimenti (investimenti difficili da quantificare)

3.1.10 Stima del fabbisogno di personale curante

Aumento netto di personale curante di circa 2'000 persone fino al 2030

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.

Applicando gli scenari Obsan (basati su ipotesi di stabilità dello skill-mix e un miglioramento della produttività nelle case anziani) per stimare il fabbisogno di personale futuro necessario per potere erogare i quantitativi di cure stimati ai capitoli precedenti, occorrerebbe disporre entro il 2030 di 1'660-2'200 UTP in più (+43% / +57%, vedasi tabella 3.1.10.1). Per i dettagli sui vari livelli di formazione delle professioni curanti si rimanda al rapporto in allegato 3.

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 3'300 curanti in più rispetto a oggi (+42%/+61%).

Aumento complessivo di personale curante più elevato

Va inoltre tenuto presente che, oltre all'aumento netto di personale curante, ossia oltre all'aumento di UTP che si registrerà nei prossimi anni, altri curanti saranno necessari per sostituire quelli uscenti, che saranno particolarmente numerosi in questa fase di conclusione del ciclo di pensionamento dei baby-boomers.

Alle suddette sostituzioni si aggiungeranno inoltre quelle necessarie per compensare le uscite dalle professioni curanti prima del pensionamento, che finora sono state particolarmente elevate.

Infine un ulteriore motivo di crescita del fabbisogno di determinate categorie di personale curante potrebbe risiedere in altre cause. In particolare, se l'ipotesi di stabilità dello skill-mix non fosse confermata dai fatti, il fabbisogno in alcune professioni potrebbe essere superiore.

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 di invecchiamento della popolazione in corso, inedito in queste proporzioni (vedasi paragrafo 4.1.4 "Formazione del personale curante").

Tabella 3.1.10.1: Personale curante occupato e fabbisogno futuro, per settore, Ticino (in ETP e teste 31.12)

	Personale curante occupato	Stima fabbisogno futuro secondo gli scenari ritenuti per i diversi settori		Differenza tra il personale 2018 e il personale stimato 2030	
	2018	2025	2030	ass. min e max	in %
Equivalenti tempo pieno ETP					
CPA	2'762	3'620 - 3'620	3'985 - 3'985	1'223 - 1'223	44% - 44%
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 - 5'267	5'558 - 6'106	1'662 - 2'210	43% - 57%
Teste al 31.12					
CPA	3'331	4'365 - 4'365	4'805 - 4'805	1'474 - 1'474	44% - 44%
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 - 7'404	7'702 - 8'713	2'282 - 3'293	42% - 61%

Senza personale in formazione

Teste terzo settore non disponibile: stimato con il rapporto osservato nei SACD

3.2 Scelta della strategia pianificatoria per il 2030

Sulla base dei fabbisogni stimati al paragrafo 3.1, si tratta di scegliere una strategia per realizzare i servizi necessari alla popolazione fino al 2030. Infatti, poiché è molto difficile tenere conto simultaneamente di tutti i bisogni – vecchi e nuovi – analizzati al capitolo 1, è necessario effettuare delle scelte per allestire un piano concreto di realizzazione, in modo da rispondere, nella maniera più equilibrata possibile, ai bisogni della popolazione anziana.

Rimane inoltre il problema legato ai costi ingenti, sia di investimento, sia di gestione, che riguardano tutte le prestazioni che occorrerà erogare in futuro.

Nell'ottica del fabbisogno di cure destinate alla popolazione, abbiamo sviluppato tre possibili scenari "integrati" di sviluppo dei servizi per pianificare al meglio il settore delle cure stazionarie e ambulatoriali.

3.2.1 Scenario 1 «Mantenimento dello status quo»

Il primo scenario consiste nel mantenere in tutti i settori, il rapporto di offerta che esisteva nel 2018:

- CPA: mantenimento della densità di posti letto attuale per mille abitanti over80;
- RAMI: mantenimento del livello di consumo osservato nel 2019 per le diverse fasce d'età;
- ACD: tassi di utenti per mille abitanti per fascia di età e ore per utente come nel 2018;
- SAPP: mantenimento dei tassi di utilizzo del 2018 senza considerare il fabbisogno scoperto.

Descrizione

Concretamente lo scenario 1 consiste nello scegliere le opzioni che corrispondono al valore inferiore delle forchette del fabbisogno descritte al capitolo 1.

Questo scenario comporterebbe investimenti per CHF 590 mio (si intendono solo gli investimenti per le CPA finanziate ai sensi della LAnz, senza considerare eventuali investimenti per CPA finanziate solo per la cura residua LAMa²¹, né eventuali investimenti negli altri settori) e a contributi annuali dell'ente pubblico nel 2030 pari a CHF 377 mio.

²¹ Attualmente 8/9 dei posti letto in CPA sono finanziati per l'insieme dei costi e 1/9 dei posti letto sono finanziati solo per la cura residua LAMa. Si ipotizza che anche in futuro 1/9 dei posti letto in CPA saranno finanziati solo per la cura residua LAMa.

Valutazione critica

La realizzazione di 2'000 posti letto nell'arco di 10 anni è un obiettivo molto ambizioso; sebbene 220 posti siano già quasi pronti nel Luganese. Per quanto riguarda le CPA, questo scenario garantirebbe la massima equità tra i comprensori SADC poiché il fabbisogno scoperto nel 2030 si ridurrebbe in tutti a zero (vedasi tabella 3.2.1.1).

In prospettiva 2040, questo ambizioso obiettivo appare del tutto giustificato. Infatti, realizzare 2'000 posti entro il 2030 significherebbe disporre nel 2040 di una densità di 151 posti ogni mille over 80 (oggi la densità è di 175‰).

L'ipotesi per le cure LAMal a domicilio alla base di questo scenario, cioè un aumento nullo delle ore di cura per utente, potrebbe a prima vista sembrare irrealistica.

Non si dispone tuttavia ancora di una vera spiegazione dell'aumento avvenuto tra il 2011 e il 2018. Al momento si pensa che potrebbe essere correlato anche alla diminuzione avvenuta tra il 2011 e il 2018, della densità di posti letto in CPA rispetto alla popolazione over 80 (la perdita è stata di circa 40 posti letto per mille abitanti over 80).

Poiché nello scenario 1 si ipotizza la stabilità dell'offerta di posti letto in CPA, l'ipotesi di una struttura di consumo statica nel settore delle cure a domicilio sembra congruente.

Infine, lo status quo nel livello del consumo di prestazioni nel settore SAPP e AD rischia di prolungare le situazioni di fabbisogno scoperto.

Tabella 3.2.1.1: Scenario 1

Settore	Dotazione 2018	Fabbisogno 2030	Contributi a carico dell'ente pubblico (mio CHF)	
			2018	Stima 2030
			Contributi annuali	
CPA (tutti i tipi di soggiorni)	4'580 posti letto Tasso TI nel 2018: 186‰ 80+ Tasso TI nel 2020: 175‰ 80+	6'580 posti letto Tasso TI nel 2030: 179‰ 80+ (fabbisogno stimato: 6'580 posti letto)	139	204.6 (costi con prezzi 2018) ** + 30.7 (aumento 15%) *** + 22 (costi supplementari del capitale) **** = 257.3 (totale)
RAMI	105 posti letto (dato 2020)	145 posti letto (fabbisogno stimato: 145 posti letto)	8.4	16.1 (costi con prezzi 2018) ** + 2.4 (aumento 15%) *** = 18.5 (totale)
ACD	Cura LAMal: 1'190'000 ore 73 ore/utente Econ. Domest: 240'000 ore Consulenza materno pediatrica ICMP CHF 1.4 mio	1'640'000 ore (fabbisogno stimato: 1'640'000 – 2'172'000 ore) 73 ore/utente 320'000 ore (fabbisogno stimato: 320'000 ore) CHF 1.4 mio (fabbisogno stimato: CHF 1.4 mio)	34	48.3 (con prezzi 2018) ** + 7.2 (aumento 15%) *** = 55.5 (totale)
SAPP + Aiuti diretti	CDT: 39'000 giornate* CDSA: 69'000 partecipazioni Servizio pasti a domicilio: 390'000 pasti Servizi di trasporto: 2'450'000 km Aiuti diretti: 1'000 beneficiari Servizi di sostegno / altri servizi: CHF 4.6 mio	50'000 giornate (fabbisogno stimato: 50'000 – 76'000 giornate) 100'000 partecipazioni (fabbisogno stimato: 100'000 – 187'000 partecip.) 580'000 pasti (fabbisogno stimato: 580'000 – 730'000 pasti.) 3'260'000 km (fabbisogno stimato: 3'260'000 – 5'120'000 km.) 1'350 beneficiari (fabbisogno stimato: 1'350 – 1'390 beneficiari) CHF 5.9 mio (fabbisogno stimato: CHF 5.9 mio – 7.9 mio)	27.5	39.9 (con prezzi 2018) ** + 6.0 (aumento 15%) *** = 45.6 (totale)
	TOTALE			377
			Investimenti CPA	
		Investimenti totali per nuove CPA CHF 590 mio		+ 220 contributi cantonali a fondo perso fino al 2030

NB In rosso è evidenziata la scelta corrispondente allo scenario analizzato, in nero sono indicati gli estremi degli intervalli stimati al capitolo 3.1 ("forchette" delle stime eseguite).

* Per i CDT è indicata la dotazione 2020.

** S'intendono i prezzi unitari del 2018, aumentati per un'inflazione minima. È il Fattore 1 descritto al capitolo 3.1.9.

*** S'intendono i prezzi unitari del 2030 aumentati del 15%. È il Fattore 3 descritto al capitolo 3.1.9.

**** S'intendono i costi del capitale per gli investimenti delle nuove case anziani finanziate all'intera gestione. È il Fattore 2 del capitolo 3.1.9.

3.2.2 Scenario 2 «Sviluppo stazionario medio e spinta al mantenimento a domicilio»

Il secondo scenario nasce dalla valutazione del primo, ovvero dalla riflessione che la realizzazione di circa 2'000 posti letto nei prossimi 10 anni sia un obiettivo molto ambizioso. Ciò è confermato anche dallo sviluppo nell'ultimo decennio, nel quale sono stati creati circa 300 posti letto, sebbene la Pianificazione precedente²² avesse segnalato la necessità di incrementare il numero di posti letto di quasi 1'000 unità. Lo scenario 2 si pone dunque un obiettivo meno ambizioso per quanto riguarda la costruzione di nuove CPA e adegua l'offerta degli altri settori alla mancata realizzazione di una parte dell'offerta stazionaria.

Concretamente lo scenario 2 prevede le seguenti misure:

- CPA: costruzione di 1'180 posti letto nuovi;
- RAMI: realizzazione dei soli posti già in costruzione (per un totale di 135);
- ACD: erogazione di prestazioni pari allo scenario ii) del fabbisogno di cura;
- SAPP e AD: per analogia al settore ACD realizzazione dell'89% del fabbisogno massimo.

Descrizione

Si è deciso di optare per 1'180 posti letto poiché si desidera garantire l'equità territoriale, ossia la stessa densità di posti letto in tutti i comprensori SADC. Le iniziative attualmente in corso (870 posti letto) sono maggiormente concentrate nel Mendrisiotto e nel Luganese perciò, attraverso questa soluzione si vuole permettere alle altre regioni di aumentare le proprie capacità oltre gli 870 posti attualmente autorizzati.

L'opzione di 1'180 nuovi posti letto in CPA permetterebbe a tutte le regioni di raggiungere nel 2030 la stessa quota di fabbisogno scoperto, pari al 15% (ad eccezione del Mendrisiotto e Basso Ceresio che, dopo la realizzazione delle iniziative già avviate, non avrà più alcun fabbisogno scoperto, vedasi il paragrafo 3.1.3).

Lo scenario 2 comporterebbe investimenti per nuove CPA stimati in CHF 346 mio (si tratta degli investimenti relativi alle sole CPA finanziate per l'intera gestione, senza considerare le nuove CPA finanziate solo per le cure residue LAMal e senza eventuali investimenti negli altri settori) e contributi annuali dell'ente pubblico nel 2030 pari a CHF 357.8 mio.

I posti letto non realizzati nelle CPA dovrebbero essere compensati da un aumento nel settore ambulatoriale (cure a domicilio e servizi d'appoggio). Si parte dal presupposto che un soggiorno in CPA, trasferito nell'ambito ambulatoriale, debba essere compensato da un "pacchetto" di prestazioni che includono servizi di cura e d'appoggio. Si rimanda al "riquadro informativo 1" per i dettagli sul calcolo della compensazione tra posti letto non realizzati in CPA e il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali.

Come precisato al riquadro informativo 1, l'opzione di costruire 1'180 nuovi posti letto in CPA implicherebbe, per quanto riguarda le ore di cura LAMal da erogare a domicilio, di allinearsi allo scenario ii) indicato nella tabella 3.1.6.4, che corrisponde all'89% del limite massimo (ossia dello scenario iii).

Per garantire il "pacchetto" di prestazioni ambulatoriali ipotizziamo dunque, per analogia, che occorrerebbe realizzare anche l'89% della stima massima prevista per i SAPP.

²² La Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani.

Riquadro informativo 1: Metodo usato per stimare il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali per compensare i posti letto stazionari non realizzati nello scenario 2

Nello scenario 2 si propone di non realizzare l'intero fabbisogno stimato per il settore stazionario, ma un numero di posti letto più contenuto. Di conseguenza, le persone bisognose di cure si dovranno rivolgere maggiormente alle prestazioni ambulatoriali per compensare la minore disponibilità di posti letto in CPA. La stima delle prestazioni necessarie nel settore ambulatoriale per compensare la carenza di quello stazionario è stata effettuata sulla base delle ipotesi seguenti:

SCENARIO 2

- La maggior parte degli utenti che non troveranno posto in CPA avranno più di 80 anni e avranno maggiore necessità di cure rispetto all'utente medio attuale delle cure a domicilio. Si ipotizza che il fabbisogno di cura per questi utenti ammonti a circa 360 ore l'anno, cioè circa 7 ore la settimana.
- Se si realizzassero "solo" 1'180 posti letto fino al 2030 (scenario 2), ne mancherebbero approssimativamente 820 rispetto al fabbisogno calcolato al paragrafo 3.1.3. Le ore di cure a domicilio dovrebbero di conseguenza aumentare di circa 298'000 unità per coprire il fabbisogno relativo agli utenti che non avranno trovato posto in CPA (si suppone che sia pari al numero di letti non costruiti).
- Questo corrisponde grosso modo al fabbisogno di cure a domicilio dello scenario ii) (tabella 3.1.6.4), che prevede 291'000 ore di cura LAMal a domicilio in più rispetto allo scenario i). Inoltre le ore di cure a domicilio (tab. 3.1.6.4) dello scenario ii) corrispondono all'89% delle ore di cura del fabbisogno massimo previsto iii).
- Per analogia, ipotizziamo che sia necessario potenziare i servizi d'appoggio e gli aiuti diretti per compensare la mancanza di posti letto, nella medesima misura, ossia l'89% dello scenario massimo per SAPP e AD stimato al paragrafo 3.1.8.

Valutazione critica

Anche lo scenario 2 risulta, per quanto riguarda il numero di posti letto da realizzare, molto ambizioso. D'altra parte scendere sotto questa soglia per i nuovi posti letto comporterebbe grossi problemi nel decennio 2030-2040. Realizzare i 1'181 posti significherebbe poter disporre nel 2040 di una densità di 132 posti ogni 1'000 over 80 (oggi la densità è di 175‰), mentre un potenziamento minore comporterebbe densità inferiori.

Realizzare i 1'181 posti letto dello scenario 2 lascia inoltre un margine di manovra alle regioni per prendere iniziative che superino gli 870 posti letto già autorizzati. Questo dovrebbe permettere di ridurre le differenze regionali a livello del fabbisogno scoperto.

Data la diminuzione dell'offerta di posti letto in CPA, l'aumento della richiesta di ore di cure e aiuto a domicilio nonché di prestazioni SAPP appare giustificata, anche se è difficile stimare esattamente il livello di cure da erogare nel 2030.

Lo scenario 2 traduce, visto il metodo di stima applicato (vedasi riquadro informativo 1), una sorta di equivalenza nella presa in carico con lo scenario 1 e quindi con il 2018, ma prevede un trasferimento di parte dell'utenza dalle CPA al settore ACD. Per quanto riguarda i SAPP, lo scenario 2 coprirebbe gran parte del fabbisogno attualmente scoperto.

Infine si ricorda che il fabbisogno SAPP e aiuti diretti potrebbe anche essere maggiore di quanto descritto nel presente scenario, in quanto il limite superiore della stima del fabbisogno futuro calcolato nell'allegato 3 considera, per certe prestazioni, anche il fabbisogno scoperto degli utenti attuali (soprattutto nei CDT e CDSA), che si aggiungerebbe al fabbisogno dovuto al trasferimento dal settore stazionario.

Tabella 3.2.2.1: Scenario 2

Settore	Dotazione 2018	Fabbisogno 2030	Contributi a carico dell'ente pubblico (mio CHF)	
			2018	Stima 2030
CPA (tutti i tipi di soggiorno)	4'580 posti letto Tasso TI nel 2018: 186‰ 80+ Tasso TI nel 2020: 175‰ 80+	5'761 posti letto Tasso TI nel 2030: 157‰ 80+ (fabbisogno stimato: 6'580 posti letto)	139	179.1 (costi con prezzi 2018) ** + 26.9 (aumento 15%) *** + 13.0 (costi supplementari del capitale) **** = 219.0 (totale)
RAMI	105 posti letto (dato 2020)	135 posti letto (fabbisogno stimato: 145 posti letto)	8.4	15.0 (costi con prezzi 2018) ** + 2.3 (aumento 15%) *** = 17.2 (totale)
ACD	Cura LAMal: 1'190'000 ore Econ. Domest: 240'000 ore Consulenza materno pediatrica ICMP CHF 1.4 mio	1'930'000 ore (fabbisogno stimato: 1'640'000 – 2'172'000 ore) 320'000 ore (fabbisogno stimato: 320'000 ore) CHF 1.4 mio (fabbisogno stimato: CHF 1.4 mio)	34	56.8 (costi con prezzi 2018) ** + 8.5 (aumento 15%) *** = 65.3 (totale)
SAPP + Aiuti diretti	CDT: 39'000 giornate CDSA: 69'000 partecipazioni Servizio pasti a domicilio: 390'000 pasti Servizi di trasporto: 2'450'000 km Aiuti diretti: 1'000 beneficiari Servizi di sostegno / altri servizi: CHF 4.6 mio	67'600 giornate (fabbisogno stimato: 50'000 – 76'000 giornate) 166'000 partecipazioni (fabbisogno stimato: 100'000 – 187'000 partecip.) 650'000 pasti (fabbisogno stimato: 580'000 – 730'000 pasti.) 4'560'000 km (fabbisogno stimato: 3'260'000 – 5'120'000 km.) 1'240 beneficiari (fabbisogno stimato: 1'350 – 1'390 beneficiari) CHF 7.0 mio (fabbisogno stimato: CHF 5.9 mio – 7.9 mio)	27.5	49.0 (costi con prezzi 2018) ** + 7.3 (aumento 15%) *** = 56.3 (totale)
	TOTALE			357.8
		Investimenti totali per nuove CPA CHF 346 mio		+ 130 contributi cantonali a fondo perso fino al 2030

NB In rosso è evidenziata la scelta corrispondente allo scenario analizzato, in nero sono indicati gli estremi degli intervalli stimati al capitolo 3.1 ("forchette" delle stime eseguite).

* Per i CDT è indicata la dotazione 2020.

** S'intendono i prezzi unitari del 2018, aumentati per un'inflazione minima. È il Fattore 1 descritto al capitolo 3.1.9.

*** S'intendono i prezzi unitari del 2030 aumentati del 15%. È il Fattore 3 descritto al capitolo 3.1.9.

**** S'intendono i costi del capitale per gli investimenti delle nuove case anziani finanziate all'intera gestione. È il Fattore 2 del capitolo 3.1.9.

Le tabelle 3.2.2.2, 3.2.2.3 e 3.2.2.4 espongono in modo dettagliato l'evoluzione 2019 – 2030 dei costi a carico dell'ente pubblico (Cantone e Comuni), suddivisi per comprensorio e settore.

Gli importi del 2019 sono quelli effettivi mentre quelli del 2030 sono stimati sulla base della crescita prospettata dallo Scenario 2. Dal calcolo sono esclusi gli oneri dei reparti RAMI in quanto non assunti dai Comuni.

Tabella 3.2.2.2: costi 2019 a carico dell'ente pubblico (Cantone e Comuni), suddivisi per comprensorio e settore

Comprensorio	Contributi Consuntivo 2019 (CHF)	Case per anziani	SACD	OACD	Infermieri indipendenti	Servizi d'appoggio	Aiuti diretti
Bellinzonese	21'418'519.49	15'045'429.60	2'736'957.77	382'850.48	203'068.51	1'864'091.58	1'186'121.55
Locarnese e Vallemaggia	29'929'713.34	21'155'518.04	3'840'728.97	537'247.95	284'962.79	2'615'849.83	1'495'405.76
Luganese	64'710'353.23	42'515'233.52	10'511'142.40	1'470'317.15	779'873.94	7'158'945.68	2'274'840.53
Malcantone e Veduggio	17'416'886.24	11'562'842.89	2'631'599.46	368'112.78	195'251.46	1'792'333.97	866'745.70
Mendrisiotto e Basso Ceresio	28'128'721.05	19'483'311.84	3'942'889.74	551'538.38	292'542.60	2'685'429.65	1'173'008.84
Tre Valli	9'616'974.37	6'820'920.03	1'193'110.33	166'894.38	88'522.79	812'605.49	534'921.34
Totale parte Comuni	171'221'167.73	116'583'255.92	24'856'428.67	3'476'961.12	1'844'222.10	16'929'256.20	7'531'043.72
Totale parte Cantone	42'805'291.93	29'145'813.98	6'214'107.17	869'240.28	461'055.52	4'232'314.05	1'882'760.93
Totale Complessivo	214'026'459.66	145'729'069.90	31'070'535.83	4'346'201.40	2'305'277.62	21'161'570.25	9'413'804.65

Tabella 3.2.2.3: costi 2030 a carico dell'ente pubblico (Cantone e Comuni), stimati in base allo Scenario 2, suddivisi per comprensorio e settore

Comprensorio	Stima Contributi 2030 (CHF)	Case per anziani	SACD	OACD	Infermieri indipendenti	Servizi d'appoggio	Aiuti diretti
Bellinzonese	31'579'142.30	20'425'054.33	4'737'905.52	662'746.59	351'528.78	3'931'116.37	1'470'790.72
Locarnese e Vallemaggia	44'835'097.02	29'392'378.04	6'648'626.88	930'021.66	493'294.70	5'516'472.60	1'854'303.14
Luganese	108'854'752.12	68'845'755.91	18'195'677.01	2'545'243.42	1'350'027.80	15'097'245.71	2'820'802.26
Malcantone e Veduggio	28'372'209.16	17'986'902.67	4'555'521.36	637'234.37	337'996.79	3'779'789.31	1'074'764.66
Mendrisiotto e Basso Ceresio	44'707'510.66	29'303'121.28	6'825'475.81	954'759.61	506'416.01	5'663'207.00	1'454'530.96
Tre Valli	14'103'288.73	9'218'787.77	2'065'374.96	288'908.29	153'240.44	1'713'674.80	663'302.46
Totale parte Comuni	272'452'000.00	175'172'000.00	43'028'581.54	6'018'913.94	3'192'504.52	35'701'505.79	9'338'494.21
Totale parte Cantone	68'113'000.00	43'793'000.00	10'757'145.38	1'504'728.49	798'126.13	8'925'376.45	2'334'623.55
Totale Complessivo	340'565'000.00	218'965'000.00	53'785'726.92	7'523'642.43	3'990'630.65	44'626'882.23	11'673'117.77

Tabella 3.2.2.4: aumento dei costi 2019 - 2030 a carico dell'ente pubblico (Cantone e Comuni), stimati in base allo Scenario 2, suddivisi per comprensorio e settore

Comprensorio	Totale aumento contributi		Case per anziani	SACD	OACD	Infermieri indipendenti	Servizi d'appoggio	Aiuti diretti
	CHF	%						
Bellinzonese	10'160'622.81	47%	5'379'624.73	2'000'947.75	279'896.11	148'460.27	2'067'024.79	284'669.17
Locarnese e Vallemaggia	14'905'383.68	50%	8'236'860.00	2'807'897.91	392'773.71	208'331.91	2'900'622.77	358'897.38
Luganese	44'144'398.89	68%	26'330'522.39	7'684'534.61	1'074'926.27	570'153.86	7'938'300.03	545'961.73
Malcantone e Veduggio	10'955'322.92	63%	6'424'059.78	1'923'921.90	269'121.59	142'745.33	1'987'455.34	208'018.96
Mendrisiotto e Basso Ceresio	16'578'789.61	59%	9'819'809.44	2'882'586.07	403'221.23	213'873.41	2'977'777.35	281'522.12
Tre Valli	4'486'314.36	47%	2'397'867.74	872'264.63	122'013.91	64'717.65	901'069.31	128'381.12
Parte Comuni	101'230'832.27	59%	58'588'744.08	18'172'152.87	2'541'952.82	1'348'282.42	18'772'249.59	1'807'450.49
Parte Cantone	25'307'708.07	59%	14'647'186.02	4'543'038.21	635'488.21	337'070.61	4'693'062.40	451'862.62
Totale	126'538'540.34	59%	73'235'930.10	22'715'191.09	3'177'441.03	1'685'353.03	23'465'311.98	2'259'313.12
Percentuale sul costo	100%		58%	18%	3%	1%	19%	2%

L'evoluzione dei costi a carico dell'ente pubblico (Cantone e Comuni) fra il 2019 e il 2030 è stimata in CHF 126.5 mio. Complessivamente, rispetto al 2019 nel 2030 i costi stimati sia per i comuni sia per il Cantone aumenteranno di poco meno del 60%. Tuttavia, l'onore per i singoli comprensori SACD aumenterà in modo diversificato. La differenza è dovuta all'aumento dei posti letto (diverso tra i comprensori) per rapporto alla loro forza finanziaria (ipotizzata costante).

Nonostante lo Scenario proposto preveda uno sviluppo stazionario medio a fronte di un'importante spinta nel mantenimento a domicilio, la crescita finanziaria prospettata interesserà principalmente il settore delle case per anziani (58%), seguito da quello dei servizi d'appoggio (19%) e dai servizi di assistenza e cure a domicilio (18%).

3.2.3 Scenario 3 «Realizzazione delle iniziative stazionarie già previste e ulteriore potenziamento del mantenimento a domicilio»

Lo scenario 3 prevede di realizzare unicamente gli 870 posti letto già autorizzati. Il numero di letti, ancora più contenuto rispetto allo scenario 2, dovrà essere compensato da un aumento ancora più esteso delle prestazioni erogate dai settori ambulatoriali. Per lo scenario 3 valgono quindi, e a maggior ragione, le considerazioni sulla compensazione fatte per lo scenario 2.

Concretamente lo scenario 3 prevede le seguenti misure:

- CPA: realizzazione dei soli 870 posti letto già autorizzati;
- RAMI: realizzazione dei soli 30 posti già in costruzione (per un totale di 135);
- ACD: erogazione di prestazioni pari allo scenario iii) del fabbisogno di cura di cui alla tabella 3.1.6.4;
- SAPP: per analogia al settore ACD realizzazione del 100% del fabbisogno massimo.

Descrizione

Per quanto riguarda le CPA in questo scenario ci si concentra sulla realizzazione delle iniziative già autorizzate, senza crearne di ulteriori.

Sforzi maggiori dovranno dunque essere concentrati nel settore ambulatoriale. Infatti, analogamente allo scenario 2, i due settori ambulatoriali dovranno essere in grado di assorbire gli utenti che – a fronte di un numero inferiore di nuovi posti letto, ossia del fabbisogno che resterà scoperto – non troveranno posto in casa per anziani.

Si stima che tale compensazione nell'ambito ambulatoriale si avvicini allo scenario iii) del fabbisogno di cura calcolato nel paragrafo 3.1.6, ovvero al limite massimo della forchetta di stima. Si rimanda al “riquadro informativo 2” per i dettagli del calcolo.

Per garantire un “pacchetto” completo di prestazioni ambulatoriali occorrerà, di conseguenza, sviluppare il limite massimo della forchetta del fabbisogno stimato anche per i servizi d'appoggio.

Riquadro informativo 2: Metodo usato per stimare il fabbisogno di prestazioni ambulatoriali per compensare i posti letto stazionari non realizzati nello scenario 3

Analogamente allo scenario 2, si propone di realizzare un numero di posti letto in CPA inferiore al fabbisogno stimato. Tale lacuna, ancora più ampia di quella dello scenario 2, deve essere compensata con uno sforzo supplementare nelle cure a domicilio.

SCENARIO 3

- Lo scenario 3 prevede 310 posti letto in meno rispetto allo scenario 2 (non si realizzeranno 1'180 posti letto ma solo 870). Le persone che non troveranno posto in CPA con questa configurazione saranno maggiormente dipendenti: per loro ipotizziamo un fabbisogno di 14 ore la settimana. Ciò porta a stimare 226'000 ore di cure a domicilio supplementari.
- Il nuovo fabbisogno coincide quasi con quello massimo esposto alla tabella 3.1.6.4 (iii). Il fabbisogno iii) prevede 25'000 ore in più, che non eliminiamo poiché potrebbero essere rese necessarie per altre cause. Il fabbisogno iii) è quello massimo per le cure a domicilio (100% del fabbisogno massimo).
- Per analogia, introduciamo la variante massima di sviluppo anche per il settore SAPP e AD.

Valutazione critica

Trattandosi di iniziative già autorizzate (870 posti letto), è lo scenario più realistico per quanto riguarda la possibilità di un'effettiva realizzazione dei posti letto in CPA. Lo scenario 3, con il minor numero di nuovi posti letto in tutti e tre i settori, ha di conseguenza anche la più alta percentuale di domanda stazionaria insoddisfatta, che varia molto da regione a regione. Come evidenziato nella tabella 3.1.3.3, ci sarebbe un fabbisogno di posti letto scoperto nel Bellinzonese e nel Malcantone e Vedeggio pari a circa il 30%, mentre la domanda sarebbe soddisfatta nel Mendrisiotto e Basso Ceresio.

Tabella 3.2.3.1 Scenario 3

Settore	Dotazione 2018	Fabbisogno 2030	Contributi a carico dell'ente pubblico (mio CHF)	
			2018	Stima 2030
CPA (tutti i tipi di soggiorni)	4'580 posti letto Tasso TI nel 2018: 186‰ 80+ Tasso TI nel 2020: 175‰ 80+	5'450 posti letto Tasso TI nel 2030: 148‰ 80+ (fabbisogno stimato: 6'580 posti letto)	139	169.4 (costi con prezzi 2018) ** + 25.4 (aumento 15%) *** + 9.6 (costi supplementari del capitale) **** = 204.4 (totale)
RAMI	105 posti letto (dato 2020)	135 posti letto (fabbisogno stimato: 145 posti letto)	8.4	15.0 (costi con prezzi 2018) ** + 2.3 (aumento 15%) *** = 17.2 (totale)
ACD	Cura LAMal: 1'190'000 ore Econ. Domest: 240'000 ore Consulenza materno pediatrica ICMP CHF 1.4 mio	2'172'000 ore (fabbisogno stimato: 1'640'000 – 2'172'000 ore) 320'000 ore (fabbisogno stimato: 320'000 ore) CHF 1.4 mio (fabbisogno stimato: CHF 1.4 mio)	34	63.8 (costi con prezzi 2018) ** + 9.6 (aumento 15%) *** = 73.4 (totale)
SAPP + Aiuti diretti	CDT: 39'000 giornate* CDSA: 69'000 partecipazioni Servizio pasti a domicilio: 390'000 pasti Servizi di trasporto: 2'450'000 km Aiuti diretti: 1'000 beneficiari Servizi di sostegno / altri servizi: CHF 4.6 mio	76'000 giornate (fabbisogno stimato: 50'000 – 76'000 giornate) 187'000 partecipazioni (fabbisogno stimato: 100'000 – 187'000 partecip.) 730'000 pasti (fabbisogno stimato: 580'000 – 730'000 pasti.) 5'120'000 km (fabbisogno stimato: 3'260'000 – 5'120'000 km.) 1'390 beneficiari (fabbisogno stimato: 1'350 – 1'390 beneficiari) CHF 7.9 mio (fabbisogno stimato: CHF 5.9 mio – 7.9 mio)	27.5	55.0 (costi con prezzi 2018) ** + 8.3 (aumento 15%) *** = 63.3 (totale)
	TOTALE			358.3
		Investimenti totali per nuove CPA CHF 255 mio		+ 96 contributi cantonali a fondo perso fino al 2030

NB In rosso è evidenziata la scelta corrispondente allo scenario analizzato, in nero sono indicati gli estremi degli intervalli stimati al capitolo 3.1 ("forchette" delle stime eseguite).

* Per i CDT è indicata la dotazione 2020.

** S'intendono i prezzi unitari del 2018, aumentati per un'inflazione minima. È il Fattore 1 descritto al capitolo 3.1.9.

*** S'intendono i prezzi unitari del 2030 aumentati del 15%. È il Fattore 3 descritto al capitolo 3.1.9.

**** S'intendono i costi del capitale per gli investimenti delle nuove case anziani finanziate all'intera gestione. È il Fattore 2 del capitolo 3.1.9.

In quest'ottica sarebbe necessario un notevole incremento delle prestazioni ambulatoriali (cure a domicilio e SAPP), corrispondente al limite massimo della stima del fabbisogno. Tuttavia rimangono le medesime incertezze rilevate per il secondo scenario: quantificare esattamente le implicazioni del trasferimento di una parte degli utenti dalle CPA al settore domiciliare non è facile, soprattutto per quanto riguarda i servizi d'appoggio. Per questi ultimi, inoltre, si aggiunge la difficoltà supplementare di tenere conto di possibili fabbisogni attualmente non soddisfatti dai servizi (fabbisogno scoperto).

3.2.4 Valutazione degli scenari pianificatori

In questo capitolo sono stati presentati tre scenari pianificatori, derivati dalle stime del fabbisogno 2030 delle prestazioni socio-sanitarie descritte ai paragrafi 3.1.1-3.1.10 e nell'allegato 3.

Il primo scenario mira a garantire lo status quo in tutti i settori socio-sanitari regolati dalla presente Pianificazione (CPA, RAMI, cura e assistenza a domicilio, servizi d'appoggio e aiuti diretti per il mantenimento a domicilio). Il secondo scenario prevede invece uno sviluppo più contenuto del settore stazionario, diminuendo la densità di posti letto in CPA pur rispettando una copertura territoriale equa; la conseguente carenza di posti letto rispetto al fabbisogno stimato dovrà quindi essere compensata nei due settori ambulatoriali²³. Il terzo scenario è un'intensificazione del secondo, nel quale i nuovi posti letto in CPA si riducono a quelli già autorizzati per il prossimo decennio. Ne consegue un potenziamento ancora più pronunciato dei due settori ambulatoriali.

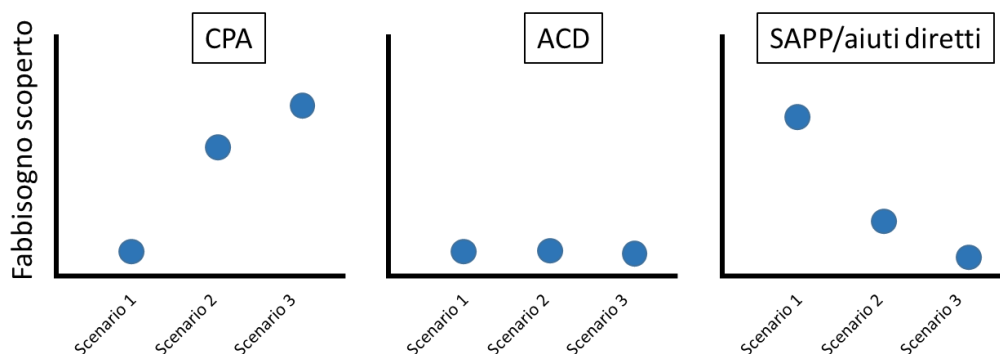
Di seguito presentiamo alcune caratteristiche dei tre scenari in modo da permettere un confronto tra le proposte, finalizzato a determinare lo scenario ritenuto più pertinente per la presente Pianificazione. Le dimensioni analizzate sono la copertura dei fabbisogni, l'equità territoriale, i costi e le probabilità di realizzazione.

a) Copertura del fabbisogno

- **a1) CPA:** Per quanto riguarda le CPA la soluzione di copertura del fabbisogno migliore è chiaramente quella dello scenario 1, in quanto coprirebbe il fabbisogno dell'intero territorio nel 2030. Il secondo e terzo scenario risultano essere meno "appropriati" da questo punto di vista. Nello scenario 1 la densità di posti letto per mille abitanti ultra-ottantenni rimarrebbe costante. Di conseguenza, lo scenario 1 ci preparerebbe più adeguatamente al decennio 2030-2040, in cui è previsto un ulteriore aumento della popolazione anziana.
- **a2) RAMI:** Si tratta di una prestazione recente che si inserisce nel continuum delle cure, rispondendo da un lato alla difficoltà di mantenere in ospedale i pazienti che hanno superato la fase acuta e, dall'altro, ai limiti dei servizi di cura e assistenza a domicilio e/o alla carenza di una rete sociale. Si è preferito mantenere l'offerta nei limiti attuali, poiché il quadro giuridico in cui si inserisce necessita ancora di essere consolidato.
- **a3) ACD:** Si stima che i tre scenari non si differenzino rispetto a un fabbisogno non coperto nelle cure a domicilio. Tale valutazione deriva dal fatto che le differenze di ore di cure a domicilio nei tre scenari possono essere interpretate come la conseguenza del diverso grado di copertura del fabbisogno del settore residenziale (vedasi riquadri informativi 1 e 2).
- **a4) SAPP e aiuti diretti:** per il settore dei servizi d'appoggio e degli aiuti diretti si può presumere che il fabbisogno scoperto sia più alto nello scenario 1, mentre migliorerebbe nello scenario 2 e, in misura ancora maggiore, nello scenario 3. Analogamente al settore di cure a domicilio, l'aumento delle prestazioni SAPP e aiuti diretti fornite nel secondo e nel terzo scenario può essere in gran parte interpretato dal trasferimento di utenti dalle CPA al domicilio. Ricordiamo che le prestazioni aggiuntive contribuiranno anche a coprire l'attuale fabbisogno non soddisfatto.

Il grafico 3.2.4.1 illustra in che misura i tre scenari lasciano un fabbisogno scoperto nei vari settori.

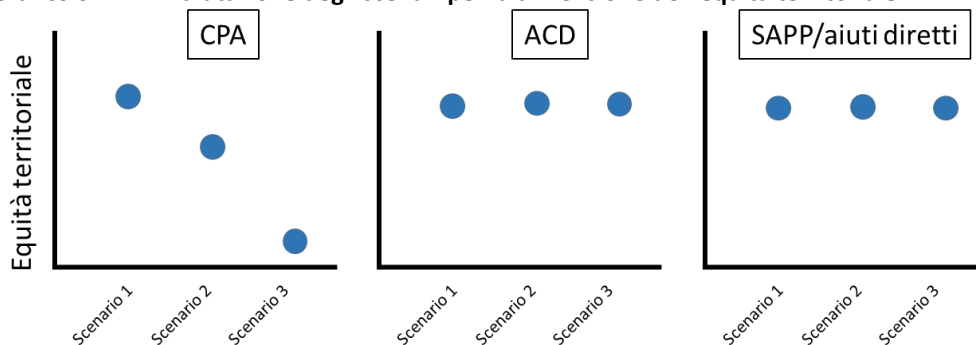
²³ Si ricorda che il meccanismo di compensazione è caratterizzato da un certo grado di incertezza.

Grafico 3.2.4.1: Valutazione degli scenari per la dimensione del fabbisogno scoperto**b) Equità territoriale e margine per nuove iniziative**

La dimensione dell'equità territoriale è stata valutata unicamente per le CPA, poiché non sono state riscontrate grosse differenze territoriali rispetto alle ACD, ai SAPP e agli aiuti diretti. Inoltre, lo sviluppo delle prestazioni ambulatoriali è maggiormente flessibile e non richiede iniziative a lungo termine come per le CPA. Per quanto riguarda i RAMI, le decisioni della precedente pianificazione sanitaria hanno già permesso di garantire l'equità territoriale, grazie all'ubicazione particolarmente congeniale delle strutture riorientate.

L'equità territoriale è chiaramente più elevata nello scenario 1, che prevede di eliminare i fabbisogni scoperti in tutti i comprensori SACD. Anche il secondo scenario garantisce un'equità territoriale molto alta, in quanto il fabbisogno scoperto previsto è quasi uguale in ogni comprensorio SCD (15%), tranne nel Mendrisiotto e Basso Ceresio. Le differenze regionali risultano più marcate nel terzo scenario che presume fabbisogni scoperti compresi tra il 30% (Bellinzonese e Malcantone e Veduggio) e lo 0% (Mendrisiotto e Basso Ceresio). Inoltre nel terzo scenario le nuove iniziative sarebbero escluse, visto che si tratta unicamente di realizzare i posti letto già autorizzati.

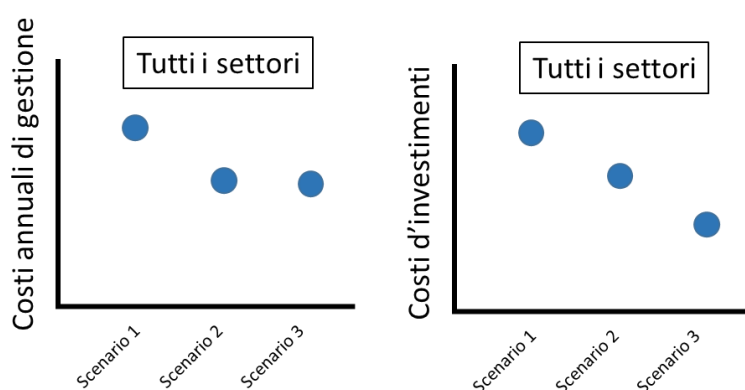
Il grafico 3.2.4.2 illustra in che misura i tre scenari garantiscono un'equità territoriale.

Grafico 3.2.4.2: Valutazione degli scenari per la dimensione dell'equità territoriale**c) Costi**

La tabella 3.2.4.1 presenta i costi annuali a carico dell'ente pubblico stimati per i tre scenari (inclusi i costi del capitale per nuovi investimenti e un margine per un eventuale aumento dei prezzi difficilmente quantificabile) e i costi a fondo perso finanziati dal Cantone per gli investimenti in CPA. Per entrambe le dimensioni lo scenario 1 risulta la soluzione più costosa. Gli scenari 2 e 3 invece si equivalgono a livello di costi annuali, mentre i costi d'investimento a fondo perso sono, ovviamente, più elevati nello scenario 2 (vedasi grafico 3.2.4.3 per la valutazione dei costi dei tre scenari).

Tabella 3.2.4.1: Costi annuali e costi a fondo perso a carico dell'ente pubblico per gli investimenti nei tre scenari in mio CHF

	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Costi annuali 2030	▪ CPA: 257 ▪ RAMI: 19 ▪ ACD: 56 ▪ SAPP: 46 ▪ Totale: 378	▪ CPA: 219 ▪ RAMI: 17 ▪ ACD: 65 ▪ SAPP: 56 ▪ Totale: 357	▪ CPA: 204 ▪ RAMI: 17 ▪ ACD: 73 ▪ SAPP: 63 ▪ Totale: 357
Costi investimenti a fondo perso in CPA	220	130	96

Grafico 3.2.4.3: Valutazione degli scenari per la dimensione dei costi**d) Probabilità di realizzazione**

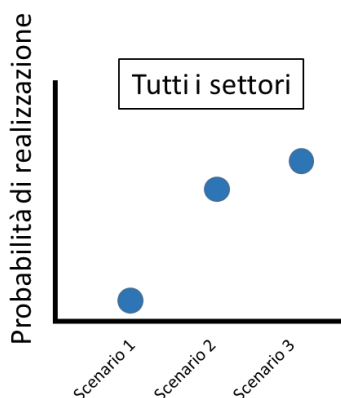
Tutti questi scenari sono molto ambiziosi, in quanto prevedono sforzi di sviluppo considerevoli.

Un fattore limitante comune ai tre scenari è quello legato al personale curante. Questo aspetto concerne sia la parte ambulatoriale che quella stazionaria e sarà una sfida per ognuno degli scenari proposti (si veda i paragrafi 3.1.10 e 4.1.4 per ulteriori informazioni sul personale curante).

La probabilità di realizzazione va quindi valutata in base alla fattibilità di creare i posti letto in CPA previsti nei tre scenari. Si ricorda che nel decennio passato sono stati creati circa 300 posti letto, nonostante la Pianificazione precedente²⁴ indicasse un fabbisogno di circa 1'000 posti letto. Ciò evidenzia che la creazione di nuovi posti letto costituisce uno sforzo molto importante.

I tre scenari prevedono la realizzazione di 2'000 (scenario 1), 1'180 (scenario 2) o 870 (scenario 3) posti letto, dei quali 870 sono già stati autorizzati e di cui 220 saranno aperti a breve termine, essendo oramai quasi ultimati. Valutiamo quindi che la probabilità di realizzare i posti letto previsti per il primo scenario è bassa, medio-elevata per il secondo ed elevata per il terzo (vedasi grafico 3.2.4.4).

²⁴ La Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani.

Grafico 3.2.4.4: Valutazione degli scenari secondo la probabilità di realizzazione

3.2.5 Proposta pianificatoria

Si propone lo scenario 2 come obiettivo pianificatorio

Tenuto conto di quanto esposto nei paragrafi precedenti, si propone di realizzare 1'180 nuovi posti letto in CPA e compensare il fabbisogno stazionario scoperto (circa 800 posti letto) con iniziative ambulatoriali. Questo scenario è quello che permette di equilibrare meglio i punti di forza e di debolezza emersi nella valutazione:

- nonostante il fabbisogno scoperto di posti letto in CPA, lo scenario 2 garantisce comunque un'equità territoriale dell'offerta di prestazioni;
- è favorevole rispetto al primo scenario per quanto riguarda i costi di gestione annuali a carico dell'ente pubblico e i costi d'investimento a fondo perso per le CPA;
- dei 1'180 nuovi posti letto previsti, quasi i tre quarti, ovvero 870, sono già stati autorizzati. Si tratta perciò di uno scenario con una probabilità di realizzazione elevata;
- consente inoltre al Cantone e ai Comuni un margine per valutare nuove iniziative di CPA per i 310 posti letto dei 1'180 non ancora autorizzati. Il terzo scenario per contro imporrebbe una moratoria nel settore stazionario;
- per quanto riguarda i SAPP, lo scenario proposto copre gran parte del fabbisogno attualmente scoperto.

La tabella 3.2.5.1 illustra la distribuzione delle iniziative autorizzate per la costruzione di 870 posti letto in CPA nei vari comprensori SACD (parte bianca). È indicata inoltre (parte verde) la distribuzione dei rimanenti 311 posti letto per comprensorio. Come rappresentato nella tabella 3.2.5.2, nello scenario proposto, il fabbisogno scoperto si riduce a un massimo del 15% di posti letto per soggiorni di lunga durata in ogni comprensorio SACD, garantendo pertanto l'equità territoriale.

Tabella 3.2.5.1: Nuove case anziani: iniziative in corso e altre iniziative fino al 2030 sotto lo scenario 2

	Compensorio SACD	Iniziativa	N. di iniziative	N. di nuovi posti letto	Realizzazione prevista entro il
Iniziative in corso di realizzazione e previste	Mendrisiotto e Basso Ceresio	Arzo		20	2025
		Balerna		5	2030
		Colderio		79	2025
		Melano		60	2030
		Vacallo		80	2030
		Totale Mendrisiotto e Basso Ceresio			244
	Luganese	Canobbio		80	2025
		Comano		70	2030
		Pregassona		114	2025
		Tertianum Cornaredo		46	2025
		Tertianum du Lac Paradiso		40	2025
		Totale Luganese			350
	Malcantone e Vedeggio	Bedano		31	2025
		Caslano		70	2025
		Mezzovico (ampliamento)		24	2025
		Tertianum Agno		20	2025
		Totale Malcantone e Vedeggio			145
	Locarnese e Vallemaggia	Gordevio (ampliamento)		22	2025
		Losone		60	2025
Minusio (ampliamento)			16	2025	
Totale Locarnese e Vallemaggia			98		
Bellinzonese	Giubiasco (ampliamento)		21	2025	
	Totale Bellinzonese			21	
Tre Valli	Acquarossa Polosociosanitario		12	2030	
	Totale Tre Valli			12	
Totale in corso di realizzazione e previste			24	870	
...di cui circa entro il 2025			14	643	
...di cui circa entro il 2026 - 2030			5	227	
Altre iniziative da attribuire entro 2030	Mendrisiotto e Basso Ceresio			-	2030
	Luganese			-	2030
	Malcantone e Vedeggio			114	2030
	Locarnese e Vallemaggia			43	2030
	Bellinzonese			126	2030
	Tre Valli			28	2030
	Totale altre iniziative da attribuire entro 2030 (posti letto)			311	
Totale generale (posti letto)				1'181	

Tabella 3.2.5.2: Iniziative ancora da attribuire entro il 2030 sotto lo scenario 2

	Fabbisogno scoperto al 2030 tenendo conto delle iniziative già autorizzate*	Numero di ulteriori posti letto	fabbisogno scoperto al 2030 nello scenario 2
Mendrisiotto e Basso Ceresio	1 (0%)	-	1 (0%)
Luganese	273 (14%)	-	273 (14%)
Malcantone e Vedeggio	218 (31%)	114	104 (15%)
Locarnese e Vallemaggia	254 (18%)	43	211 (15%)
Bellinzonese	250 (30%)	126	124 (15%)
Tre Valli	98 (21%)	28	70 (15%)
Totale	1'093 (17%)	311	782 (12%)

* Vedasi l'ultima colonna della tabella 3.1.3.3 nel paragrafo 3.1.3.

L'orientamento all'ambulatoriale è sostenuto da misure di supporto

Come descritto nella valutazione, lo scenario 2 prevede una carenza di quasi 800 posti letto rispetto al fabbisogno stimato. Di conseguenza, si cercherà di compensare questa riduzione attraverso il potenziamento dei settori di cura a domicilio, dei servizi d'appoggio e degli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio.

A questo proposito vanno ricordate anche alcune altre proposte presentate nei capitoli di approfondimento della Pianificazione, in particolare nei tre seguenti paragrafi: 4.1.1 "Accessibilità e coordinamento", 4.3.2 "Collaboratori e collaboratrici familiari" e 4.4.2 "Prospettive future dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale". Le relative misure proposte mirano ad es. a facilitare i fruitori nell'accesso, senza barriere, alle prestazioni più pertinenti, i professionisti a lavorare con gli utenti nel loro luogo di vita e le famiglie ad assumere collaboratori e collaboratrici familiari in modo da favorire il mantenimento a domicilio.

È importante rilevare che, come avviene già in alcuni Cantoni, i cittadini ticinesi potrebbero sviluppare altre iniziative informali. Un esempio in questo senso lo troviamo in alcuni luoghi della Svizzera tedesca, dove gruppi di anziani collaborano per organizzare vere e proprie comunità. Un altro interessante progetto in corso nel Canton San Gallo prevede una variante di banca del tempo, dove giovani anziani (neo pensionati, ecc.) aiutano persone più anziane di loro in diverse attività, ad esempio per commissioni o per recarsi dal medico, così come per organizzare i pasti, ecc. Gli anziani che oggi prestano aiuto riceveranno in futuro, da nuovi giovani anziani, aiuti per un tempo corrispondente a quello da loro offerto in precedenza. È possibile e auspicabile che i privati e le comunità scoprano e introducano nuove interessanti soluzioni anche nei prossimi anni.

Parte III: Approfondimenti qualitativi

Questa parte della Pianificazione integrata tratta gli approfondimenti qualitativi effettuati nel corso del progetto. Nei diversi paragrafi di questo capitolo, a partire dall'analisi di differenti aspetti del sistema attuale, sono state identificate e proposte misure finalizzate a dare continuità alle prestazioni e, dove necessario, migliorarle. Per alcune tematiche ci si è limitati ad un'esposizione descrittiva.

Dapprima sono presentati gli approfondimenti che riguardano tutti e tre i settori regolati dalla LAnz e dalla LACD (elementi trasversali validi per tutti i settori). Seguono gli approfondimenti che riguardano i singoli settori (Strutture per anziani, Assistenza e cura a domicilio e Mantenimento a domicilio).

4 Approfondimento di vari aspetti del sistema

4.1 Elementi trasversali ai settori

4.1.1 Accessibilità e coordinamento

La rete socio-sanitaria ticinese è composta da diversi tipi di strutture e servizi che erogano una serie di prestazioni a sostegno delle persone anziane, disabili e malate

L'introduzione della LACD ha portato a un rapido sviluppo del settore socio-sanitario per rispondere ai bisogni della popolazione anziana e invalida che, malgrado la perdita di autonomia, i problemi di salute e le situazioni di fragilità sociale, sceglie di vivere nella propria casa con il sostegno delle cure a domicilio. La rete socio-sanitaria è articolata e ricca di servizi, ma risulta molto frammentata poiché si è sviluppata in modi e tempi diversi. Accedere alle varie prestazioni, che hanno regole di accesso diverse, può risultare difficile. Inoltre, per ricevere rimborsi spese e sussidi occorre spesso gestire pratiche amministrative complesse.

Utenti, familiari e professionisti si trovano così confrontati con una grande mole di lavoro che genera stress e ha ricadute negative sulla qualità della vita, sulla durata del mantenimento a domicilio e sull'impiego delle risorse

Le criticità principali rilevate nell'ottica di utenti e familiari riguardano:

- La difficoltà di conoscere l'offerta del territorio (conoscere i vari servizi e le specificità di ciascuna prestazione, distinguere l'offerta dei diversi erogatori di prestazione, valutare il budget a disposizione, ecc.);
- La difficoltà di comprensione delle modalità di accesso e di gestione di una determinata prestazione (attivare le procedure specifiche per ogni servizio, gestirne la parte amministrativa, coordinare tra loro i servizi, confrontarsi con liste d'attesa e valutare soluzioni alternative).

Le attività necessarie per attivare i servizi, coordinarli tra loro e richiedere i finanziamenti necessari, vanno ad aggiungersi al carico fisico ed emotivo già richiesto al familiare curante per assistere l'anziano, rispettivamente il malato (questo sovraccarico è definito tecnicamente "caregiver burden"), con conseguenze importanti sulla salute del caregiver e ricadute sulla decisione di istituzionalizzazione (vedasi paragrafo 4.1.2 "Familiari curanti").

Si ritiene inoltre che la complessità e la frammentazione della rete socio-sanitaria costituiscano un aggravio in termini di tempo e risorse anche per i professionisti, che devono continuamente coordinarsi con gli altri servizi attivi per uno stesso utente.

La letteratura scientifica identifica due strumenti per semplificare l'accesso ad una rete socio-sanitaria ricca e articolata ma molto frammentata: il case-management (persona di riferimento del caso) e il network-management (coordinamento delle reti)

Case-management

Negli ultimi anni gli studi sulla politica sociale internazionale hanno spostato l'attenzione da una lettura parcellizzata delle problematiche alla messa al centro della persona e dei suoi bisogni. La complessità attuale del sistema socio-sanitario impone l'attivazione di una pluralità di fonti di aiuto e di servizi, sia formali che informali. I modelli assistenziali devono pertanto evolvere verso un approccio multidisciplinare e interdisciplinare che permetta una visione olistica in cui è possibile la presa in carico delle situazioni di fragilità con un progetto integrato e personalizzato. L'operatore che si fa carico della gestione del caso, il "case manager", sostiene l'utente nel suo percorso di presa in carico, mettendo in relazione le parti del sistema e migliorando la situazione di frammentazione che risulta inefficace e inefficiente.

Network-management

La rete socio-sanitaria è composta da un insieme complesso di cosiddetti "nodi autonomi" (enti che offrono servizi e/o strutture) che interagiscono tra loro attraverso relazioni di interdipendenza. Questi legami non sempre sono determinati da scelte razionali e volontarie dei singoli enti, ma spesso si creano secondo bisogni di cura e assistenza di singoli utenti. Questo insieme complesso di nodi autonomi e interdipendenze è definito rete, e proprio per il suo carattere complesso è auspicabile che il suo coordinamento si basi su una visione più ampia e condivisa da tutti gli attori che la compongono.

La governance del sistema di coordinamento può essere legata a soluzioni cantonali o regionali che tengano conto in modo equo di tutte le realtà presenti sul territorio, senza quindi dimenticare gli enti più piccoli e con risorse limitate. Nel caso di governance regionali esse dovranno comunque convergere in una visione ampia, condivisa e coordinata per evitare disuguaglianze e iniquità e ulteriore complessità dovuta a funzionamenti regionali eterogenei.

La LACD attribuisce un mandato di coordinamento ai SAcDip e prevede uno specifico finanziamento costituito da un contributo standard per le attività indirette; tuttavia, si riscontrano difficoltà nell'adempiere il mandato di coordinamento

La LACD affida in esclusiva il mandato di coordinamento ai SAcDip²⁵. Negli anni recenti il settore delle cure a domicilio si è tuttavia sviluppato in modo imprevedibile al momento dell'entrata in vigore della LACD:

- le reti socio-sanitarie sono diventate sempre più complesse e articolate;
- il livello di professionalizzazione e specializzazione delle cure infermieristiche a domicilio è notevolmente aumentato, in seguito al progressivo trasferimento della presa in carico subacuta dall'ospedale al settore domiciliare;
- a partire dal 2011, con l'entrata in vigore dell'articolo 25a LAMal, si è constatata una crescente presenza sul territorio di operatori del settore privato (OACD e infermieri indipendenti), pertanto i SAcDip non possono più essere il riferimento unico per il coordinamento di tutta l'utenza e dei servizi d'appoggio.

I SAcDip hanno risposto al progressivo aumento del carico e della complessità sviluppando nel tempo forti competenze in ambito infermieristico, con varie specializzazioni che permettono una presa in carico domiciliare di casistiche complesse, che precedentemente potevano essere gestite solo in strutture del settore acuto. Per quanto riguarda le attività di coordinamento i dati indicano invece una scarsa attivazione delle prestazioni indirette.

Per adempiere completamente al mandato di coordinamento occorre prendere in carico la persona con un approccio olistico (bio-psico-sociale) e, dato che questo compito diventa sempre più complesso, l'équipe dei SAcDip necessita, oltre che di figure specializzate per la presa in carico infermieristica, come ad esempio

²⁵ L'Art. 15 della LACD definisce i requisiti per le associazioni gerenti di un SAcDip e al cpv. 1 lettera b) esplicita "partecipare al coordinamento delle attività di assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio".

l'infermiera/e in psichiatria e l'infermiera/e di famiglia, anche di figure in grado di coordinare tutte le prestazioni, comprese quelle finanziarie, come l'assistente sociale. L'introduzione dell'assistente sociale nelle équipes, a complemento della figura infermieristica, è funzionale all'obiettivo di informare utenti e familiari sulle prestazioni esistenti sul territorio, facilitarne l'accesso, valutare la situazione finanziaria e l'eventuale richiesta di sussidi e aiuti sociali. Per le situazioni particolarmente complesse e fragili (persone sole o situazioni sociali e familiari che richiedono particolare sostegno), l'assistente sociale può anche assumere il ruolo di gestione del caso. L'intervento sociale, così come l'intervento sanitario, è calibrato secondo il principio di sussidiarietà previsto dalla LACD (sussidiario rispetto alla rete informale e solo per il tempo necessario).

L'integrazione di questa figura nelle équipes dei due SACDip del Mendrisiotto e Basso Ceresio e del Locarnese e Vallemaggia, in collaborazione con il servizio sociale di Pro Senectute, è da tempo consolidata e fornisce utili elementi di riflessione per rispondere almeno parzialmente alle criticità evidenziate nei paragrafi precedenti.

Per risolvere queste difficoltà si possono inoltre indicare alcune nuove soluzioni di breve e medio termine

Per il coordinamento del caso si propone l'introduzione graduale del case-manager, che funge da connessione tra l'utente, i servizi e le strutture, tenendo presente i bisogni e i desideri dell'utente, ma anche le risorse individuali e familiari (sussidiarietà). Questa figura potrà operare in modalità condivisa o in forma di collaborazione strutturata fra i servizi che operano sul territorio, oppure direttamente integrata nei servizi stessi.

La modalità per attuare questa soluzione andrà declinata a livello regionale, tenuto conto delle competenze già disponibili presso i servizi pubblici e privati.

Per quanto concerne il coordinamento delle reti, con questa Pianificazione si mira ad uno sviluppo armonioso e omogeneo di un sistema in cui sia possibile delineare dei percorsi di cura coordinati, grazie alla promozione e al sostegno di una gestione integrata dell'offerta (cfr. capitolo 2.4).

Un'ulteriore soluzione, volta a migliorare l'accessibilità e il coordinamento, è rappresentata dalla creazione di punti di orientamento a livello regionale, sul modello degli sportelli 65+ presenti in altre realtà cantonali.

Le soluzioni proposte in questo capitolo perseguono dunque il principio dell'orientamento all'utente, filo rosso di tutta la pianificazione integrata e saranno analizzate e sviluppate sulla base di sperimentazioni regionali.

4.1.2 Familiari curanti

Le seguenti considerazioni riassumono il rapporto sui familiari curanti in allegato 4, elaborato dalla DASF e dall'UACD. Il rapporto contiene descrizioni dettagliate del ruolo dei familiari curanti, un approfondimento delle misure a loro sostegno e una descrizione più articolata delle proposte d'intervento.

Il familiare curante è uno dei principali elementi della rete di presa in carico, in particolare per quanto concerne il mantenimento a domicilio

Nel corso degli anni, quale risultato di scelte politiche che hanno anteposto il mantenimento a domicilio all'istituzionalizzazione, il familiare curante è diventato un riferimento sempre più importante per compiti di natura non specialistica, tra i quali, per esempio, il coordinamento e l'organizzazione delle cure, le attività di economia domestica, il sostegno emotivo, l'aiuto nelle attività quotidiane e molto altro. Con il progressivo invecchiamento della società, tale ruolo non potrà che aumentare di importanza e confermarsi parte integrante della rete socio-sanitaria. È una risorsa non soltanto per la persona assistita, ma per la rete e la società intera. Si stima infatti che il valore delle prestazioni erogate gratuitamente dai familiari curanti in

Svizzera si aggira attorno ai CHF 3,7 miliardi all'anno. Il loro contributo non è però da leggere solo in termini di costi e opportunità, ma riguarda più in generale la qualità della presa in carico.

I familiari curanti sono numerosi, svolgono compiti di natura diversa e spesso conciliano un'attività professionale con l'assistenza regolare di un proprio caro

Con il termine familiare curante si intende una persona che presta a titolo non professionale regolarmente assistenza, sorveglianza e accompagnamento a un'altra persona la quale, solitamente a causa di una malattia, di una disabilità o di problemi di salute, è dipendente da terzi. In Ticino si contano più di 50'000 persone che, almeno una volta alla settimana, prestano assistenza a un proprio caro.

Il familiare curante adulto ha in media 54 anni e nei due terzi dei casi esercita un'attività lucrativa. La regolarità e l'intensità dell'assistenza prestata variano notevolmente. Benché per la maggior parte dei familiari adulti (63%) l'onere per l'assistenza si situi sotto le 10 ore settimanali, vi sono situazioni in cui l'impegno richiesto è nettamente superiore: da 10 a 20 ore di assistenza alla settimana per il 19% dei familiari, da 21 a 30 ore per il 6%, tra 31 e 40 per il 4%. Il restante 8% dei familiari è invece impegnato nella propria attività di assistenza 24 ore su 24.

Essere familiare curante significa svolgere un ampio ventaglio di compiti, tra cui principalmente attività in ambito finanziario e amministrativo, seguite da quelle di coordinamento e pianificazione degli interventi. L'aiuto nelle attività della vita quotidiana, le faccende domestiche e il sostegno emotivo e sociale sono altresì molto frequenti; a questi si aggiunge talvolta la sorveglianza del proprio caro.

La valorizzazione del ruolo di familiare curante e la sua maggiore integrazione nella rete socio-sanitaria non possono prescindere dall'implementazione di adeguate misure di sostegno

I bisogni dei familiari curanti possono variare durante il percorso e dipendono fortemente dalle sue risorse personali e familiari. Se inizialmente vi è una necessità di informazioni, orientamento e flessibilità sul posto di lavoro, con il consolidamento saranno maggiormente necessari regolari momenti di sgravio. Esiste però un elemento che accomuna tutti coloro che assistono un proprio caro: il sovraccarico al quale sono esposti, conosciuto in letteratura e nella pratica come "caregiver burden". Sebbene i compiti svolti dai familiari curanti, presi singolarmente, non siano necessariamente complicati oppure faticosi, il fatto che debbano essere svolti ininterrottamente – conciliando l'attività lucrativa e rinunciando spesso completamente ai piccoli piaceri della vita, come una semplice serata al cinema o una cena al ristorante – determina un importante sovraccarico fisico. A questo bisogna sommare il sovraccarico psicologico, emotivo e sociale, derivanti dal legame affettivo che unisce il familiare curante alla persona assistita. Per questo motivo, una valorizzazione e, rispettivamente, una maggiore integrazione del ruolo del familiare curante nel percorso di presa in carico, non può prescindere da un adeguato sostegno, flessibile ed eterogeneo, tanto quanto lo sono le situazioni familiari stesse.

Sulla base di indagini federali e cantonali, è stato possibile definire i bisogni prioritari per i familiari curanti: occasioni per rigenerarsi e recuperare le forze, aiuto nella gestione delle emergenze, sostegno psicologico, informazione e consulenza, aiuto per conciliare l'attività di assistenza con il lavoro o la formazione, colloqui con i professionisti della salute e servizi di trasporto per la persona assistita.

Le proposte di intervento formulate nell'ambito della presente Pianificazione corrispondono alle principali lacune individuate confrontando bisogni emersi e offerta disponibile

In generale si constata che vi sono molteplici misure a sostegno dei familiari curanti, che risultano tuttavia essere ancora troppo spesso poco conosciute. Per questo motivo, nei prossimi anni sarà innanzitutto fondamentale sviluppare e promuovere materiale informativo adeguato sul tema e sulle misure di sostegno esistenti.

Per comprendere quali siano le principali lacune nel sostegno ai familiari curanti si è proceduto ad effettuare un confronto tra i bisogni identificati e l'attuale offerta di servizi e prestazioni disponibile. Sulla base di tale confronto e delle eventuali lacune emerse sono state formulate proposte di intervento.

È necessario creare un'offerta per rispondere ai bisogni di aiuto in caso di emergenza e di sostegno psicologico

Dal confronto emergono innanzitutto due bisogni ai quali l'attuale offerta non è in grado di rispondere: l'aiuto in caso di emergenza e un accompagnamento psicologico professionale per i familiari curanti. Si constata inoltre la necessità di meglio comprendere le difficoltà legate alla conciliabilità tra formazione e assistenza ai familiari. Nel prossimo decennio sarà dunque fondamentale approfondire e, se necessario, sviluppare delle misure adeguate per rispondere a tali bisogni.

Per diversi servizi e prestazioni sono stati identificati margini di miglioramento che richiedono potenziamenti, maggiore coordinamento e approfondimenti relativi alle basi legali

In molti ambiti esistono già delle offerte in grado di rispondere ai bisogni dei familiari curanti, la cui efficacia presenta però margini di miglioramento più o meno importanti. Per quanto concerne il riposo e il recupero (vacanze e fine settimana di sgravio, soggiorni temporanei in CpA, frequenza ai CDT) e i servizi di trasporto si propone principalmente un potenziamento dell'offerta. Al fine di sfruttare meglio il potenziale che tali misure offrono, gli incrementi quantitativi proposti dovrebbero essere accompagnati da maggiori informazioni e coordinamento. Si suggerisce inoltre, attraverso la sensibilizzazione e la formazione dei professionisti del settore socio-sanitario, lo sviluppo di una cultura organizzativa più attenta alle risorse e ai bisogni del familiare curante. Si segnala infine l'esigenza di valutare i necessari adattamenti delle basi legali all'attuale contesto al fine di consolidare le nuove forme di sostegno, tra le quali, per esempio, la sostituzione del familiare curante direttamente presso il domicilio.

Il sostegno, la valorizzazione e l'“empowerment” dei familiari curanti passano attraverso una loro maggiore integrazione nella rete socio-sanitaria

La figura del familiare curante è importante sia per la persona assistita che per il funzionamento dell'intera “macchina” della presa in carico. Oltre a supportare il proprio congiunto in un'ampia gamma di compiti non specialistici, il familiare curante funge spesso da figura intermedia nel coordinamento della rete socio-sanitaria. Inoltre, proprio grazie al suo ruolo polivalente, egli acquisisce con il tempo competenze molto specifiche, che possono essere utili anche ai professionisti della salute nello svolgimento delle proprie mansioni. Allo stesso tempo si constata però come l'integrazione del familiare curante nella rete socio-sanitaria sia ancora lungi dall'essere ottimale. Il suo ruolo non sempre è riconosciuto e questo può ostacolare anche l'accesso alle prestazioni di sostegno. Per questo motivo nei prossimi anni sarà necessario agire parallelamente su due fronti: quello del sostegno da un lato e quello della valorizzazione e dell'“empowerment” dall'altro. Per raggiungere questi obiettivi sarà necessario promuovere e facilitare l'integrazione del familiare curante all'interno della rete di presa in carico. Il familiare curante dovrà poter fare affidamento sulla propria rete di assistenza e cura, su informazioni chiare e competenze solide, così da poter decidere consapevolmente se e, in che misura, optare per un sostegno attraverso le molteplici offerte disponibili (sostituzione presso il domicilio, servizi di trasporto, vacanze e fine settimana di sgravio, ecc.) o rispettivamente prediligere il rafforzamento delle proprie risorse (tramite consulenza, sostegno psicologico, offerte formative, ecc.).

La popolazione anziana è altresì risorsa e può sostenere la rete socio-sanitaria, anche e forse soprattutto laddove non c'è un familiare curante

Anche i familiari curanti invecchiano o addirittura per alcune persone non ce ne sono mai stati. Come sostituire questa figura così importante? Una potenziale risorsa in questo senso è data dal volontariato e, in particolar modo, dal potenziale del volontariato prestato dagli anziani stessi, già particolarmente attivi nella custodia di nipoti e figli di parenti e nella cura di parenti adulti. Benché la presente Pianificazione sia incentrata sull'organizzazione dei settori tipicamente rivolti alla popolazione – soprattutto anziana – più vulnerabile, è utile ricordare che l'anziano è e sarà sempre di più anche risorsa, per i propri cari, familiari e non, e per la società intera.

4.1.3 Promozione della qualità e bientraitance

La qualità riveste un ruolo importante nella Pianificazione

Uno dei principi base della Pianificazione stabilisce che le prestazioni offerte debbano essere di alta qualità (vedasi paragrafo 0 del presente rapporto). Questo principio rientra, oltre che nella Pianificazione, nella strategia generale del Dipartimento della sanità e della socialità.

Pertanto, oltre a determinare la quantità delle prestazioni di cui necessiterà la popolazione ticinese nel prossimo decennio, compito fondamentale della Pianificazione sarà continuare a definire requisiti e criteri di qualità per ogni prestazione erogata.

La qualità comprende molti aspetti e necessita di “strumenti” di vario tipo

Per definire la qualità delle prestazioni occorre considerare, oltre ai requisiti e indicatori di qualità delle cure e della presa in carico a livello strutturale, vari indicatori di processo e di esito²⁶, tra cui la soddisfazione dell'utente, l'applicazione del principio di autodeterminazione e l'individualizzazione della prestazione in funzione dei bisogni specifici di ogni persona, i quali sono valori cardine della cultura della bientraitance.

Definizione della qualità in ambito LAnz e LACD e classificazione degli strumenti

È utile, per chiarezza, riportare le definizioni di alcuni concetti chiave di questo paragrafo.

Il concetto di qualità delle cure è nato dalla necessità di fornire servizi o prestazioni che corrispondessero a norme o standard stabiliti da esperti del settore. Questi standard, seppure pertinenti alla qualità, non sempre si sono dimostrati adeguati alle singole persone e alla loro qualità di vita. Per tener conto anche delle esigenze dei singoli pazienti, il concetto di qualità è stato ampliato con il modello “*patient-centered care*” che include, nel concetto di qualità delle cure, la centralità della persona e del rispetto della sua individualità e volontà²⁷. Questa evoluzione ha portato alla definizione proposta dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), che definisce la qualità delle cure come “un'assistenza sanitaria sicura, efficace, tempestiva, efficiente, equa e incentrata sulle persone”²⁸.

È importante sottolineare che, nella presa in carico dell'utenza che riceve prestazioni previste dalla LAnz e dalla LACD, la definizione della qualità è ancora più complessa poiché non riguarda unicamente la qualità della componente sanitaria.

Infatti nel settore socio-sanitario si erogano servizi e prestazioni con uno spettro più ampio e una durata maggiore rispetto a quello acuto e pertanto la qualità dell'offerta ha un impatto più rilevante sulla qualità della vita dell'utente e del suo entourage²⁹. In questo contesto la valutazione della qualità percepita e della soddisfazione da parte dell'utenza assume un ruolo particolarmente importante per l'evoluzione del concetto stesso di qualità e dell'offerta stessa. Pertanto risulta particolarmente pertinente assumere come base di riferimento etico-culturale l'approccio della bientraitance, che permette di andare oltre il modello di cure centrate sul paziente.

La bientraitance è definita come la “cultura che ispira azioni individuali e collettive in seno a un istituto o un servizio. Ha l'obiettivo di promuovere il benessere dell'utente tenendo sempre in considerazione il rischio di maltrattamento. Non si riduce né all'assenza del maltrattamento, né alla sua prevenzione e si caratterizza per una ricerca permanente di individualizzazione e di personalizzazione della prestazione. La bientraitance è un modo di essere, di agire e di parlare preoccupandosi dell'altro, reattiva ai suoi bisogni e alle sue richieste, nel rispetto delle sue scelte e dei suoi rifiuti. Promuove concetti come il rispetto dell'altro e della sua

²⁶ Donabedian, A. (1980): La qualità dell'assistenza sanitaria. Principi e metodologie di valutazione. Rom: La Nuova Italia Scientifica.

²⁷ Oneview (2013): The eight principles of quality management.

²⁸ World Health Organization (2020): What is Quality and Why is it important?

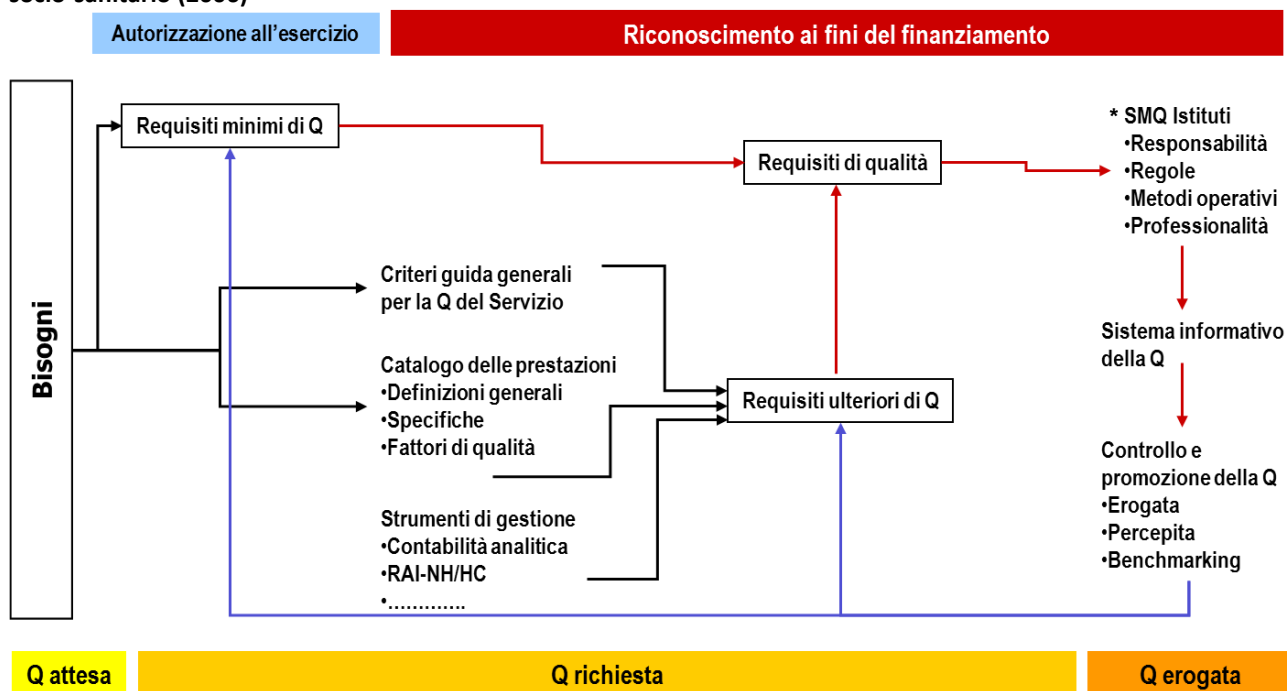
²⁹ Lomazzi, L. (2019): Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita nelle case per anziani: il punto di vista dei residenti e delle persone a loro vicine. Principali esiti (2016-2018) e spunti di riflessione a dieci anni dalla prima rilevazione.

autonomia, il libero arbitrio e l'autodeterminazione. Per questi motivi la bientraitance si può promuovere e implementare all'interno di una struttura solo in caso di scambi continui fra tutti gli attori³⁰.

Impianto del sistema qualità e suddivisione dei compiti

Nel 2006, con l'avvio del sistema dei contratti di prestazione, è stato sviluppato un sistema di promozione e valutazione della qualità, riportato nel grafico 4.1.3.1., basato sulla seguente ripartizione dei compiti: l'ente finanziatore (DASF) controlla la qualità sulla base di diversi strumenti e indicatori, invece l'organizzazione e il controllo dei processi interni che incidono sulla qualità è lasciato alla responsabilità dei singoli enti, che possono avvalersi dell'appoggio delle associazioni settoriali. I singoli enti non utilizzano uno strumento unico di gestione della qualità e attualmente manca una panoramica degli strumenti applicati nei vari enti.

Grafico 4.1.3.1: Impianto del sistema qualità che ha guidato lo sviluppo dei contratti di prestazione per il settore socio-sanitario (2006)



* Con SMQ si intendono sistemi e/o modalità di management della qualità interni ai singoli servizi

Fonte: UACD (2006)

Il sistema, a grandi linee, prevede:

- requisiti minimi di qualità e strutturali, come base per l'autorizzazione d'esercizio di una struttura o di un servizio e per il mantenimento della stessa. La cui verifica e le relative visite ispettive sono di competenza dell'UMC e dell'US;
- criteri guida generali per la qualità dei servizi, catalogo delle prestazioni e l'allegato B al contratto di prestazione, come implementazione di ulteriori requisiti e fattori di qualità, la cui verifica è di competenza dell'UACD. Costituiscono inoltre le basi di calcolo dei contributi globali;
- strumenti di gestione comuni a tutti i servizi richiesti dai contratti di prestazione:
 - la contabilità analitica, per la componente finanziaria,
 - il sistema RAI-NH/HC per la valutazione dei bisogni e delle risorse dell'utente e i relativi piani cura, nonché la definizione della ponderazione delle risorse umane necessarie, in funzione del grado di dipendenza dell'utenza. In base all'andamento degli indicatori di qualità prodotti dal sistema RAI vengono attivati specifici progetti di miglioramento delle cure e della presa in carico (ad es. cadute, contenzione, poli-medicalizzazione, ecc.); condotti dal gruppo cantonale di accompagnamento RAI, coordinato dall'UACD in collaborazione con l'UMC.

³⁰ Tradotto da: Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, 2012, p.201).

- il sistema SODDI per la rilevazione della qualità percepita e soddisfazione dell'utenza diretta e secondaria, attivato nelle CPA, nei CDT e nel settore ACD, in modo uniforme e continuo, coordinato dall'UACD in collaborazione con l'UMC. Per quanto riguarda le CPA si sta completando la quarta rilevazione, mentre nel settore ACD, a partire dal 2017 non si è trovato il consenso per continuare con le rilevazioni periodiche.
- il rapporto di autovalutazione, redatto annualmente da ciascun ente.

In sintesi: CPA, CDT e servizi di assistenza e cure a domicilio utilizzano il sistema di rilevamento dei bisogni di cura RAI, redigono il rapporto di autovalutazione e partecipano allo svolgimento dell'inchiesta SODDI. A questi strumenti si aggiungono progetti specifici di miglioramento della qualità, definiti a livello cantonale.

Ricordiamo infine che per promuovere la cultura della bientraitance, a partire dal 2013, la DASF ha sostenuto e finanziato una ricerca-azione e successivi progetti nelle strutture per anziani. La ricerca mirava ad acquisire conoscenze sugli elementi che stanno alla radice dei fenomeni di maltrattamento, identificandone i relativi fattori di rischio e protezione e sensibilizzando i collaboratori e le collaboratrici alle tematiche considerate.

A 14 anni dall'introduzione di questa impostazione generale, occorre fare un bilancio del sistema di promozione e monitoraggio della qualità, che comprenda una valutazione del sistema attuale e relative proposte di miglioramento.

Uno studio della SUPSI per valutare gli strumenti di qualità disponibili a livello cantonale

A tale scopo è stato commissionato uno studio alla SUPSI, svolto nel corso della primavera 2020 (Bortolin 2020, in allegato 5). Nel rapporto è stato allestito un inventario degli strumenti esistenti a livello cantonale, come fin qui esposto, effettuata una valutazione dell'adeguatezza del sistema attuale e sono state formulate proposte di miglioramento. Il rapporto non fornisce invece una panoramica degli eventuali sistemi di gestione della qualità presenti nei servizi. Per maggiori dettagli rimandiamo all'allegato 5.

Il monitoraggio della qualità è adeguato, ma potrebbe essere completato in alcuni aspetti

Il rapporto Bortolin (2020) si è occupato soprattutto degli strumenti di monitoraggio della qualità, quali le ispezioni effettuate dall'UMC, il sistema RAI, l'autovalutazione degli enti e il sistema SODDI.

La valutazione dell'adeguatezza dell'attuale sistema di monitoraggio è stata effettuata rilevando il divario esistente tra gli indicatori di qualità richiesti da una norma internazionale³¹ e gli indicatori di qualità richiesti dagli strumenti di monitoraggio sopramenzionati.

Ad oggi, secondo Bortolin (2020), il monitoraggio risulta essere adeguato, ma potrebbe essere migliorato in quanto non contempla alcuni aspetti importanti, come ad esempio i processi che definiscono la gestione del rischio, la protezione dei dati e sistemi e flussi di comunicazione all'interno degli enti e verso l'esterno. Il rapporto sottolinea inoltre che il monitoraggio non avviene in modo uniforme in tutti i settori (gestione SODDI nel settore ACD).

La valutazione esterna del sistema di qualità ha formulato proposte di miglioramento

Il rapporto Bortolin (2020) formula proposte di miglioramento del sistema attuale, che contemplano sia interventi di piccola entità che modifiche di grande portata. Rimandiamo al capitolo 8 dell'allegato 5 per una panoramica completa.

Per quanto riguarda l'attività dei singoli enti, queste proposte prevedono: un miglioramento della documentazione concernente la qualità e riscontri strutturati e regolari da parte dell'UACD ai vari enti inerenti i rapporti di autovalutazione e gli elementi emersi dall'inchiesta SODDI.

³¹ Come il sistema ISO 9001:2015.

Il rapporto Bortolin (2020) evidenzia una carenza di risorse specialistiche all'interno dell'UACD, che consentano di monitorare i diversi aspetti della qualità del settore socio-sanitario, caratterizzato da un elevato numero di strutture e servizi altamente diversificati.

Propone inoltre di implementare un Sistema di gestione della qualità (SGQ) in tutti i servizi, dapprima nelle case per anziani e poi nei servizi di assistenza e cura a domicilio.

La DASF stima che quest'ultima proposta abbia delle implicazioni molto importanti dal punto di vista delle risorse umane e finanziarie necessarie all'implementazione e al mantenimento del SGQ nelle strutture. Bisognerebbe dapprima realizzare un'indagine sullo stato attuale della gestione della qualità e l'eventuale presenza di tali strumenti, nonché valutare il grado di consenso delle strutture alla proposta di implementazione di un SGQ.

La Pianificazione intende migliorare la qualità in collaborazione con gli enti del territorio

Dalle riflessioni interne svolte sulla base del rapporto Bortolin (2020), il DSS propone le seguenti indicazioni di sviluppo per il prossimo decennio, basate sul modello della cultura della bientraitance.

- La valutazione Bortolin (2020) ha evidenziato la mancanza di una restituzione sistematica e continua dei risultati che emergono dai vari strumenti di monitoraggio ai diversi enti. È dunque auspicabile, a breve termine, dotare l'UACD di un servizio dedicato alla promozione e al monitoraggio della qualità, finalizzato a sviluppare un sistema uniforme e condiviso, sostenere progetti specifici e individuare modelli di "best practice" in tutti gli enti del territorio.
- Oltre al miglioramento dell'interazione continua con il territorio, a 14 anni dall'introduzione dell'attuale sistema di monitoraggio e di controllo della qualità, basato principalmente sulla SODDI, occorre valutare se l'attenzione alla rilevazione della qualità percepita sia ancora sufficiente o se debba essere completata dal SGQ. Queste riflessioni dovranno essere svolte promuovendo un forte coinvolgimento del territorio; infatti un'iniziativa in tal senso può essere utile soltanto se sostenuta e valorizzata dagli enti stessi che dovranno implementare il SGQ nei loro istituti e servizi.

4.1.4 Formazione del personale curante³²

La carenza di personale curante

La penuria di personale curante in ambito socio-sanitario è un tema che torna costantemente d'attualità. La recente pandemia da Coronavirus ne ha evidenziato la portata. L'invecchiamento della popolazione, la maggiore complessità delle esigenze di cura, dovuta alla riduzione della durata della degenza nelle strutture acute, la percentuale elevata di abbandoni della professione e un numero ancora insufficiente di diplomati residenti sono le concause di una penuria di infermieri/e diplomati/e e di altre figure professionali complementari in tutti gli ambiti delle cure. Il Consiglio di Stato è da sempre sensibile e consapevole di queste criticità, rese ancor più evidenti dall'attuale situazione legata al COVID-19. Diventa dunque prioritaria l'adozione della misura 25.5 del Programma di legislatura 2019-2023 inerente al *rafforzamento della presenza di personale curante formato in Ticino, aumentando il numero di allievi delle scuole socio-sanitarie di livello secondario II e terziario e favorendo il rientro nel circuito lavorativo dei professionisti che hanno lasciato la professione per svariati motivi*.

Creazione dell'“Osservatorio sulle formazioni e le prospettive professionali nel settore socio-sanitario”

Per far fronte a queste svariate tematiche con una visione coerente e uniforme a livello cantonale, l'11 gennaio 2012, il Consiglio di Stato ha costituito un gruppo operativo interdipartimentale (DECS-DSS) con lo scopo di monitorare e proporre azioni volte a coordinare l'evoluzione delle formazioni in campo socio-sanitario con le esigenze e le pianificazioni del settore. Il gruppo operativo "Osservatorio sulle formazioni e le prospettive professionali nel settore socio-sanitario" rappresenta una piattaforma di dialogo e scambio tra

³² Questa tematica è sviluppata interamente in questo capitolo, senza allegato.

enti di formazione e servizi cantonali di riferimento per le strutture sanitarie e socio-sanitarie, in cui le persone trovano impiego al termine della formazione.

L'attività dell'Osservatorio ha conosciuto finora tre fasi distinte, di cui l'ultima ancora in corso

La prima fase (2012 - 2014) si è concentrata sulle tematiche legate alle indennità di stage degli studenti infermieri, ai profili e al fabbisogno di infermieri sul territorio. Gli obiettivi raggiunti in questo periodo sono stati:

- la conoscenza e la maggiore comprensione delle problematiche fra le persone attive nei diversi contesti;
- l'armonizzazione delle indennità di stage nelle formazioni infermieristiche (SUPSI e Scuola specializzata superiore in cure infermieristiche – di seguito SSSCI) entrate in vigore con l'anno scolastico 2014/2015. In particolare, con due risoluzioni governative, la n. 3635 del 27 giugno 2012 e la n. 39 del 15 gennaio 2013, sono stati definiti rispettivamente il principio dell'equiparazione delle retribuzioni tra gli studenti infermieri delle due scuole e l'ammontare delle indennità versate durante i periodi di stage;
- la definizione della nuova quota di suddivisione del numero di studenti (cure infermieristiche), ammessi fra SUPSI (finora $1/3$)³³ e SSSCI (finora $2/3$)³⁴, in prospettiva, $1/2 - 1/2$ ³⁵, rimasta tuttavia "congelata" in attesa di una verifica del potenziale formativo di ogni istituto;
- la redazione dei rapporti "Fabbisogno di personale nelle strutture sanitarie del Cantone Ticino" e "I profili in uscita degli/delle infermieri/e formati/e dalla SUPSI e la SSSCI".

La seconda fase (2014 - 2017) ha trattato quattro temi, sviluppati all'interno di altrettanti gruppi di lavoro e più precisamente:

- la creazione di un sistema di indicatori³⁶ che permettesse di monitorare l'evoluzione del fabbisogno, anche rispetto al numero di studenti in formazione;
- l'adozione di misure concrete per aumentare il numero di infermieri attivi, prolungare la loro vita professionale e favorirne il rientro dopo periodi di interruzione lavorativa;
- la realizzazione di uno studio di fattibilità per l'introduzione, entro il 2018, di un master SUPSI in cure infermieristiche;
- l'approfondimento delle problematiche legate all'implementazione di un sistema di incentivi per incrementare il numero di posti di stage per gli studenti in formazione.

I risultati del lavoro dei quattro gruppi sono stati presentati nel corso di una conferenza stampa congiunta DECS-DSS-SUPSI il 6 febbraio 2018. In particolare, il sistema di indicatori è stato approntato ed è previsto il suo aggiornamento biennale; sono state studiate le misure concrete per aumentare la durata di vita nella professione di infermiere e, a decorrere dall'anno accademico 2018/2019, è stato attivato il master SUPSI in cure infermieristiche con cadenza biennale. L'approccio all'implementazione di un sistema di incentivi ha messo in evidenza la necessità di affrontare contemporaneamente altri problemi legati agli stage, definiti nella terza fase dei lavori.

La terza fase (2018 - in corso) prevede, oltre al proseguimento dei lavori riguardanti gli indicatori e lo svolgimento del Master SUPSI in cure infermieristiche:

- l'aggiornamento del calcolo del fabbisogno di personale curante in Ticino, declinando a livello cantonale un recente studio su scala nazionale dell'OBSAN (Osservatorio svizzero della salute);
- l'armonizzazione dei percorsi formativi;
- il coordinamento dei calendari scolastici, l'inventario delle basi legali che regolamentano i rapporti di lavoro degli studenti e la semplificazione della modulistica di valutazione degli stessi;
- l'estensione dei posti di stage, la centralizzazione della loro gestione e l'implementazione di un sistema di incentivi.

³³ 80, aumentati a 100 negli ultimi anni.

³⁴ 140.

³⁵ 140/140.

³⁶ www4.ti.ch/dss/dsp/statssanitarie/risultati-statistici/personale/indicatori-personale-curante.

Nonostante i lavori intrapresi abbiano permesso un aumento del numero di infermieri diplomati, rimane una penuria di personale nell'ambito socio-sanitario

Si rileva che, nel periodo 2011 – 2018, i lavori intrapresi hanno permesso di aumentare da 100 a 200 il numero complessivo di infermieri diplomati all'anno. Ma questo non basta (come evidenziato nel capitolo sulle stime quantitative si prevede che il personale curante dovrebbe aumentare da 1'700 a 2'200 ETP entro l'anno 2030), altre misure a più ampio respiro saranno sottoposte al Parlamento al fine di aumentare l'attrattività delle professioni sanitarie e socio-sanitarie per l'intero ampio spettro delle formazioni offerte.

Introduzione di una sperimentazione per aumentare ulteriormente il potenziale formativo degli istituti socio-sanitari

Nel frattempo, il Dipartimento della sanità e della socialità prevede di introdurre, con i contratti di prestazione 2021, l'applicazione in via sperimentale del Modello bernese.

Con l'introduzione del "Modello bernese" adattato alla realtà cantonale si vuole incentivare la formazione di professionisti attivi nel ramo della salute e, di conseguenza, incrementare il grado di "autosufficienza" nella copertura del fabbisogno di personale, costantemente in crescita. Il "modello bernese" si basa sul presupposto che ogni professionista attivo in un istituto sanitario o socio-sanitario abbia un potenziale formativo che può e deve essere messo a disposizione per la formazione di nuove leve.

Partendo dai dati statistici relativi alla dotazione di personale sanitario di un istituto, calcolata in persone equivalenti a tempo pieno (ETP) per ospedali, case per anziani e servizi ambulanze e in ore di cure per i servizi a domicilio, nel corso dell'ultimo anno l'"Osservatorio sulle professioni e prospettive professionali nel settore socio-sanitario" ha predisposto un calcolo del potenziale formativo dei singoli istituti.

Si tratta, in sintesi, di calcolare per ogni istituto, sulla base del proprio personale formato, il quantitativo di settimane di formazione che deve garantire, declinato sulle varie offerte formative. Questo permetterà di pilotare il sistema garantendo una distribuzione equa degli stagiaire tra i vari istituti e una risposta alle necessità di collocamento delle scuole.

Coordinamento per ottimizzare la collaborazione in materia di formazione, utilizzo delle risorse umane e salvaguardia della qualità dell'accompagnamento degli studenti in stage

Nel frattempo è stata creata l'Unità di coordinamento stage socio-sanitari, proposta dall'Osservatorio e accettata dal Consiglio di Stato, attraverso cui si intende perseguire lo scopo di ottimizzare la collaborazione con il mondo del lavoro in materia di formazione, utilizzo delle risorse umane e salvaguardia della qualità dell'accompagnamento degli studenti in stage. Nel concreto, l'Unità di coordinamento stage socio-sanitaria, gerarchicamente sottoposta alla Divisione della formazione professionale e che lavora in stretta collaborazione con l'Area di gestione sanitaria della Divisione della salute pubblica, ha già affrontato e definito i seguenti aspetti:

- **un sito web** destinato ai datori di lavoro, dal quale si accederà alle basi legali federali e cantonali in materia di formazione professionale, ai regolamenti scolastici e ad alcuni formulari necessari per la gestione degli studenti (ad es. per le notifiche di assenza);
- **l'aggiornamento della piattaforma GAGI** (Gestione Allievi e Gestione Istituti), che raccoglie i dati anagrafici degli studenti, il loro percorso scolastico, le note e le valutazioni, una nuova parametrizzazione degli istituti formatori, con l'aggiornamento dei singoli reparti che offrono posti di stage e una serie di informazioni relative alle categorie professionali, compatibile con le necessità di implementazione del calcolo del potenziale formativo dei singoli istituti;
- **il controllo della salute degli studenti**, uniformato, semplificato e informatizzato. L'iscrizione ai vari ordini di scuola avviene online (nel modulo è prevista l'accettazione al trattamento dei propri dati personali) e alla stessa è abbinata una cartella sanitaria che l'allievo deve far compilare dal proprio medico curante, con particolare riguardo allo stato vaccinale per il quale esistono direttive specifiche emanate dall'Ufficio del medico cantonale (pure allegate all'iscrizione online);

- **le direttive per la formazione pratica** che prevedono una serie di disposizioni generali che, unitamente ai regolamenti vigenti sui posti di stage, potenzialmente anche più restrittivi, precisano l'aspetto esteriore, l'utilizzo del cellulare e le norme di comportamento. Esse definiscono anche le modalità di composizione dei turni di lavoro per ogni ordine di scuola, tenuto conto delle disposizioni esistenti a livello di ordinanze federali specifiche. In particolare, sono stati eliminati i turni di lavoro dopo le 23:00, quelli durante i giorni festivi infrasettimanali e i turni spezzati;
- **le convenzioni per la formazione pratica**, allestite tenendo conto delle osservazioni formulate dai datori di lavoro in sede di consultazione, che descrivono i rapporti tra le scuole, i datori di lavoro e gli studenti (orari di lavoro e piani di formazione) dettagliando, in particolare, gli aspetti retributivi e assicurativi.

Questo lavoro di riordino e semplificazione, unito alla prevista centralizzazione amministrativa della gestione degli stage (relativi alle formazioni sanitarie e socio-sanitarie proposte dal Cantone e dalla SUPSI) permetterà di alleggerire i compiti burocratici attualmente svolti da Istituti e Scuole, con conseguente liberazione di risorse per aumentare le capacità di accoglienza di allievi in stage, in applicazione al modello bernese summenzionato.

4.1.5 Digitalizzazione e robotizzazione del settore sanitario

Questo capitolo è un riassunto del rapporto approfondito nell'allegato 6, che fornisce una visione più dettagliata delle definizioni, degli studi sullo stato della digitalizzazione e robotizzazione e degli esempi d'implementazione.

L'industria 4.0 gioca un ruolo importante in ogni ambito, incluso il settore socio-sanitario

Negli ultimi decenni stiamo assistendo a un importante sviluppo tecnologico in ogni ambito; il settore socio-sanitario non fa eccezione. Nel mondo è in atto la rivoluzione industriale 4.0 ovvero la tendenza all'automazione dell'industria grazie all'integrazione di nuove tecnologie produttive volte a migliorare le condizioni di lavoro del personale, creare nuovi modelli di business e aumentare la produttività e la qualità produttiva degli impianti. Se da una parte è vero che questa "rivoluzione" riguarda maggiormente i settori produttivi, quali quello manifatturiero e industriale, è vero anche che alcuni aspetti di questa innovazione possono essere integrati ugualmente nel settore socio-sanitario.

L'industria 4.0 nell'ambito socio-sanitario è ancora poco sviluppata alle nostre latitudini. Motivi di natura etica e culturale fanno sì che questo fenomeno sia ancora poco studiato in Europa, a differenza del Giappone, paese universalmente riconosciuto come uno dei più avanzati dal punto di vista tecnologico e dal quale giungono i più importanti esempi di integrazione in questo settore.

In Svizzera, dal 2019, si è iniziato a parlare di digitalizzazione nel mondo socio-sanitario grazie alla Strategia eHealth Svizzera 2.0 nella quale Confederazione e Cantoni riportano la seguente visione sulla digitalizzazione del settore sanitario:

- disporre di un settore sanitario migliore, più sicuro e più efficiente;
- permettere alle persone di fruire delle possibilità offerte dalle nuove tecnologie a beneficio della loro salute;
- connettere digitalmente specialisti e istituzioni. La priorità è data all'introduzione della cartella informatizzata del paziente sulla base della relativa Legge federale (LCIP), in vigore dal 2017.

Robotizzazione e digitalizzazione: le tematiche di maggiore interesse per il settore socio-sanitario

Se parliamo di industria 4.0 applicata al settore socio-sanitario, gli argomenti che interessano maggiormente questo ambito sono quelli della digitalizzazione e della robotizzazione.

Per digitalizzazione s'intende la conversione tra due sistemi diversi nel trasmettere e registrare informazioni. In altre parole, si tratta di trasformare informazioni di tipo analogico in formato digitale, con lo scopo di standardizzare la raccolta dati e renderla maggiormente fruibile e accessibile a coloro che la necessitano.

Il termine robotizzazione indica la possibilità di sostituire o sostenere l'azione umana con quella svolta da un robot. I progressi dell'intelligenza artificiale nell'ultimo decennio, hanno reso possibile automatizzare molte attività che sono state a lungo considerate impossibili o impraticabili per le macchine. Gli studi su questo tema sostengono che la combinazione di una massiccia potenza di calcolo, enormi insiemi di dati e sensori e algoritmi sofisticati potranno abilitare macchine intelligenti a produrre prestazioni di un livello pari o addirittura superiore a quello mediamente fornito dagli esseri umani.

È importante sottolineare che robotizzazione e digitalizzazione sono due processi molto diversi tra loro ma che, allo stesso tempo, possono essere complementari. Se l'utilizzo di robot nell'ambito dell'attività lavorativa è spesso percepito come una minaccia da parte del personale curante, che vede nella tecnologia un possibile sostituto; questa paura invece è meno forte per la digitalizzazione.

L'industria 4.0 porta diversi vantaggi, rimangono tuttavia delle barriere

L'implementazione dell'industria 4.0 al settore socio-sanitario presenta numerosi vantaggi, ma vi sono anche diverse barriere a cui prestare attenzione. Tra i benefici legati all'innovazione, quelli che interessano maggiormente l'ambito socio-sanitario, sono i seguenti:

- possibilità di far fronte alla carenza di personale socio-sanitario grazie a soluzioni tecnologiche;
- velocizzazione dei processi e capillarizzazione dell'accessibilità ai servizi grazie all'impiego di tecnologie;
- possibilità di monitoraggio di situazioni a rischio, anche in assenza del personale socio-sanitario;
- standardizzazione della qualità dei servizi erogati su tutto il territorio.

Nonostante queste innovazioni presentino notevoli vantaggi, non mancano difficoltà che potrebbero rivelarsi ostacoli difficili da sormontare nell'implementazione delle tecnologie in ambito socio-sanitario. Tra le possibili barriere più rilevanti si evidenziano:

- assenza di una cultura pronta ad accettare l'integrazione massiccia di tecnologie nella pratica quotidiana; anche se questo ostacolo potrebbe essere mitigato grazie alle nuove generazioni, maggiormente "technological friendly" e pronte ad imparare e accettare in maniera rapida l'integrazione di ausili tecnologici nella pratica lavorativa;
- scetticismo e paura da parte del personale di essere sostituito nel tempo da queste innovazioni;
- paura del rischio d'isolamento dell'anziano dovuto a una diminuzione della componente relazionale nella presa in carico;
- paura del rischio di spersonalizzazione del percorso di cura;
- possibile non accettazione dell'innovazione da parte degli anziani.

I timori del personale legati al processo di **digitalizzazione** sono prevalentemente le usuali resistenze che accompagnano l'uomo nella fase di accettazione dei normali processi di cambiamento, durante i quali si ritiene che il nuovo approccio sarà meno efficiente di quello abitualmente utilizzato. Questa barriera cade nel momento in cui si dimostra la maggior efficacia del nuovo sistema.

Per quanto concerne la **robotizzazione** il problema è invece diverso. Gli studi dimostrano infatti come il personale curante abbia il timore che i robot possano sostituirli nella cura dei pazienti. In realtà, l'obiettivo di una maggiore integrazione dei robot nelle cure è quello di creare una collaborazione vincente uomo/macchina a favore di un intervento più efficace, che tenga maggiormente in considerazione i bisogni specifici della persona (personalizzazione delle cure) e che permetta all'operatore di dedicare maggior tempo alla relazione diretta con il paziente. Affinché queste innovazioni possano essere efficacemente introdotte è quindi necessario ascoltare i bisogni del personale curante.

Diverse attività di digitalizzazione; meno esempi concreti per la robotizzazione

Nonostante in Ticino il processo di integrazione delle tecnologie nel campo socio-sanitario sia ancora poco studiato e diffuso sul territorio, non mancano le esperienze positive che stanno andando in questa direzione.

Un esempio di successo del processo di digitalizzazione è la cartella sanitaria elettronica; tutte le strutture ambulatoriali e stazionarie del settore socio-sanitario in Ticino, stanno infatti ultimando il passaggio dalla cartella in formato cartaceo a quella di tipo digitale. Dopo una certa diffidenza iniziale, il personale curante ha indicato che la standardizzazione dell'immissione dei dati, la possibilità di accedervi da luoghi diversi e di poter condividere, in tempo reale, le informazioni sul paziente con i colleghi hanno rappresentato un grosso vantaggio in termini di accessibilità e rapidità di trasmissione dell'informazione. Il passaggio dal cartaceo al digitale ha inoltre avuto un notevole impatto per ciò che concerne la continuità delle cure.

L'integrazione della robotizzazione nel sistema socio-sanitario ticinese è invece ancora in fase embrionale. Le diverse barriere elencate in precedenza e, soprattutto, una cultura non ancora pronta ad interfacciarsi in maniera preponderante con i robot, hanno al momento limitato la diffusione di questi macchinari nel processo di presa in carico dei pazienti.

Un'esperienza di questo tipo alle nostre latitudini è rappresentata dalla farmacia robotizzata e centralizzata presso Casa Serena che si occupa di preparare i medicinali per tutte le case per anziani degli Istituti sociali di Lugano, per Scudo e per Casa Primavera. Grazie a questo macchinario, il personale della struttura ha la possibilità di preparare la terapia delle persone residenti per l'intera settimana. L'uso di questa tecnologia ha permesso alla casa di razionalizzare gli acquisti dei farmaci in funzione dei bisogni dei pazienti e al personale di cura di ricavare del tempo per dedicarsi ad altre attività legate alla presa in carico delle persone anziane.

Quale futuro per il Ticino?

Il nostro Cantone, per la sua natura demografica e non solo, sarà chiamato nei prossimi anni a valutare attentamente un potenziamento dell'utilizzo di tecnologie nel sistema di presa in carico socio-sanitario. Al fine di permettere questo consolidamento, sarà necessario studiare approfonditamente esempi di integrazione nazionali ed internazionali e sperimentare sul territorio le diverse soluzioni. Oltre a fare questi approfondimenti, si propone la creazione di "un piano d'azione per la digitalizzazione", sul modello di quello attuato in ambito scolastico.

Sarà inoltre importante fare in modo che, tanto gli anziani, quanto gli operatori socio-sanitari, siano preparati adeguatamente in modo da poter comprendere i potenziali benefici legati ad una maggiore integrazione delle tecnologie nel processo di presa in carico e gli effetti che gli stessi possono avere sulla qualità di vita delle persone e quindi accogliere positivamente le novità.

Un'ulteriore importante sfida sarà quella di creare uno spirito di collaborazione tra servizi e strutture, al fine di promuovere la condivisione con il territorio delle singole esperienze positive, in modo da estenderle a tutta la rete di cure.

4.1.6 La gerontopsichiatria nel settore delle cure di lunga durata

L'invecchiamento della popolazione richiede che, trasversalmente ai settori ambulatoriali e stazionari, la Pianificazione integrata LAnz –LACD definisca un modello di presa in carico dei disturbi e delle malattie psichiatriche specifiche dell'età avanzata e il sostegno al personale curante e assistenziale che opera nel settore delle cure di lunga durata.

Questo modello vuole essere coerente con la strategia nazionale "Promozione della salute mentale" teso a preservare o ripristinare la salute mentale delle persone, nello specifico quelle in età avanzata ma non solo, migliorando il coordinamento dell'offerta, lo sviluppo della qualità e la formazione specialistica degli

operatori sanitari e socio-sanitari nell'ambito della psichiatria³⁷. Lo scopo è quindi d'integrare la salute mentale nei programmi esistenti³⁸.

La malattia mentale negli anziani può essere comune ed è spesso correlata ad altre patologie somatiche, problemi sociali, privazioni o eventi traumatici della vita³⁹. Alcuni disturbi sono tipici dell'età avanzata quali il delirium, la demenza, la depressione e altri disturbi dell'umore, ansia, così come problemi bio-psico-sociali⁴⁰. Inoltre il rischio suicidale per i pazienti anziani affetti da disturbi psichiatrici è più alto rispetto al resto della popolazione.

Il modello di presa in carico è teso alla prevenzione, depistaggio, diagnosi e trattamento psichiatrico, psicoterapeutico e socioterapeutico delle persone anziane affette da disturbi psichici e si avvale della collaborazione di altre specialità mediche, perché i casi possono essere molto complessi. È opportuno che il coordinamento di queste attività coinvolga anche gli enti che promuovono il benessere e la salute psichica delle persone anziane sostenendo la qualità della vita e la de-stigmatizzazione della malattia mentale.

In quest'ambito sforzi devono essere compiuti per promuovere la formazione in "gerontopsichiatria" degli psichiatri. È questo un perfezionamento professionale teso a fornire a quest'operatore sanitario metodi diagnostici e terapeutici specifici per la persona anziana per il depistaggio, diagnosi e trattamenti farmacologici e psicoterapeutici delle malattie psichiatriche specifiche dell'età avanzata⁴¹ fornendo anche gli elementi necessari alla consulenza specialistica ad altri operatori sanitari.

Non stupisce quindi che, nell'ambito di una pianificazione trasversale della prevenzione e cura della malattia mentale, lo sguardo si diriga al Servizio di psichiatria geriatrica territoriale (SPG) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC). Infatti, quest'ultimo ha già in essere nel proprio scopo l'accompagnamento della persona con più di 65 anni con disturbo psichiatrico in un percorso terapeutico individualizzato, atto a migliorare la sua qualità di vita⁴². Per far ciò SPG offre già consulenze psicogeriatriche nelle case per anziani; consulenze ambulatoriali e presa in carico presso i Servizi psico-sociali (SPS) dell'OSC e propone anche visite domiciliari; consulenze specialistiche ai medici di famiglia e ai medici geriatri che hanno in cura persone anziane che richiedono assistenza psichiatrica. Il servizio eroga anche prestazioni di supervisione e formazione al personale sanitario coinvolto nella presa in carico di utenza psicogeriatrica.

Per affrontare i bisogni emergenti derivanti dall'invecchiamento della nostra popolazione sono quindi necessarie misure di sostegno differenziate e disponibili nei diversi *setting* di assistenza e cura dell'anziano affetto da patologia psichiatrica acuta o cronica.

Per la fase acuta la Clinica psichiatrica cantonale dispone già di 17 posti letto. Per l'attività presso le Case per anziani si rende necessario sviluppare una rete di reparti di presa in carico specialistica che, nel decennio pianificato, possa arrivare a garantire almeno un reparto per comprensorio LACD.

In questa prospettiva, l'équipe terapeutica della SPG deve essere potenziata per garantire la consulenza di secondo livello in sede e la supervisione del personale curante. Con l'aumento dei reparti dedicati alla presa in carico di anziani affetti da disturbi psichici in Casa anziani e in generale, di residenti affetti da malattia psichiatrica - non gestibile più al domicilio a causa di altre patologie o disabilità concomitanti - sarà necessario aumentare le unità di personale dedicato⁴³.

³⁷ Mesures prévues pour la santé psychique en Suisse -Rapport en réponse au postulat de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des États (CSSS-CE) (13.3370) du 3 mai 2013- del 16.11.2016.

³⁸ Scheda informativa Misure per promuovere la salute mentale in Svizzera del 16.11.2016.

³⁹ Che cos'è la psichiatria geriatrica www.topdoctors.it/dizionario-medico/psichiatria-geriatrica.

⁴⁰ Geriatric Psychiatry – An Emerging Specialty. George T. Grossberg – 107:6 Missouri Medicine | November/December 2010.

⁴¹ Formazione approfondita in gerontopsichiatria e gerontopsicoterapia. FMH 22.06.2017.

⁴² Organizzazione sociopsichiatrica cantonale www4.ti.ch/dss/dsp/osc/chi-siamo/servizio-di-psichiatria-geriatrica-territoriale.

⁴³ A titolo di base di discussione: 1 UTP di medico specialista in gerontopsichiatria; 0,5 UTP di psicologo con specializzazione in neuropsichiatria; 2 UTP d'infermiere con DAS in salute mentale e psichiatria e gerontologia e geriatria.

4.2 Elementi specifici del settore Strutture per anziani

Il presente paragrafo approfondisce due tematiche riguardanti aspetti finanziari delle CPA: la modalità di calcolo della retta e i parametri d'investimento.

4.2.1 Il calcolo della retta degli utenti di una casa per anziani ⁴⁴

Qui di seguito sarà trattato il tema del calcolo della retta a carico degli utenti di una casa per anziani in Canton Ticino. Lo scopo è di fornire una panoramica sui meccanismi di finanziamento del settore, una fotografia della capacità contributiva della popolazione in casa per anziani e un accenno a criticità e opzioni di miglioramento del sistema.

Contributo a carico dell'utente che soggiorna in una casa per anziani del Canton Ticino

Le case per anziani nel Cantone sono soggette a due regimi di finanziamento, che determinano anche due diversi regimi di calcolo delle rette:

- 1 le case per anziani finanziate per i soli costi residui di cura, dove la base di calcolo delle rette sono i costi effettivi alberghieri della struttura, mentre per i costi di cura l'ospite paga una partecipazione entro un limite massimo giornaliero stabilito a livello federale;
- 2 le case per anziani finanziate per l'intera gestione, dove le rette vengono determinate sulla base della capacità di contribuzione dell'utente, regolamentata a livello cantonale entro il massimale rappresentato dai costi effettivi alberghieri della struttura, maggiorati dalla partecipazione ai costi di cura stabiliti a livello federale.

Il presente paragrafo si focalizza sulla seconda tipologia di strutture, che costituiscono la maggioranza (62 strutture su 72 con 4'142 posti letto su 4'576 totali). In queste strutture il calcolo della retta è regolamentato dall'art. 11 della LAnz: *“Ogni struttura socio-sanitaria riconosciuta è tenuta a prelevare contributi commisurati alle condizioni di reddito e di sostanza così come al bisogno di cure della persona anziana; tali contributi devono rispettare il limite dell'importo massimo fissato all'art. 25a cpv. 5 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).”*

Questa norma è declinata nelle Direttive concernenti l'applicazione e il computo delle rette differenziate nelle case per anziani riconosciute in base alla legge anziani, che prevede essenzialmente quanto segue:

- sono computati tutti i redditi della notifica fiscale di riferimento, compreso 1/10 della sostanza di proprietà del residente, al netto di una quota esente di CHF 25'000 o 40'000 (per i coniugi). Sullo stesso principio (1/10) vengono imputate le donazioni di sostanza, tenendo conto di uno sgravio pari a CHF 10'000 all'anno. In generale, tutti i valori sono considerati secondo quanto accertato in ambito fiscale.
- dal reddito lordo stabilito secondo gli elementi sopra descritti, sono dedotte le spese effettive (tutte le imposte pagate, premi assicurazione malattia, alimenti, interessi passivi, ecc.). È previsto anche uno “spillatico”, pari al 15% del reddito lordo calcolato, per le piccole spese mensili. Nel caso la persona anziana sia coniugata con una persona ancora residente a domicilio, per la casa primaria è prevista un'ulteriore deduzione fino a CHF 300'000. L'importo finale di reddito netto è diviso per 365 per determinare l'importo di retta giornaliero (per i coniugi è ulteriormente diviso per 2).

In aggiunta, se la persona è beneficiaria di Assegno Grandi Invalidi (AGI), il relativo importo le viene fatturato da parte della casa per anziani. Il calcolo della retta è aggiornato di anno in anno, sulla base della nuova situazione fiscale dell'utente.

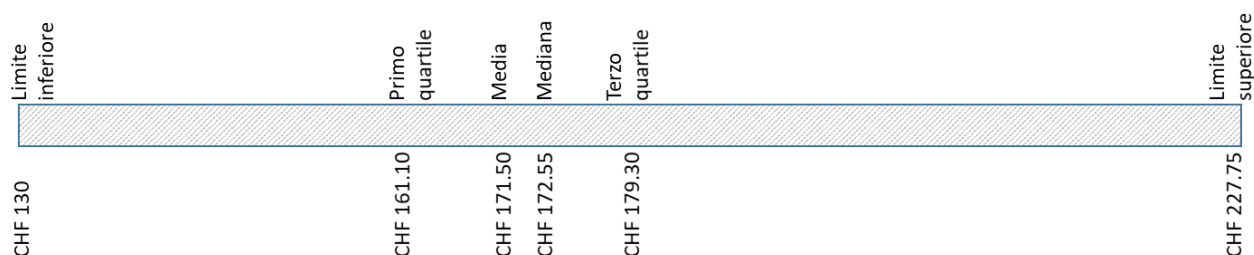
La competenza delle decisioni per il primo calcolo della retta è dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) e, per gli anni successivi (revisioni della retta), della casa per anziani.

⁴⁴ Questa tematica è sviluppata interamente in questo paragrafo, senza allegato.

La retta massima giornaliera che l'istituto può fatturare equivale al totale del costo alberghiero (ossia non di cura), più la partecipazione prevista secondo la LAMal (fino al 2019 CHF 21.60 e dal 2020 CHF 23.00). Essa è determinata sulla base dei costi analitici della struttura, riferiti all'ultimo consuntivo disponibile al momento del calcolo, verificati da parte dell'UACD.

Le rette massime (costo complessivo giornaliero con partecipazione alle cure di CHF 23.00 secondo LAMal) degli istituti per il 2020 ammontano a:

Grafico 4.2.1.1: Rappresentazione grafica delle rette massime nelle CPA finanziate per l'intera gestione



Fonte: dati UACD

Si può osservare un divario piuttosto ampio tra la retta massima più bassa e quella più alta (differenza di CHF 97.75 al giorno). Si nota però che almeno la metà degli istituti ha una retta massima molto simile (differenza di soli CHF 18.20 tra il primo e il terzo quartile).

Finanziamento dei costi globali del settore delle case anziani finanziate per l'intera gestione

Nella contabilità di tutto il sistema, la retta a carico dell'utente è una delle principali fonti di finanziamento per la copertura dei costi. Secondo l'ultimo consuntivo disponibile (2018), il costo globale delle case per anziani finanziate per l'intera gestione ammonta a CHF 410 mio ed è coperto per CHF 135 mio dalle rette dei residenti, con l'aggiunta di CHF 20 mio per l'AGI, per CHF 104 mio dagli assicuratori malattia e per CHF 7 mio dall'autofinanziamento. Il contributo netto secondo la LAnz è di CHF 132 mio, ripartito tra Cantone (20%) e Comuni (80%).

Sono due le particolarità di cui tenere conto nella valutazione di questo regime di finanziamento:

- il calcolo del contributo secondo la LAnz si basa su costi "obiettivo" o standard, ciò comporta che gli enti possano creare delle riserve (utili netti cumulati) o dei deficit (perdite nette cumulate);
- i costi "obiettivo" o standard di cui sopra sono dei costi lordi, per cui il contributo secondo la LAnz è calcolato come contributo lordo, dal quale viene dedotto quanto incassato da parte dei residenti e dagli assicuratori malattia. In altri termini, questi due flussi di ricavi sono esogeni alla gestione: per l'istituto è indifferente se le persone accolte hanno una determinata capacità finanziaria o, per rapporto ai contributi dagli assicuratori malattia, un determinato grado di fabbisogno di cura.

Caratteristiche degli utenti dal profilo della capacità contributiva

La distribuzione delle rette giornaliere fatturate ai residenti nelle case per anziani (5'019 soggiorni a tempo indeterminato) nel 2018 è la seguente:

Tabella 4.2.1.1: Retta fatturata ai residenti nelle CPA finanziate per l'intera gestione (compresa quota LAMal)

Percentili	Popolazione globale	Popolazione senza beneficiari PC
10%	84.00	84.00
20%	84.00	84.00
30%	84.00	84.00
40%	84.00	84.00
50%	84.00	84.30
60%	84.00	98.55
70%	89.20	107.80
80%	107.80	133.05
90%	143.80	150.85
100%	212.35	212.35
Media	96.60	103.60
Quartile 1	84.00	84.00
Mediana	84.00	84.30
Quartile 3	100.75	116.80

Fonte: dati UACD

La tabella mostra i dati sulla capacità contributiva unicamente della popolazione soggetta al calcolo della retta, ossia residente nelle case finanziate per l'intera gestione. Occorre inoltre considerare che il 35% circa degli utenti è beneficiario di PC e ha diritto alla retta minima d'ufficio e che il 52% degli utenti è beneficiario di Assegno grande invalidi (grado medio o elevato).

Criticità inerenti al tema delle rette case per anziani finanziate per l'intera gestione

Sebbene il principio cardine fissato nella LANz, secondo cui l'utente paga una retta in base alla propria capacità finanziaria, permette l'accesso a chiunque in una casa per anziani, l'applicazione di tale principio, ormai collaudato da decenni, presenta alcune criticità che vanno messe in rilievo.

Il computo della sostanza e di eventuali donazioni in termini di reddito può causare la difficoltà a monetizzare la capacità contributiva calcolata e imputata. Secondo giurisprudenza, la realizzazione (ipoteca o vendita) della sostanza immobiliare per pagare la retta è legittima, tuttavia possono nascere problematiche d'incasso, in seguito alle quali la casa per anziani può essere costretta ad adire a vie esecutive o l'utente può dover far capo all'aiuto sociale.

Il sistema di contribuzione secondo la capacità finanziaria dell'utente comporta che non vi sia relazione tra l'importo pagato e il servizio usufruito. Secondo quanto mostrato in precedenza, la differenza tra la retta giornaliera minima (CHF 84.00) e una retta massima qualsiasi è importante (la media delle rette massime è praticamente il doppio della retta minima).

Per quanto riguarda il carico amministrativo richiesto, il sistema ha un impatto importante su più livelli:

- per il residente, al quale è richiesta tutta una serie d'informazioni e di documenti;
- per la casa per anziani, competente per la raccolta della documentazione e per le revisioni dei calcoli;
- per l'UACD, competente per il primo calcolo della retta, la vigilanza sulla corretta applicazione della normativa e il reclamo di prima istanza.

Il calcolo della retta in prospettiva futura

Nel paragrafo sono stati esposti gli elementi principali del calcolo della retta degli utenti di una casa per anziani, con un accenno anche alle principali criticità riscontrate negli ultimi anni. All'interno del processo della *Pianificazione 2021-2030* si è iniziato a riflettere su quali cambiamenti adottare per migliorare il sistema.

Ulteriori approfondimenti su questo tema saranno sviluppati nella fase esecutiva della presente Pianificazione.

4.2.2 Parametri di investimento per le case per anziani

Parametri di investimento per la realizzazione e il mantenimento strutturale delle case per anziani

Una tematica di rilievo inerente alla pianificazione dell'accoglienza in casa per anziani è quella degli investimenti strutturali, sia per la sua valenza finanziaria, sia perché costituisce il tassello di base per il mantenimento e, laddove necessario, il potenziamento dell'offerta di posti letto.

Gli aspetti finanziari e i criteri costruttivi rientrano nel campo d'applicazione della LAnz, in particolare nella direttiva *“Criteri costruttivi minimi per una casa per anziani medicalizzata e procedura per la richiesta di sussidi”*, del maggio 2013, e nella pianificazione settoriale periodica (l'ultima, quella relativa al decennio 2010-2020). In quest'ultima erano stati definiti i parametri finanziari tuttora vigenti per il riconoscimento degli investimenti:

- ristrutturazioni: CHF 150'000 a posto letto;
- ampliamenti: CHF 250'000 a posto letto;
- nuove realizzazioni: CHF 300'000 a posto letto.

Questi parametri definiscono il costo d'investimento riconosciuto ai fini del finanziamento dell'opera da parte dell'ente pubblico, che si suddivide in un contributo unico a fondo perso del Cantone e nel riconoscimento finanziario nella gestione dell'istituto degli oneri relativi al mutuo ipotecario residuo.

Necessità di revisione dei parametri sulla base delle indicazioni che emergono dagli ultimi investimenti

Il presente paragrafo si prefigge di rivalutare i parametri di riferimento per il finanziamento delle strutture per anziani e dare alcune indicazioni su alcuni elementi di miglioramento del sistema.

Una rivalutazione è necessaria in considerazione dei dati e delle indicazioni che emergono dagli investimenti realizzati negli ultimi dieci anni. In effetti, risulta che i parametri d'investimento attualmente in vigore non siano sufficienti per finanziare completamente gli investimenti, soprattutto per quanto concerne le nuove realizzazioni.

Con lo scopo di oggettivare la situazione, si sono dapprima raccolti ed elaborati i dati degli investimenti delle case per anziani ticinesi e, successivamente, la DASF ha attribuito un mandato alla ditta Wüest Partner SA di Lugano per un approfondimento e un benchmark con il resto della Svizzera (vedasi allegato 7).

Considerazioni sull'analisi operata da Wüest Partner SA

L'azienda Wüest Partner SA di Lugano si occupa di servizi nel settore immobiliare, segnatamente in consulenze, valutazioni di dati, applicazioni, pubblicazioni e formazioni. La sua presenza in tutta la Svizzera ha permesso di ottenere un'analisi competente sia con focus retrospettivo sia rispetto a un campione di dati svizzeri.

I dati disponibili a livello ticinese riguardano 10 investimenti (6 nuove realizzazioni e 4 ampliamenti) con inizio dei lavori dal 2009 al 2019. Oltre all'analisi retrospettiva, i dati sono stati confrontati con la banca dati Wüest Partner, corrispondente a 41 progetti di case per anziani, posizionate in 13 Cantoni.

Come indicato nello studio, il campione a disposizione può essere considerato quale esempio per un confronto, ma non per effettuare una vera e propria inferenza sulla popolazione di case per anziani svizzera. Esso è costituito da istituti con forma giuridica unicamente privata e ha una mediana di numero di posti letto per struttura inferiore rispetto a quanto rilevato nell'ambito della Statistica degli istituti medico-sociali (SOMED) dell'Ufficio federale di statistica, che rappresenta l'insieme delle case per anziani svizzere.

Le abbreviazioni utilizzate nel presente capitolo sono quelle utilizzate anche nello studio Wüest Partner, nella fattispecie:

- PL – Posto letto
- SUL – Superficie utile lorda
- CCC – Codice dei costi di costruzione

Sulla base di quanto esposto in precedenza, si procede a:

- fissare dei parametri coerenti con il mercato ticinese che permettano il finanziamento delle opere necessarie a soddisfare i bisogni della popolazione;
- adottare un approccio di standardizzazione, laddove possibile, sulla base di dati empirici;
- definire e fornire un perimetro comprensibile ai committenti entro cui lavorare, tenuto conto della complessità intrinseca presente nella realizzazione delle opere.

Nuovo parametro per la realizzazione di nuove strutture

Secondo quanto indicato nello studio Wüest Partner, i progetti ticinesi analizzati sono caratterizzati da superfici medie per posto letto superiori rispetto alle strutture svizzere considerate nel loro campione. Le ipotesi giustificative rispetto a queste caratteristiche possono risiedere in differenze a livello di contenuti (ad esempio per il dimensionamento degli spazi comuni, degli spazi accessori non compresi nel “programma di base”) o a un differente grado di efficienza progettuale.

Considerata però la bassa rappresentatività del campione svizzero esaminato, risulta ragionevole fissare un parametro che si basi sulla superficie per posto letto che tenga conto del valore mediano rilevato nel Canton Ticino nell’analisi retrospettiva. **In questo senso, i progetti di nuove costruzioni si dovrebbero situare tra 68 e 76 m2 SUL per posto letto (mediana $\pm 5\%$).**

Con lo scopo di trovare un equilibrio tra la standardizzazione dei dati, al fine di fissare un parametro unico e una sufficiente considerazione dell’eterogeneità della realtà riscontrata, la traduzione finanziaria del parametro SUL/PL si può riferire alla sola posizione CCC 2 (costi di costruzione legati direttamente all’edificio), che, rispetto ai costi complessivi (comprensivi di costi preparatori e opere esterne) sono maggiormente standardizzati. **Risulta quindi un valore mediano di circa CHF 3'400/m2 SUL per CCC 2.**

Se si considera infine che, dai dati rilevati in Canton Ticino, mediamente i costi non relativi all’edificio equivalgono al 33% dei costi totali, ne deriva un parametro finale di CHF 4'500 al m2 SUL, equivalente a CHF 326'000/PL (riferito alla mediana vista in precedente pari a 72 m2 SUL), **approssimabile a CHF 330'000 per nuovo posto letto realizzato**; lo standard di riferimento è la camera singola.

Nuovi parametri per ampliamenti e ristrutturazioni

Se per le nuove realizzazioni sono disponibili dati sufficienti per definire un nuovo parametro plausibile, la definizione dei parametri per gli ampliamenti e le ristrutturazioni risulta più incerta.

Dei progetti riguardanti ampliamenti e ristrutturazioni, 3 su 4 operano su entrambi i programmi. Questa modalità operativa, che ha evidenti economie di processo poiché permette di operare con un unico cantiere, dal punto di vista della parametrizzazione è più complessa da gestire, in considerazione della variabilità dei progetti, della tipologia di strutture esistenti, del numero di posti letto che vengono creati e dalla conseguente difficoltà di suddivisione dei costi analizzati.

Ritenuta la necessità di fissare comunque dei nuovi parametri, si procede adottando la percentuale di aumento ottenuta per le nuove realizzazioni (10% rispetto ai parametri attuali). **I nuovi parametri per, rispettivamente le opere di ristrutturazione e quelle di ampliamento, diventano quindi CHF 170'000 e CHF 280'000 per posto letto.**

Per gli importi di riferimento relativi alle singole componenti dei costi di costruzione (CCC secondo la Norma Svizzera SN 506 500, edizione 1997) si rinvia all'allegato 7.

Indirizzi di sviluppo futuri

Allo stato attuale, la procedura di finanziamento degli investimenti prevede sinteticamente un coordinamento operato dall'UACD, con le seguenti fasi e livelli di controllo:

- verifica della plausibilità dei costi d'investimento a preventivo, in corso d'opera e a consuntivo, operata da parte dell'Ufficio di consulenza tecnica e dei lavori sussidiati;
- verifica dell'applicazione della direttiva "Criteri costruttivi minimi in una CPA" da parte dell'Ufficio di sanità e Ufficio del medico cantonale;
- verifica del rispetto della LCPubb da parte dell'UACD, generalmente per il tramite di un consulente indipendente, e vigilanza da parte dell'Ufficio di vigilanza delle commesse pubbliche.

Se dal punto di vista della vigilanza sul rispetto del quadro legale e del coordinamento vi è un presidio ben strutturato, all'interno dell'UACD non è presente una risorsa con le conoscenze tecniche adeguate per giudicare in modo puntuale e, conseguentemente, migliorare, dal punto di vista della qualità di vita del residente, gli aspetti strutturali e qualitativi dei progetti.

La presenza di una risorsa competente gioverebbe in particolare per due aspetti:

- le case per anziani sono un settore d'investimento di nicchia e in generale molto complesso. Implementare un centro di competenza dedicato a livello di coordinamento, permetterebbe di creare il know-how utile a migliorare il valore dei progetti, in corrispondenza con le esigenze di presa in carico e con i bisogni degli utenti;
- il processo di realizzazione di un'opera è costellato da molti passaggi procedurali e decisionali nei quali la presenza competente dell'ente finanziatore è strategicamente necessaria per mantenere il medesimo indirizzo qualitativo tra progetto e realizzazione.

L'orientamento che si intende adottare è quindi di studiare l'introduzione di una funzione con competenze specifiche all'interno dell'UACD o all'interno della DASF, dedicata ad accompagnare il processo di realizzazione delle opere (case per anziani, istituti per invalidi, centri educativi per minorenni), processo che resterebbe comunque di competenza dei committenti, tenuto conto della proprietà delle strutture.

4.3 Elementi specifici del settore Assistenza e cura a domicilio

In questo paragrafo si presentano tre tematiche riferite al settore dell'Assistenza e cura a domicilio, in particolare, la consulenza materno-pediatria, le prestazioni svolte dai collaboratori e dalle collaboratrici familiari e le tariffe dell'economia domestica.

4.3.1 Consulenza materno-pediatria (ICMP)

Prestazione di promozione della salute e del benessere dei bambini in età prescolastica

La prestazione di consulenza materno-pediatria è prevista all'art. 3 cpv. c) LACD ed è finalizzata a promuovere la salute e il benessere del bambino e della famiglia, al sostegno di eventuali situazioni critiche che coinvolgono l'infanzia in età prescolastica (0-4 anni) e a assicurare i genitori nella loro funzione educativa rispetto alla crescita e allo sviluppo del bambino, accompagnandoli verso un percorso evolutivo delle competenze genitoriali e, se necessario, indirizzandoli verso i servizi socio-sanitari presenti sul territorio.

Questi obiettivi sono perseguiti in particolare attraverso le seguenti attività:

- consulenza socio-sanitaria (sviluppo fisico, cognitivo, affettivo e sociale);

- animazione di gruppi di genitori con l'obiettivo di attivare un processo di crescita delle competenze parentali, volto a promuovere un contesto familiare favorevole allo sviluppo dei bambini e a rafforzare e valorizzare le risorse individuali, garantendo un intervento educativo con le famiglie;
- collaborazioni con la rete socio-sanitaria, soprattutto con i pediatri, che segnalano le famiglie fragili che necessitano attenzione e accompagnamento particolari;
- informazione sui servizi del territorio per favorire l'accesso ai bambini e alle loro famiglie;
- promozione della salute presso gruppi a rischio (per esempio: mamme (ex)tossicodipendenti, donne immigrate, situazioni di emarginazione sociale, ecc.) attraverso percorsi individuali e mirati.

Sviluppo della prestazione dall'entrata in vigore della LACD

Il tema della consulenza materno-pediatrica, dal momento della sua integrazione nei SACDip (risalente all'entrata in vigore della LACD nel 2000), è sempre stato argomento di valutazioni e discussioni, nonostante rappresenti una quota molto esigua del volume d'attività dei SACDip e diverga dall'attività principale di cure e assistenza, sia sul piano della tipologia di prestazione (consulenza volta alla prevenzione) sia per la tipologia di utenza (famiglie con bambini in età prescolastica).

Nel 2005 il Consiglio di Stato aveva dato mandato alla SUPSI di analizzare le prestazioni delle infermiere consulenti materno pediatriche (ICMP) operative nei SACDip. Il Rapporto, consegnato nel 2007 e integrato nella pianificazione 2011-2014, evidenziava, tra le altre cose, il bisogno di coordinare questa prestazione senza modificare l'assetto istituzionale dei consultori (collocamento organizzativo nei SACDip e gratuità della prestazione ai sensi della LACD).

Negli anni successivi, il DSS ha messo in atto diversi tentativi per realizzare l'obiettivo del coordinamento, attivando gruppi di lavoro che hanno avanzato proposte concrete, non realizzate per le criticità sollevate dagli attori interessati.

Mandato esterno per l'analisi delle basi di coordinamento, implementazione di principi comuni e individuazione di possibili sviluppi

L'ultimo gruppo di lavoro ha allestito un rapporto all'indirizzo del Consiglio di Stato che l'ha approvato con Risoluzione governativa del 19.12.2018. Parallelamente è stato dato mandato alla DASF di "proporre delle soluzioni operative ed organizzative per il coordinamento cantonale dei consultori, d'intesa con gli operatori del settore".

A luglio 2019 la DASF ha quindi affidato un mandato alla direttrice sanitaria di ALVAD, con i seguenti obiettivi:

- creare le basi per un coordinamento tra i Consultori genitori e bambino;
- favorire l'implementazione di principi comuni nella presa in carico dell'utenza, garantendo la qualità delle prestazioni, basata sui principi di efficacia e di efficienza;
- individuare scenari di possibili sviluppi futuri.

Tematiche affrontate nel mandato

Sono stati consegnati due rapporti intermedi e un rapporto finale a settembre 2020 (vedasi allegato 8).

Il suo mandato ha seguito le seguenti fasi:

- colloqui con le direzioni amministrative e le ICMP;
- raccolta di dati e informazioni relative alle attività, attraverso colloqui, osservazioni e analisi;
- lettura e analisi della documentazione;
- colloqui con attori della rete;
- proposte di attività e collaborazioni coordinate;
- redazione dei rapporti.

Le tematiche affrontate riguardano:

- le attività proposte che sono state descritte nel rapporto intermedio al fine di identificare gli elementi comuni;
- il Progetto genitori⁴⁵, per il quale sono state organizzate 4 mezze giornata di formazione;
- la cartella BUSH, banca dati che consente la raccolta dei dati degli utenti, per la quale si è lavorato sulla corretta compilazione e sull'allestimento delle statistiche;
- il progetto Alimentazione nei nidi d'infanzia.

Proposte di miglioramento sia a breve sia a medio termine

A breve termine si avanzano le seguenti proposte:

- effettuare supervisioni regolari da parte delle collaboratrici del Progetto Genitori,
- nominare una persona di riferimento esterna alle ICMP per coordinare delle riunioni bimestrali con l'obiettivo di far condividere alle ICMP i criteri per la compilazione delle cartelle,
- nominare una ICMP per ogni servizio che valuti la pertinenza e correttezza dei dati delle cartelle, in collaborazione con il referente informatico della banca dati,
- nominare una ICMP di contatto con l'Associazione mantello nazionale,
- svolgere la formazione sul progetto cantonale "alimentazione nei nidi d'infanzia", in collaborazione con l'Ufficio del medico cantonale.

A medio termine propone invece una riflessione innovativa finalizzata a un riassetto organizzativo del settore.

In questa prospettiva, analizzati i risultati del mandato, si possono ipotizzare degli scenari che si distanziano gradualmente dall'attuale contesto organizzativo:

1. Soluzione organizzativa diversa dall'attuale, ma che rimane all'interno dei SADCip:
 - a. Associazione ad hoc collegata ad un solo SADCip, sulla base di una delega da parte degli altri cinque SADCip;
 - b. Associazione ad hoc formata da tutti i SADCip.
2. Integrazione della prestazione di consulenza materno-pediatrica in un'associazione esterna ai SADCip che fornisce sia prestazioni di cura che prestazioni di prevenzione, approfittando dell'ipotesi di fusione fra i due servizi Spitex pediatrici (GIIPSI e Spiped).
3. Nuova organizzazione riconosciuta ai sensi della Legge per le famiglie.

Le proposte saranno poste in consultazione agli stakeholder, coinvolgendo in particolare i sei SADCip.

4.3.2 Sviluppo della prestazione della collaboratrice e del collaboratore familiare

Comparsa delle collaboratrici familiari sul territorio ticinese e prima sperimentazione

La figura della collaboratrice familiare, comunemente anche definita badante, ha iniziato ad essere presente nelle case della popolazione anziana del Cantone una decina d'anni fa per rispondere al desiderio di restare più a lungo a domicilio, anche a fronte di situazioni di complessità e fragilità sempre maggiori e, parallelamente, a una minore presenza dell'aiuto informale (familiari in particolare). Le prestazioni delle collaboratrici familiari s'inseriscono infatti nel mantenimento a domicilio a complemento dei servizi professionali, sostenendo oppure sostituendo la rete informale attraverso attività d'assistenza e sorveglianza, di economia domestica, di sostegno e compagnia alla persona anziana.

⁴⁵ Il Progetto genitori è un approccio socio-educativo che ha l'obiettivo di trasmettere ai genitori un bagaglio di conoscenze relativo allo sviluppo del bambino per meglio capirlo e meglio accompagnarlo nella sua crescita, riflettere collettivamente sulle pratiche educative per rispondere ai bisogni dei bambini e degli adulti, valorizzare e rafforzare le competenze educative delle famiglie, promuovendo il concetto di *empowerment*. La metodologia prevede di individuare i luoghi di scambio adeguati alla metodologia, che indica l'andare verso i genitori e il lavorare con le famiglie, creando le *Permanenze Educative Mobili* (nei pre-asili, nelle sale d'aspetto dei pediatri, ecc.) e gli *ateliers serali di motivazione* (incontri che ruotano intorno ad un tema fisso, concepiti in modo da avvicinare il più possibile i genitori a tematiche riguardanti l'educazione e la salute dei propri figli, rispondendo alle domande dei genitori stessi).

In seguito a una mozione che chiedeva al Consiglio di Stato di “studiare le possibilità di integrare all’interno dei servizi aiuto domiciliari anche l’offerta di persone che possano svolgere la funzione di badante” e le attività intraprese da un apposito gruppo di lavoro creato dal DSS, nel 2010 è stata avviata una sperimentazione per individuare la modalità migliore per realizzare tale integrazione. Al termine della sperimentazione si è optato per il modello “mediazione tramite ente esterno”⁴⁶, che prevede la collaborazione fra il SACDip e un ente esterno, individuato nell’Associazione Opera Prima (con la quale i SACDip già collaboravano da tempo subappaltando ore di economia domestica), che si occupi del collocamento della collaboratrice familiare presso la famiglia dell’utente.

Criticità attuali e nuova proposta di integrazione della collaboratrice familiare

A distanza di una decina d’anni e in concomitanza alla pianificazione è opportuno chiedersi se le soluzioni adottate siano oggi adeguate ai bisogni dell’utenza. I principali elementi di debolezza dell’attuale sistema sono:

- la difficoltà della famiglia ad assumere il ruolo di datore di lavoro, che ha spinto alcune agenzie di collocamento e anche una società privata ad offrire servizi amministrativi a pagamento;
- la discriminante del reddito, che rende difficile ai redditi medi (che non hanno sufficienti mezzi finanziari e non hanno diritto agli aiuti sociali, quali il rimborso della prestazione complementare o gli aiuti diretti) l’accesso alle prestazioni delle collaboratrici familiari;
- la maggiore difficoltà, da parte degli operatori dei SACDip, a recepire il ruolo della collaboratrice familiare come complementare al proprio, ciò sarebbe invece facilitato se fossero parte dell’équipe;
- la differenza fra utenti dei SACDip e utenti di alcuni servizi privati, che offrono le prestazioni delle collaboratrici familiari sotto la forma del prestito di personale, anziché tramite collocamento, soprattutto nelle situazioni in cui il bisogno dell’utente è limitato ad alcune ore e si riferisce anche a prestazioni che possono parzialmente essere fatturate agli assicuratori malattia (laddove sia presente la competenza necessaria da parte della collaboratrice).

Negli ultimi anni si è infine sviluppata una formazione ad hoc che porta all’ottenimento di un diploma cantonale di collaboratrice familiare. Rimane tuttavia il problema del riconoscimento salariale, che può costituire un elemento di delusione per coloro che si sono impegnate nella formazione.

Per contrastare i problemi sopra menzionati, nel 2019 i SACDip hanno presentato un concetto coordinato che prevede tre diversi gradi di integrazione delle collaboratrici familiari nei SACDip:

- il collocamento della collaboratrice familiare che convive con l’utente (situazione attuale),
- la collaboratrice familiare (a prestito) condivisa fra più utenti, che eroga delle prestazioni per massimo 4 ore al giorno,
- la collaboratrice familiare integrata, che eroga anche prestazioni LAMal.

Nel primo caso la famiglia stipula il contratto di lavoro con la collaboratrice familiare, nel secondo il contratto di lavoro è tra la collaboratrice familiare e il SACDip, nel terzo c’è un doppio contratto, nel senso che la collaboratrice familiare è assunta sia dall’utente per le prestazioni non LAMal che dal SACDip per l’erogazione di prestazioni LAMal.

Riconoscimento della prestazione della collaboratrice familiare quale prestazione LACD

Per rispondere alle criticità menzionate sopra, è stato sviluppato uno scenario che prevede di completare la prestazione di economia domestica (ED) con le prestazioni di assistenza, accompagnamento e sorveglianza (AAS) erogate dalle collaboratrici familiari. Parallelamente, occorre distinguere le prestazioni in base al livello di complessità del caso e al relativo bisogno di assistenza, stabilito tramite una valutazione del SACDip, come già avviene oggi per l’ED, secondo lo schema seguente⁴⁷.

⁴⁶ L’altro modello sperimentato prevedeva il collocamento effettuato direttamente dal SACDip, abbandonato anche per le problematiche sollevate dall’autorità fiscale (incompatibilità con la Legge tributaria).

⁴⁷ Questa ipotesi necessita dei seguenti cambiamenti di base legale:

Tabella 4.3.2.1: Schema per l’inserimento della prestazione della collaboratrice familiare nel servizio dei SACDip

Situazione attuale	Situazione prospettata	
ED SACDip	ED SACDip	AAS SACDip
ED outsourcing	ED SAPP	AAS SAPP
ED delegata a enti che collaborano con i SACD (es. Opera Prima) (non LACD)	ED non LACD	AAS non LACD

Fonte: Allegato 9.1 DirDSS su badanti del 4.3.2020

Lo scenario ipotizzato prevede che i SACDip assumano delle collaboratrici familiari e le integrino nelle loro équipe per completare la presa in carico di casi complessi (AAS SACDip nella tabella 4.3.2.1). Dato che il livello professionale richiesto deve essere differenziato in base al grado di complessità della presa in carico, le operatrici di primo livello devono, per esempio, essere in possesso del diploma cantonale di collaboratrice familiare.

Inoltre si prevede di attribuire le prestazioni che oggi vengono erogate in outsourcing (ciò che ha creato un problema formale di rispetto della Legge federale sul prestito e collocamento di personale, tuttora irrisolto) a un ente d’appoggio, che si occupi delle prestazioni nei casi meno complessi, ma sia in grado di garantire una presa in carico coordinata e professionale, rientrando quindi in un contesto d’interesse pubblico (sussidiarietà, sgravio dei familiari curanti, ecc.). Ciò corrisponde all’AAS SAPP nello schema nella tabella 4.3.2.1.

Le prestazioni che non rientrano nel concetto LACD (prestazioni di “comfort” erogate in situazioni che non presentano bisogni di cura e assistenza, ecc.) possono comunque essere erogate dal servizio d’appoggio, in concorrenza con i servizi privati come già avviene in altri sotto-settori del comparto dei servizi d’appoggio (es. trasporti), a tariffe che coprano interamente i costi di produzione (AAS non LACD nella tabella 4.3.2.1).

L’ipotesi sopra accennata presenta i seguenti vantaggi:

- permette l’integrazione nelle équipe dei SACDip della figura della collaboratrice familiare, con i vantaggi elencati in precedenza, nelle situazioni di maggiore complessità e permette un miglior coordinamento e supporto professionale anche nelle situazioni di minore complessità affidate al SAPP;
- facilita la compatibilità con la legge tributaria, definendo in modo circoscritto e preciso il campo d’azione dei SACDip in quest’ambito.

Le criticità rilevate sono invece le seguenti:

- necessità di adeguamento della base legale (LACD);
- necessità di definire delle tariffe adeguate;
- necessità di definire dei criteri chiari d’accesso alla prestazione, in particolare per quanto riguarda le varianti ED/AAS SACDip/SAPP (primi due livelli della tabella 4.3.2.1).

Sperimentazione dei criteri di accesso alla prestazione

Questa ipotesi è attualmente in fase di sperimentazione da parte del SACD del Bellinzonese ABAD, che già offriva questa prestazione a titolo di prova in alcune realtà comunali e dell’ACD del Mendrisiotto e Basso Ceresio, che aveva sperimentato una decina di anni fa il collocamento badanti. I servizi sono affiancati da una ricercatrice per il coordinamento della sperimentazione.

-
- art. 3 LACD, cpv. 2 (prestazioni SACDip): aggiunta alle prestazioni di economia domestica previste al punto b) delle prestazioni erogate dalle collaboratrici famigliare (AAS) erogate in situazioni complesse (da definire);
 - art. 4 LACD (prestazioni SAPP): prevedere la possibilità, per i servizi d’appoggio, di erogare prestazioni a domicilio, inserendo il termine “di regola” nella limitazione attuale; introdurre un cpv. 2 prevedendo l’erogazione di prestazioni di economia domestica e di prestazioni AAS erogate in situazioni meno complesse (da definire);
 - all’art. 30 cpv. 3 LACD: abolire l’attuale tariffario in base al reddito per le prestazioni di economia domestica e di stabilire una tariffa unica per le due prestazioni (EC e AAS), coerentemente con quanto si sviluppa nello specifico capitolo 0.

L'obiettivo principale della sperimentazione è la definizione dei parametri entro i quali la prestazione della/del collaboratrice/tore familiare potrà essere riconosciuta ai sensi della LACD e quindi estesa a tutto il territorio cantonale (vedasi Scheda di progetto nell'allegato 9.2). A questo si aggiungono le definizioni:

- delle competenze minime, in funzione delle attività e delle situazioni dell'utente;
- dell'accompagnamento necessario (con definizione puntuale dei relativi dei processi);
- dell'integrazione della/del CF all'interno dell'équipe del servizio.

I due servizi coinvolti stanno definendo alcuni elementi operativi:

- mansionario e descrizione di funzione;
- catalogo delle prestazioni delegabili alla/al CF;
- materiali di presentazione della nuova prestazione e relativo contratto;
- criteri di inclusione per l'utenza, sulla base della valutazione di una selezione di variabili presenti nello strumento ©InterRAI, che consentono di essere aggregate nelle seguenti aree:
 - decadimento/difficoltà a livello cognitivo;
 - fragilità a livello psico-emotivo;
 - difficoltà motorie;
 - difficoltà alimentari;
 - isolamento sociale/solitudine;
 - difficoltà e risorse familiari.

Nelle situazioni in cui sono presenti familiari curanti, sarà inoltre somministrato il "Caregiver Burden Inventory", per valutarne il carico. Questo stesso strumento (variabili derivate da ©InterRAI e Caregiver Burden) costituirà anche la base su cui definire il progetto di presa in carico e valutarne nel tempo gli esiti.

Nel corso della sperimentazione sarà inoltre definita una soglia, correlata a fasce di ore per intensità di bisogni, che permetterà un'individuazione precoce delle situazioni che richiedono una presa in carico maggiore o la necessità di un accresciuto intervento multidisciplinare.

I direttori dei due servizi, dopo un primo contatto con l'Istituto delle assicurazioni sociali (IAS) per approfondire e concordare aspetti tariffali e finanziari, sulla base della tabella dei prezzi standard, stanno organizzando i dati per l'analisi finanziaria, tenuto conto che in questa fase sperimentale è stata concordata l'applicazione di una tariffa unica – coerente con quanto deciso per l'economia domestica – di CHF 25/ora. Si pone il tema delle ore amministrative necessarie, che saranno rilevate su base effettiva nel corso della sperimentazione. A breve sarà allestito un rapporto intermedio. Ogni decisione in merito allo sviluppo di questa prestazione sarà presa unicamente in seguito all'analisi e alla valutazione delle due esperienze pilota prevista al termine del progetto.

4.3.3 Tariffa dell'economia domestica⁴⁸

Tariffa differenziata in base alla situazione finanziaria secondo la LACD

La prestazione di economia domestica è, ai sensi della LACD, riconosciuta tramite i SAcDip. Essa va fatturata agli utenti sulla base di un tariffario che tenga conto della loro situazione finanziaria. Attualmente vi è un tariffario che prevede 8 fasce di reddito e che parte da un minimo di CHF 25/ora ad un massimo di CHF 50/ora.

Questo tariffario è stato semplificato sempre più negli anni riducendo le categorie di reddito e, dal 2008, eliminando la differenza fra coniugati e persone singole. A monte di queste semplificazioni vi era anche l'indicazione di evitare un "doppio sussidio" nei confronti delle fasce di reddito più basse, che negli anni si erano viste aumentare gli aiuti sociali (es. raddoppio dell'AGI per gli invalidi che vivono a domicilio).

⁴⁸ Questa tematica è sviluppata interamente in questo capitolo, senza allegato.

Mancato o ridotto accesso alla prestazione da parte dei redditi medio-alti

L'applicazione di un tariffario in base al reddito crea un notevole lavoro amministrativo ai SACDip per l'accertamento, che peraltro è semplificato riferendosi al solo reddito e non alla sostanza. Le tariffe molto elevate per le fasce di reddito medio-alte disincentivano quest'ultime a chiedere la prestazione, che spesso costituisce il primo aiuto professionale che l'utente può chiedere per rimanere a domicilio. A prova di ciò, vi è un'alta percentuale di beneficiari di PC fra gli utenti dei SACDip (che in alcuni casi supera il 40% dell'utenza totale) e un ricavo medio della prestazione che si aggira fra i CHF 26 e i 27/ora.

Proposta di unificazione della tariffa

Già da anni all'interno del DSS e dei SACDip si discute dell'ipotesi di modificare l'attuale tariffario basato sul reddito dell'utente. Eventuali soluzioni a questa problematica saranno valutate nel corso della fase esecutiva della Pianificazione.

4.4 Elementi specifici del settore Mantenimento a domicilio

In questi paragrafi si approfondiscono le tre seguenti prestazioni inerenti al settore del Mantenimento a domicilio: i centri diurni terapeutici, i centri diurni con presa in carico socio-assistenziale e gli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio.

4.4.1 Potenziamento della capacità ricettiva dei Centri diurni terapeutici

Questo paragrafo riassume il rapporto approfondito (allegato 10), che fornisce una visione completa dell'evoluzione storica della prestazione, un'analisi più dettagliata dell'attuale sistema e dei bisogni del territorio, come pure ulteriori riflessioni in merito alla proposta di potenziamento dell'offerta attuale.

I CDT rispondono ai seguenti obiettivi generali: mantenimento delle risorse e competenze residue degli utenti, sostegno al mantenimento a domicilio, sgravio dei familiari curanti

In Ticino, da oltre un ventennio, sono attivi i centri diurni terapeutici (in seguito CDT). Alle prime cinque strutture di Pro Senectute Ticino e Moesano (vedasi allegato 3), si sono aggiunti nel tempo il centro di Croce Rossa e ulteriori quattro inseriti e gestiti da case per anziani.

Attualmente i CDT offrono una presa in carico terapeutica finalizzata al mantenimento delle risorse e competenze residue delle persone affette da sindromi dementigene diagnosticate (vedasi allegato 10). I CDT, accogliendo per più giorni alla settimana persone che abitano al proprio domicilio, sostengono e facilitano il mantenimento a domicilio e sgravano i familiari curanti.

Da centri generalisti a centri specializzati nella presa in carico di persone affette da sindromi dementigene

I CDT sono nati in risposta a bisogni generali di mantenimento delle risorse e competenze residue degli utenti, sostegno al mantenimento a domicilio e sgravio dei familiari curanti. I bisogni crescenti e pressanti di presa in carico diurna, sia generalista che specializzata, hanno generato nuove strategie che ne hanno riorientato l'attività.

Da una parte, lo sviluppo dei nuovi centri diurni con presa in carico socio-assistenziale (in seguito CDSA) a partire dal 2011 (vedasi capitolo 4.2.2), ha offerto alle persone con bisogno di assistenza leggero o moderato, una presa in carico inclusiva e a bassa soglia d'accesso che favorisce il mantenimento a domicilio e lo sgravio dei familiari curanti (permettendo inoltre una presa in carico precoce e pertanto preventiva). L'avvento di queste strutture ha permesso ai CDT di specializzarsi nella presa in carico di persone con bisogni maggiori di cura e assistenza.

D'altra parte, dal 2011 con l'entrata in vigore del Regolamento⁴⁹ e, in seguito, della Strategia cantonale per le demenze, la missione e l'offerta dei CDT sono state riorientate. Se fino a quel momento i CDT avevano accolto un'utenza maggiormente eterogenea, con problematiche sia somatiche che cognitive e con vari gradi di compromissione, a partire dal 2011 si è progressivamente perseguita la specializzazione dei CDT nella presa in carico di persone con patologie dementigene. Questa scelta si è resa necessaria a fronte dell'aumento delle persone affette da demenza (attualmente in Ticino ci sono circa 7'000 persone con demenza, di cui circa il 50% vive al proprio domicilio) e dal livello elevato di stress che queste patologie implicano per i familiari curanti. La specializzazione delle strutture ha permesso di migliorare il livello qualitativo, e pertanto l'efficacia, delle prestazioni erogate.

Offerta insufficiente dei CDT e fabbisogno non coperto

Diversi tipi di indicatori segnalano che, ad oggi, le capacità dei CDT rispondono solo in parte ai bisogni di presa in carico della popolazione anziana.

Il riorientamento dei CDT verso le patologie dementigene ha ridotto l'offerta diurna terapeutica per le persone con problematiche somatiche (malattie croniche e degenerative). Infatti, le persone che presentano un bisogno di assistenza leggero o moderato possono accedere ai CDSA, mentre quelle che necessitano di una presenza infermieristica, di cure e/o assistenza sanitaria, restano spesso isolate al domicilio o, per mancanza di alternative, decidono per un ricovero in un istituto di lungodegenza.

Inoltre i CDT del territorio riscontrano una cronica mancanza di posti per colmare le richieste della rete socio-sanitaria e delle famiglie, creando liste d'attesa. A conferma di questa osservazione, anche i medici geriatri e l'Associazione Alzheimer sollecitano un potenziamento di questo settore, in seguito alle limitazioni di accesso ai CDT riscontrate dai loro pazienti.

Si auspica inoltre che la frequenza al CDT inizi più precocemente rispetto a quanto avviene oggi, poiché un intervento terapeutico tempestivo può migliorare la qualità di vita della persona grazie al mantenimento nel tempo delle sue capacità residue e allo sgravio dei familiari curanti. Il percorso ideale di presa in carico della persona affetta da demenza prevede infatti che, al peggioramento della compromissione cognitiva, la presa in carico presso il CDT inizi al più presto possibile.

Attualmente i processi di transizione sono spesso rallentati o addirittura bloccati per la mancanza di posti disponibili nei CDT o per la possibilità di frequentarli solo per 1 o 2 giorni alla settimana⁵⁰. La carenza di posti disponibili nei CDT ha conseguenze sulla salute dei familiari curanti e sull'intera rete di presa in carico (la Piattaforma dei CDSA segnala da tempo la problematica).

I processi di transizione sono inoltre interrotti o rallentati per la difficoltà da parte dell'utente e/o dei familiari di accettare il cambiamento e il peggioramento delle condizioni di salute e per le difficoltà finanziarie legate all'assunzione di maggiori costi⁵¹.

Differenze di attività e occupazione tra i CDT del territorio e quelli in CPA

Si osserva inoltre una differenza sostanziale tra il tasso di occupazione dei CDT situati in casa per anziani e i CDT del territorio. Nel 2018 i CDT delle case anziani avevano un tasso di occupazione del 61%, a differenza dei CDT del territorio che erano occupati al 99.9%. Inoltre, solo questi ultimi sono confrontati con liste d'attesa e con una pianificazione delle giornate di presa in carico inferiori ai bisogni e alle indicazioni terapeutiche del geriatra (1 o 2 giornate alla settimana invece delle 3/5 richieste). Queste differenze possono essere ricondotte al fatto che i CDT delle CPA sono orientati a un avvicinamento alla realtà della casa per

⁴⁹ Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio e per i centri terapeutici somatici diurni e notturni (del 22 marzo 2011).

⁵⁰ Gli specialisti affermano che i benefici in termini di mantenimento delle capacità residue si ottengono con una frequenza minima di 3 giorni la settimana.

⁵¹ La frequenza dei CDSA è gratuita per la sua natura di struttura a bassa soglia d'accesso, mentre la presa in carico terapeutica presso il CDT comporta una retta di 40 CHF. giornalieri e una tariffa per i trasporti.

anziani, mentre i CDT del territorio sostengono maggiormente il mantenimento a domicilio. Forse per questo motivo sembra esserci una certa renitenza a frequentare i centri in case per anziani sia da parte dell'utente che dei suoi familiari.

Criticità attuali relative alla capacità ricettiva limitata dei CDT

- numero elevato di persone con patologie dementigene in lista d'attesa per un CDT;
- pianificazione della frequenza settimanale del CDT inferiore alla prescrizione medica e al bisogno di sgravio dei familiari curanti;
- processi di transizione (CDSA→CDT→CPA) rallentati o bloccati;
- sovraccarico dei CDSA che a volte, per mancanza di posti liberi nei CDT, continuano la presa in carico di utenti con bisogno elevato di cura e assistenza per evitare l'esaurimento delle risorse familiari;
- sovraccarico psico-fisico per i familiari curanti con ricadute negative sulla loro salute e conseguente riduzione della durata della permanenza a domicilio;
- sollecitazione della rete socio-sanitaria;
- caratteristiche strutturali che limitano l'estensione della capacità ricettiva (impossibilità di introdurre un doppio turno giornaliero) e la possibilità di offrire un percorso di presa in carico più aderente alle necessità individuali;
- differenze di orientamento e occupazione dei CDT delle CPA rispetto ai CDT del territorio;
- costo dei trasporti a carico dell'utente.

Progetto sperimentale presso il CDT Croce Rossa finalizzato al potenziamento della capacità ricettiva

Nel 2018, con il trasferimento del centro diurno di Croce Rossa da Lugano a Manno, si è colta l'opportunità per realizzare un progetto pilota nell'ambito della Strategia cantonale sulle demenze. Il progetto aveva l'obiettivo di verificare se, attraverso un potenziamento dell'offerta del CDT⁵², si potesse rispondere ai bisogni del territorio e ridurre lo stress percepito dal caregiver. La sperimentazione ha permesso di estendere la capacità ricettiva e passare da 15 a 33 posti al giorno.

Il potenziamento, che permette di sfruttare maggiormente le dimensioni della struttura, è stato ottenuto ampliando le fasce orarie di frequenza:

- come in precedenza, fascia diurna dalle 9.00 alle 16.00, comprensiva del pranzo, per 25 utenti;

inoltre:

- fascia pomeridiana dalle 14.00 alle 19.30, comprensiva della cena, per 8 utenti;
- estensione serale di 2 giovedì al mese (14.00-22.00) per 8 utenti;
- apertura di un sabato al mese dalle 9.00 alle 16.00 per 25 utenti (dal 2020 tutti i sabati).

Il progetto pilota ha messo in evidenza l'efficacia di avvalersi di una struttura grande, ma modulabile in spazi più piccoli a seconda del tipo di attività e utenza, che permette di sfruttare gli spazi, le risorse di personale, le competenze e la visibilità sul territorio. Il modello proposto permette di sfruttare le economie di scala in modo efficace, migliorare la qualità dell'offerta e i benefici per utenti e familiari. In particolare si evidenziano i seguenti miglioramenti rispetto all'offerta classica dei CDT:

- maggiore flessibilità nella presa in carico con possibilità di adeguamento ai bisogni dell'utente, del familiare e della rete socio-sanitaria;
- presa in carico differenziata in base ai bisogni grazie agli spazi ampi e ai locali separati;
- efficacia dell'intervento da parte di un'équipe multidisciplinare.

⁵² Oggi i CDT in Ticino sono aperti dal lunedì al venerdì, dalle 9.00 alle 16.00/17.00.

Estensione della capacità ricettiva dei CDT

Tenuto conto della validità della sperimentazione presso il CDT Croce Rossa e dei bisogni rilevati sul territorio si è proceduto con una valutazione tecnica della possibilità di potenziare le attuali strutture. Dall'analisi è tuttavia emerso che le dimensioni delle attuali strutture non consentono un doppio turno giornaliero come quello sperimentato, pertanto sono state formulate le seguenti soluzioni:

- per alcune strutture si prevede un trasferimento in stabili più grandi con la possibilità di offrire in modo esteso i doppi turni (modello Croce Rossa): 8.30-16.30 per circa 25 utenti; 14.00-20 per circa 8 utenti; tutti i sabati;
- per le altre strutture si prevede invece un cambiamento di tipo organizzativo dell'attuale offerta con doppi turni più brevi⁵³: 9.00-14.00 per circa 14 utenti; 14.30-19.30 per circa 14 utenti; tutti i sabati.

Questa offerta di 5 ore, rispetto alle consuete 8, è comprensiva del pranzo o della cena. La retta giornaliera (a carico dell'utente) dovrebbe ridursi a CHF 25/30 a fronte dei CHF 40 per la giornata completa.

Grazie alle soluzioni sopraesposte nei prossimi 3-5 anni la capacità ricettiva passerà dalle attuali 39'000 giornate all'anno (2020) a circa 100'000 giornate ponderate di otto ore, rispettivamente 125'000 frequenze (rif. tabella comparativa dell'offerta attuale e della proposta di potenziamento della capacità ricettiva nell'allegato 10). Il potenziamento supera la stima del fabbisogno atteso⁵⁴ nel prossimo decennio e consente di destinare una parte di questi posti a una specifica offerta dedicata alle persone con una problematica somatica (in particolare le malattie croniche e/o neurodegenerative) che attualmente non hanno la possibilità di accedere a una struttura terapeutica diurna.

Inclusione delle persone affette da patologie somatiche croniche e neurodegenerative

Si prevede pertanto di strutturare, presso un CDT per comprensorio, un'offerta modulabile composta di 2/3 turni settimanali dedicati in forma esclusiva alle persone con problematiche somatiche. Questa proposta sarà sviluppata in modo progressivo, attraverso una sperimentazione regionale che permetterà di strutturare un'offerta conforme ai bisogni. Il modello proposto garantisce una certa flessibilità nell'occupazione della struttura e porta un valore aggiunto al concetto di inclusione delle persone con disabilità.

Punti forti del modello inclusivo:

- flessibilità dell'occupazione in base alle richieste del territorio;
- équipe multidisciplinare;
- collaborazione con la rete socio-sanitaria e le associazioni mantello;
- il personale potrebbe variare il tipo di presa in carico con un'attività professionale più stimolante e professionalmente appagante.

Le strategie descritte nel presente capitolo permettono di quadruplicare i posti disponibili senza aumentare in modo corrispondente il livello di spesa

Attraverso le scelte pianificatorie esposte in questo capitolo si potranno sfruttare al massimo le strutture (le strutture attuali e alcune nuove) e passare dai CHF 3.2 mio. di spesa a carico di Cantone e Comuni del 2018 (per circa 27'000 giornate erogate dei CDT del territorio e delle CPA) a circa CHF 9.5 mio (per erogare circa 100'000 giornate ponderate di otto ore, rispettivamente circa 125'000 frequenze). I costi citati non considerano eventuali costi d'investimento.

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

⁵³ Quest'ultima proposta è stata parzialmente sperimentata durante il periodo di apertura selettiva e strutturata dei CDT.

⁵⁴ La stima del fabbisogno futuro si basa unicamente sui bisogni dell'utenza affetta da demenza.

Misure di supporto per uniformare l'offerta dei CDT e migliorare il coordinamento con la rete socio-sanitaria

Oltre all'estensione della capacità ricettiva saranno realizzate le seguenti misure di supporto:

La Piattaforma CDT

Sarà avviata una Piattaforma dei CDT coordinata da UMC e UACD per favorire un concetto uniforme e rilevare in modo costante i bisogni dell'utenza e delle strutture.

La figura dell'assistente sociale

L'introduzione della figura dell'assistente sociale, con le sue competenze specifiche, consente di supportare l'équipe nella gestione dei casi complessi e favorisce la fluidità dei processi di transizione. Grazie a questo supporto si garantisce una risposta completa ai bisogni dell'utente: aspetti amministrativi e finanziari, soluzioni abitative, supporto ai familiari curanti, accesso a strutture e servizi socio-sanitari, ecc.

Il percorso di presa in carico condiviso a livello territoriale

Si propone di intervenire a livello della rete socio-sanitaria grazie al supporto del nuovo servizio cantonale di informazione e coordinamento (vedasi capitolo 4.1.1 "Accessibilità e coordinamento") per delineare dei percorsi condivisi con professionisti, strutture e servizi. Grazie a una visione più ampia e coordinata sarà possibile monitorare i posti disponibili e garantire una migliore risposta ai bisogni del territorio. Sarà possibile inoltre realizzare soluzioni condivise con il territorio per garantire l'accesso in tempi brevi per i casi più urgenti.

In sintesi:

Il presente paragrafo rileva le criticità attualmente presenti nel settore intermedio, in particolare la mancanza di posti disponibili nei CDT e le difficoltà nella gestione dei processi di transizione, che, messe in relazione con le raccomandazioni della Strategia cantonale sulle demenze e le risultanze del progetto sperimentale presso il CDT Croce Rossa, portano alla proposta di potenziamento dei CDT. In sintesi si propone un'estensione della capacità ricettiva con la messa a disposizione, nei prossimi 5 anni, di 100'000 giornate teoriche di 8 ore (in realtà 125'000 giornate di frequenza per utenti, di cui alcune di sole 5 ore) a fronte delle 27'000 erogate nel 2018. La spesa a carico di Cantone e Comuni passerebbe dai CHF 3.2 mio spesi nel 2018 a circa CHF 9.5 mio.

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

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

4.4.2 Prospettive future dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale ⁵⁵

Progetto di riorganizzazione del 2011 per rispondere ai bisogni della popolazione anziana e al principio del mantenimento a domicilio

Nel 2011 l'UACD ha avviato un progetto finalizzato alla riorganizzazione del settore dei centri diurni per disporre di strutture distribuite equamente su tutto il territorio cantonale, idonee a rispondere alle sfide dettate dall'evoluzione demografica e alla volontà della popolazione anziana di restare al domicilio il più a lungo possibile. Si trattava quindi di adattare meglio i centri ricreativi già esistenti, gestiti perlopiù a titolo volontario, con i bisogni del territorio: prevenzione dell'isolamento sociale, diminuzione del carico psico-fisico dei familiari curanti, mantenimento e attivazione delle risorse personali e dell'autonomia della persona anziana, miglioramento della qualità di vita e mantenimento a domicilio.

⁵⁵ Questa tematica è sviluppata interamente in questo capitolo, senza allegato.

Il progetto ha portato alla nascita dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale (di seguito CDSA): 16 strutture, distribuite in modo uniforme sul territorio cantonale e appartenenti a diversi enti d'appoggio (per approfondimenti sulle frequenze si rimanda all'allegato 3 della presente pianificazione).

Gli strumenti sviluppati per il progetto 2011: modalità di finanziamento standard, direttive specifiche e Piattaforma dei coordinatori CDSA

Per raggiungere gli obiettivi del progetto del 2011 e applicare i principi di equità e uniformità dell'offerta previsti dal DSS, l'UACD ha sviluppato appositi strumenti. Nel 2012 è stata messa a punto una modalità di finanziamento sulla base di standard che ha permesso di uniformare il finanziamento e di conseguenza l'erogazione della prestazione. Inoltre, nel 2013 è stata introdotta una Direttiva specifica che stabilisce una serie di criteri di riconoscimento ai sensi della LACD e che prevede dei requisiti minimi qualitativi, come ad esempio la dotazione del personale e il tipo di attività.

È infine stata sviluppata la Piattaforma dei CDSA⁵⁶ che permette una nuova modalità di coordinamento, sviluppo e monitoraggio qualitativo. La Piattaforma ha permesso di sviluppare uniformemente i concetti alla base dell'operato di queste strutture, in modo da garantire una bassa soglia d'accesso e un approccio inclusivo, grazie alla presa in carico di persone con bisogni d'assistenza. La Piattaforma ha inoltre creato sinergie e collaborazioni tra enti diversi tra loro, sia dal punto di vista strutturale, che gestionale e organizzativo.

Grazie allo strumento della Piattaforma e ai criteri previsti dalla Direttiva, sono state elaborate linee guida comuni, sviluppate formazioni per il personale e introdotti diversi progetti per migliorare la qualità dei CDSA. Questi progetti hanno interessato tutti i centri e coinvolto anche professionisti di altri settori. Citiamo, ad esempio, il progetto per promuovere un consumo consapevole e moderato di alcool presso la popolazione anziana, condotto dalla Piattaforma con il Servizio di prevenzione e valutazione sanitaria dell'Ufficio del medico cantonale e Ingrado, nell'ambito del Piano d'azione cantonale alcool 2015-2018 (progetto presentato a livello nazionale e cantonale come buona pratica di lavoro di rete).

Il monitoraggio della qualità dei CDSA avviene, sia tramite la piattaforma, sia attraverso visite qualitative da parte dell'Ispettrice socio-educativa dell'UACD per la verifica dei requisiti richiesti dalla Direttiva concernente i criteri di riconoscimento ai sensi della LACD.

La Piattaforma dei coordinatori: ricadute positive sia per le strutture che per l'ente finanziatore

La Piattaforma si rivela uno strumento di coordinamento e promozione qualitativa che ha diversi vantaggi e ricadute positive. Per l'ente finanziatore vi è la possibilità di monitorare costantemente l'evoluzione delle strutture e dei bisogni della popolazione anziana e intervenire con valutazioni precise e ponderate. I coordinatori possono confrontarsi con i colleghi, mettere in comune le buone pratiche, creare e condividere strumenti di lavoro, definire e finanziare formazioni ad hoc. La Piattaforma ha permesso inoltre di sviluppare una banca dati comune, documenti di lavoro, quali il progetto individuale di presa in carico, e sinergie tra strutture regionali; ha infine promosso modalità di lavoro innovative, come la supplente condivisa da tutti i CDSA (attraverso una convenzione tra i diversi enti gestori) e l'inserimento nell'équipe di un'assistente sociale. Attraverso questa modalità di lavoro si raggiunge l'obiettivo di una visione cantonale uniforme e condivisa, pur mantenendo le caratteristiche del territorio e dell'ente d'appoggio di appartenenza. Inoltre, grazie alla Piattaforma dei coordinatori, è stato possibile condividere e collaborare anche tra centri diurni gestiti da enti diversi, ciò che rappresenta un valore aggiunto.

Obiettivi raggiunti dai CDSA dalla loro creazione a oggi:

- approccio inclusivo e bassa soglia d'accesso;
- equità dell'offerta territoriale;
- prevenzione dell'isolamento sociale;
- miglioramento della qualità di vita e promozione della salute;

⁵⁶ La Piattaforma è un incontro regolare dei coordinatori dei CDSA e l'UACD.

- mantenimento e attivazione delle risorse personali e dell'autonomia della persona anziana;
- mantenimento a domicilio;
- sostegno alle persone che vivono sole o alle coppie anziane fragili;
- presa in carico di persone con bisogno di assistenza attraverso un progetto individuale socio-educativo volto al mantenimento delle risorse residue;
- sgravio dei familiari curanti.

Progetto per promuovere il benessere emotivo della popolazione anziana

Un esempio di collaborazione e sviluppo uniforme dell'attività dei CDSA è il nuovo progetto, che partirà da gennaio 2021, volto a sviluppare una nuova attività tesa al miglioramento del benessere emotivo della popolazione anziana. Il miglioramento del benessere emotivo sarà perseguito tramite specifiche attività di gruppo svolte all'interno dei CDSA.

Il progetto sarà realizzato nell'ambito del nuovo Programma d'azione cantonale (PAC) e vede coinvolti la Piattaforma dei coordinatori, l'UACD, il Servizio di promozione e valutazione sanitaria dell'Ufficio del medico cantonale ed enti del territorio. Questa nuova attività, che sarà avviata in tutti i CDSA, prevede una formazione degli operatori finalizzata a garantire una nuova attività di prevenzione a favore delle persone anziane. Questo progetto s'iscrive nel solco già tracciato da altri progetti, che prevedono di migliorare le competenze degli operatori, al fine di garantire attività di prevenzione con alto profilo qualitativo, accessibili a tutti (in precedenza si è garantita la formazione per l'attivazione cognitiva e per le attività motorie). Inoltre, in questo periodo molto complesso a seguito della Pandemia di Covid-19, lavorare su aspetti emotivi legati al benessere appare urgente e necessario.

Quest'ultimo esempio dimostra la validità del coordinamento cantonale che permette di attivare in modo rapido e uniforme nuove prestazioni in tutto il territorio ticinese per rispondere in modo efficace ai nuovi bisogni della popolazione anziana a domicilio.

Introduzione della nuova prestazione di “attivazione sociale” volta a ridurre l'isolamento sociale grazie allo sviluppo di forme di solidarietà e sostegno reciproco

Ora che è stato raggiunto l'obiettivo di equità territoriale grazie alla presenza di strutture in tutti i comprensori SACD⁵⁷, si prevede di potenziare l'offerta dei CDSA come esposto nel paragrafo 3.1 della presente pianificazione e nell'allegato 3.

La sfida posta dal crescente isolamento sociale causato dall'impoverimento dei legami sociali e familiari è però così ampia da imporre la ricerca di risposte diversificate per riuscire a cambiare l'attuale tendenza, che ha ricadute importanti in termini di salute, qualità di vita e ricorso alle strutture di lungodegenza. Per questo motivo si aggiunge un'ulteriore prestazione, attualmente in fase di sperimentazione, a quelle offerte dal settore intermedio: la prestazione di attivazione sociale.

Si tratta di una nuova prestazione strettamente collegata al lavoro svolto dai CDSA, che consiste nell'uscire dalle mura delle strutture per lavorare maggiormente in termini di prossimità. L'inserimento di questa nuova prestazione nei CDSA permette di lavorare in una logica di integrazione sinergica, evitando di creare ulteriori frammentazioni dei servizi e delle prestazioni sul territorio (vedasi paragrafo 4.1.1 “Accessibilità e coordinamento”). Inoltre i CDSA coprono in maniera estesa il territorio e sono coordinati a livello cantonale attraverso la Piattaforma dei coordinatori.

La prestazione di attivazione sociale consiste nella realizzazione di progetti che mirano a ridurre l'isolamento sociale delle persone nel contesto in cui vivono (quartiere o comune), coinvolgendole nella vita sociale, grazie allo sviluppo di progetti legati a bisogni e desideri sia individuali che di gruppo e attivando le risorse personali, familiari e della comunità.

⁵⁷ Tutti i CDSA si rivolgono a un'utenza sovracomunale.

L'obiettivo della prestazione è di sviluppare nel tempo l'autonomia della rete informale, riducendo progressivamente l'intervento degli operatori, fino a limitarlo alla supervisione e al supporto.

Gli obiettivi della prestazione di attivazione sociale sono:

- mantenimento a domicilio;
- sviluppo della rete informale;
- prevenzione dell'isolamento sociale;
- promozione dell'auto-aiuto e della solidarietà;
- mantenimento e attivazione delle risorse personali e dell'autonomia.

Sono già in fase di sperimentazione due progetti, uno realizzato da ATTE nella regione delle Tre Valli e un altro realizzato da Pro Senectute nel Mendrisiotto. Entrambi i progetti, presentati nei riquadri 4.4.2.1 e 4.4.2.2, si trovano a un livello di sviluppo intermedio in cui si possono già riscontrare risultati positivi, malgrado il periodo difficile legato alla pandemia.

La nuova prestazione non richiede una sostanziale modifica di basi legali a livello di Legge e relativo Regolamento di applicazione, ma un adeguamento della Direttiva concernente i criteri di riconoscimento ai sensi della Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale.

L'implementazione della nuova prestazione comporterà un aumento graduale dell'attuale livello di finanziamento, con una prospettiva di spesa a regime di ca. 1 mio tra 4-5 anni⁵⁸. Questa spesa sarà compensata dal contenimento del livello di istituzionalizzazione in case per anziani, che dipende dallo sviluppo delle prestazioni di assistenza e cura e di mantenimento a domicilio.

Per quanto concerne la cura dei processi di transizione tra le varie strutture intermedie e di lungodegenza, il miglioramento dell'accessibilità e coordinamento si rimanda ai paragrafi 4.4.1 ("Potenziamento della capacità ricettiva dei CDT") e 4.1.1 ("Accessibilità e coordinamento").

Prospettive future dei CDSA

Nonostante la stima del fabbisogno 2030 evidenzia un intervallo di crescita rilevante per questa tipologia di strutture, l'importante evoluzione dei CDSA degli ultimi anni e la loro presenza capillare sul territorio, permettono di orientare la scelta pianificatoria attraverso una strategia di contenimento del numero di nuove strutture, a fronte di un rafforzamento dell'esistente.

Si prevede ad esempio un miglioramento dei CDSA a livello strutturale, logistico e di offerta. L'implementazione di nuovi servizi e figure, in collaborazione con gli altri attori presenti sul territorio, permetterà di ampliare il carattere multidisciplinare di queste strutture e garantirà un'offerta territoriale di bassa soglia, facilmente accessibile e specializzata.

Il potenziamento dell'offerta sarà raggiunto, ad esempio, attraverso l'integrazione della figura dell'assistente sociale e tramite i progetti di attivazione sociale, che andranno a completare l'offerta dei CDSA limitando l'evoluzione della spesa per questo settore.

Un eventuale fabbisogno non coperto potrà essere soddisfatto da altri tipi di servizi che offrono anch'essi attività a carattere locale o associativo e che permettono la socializzazione, come ad esempio l'Università della terza età o i centri comunali di socializzazione.

⁵⁸ Considerato il riconoscimento di 0.5 ETP di una classe media di educatore per i CDSA che si prevede saranno operativi entro il 2023-2024.

Riquadro di esempio 4.4.2.1: Progetto sperimentale ATTE Biasca e Valli

Il progetto triennale di ATTE è stato avviato nel 2018 e si sviluppa contemporaneamente sui comuni di Airola e Blenio. È un progetto comunitario che si ispira al progetto portato avanti con successo da 16 anni da Pro Senectute Vaud denominato “Quartier solidaire”, adattato alla realtà Ticinese. In sintesi le fasi del progetto sono:

- analisi delle caratteristiche del territorio;
- valutazione dei desideri/bisogni della popolazione anziana;
- attivazione di tutte le risorse presenti nel territorio;
- realizzazione di momenti di ritrovo con la comunità in cui si avviano progetti e attività;
- implementazione della fase finale in cui si costruiscono gli strumenti per permettere alla comunità di continuare in modo autonomo.

Durante la prima fase del progetto sono state coinvolte le realtà locali sia formali che informali, in particolare i comuni che si sono ingaggiati attivamente nel progetto. La popolazione è stata informata attraverso una lettera ed è stata coinvolta in seguito attraverso diverse modalità partecipative quali, colloqui individuali con gli operatori, presidi nei punti di incontro come i bar o i ristoranti di paese e serate informative. Dopo 2 anni dall’inizio del progetto sono stati attivati diversi gruppi di persone che partecipano a varie attività nate dai loro interessi, come ad esempio le passeggiate settimanali, i caffè incontro presso gli esercizi pubblici del paese (a rotazione), le attività culturali, ecc. Molte attività sono autogestite da abitanti dei comuni, mentre altre sono gestite in collaborazione con gli operatori del progetto. La fase finale del progetto prevede un passaggio di testimone alla comunità che dovrà gestire in modo autonomo le attività e il progetto comunitario (anche se gli operatori saranno sempre a disposizione per supervisione e supporto). L'emergenza sanitaria e un cambiamento di personale hanno comportato un rallentamento del progetto sperimentale, in particolare per quanto riguarda l'estensione ad altri comuni delle Tre Valli, tuttavia, grazie ai riscontri positivi, seppure con i dovuti adattamenti, ATTE intende continuare l'attività e coinvolgere in futuro altri comuni.

Riquadro di esempio 4.4.2.2: Progetto sperimentale di “attivazione sociale” di Pro Senectute presso il quartiere Liggrignano a Morbio Inferiore

Il progetto triennale è stato avviato nel 2018 e ha permesso l'attivazione di molte iniziative come, ad esempio, l'inserimento professionale di persone tra i 55 e i 65 anni escluse dal mondo del lavoro, che ha rappresentato un valore aggiunto importante del progetto di attivazione sociale. Riportiamo alcune delle iniziative del progetto:

- Osteria sociale: grazie al progetto il bar del quartiere si è trasformato in un'osteria sociale denominata BarATTO. Questo spazio è diventato un luogo di incontro in cui nascono molte iniziative di carattere sociale e comunitario. Gli abitanti del quartiere hanno partecipato a rendere unico questo luogo grazie alla valorizzazione e al restauro di mobili di recupero ed elementi di arredo che alcuni abitanti hanno messo a disposizione della comunità. La creazione stessa dello spazio di vita del quartiere si è trasformato quindi in un progetto di attivazione sociale.
- Portineria di Quartiere certificata da Generazione&Sinergie: grazie ai momenti di incontro e di ritrovo è nata l'idea di creare una portineria di quartiere in cui, oltre alla consegna di pacchi e chiavi, si svolgono dei lavori puntuali di utilità pubblica nel quartiere. È stata inoltre creata una libreria in cui è possibile lo scambio di libri usati.
- Radio di quartiere: grazie a sinergie e collaborazioni con il territorio è nata la radio di quartiere che ha sede nel BarAtto e accoglie le persone che hanno voglia di raccontarsi e condividere storie.
- Intergenerazionalità: la collaborazione con le associazioni attive nell'ambito della prima infanzia, come Associazione progetto genitori, hanno permesso la creazione di iniziative all'interno dell'osteria sociale a carattere intergenerazionale come il preasilo e “a settembre tocca a me”.
- Associazione Amici di Liggrignano: nata grazie al progetto di attivazione sociale, si fonda sul principio della partecipazione attiva, riconosce e raccoglie le competenze e le abilità di tutti i membri della comunità. I singoli membri sono portatori di un sapere che l'associazione vuole valorizzare come bene comune al servizio di tutti.

Grazie a una fitta collaborazione con tutte le realtà site sul territorio, sono stati avviati molti altri progetti come gli incontri per persone affette da demenza, l'auto aiuto e un progetto per la valorizzazione dello spazio verde presente nel quartiere.

4.4.3 Aiuti diretti: situazione attuale e prospettive future

Gli aiuti diretti sono concessi direttamente alle persone con bisogno di cure e assistenza per permettere loro l'organizzazione di soluzioni individuali per il mantenimento a domicilio

Gli aiuti diretti (AD) sono una peculiarità del Canton Ticino introdotta nel 1993 allo scopo di sostenere finanziariamente il mantenimento a domicilio delle persone anziane o invalide a beneficio di un Assegno per grande invalidi (AGI), il cui stato di dipendenza esige l'aiuto di altre persone (siano esse un familiare o terze persone) per poter rimanere a domicilio ed evitare o posticipare il trasferimento in una struttura di lungodegenza. Gli AD sono commisurati alla situazione finanziaria del richiedente e rappresentano una prestazione sussidiaria alle altre prestazioni concesse per il medesimo scopo, come l'AGI stesso e i rimborsi per spese di cura e assistenza delle Prestazioni complementari (PC). Per approfondimenti sui criteri di eleggibilità e sulle modalità di calcolo del contributo si rimanda allo studio della SUPSI in allegato 11. Quest'ultimo sarà introdotto brevemente nel prossimo paragrafo.

Valutazione degli AD in uno studio della SUPSI

Nel 2019 la SUPSI ha presentato il rapporto finale di uno studio di valutazione degli AD⁵⁹ che ne analizza il funzionamento e l'organizzazione e illustra il profilo e la condizione di coloro che ne beneficiano, la situazione dei caregiver, le caratteristiche della rete di assistenza e le modalità d'impiego. Lo studio esamina inoltre il grado di soddisfazione dei beneficiari e dei caregiver, i vantaggi che essi ne traggono in termini di qualità di vita percepita (ivi compresa l'importanza degli AD per il mantenimento a domicilio del beneficiario) ed infine, l'accessibilità complessiva al sussidio.

Le analisi della SUPSI si fondano su tre pilastri metodologici: un questionario inviato a 705 persone, corrispondenti a tutti i beneficiari registrati il 14 febbraio 2017 – di cui ritornati 403 (corrispondenti ad un tasso di risposto del 57.2%) –, interviste qualitative con 26 beneficiari, nonché un'analisi di tutti i dati presenti nella banca dati dell'UACD.

Le considerazioni nel presente capitolo si basano in gran parte sui risultati dell'indagine e delle interviste agli utenti condotti nello studio SUPSI.

I beneficiari di AD valutano positivamente le prestazioni

La valutazione dei beneficiari è generalmente positiva, l'80% degli intervistati afferma che gli AD rappresentano un elemento importante per sostenere la scelta di rimanere al proprio domicilio, nonostante il bisogno di assistenza e cura.

Inoltre, secondo i ¾ degli intervistati, gli AD riducono le preoccupazioni finanziarie degli utenti facendoli sentire meno "di peso" per la famiglia. Permettono quindi di passare da uno statuto passivo di persona bisognosa di assistenza, a quello di persona che non pesa sul budget familiare.

I beneficiari riscontrano degli effetti positivi sulla qualità di vita, in particolare quelli in età AVS, in quanto le persone con AI beneficiano di un maggior sostegno da parte dell'AGI e conseguentemente gli AD costituiscono un contributo residuale.

⁵⁹ Greppi, S., Avilés, G., Beltrami, S.L., Bigotta, M., Colubriale Carone, A., Crisà, D. 2019: Valutazione del dispositivo "Aiuti diretti" – Sostegno al mantenimento a domicilio. Rapporto commissionato dalla DASF.

La rete informale dei beneficiari AD eroga un numero importante di ore di assistenza

L'inchiesta della SUPSI mostra come molti familiari di beneficiari rinuncino a un'attività lavorativa per prendersi in carico la cura di questi ultimi; in particolare le madri dei beneficiari invalidi (4 su 5) e le figlie dei beneficiari anziani (1 su 3).

A volte il contributo costituisce un'integrazione finanziaria per i familiari curanti che non traggono sufficiente reddito sul mercato del lavoro.

I beneficiari invalidi spesso utilizzano gli AD come ulteriore entrata nel budget familiare (anche perché gli importi sono minori e le madri fanno parte della stessa economia domestica), mentre i beneficiari anziani di solito con gli AD retribuiscono uno o più curanti. Inoltre, spesso gli AD servono per pagare spese non coperte da PC e Cassa malati.

Dallo studio emerge infatti che la rete informale eroga un numero importante di ore di aiuto settimanali, sottolineando l'importanza della solidarietà familiare (ma anche quella di conoscenti e amici) per il mantenimento a domicilio dei beneficiari di AD. Nel campione complessivo si registrano mediamente 87.47 ore di assistenza, con un valore mediano di 44.5 ore; la differenza piuttosto marcata è dovuta alla presenza di un certo numero di casi che richiedono una presa in carico molto elevata e che "spostano" la media verso l'alto.

Nel sondaggio i beneficiari sottolineano l'importanza che gli AD vengano garantiti anche in futuro, senza riduzioni degli importi del sussidio. Secondo quanto emerso dall'inchiesta, la SUPSI conclude che occorrerebbe prevedere un rafforzamento del dispositivo, perlomeno per le categorie di utenti più in difficoltà, quali ad esempio coloro che necessitano di un numero particolarmente elevato di ore di assistenza (AGI medi ed elevati).

Allungamento della permanenza a domicilio nel tempo

L'analisi longitudinale della banca dati UACD svolta dalla SUPSI mostra che la permanenza a domicilio dei beneficiari di aiuti diretti è passata da 22.7 mesi nel 1999 a 39.1 mesi nel 2015, quindi è quasi raddoppiata nell'arco di 15 anni. Questo risultato importante si può ricondurre all'efficacia degli aiuti diretti, ma anche al ventaglio di servizi (SACD e SAPP) sempre più articolato e mirato al mantenimento a domicilio, senza dimenticare che la densità di posti letto in case per anziani è diminuita nel periodo considerato.

Inoltre, le analisi longitudinali svolte sui motivi di uscita dagli AD mostrano un aumento della percentuale di uscite per istituzionalizzazione e una diminuzione della percentuale di uscite per decesso al proprio domicilio.

Ipotizziamo qui che questa tendenza potrebbe spiegarsi, da una parte, con il fatto che l'allungata permanenza a domicilio in condizioni di grave invalidità mini progressivamente la resistenza e le risorse dei familiari curanti e, dall'altra, come aveva mostrato uno studio dell'Obsan, che la presa in carico in casa anziani risulta essere maggiormente efficace per i casi più complessi, probabilmente in aumento, data la prolungata permanenza nel dispositivo AD⁶⁰.

Effetto positivo degli AD sulla qualità di vita dei caregiver

Dalle interviste approfondite svolte dalla SUPSI emerge un riscontro positivo per l'aiuto finanziario ricevuto, benché in alcuni casi si segnali il desiderio di un suo adeguamento verso l'alto. Accanto al senso di responsabilità e solidarietà nei confronti del familiare, sono emerse anche testimonianze di stress, stanchezza e sacrificio da parte dei caregiver. Questi ultimi riescono a gestire meglio la stanchezza e lo stress se l'onere assistenziale è ripartito fra più curanti, ciò che ribadisce l'importanza di disporre di una rete assistenziale solida. In generale i risultati confermano che la qualità di vita dei caregiver è migliore se possono contare su una rete assistenziale composta da più persone.

⁶⁰ Jaccard Ruedin H., Marti M., Sommer H., Bertschy K., Leoni C., 2010, Soins de longue durée. Comparaison des coûts par cas dans le Canton du Tessin, Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel.

Concludiamo dunque che gli AD contribuiscono in modo sostanziale ad offrire la possibilità a tutte le persone con bisogno di assistenza e ai loro familiari curanti di attivare una fitta rete di aiuti che assicura una permanenza a domicilio prolungata e con una buona qualità di vita.

Benché lo studio SUPSI dipinga un quadro positivo degli AD, i ricercatori hanno anche identificato alcune criticità. A queste si aggiungono alcune sollecitazioni provenienti dai servizi del territorio.

Criticità emerse dallo studio SUPSI: scarsa informazione sull'esistenza degli AD e complessità amministrativa

Secondo lo studio vi è una scarsa informazione sull'esistenza degli AD, che rischia di creare una discriminazione nell'accesso e/o un accesso tardivo alle prestazioni. In aggiunta, i beneficiari sembrano riscontrare una complessità amministrativa elevata per accedere alla prestazione. Per una risposta a queste criticità si rinvia alle misure proposte nel paragrafo 4.1.1 ("Accessibilità e coordinamento").

Altre criticità riscontrate: potenziale effetto soglia nell'accesso agli AD e possibile disincentivo generato dagli AD per la frequenza dei centri diurni e dei laboratori protetti

Le esperienze maturate all'interno dell'UACD portano alla conclusione che attualmente la fascia di reddito che supera di poco l'accesso agli AD (e ai rimborsi per spese di cure e assistenza della PC) risulta sfavorita (a causa di un effetto soglia): questa fascia non riceve alcun aiuto finanziario e dispone di un reddito insufficiente per attivare un sostegno concreto.

La Piattaforma dei coordinatori dei CDSA ha inoltre segnalato l'esistenza di un disincentivo a frequentare i centri diurni, poiché questo comporta una diminuzione dell'importo dell'aiuto diretto⁶¹: Questo disincentivo scoraggia l'accesso ad attività di prevenzione efficaci per il mantenimento delle competenze, della buona salute, della riduzione del rischio di isolamento sociale e lo sgravio dei caregiver. Dallo studio della SUPSI (2019) emerge infatti che soltanto il 18.5% dei beneficiari di AD frequentano uno dei diversi tipi di centri diurni.

Conclusione: a breve e medio termine saranno valutate delle misure per favorire ulteriormente l'incisività degli aiuti diretti

Con la presente Pianificazione si prevede innanzitutto di attenuare il disincentivo per la frequenza dei diversi tipi di centri diurni che costituiscono un importante tassello nel favorire il mantenimento a domicilio, un principio base della Pianificazione. Questa misura avrà un impatto finanziario diretto stimato di circa CHF 600'000 annui⁶², ipotizziamo tuttavia che permetterà di prolungare il mantenimento a domicilio di queste persone ritardando l'istituzionalizzazione e i relativi costi.

Un altro obiettivo consiste nell'esaminare in dettaglio le procedure di accesso agli AD, sia in termini finanziari – mirando alla riduzione dell'effetto soglia – che di complessità amministrativa, per garantire un miglioramento generale dell'efficacia degli AD.

⁶¹ Il contributo degli AD è ridotto proporzionalmente per le persone che frequentano regolarmente un centro diurno/notturno rispettivamente un laboratorio protetto. Per ogni giorno di frequenza è dedotto il 25% del contributo giornaliero per il mantenimento a domicilio se la durata della permanenza non supera le 4 ore giornaliere e il 50% del contributo giornaliero per il mantenimento a domicilio se la durata della permanenza supera le 4 ore giornaliere.

⁶² Calcolato in base al numero di persone che attualmente ricevono gli aiuti diretti e frequentano un centro diurno o un laboratorio protetto. Si nota che riguarda più spesso i beneficiari invalidi che i beneficiari in età AVS: attualmente, tra i beneficiari invalidi circa 60% frequentano un centro diurno/laboratorio, tra i beneficiari in età AVS circa il 10%. Si stima che l'importo dedotto in totale sia circa CHF 520'000 per i beneficiari invalidi e circa CHF 80'000 per i beneficiari in età AVS. Allo stato attuale le persone anziane sono meno incentivate a frequentare i centri diurni poiché le limitazioni finanziarie conseguenti hanno un impatto più incisivo per questa categoria di beneficiari. Ricordiamo infatti che le persone in AI ricevono un importo maggiore di AGI che non fa nessun tipo di deduzione.

Considerando la stima del numero di utenti futuri (vedasi allegato quantitativo 3), si stima che nel 2030 le spese per gli AD saranno di circa CHF 820'000 superiori rispetto alla situazione in cui si mantengono le deduzioni per frequenze in centri diurni. Non è possibile stimare il numero aggiuntivo di beneficiari che frequenteranno un centro diurno grazie alle nuove modalità, ma si può ipotizzare che ci sarà un incremento che potrebbe avere ricadute positive in termini di durata del mantenimento a domicilio.

Parte IV: Considerazioni conclusive

Obiettivi del progetto

Il presente rapporto e i suoi dodici allegati descrivono gli ambiti d'intervento necessari per sviluppare il settore socio-sanitario nel prossimo decennio, confermando la centralità degli utenti garantendo prestazioni di qualità, attraverso interventi quantitativi e qualitativi. I primi mirano a fornire una mappatura dell'offerta attuale delle prestazioni regolate dalla LAnz e dalla LACD, verificarne la corrispondenza rispetto alla domanda attuale e, sulla base di una stima quantitativa del fabbisogno nel decennio, proporre delle scelte pianificatorie per soddisfare queste esigenze nel modo più equilibrato possibile, considerando anche aspetti quali l'equità territoriale, i costi, la probabilità di effettiva realizzazione di quanto prospettato e il margine per possibili nuove iniziative. I secondi delineano, con diversi gradi di approfondimento, elementi di cambiamento orientati al miglioramento dell'attuale sistema di presa in carico.

Elaborazione del rapporto

L'elaborazione di una prima versione del rapporto di Pianificazione integrata LAnz-LACD ha avuto luogo nel 2020 e è stata presentata al Consiglio di Stato (20 gennaio 2021) e poi agli stakeholder in una sessione digitale il 4 febbraio 2021. Prima di porre il rapporto in consultazione, è stato deciso di aggiungere un passo intermedio nella revisione del documento, inserendo la fase di pre-consultazione. Grazie a questa procedura è stato possibile garantire il coinvolgimento degli stakeholder, inizialmente previsto attraverso tre incontri in presenza nel corso del 2020, adattandolo alla situazione pandemica manifestatasi poco dopo il primo incontro del 27 gennaio.

La **pre-consultazione**, aperta formalmente il 19 febbraio e chiusa il 31 marzo 2021, ha permesso di raccogliere le opinioni e le osservazioni delle parti interessate sulle base delle quali è stato possibile affinare il documento ed effettuare approfondimenti su temi specifici prima della consultazione ufficiale. Questa fase ha permesso di rivedere i contenuti del testo di pianificazione introducendo e esplicitando i diritti degli anziani, fornendo una presentazione più approfondita delle possibilità d'integrazione dell'offerta, inserendo una suddivisione più dettagliata dei costi stimati a carico dell'ente pubblico (Cantone e Comuni) e aggiungendo un approfondimento dedicato alla gerontopsichiatria.

In seguito, il rapporto e i dodici allegati d'approfondimento sono stati posti in **consultazione** nei mesi di luglio, agosto e settembre 2021 con lo scopo di raccogliere ulteriori pareri sul progetto, affinare ulteriormente il documento e, soprattutto, individuare le priorità d'intervento a corto e medio termine. Oggetto della consultazione sono stati elementi generali quali gli indirizzi di pianificazione, lo scenario proposto per lo sviluppo quantitativo dell'offerta nei prossimi dieci anni, nonché elementi specifici, come ad esempio, il rafforzamento dell'accesso e il coordinamento dei servizi o l'adeguatezza degli strumenti di verifica della qualità delle prestazioni. La partecipazione alla consultazione è stata quantitativamente importante, coinvolgendo 86 enti. Due terzi delle risposte sono state formulate dai Comuni, la cui popolazione rappresenta il 77% di quella cantonale, mentre le altre 28 risposte sono giunte da enti diversi quali associazioni settoriali, partiti politici, ecc.

Dopo le modifiche apportate al documento basate sui riscontri ricevuti nella consultazione, durante la seduta del 27 ottobre 2021, il Consiglio di Stato, ha incaricato il Dipartimento della sanità e della socialità di avviare la procedura di stesura del **messaggio**.

Contenuti della Pianificazione integrata LAnz-LACD 2021-2030

Il messaggio riporta in particolare una sintesi dei contenuti del presente rapporto (parte quantitativa e qualitativa), le modalità e i risultati della consultazione, la presentazione della scelta pianificatoria (scenario 2) e le proposte d'intervento (vedi elenco sottostante).

Nella fase di consultazione gli interpellati si sono espressi molto favorevolmente sul progetto di Pianificazione. La quasi totalità ne ha condiviso i principi di base (94%), la metodologia di stima del fabbisogno (86%) e gli approfondimenti qualitativi (92%).

Priorità d'intervento

A breve termine, cioè **entro il 2025**, si prevede di:

1. Promuovere maggiormente la creazione di reti integrate regionali, prevedendo soluzioni organizzative diverse in funzione delle peculiarità territoriali/comprensoriali.
2. Creare le basi per una maggiore ed effettiva partecipazione dei Comuni alla governance del settore.
3. Sviluppare ulteriormente i sistemi di controllo della qualità, considerando i costi e il carico amministrativo (burocrazia) e responsabilizzando maggiormente l'ente erogatore della prestazione, e definire uno o più data set comuni tra i servizi (sia globalmente sia per settore).
4. Avviare le riflessioni per uniformare le due leggi settoriali (LAnz e LACD).
5. Introdurre una norma legale per rendere effettivi i diritti degli anziani, in particolare quelli collocati in CPA.
6. Adottare nuovi parametri di riconoscimento degli investimenti in CPA.
7. Dare maggiore valorizzazione del volontariato.

A medio termine, ovvero **tra il 2026 e il 2030**, il focus sarà posto sui seguenti aspetti:

8. Revisione del calcolo della retta in CPA.
9. Revisione delle tariffe di economia domestica.
10. Definire il riassetto organizzativo della consulenza materno-pediatrica (ICMP).
11. Riconoscere la prestazione delle/i collaboratrici/ori familiari.
12. Realizzazione di una rete di servizi completamente integrata che premetta una presa in carico continuativa dell'utente e porti a una migliore presa in carico e a migliori esiti.

Queste tempistiche sono da intendere come indicative e a seconda della maturazione della situazione, in particolare del grado di condivisione sui singoli elementi, non si esclude che alcuni di essi possano essere attivati anticipatamente rispetto alle scadenze indicate.

Pianificazione integrata LAnz – LACD 2021-2030

Documenti di riferimento

La Pianificazione integrata LAnz – LACD 2021 è costituita da un rapporto finale, da un rapporto riassuntivo e da 12 allegati, che possono essere consultati sul seguente sito web:

<https://www4.ti.ch/dss/dasf/uacd/sportello/pianificazione-integrata-lanz-lacd-2021-2030/>

La tabella sottostante fornisce una panoramica dei suddetti documenti.

Tematica	Documento di riferimento
<i>Documenti generali</i>	
Rapporto finale	Pianificazione integrata LAnz-LACD 2021-2030 (Rapporto finale, versione 3.1, dicembre 2021)
Rapporto riassuntivo	Pianificazione integrata LAnz-LACD 2021-2030 (Rapporto riassuntivo, versione giugno 2021)
<i>Lavori preliminari</i>	
Principi di base della Pianificazione integrata	De Pietro, C. 2020: Cosa significa fare pianificazione integrata. Rapporto effettuato dalla SUPSI su mandato della DASF. – Allegato 1 Autori vari: Gestione integrata dell'offerta: esperienze territoriali. – Allegato 12
Ritratto dell'utente	Cavalli, S., Corna, L. 2020: Il ritratto dell'anziano di domani. Rapporto effettuato dalla SUPSI su mandato della DASF. – Allegato 2
<i>Lavori quantitativi</i>	
Pianificazione quantitativa	DSP – Statistiche sanitarie e DASF – UACD 2020: Pianificazione integrata LAnz-LACD 2021-2030. Stima del fabbisogno 2030. – Allegato 3
<i>Approfondimenti qualitativi</i>	
Familiari curanti	DASF - UACD 2020: Approfondimenti sui familiari curanti. – Allegato 4
Promozione della qualità e bientraitance	Bortolin, E. 2020: Sistema di promozione e controllo di qualità e Bientraitance. Rapporto effettuato dalla SUPSI su mandato della DASF. – Allegato 5
Digitalizzazione e robotizzazione del settore sanitario	DASF – UACD 2020: Digitalizzazione e robotizzazione del settore sanitario. – Allegato 6
Parametri d'investimento per le Case per anziani	Guerra, F., Oppikofer, R. 2020: Analisi costi di costruzione case anziani medicalizzate. Rapporto effettuato da Wüest und Partner SA su mandato della DASF. – Allegato 7
Consulenza materno-pediatrica (ICMP)	Santini, M. 2020: Progetto coordinamento ICMP, rapporto finale. Rapporto effettuato su mandato della DASF. – Allegato 8
Sviluppo della prestazione della collaboratrice e dei collaboratori familiari	DASF – UACD 2020: Nota Progetto "Badanti". – Allegato 9.1. DASF – UACD 2020: Scheda progetto sperimentazione". – Allegato 9.2.
Potenziamento della capacità ricettiva dei Centri diurni terapeutici	DASF – UACD 2020: Potenziamento della capacità ricettiva dei centri diurni terapeutici. – Allegato 10
Aiuti diretti: situazione attuale e prospettive future	Greppi, S., Avilés, G., Beltrami, S.L., Bigotta, M., Colubriale Carone, A., Crisà, D. 2019: Valutazione del dispositivo "Aiuti diretti" – Sostegno al mantenimento a domicilio. – Allegato 11