

**PIANIFICAZIONE 2010-2020 DELLA CAPACITÀ
D'ACCOGLIENZA DEGLI ISTITUTI PER ANZIANI NEL
CANTONE TICINO**

Aggiornamento della Pianificazione 2000-2010

Dipartimento della sanità e della socialità
Divisione dell'azione sociale e delle famiglie
Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio

Bellinzona, dicembre 2011

Indice dei Capitoli

1	INTRODUZIONE	6
1.1	Schema generale dell'aggiornamento della Pianificazione 2010-2020.....	7
1.1.1	Stima prospettiva della domanda.....	7
1.1.2	Evoluzione dell'offerta	7
1.1.3	Ricerca dell'equilibrio fra domanda e offerta	8
1.2	Coordinamento con altre pianificazioni settoriali che riguardano gli anziani	9
1.2.1	Rapporto istituzionale tra Pianificazione degli istituti per anziani, Pianificazione ospedaliera e altre Pianificazioni settoriali	10
1.2.2	La Pianificazione ospedaliera del novembre 2005 e l'aggiornamento in corso....	11
1.2.3	La pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2006-2009 e la nuova pianificazione 2011-2014.....	13
1.2.4	La pianificazione degli istituti per invalidi adulti 2009-2010 e la nuova pianificazione 2011-2014.....	14
1.2.5	La pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012.....	17
2	BILANCIO DELLA PIANIFICAZIONE 2000-2010 DEGLI ISTITUTI PER ANZIANI (LUGLIO 2003).....	19
2.1	Ricapitolazione degli elementi cardine della pianificazione 2000-2010	19
2.1.1	Metodologia di stima prospettiva del fabbisogno in posti letto adottata: metodo Balance of Care (BoC), con riequilibrio regionale della densità di posti letto19	
2.1.2	Fabbisogno di posti letto in istituti per anziani stimato nel 2010 a livello cantonale e regionale	19
2.1.3	Le scelte pianificatorie perseguite.....	20
2.2	Evoluzione demografica 2000-2010.....	21
2.2.1	A livello cantonale	21
2.2.2	A livello regionale	22
2.3	Evoluzione nel settore degli istituti per anziani 2000-2010	23
2.3.1	Posti letto (totali).....	23
2.3.2	Densità di posti letto	25
2.3.3	Tasso di occupazione dei letti (di lunga durata)	26
3	SITUAZIONE A FINE 2010 NEL SETTORE DELLE CURE DI LUNGA DURATA IN TICINO	28
3.1	Settore degli istituti per anziani medicalizzati.....	28
3.1.1	Posti letto totali e secondo la durata a fine 2010.....	28
3.1.2	Densità di posti letto a fine 2010.....	30
3.1.3	Reparti ad alto contenuto sanitario (ACS) – Bilancio 2004-2010.....	32
3.2	Settore dell'assistenza e delle cure a domicilio	33
3.3	Settore ospedaliero in Ticino (geriatria generale e acuta)	35
3.4	Paragone intercantonale nel ricorso alle cure di lunga durata.....	36

4	STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO NEGLI ISTITUTI PER ANZIANI NEL 2010, 2015 E 2020	38
4.1	Evoluzione demografica prospettata 2010-2020 a livello cantonale e regionale.....	38
4.2	Fabbisogno in posti letto 2010-2020 a livello cantonale e regionale.....	39
4.2.1	Stima del numero di persone che necessiterebbero di accoglienza in istituti per anziani medicalizzati nel periodo 2010-2020, a livello cantonale e regionale	39
4.2.2	Fabbisogno in posti letto 2010-2020 a livello cantonale e regionale	42
4.2.3	Verifica del nuovo fabbisogno 2010 rispetto alla Pianificazione 2003	43
4.3	Densità di posti letto necessaria a fine 2020.....	44
5	CONFRONTO DELL'OFFERTA DI POSTI LETTO ALLA DOMANDA	45
5.1	Iniziative in corso di realizzazione (autunno 2011).....	45
5.2	Iniziative già pianificate, ma non ancora avviate	46
5.3	Iniziative annunciate, ancora da realizzare	46
5.4	Sintesi dei posti letto supplementari prospettati negli istituti per anziani medicalizzati nel periodo 2012-2020	48
5.5	Confronto tra i posti letto disponibili nel 2010 e prospettati entro il 2020 con il fabbisogno 2010-2020 a livello cantonale e regionale	49
5.6	Ricapitolazione dei nuovi posti letto da iscrivere nella Pianificazione delle strutture autorizzate ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3 LAMal).....	52
6	INDIRIZZI QUALITATIVI 2010-2020 E STRATEGIA D'ATTUAZIONE.....	54
6.1	Indirizzi negli istituti per anziani medicalizzati	54
6.1.1	Posti per soggiorni temporanei (ST)	54
6.1.2	Posti per "cure acute e transitorie" (CAT) ed integrazione a livello cantonale della prestazione per "soggiorno temporaneo terapeutico" (STT)	55
6.1.3	"Reparti Alzheimer".....	58
6.1.4	Cure palliative ed accompagnamento dei casi terminali negli istituti per anziani.....	60
6.2	Diversificazione nell'offerta di presa a carico per le cure di lunga durata	61
6.2.1	Sviluppo dei Servizi d'assistenza e cure a domicilio d'interesse pubblico	61
6.2.2	Futuro ruolo svolto dalle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio private (OACD) e dagli infermieri/e indipendenti	63
6.3	Sviluppo di strumenti di monitoraggio e di gestione	64
6.3.1	Coordinazione dei posti liberi e delle domande d'accoglienza in istituti per anziani ed orientamento nella rete sociosanitaria	64
6.3.2	Elaborazione di linee guida per la realizzazione razionale di istituti per anziani in termini di efficacia, qualità ed economicità.....	66
6.4	Forme di presa a carico non medicalizzate.....	68
6.4.1	Appartamenti protetti	68
6.4.2	Nuove forme intermedie	69
6.4.3	La funzione complementare delle badanti	70

7	ASPETTI FINANZIARI.....	73
7.1	Evoluzione degli investimenti.....	73
7.2	Evoluzione della spesa di gestione corrente.....	75
8	SINTESI E PROSPETTIVE	77
8.1	Sintesi	77
8.2	Necessità di aggiornamento della Pianificazione della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone: verifica del fabbisogno 2010-2020 e previsione per il 2025-2030	80
8.3	Prossime tappe.....	81

Elenco delle Figure

Figura 1:	Schema Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino.....	9
Figura 2:	Schema integrazione CAT e STT in Ticino, dal 1.01.2011 (paziente anziano) .	57

Elenco delle Tabelle

Tabella 1:	Fabbisogno di posti letto in istituti per anziani nel 2010, per comprensorio SACD, e variazioni rispetto ai posti effettivi nel 2000 (Variante BoC con riequilibrio regionale).....	20
Tabella 2:	Evoluzione demografica 2000-2010 – Cantone Ticino (totale e per le classi d'età 65+/80+/90+)	21
Tabella 3:	Evoluzione demografica 2000-2010 - Comprensori SACD (totale e per le classi d'età 65+/80+/90+).....	22
Tabella 4:	Evoluzione dei posti letto medicalizzati effettivi dal 2000 al 2010 in Ticino e per comprensorio SACD	23
Tabella 5:	Evoluzione della densità di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati rispetto alla popolazione ultraottantenne dal 2000 al 2010, in Ticino e per comprensorio SACD	25
Tabella 6:	Evoluzione dei tassi di occupazione dei letti (di lunga durata) negli istituti per anziani medicalizzati dal 2000 al 2010 in Ticino	26
Tabella 7:	Posti letto medicalizzati effettivi a fine 2010 in Ticino e per comprensorio SACD, totali e secondo la durata	28
Tabella 8:	Evoluzione dei posti letto medicalizzati effettivi dal 2000 al 2010 in Ticino e per comprensorio SACD, totali e secondo la durata di soggiorno.....	29
Tabella 9:	Densità di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati rispetto alla popolazione ultraottantenne a fine 2010 e paragone 2000-2010, in Ticino e per comprensorio SACD	31
Tabella 10:	Evoluzione dei Servizi di assistenza e cura a domicilio riconosciuti dalla LACD, principali indicatori, dal 2001	34
Tabella 11:	Previsione della popolazione residente permanente in Ticino regionalizzata per comprensorio SACD, totale e classi d'età 65+ e 80+.....	38

Tabella 12: Stima del numero di persone che necessiterebbero di accoglienza in istituti per anziani medicalizzati, in Ticino e per comprensorio SACD fino al 2020.....	40
Tabella 13: Fabbisogno stimato di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati in Ticino e per comprensorio SACD fino al 2020	42
Tabella 14: Confronto fra il fabbisogno di posti letto negli istituti per anziani, in Ticino e per comprensorio SACD, nel 2010: stima SCRIS 2006 e stima Pianificazione 2003	43
Tabella 15: Densità effettiva di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati rispetto alla popolazione ultraottantenne nel 2010 e densità necessaria a fine 2020, in Ticino e per comprensorio SACD (SCRIS 2006)	44
Tabella 16: Nuovi posti letto prospettati in istituti per anziani in Ticino e per comprensorio SACD 2012-2020	49
Tabella 17: Confronto tra posti letto presenti e prospettati con il fabbisogno stimato di posti letto in istituti per anziani 2010-2020, Ticino e comprensori SACD.....	50
Tabella 18: Posti letto in appartamenti protetti a fine 2010 in Ticino e per comprensorio SACD.....	68
Tabella 19: Stima della spesa d'investimento e finanziamento LANz per iniziative prospettate in istituti per anziani medicalizzati dal 1.01.2011 e stima per gli ulteriori posti letto necessari entro fine 2020	75
Tabella 20: Stima dell'aumento dei contributi di gestione corrente per istituti per anziani medicalizzati finanziati LANz a fine 2020 rispetto alla situazione di fine 2010 (posti letto supplementari prospettati e da individuare), Cantone e Comuni	76

Allegati

Allegato 1: Posti letto in istituti per anziani medicalizzati da autorizzare secondo art. 39 cpv. 3 LAMal.

1 INTRODUZIONE

Il presente Rapporto verifica la Pianificazione 2000-2010 della capacità d'accoglienza negli istituti per anziani del Cantone Ticino esposta nel Rapporto del luglio 2003¹ e presenta una nuova Pianificazione per il periodo 2010-2020.

Si osserva lo sviluppo reale della popolazione anziana fino a fine 2010 e si attualizzano le proiezioni demografiche fino all'orizzonte temporale 2020. Nel contempo si ricostruisce l'evoluzione effettiva dell'offerta di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati nel periodo 2000-2010 (con in aggiunta il monitoraggio di alcuni parametri-chiave: densità di posti letto, tasso d'occupazione, ecc.) e si stima il fabbisogno fino al 2020, a livello cantonale e regionale.

Si effettua inoltre un inventario delle iniziative in corso per la realizzazione di nuove capacità d'accoglienza in istituti per anziani, come pure dei progetti e delle proposte di nuove realizzazioni annunciati per il presente decennio, con stato autunno 2011.

Il confronto fra il fabbisogno stimato e l'offerta già prospettata, mette in evidenza la necessità di nuovi progetti per colmare la lacuna evidenziata, elemento che sarà da tenere in debita considerazione nelle prossime pianificazioni settoriali, in particolare quella ospedaliera (Elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, art. 39 LAMal) e dell'assistenza e delle cure a domicilio.

Nell'ambito della diversificazione dell'offerta di presa a carico per le cure di lunga durata, si indicano gli indirizzi qualitativi e la strategia d'attuazione per il presente decennio.

Infine, si fornirà un'indicazione sommaria degli ordini di grandezza per investimenti e spese di gestione corrente che il settore degli istituti per anziani medicalizzati conoscerà nei prossimi anni a seguito del preventivato adeguamento dell'offerta di posti letto al fabbisogno stimato.

¹ "Pianificazione 2000-2010 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino", DSS, Bellinzona, luglio 2003.

1.1 Schema generale dell'aggiornamento della Pianificazione 2010-2020

1.1.1 Stima prospettiva della domanda

La stima prospettiva della domanda di posti letto negli istituti per anziani per il prossimo decennio è contenuta nello studio del luglio 2006 elaborato dal Servizio cantonale di ricerca ed informazione statistica (SCRIS) del Canton Vaud, su mandato della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie, in collaborazione con l'Ufficio cantonale di statistica (Ustat)².

Lo scenario di riferimento utilizzato dallo SCRIS contempla l'evoluzione demografica fino al 2020, con particolare attenzione all'evoluzione della popolazione anziana per classi d'età.

Il prospettato numero di persone in istituti per anziani medicalizzati dello studio SCRIS è basato su un modello che prende in considerazione i livelli d'autonomia dell'anziano all'entrata in un istituto. Si tratta di una sorta di mediazione tra "anni di vita con dipendenza" (dunque in istituto) e "anni di vita in buona salute" (entrata in istituto differita), con riferimento all'accresciuta speranza di vita della popolazione anziana (vedi capitolo 4).

Le previsioni demografiche, il prospettato numero di persone anziane in istituti per anziani medicalizzati così come la derivazione del fabbisogno di posti letto nelle strutture, sono effettuati sia per il Cantone nel suo insieme, sia per le sei regioni che coincidono con i comprensori dei Servizi di assistenza e cura a domicilio. Questa suddivisione territoriale, base della Pianificazione del 2003, è stata mantenuta, poiché permette di mettere in relazione in modo equilibrato la domanda e l'offerta complessiva di strutture e servizi per la popolazione anziana all'interno di una rete socio-sanitaria regionale integrata.

1.1.2 Evoluzione dell'offerta

L'evoluzione dell'offerta di posti letto in istituti per anziani si basa sui dati effettivi censiti nell'ambito della "Statistica degli istituti medico-sociali" (SOMED) dell'Ufficio federale di statistica per gli anni dal 2000 al 2010³, integrati per l'anno 2010 dai dati in possesso dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF).

Inoltre, per l'evoluzione dell'offerta di posti letto si sono considerati, con stato autunno 2011, tutti i progetti già in fase di realizzazione, le iniziative già pianificate e inserite nel Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal) del 29 novembre 2005⁴, ma non ancora realizzate, come pure tutti i progetti che sono stati annunciati all'Autorità cantonale da diversi promotori (comuni, consorzi, fondazioni, ecc.) e che sfoceranno nella nuova costruzione di istituti oppure che

² «Perspectives de personnes en Etablissements Médico Sociaux 2002-2020 – Tessin», SCRIS, juillet 2006.

³ Fino al 2005 "Statistica Intra-Muros EMS" (EMS: "Établissements médico-sociaux").

⁴ BU 50/2007, del 2 ottobre 2007.

occasioneranno un aumento dei posti letto disponibili a seguito di ampliamenti, ristrutturazioni (o riconversioni).

1.1.3 Ricerca dell'equilibrio fra domanda e offerta

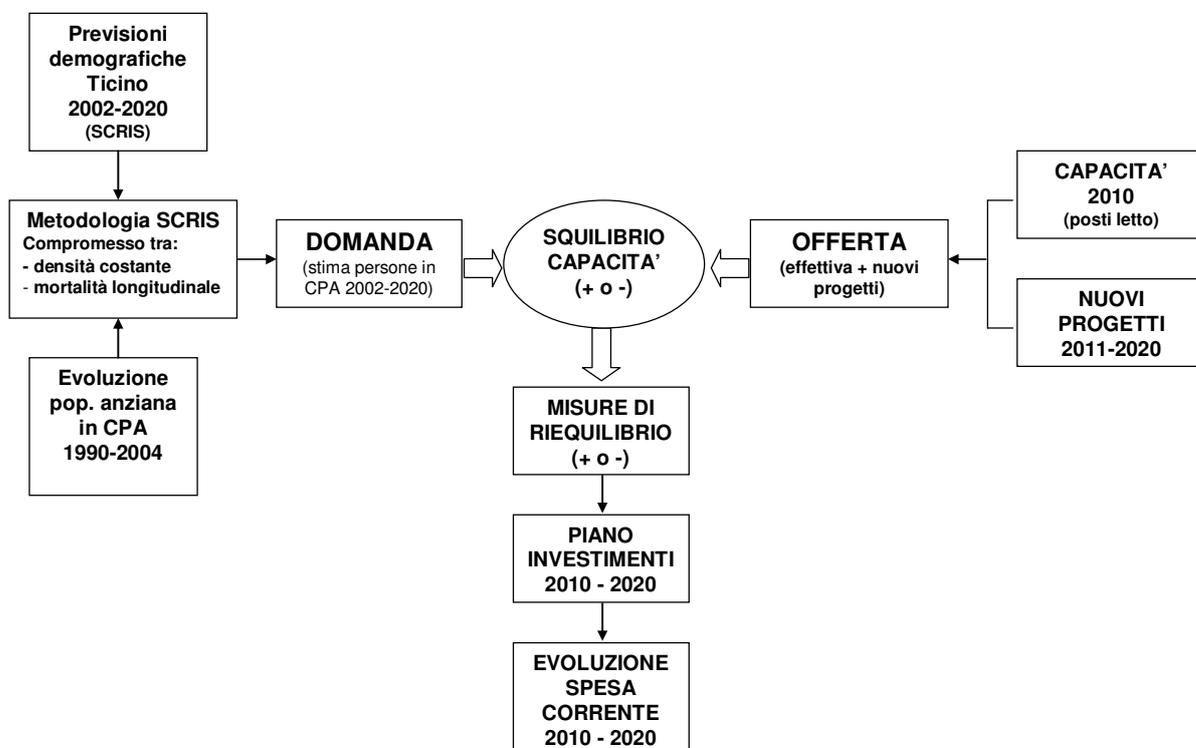
L'obiettivo della Pianificazione è la verifica e l'indicazione dei rimedi a fronte di un eventuale squilibrio tra le tendenze della prospettata domanda di posti letto in istituti per anziani, a seguito dell'evoluzione della popolazione e dello sviluppo delle alternative nella presa a carico di lunga durata, e l'offerta presente e futura di posti letto. Si tratta di stabilire se, a livello cantonale e/o regionale, l'offerta tendenziale potrà risultare insufficiente, adeguata oppure superiore alla domanda preventivata.

Nel caso di una domanda superiore all'offerta, si tratterebbe di stimolare ulteriori offerte di posti letto in istituti per anziani nelle regioni che apparissero insufficientemente dotate (oppure di incentivare le alternative di presa a carico). Inversamente, in una situazione di surplus dell'offerta, le misure di riequilibrio consisterebbero nella selezione, fra le offerte presentate, di quelle che risponderebbero meglio ai bisogni da soddisfare in termini di localizzazione, qualità e costi rispetto a quelle di progetti alternativi.

Le misure da intraprendere per un riequilibrio tra domanda e offerta sono poi da tradurre in un piano degli investimenti e in una previsione di spesa corrente, inserendole nei Piani finanziari del Cantone e dei Comuni. A questo proposito, per quanto attiene alla pianificazione finanziaria delle misure di riequilibrio, il presente Rapporto fornirà unicamente un'indicazione sommaria degli ordini di grandezza (investimenti e spese di gestione). Gli aumenti necessari dell'offerta di posti letto in istituti per anziani medicalizzati dovranno essere inseriti, se non già presenti, nella Pianificazione LAMal.

Di seguito presentiamo, sotto forma grafica, lo schema alla base del presente processo di pianificazione.

Figura 1: Schema Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino



1.2 Coordinamento con altre pianificazioni settoriali che riguardano gli anziani

La nuova *Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane* del 30 novembre 2010 (Legge anziani, Lanz)⁵, all'articolo 1 indica che essa persegue lo scopo di *"promuovere, coordinare e disciplinare le attività degli enti che operano a favore delle persone anziane"*, in particolare nel campo d'applicazione concernente *"la costruzione, l'acquisto, la ristrutturazione e l'ampliamento di strutture sociosanitarie"*, come pure della loro gestione (art. 2 LANz).

L'articolo 5 cpv.1 della nuova Legge fa esplicito riferimento alla Pianificazione cantonale: *"al fine di garantire un'adeguata risposta ai differenti bisogni e un'equa distribuzione dell'offerta delle attività a favore delle persone anziane, il Consiglio di Stato, sentiti i Comuni e gli enti interessati, pubblici e privati, rileva i bisogni esistenti e fissa l'ordine di priorità degli interventi da sostenere"*. Il relativo Regolamento d'applicazione precisa che tale esercizio è svolto dal Dipartimento della Sanità e della Socialità, avvalendosi della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (art. 1b) R-Lanz).

⁵ BU 3/2011, del 28.01.2011.

L'approccio sistemico di coordinamento già seguito nel 2003, in occasione della Pianificazione 2000-2010 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani, è ribadito pure in questo Rapporto: la pianificazione degli istituti per anziani deve infatti tener conto delle altre possibilità di cura offerte nel Cantone.

I bisogni di assistenza e cura degli anziani possono essere soddisfatti, in misura più o meno estesa, dai Servizi di assistenza e cura a domicilio e dai loro Servizi di appoggio (centri diurni, servizi di trasporto, telesorveglianza, fornitura di pasti a domicilio,...). Le scelte effettuate in ambito di politica ospedaliera e, in minor misura, quelle derivanti dalla Pianificazione degli istituti per invalidi adulti e dalla Pianificazione sociopsichiatrica cantonale influiscono pure sulla Pianificazione degli istituti per anziani.

Per questa ragione si espongono di seguito i legami di coordinamento con le altre pianificazioni settoriali che riguardano gli anziani.

1.2.1 Rapporto istituzionale tra Pianificazione degli istituti per anziani, Pianificazione ospedaliera e altre Pianificazioni settoriali

Nella precedente Pianificazione del 2003, il Dipartimento della sanità e della socialità aveva elaborato il Rapporto di Pianificazione degli istituti per anziani sottoponendolo al Consiglio di Stato. Il documento approvato era stato in seguito trasmesso all'indirizzo del Gran Consiglio e della sua Commissione sanitaria per informazione.

Con la nuova Legge anziani del 30 novembre 2010, entrata in vigore il 1° gennaio 2011⁶, vi è stato un cambiamento significativo rispetto a questa procedura. Infatti l'art. 5 cpv. 2 LANz prevede che *“la Pianificazione di questi interventi è sottoposta per approvazione al Gran Consiglio”*, analogamente a quanto già previsto dalla Legge sulle competenze pianificatorie del Gran Consiglio del 7 novembre 2006, entrata in vigore il 1° gennaio 2007⁷, per le pianificazioni settoriali che riguardano l'assistenza e cura a domicilio e la socio psichiatria. Queste ultime sono discusse dal Gran Consiglio, ogni 4 anni, che le approva o le rinvia totalmente o parzialmente al Consiglio di Stato per una modifica ai sensi della discussione parlamentare.

Per quanto riguarda la Pianificazione ospedaliera cantonale, anch'essa è sottoposta a discussione parlamentare in base all'art. 65 LCAMal: *“il Consiglio di Stato trasmette con un messaggio la pianificazione al Gran Consiglio, il quale sulla base di un rapporto commissionale la approva o la respinge o la modifica sentito il parere scritto del Consiglio di Stato e della Commissione della gestione e delle finanze”*.

Il rapporto istituzionale tra la Pianificazione degli istituti per anziani e la Pianificazione ospedaliera è stretto. La prima pianificazione serve da “input” primario alla preparazione della seconda, in particolare per l'allestimento dell'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, sulla base dell'art. 39 cpv. 3 LAMal. Le indicazioni e gli orientamenti derivanti dalla Pianificazione degli istituti per anziani debbono dunque essere recepiti nella Pianificazione ospedaliera cantonale, come pure debbono essere riconosciuti i relativi posti letto pianificati nei vari istituti autorizzati.

⁶ BU 3/2011 del 28 gennaio 2011.

⁷ BU 60/2006 del 29 dicembre 2006.

Nell'ambito dell'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera cantonale vigente, il Consiglio di Stato, con Risoluzione no. 3588 del 13 luglio 2010, ha istituito la Commissione della Pianificazione sanitaria incaricata di elaborare un progetto di aggiornamento dell'elenco degli istituti autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (Pianificazione art. 39 LAMal, DL del 29 novembre 2005), in ossequio all'art. 64 LCAMal.

In un primo tempo, il Consiglio di Stato ha indicato alla Commissione della Pianificazione sanitaria di affrontare prioritariamente l'aggiornamento della pianificazione delle case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal). Questo principalmente per il motivo legato all'entrata in vigore, dal 1. gennaio 2011, della Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008, per la quale l'adeguamento a livello cantonale ha reso necessario proprio l'allestimento della nuova LANz, visto l'impatto importante sul settore degli istituti per anziani medicalizzati⁸.

D'altro canto, come indicato in precedenza, è importante che le due pianificazioni settoriali LANz e LAMal, benché dispongano di due base legali distinte, procedano in contemporanea.

Il presente Rapporto è dunque stato trasmesso dal Consiglio di Stato alla costituita Commissione della Pianificazione sanitaria ed è quindi alla base della prima tappa dell'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (case di cura, art. 39 cpv. 3 – prima fase)⁹. È stato infatti ritenuto ragionevole, anche a seguito delle rilevanti proposte per la copertura del fabbisogno supplementare di posti letto da mettere a disposizione in istituti per anziani medicalizzati entro il 2020, d'assicurare subito il riconoscimento dei posti letto ai sensi della LAMal (art. 39 cpv. 3), perlomeno per la prospettata offerta di posti letto medicalizzati derivante da iniziative pianificate o annunciate già a conoscenza dell'Autorità cantonale.

1.2.2 La Pianificazione ospedaliera del novembre 2005 e l'aggiornamento in corso

L'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal) del 29 novembre 2005 è entrato pienamente in vigore, dopo l'evasione dei ricorsi interposti nel settore degli istituti sottoposti all'art. 39 cpv. 1 LAMal, nell'autunno del 2007, definendo così ufficialmente l'elenco degli istituti per anziani medicalizzati¹⁰.

Tale elenco prevede un totale di 4'409 posti letto in istituti per anziani medicalizzati, suddivisi nelle sei regioni che coincidono con i Comprensori dei Servizi di assistenza e cura a domicilio: 724 posti letto per il Mendrisiotto, 1'327 per il Luganese, 374 per il Malcantone, 1'105 per Locarnese, 473 per il Bellinzonese ed infine 406 posti per le Tre Valli.

⁸ Vedi Messaggio no. 6390 "Adeguamento della normativa cantonale alla Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008", del 24.08.2010.

⁹ "Rapporto sull'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal), Parte Pianificazione case di cura – 1a fase (art. 39 cpv. 3 LAMal: Anziani e Invalidi)", DSS, novembre 2011.

¹⁰ DL concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal), BU 50/2007, del 2.10.2007.

Nell'ambito dell'ultima Pianificazione ospedaliera, una proposta che toccava da vicino il settore degli anziani era la riconversione totale o parziale di due strutture ospedaliere (l'Ospedale San Donato a Intragna e l'Ospedale Malcantonese a Castelrotto), in istituti per anziani medicalizzati. Tale riconversione era già stata avviata con la Pianificazione ospedaliera del 2001 per l'Ospedale regionale di Cevio, la Clinica Santa Lucia di Arzo e la clinica Opera Charitas a Sonvico.

Tutti questi progetti di riconversione sono stati portati a termine o sono a buon punto. Per il Ricovero San Donato a Intragna i lavori di ristrutturazione sono terminati nell'autunno del 2009. Per le due iniziative riguardanti l'ex-Ospedale regionale di Cevio e Opera Charitas di Sonvico, nel primo caso è stata avviata la costruzione del nuovo Centro sociosanitario (per anziani e invalidi) nel marzo 2009 con una preventivata fine dei lavori a fine 2012, mentre nel secondo caso il Parlamento ha concesso un credito per l'ampliamento e la ristrutturazione dell'istituto in data 22 marzo 2007.

Con la Pianificazione ospedaliera del 2001, si è inoltre avviata per quattro strutture (Cevio, Castelrotto, Clinica Santa Lucia a Arzo e Opera Charitas a Sonvico), l'istituzione, progressiva a partire dal 2004, di un "Reparto ad alto contenuto sanitario" (ACS), ognuno dotato di 15 posti letto ¹¹.

Nell'elenco del novembre 2005 degli istituti per anziani medicalizzati autorizzati ad operare a carico della LAMal erano contemplati alcuni progetti di nuove case per anziani, come pure erano considerati diversi ampliamenti di strutture esistenti, progetti già parzialmente enumerati nel Rapporto di Pianificazione del luglio 2003. Alcuni di questi progetti d'ampliamento si sono conclusi o stanno per concludersi, mentre è da rilevare che importanti progetti di costruzione di nuovi istituti per anziani hanno subito o stanno subendo notevoli ritardi nella realizzazione. A titolo di esempio, si può citare il progetto della nuova Casa per anziani comunale di Bellinzona.

Una visione d'insieme è presentata nel capitolo 5 del Rapporto, dove saranno pure enumerate tutte le nuove iniziative pianificate o annunciate nell'ambito delle strutture per anziani. La citata prima tappa dell'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera cantonale (case di cura, art. 39 cpv. 3 – prima fase) prevede tutte queste nuove iniziative segnalate all'Autorità cantonale competente e propone pertanto, con riferimento ai 4'409 posti in istituti per anziani medicalizzati autorizzati a operare a carico della LAMal secondo l'attuale DL del 29 novembre 2005, di inserire ulteriori 640 posti letto supplementari nel nuovo elenco degli istituti per anziani medicalizzati dell'art. 39 cpv. 3 LAMal, portandone il totale a 5'049 posti letto.

Durante la seconda tappa dell'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera, si procederà alla ripresa e al completamento della pianificazione riguardante le case di cura (art. 39 cpv. 3 – seconda fase), poiché il primo aggiornamento dell'elenco degli istituti per anziani medicalizzati autorizzati a esercitare a carico dell'assicurazione malattia di base non permette ancora di coprire il fabbisogno scoperto in posti letto all'orizzonte 2020, stimato a ca. 310 posti, e descritto nel presente Rapporto.

¹¹ Una valutazione di questa specifica sperimentazione, per il quadriennio 2004-2008, è illustrata al capitolo 3.1.3 del presente Rapporto.

1.2.3 La pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2006-2009 e la nuova pianificazione 2011-2014

La Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio per gli anni 2006-2009¹², fatta propria dal Gran Consiglio nella seduta del 22 ottobre 2007, prevedeva per l'attività dei Servizi d'assistenza e cura a domicilio d'interesse pubblico (SACD) un sentiero di sviluppo differenziato per singolo comprensorio: sentiero di stabilità per il Mendrisiotto come pure per il comprensorio delle Tre Valli, crescita della presa a carico negli altri comprensori, in relazione soprattutto con l'aumento dell'utenza anziana.

Questo si traduceva, in uno sviluppo medio delle ore totali dei SACD a livello cantonale, sul periodo 2006-2009, di ca. il 3-3.5% annuo (utenti anziani, bambini, invalidi e famiglie).

Gli obiettivi posti con la Pianificazione SACD 2006-2009, sia in relazione al numero di utenti globali da seguire, sia alle ore di prestazione globali da erogare, sono stati pienamente raggiunti e perfino superati, seppur con delle differenze a livello di comprensori.

Limitatamente agli utenti anziani seguiti (con più di 65 anni di età), si può affermare che il superamento degli obiettivi quantitativi è legato principalmente alla forte progressione della popolazione anziana conosciuta sul quadriennio (maggiore di quanto stimato inizialmente), come pure dal fatto che alcuni fattori di aggiustamento regionali ritenuti a suo tempo (presenza o meno nel comprensorio di organizzazione di assistenza e cura private e infermieri/e indipendenti, struttura delle economie domestiche, disponibilità di posti letto negli istituti per anziani, ecc.) abbiano esplicato degli effetti diversi dal previsto.

Si può supporre che la maggior offerta dei SACD constatata in alcuni comprensori possa avere, almeno in parte, compensato la messa a disposizione più lenta del previsto di posti letto medicalizzati in casa per anziani, perlomeno fino alla fine del periodo di pianificazione SACD 2006-2009.

In effetti, la Pianificazione 2000-2010 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino elaborata nel 2003 prevedeva un fabbisogno stimato di 4'351 posti letto su tutto il territorio cantonale a fine 2010 (vedi paragrafo 2.1.2), mentre a fine 2009 si conteggiavano ca. 4'030 posti effettivi (vedi paragrafo 2.3.1). Gli scostamenti erano particolarmente marcati in alcuni comprensori tra i quali il Bellinzonese, le Tre Valli, il Luganese e il Malcantone-Vedeggio, tutti comprensori in cui si sono osservati i superamenti più importanti nell'ambito delle ore di cura totali erogate dai SACD sul periodo 2006-2009 rispetto a quanto inizialmente preventivato.

La pressione sui SACD dovrebbe essere leggermente rientrata nel corso del 2010, siccome diversi progetti di ampliamento di case per anziani sono giunti a termine, ciò che ha permesso di mettere a disposizione più di 130 posti letto supplementari, riducendo il fabbisogno scoperto in particolare nel comprensorio del Luganese, nelle Tre Valli e, in maniera più limitata, nel Malcantone e Vedeggio (vedi 3.1.1 e 5.5).

¹² "Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2006-2009", DSS, Bellinzona, 2006.

La recente Pianificazione SACD 2011-2014¹³ ha presentato il fabbisogno di assistenza e cura e domicilio all'orizzonte 2014, integrando le importanti innovazioni derivanti dalla modifica legislativa apportata alla LAMal il 13 giugno 2008 dalle Camere federali e che riguarda il nuovo regime di finanziamento delle cure di lunga durata (ai sensi del nuovo art. 25a LAMal). Tale riforma legislativa, in vigore dal 1. gennaio 2011, prevede l'estensione del diritto al finanziamento pubblico residuo, per le prestazioni di cura LAMal non coperte, al settore privato degli istituti per anziani (non finanziati in maniera ricorrente secondo la LANz), come pure alle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio private (OACD, non finanziate in base alla LACD) e agli infermieri/e indipendenti¹⁴.

Il modello per la stima del fabbisogno utilizzato nella precedente Pianificazione 2006-2009 è stato riproposto anche in questa occasione¹⁵, introducendo dei correttivi a livello cantonale e regionale¹⁶ in grado di contenere la situazione di sovra-offerta in ambito di cure domiciliari constatata in Ticino a seguito della presa in considerazione, oltre al settore dei SACD d'interesse pubblico, pure del settore privato (a titolo di paragone sono attivi sul territorio cantonale, oltre ai sei SACD d'interesse pubblico, una ventina di OACD e ca. 150 infermieri/e indipendenti, dati anno 2011).

Per i dettagli esaustivi della strategia di sviluppo nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio per il prossimo periodo pianificatorio si rimanda al citato documento di Pianificazione settoriale 2011-2014, in corso d'approvazione, mentre un sommario dei principali elementi sarà presentato nel capitolo relativo agli indirizzi qualitativi e alla diversificazione nell'offerta di presa a carico per le cure di lunga durata, più precisamente al punto 6.2.1.

1.2.4 La pianificazione degli istituti per invalidi adulti 2009-2010 e la nuova pianificazione 2011-2014

Fino alla fine del 2007, la Pianificazione settoriale per gli istituti per invalidi adulti soggiaceva all'avallo dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS). La strategia di presa a carico in questo settore era, in gran parte, direttamente subordinata alle direttive federali. Con l'entrata in vigore, il 1. gennaio 2008, della Nuova perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC), i costi per la costruzione e le spese di esercizio delle strutture per invalidi adulti sono interamente posti a carico dei Cantoni. Ogni Cantone è quindi responsabile della propria pianificazione.

¹³ Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2011-2014, DSS, Bellinzona, 2011.

¹⁴ Vedi Messaggio no. 6390 "Adeguamento della normativa cantonale alla Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008", del 24.08.2010.

¹⁵ Metodo detto "Balance of Care" (BoC), vedi paragrafo 2.1.1.

¹⁶ A livello cantonale aggiustamento del modello di stima con un aumento del fabbisogno di prestazioni di cura; applicazione del concetto di sussidiarietà anche ai servizi privati tramite l'introduzione di limiti di erogazione basati su medie orarie per caso secondo la fascia di età degli utenti; istituzione di un'unità di verifica presso l'Ufficio del medico cantonale; a livello regionale con la considerazione di indicatori importanti quali la forte presenza o meno nel comprensorio SACD di medici rispetto alla media cantonale, il tasso di ospedalizzazione, ecc.

La Pianificazione settoriale cantonale nel settore degli invalidi adulti del biennio 2009-2010¹⁷, approvata dal Consiglio di Stato nel mese di giugno del 2009, ha permesso di colmare il vuoto dovuto all'entrata in vigore della NPC. Rispetto alle pianificazioni precedenti si sono inoltre introdotte alcune modifiche che hanno permesso di affinare alcune modalità di presentazione del fabbisogno di posti negli istituti per invalidi adulti¹⁸.

La determinazione del fabbisogno per il periodo di pianificazione 2009-2010 è stata ottenuta completando i risultati derivanti dall'utilizzo di scenari dinamici di stima (basati sull'evoluzione storica e prospettata del numero di rendite intere AI in Ticino), con indicatori complementari raccolti sul territorio.

Per quanto atteneva gli invalidi non in età AVS ospiti di istituti per anziani medicalizzati, la Pianificazione LISPI 2009-2010 evidenziava l'impossibilità di azzerare tutti i collocamenti di persone invalide in istituti per anziani, ma si premurava nel contempo di mantenere alta la vigilanza affinché il numero di queste persone non subisse un'accelerazione, soprattutto in relazione alle persone con handicap fisico presenti nelle liste d'attesa per un posto in una casa per invalidi medicalizzata.

Con la recente Pianificazione settoriale quadriennale LISPI 2011-2014¹⁹, basata sempre su un confronto tra l'utilizzo di scenari dinamici di stima del fabbisogno e indicatori complementari raccolti sul terreno, si sono investigati maggiormente i legami esistenti tra il settore degli istituti per invalidi adulti e il settore degli istituti per anziani medicalizzati. Si sono in effetti dedicati ampi passaggi del nuovo Rapporto di pianificazione all'analisi e al coordinamento fra i due comparti, poiché si è constatato che con il passare degli anni si assiste ad un'interazione sempre più forte.

Si ribadisce una volta di più che il collocamento in istituti per anziani medicalizzati di persone invalide non in età AVS non potrà essere completamente evitato²⁰ e ci si sofferma piuttosto sulle eventuali strategie per migliorare questa tipologia di offerta. Per esempio, grazie alla creazione di reparti per invalidi inseriti nelle case per anziani che, sulla base di tre esperienze condotte²¹, hanno permesso di sviluppare delle interessanti economie di scala. In queste strutture la LISPI finanzia dei reparti

¹⁷ "Pianificazione 2009-2010 delle strutture per invalidi adulti sussidiate dalla Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI) nel Cantone Ticino", DSS, Bellinzona, maggio 2009.

¹⁸ Nuova suddivisione con separazione fra l'offerta di internato e quella di esternato, declinazione del fabbisogno in nuove tipologie d'offerta (appartamenti protetti, case con o senza occupazione, laboratori per tipologia di intervento, ecc.), rivisitazione della classificazione degli utenti nelle categorie di handicap, classificazione delle strutture per zone geografiche d'intervento.

¹⁹ "Pianificazione 2011-2014 delle strutture e dei servizi per invalidi adulti finanziati dalla Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi (LISPI) nel Cantone Ticino, DSS, Bellinzona, 2011.

²⁰ Le motivazioni sono di diverso ordine: le odierne CPA, grazie alla loro offerta di tipo sanitario, possono soddisfare i bisogni di cura di cui necessitano alcune persone invalide; le persone invalide stesse che, avvicinandosi all'età AVS e presentando dipendenze importanti, optano talvolta per un collocamento in una CPA; le CPA, essendo più numerose degli istituti per invalidi, sono meglio distribuite sul territorio cantonale, ragione per la quale qualche volta viene preferito il collocamento più vicino al domicilio.

²¹ Residenza Paradiso, reparto 02 a Lugano-Paradiso; Clinica Varini, reparto invalidi lungodegenti a Orselina; Centro sociosanitario di Vallemaggia, reparto invalidi a Cevio.

rivolti a persone con importanti handicap fisici, acquisiti in seguito a traumi o malattie degenerative.

D'altro canto, non è attualmente prioritario il trasferimento delle persone invalide, al momento residenti in case per anziani, in istituti per invalidi, anche perché la loro età indica che nel medio termine la maggior parte di essi passerà all'età AVS: a titolo di esempio l'età media delle 21 persone al disotto dei 60 anni con collocamento definitivo in casa per anziani nel 2010 e beneficiari di una rendita AI è difatti di 54 anni²².

Per di più negli ultimi anni si è osservato un calo costante dei collocamenti in istituti per anziani medicalizzati di invalidi adulti non in età AVS, in particolar modo per le persone di età inferiore ai 65 anni (64 anni per le donne) e di persone di età inferiore ai 60 anni: collocamenti definitivi in case per anziani passati dai 73 nel 2007 ai 49 del 2010 nel primo caso; da 28 a 21 nel secondo caso. Comparato alla situazione di fine anni '90 / inizio anni 2000, il numero di questa tipologia di invalidi residenti in casa per anziani si è praticamente dimezzato²³.

Da segnalare in seguito che il progetto, tutt'ora in corso, affidato a Pro Infirmis di Centro di indicazione per persone con handicap fisico acquisito, in particolare in funzione del coordinamento al collocamento presso uno dei quattro istituti per invalidi adulti medicalizzati riconosciuti dal Cantone (Residenza Paradiso, Clinica Varini di Orselina, Casa Belinda di Lugano e Centro sociosanitario di Cevio) e che mira all'obiettivo della riduzione delle liste d'attesa per questi istituti, permette in ogni caso di mantenere una vigilanza, favorendo eventuali collocamenti di persone ancora in età AI in istituti per anziani medicalizzati unicamente mediante progetti personalizzati e mirati. Ciò, non prima, tuttavia, d'aver attivato le diverse possibilità di sostegno per il mantenimento a domicilio previste dalle prestazioni individuali e dalla Prestazione complementare all'AI, alle quali è possibile aggiungere un sostegno finanziario per l'eliminazione delle barriere architettoniche, come pure attivando le attività di tempo libero e consulenza offerte dai vari servizi d'appoggio che operano sul territorio (pasti a domicilio, trasporti, ecc.), nonché gli appositi posti per l'accoglienza diurna presso le strutture medicalizzate per invalidi.

Infine, una delle problematiche emergenti che concernono il settore degli invalidi riguarda l'aumento costante dell'aspettativa di vita delle persone con handicap e l'invecchiamento del loro cerchio familiare, in particolare per gli invalidi che oggi fanno ricorso a soluzioni esclusivamente diurne (laboratorio protetto, centri diurni, ecc.), poiché in grado di contare ancora sul supporto familiare per l'abitazione. Se da una parte è ipotizzabile che alcune di queste persone portatrici di handicap potranno seguire il percorso d'invecchiamento di una persona normodotata (ricorso ai servizi di assistenza e cura a domicilio innanzitutto, casa per anziani in seguito), per altre persone potrebbe essere indispensabile predisporre delle strutture in grado di accogliere handicappati anziani (soprattutto per utenti con handicap mentale, fisico o poli-handicap).

²² Dati Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio, 2011.

²³ Questo fatto è anche principalmente da ricondurre al cambiamento introdotto ad inizio 2008 dal nuovo Regolamento concernente la Legge anziani che, all'art. 7 cpv. 1 lett. a, prevede esplicitamente l'accoglimento negli istituti per anziani di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti in età che dà diritto a una rendita di vecchiaia ai sensi della LAVS, mentre il tenore del testo precedente indicava un limite d'età di 60 anni.

Prevedere fin da ora strutture specifiche per persone con handicap congenito con più di 60 anni, per esempio convertendo integralmente o parzialmente l'offerta di taluni istituti per invalidi verso l'accoglienza esclusiva di invalidi anziani, non è probabilmente ancora opportuno. Occorrerà tuttavia monitorare l'evolversi della situazione, con la consapevolezza che l'invecchiamento della popolazione, normodotata o handicappata, richiederà degli investimenti di natura finanziaria, ma anche progettuale.

A titolo conclusivo, nella già citata prima tappa dell'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera cantonale (case di cura, art. 39 cpv. 3 – prima fase), nel progetto di nuovo elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie, sulla base dell'art. 39 cpv. 3 LAMal, si propone di confermare l'autorizzazione per 436 posti in 15 strutture per invalidi adulti²⁴.

Rispetto ai 439 posti autorizzati nel DL del 29 novembre 2005 risulta pertanto una diminuzione di 3 posti. Ciò è dovuto, da un parte, al fatto che i posti per soggiorni diurni non sono più riconosciuti (nell'ultima pianificazione LAMal ne facevano ancora impropriamente parte), dall'altra, alla ricerca di un allineamento alla situazione aggiornata dei posti stazionari come da ultima Pianificazione LISPI 2009-2010 approvata dal Consiglio di Stato.

1.2.5 La pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012

Con la pubblicazione del Rapporto di "Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012"²⁵, entrata in vigore nell'aprile/luglio 2010²⁶, nell'approfondimento dei bisogni emergenti eseguito nella prima parte del lavoro si dedica un filone d'indagine al tema "Psichiatria e popolazione anziana", mentre nella seconda parte è stata inserita una scheda programmatica corrispondente.

Per quanto attiene la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) ed i Servizi ambulatoriali (Servizi psico-sociali) dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC), essi partecipano già oggi alla valutazione geriatrica, alla presa a carico, nonché ad un servizio di consulenza verso l'esterno (case per anziani) in favore delle persone anziane sofferenti di problemi psichici.

A questo proposito, è stato istituito un Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) che dispone ora di due reparti specifici presso la CPC per le persone anziane sofferenti di una patologia psichica acuta, con a disposizione attualmente un totale di 26 posti letto (aumento di 9 posti letto rispetto alla precedente Pianificazione 2005-2008).

Il reparto specializzato per le patologie a carattere demenziale, che opera a porte chiuse per la severità della tipologia di demenze trattate, è dotato di 9 posti letto,

²⁴ Ai fini della LAMal, solo le strutture residenziali per invalidi adulti con prestazioni di presa a carico sociosanitarie in base all'art. 7 dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Opre), e non quelle esclusivamente dispensatrici di prestazioni educative, rientrano nell'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 cpv. 3 LAMal).

²⁵ "Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2009-2012", DSS, Bellinzona, gennaio 2009.

²⁶ DL del 21.04.2010 (BU 27/2010 e BU 37/2010).

mentre il reparto per patologie psichiatriche di ogni natura in età geriatrica è dotato di 17 posti letto.

Oltre ai due reparti è attivo pure un Servizio di socioterapia che assume non solo un compito di ergoterapia, ma anche di animazione sociale, culturale e creativa.

Secondo il Rapporto di Pianificazione 2009-2012, l'attuale dotazione di posti letto dei reparti del SIPSIG appare, al momento, adeguata e in grado di soddisfare le necessità del territorio.

2 BILANCIO DELLA PIANIFICAZIONE 2000-2010 DEGLI ISTITUTI PER ANZIANI (LUGLIO 2003)

2.1 Ricapitolazione degli elementi cardine della pianificazione 2000-2010

2.1.1 Metodologia di stima prospettiva del fabbisogno in posti letto adottata: metodo Balance of Care (BoC), con riequilibrio regionale della densità di posti letto

Per quantificare lo sviluppo delle nuove capacità d'accoglienza degli istituti per anziani medicalizzati fino al 2010, nella Pianificazione 2000-2010 era stato impiegato il metodo detto *Balance of Care (BoC)*²⁷.

In seguito, per regionalizzare la domanda supplementare di posti letto, si era adottato l'obiettivo di rendere omogenea la densità di posti letto in istituti per anziani rispetto alla popolazione anziana residente a livello dei comprensori SACD ritenuti.

2.1.2 Fabbisogno di posti letto in istituti per anziani stimato nel 2010 a livello cantonale e regionale

Il fabbisogno in istituti per anziani stimato nel 2003 per fine 2010 comportava un totale di 4'351 posti letto a livello cantonale, ossia 559 posti supplementi rispetto ai 3'792 posti censiti a fine 2000. Ciò conduceva, a fine 2010, ad una densità media di letti (rapporto fra letti e popolazione di 80 o più anni di età) a livello cantonale pari a 227 per mille, contro i 255 per mille nel 2000²⁸.

Per ogni regione è stato quindi derivato il numero di letti necessari, a fine 2010, affinché la densità regionale fosse pari a quella della media cantonale (227 per mille).

La Tabella 1, estrapolata dal Rapporto di Pianificazione 2003²⁹, presenta sinteticamente la situazione di partenza a fine 2000 con i posti letto effettivi censiti presso i vari istituti, la stima della popolazione ultraottantenne prevista nel 2010, il fabbisogno stimato a fine 2010 a livello cantonale e regionale secondo il "metodo

²⁷ Sviluppato in Gran Bretagna, il BoC è stato adattato alla Svizzera nell'ambito del Programma Nazionale di Ricerca 32 "Anziani". Lo studio è stato effettuato dall'Istituto universitario di medicina sociale e preventiva di Losanna. Il modello considera quali variabili i dati demografici, quelli epidemiologici sulla diffusione della dipendenza cronica nella popolazione anziana, i dati sulle opzioni di presa a carico, sulle preferenze di presa a carico degli utenti e degli operatori sanitari e i dati di costo dei servizi. Esso consente di stabilire una valutazione prospettiva dei bisogni di presa a carico degli anziani dipendenti ed è in grado di evidenziare i rapporti di sostituzione o complementarità fra i vari servizi e di stimare ordini di grandezza e tendenze relativi all'offerta sanitaria.

²⁸ Esclusi gli appartamenti protetti. A titolo di paragone, il fabbisogno di posti letto in istituti per anziani stimato nel 2010 a livello cantonale calcolato secondo il metodo della *densità costante*, comportava un totale cantonale di 4'889 posti letto, ossia un fabbisogno di 1'097 posti supplementi rispetto ai 3'792 posti effettivi censiti nel 2000 (mantenendo costante la densità di posti letto media cantonale del 2000 pari a 255 per mille).

²⁹ "Pianificazione 2000-2010 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino", DSS, Bellinzona, luglio 2003, pag. 34.

BoC“ (con riequilibrio regionale), come pure la variazione del fabbisogno rispetto ai dati effettivi del 2000.

Tabella 1: Fabbisogno di posti letto in istituti per anziani nel 2010, per comprensorio SACD, e variazioni rispetto ai posti effettivi nel 2000 (Variante BoC con riequilibrio regionale)

dati al 31.12.	Mendrisiotto e Basso Ceresio	Luganese	Malcantone e Vedeggio	Locarnese e Vallemaggia	Bellinzonese	Tre Valli	Totale TI
Posti letto effettivi 2000	669	1'044	335	1'032	415	297	3'792
Popolazione anziana 80+ nel 2010	3'190	5'542	1'774	4'353	2'585	1'728	19'172
Fabbisogno nel 2010 (BOC, con req. reg.)	723	1'259	402	988	587	393	4'351
Densità posti letto / anziani 80+ (permille)	227	227	227	227	227	227	227
Variazione fabbisogno di posti letto 2000-2010	+54	+215	+67	-44	+172	+95	+559

Fonte : Rapporto di Pianificazione 2000-2010 (pag.34), DSS, Bellinzona, 2003

Come si evince dall'ultima riga della tabella, occorre un certo aumento di posti in tutti i comprensori, salvo nel Locarnese, rispetto alla situazione constatata nel 2000. Si ribadiva, tuttavia, che il riequilibrio regionale era un obiettivo di lungo termine: alcune scelte di breve termine avrebbero potuto scostarsi da questo obiettivo.

2.1.3 Le scelte pianificatorie perseguite

Oltre all'obiettivo indicato in precedenza della messa a disposizione, a fine 2010, di 559 posti letto supplementari, la Pianificazione del 2003 comprendeva pure l'obiettivo di mirare, nella gestione degli istituti per anziani medicalizzati, al raggiungimento di un tasso di occupazione ottimale dei letti disponibili tra il 96 e il 98%, contro il 94% constatato nel 2000.

Un capitolo era poi dedicato alla strategia d'attuazione della Pianificazione e agli indirizzi qualitativi da perseguire.

Verifichiamo di seguito l'andamento effettivo, fino al 2010, di alcune componenti importanti.

2.2 Evoluzione demografica 2000-2010

L'analisi dell'evoluzione demografica sul periodo 2000-2010 si basa sulle cifre ufficiali della popolazione residente permanente al 31 dicembre di ogni anno, in particolare su una speciale elaborazione dell'Ufficio cantonale di statistica (Ustat) che considera i raggruppamenti regionali corrispondenti ai Comprensori SACD, dati che differiscono, parzialmente, dai dati pubblicati negli Annuari statistici secondo i distretti politici³⁰.

2.2.1 A livello cantonale

La Tabella 2 presenta i dati riguardanti l'evoluzione demografica a livello cantonale della popolazione totale e delle fasce di età 65, 80 e 90 o più anni di età.

Tabella 2: Evoluzione demografica 2000-2010 – Cantone Ticino (totale e per le classi d'età 65+/80+/90+)

Pop.residente permanente 31.12.	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Var. 2000-2010 ass. in %	
Totale	310'215	312'528	315'256	317'315	319'931	322'276	324'851	328'580	332'736	335'720	333'753	23'538	7.6%
65 o +	54'701	55'853	56'960	58'121	59'505	61'160	62'904	64'682	66'330	67'965	68'224	13'523	24.7%
80 o +	14'876	15'320	15'820	16'131	16'690	17'202	17'870	18'498	18'900	19'449	18'970	4'094	27.5%
90 o +	2'784	2'833	3'073	3'147	3'336	3'470	3'615	3'711	3'683	3'779	3'316	532	19.1%
Quota popolazione anziana sul totale della popolazione													
65 o +	17.6%	17.9%	18.1%	18.3%	18.6%	19.0%	19.4%	19.7%	19.9%	20.2%	20.4%		2.8%
80 o +	4.8%	4.9%	5.0%	5.1%	5.2%	5.3%	5.5%	5.6%	5.7%	5.8%	5.7%		0.9%
90 o +	0.9%	0.9%	1.0%	1.0%	1.0%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.1%	1.0%		0.1%

Fonte: dati 2000-2009: Espop; 2010: Statpop; Ustat, elaborazione 25.08.2011.

Nel periodo 2000-2010, la popolazione residente permanente in Ticino è cresciuta di 23'538 unità (+7.6%), raggiungendo 333'753 abitanti³¹.

Per quanto concerne la popolazione anziana, tutte le fasce d'età superiori ai 65 anni o più presentano una marcata dinamica di crescita, di molto superiore alla media della popolazione ticinese. In special modo, la fascia d'età degli ultraottantenni ha conosciuto un aumento percentuale del 27.5% (+4'094 unità), seguita dalla fascia d'età degli ultrasessantacinquenni con +24.7% (+13'523 unità) e dagli ultranovantenni con +19.1% (+532 unità).

La quota della popolazione con più di 65 anni nel totale della popolazione ticinese è così passata in dieci anni dal 17.6% di fine 2000, al 20.4% di fine 2010.

³⁰ Ufficio cantonale di statistica (Ustat), elaborazione 25.08.2011.

³¹ La diminuzione degli effettivi constatata tra il 2009 ed il 2010, a livello di popolazione totale e per alcune fasce di età, è principalmente da collegarsi all'introduzione del nuovo sistema di censimento della popolazione, con il quale la Statistica della popolazione e delle economie domestiche (STATPOP) è subentrata al posto della Statistica dello stato annuale della popolazione (ESPOP). La popolazione è sempre la residente permanente, tuttavia dal 2010 vi è stata una ridefinizione della popolazione di riferimento e si è utilizzato un differente metodo di rilevamento dei dati (uso dei registri amministrativi, popolazione ricavata da un invio da parte dei comuni dello stato al 31.12). Il cambiamento di serie limita in qualche modo la lettura dei dati sull'evoluzione della popolazione nel periodo 2000-2010.

2.2.2 A livello regionale

La sottostante Tabella 3 presenta l'evoluzione demografica conosciuta dai sei comprensori SACD nello scorso decennio.

Tutti i comprensori presentano dal 2000 al 2010 un aumento della popolazione residente permanente totale, sebbene con un'evoluzione differenziata. Una crescita superiore alla media cantonale è stata riscontrata nel Malcantone e Vedeggio (+11.6%), nel Luganese (+8.9%) e nel Bellinzonese (+8.3%). L'aumento minore è stato riscontrato nel comprensorio delle Tre Valli (+2.4%).

Per quanto riguarda la popolazione anziana con classe di età 65 o più anni è da rilevare la forte progressione conosciuta nel Malcantone e Vedeggio (+36.3%), seguito dal Locarnese e Vallemaggia (+26.8%). La crescita per questa fascia di età in tutti gli altri comprensori è inferiore alla media cantonale. In termini assoluti, con un aumento di 3'952 anziani il Luganese rappresenta il comprensorio in cui il numero degli anziani ultrasessantacinquenni è cresciuto in maniera più rilevante nello scorso decennio.

Il Mendrisiotto e Basso Ceresio (+35.4%), il Luganese (+31.3%) e il Malcantone e Vedeggio (+29.7%) sono i comprensori che presentano un sostanziale aumento delle persone con età superiore agli 80 anni, mentre nel Locarnese e Vallemaggia, nel Bellinzonese e, soprattutto, nelle Tre Valli la dinamica di crescita della popolazione anziana (e questo per tutte le fasce di età anziane) è inferiore alla media cantonale. Anche in questo caso il Luganese, con un aumento di 1'339 ultraottantenni, primeggia in termini assoluti per quanto riguarda la crescita di questa fascia di età nella scorsa decade.

Tabella 3: Evoluzione demografica 2000-2010 - Comprensori SACD (totale e per le classi d'età 65+/80+/90+)

Pop.residente permanente		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Var. 2000-2010	
31.12.													ass.	in %
Mendrisiotto e Basso Ceresio	Totale	50'322	50'176	50'590	50'875	51'210	51'479	51'847	52'215	52'725	52'961	52'715	2'393	4.8%
	65 o +	9'049	9'233	9'437	9'601	9'856	10'124	10'390	10'634	10'867	11'116	11'176	2'127	23.5%
	80 o +	2'326	2'424	2'525	2'594	2'684	2'761	2'884	2'985	3'051	3'197	3'149	823	35.4%
	90 o +	409	429	478	487	521	557	567	549	529	573	526	117	28.6%
Luganese	Totale	92'302	93'122	93'867	94'512	95'335	96'117	96'915	98'488	100'270	101'420	100'514	8'212	8.9%
	65 o +	16'104	16'456	16'792	17'228	17'655	18'158	18'647	19'192	19'723	20'201	20'056	3'952	24.5%
	80 o +	4'277	4'410	4'588	4'687	4'893	5'079	5'259	5'504	5'694	5'832	5'616	1'339	31.3%
	90 o +	836	861	911	956	1'018	1'039	1'085	1'108	1'107	1'113	969	133	15.9%
Malcantone e Vedeggio	Totale	33'619	34'178	34'576	34'887	35'239	35'651	36'111	36'679	37'226	37'676	37'528	3'909	11.6%
	65 o +	5'093	5'181	5'297	5'449	5'623	5'841	6'094	6'329	6'566	6'799	6'941	1'848	36.3%
	80 o +	1'351	1'366	1'427	1'444	1'467	1'494	1'575	1'659	1'729	1'763	1'752	401	29.7%
	90 o +	256	254	278	297	310	314	339	351	354	360	306	50	19.5%
Locarnese e Vallemaggia	Totale	62'761	63'428	63'748	64'196	64'600	64'978	65'480	66'190	66'821	67'224	67'469	4'708	7.5%
	65 o +	12'247	12'565	12'830	13'030	13'336	13'694	14'115	14'529	14'921	15'293	15'530	3'283	26.8%
	80 o +	3'422	3'549	3'623	3'701	3'872	4'033	4'172	4'273	4'294	4'432	4'337	915	26.7%
	90 o +	640	640	708	711	762	789	813	869	858	874	741	101	15.8%
Bellinzonese	Totale	44'208	44'634	45'275	45'528	45'902	46'196	46'631	47'200	47'877	48'523	47'864	3'656	8.3%
	65 o +	7'231	7'327	7'447	7'572	7'751	7'955	8'150	8'394	8'576	8'822	8'799	1'568	21.7%
	80 o +	1'987	2'032	2'077	2'121	2'188	2'240	2'331	2'401	2'451	2'507	2'450	463	23.3%
	90 o +	355	338	356	361	397	425	450	468	470	489	450	95	26.8%
Tre Valli	Totale	27'003	26'990	27'200	27'317	27'645	27'855	27'867	27'808	27'817	27'916	27'663	660	2.4%
	65 o +	4'977	5'091	5'157	5'241	5'284	5'388	5'508	5'604	5'677	5'734	5'722	745	15.0%
	80 o +	1'513	1'539	1'580	1'584	1'586	1'595	1'649	1'676	1'681	1'718	1'666	153	10.1%
	90 o +	288	311	342	335	328	346	361	366	365	370	324	36	12.5%

Fonte: dati 2000-2009: Espop; 2010: Statpop; Ustat, elaborazione 25.08.2011.

2.3 Evoluzione nel settore degli istituti per anziani 2000-2010

L'evoluzione dell'offerta di posti letto in istituti per anziani si basa sui dati effettivi censiti nell'ambito della "Statistica Intra-Muros EMS"³² per gli anni dal 2000 al 2005, mentre dal 2006 tale statistica è stata rimpiazzata dalla nuova "Statistica federale degli istituti medico-sociali" (SOMED). A partire dall'inchiesta del 2006, la statistica ufficiale ha conosciuto alcuni cambiamenti, in particolare quello della data di riferimento: non più l'ultimo giorno dell'anno, bensì il primo. Non si raccolgono inoltre più informazioni sulla dotazione di posti letto in appartamenti protetti. Gli ultimi dati SOMED disponibili si riferiscono all'inchiesta con giorno di riferimento 1.01.2010.

2.3.1 Posti letto (totali)

La Tabella 4 sottostante presenta l'evoluzione dei posti letto medicalizzati da fine 2000 ad inizio 2010.

Nel 2000 l'offerta globale di posti letto in Ticino, sia per soggiorni di lunga durata, sia per soggiorni temporanei era di 3'792 posti, offerta che è aumentata a 4'032 posti ad inizio 2010, con un incremento di 240 posti (+6.3%), compresi i posti letto per la prestazione "alto contenuto sanitario" (ACS).

A livello regionale tutti i comprensori, salvo il Bellinzonese, hanno conosciuto un aumento di posti letto nel periodo in esame.

Tabella 4: Evoluzione dei posti letto medicalizzati effettivi dal 2000 al 2010 in Ticino e per comprensorio SADC

Posti letto effettivi ^{1) 2)}	2000	2005	2007	2008	2009	2010	Var. 2000-2010	
	(31.12.)	(31.12.)	(1.01.)	(1.01.)	(1.01.)	(1.01.)	ass.	in %
TICINO	3'792	4'004	4'009	4'037	4'030	4'032	240	6.3%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	669	727	719	718	736	735	66	9.9%
Luganese	1'044	1'151	1'163	1'178	1'190	1'190	146	14.0%
Malcantone e Veduggio	335	351	349	350	350	349	14	4.2%
Locarnese e Vallemaggia	1'032	1'081	1'073	1'083	1'046	1'050	18	1.7%
Bellinzonese	415	379	390	393	393	393	-22	-5.3%
Tre Valli	297	315	315	315	315	315	18	6.1%

1) I posti letto riguardano posti per soggiorni di lunga e breve durata (compresi posti ACS), sono esclusi i posti in appartamenti protetti.

2) I dati SOMED 2007 sono stati corretti per il Centro comunale per anziani di Balerna.

I dati SOMED 2008 sono stati corretti per la Casa di riposo Don Guanella a Castel S. Pietro e il Ricovero S. Donato a Intragna.

I dati SOMED 2009 sono stati corretti per Cà Rezzonico a Lugano, Casa anziani di Vallemaggia Cevio-Someo, Ricovero

S. Donato a Intragna, Residenza al Lido, Locarno.

I dati SOMED 2010 sono stati corretti per Cà Rezzonico e Residenza Gemmo a Lugano, Casa Anziani Alto Veduggio a Mezzovico, Casa anziani di Vallemaggia Cevio-Someo, Piccola Casa Divina Provvidenza a Gordevio, Casa anziani Visagno a Claro, Casa anziani Prato Leventina (ex-Diocesano).

Per gli anni 2005 e 2007 sono stati aggiunti ai dati "Intra-Muros EMS" e SOMED i posti letto presenti presso le Case per anziani S. Agnese a Muralto e Casa Carmelo S. Teresa a Brione s/Minusio (inserite in SOMED dal 2008).

Non sono presenti i posti letto presso la Pensione Sole a Torricella.

Fonte: Statistica "Intra-Muros EMS" fino al 2005; dal 2006 nuova statistica federale SOMED, Ustat.
Elaborazione Ustat, 13.10.2011 (rielaborazione DASf)

³² EMS: "Établissements médico-sociaux" = istituti per anziani medicalizzati.

Il Luganese ha aumentato in modo importante la sua offerta di posti letto in istituti per anziani medicalizzati, con 146 posti letto aggiuntivi rispetto a fine 2000 (+14.0%, di più del doppio rispetto alla media riscontrata a livello cantonale), portandola ad inizio 2010 a 1'190 posti letto: in particolare grazie alla costruzione della nuova Casa per anziani Girasole a Massagno (66 posti), come pure all'ampliamento del Centro La Piazzetta (+26 posti) e della Casa dei Ciechi (+21 posti) a Lugano nonché al riconoscimento di posti letto aggiuntivi presso la Residenza Parco Maraini sempre a Lugano (36 erano stati autorizzati con la Pianificazione LAMal 2005).

Il comprensorio del Mendrisiotto e Basso Ceresio ha pure conosciuto un incremento dei posti letto superiore alla media cantonale (+9.9%, +66 posti), con un totale di 735 posti letto ad inizio 2010, grazie in particolare alla riconversione della ex-Clinica Santa Lucia di Arzo in Casa per anziani (48 posti, di cui 15 ACS) e alla ristrutturazione delle Case comunali di Chiasso Soave e Giardino (una quindicina di posti in più rispetto a fine anno 2000). La ristrutturazione della Casa di riposo Don Guanella a Castel S. Pietro, terminata a fine 2008, ha permesso di mantenere la dotazione di posti iniziale.

Il comprensorio delle Tre Valli disponeva ad inizio 2010 di 18 posti letto medicalizzati in più rispetto al 2000 (+6.1%), risultato della ristrutturazione della Casa per anziani La Quercia di Acquarossa (-12 posti) e del potenziamento della Casa Santa Croce di Faido, in particolare con la creazione di nuovi posti letto presso l'ex-seminario Diocesano a Prato Leventina (in totale quasi una trentina di posti letto).

Anche il comprensorio del Malcantone e Veduggio ha incrementato i posti letto (+4.2%, +14 posti letto), portandoli a 349 ad inizio 2010. Ciò è dovuto esclusivamente all'aumento constatato presso la Casa per anziani Malcantonese a Castelrotto in seguito alla creazione di 15 posti letto ACS³³.

Il comprensorio del Locarnese e Vallemaggia ha conosciuto una crescita dei posti letto, da 1'032 nel 2000 a 1'050 di inizio 2010 (+18 posti, +1.7%), fenomeno dovuto a movimenti contrastanti. Accanto alla chiusura, già preventivata in occasione della Pianificazione ospedaliera del 2001, di due piccole strutture (Casa Canfora - ex-Diaconesse - a Locarno e Casa Vendramini a Orselina, per un totale di 30 posti letto), si sono riscontrate diminuzioni puntuali in diversi istituti a seguito di ristrutturazioni o ridimensionamenti³⁴, compensate leggermente da aumenti di posti in altre strutture³⁵. Tuttavia, l'aumento constatato sul periodo in oggetto è essenzialmente da attribuirsi al conteggio, non effettuato nel 2000, dei posti letto

³³ Se si tenesse pure conto dei 10 posti letto presso la Pensione Sole a Torricella, struttura di cura autorizzata al trattamento di una casistica di ospiti simile a quella delle case di cura e di riposo per anziani, in particolare di anziani affetti da Alzheimer, l'aumento per il Comprensorio Malcantone e Veduggio sarebbe maggiore (+24 posti letto, +7.2%).

³⁴ In particolare la ristrutturazione dell'Istituto Solarium a Gordola (-18 posti), il ridimensionamento dell'Istituto Sacra Famiglia di Loco e del Centro sociale Onsernonese di Loco (-13 posti complessivi), medesima operazione per la Casa della Fondazione Varini a Orselina (-6 posti), diminuzione di 15 posti presso l'istituto Don Guanella a Maggia e di 6 posti presso la Residenza al Lido di Locarno.

³⁵ Ampliamenti presso Casa Belsoggiorno ad Ascona, Casa S. Giorgio a Brissago e Casa Cinque Fonti a S. Nazzaro (per un totale complessivo di 12 posti), potenziamento del Ricovero San Donato ad Intragna (+40 posti, in relazione alla riconversione prevista dalla Pianificazione ospedaliera 2005) e della Casa per anziani della Vallemaggia di Cevio (presso l'ex-Ospedale regionale, con la creazione in particolare di 15 posti letto ACS). Vi è inoltre stato un riconoscimento di una decina di posti supplementari alla Residenza Al Parco di Muralto.

presso due strutture: Casa per anziani S. Agnese a Muralto (20 posti letto) e Casa Carmelo S. Teresa a Brione sopra Minusio (48 posti letto). Ambedue posseggono un'autorizzazione d'esercizio quale Casa per anziani e la Casa Carmelo S. Teresa è stata pure iscritta nella Pianificazione LAMal del 2005.

Infine, il Bellinzonese rappresenta l'unico comprensorio in controtendenza, con una diminuzione della disponibilità di posti letto medicalizzati nel periodo in esame (-22 posti, -5.3%), dovuta essenzialmente alla chiusura della Casa per anziani Mariotti a Bellinzona (-24 posti letto), non ancora rimpiazzata dalla prevista seconda Casa per anziani comunale di Bellinzona. L'ampliamento della Casa per anziani Greina a Bellinzona (+7 posti), compensa il leggero ridimensionamento della Casa per anziani Paganini-Rè a Bellinzona (-5 posti).

2.3.2 Densità di posti letto

Come già riferito in precedenza (punto 2.1.2), nel 2000 in Ticino la densità di posti letto in istituti per anziani, senza considerare gli appartamenti protetti, era del 255 per mille: 255 letti ogni mille anziani ultraottantenni. Le disparità regionali di densità erano importanti e per questo si era espresso l'auspicio di un riequilibrio regionale sul medio termine.

La Tabella 5 riportata sotto indica l'evoluzione della densità sul periodo fine 2000, inizio 2010 (9 anni).

La densità di posti letto (per breve e lunga durata) è diminuita in maniera importante a livello complessivo, con una densità media cantonale scesa dal 255 per mille di fine 2000, ai 207 per mille d'inizio 2010 (-48 per mille).

Lo stesso fenomeno è stato riscontrato a livello dei comprensori SACD, ma le disparità regionali persistono.

Tabella 5: Evoluzione della densità di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati rispetto alla popolazione ultraottantenne dal 2000 al 2010, in Ticino e per comprensorio SACD

Densità effettiva posti letto / pop. residente permanente 80+ ^{1) 2)}	2000	2005	2007	2008	2009	2010	Var. 2000-2010	
	(31.12.)	(31.12.)	(1.01.)	(1.01.)	(1.01.)	(1.01.)	ass.	in %
TICINO	255	233	224	218	213	207	-48	-18.7%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	288	263	249	241	241	230	-58	-20.1%
Luganese	244	227	221	214	209	204	-40	-16.4%
Malcantone e Vedeggio	248	235	222	211	202	198	-50	-20.2%
Locarnese e Vallemaggia	302	268	257	253	244	237	-65	-21.4%
Bellinzonese	209	169	167	164	160	157	-52	-24.9%
Tre Valli	196	197	191	188	187	183	-13	-6.6%

1) Posti letto per soggiorni di lunga e breve durata (compresi posti ACS), senza appartamenti protetti.

2) Per anni 2000 e 2005 popolazione residente permanente alla fine dell'anno; per anni 2007-2010 (1.01.) popolazione di fine anno precedente.

Fonte: Elaborazione DASF, 2011.

Diminuzioni nella densità di posti letto superiori alla media sono avvenute nei comprensori del Locarnese e Vallemaggia (-65 per mille) e nel comprensorio del

Mendrisiotto e Basso Ceresio (-58 per mille), come pure nel Bellinzonese (-52 per mille) e nel comprensorio del Malcantone e Alto Vedeggio (-50 per mille).

Le prime due evoluzioni concorrono al riavvicinamento della densità a quella media cantonale. Nel Malcantone e Vedeggio e nel Bellinzonese, invece, la riduzione della densità di posti letto evidenzia una sottodotazione di posti letto dei rispettivi comprensori rispetto alla media cantonale, fenomeno già presente a fine 2000, ma che si è particolarmente acuito nel comprensorio del Bellinzonese.

Anche nel comprensorio delle Tre Valli la densità di posti letto è ancora inferiore alla media cantonale, tuttavia da fine 2000 ad inizio 2010 la diminuzione è stata abbastanza limitata (da 196 a 183 per mille).

La densità di posti letto nel Luganese, ad inizio 2010, si situava appena al disotto della media cantonale (204 per mille).

Infine, è da rilevare che uno degli obiettivi indicati dalla Pianificazione del 2003, ossia la riduzione della densità media cantonale di posti letto in istituti per anziani medicalizzati al 227 per mille per fine 2010, era già stato ampiamente raggiunto già ad inizio 2010, superandolo addirittura di una ventina di punti.

Tuttavia, per un discorso complessivo a livello cantonale si rimanda al paragrafo 3.1.2, in cui è presentata l'effettiva situazione a fine 2010 (al termine del periodo pianificatorio 2000-2010). Si osserverà che la riduzione della densità di posti letto non è stata dell'ampiezza appena indicata, ma in linea con gli obiettivi postulati nel 2003, grazie in particolare alla conclusione proprio nel corso del 2010 di diversi progetti di ampliamento di strutture per anziani, con conseguente aumento della dotazione di posti letto.

2.3.3 Tasso di occupazione dei letti (di lunga durata)

Il tasso di occupazione dei letti per soggiorni di lunga durata negli istituti per anziani medicalizzati è un buon indicatore dell'utilizzo del parco letti esistente. Idealmente, tenuto conto del tempo che necessariamente intercorre tra un'uscita e una nuova entrata, il tasso di occupazione dei letti per soggiorni di lunga durata dovrebbe essere di poco inferiore al 100%.

Nel Rapporto di Pianificazione del 2003, si era avanzato che un tasso ottimale poteva essere considerato tra il 96% e il 98%.

La Tabella 6 indica l'evoluzione del tasso di occupazione dei letti in istituti per anziani medicalizzati per soggiorni di lunga durata sul periodo 2000-2010 in Ticino.

Tabella 6: Evoluzione dei tassi di occupazione dei letti (di lunga durata) negli istituti per anziani medicalizzati dal 2000 al 2010 in Ticino

Tasso d'occupazione dei letti di lunga durata in CPA - Ticino	2000	2005	2006	2007	2008	2009 ^{*)}	2010 ^{*)}	Media	
								2000-05	2006-10
	93.8	96.5	95.7	97.8	97.7	97.9	96.0	95.2	97.0

Fonte: Statistica "Intra-Muros EMS" fino al 2005; dal 2006 nuova statistica federale SOMED.

Elaborazione: Ustat, 13.10.2011; *) ri-elaborazione DASF.

Il tasso di occupazione dei letti per soggiorni di lunga durata evolve in maniera abbastanza irregolare sul periodo in esame, ma con una tendenza all'aumento che si delinea nella seconda parte dello scorso decennio, fino a collocarsi nella forchetta indicata dalla Pianificazione del 2003 (con punte di quasi il 98% nel triennio 2007-2009). Il dato in controtendenza del 2010, tasso d'occupazione dei letti del 96%, è da leggersi alla luce dei numerosi progetti di ristrutturazione e/o d'ampliamento di istituti per anziani in cantiere durante l'anno in questione, ciò che ha avuto un'incidenza sulla piena occupazione dei letti in alcuni istituti a seguito dei disagi provocati dai lavori e dai trasferimenti di ospiti³⁶.

La tendenza al rialzo del tasso d'occupazione dei letti di lunga durata nello scorso decennio è generata da diversi fattori.

In primo luogo, dalla graduale soppressione del numero di camere doppie presso gli istituti, con la loro trasformazione in camere singole³⁷. Nei progetti di ristrutturazione di strutture condotti negli scorsi anni, come pure nelle indicazioni emanate per la progettazione di nuovi istituti per anziani dall'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD), è stato perseguito lo standard della camera singola³⁸.

D'altro canto, la generalizzazione dei contratti di prestazione nel settore costituisce un forte incentivo all'eliminazione di eventuali sottocapacità presenti nelle strutture, come pure al miglioramento nella gestione ottimale dei nuovi ricoveri.

³⁶ A questo proposito si segnala che il nuovo Centro sociosanitario di Cevio era in costruzione, con gli ospiti trasferiti presso la Piccola Casa Divina Provvidenza a Gordevio e Istituto Don Guanella a Maggia; la Casa per anziani Montesano a Orselina era in ristrutturazione, con ospiti trasferiti presso la ex-Clinica di Sementina; lavori di ampliamento si sono conclusi durante l'anno presso le Case per anziani Cà Rezzonico e Residenza Gemmo a Lugano, Casa Anziani Alto Vedeggio a Mezzovico, Casa anziani Visagno a Claro e la Casa per anziani di Prato Leventina (ex-Diocesano).

³⁷ Le camere doppie sono occupate da persone coniugate e, anche, da persone non imparentate. Al momento del decesso di una di esse, queste camere non possono sempre essere riacquistate subito con nuovi ospiti.

³⁸ Sulla base di stime dell'Ufficio anziani e delle cure a domicilio / Ufficio del medico cantonale, si può verosimilmente supporre che attualmente la parte delle camere doppie rispetto al totale delle camere presenti negli istituti per anziani medicalizzati del Cantone si situi ancora attorno al 10%.

3 SITUAZIONE A FINE 2010 NEL SETTORE DELLE CURE DI LUNGA DURATA IN TICINO

3.1 Settore degli istituti per anziani medicalizzati

Come evidenziato precedentemente (paragrafo 2.3), la statistica ufficiale più recente in questo ambito è la Statistica federale SOMED dell'Ufficio federale di statistica (UST), con situazione al 1° gennaio 2010. Al fine di presentare una situazione la più attuale possibile e avere una corrispondenza con gli ultimi dati demografici pubblicati per il Cantone Ticino, sono stati utilizzati i dati amministrativi dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) riguardanti il numero di ospiti presenti nei diversi istituti per anziani medicalizzati del Cantone al 31.12.2010. Alcune leggere divergenze con i futuri dati SOMED potrebbero dunque essere possibili.

3.1.1 Posti letto totali e secondo la durata a fine 2010

La Tabella 7 presenta i posti letto a fine 2010 per comprensorio SACD e per la durata di soggiorno³⁹.

Tabella 7: Posti letto medicalizzati effettivi a fine 2010 in Ticino e per comprensorio SACD, totali e secondo la durata

Posti letto effettivi in Istituti per anziani medicalizzati al 31.12.2010 ¹⁾	Totali	lunga durata	breve durata	di cui ACS
TICINO	4'164	4'055	109	60
Mendrisiotto e Basso Ceresio	733	713	20	15
Luganese	1'255	1'236	19	15
Malcantone e Veduggio	369	350	19	15
Locarnese e Vallemaggia	1'050	1'010	40	15
Bellinzonese	396	389	7	0
Tre Valli	361	357	4	0

1) Dati UACD (2011). Sono esclusi i posti in appartamenti protetti. I dati riguardano le stesse strutture già viste alla Tabella 4.

Dei 4'164 posti letto effettivamente presenti a fine 2010, 4'055 (97.4%) riguardavano posti per soggiorni di lunga durata e 109 (2.6%) erano posti per soggiorni temporanei, inclusi 60 posti ad "alto contenuto sanitario" (ACS).

Senza i posti letto ACS, per soggiorni temporanei erano disponibili solo 49 posti (1.2% dei posti letto complessivi): il Locarnese ne disponeva di 25 (18 presenti

³⁹ I dati UACD si riferiscono, al 31.12.2010, a 65 strutture per anziani medicalizzate, di cui 53 con finanziamento LANz per la gestione corrente e 12 senza. Tra queste strutture non sono presenti la Casa per anziani della Capriasca a Tesserete e Casa Patrizia a Losone, ambedue esclusivamente composte d'appartamenti protetti (e finanziate LANz). I posti letto presenti presso la Pensione Sole a Torricella (10 posti) non sono stati inclusi.

presso la Casa per anziani di Someo⁴⁰), gli altri comprensori registravano tra 4 e 7 posti ciascuno.

La Tabella 8 illustra l'evoluzione da fine 2000 a fine 2010.

Tabella 8: Evoluzione dei posti letto medicalizzati effettivi dal 2000 al 2010 in Ticino e per comprensorio SACD, totali e secondo la durata di soggiorno

Variazione posti letto effettivi in Istituti per anziani medicalizzati 2000-2010 ¹⁾ 31.12.	Totali		lunga durata		breve durata	
	ass.	in %	ass.	in %	ass.	in %
TICINO	372	9.8%	352	9.5%	20	22.5%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	64	9.6%	47	7.1%	17	566.7%
Luganese	211	20.2%	211	20.6%	0	0.0%
Malcantone e Veduggio	34	10.1%	36	11.5%	-2	-9.5%
Locarnese e Vallemaggia	18	1.7%	-6	-0.6%	24	150.0%
Bellinzonese	-19	-4.6%	-15	-3.7%	-4	-36.4%
Tre Valli	64	21.5%	79	28.4%	-15	-78.9%

1) Dati UACD (2011) e Intra-Muros EMS (2000). Sono esclusi i posti in appartamenti protetti. I dati riguardano le stesse strutture già viste alla Tabella 4.

Per quanto riguarda i posti letto totali a livello cantonale, le principali indicazioni già discusse al punto 2.3.1 possono essere riprese, tuttavia con la sostanziale aggiunta che l'anno 2010 ha fatto registrare la messa a disposizione di numerosi nuovi posti letto in istituti per anziani medicalizzati a seguito della conclusione di importanti lavori di ampliamento in diverse strutture per anziani: l'incremento di 132 posti letto tra inizio e fine 2010 rappresenta da solo più di un terzo dell'aumento constatato su tutto l'arco dello scorso decennio (+372 posti).

Anche in questo caso, con 65 posti letto supplementari creati nel 2010, il comprensorio del Luganese funge da capofila tra i diversi comprensori (+30 posti presso la Residenza Gemmo e +35 posti presso Cà Rizziero Rezzonico a Lugano), seguito a ruota dal comprensorio delle Tre Valli con ulteriori 46 posti letto creati (una trentina di posti presso la Casa per anziani Visagno a Claro e una quindicina presso l'ex-Diocesano a Prato Leventina). Anche il comprensorio del Malcantone e Veduggio ha aumentato di una ventina di posti letto la sua dotazione, in particolare grazie ai nuovi posti letto proposti presso la Casa per anziani Alto Veduggio a Mezzovico. Negli altri comprensori non sono stati creati nuovi posti letto nel 2010.

Da fine 2000 a fine 2010 i posti letto totali sono quindi aumentati di 372 unità (+9.8%) in Ticino, soprattutto nel comprensorio del Luganese (+211 posti letto), seguito alla pari dai comprensori del Mendrisiotto e Basso Ceresio e delle Tre Valli (ognuno con +64 posti) e infine dal comprensorio del Malcantone e Veduggio (+34 posti).

⁴⁰ Tuttavia attualmente occupati prevalentemente per soggiorni di lunga durata, a seguito del trasferimento di ospiti derivante dalla chiusura della Casa per anziani di Cevio (ex-ospedale regionale di Cevio abbattuto nell'estate del 2008), nell'attesa del futuro Centro sociosanitario in costruzione.

Il comprensorio del Locarnese e Vallemaggia ha conosciuto un leggero saldo positivo nella crescita dei posti letto totali in strutture per anziani (+18 posti), ma essenzialmente dovuto al conteggio dei posti letto nelle due strutture Casa per anziani S. Agnese a Muralto e Casa Carmelo S. Teresa a Brione sopra Minusio, non contemplate ad inizio dello scorso decennio⁴¹.

Infine, il Bellinzonese, come già ribadito in precedenza, è l'unico comprensorio in cui si sia assistito a una diminuzione dei posti letto totali disponibili (una ventina in meno), anche perché nessun nuovo progetto importante si è concretizzato, in particolare la preventivata seconda Casa per anziani comunale di Bellinzona ha accumulato pesanti ritardi.

La quasi essenzialità dei nuovi posti letto creati tra il 2000 e il 2010 a livello cantonale riguardano posti per soggiorni di lunga durata (352 su 372 totali, ossia il 94.6%), segno anche di una certa pressione sulle strutture per anziani dovuta alla più lenta messa a disposizione dei posti letto necessari al fabbisogno presente sul territorio (unicamente i due terzi dei posti pianificati nel 2003 sono stati effettivamente resi disponibili).

A conferma di questa situazione, i posti letto per i veri soggiorni temporanei (ST) in istituti per anziani sono generalmente diminuiti in quasi tutti i comprensori nello scorso decennio, per un totale di circa una quarantina di posti, salvo nel comprensorio del Locarnese e Vallemaggia in cui si è registrato un incremento⁴², oppure sono rimasti ai livelli dell'anno 2000 (nel Mendrisiotto e Basso Ceresio). L'incremento a livello cantonale di 20 unità per soggiorni di breve durata esposto nella tabella precedente è da ricondursi esclusivamente alla creazione di 60 posti letto nei Reparti ACS a partire dal 2004.

3.1.2 Densità di posti letto a fine 2010

La Tabella 9 presenta la densità di posti letto in istituti per anziani medicalizzati a fine 2010: la densità di posti letto in istituti per anziani, senza considerare gli appartamenti protetti, risultava essere a livello ticinese di 220 posti ogni mille anziani ultraottantenni.

Rispetto a quanto descritto al punto 2.3.2, a fine 2010 la densità di posti letto è risalita in maniera abbastanza importante rispetto alla situazione di inizio anno (da 207 a 220 per mille), grazie alla conclusione dei diversi importanti progetti di ampliamento di strutture per anziani già citati nel paragrafo precedente, con un conseguente congruo aumento della dotazione complessiva di posti letto a livello cantonale.

I comprensori che hanno conosciuto un aumento dei posti letto nel 2010 registrano tutti un incremento importante della loro densità di posti letto: Tre Valli (+33 per mille), Luganese (+19 per mille), Malcantone e Veduggio (+13 per mille)⁴³.

⁴¹ Senza di queste due strutture, per un totale di 68 posti letto, il Locarnese presenterebbe un saldo netto negativo di ca. una cinquantina di posti letto tra il 2000 e il 2010, riassorbimento delle sovracapacità presenti ad inizio 2000 in ogni caso postulato dalla precedente Pianificazione anziani.

⁴² In particolare grazie agli attuali 18 posti "formalmente" per soggiorni temporanei garantiti dalla Casa per anziani di Someo, anche se prevalentemente occupati per soggiorni di lunga durata.

⁴³ Un esiguo aumento "tecnico" della densità di posti letto (ca. 5 per mille) si è verificato anche nei comprensori che non hanno conosciuto una crescita della loro dotazione di posti letto nel corso del

Tabella 9: Densità di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati rispetto alla popolazione ultraottantenne a fine 2010 e paragone 2000-2010, in Ticino e per comprensorio SACD

Densità effettiva posti letto / pop. residente permanente 80+ ^{1) 2)}	2010 (31.12.)	Var. 2000-2010	
		ass.	in %
TICINO	220	-35	-13.9%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	233	-55	-19.1%
Luganese	223	-21	-8.5%
Malcantone e Vedeggio	211	-37	-15.1%
Locarnese e Vallemaggia	242	-59	-19.7%
Bellinzonese	162	-47	-22.6%
Tre Valli	217	20	10.4%

1) Posti letto per soggiorni di lunga e breve durata (compresi posti ACS), senza appartamenti protetti.

2) Popolazione residente permanente alla fine dell'anno (Ustat, 25.08.2011).

Fonte: Elaborazione DASF, 2011.

La riduzione della densità di posti a livello cantonale sull'arco dello scorso decennio è stata dunque in definitiva del 35 per mille (base fine 2000: 255 per mille), risultato leggermente superiore all'obiettivo pianificatorio postulato nella Pianificazione anziani 2000-2010 del 227 per mille, tuttavia in linea con lo stesso.

In fatto di densità di posti letto, a fine 2010 il comprensorio del Locarnese e Vallemaggia in particolare, come pure il Mendrisiotto e Basso Ceresio si situano ancora abbastanza al di sopra della media cantonale (regioni sovra-dotate, ma con un parziale riavvicinamento alla media cantonale sull'arco di tutto lo scorso decennio, soprattutto il Locarnese e Vallemaggia), il Luganese e le Tre Valli si situano attorno a questa media, mentre il Malcantone e Vedeggio si trova leggermente al disotto (-9 rispetto alla media cantonale).

Come già enunciato in precedenza, il comprensorio del Bellinzonese risulta essere la regione in cui la sottodotazione di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati è la più acuta: con 162 letti ogni mille anziani ultraottantenni sussiste una differenza di ben 58 punti per mille rispetto alla media cantonale.

Le disparità regionali constatate a fine 2000 permangono, anche se in maniera più limitata, a fine 2010. Ciò soprattutto al riguardo del divario tra la regione più dotata in fatto di posti letto rispetto alla sua popolazione ultraottantenne (Locarnese e Vallemaggia) e la regione meno dotata (Tre Valli, rispettivamente Bellinzonese): si è passati da una differenza di 106 posti letto unicamente a 80 posti letto ogni mille abitanti ultraottantenni.

2010. Ciò è legato alla diminuzione degli effettivi constatata tra il 2009 ed il 2010 per la fascia di età 80 e più anni, a seguito del cambiamento delle basi statistiche di rilevamento della popolazione residente permanente (vedi nota 31).

Ciò nondimeno, in generale e salvo la situazione specifica del Bellinzonese, l'obiettivo indicato nel 2003 di un riequilibrio regionale della densità di posti letto verso la media cantonale, sebbene considerato a lungo termine, si è tendenzialmente consolidato: cinque comprensori su sei sono infatti racchiusi in uno scarto di solo una ventina di posti letto ogni mille anziani attorno alla media cantonale.

3.1.3 Reparti ad alto contenuto sanitario (ACS) – Bilancio 2004-2010

I "Reparti ad alto contenuto sanitario" (ACS) sono stati creati dal 2004 a titolo sperimentale, per una fase di quattro anni, presso quattro strutture che nell'ambito delle precedenti Pianificazioni ospedaliere, in particolare quelle del 1997 e del 2001, erano state riconvertite interamente o parzialmente in istituti per anziani medicalizzati: Clinica Opera Charitas di Sonvico, Clinica Santa Lucia di Arzo e Ospedale di zona di Cevio, alle quali si è in seguito aggiunto l'Ospedale Malcantonese di Castelrotto.

Le strutture citate già disponevano al loro interno, oltre ai letti acuti, di un settore riservato alle persone anziane. La riconversione della Clinica Opera Charitas a Sonvico è avvenuta in tempi rapidi, già operativa da metà del 2001, mentre formalmente la riconversione degli Ospedali di zona di Cevio e della Clinica Santa Lucia di Arzo si è conclusa ad inizio 2004.

Con i rappresentanti degli assicuratori malattia fu stabilito che 15 letti per soggiorni temporanei delle quattro strutture in oggetto avrebbero erogato prestazioni ACS, posti sottoposti al regime assicurativo dell'art. 39 cpv. 3 LAMal (case di cura). I 60 posti totale ACS sono dunque stati inseriti nell'elenco dei posti autorizzati dal DL del 29 novembre 2005 elaborato in occasione della Pianificazione ospedaliera del 2005.

I Reparti ACS sono state definite come unità organizzative specifiche ubicate all'interno di una casa per anziani che erogano cure rivolte ad anziani fragili, in particolare pazienti ultra-sessantenni con problemi internistici in senso lato (per esempio dopo interventi chirurgici), che richiedono un sostegno clinico non specialistico. Tali reparti costituiscono dunque una struttura sanitaria a complessità intermedia, allo scopo di permettere all'anziano di ritrovare la sua autosufficienza ristabilendo un equilibrio omeostatico (riattivazione geriatrica) in un periodo che varia dalle due alle quattro settimane (28 giorni).

L'obiettivo primario è di consentire il rientro dell'anziano al proprio domicilio (in casi particolari eventualmente l'entrata in casa per anziani), come pure provvedere ad evitare dei ricoveri impropri in ospedale a quei pazienti fragili provenienti dal domicilio, ma che non necessitano di prestazioni di tipo acuto.

La fase di sperimentazione si è conclusa con successo a fine 2008 ed è descritta nel Rapporto finale del novembre 2008 redatto dall'Ufficio del medico cantonale (UMC) e dall'allora Sezione del sostegno a enti e attività sociali (ora Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio, UACD)⁴⁴.

Tra i principali risultati conseguiti dai suddetti reparti si segnalano:

⁴⁴ "Sperimentazione reparti ad alto contenuto sanitario 2004-2008 – Rapporto finale", DSS, UMC-SSEAS, novembre 2008.

- un quadro di riferimento omogeneo degli utenti di prestazioni ACS: prevalenza di donne di età superiore o uguale agli 82 anni;
- efficacia molto elevata: il rientro a domicilio è avvenuto nel 77% dei casi dopo una permanenza che, nel 96% dei casi, è stata inferiore alle quattro settimane⁴⁵;
- efficienza in linea con gli obiettivi (costi standard): il costo per giornata si è situato tra quello di una casa per anziani e quello di un ospedale/clinica con reparto di medicina di base;
- un anello importante della presa a carico in rete in un contesto di differenziazione dell’offerta, conformemente agli indirizzi della Pianificazione nel settore anziani.

Il Rapporto sottolineava l’adeguatezza di questa nuova formula d’offerta sanitaria, che avrebbe dovuto essere completata sul piano geografico con la creazione di reparti ACS nelle regioni che ne erano sprovviste: Bellinzonese e Tre Valli.

Sulla base dei risultati positivi della sperimentazione, i reparti ACS hanno poi proseguito la loro attività, sulle stesse basi, anche nel corso del 2009 e del 2010.

Dal 2011, con l’entrata in vigore della Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008, al fine di proseguire con la positiva esperienza dei Reparti ACS e tenere in debita considerazione anche la nuova prestazione per “cure acute e transitorie” (CAT) prevista dal nuovo ordinamento federale, un ripensamento è stato effettuato sulle modalità di erogazione della stessa prestazione ACS.

Nell’ambito del già citato Messaggio 6390 del 24 agosto 2010 d’adeguamento della normativa cantonale al nuovo ordinamento federale si è indicato che la nuova prestazione CAT non era sostitutiva, bensì complementare alle prestazioni fornite dai Reparti ACS già attivi sul territorio.

Le modalità di proseguimento dell’esperienza degli ex-Reparti ACS sono descritte al punto 6.1.2. del presente Rapporto.

3.2 Settore dell’assistenza e delle cure a domicilio

Dopo la discussione già avviata al paragrafo 1.2.3, in cui si è sottolineato che gli obiettivi posti nel 2006 in sede di Pianificazione SACD 2006-2009 sono stati pienamente raggiunti e perfino superati in termini di numero di utenti da seguire e di ore di prestazione da erogare, seppur con delle differenze a livello di comprensori, si intende ora fornire una ricapitolazione sintetica di quanto avvenuto nel settore LACD in oggetto nello scorso decennio, sulla base di alcuni indicatori sintetici.

La Tabella 10 mostra i principali dati per l’intero settore.

⁴⁵ Rapporto finale ACS, aggiornamento 2009.

Tabella 10: Evoluzione dei Servizi di assistenza e cura a domicilio riconosciuti dalla LACD, principali indicatori, dal 2001

	2001	2002	2003 ¹⁾	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Casi seguiti e tipo di prestazioni offerte ²⁾										
Casi seguiti	6'177	7'299	6'988	9'723	10'529	10'372	10'815	11'045	11'219	11'555
Anziani	5'073	5'246	5'536	5'600	5'894	5'995	6'433	6'701	6'936	7'373
Invalidi/famiglie/altri in età non AVS	1'104	2'053	1'452	1'288	1'367	1'348	1'425	1'406	1'439	1'504
Bambini (seguiti dal servizio CMP)	... ³⁾	... ³⁾	... ³⁾	2'835	3'268	3'029	2'957	2'938	2'844	2'678
Casi seguiti in % pop. residente media TI	2.0	2.3	2.2	3.0	3.3	3.2	3.3	3.3	3.4	3.5
Anziani seguiti in % anziani (pop.res.perm. 65+ ⁷⁾	8.9	9.0	9.3	9.2	9.4	9.4	9.8	9.9	10.0	10.8
Ore di prestazione offerte										
Prestazioni infermieristiche ⁴⁾	56'527	27'921	81'128	74'797	62'089	72'438	61'843	70'295	78'467	88'088
Cure di base ⁵⁾	122'588	178'894	118'836	123'561	144'599	146'088	180'636	192'328	210'898	220'424
Aiuto domestico ⁶⁾	182'798	187'282	191'037	197'817	199'236	198'948	207'105	205'284	209'608	227'339
Consulenza materno-pediatrica	0	9'959	0	13'763	13'442	12'577	12'219	13'360	13'379	12'978
Ore medie di prestazioni per caso	81	67	78	59	55	57	57	59	46	47
Personale (in unità equivalenti a tempo pieno)	319.6	362.4	379.7	389.9	382.4	391.1	404.7	413.7	428.8	451.1

¹⁾ A causa del cambiamento del sistema informatico, alcuni servizi non hanno più rilevato la categoria di utenti.

²⁾ Casi e prestazioni, compreso il settore maternità, infanzia e famiglia.

³⁾ Fino al 2003 compresi in invalidi/famiglie/altri in età non AVS.

⁴⁾ Prestazioni erogate esclusivamente da personale infermieristico.

⁵⁾ Prestazioni erogate sia da personale infermieristico sia da aiuto familiari.

⁶⁾ Prestazioni erogate sia da aiuto familiari sia da personale ausiliario.

⁷⁾ Fino al 2009 popolazione residente media (ESPOP), dal 2010 popolazione residente permanente (STATPOP).

Fonte: DSS-UACD; elaborazione Ustat, 9.2011.

I casi globali (utenti anziani, invalidi, famiglie e bambini) seguiti dai SADC nel periodo 2001-2010 (9 anni) sono aumentati di 5'378 unità (+87.1%). Rispetto alla popolazione residente media ticinese, i casi seguiti sono passati dal 2% al 3.5%.

Per quanto riguarda più specificatamente gli utenti anziani, nel periodo 2001-2010 i casi seguiti sono aumentati di 2'300 unità (+45.3% sul periodo, +5.0% in media annuale). La parte della popolazione residente media ultrasessantacinquenne ticinese seguita dai SADC è cresciuta dall'8.9% al 10.8%. Rispetto alla cifre indicate nel rapporto di Pianificazione per gli anni 2006-2009, dove si stimava un totale di 6'414 utenti anziani da seguire a fine 2009, a consuntivo ne sono stati seguiti 6'936, dunque 522 in più rispetto a quanto prospettato.

Anche per quanto riguarda le ore globali erogate dai SADC (prestazioni infermieristiche, cure di base, aiuto domestico e consulenza materno pediatrica) si è constatato un netto aumento sul periodo 2001-2010: di quasi 187'000 ore, pari al +51.6% (+5.7% in media annua). Negli ultimi anni il numero di ore medie di prestazione per caso all'anno, dopo una lunga stabilizzazione a 57-59 ore (dal 2004 al 2008), si è di nuovo ridotto portandosi a 46-47 ore: segno di una maggiore produttività dei SADC, dovuta anche dal 2006 alla generalizzazione dello strumento del contratto di prestazione nel settore.

Il personale è conseguentemente cresciuto con l'evoluzione del settore: +131 unità (equivalenti tempo pieno) sul periodo in oggetto.

Per i servizi di appoggio l'incremento dell'attività negli ultimi anni è stato superiore alle indicazioni iniziali previste nel rapporto di Pianificazione SADC 2006-2009 (limitazione del potenziamento). Infatti, la dotazione di personale nei centri diurni terapeutici preposti ad accogliere utenti colpiti da Alzheimer, come pure nei servizi che seguono persone a domicilio malate di tumore, è stata accresciuta. Sebbene non siano giunte richieste di riconoscimento di nuovi enti d'appoggio, per alcuni di essi si è proceduto, dal 2009, a un'estensione del mandato (in particolare per il centro diurno della Croce Rossa del Luganese, il servizio di consulenza "Alter Ego"

contro il maltrattamento delle persone anziane attivo presso Pro Senectute, il coordinamento dei volontari da parte dell'Associazione Triangolo).

Infine, nel settore degli aiuti diretti al mantenimento a domicilio, il numero dei beneficiari totali (anziani e invalidi) è cresciuto di una settantina di casi dal 2001 al 2004, poi si è stabilizzato attorno a ca. 470 beneficiari nel periodo 2005-2009, con un aumento a poco più di 500 beneficiari registrato nel 2010: 388 beneficiari anziani e 116 invalidi, per una spesa complessiva (contributo fisso) di 5.7 milioni di franchi.

Il numero di richieste e di contributi concessi per l'abolizione delle barriere architettoniche può variare ogni anno ed è difficilmente preventivabile. In generale, sull'arco dello scorso decennio il numero di interventi è rimasto stabile (ca. una decina di richieste all'anno, per una spesa media annua complessiva che è quasi sempre restata al disotto dei 100'000.- franchi).

3.3 Settore ospedaliero in Ticino (geriatria generale e acuta)

Accanto ai 26 posti letto presenti presso la Clinica psichiatrica cantonale (CPC) di Mendrisio nel Servizio intersettoriale di psichiatria geriatrica (SIPSIG) (vedi punto 1.2.5), esistono in Ticino anche strutture ospedaliere pubbliche e private che offrono cure in ambito geriatrico ad anziani prevalentemente fragili.

I reparti di geriatria sono alcune volte inclusi in quelli di medicina interna generale e il conteggio separato dei posti letto disponibili non è dunque sempre possibile. Fanno eccezione la sede di Acquarossa dell'ORBV, il reparto di geriatria acuta dell'OBV di Mendrisio, la Clinica Luganese a Lugano nonché la Clinica Varini a Orselina, dove è presente un'offerta geriatrica specifica.

In questo contesto è dunque disponibile in Ticino un'offerta geriatrica pubblica e privata nel settore ospedaliero che si è sviluppata ispirandosi ad un approccio multidisciplinare al paziente geriatrico in linea con quella di altre esperienze in Svizzera.

A dipendenza della verifica del fabbisogno nell'ambito della Pianificazione ospedaliera, art. 39 cpv. 1 LAMal, l'offerta in ambito geriatrico del settore ospedaliero sarà eventualmente rivalutata in funzione della determinazione dell'offerta ospedaliera complessiva.

3.4 Paragone intercantonale nel ricorso alle cure di lunga durata

Per un paragone della situazione ticinese con quella svizzera nel settore delle cure di lunga durata, in particolare per gli istituti per anziani medicalizzati e dell'assistenza e cura a domicilio, ci si basa principalmente sui risultati annuali della Statistica degli istituti medico-sociali (SOMED)⁴⁶ dell'Ufficio federale di statistica (UST) e sui risultati della Statistica dell'assistenza e delle cure a domicilio (statistica Spitex)⁴⁷ sempre dell'UST.

Per quanto riguarda il settore degli istituti per anziani, la Statistica degli istituti medico-sociali (SOMED) dell'UST, in particolare per l'ultimo anno pubblicato completo (2009), fornisce dati di paragone con gli altri cantoni svizzeri. In Ticino le strutture censite sono istituti per anziani (fortemente) medicalizzati, analogamente alla situazione in Svizzera romanda. In Svizzera tedesca si registra invece ancora una discreta presenza di case per anziani non medicalizzate, sinonimo di un differente approccio culturale all'entrata in casa per anziani (luogo di vita versus luogo di cura).

Ad inizio 2009, i posti letto totali (di lunga e breve durata) in istituti per anziani medicalizzati, rispetto al totale della popolazione ultrasessantacinquenne, rappresentavano il 59.8‰ in Ticino, a fronte di una media svizzera del 70.3‰. La durata media di permanenza in istituti per anziani medicalizzati risultava superiore in Ticino rispetto alla media svizzera. Nel 2009, per soggiorni di lunga durata, era di 1'055 giornate contro 992. Per i soggiorni temporanei la durata media di permanenza era inferiore: 26 giornate in Ticino e 38 in Svizzera. L'età media degli ospiti in istituti per anziani nel 2009 in Ticino era tra le più alte della Svizzera con 86.3 anni per le donne e 82.9 anni per gli uomini, rispetto agli 85.0 anni e 80.8 anni a livello svizzero.

Per quanto riguarda i flussi di entrata e uscita in istituto per provenienza e per destinazione, si denota in Ticino l'entrata in istituto in provenienza soprattutto da strutture ospedaliere (51.1% di tutte le entrate nel 2009). Per la Svizzera questa quota era del 40.3%. L'entrata in istituto direttamente dal proprio domicilio era quindi minore in Ticino, 34.9% di tutte le entrate nel 2009, contro il 46.3% per la Svizzera⁴⁸. Il 10.1% delle entrate in Ticino proveniva da un altro istituto per anziani (6.4% per la Svizzera). Per contro, in Ticino si assisteva a una maggiore uscita dagli istituti verso il proprio domicilio (34.5% di tutte le uscite nel 2009) rispetto alla media svizzera (30.3%), come delle uscite in direzione di altri istituti per anziani (13.1% in Ticino contro il 7.0% per la Svizzera)⁴⁹.

⁴⁶ «Statistique des institutions médico-sociales (SOMED) – Tableaux standard» OFS, Neuchâtel. Dal 2006 la nuova statistica federale SOMED ha rimpiazzato la «Statistica Intra-Muros EMS».

⁴⁷ «Statistique de l'aide et des soins à domicile (statistica Spitex), OFS, Neuchâtel.

⁴⁸ Il Ticino si apparta per questo aspetto alla situazione vigente nei cantoni della Svizzera romanda, dove la casa per anziani è sinonimo quasi esclusivamente di luogo di cura.

⁴⁹ La lettura dei dati ticinesi sulle entrate/uscite dagli istituti per anziani deve essere effettuata anche alla luce della messa in opera, a partire dal 2004, dei quattro reparti ACS: reparti che come obiettivo principale si pongono proprio il rientro al domicilio dell'anziano fragile dopo un soggiorno in un ospedale acuto oppure dal domicilio, oppure possono servire al ricovero di utenti in provenienza dalle altre CPA non-ACS. Il buon funzionamento dei soggiorni di breve durata in Ticino è pure da considerare.

Infine, nel 2009 le uscite dagli istituti per anziani a causa di decesso sono risultate inferiori in Ticino (44.0% del totale) rispetto alla media svizzera (51.3%).

Per il settore dell'assistenza e della cura a domicilio, la Statistica Spitex dell'UST, fornisce anch'essa un paragone con gli altri cantoni svizzeri, tuttavia fino al 2009 solo in modo parziale. Infatti, la Statistica Spitex dell'UST sottostimava l'importanza del settore in Ticino poiché non prendeva in considerazione l'importante quantità delle prestazioni erogate nel cantone dalle organizzazioni d'assistenza e cura a domicilio private e dagli infermieri/e indipendenti. Con i primi dati provvisori del rilevamento 2010 appena pubblicati, vi è stato un allargamento dell'universo di base che considera per la prima volta anche il settore privato (a scopo di lucro) dell'assistenza e cura a domicilio⁵⁰.

Dai dati completi dell'ultimo anno pubblicato (2009), e che concernono esclusivamente i sei SACD d'interesse pubblico, si evince comunque che il ricorso ai servizi d'assistenza e cura a domicilio da parte della popolazione anziana ticinese è in linea con la media a livello svizzero: in Ticino il 27.2% della fascia d'età 65-79 anni fa capo a questi servizi, contro il 28.2% in Svizzera; per la popolazione ultraottantenne tale percentuale sale inoltre al 48.6% in Ticino, contro il 46.9% per la Svizzera. Nel totale delle ore effettuate per assistenza e cura a domicilio, la parte erogata alla popolazione della fascia d'età 65-79 anni rappresenta il 28.8% in Ticino contro il 25.8% in Svizzera secondo gli ultimi dati pubblicati del 2009, mentre per la popolazione ultraottantenne tali percentuali sono del 56.6% in Ticino e del 55.5% a livello svizzero.

Scontato il fatto che in Ticino lo sviluppo dell'assistenza e cura a domicilio ha conosciuto un certo ritardo rispetto alla situazione di altri cantoni fino alla fine degli anni '90 / primi anni 2000, l'espansione che ha in seguito conosciuto il settore nel corso dello scorso decennio ha certamente permesso di colmare le lacune nel tasso di ricorso a questi servizi: il tasso di ricorso all'assistenza e cura a domicilio, ovvero la parte di utenza con prestazioni di cura nel totale della popolazione residente permanente era del 19.7‰ in Ticino contro il 21.0‰ in media svizzera nel 2009.

La differenze tra cantoni quanto al ricorso alle diverse forme di presa a carico di lunga durata restano tuttavia significative⁵¹.

⁵⁰ A titolo di esempio, la statistica Spitex del 2009 censiva solo sette organizzazioni spitex in Ticino (si tratta dei sei SACD pubblici, con una suddivisione in due del SACD del Locarnese e Vallemaggia). Con i dati provvisori dell'anno 2010 pubblicati a fine novembre 2011 il numero di fornitori di prestazioni nella statistica Spitex dell'UST è salito a 98. Si conteggiano infatti la ventina di servizi spitex privati e una parte dei ca. 150 infermiere/i indipendenti operanti attualmente in Ticino. Il settore delle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio private rappresenta ca. il 27% del volume di ore erogate per cure domiciliari in Ticino, il 58% è appannaggio dei sei SACD d'interesse pubblico mentre il restante ca. 15% è assunto da infermiere/i indipendenti con libero esercizio e numero di concordato santésuisse (dati 2009).

⁵¹ «Comparaison intercantonale du recours aux soins de longue durée en Suisse», Document de travail 17 Obsan, H.-J. Ruedin, A. Weber, S. Pellegrini, C. Jeanrenaud ; Neuchâtel, mai 2006. In questo studio il Ticino veniva collocato tra i cantoni in cui lo sviluppo dei SACD e dei servizi d'appoggio era inferiore alla media svizzera, ma i dati utilizzati si riferivano al 2002. Il ricorso agli istituti per anziani medicalizzati (18% della popolazione ultraottantenne) risultava appena inferiore alla media svizzera (20% della popolazione ultraottantenne).

4 STIMA DEL FABBISOGNO DI POSTI LETTO NEGLI ISTITUTI PER ANZIANI NEL 2010, 2015 E 2020

4.1 Evoluzione demografica prospettata 2010-2020 a livello cantonale e regionale

Per la stima del fabbisogno di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati nel corrente decennio, lo scenario di riferimento utilizzato contempla l'evoluzione demografica della popolazione ticinese fino al 2020, con particolare attenzione all'evoluzione della popolazione anziana per classi d'età.

Lo studio "ad-hoc" per il Canton Ticino⁵², effettuato nel 2006 dal "Service cantonal de recherche et d'information statistique" (SCRIS) dell'Ufficio di statistica del Canton Vaud, considera lo scenario base per il Cantone Ticino allestito dallo stesso SCRIS per l'Ufficio cantonale di statistica (Ustat) alla fine del 2004.

La Tabella 11 presenta i risultati delle prospettive demografiche (popolazione residente permanente) fino al 2020 per il Cantone e per i sei comprensori SACD.

Tabella 11: Previsione della popolazione residente permanente in Ticino regionalizzata per comprensorio SACD, totale e classi d'età 65+ e 80+

popolazione residente permanente ad inizio anno	2010	%	2015	%	2020	%	Var. 2010-2015		Var. 2015-2020		Var. 2010-2020		
							ass.	in %	ass.	in %	ass.	in %	
TICINO	Totale	331'288	339'132	344'700	7'844	2.4%	5'568	1.6%	13'412	4.0%			
	65 o +	66'699	20.1%	74'750	22.0%	81'148	23.5%	8051	12.1%	6'398	8.6%	14'449	21.7%
	80 o +	18'720	5.7%	21'432	6.3%	24'962	7.2%	2712	14.5%	3530	16.5%	6242	33.3%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	Totale	52'510	53'656	54'198	1'146	2.2%	542	1.0%	1'688	3.2%			
	65 o +	10'920	20.8%	12'037	22.4%	12'835	23.7%	1'117	10.2%	798	6.6%	1'915	17.5%
	80 o +	3'095	5.9%	3'588	6.7%	4'136	7.6%	493	15.9%	548	15.3%	1'041	33.6%
Luganese	Totale	98'897	101'241	103'220	2'344	2.4%	1'979	2.0%	4'323	4.4%			
	65 o +	19'721	19.9%	22'148	21.9%	24'013	23.3%	2'427	12.3%	1'865	8.4%	4'292	21.8%
	80 o +	5'468	5.5%	6'274	6.2%	7'378	7.1%	806	14.7%	1'104	17.6%	1'910	34.9%
Malcantone e Vedeggio	Totale	37'297	38'853	40'125	1'556	4.2%	1'272	3.3%	2'828	7.6%			
	65 o +	6'663	17.9%	7'755	20.0%	8'611	21.5%	1'092	16.4%	856	11.0%	1'948	29.2%
	80 o +	1'692	4.5%	2'023	5.2%	2'429	6.1%	331	19.6%	406	20.1%	737	43.6%
Locarnese e Vallemaggia	Totale	65'588	66'734	67'302	1'146	1.7%	568	0.9%	1'714	2.6%			
	65 o +	14'764	22.5%	16'426	24.6%	17'818	26.5%	1'662	11.3%	1'392	8.5%	3'054	20.7%
	80 o +	4'255	6.5%	4'800	7.2%	5'532	8.2%	545	12.8%	732	15.3%	1'277	30.0%
Bellinzonese	Totale	49'088	51'148	52'527	2'060	4.2%	1'379	2.7%	3'439	7.0%			
	65 o +	8'812	18.0%	9'988	19.5%	10'957	20.9%	1'176	13.3%	969	9.7%	2'145	24.3%
	80 o +	2'495	5.1%	2'816	5.5%	3'250	6.2%	321	12.9%	434	15.4%	755	30.3%
Tre Valli	Totale	27'908	27'499	27'328	-409	-1.5%	-171	-0.6%	-580	-2.1%			
	65 o +	5'819	20.9%	6'395	23.3%	6'914	25.3%	576	9.9%	519	8.1%	1'095	18.8%
	80 o +	1'716	6.1%	1'931	7.0%	2'238	8.2%	215	12.5%	307	15.9%	522	30.4%

Fonte: SCRIS, 2006

La crescita demografica della popolazione totale fino al 2020 sembrerebbe più consistente nel comprensorio del Malcantone e Vedeggio e del Bellinzonese (+7.6%, rispettivamente +7.0%). Nel medesimo decennio, la crescita del Luganese (+4.4%) risulterebbe leggermente superiore alla media ticinese (+4.0%), mentre il Mendrisiotto e Basso Ceresio (+3.2%) e il Locarnese e Vallemaggia (+2.6%) crescerebbero con tassi inferiori. Il comprensorio delle Tre Valli conoscerebbe un declino (-2.1%).

⁵² «Perspectives de personne en Etablissements Médico Sociaux 2002-2020 – Tessin», SCRIS, juillet 2006.

Nel periodo 2010-2020, il numero di ultraottantenni dovrebbe crescere notevolmente nel Malcantone e Veduggio (+43.6%), nel Luganese (+34.9%) e nel Mendrisiotto e Basso Ceresio (+33.6%). La crescita risulterebbe al disotto della media ticinese (+33.3%) nei comprensori delle Tre Valli (+30.4%), del Bellinzonese (+30.3%) e del Locarnese e Vallemaggia (+30.0%).

Nel 2020, la quota delle persone anziane ultraottantenni (media cantonale: 7.2%) dovrebbe risultare più elevata nei comprensori delle Tre Valli e del Locarnese e Vallemaggia (8.2% in ambedue le regioni). I comprensori del Mendrisiotto e Basso Ceresio e del Luganese si troverebbero in una situazione vicina alla media cantonale (con 7.6% rispettivamente 7.1%). Le percentuali più basse di popolazione con più di 80 anni si situerebbero nei comprensori del Bellinzonese e del Malcantone e Veduggio (6.2%, rispettivamente 6.1%).

4.2 Fabbisogno in posti letto 2010-2020 a livello cantonale e regionale

4.2.1 Stima del numero di persone che necessiterebbero di accoglienza in istituti per anziani medicalizzati nel periodo 2010-2020, a livello cantonale e regionale

L'approccio utilizzato nella Pianificazione del 2003, ossia il metodo detto "Balance of Care" (BoC) (vedi punto 2.1.1), è basato sull'esplicita presa in considerazione dei profili di dipendenza della popolazione anziana e delle possibili alternative di presa a carico (istituti per anziani, servizi di assistenza e cura a domicilio e servizi d'appoggio, soggiorni temporanei in case di cura).

Lo SCRIS si è servito invece di un modello che rappresenta un compromesso tra due tipi di approcci:

- l'approccio secondo cui le quote di anziani, per età e per sesso, che necessitano di un istituto medicalizzato rimangono costanti nel tempo (metodo "classico" della *densità costante*). Siccome la speranza di vita (gli anni che rimangono prima del decesso) si allunga anche per gli anziani, ciò significherebbe che essi trascorrerebbero un maggior numero di anni in istituto. In altri termini, i guadagni di anni nella speranza di vita si trasformerebbero implicitamente in anni di vita in situazione di dipendenza da cure continuative come quelle offerte dagli istituti;
- l'approccio basato sulle quote di chi necessita di un istituto medicalizzato calcolate non direttamente per età e per sesso, ma secondo il numero di anni che rimangono da vivere. Questa quota cresce man mano che diminuisce il numero di anni che (statisticamente) rimangono da vivere. Poiché è aumentato, e aumenterà ancora, il numero di anni che rimangono da vivere ad una determinata età (per esempio a 80 anni), la proporzione di chi necessita di un istituto medicalizzato a quella ben precisa età diminuisce con l'andare del tempo. In altri termini, i guadagni di anni nella speranza di vita si trasformano implicitamente in anni di vita in buona salute, quindi in situazione di autonomia che non necessita del ricovero in istituto^{53 54}.

⁵³ È noto che la probabilità per una persona di entrare in istituto dipende in maniera preponderante dal suo stato di salute, a sua volta fortemente legato al numero di anni che gli restano da vivere. Se

In base a paragoni tra dati svizzeri e internazionali, lo SCRIS considera che l'aumento della speranza di vita si ripartisce in ragione dell'85% nell'allungamento della vita "in buona salute" e solo per il 15% nell'allungamento della vita con dipendenze.

Il parametro di "istituzionalizzazione" che risulta da questo "compromesso" tra i due approcci è applicato all'evoluzione demografica prospettata.

La Tabella 12 seguente fornisce il numero stimato di persone che necessiterebbero di accoglienza in istituti per anziani medicalizzati fino al 2020.

Tabella 12: Stima del numero di persone che necessiterebbero di accoglienza in istituti per anziani medicalizzati, in Ticino e per comprensorio SACD fino al 2020

31.12	2010	2015	2020	Var. 2010-2015		Var. 2015-2020		Var. 2010-2020	
				ass.	in %	ass.	in %	ass.	in %
Totale TI	4'305	4'745	5'250	440	10.2%	505	10.6%	945	22.0%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	705	782	862	77	10.9%	80	10.2%	157	22.3%
Luganese	1'257	1'399	1'558	142	11.3%	159	11.4%	301	23.9%
Malcantone e Vedeggio	400	448	514	48	12.0%	66	14.7%	114	28.5%
Locarnese e Vallemaggia	976	1'064	1'162	88	9.0%	98	9.2%	186	19.1%
Bellinzonese	569	627	693	58	10.2%	66	10.5%	124	21.8%
Tre Valli	398	424	460	26	6.5%	36	8.5%	62	15.6%

Fonte SCRIS, 2006.

La crescita nel periodo 2010-2020 del numero di anziani da collocare in istituto sarebbe del 22% (+945 persone) per l'intero Cantone, con tassi di crescita superiori al 10% in ogni quinquennio (+10.2% tra il 2010-2015, +10.6% tra il 2015-2020). La crescita dovrebbe essere più forte dalla seconda metà del presente decennio⁵⁵.

Gli aumenti più consistenti nel periodo 2010-2020 si prospettano nel Malcantone e Vedeggio (+28.5%, +114 persone), dove l'invecchiamento è il più forte (vedi paragrafo 4.1), seguito dal Luganese (+23.6%, +301 persone). Nella media cantonale si troverebbero sia il Mendrisiotto e Basso Ceresio (+22.3%, +157 persone), sia il Bellinzonese (+21.8%, +124 persone). Il Locarnese e Vallemaggia

questo numero di anni, a parità di età, si allunga, diminuisce, alla medesima età, la proporzione di chi è in cattiva salute. Ne consegue che l'entrata in istituto è differita, cioè avviene mediamente ad un'età più avanzata.

⁵⁴ Si tratta di un modello sviluppato da Jacques Menthonnex dello SCRIS basato sulla mortalità detta "longitudinale" che tiene conto del fatto che, di generazione in generazione, la speranza di vita si allunga. Non si può quindi ritenere che i neonati di oggi, quando avranno 80 anni (quindi, fra 80 anni!), avranno il medesimo tasso di mortalità degli ottantenni di oggi. Si è dunque elaborato un modello che varia il tasso di mortalità, per sesso e classe di età, negli anni (futuri) presi in considerazione per le previsioni demografiche. La base di questo modello è l'informazione contenuta nelle Tavole di mortalità per la Svizzera elaborate nel corso di quasi un secolo (J. Menthonnex, P. Wanner, UST, 1998-2006). Da queste tavole si deduce che, per esempio, nel 1960 la durata di vita che restava agli uomini di 71 anni era, in media, di 10 anni, nel 2006 la stessa speranza di vita di 10 anni era degli uomini di 78 anni, nel 2030 sarà quella degli uomini di 80 anni.

⁵⁵ Il Rapporto dello SCRIS del 2006 indicava che a partire dal 2012, la crescita annuale del numero di anziani in istituto si situerebbe attorno alle 80 persone, mentre dal 2017 supererebbe le 100 persone all'anno.

(+19.1%, +186 persone) e, soprattutto, le Tre Valli (+15.6%, +62 persone) conoscerebbero aumenti inferiori alla media cantonale.

Per quanto riguarda le prospettive regionali, un'importante considerazione è tuttavia da evidenziare, benché il fabbisogno regionale indicato tiene già conto della differente struttura regionale della popolazione anziana ultraottantenne per sesso ed età.

La stima delle persone anziane che necessiterebbero di un'accoglienza in istituti per anziani a livello regionale è da considerarsi "teorica", siccome basata sull'ipotesi che i fattori regionali che incidono nel ricorso agli istituti siano fattori puramente demografici (sesso ed età), identici in tutte le regioni, e che l'evoluzione al ricorso ad istituti nelle varie regioni, da un punto di partenza di fine 2004 e fino a fine 2020, segua il comportamento a livello medio ticinese⁵⁶.

Nel quadro di un paragone interregionale, le stime indicate della popolazione anziana in istituto debbono dunque essere utilizzate con precauzione, siccome altri fattori regionali possono incidere: statuto matrimoniale, livello di formazione, tipologia familiare (solidarietà familiare), come pure la proporzione di stranieri tra la popolazione anziana oppure l'attrattiva relativa di una regione in termini d'insediamento⁵⁷.

Lo SCRIS, nello studio del 2006, ha effettuato un approfondimento di questi fattori regionali, oltre ad analizzare la struttura degli ospiti degli istituti per anziani secondo la loro regione di provenienza. Tramite il confronto delle presenze effettive con la stima prospettata per la regione, ha potuto valutare il "comportamento regionale" delle persone nel ricorso agli istituti per anziani rispetto alla media cantonale⁵⁸.

L'approfondimento dei fattori regionali effettuato dallo SCRIS ha evidenziato che (perlomeno al momento dell'analisi):

- le regioni del Bellinzonese, del Malcantone e Vedeggio e delle Tre Valli sono sottodotate in istituti per anziani per rapporto al loro fabbisogno stimato, sebbene per le Tre Valli ciò sia mitigato da un minor ricorso a queste strutture;
- la regione del Mendrisiotto e Basso Ceresio è dotata conformemente ai suoi bisogni stimati;
- le regioni del Luganese e, soprattutto, del Locarnese e Vallemaggia sembrerebbero piuttosto sovradotate rispetto ai loro bisogni specifici.

⁵⁶ Ossia che il parametro di "istituzionalizzazione" o, meglio, le quote di chi necessita di un istituto medicalizzato calcolate secondo il numero di anni che rimangono da vivere e determinate a livello cantonale, sono applicate in maniera diretta ed indistinta all'evoluzione demografica prospettata nelle varie regioni.

⁵⁷ Per quanto attiene il livello di salute e l'aspettativa di vita della persona anziana, fattori che incidono positivamente sono legati alla vita di coppia come pure ad un livello di formazione più elevato. D'altro canto, la presenza di una rete familiare (aiuto informale) ritarda l'entrata in istituto, mentre la popolazione anziana straniera ricorre in maniera minore, almeno attualmente, ad una presa a carico istituzionalizzata. Infine, l'attrattiva di alcune regioni per l'insediamento della popolazione anziana gioca pure un ruolo.

⁵⁸ Si deve comunque sottolineare che la mancanza di posti letto in una data regione potrebbe scoraggiare l'entrata volontaria in istituti per anziani, evidenziando in definitiva un minor ricorso a questo tipo di strutture.

4.2.2 Fabbisogno in posti letto 2010-2020 a livello cantonale e regionale

La stima del numero di posti letto necessari a livello ticinese e regionale per il presente decennio si basa sul prospettato numero di persone anziane che richiederebbero l'accoglienza in istituti per anziani medicalizzati (vedi paragrafo 4.2.1) e su di un tasso ipotetico d'occupazione dei letti del 98%⁵⁹. Questo tasso è in linea con le ultime osservazioni disponibili e rappresenta il plafond alto della forchetta stabilita con la Pianificazione precedente (vedi anche punto 2.3.3), come pure costituisce un limite "fisiologico" tenuto conto della rotazione degli ospiti negli istituti per anziani, oltre il quale è difficilmente ipotizzabile andare.

Il dettaglio del fabbisogno in posti letto per il periodo 2010-2020, è presentato nella Tabella 13.

Tabella 13: Fabbisogno stimato di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati in Ticino e per comprensorio SACD fino al 2020

31.12.	2010	2015	2020	Var. 2010-2015		Var. 2015-2020		Var. 2010-2020	
				ass.	in %	ass.	in %	ass.	in %
Totale TI	4'393	4'842	5'357	449	10.2%	515	10.6%	964	22.0%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	719	798	880	79	10.9%	82	10.2%	160	22.3%
Luganese	1'283	1'428	1'590	145	11.3%	162	11.4%	307	23.9%
Malcantone e Veduggio	408	457	524	49	12.0%	67	14.7%	116	28.5%
Locarnese e Vallemaggia	996	1'086	1'186	90	9.0%	100	9.2%	190	19.1%
Bellinzonese	581	640	707	59	10.2%	67	10.5%	127	21.8%
Tre Valli	406	433	469	27	6.5%	37	8.5%	63	15.6%

1) Con tasso d'occupazione dei letti del 98%.

Fonte: SCRIS, 2006. Elaborazione DASF, 2011.

A fine 2010, a livello cantonale sarebbero stati dunque necessari 4'393 posti letto, che crescerebbero a 4'842 a fine 2015 (+449 posti rispetto al 2010) e raggiungerebbero 5'357 posti letto a fine 2020 (+964 rispetto al 2010).

Le regioni che nel presente decennio conoscerebbero un fabbisogno marcato rispetto alla media ticinese risulterebbero, in ordine decrescente: il Malcantone e Veduggio (+28.5%), il Luganese (+23.9%), il Mendrisiotto e Basso Ceresio (+22.3%), il Bellinzonese (+21.8%), il Locarnese e Vallemaggia (+19.1%) ed infine le Tre Valli (+15.6%).

In termini assoluti, con un fabbisogno supplementare di 307 posti nel 2020 rispetto al 2010, il Luganese è al primo posto, seguito dal Locarnese e Vallemaggia (+190 posti), dal Mendrisiotto e Basso Ceresio (+160), dal Bellinzonese (+127), dal Malcantone e Veduggio (+116) e dalle Tre Valli (+63).

⁵⁹ Se a livello ticinese, per fine 2010, si prospettavano 4'305 persone anziane che necessiterebbero di un ricovero in un istituto per anziani, applicando un tasso d'occupazione dei letti del 98%, i posti letto da approntare risulterebbero 4'393 (4'305/0.98).

4.2.3 Verifica del nuovo fabbisogno 2010 rispetto alla Pianificazione 2003

Un primo confronto tra il fabbisogno di posti letto in istituti per anziani stimato con la Pianificazione 2003 ed il fabbisogno di posti letto derivante dalle nuove stime effettuate dallo SCRIS nel 2006, per l'orizzonte di fine 2010, è presentato nella Tabella 14.

Tabella 14: Confronto fra il fabbisogno di posti letto negli istituti per anziani, in Ticino e per comprensorio SADC, nel 2010: stima SCRIS 2006 e stima Pianificazione 2003

Posti letto in Istituti per anziani	31.12.	2010		Differenza SCRIS - P2003 (con tx occup. 98%)	
		stima P2003 (con req. reg.) (tx occup. 98%)	stima SCRIS (tx occup. 98%)	ass.	in %
Totale TI		4'328	4'393	65	1.5%
Mendrisiotto e Basso Ceresio		720	719	-1	-0.1%
Luganese		1'251	1'283	32	2.5%
Malcantone e Veduggio		400	408	8	1.9%
Locarnese e Vallemaggia		983	996	13	1.4%
Bellinzonese		584	581	-3	-0.5%
Tre Valli		390	406	16	4.1%

Fonte: dati Pianificazione 2003 (rielaborazione DASF, 2011); SCRIS, 2006.

Il fabbisogno di posti letto negli istituti per anziani a fine 2010 ritenuto dalla Pianificazione 2003 è stato ricalcolato ipotizzando un tasso di occupazione dei letti del 98% e non più del 94%, come ritenuto allora. Il fabbisogno di posti letto a livello cantonale e regionale implica l'auspicato riequilibrio regionale della densità di posti sulla media cantonale (227 posti letto rispetto alla popolazione ultraottantenne, previsto per fine 2010 dalla Pianificazione 2003).

Rispetto a quanto prospettato nel 2003, il nuovo fabbisogno di posti letto a fine 2010 stimato dallo SCRIS nel 2006 è superiore di 65 unità a livello cantonale, ossia dell'1.5% in più. A livello regionale, il fabbisogno risulta più elevato in quasi tutti i comprensori, in particolare nel Luganese (+32 posti), in minor misura nelle Tre Valli (+16), nel Locarnese e Vallemaggia (+13) e Malcantone e Veduggio (+8). In linea con quanto prospettato nel 2003 i comprensori del Mendrisiotto e Basso Ceresio e del Bellinzonese.

La ragione di tale leggero scostamento rispetto alle previsioni del 2003 è dovuta all'utilizzo nel 2006 da parte dello SCRIS di dati demografici più recenti⁶⁰.

La verifica e l'analisi con la situazione effettiva constatata a fine 2010 nel settore degli istituti per anziani medicalizzati saranno eseguite al paragrafo 5.5, dove si confronterà inoltre la domanda di posti letto con l'offerta prospettata nel corso di tutto il presente decennio.

⁶⁰ Scenario base per il Cantone di fine 2004, con nuovo modello di mortalità che considera il numero di decessi del 2003 e del 2004.

4.3 Densità di posti letto necessaria a fine 2020

La Tabella 15 indica la densità di posti letto in istituti per anziani medicalizzati rispetto alla popolazione ultraottantenne necessaria alla fine del 2020, a livello cantonale e regionale, prevista dalla SCRIS nel 2006.

A fine 2020, a livello cantonale la densità di posti letto dovrebbe fissarsi a 207 posti ogni 1000 anziani di 80 o più anni. Rispetto a quanto osservato a fine 2020, si tratterebbe di una riduzione del 13 per mille. A livello regionale, i diversi comprensori si situerebbero nelle immediate vicinanze della media cantonale: da un minimo del 203 per mille per delle Tre Valli, al 211 per mille del Bellinzonese.

Tabella 15: Densità effettiva di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati rispetto alla popolazione ultraottantenne nel 2010 e densità necessaria a fine 2020, in Ticino e per comprensorio SACD (SCRIS 2006)

Densità posti letto / popolazione residente permanente 80+ ^{1) 2)}	effettiva	Stima SCRIS (2006)
	2010	2020
31.12		
TICINO	220	207
Mendrisiotto e Basso Ceresio	233	206
Luganese	223	208
Malcantone e Veduggio	211	208
Locarnese e Vallemaggia	242	208
Bellinzonese	162	211
Tre Valli	217	203

1) Posti letto per soggiorni di lunga e breve durata (compresi posti ex-ACS), senza appartamenti protetti, e popolazione residente permanente alla fine dell'anno.

2) Con tasso d'occupazione dei letti del 98%.

Fonte: SCRIS, 2006. Elaborazione DASF, 2011.

Tuttavia, per un paragone interregionale delle densità di posti letto negli istituti per anziani a fine 2020, le medesime precauzioni già presentate al paragrafo 4.2.1 sul prospettato numero di persone anziane che richiederebbero l'accoglienza in istituti per anziani medicalizzati a livello regionale, con la conseguente derivazione in fabbisogno di posti letto, debbono di nuovo essere sottolineate. Le densità regionali espresse sopra sono da intendersi a titolo "teorico". Infatti, solo i fattori puramente demografici (sesso e età) sono stati considerati quali fattori regionali che incidono nel ricorso agli istituti e si è assunta l'ipotesi che l'evoluzione regionale segua il comportamento medio che si riscontrerebbe a livello ticinese complessivo.

Il riequilibrio regionale verso la media cantonale in fatto di densità di posti letto osservato nella Tabella 15 sopra è dunque parzialmente debitore proprio dell'ipotesi di un "appiattimento" dell'evoluzione regionale nel ricorso a istituti per anziani calata sulla media cantonale e secondo fattori unicamente demografici. Le differenze nella densità di posti letto a fine 2020 che si osservano a livello regionale tengono tuttavia conto della diversa distribuzione per età e per sesso degli anziani ultraottantenni nelle regioni.

5 CONFRONTO DELL'OFFERTA DI POSTI LETTO ALLA DOMANDA

In questo capitolo si presenta l'elenco delle iniziative in fase di realizzazione, delle iniziative già pianificate, ma non ancora avviate, come pure delle iniziative future annunciate.

Sarà pure data una visione complessiva dei nuovi posti letto presumibilmente disponibili a livello ticinese e per comprensorio SACD nel presente decennio, con varie scadenze temporali, sulla base delle informazioni in possesso dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF). Si confronterà poi questa offerta con la domanda preventivata, rilevando il fabbisogno scoperto oppure la necessità di un eventuale contenimento.

Infine, per garantire il legame con il Messaggio alla base della prima tappa dell'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (case di cura, art. 39 cpv. 3 - prima fase)⁶¹, si indicheranno le iniziative che richiederanno l'iscrizione nell'aggiornamento dell' "Elenco degli istituti per anziani medicalizzati autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie" stilato nel 2005 (art. 39 cpv. 3 LAMal).

5.1 Iniziative in corso di realizzazione (autunno 2011)

Le iniziative in corso di realizzazione, stato dell'informazione autunno 2001, sono le seguenti (suddivise per comprensorio SACD e con indicazione del nome dell'istituto, dei posti letto supplementari rispetto all'offerta di fine 2010, dell'anno ipotizzato di conclusione e del genere d'intervento):

Comprensorio del Luganese

- Casa Serena, Lugano – 12 posti – fine 2012 (ampliamento)⁶²;

Comprensorio del Locarnese e Vallemaggia

- Nuovo Centro sociosanitario, Cevio – 48 posti – fine 2012 (nuova costruzione).

In soli due comprensori, Luganese e Locarnese e Vallemaggia, sono attualmente in fase di realizzazione dei progetti che sfoceranno in un incremento dei posti letto effettivamente disponibili: si tratta dell'ampliamento di Casa Serena a Lugano e della ricostruzione "ex-novo" della Casa per anziani inclusa nel Centro sociosanitario (ex-ospedale) di Cevio.

Nessun aumento della dotazione di posti letto medicalizzati è previsto nel corso del 2011 ed i 60 posti letto supplementari derivanti da queste due iniziative rispetto ai 4'164 posti censiti a fine 2010 saranno disponibili solo a fine 2012.

⁶¹ "Rapporto sull'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal), Parte Pianificazione case di cura – 1a fase (art. 39 cpv. 3 LAMal: Anziani e Invalidi)", DSS, novembre 2011.

⁶² Per l'iniziativa d'ampliamento (sopraelevazione) di Casa Serena a Lugano (12 posti), il Consiglio di Stato ha licenziato il relativo Messaggio no. 6374 in data 30 giugno 2010.

5.2 Iniziative già pianificate, ma non ancora avviate

Fino ad oggi sono notificate iniziative per nuovi posti supplementari in istituti per anziani medicalizzati, già pianificate e in gran parte già progettate, ma la cui tempistica di realizzazione è stata differita rispetto alle previsioni originarie:

Comprensorio del Luganese

- Opera Charitas, Sonvico – 15 posti – entro fine 2015 (ampliamento)⁶³;
- Nuova casa anziani di Lugano-Pregassona – 110 posti – entro fine 2015 (nuova costruzione).

Comprensorio del Bellinzonese

- Nuova casa per anziani di Bellinzona – 74 posti – dopo il 2015 (nuova costruzione).

Comprensorio delle Tre Valli

- Nuova casa anziani delle Tre Valli, Giornico – 76 posti – entro fine 2015 (nuova costruzione).

L'insieme delle iniziative viste sopra corrisponde in tutto a 275 posti.

Tre di queste iniziative, con 260 posti letto, erano già state inserite nell' "Elenco degli istituti per anziani medicalizzati autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie" dell'attuale Pianificazione LAMal del 2005: Lugano-Pregassona, Bellinzona e Giornico.

Tuttavia, i progetti di Lugano-Pregassona e di Giornico si sono precisati solo nel corso dell'ultimo biennio, mentre la costruzione della nuova casa per anziani di Bellinzona sta conoscendo un lungo iter ricorsuale. Ipotizzando un celere avanzamento dei lavori, la nuova Casa per anziani di Lugano-Pregassona e la nuova Casa per anziani delle Tre Valli potrebbero essere realizzate prima della fine del 2015, la seconda Casa per anziani di Bellinzona, con tutta probabilità, solo dopo il 2015.

5.3 Iniziative annunciate, ancora da realizzare

Nell'elenco delle nuove iniziative annunciate da promotori all'UACD, da inserire nell'elenco degli istituti per anziani autorizzati ad esercitare a carico della LAMal e già previste nel relativo Messaggio riguardante la prima tappa dell'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (case di cura, art. 39 cpv. 3 - prima fase), si segnalano le seguenti (molte in fase di progettazione, ma tutte ancora da realizzare):

⁶³ Per quanto riguarda l'ampliamento dell'istituto di Sonvico (15 posti), il relativo credito è già stato votato dal Gran Consiglio in data 27 marzo 2007. L'opera è stata a lungo bloccata in seguito a un ricorso e una nuova domanda di costruzione è stata presentata. Presumibilmente i nuovi posti letto dovrebbero essere disponibili entro la fine del 2015.

Comprensorio del Mendrisiotto e Basso Ceresio

- Casa Tusculum, Arogno – 30 posti – entro fine 2015 – (ampliamento/nuova costruzione);
- Casa anziani Santa Lucia, Arzo – 20 posti – entro fine 2015 (ampliamento);
- Nuova casa per anziani consortile di Coldrerio – 60 posti – dopo il 2015 (nuova costruzione);
- Nuova casa per anziani consortile di Vacallo – 70 posti – dopo il 2015 (nuova costruzione);
- Ristrutturazione ex-Clinica S. Pietro, Stabio – 36 posti – entro fine 2015⁶⁴.

Comprensorio del Luganese

- Nuova casa consortile per anziani di Comano, Cureglia, Porza, Savosa e Vezia – 70 posti – dopo il 2015 (nuova costruzione);

Comprensorio del Malcantone e Veduggio

- Casa per anziani Malcantonese, Castelrotto – 15 posti – entro fine 2012 (adattamento struttura esistente, 15 posti letto supplementari per “soggiorni temporanei terapeutici” (STT));
- Stella Maris, Bedano – 25 posti – entro fine 2015 (ampliamento);
- Nuova casa per anziani del Basso Malcantone, Caslano – 70 posti – entro fine 2015 (nuova costruzione).

Comprensorio del Locarnese e Vallemaggia

- Casa Sorriso (Tarcisio), Tenero – 3 posti – prima del 2015 (ristrutturazione);
- Nuova casa per anziani comunale, Losone – 70 posti – dopo il 2015 (nuova costruzione).

Comprensorio del Bellinzonese

- Nuova casa di cura (ex-Clinica Helsana), Sementina – 50 posti – entro fine 2012 (adattamento struttura esistente, 15 posti letto per “soggiorni temporanei terapeutici” (STT), i restanti 35 posti per “soggiorni temporanei” (ST)).

⁶⁴ Si tratta di un progetto di massima presentato preliminarmente nel corso del 2009 da promotori privati che tuttavia, attualmente, non si è ancora precisato. È da segnalare che la Conferenza regionale del Mendrisiotto e Basso Ceresio, nell’ambito della fase di consultazione della bozza di Rapporto sulla prima tappa dell’aggiornamento della Pianificazione ospedaliera (case di cura, art. 39 cpv. 3 - prima fase), ha espresso delle perplessità sulla reale fattibilità dell’iniziativa in oggetto.

Comprensorio delle Tre Valli

- Casa anziani comunale, Biasca – 12 posti – entro fine 2015 – (ampliamento)⁶⁵;
- Casa anziani La Quercia, Acquarossa – 8 posti – prima del 2015 (ampliamento);
- Casa anziani La Quercia, Acquarossa – 15 posti – entro fine 2015 (adattamento strutture esistenti, 15 posti letto per “soggiorni temporanei terapeutici” (STT)).

Il totale dei nuovi posti letto prospettati dalle iniziative annunciate da promotori, ma non ancora realizzate, per il presente decennio si cifra dunque a poco più di 550 posti letto.

Tra i progetti annunciati, 65 nuovi posti letto potrebbero essere disponibili in tempi relativamente brevi, ossia entro la fine del 2012. I posti letto in questione sono tutti legati a progetti d’adattamento di strutture esistenti, in particolare per la messa a disposizione di posti per “soggiorni temporanei terapeutici” (STT) a Castelrotto (raddoppio dei 15 posti STT tutt’ora presenti) e all’estensione dell’offerta di posti STT anche alla regione del Bellinzonese, con l’inserimento di 15 posti STT (accanto a 35 posti per “soggiorni temporanei”, ST) presso la ex-Clinica Helsana a Sementina⁶⁶, misura che permetterà di sgravare la pressione sulle case per anziani di una regione manifestamente sotto dotata in termini di posti letto.

Inoltre, entro fine 2015 dovrebbero essere messi a disposizione altri ca. 220 posti letto riferiti, in generale, a progetti di ampliamento di strutture esistenti, salvo i progetti di nuova costruzione della Casa del Basso Malcantone a Caslano, di ristrutturazione a Stabio (ex-Clinica S. Pietro) e il completamento dell’estensione dell’offerte di posti letto STT anche nel comprensorio delle Tre Valli, con 15 posti STT previsti presso la Casa per anziani La Quercia ad Acquarossa.

Infine, poco meno della metà (270 posti) dei posti annunciati sulla base di nuove iniziative dovrebbero essere disponibili solo nella seconda metà del decennio in corso e sono tutti legati alla costruzione di nuovi istituti per anziani medicalizzati a Coldrerio, Vacallo, Comano e Losone.

5.4 Sintesi dei posti letto supplementari prospettati negli istituti per anziani medicalizzati nel periodo 2012-2020

La Tabella 16 indica i posti letto supplementari prospettati sulla base delle iniziative conosciute ed espone nel paragrafo precedente, secondo differenti scadenze temporali rispetto alla situazione di fine 2010.

⁶⁵ Per quanto riguarda il preventivato ampliamento della CPA comunale di Biasca, allo stato attuale vi è pure una riflessione in corso sull’opportunità o meno di un’eventuale nuova edificazione della CPA comunale in luogo dell’intervento d’ampliamento originario.

⁶⁶ Negli ultimi anni tale struttura ha ospitato, a titolo provvisorio, anziani in provenienza da altri istituti oggetto di ristrutturazione, per esempio fino all’autunno 2011 gli ospiti della Casa per anziani Montesano di Orselina.

Tabella 16: Nuovi posti letto prospettati in istituti per anziani in Ticino e per comprensorio SACD 2012-2020

<i>Nuovi posti letto prospettati</i>	31.12.	2012	2015	dopo 2015	Totale complessivo
Totale TI		121	420	344	885
Mendrisiotto e Basso Ceresio		0	86	130	216
Luganese		12	125	70	207
Malcantone e Veduggio		15	95	0	110
Locarnese e Vallemaggia		44	3	70	117
Bellinzonese		50	0	74	124
Tre Valli		0	111	0	111

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

Per il presente decennio, a livello complessivo ticinese, è prospettato un potenziamento dell'offerta di posti letto in istituti per anziani medicalizzati di 885 nuovi posti letto in totale, con un incremento maggiore in termini assoluti per il comprensorio del Mendrisiotto e Basso Ceresio (+216 posti), seguito a ruota dal Luganese (+207 posti) e in maniera più staccata dai restanti comprensori, che conoscerebbero degli aumenti iscritti in una forchetta tra 110 e 124 posti letto supplementari.

Nella prima parte del decennio saranno messi a disposizione presumibilmente ca. 540 nuovi posti letto in Ticino, con un aumento importante di ca. 120 posti subito nel 2012 e gli ulteriori ca. 420 posti letto che dovrebbero essere disponibili a ridosso di fine 2015. Dopo il 2015, ulteriori ca. 340 nuovi posti letto sono prospettati entro fine 2020.

5.5 Confronto tra i posti letto disponibili nel 2010 e prospettati entro il 2020 con il fabbisogno 2010-2020 a livello cantonale e regionale

Un bilancio dell'adeguamento dell'offerta di posti letto in istituti per anziani medicalizzati, presente e presumibile nel decennio in corso, al fabbisogno stimato di posti letto presentato al paragrafo 4.2 del Rapporto è fornito dalla Tabella 17.

Tabella 17: Confronto tra posti letto presenti e prospettati con il fabbisogno stimato di posti letto in istituti per anziani 2010-2020, Ticino e comprensori SACD

Posti letto in Istituti per anziani medicalizzati 31.12.	2010 (effettivi)	Offerta prospettata (UACD)		Fabbisogno stimato (SCRIS)			Offerta - Fabbisogno		
		2015	2020	2010	2015	2020	2010	2015	2020
Totale TI	4'164	4'705	5'049	4'393	4'842	5'357	-229	-137	-308
Mendrisiotto e Basso Ceresio	733	819	949	719	798	880	14	21	69
Luganese	1'255	1'392	1'462	1'283	1'428	1'590	-28	-36	-128
Malcantone e Veduggio	369	479	479	408	457	524	-39	22	-45
Locarnese e Vallemaggia	1'050	1'097	1'167	996	1'086	1'186	54	11	-19
Bellinzonese	396	446	520	581	640	707	-185	-194	-187
Tre Valli	361	472	472	406	433	469	-45	39	3

Fonte: UACD, 2011; SCRIS, 2006. Elaborazione: DASF, 2011.

Partendo dalla situazione constatata a fine 2010, con 4'164 posti letto effettivi presenti a livello globale ticinese, l'offerta prospettata di posti letto negli istituti per anziani ticinesi passerebbe a 4'705 posti a fine 2015 e raggiungerebbe i 5'049 posti a fine 2020.

Questa evoluzione non permetterebbe, tuttavia, di coprire il fabbisogno stimato a livello cantonale come necessario su tutto l'arco del decennio: **lo scoperto** per il **Cantone**, già di ca. 230 posti letto a fine 2010, si ridurrebbe a ca. 140 posti a metà decennio grazie ai numerosi progetti in fase di realizzazione e preventivati, ma aumenterebbe a **ca. 310 posti letto a fine 2020**, siccome le iniziative prospettate attualmente nella seconda parte del decennio non sono sufficienti a coprire il fabbisogno che scaturisce dall'aumento della popolazione anziana dipendente che necessiterebbe di accoglienza in istituto.

Nelle regioni si prospettano situazioni diverse.

Il comprensorio del **Mendrisiotto e Basso Ceresio** conoscerebbe, globalmente sull'arco del decennio, una situazione di equilibrio tra offerta e fabbisogno di posti letto, con una eccedenza di posti all'orizzonte 2020, considerando le importanti iniziative regionali preventivate a fine decennio (Coldrerio e Vacallo)⁶⁷.

Nel comprensorio delle **Tre Valli**, caratterizzato da uno scoperto di poco più di una quarantina di posti letto a fine 2010, si assisterebbe a una leggera eccedenza di posti a metà decennio, grazie in particolare alla prospettata costruzione della nuova casa per anziani delle Tre Valli a Giornico (76 posti letto), che si riassorbirebbe a fine 2020, presentando una situazione di perfetto equilibrio.

Il **Locarnese e Vallemaggia**, con un'eccedenza di posti rilevata a inizio decennio (una cinquantina), conoscerebbe un equilibrio tra offerta e fabbisogno di posti letto

⁶⁷ Nella valutazione di un massimo di 69 posti letto in più rispetto al fabbisogno a fine 2020 per il comprensorio del Mendrisiotto e Basso Ceresio, si deve in ogni caso considerare che l'aumento di 20 posti letto presso la Casa per anziani S. Lucia di Arzo è prevalentemente legato ad un potenziamento dei posti letto per "soggiorni temporanei" (ST). D'altro canto, per la prospettata iniziativa presso la ex-Clinica S. Pietro a Stabio, l'effettiva realizzazione dell'opera non è ancora assicurata.

fino alla fine del 2015, mentre si assisterebbe ad un leggero fabbisogno scoperto a fine 2020 (una ventina di posti letto)⁶⁸.

Il comprensorio del **Malcantone e Alto Vedeggio** presenta uno scoperto di una quarantina di posti letto a fine 2010, ritroverebbe un equilibrio per l'orizzonte temporale 2015, grazie alla prospettata iniziativa di nuova casa per anziani del Basso Malcantone a Caslano (70 posti) ed infine conoscerebbe ancora uno scoperto di una quarantina di posti letto a fine 2020⁶⁹. Nel comprensorio rimarrebbe dunque spazio per un ulteriore potenziamento dell'offerta di posti letto.

Per il comprensorio del **Luganese**, pur a fronte degli importanti progetti già conclusi nel corso del 2010 (ampliamento di Cà Rizziero Rezzonico e Residenza Gemmo) e d'imminente fine dei lavori (Casa Serena nel 2012), come pure delle iniziative pianificate e progettate ma non ancora avviate (nuova casa di Lugano-Pregassona, Sonvico) oppure solo annunciate (Casa consortile a Comano), un leggero fabbisogno scoperto si manifesterebbe durante tutta la prima parte del decennio (ca. una trentina di posti letto) e si amplificherebbe nella seconda parte raggiungendo i ca. 130 posti a fine 2020. Anche in questo caso, un margine sussisterebbe per la copertura di questo scoperto.

Infine, il **Bellinzonese** risulterebbe il comprensorio in cui è più acuta la necessità di proporre nuovi posti letto in istituti per anziani medicalizzati nel presente decennio. L'attuale fabbisogno scoperto, stimato a quasi 190 posti letto a fine 2010, si manterrebbe durante tutto il decennio in corso, anche considerando l'iniziativa presso la ex-Clinica di Helsana a Sementina (50 posti letto supplementari) e il potenziamento dell'offerta dovuto alla preventivata seconda Casa per anziani comunale di Bellinzona (74 posti), poiché attualmente altre iniziative non sono conosciute⁷⁰.

⁶⁸ Tuttavia, il fabbisogno scoperto per il Locarnese potrebbe essere ben maggiore considerando il fatto che gli attuali 68 posti letto conteggiati presso gli istituti per anziani Casa S. Agnese a Muralto e Casa Carmelo S. Teresa a Brione s/Minusio si rivolgono quasi esclusivamente a ospiti non autoctoni, ossia a garantire la quiescenza in Ticino a suore anziane in provenienza da tutta la Svizzera ed appartenenti agli ordini religiosi proprietari delle suddette strutture. Non conteggiando queste due strutture, uno scoperto a livello di comprensorio potrebbe dunque già manifestarsi nel corso del presente decennio, per poi raggiungere una novantina di posti a fine 2020. È altresì da rilevare che nelle regioni periferiche del comprensorio (Vallemaggia, Onsernone, Terre di Pedemonte) è concentrata una dotazione di posti letto che corrisponde a quasi un terzo dell'offerta dell'intero comprensorio, a fronte di una forte richiesta di posti letto nella regione urbana del Locarnese.

⁶⁹ Anche in questo caso, il fabbisogno scoperto del comprensorio potrebbe risultare maggiore. Infatti, la cinquantina di posti conteggiati presso Residenza Rivabella a Magliaso si rivolgono in prevalenza ad anziani ospiti confederati.

⁷⁰ È da evidenziare che l'importante scoperto per il comprensorio del Bellinzonese indicato a fine 2010 (ca. 190 posti) trova compensazione nell'offerta esistente nella vicina Mesolcina, in particolare, presso la Casa Immacolata a Roveredo (GR), Opera Mater Christi e Casa per anziani Delle Rose (ex-Clinica San Rocco) a Grono nonché la Casa per anziani a Mesocco che dispongono, per ora, di posti supplementari rispetto al fabbisogno della loro regione. Attualmente, ca. 120 ospiti domiciliati prevalentemente nel Bellinzonese e Valli fanno capo abitualmente a queste strutture. Il perdurare di questa situazione contingente è da monitorare con attenzione. Come rilevato pure dalla Conferenza regionale di sanità del Bellinzonese nell'ambito della fase di consultazione della bozza di Rapporto sulla prima tappa dell'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera (case di cura, art. 39 cpv. 3 - prima fase), eventuali nuove iniziative nel comprensorio del Bellinzonese dovranno essere analizzate e soppesate anche in rapporto a questa offerta esterna al Cantone. In questo senso è da citare il progetto che vede attualmente coinvolte le quattro CPA della Mesolcina e i Comuni ticinesi interessati, con la collaborazione dell'UACD, per la definizione di una Convenzione che regoli le

L'interpretazione dei dati sul fabbisogno di posti letto in istituti per anziani a livello di singolo comprensorio deve tuttavia essere effettuata con molta precauzione. L'eventuale reale sotto o sovra dotazione di posti letto può dipendere, da una parte, dall'effettiva mancanza di posti letto negli istituti⁷¹, ma anche dai comportamenti individuali nel ricorso a una presa a carico istituzionalizzata, dettati dalla struttura socio-economica della popolazione e da specificità prettamente regionali.

Gli sviluppi nell'ambito della diversificazione dell'offerta di presa a carico per le cure di lunga durata saranno il tema del capitolo 6.2 del presente Rapporto, mentre il capitolo 6.4 tratterà dell'evoluzione delle prese a carico non medicalizzate alternative al ricovero in istituto di anziani dipendenti.

5.6 Ricapitolazione dei nuovi posti letto da iscrivere nella Pianificazione delle strutture autorizzate ad esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3 LAMal)

Nell'Allegato 1 è effettuata una ricapitolazione dettagliata, a livello di singolo istituto, dei posti letto medicalizzati da autorizzare con la situazione effettiva presente a fine 2010, come pure l'indicazione degli eventuali nuovi posti segnalati dalle iniziative di potenziamento dell'offerta previste. A livello di singolo istituto le principali modifiche rispetto alla Pianificazione LAMal del DL del 29 novembre 2005 sono dovute:

- a rettifiche della situazione dei posti letto riconosciuti a fine 2010 rispetto alla situazione conosciuta nel 2005, allo scopo di allinearsi alla situazione attuale e alle ultime verifiche e autorizzazioni rilasciate dall'Ufficio del medico cantonale;
- all'aggiornamento dei posti letto riconosciuti per progetti di ampliamento/ristrutturazione o nuova costruzione d'istituti, già contemplati nell'elenco del DL del 29.11.2005, alla situazione finale dei progetti di recente conclusione o all'informazione più attuale sullo stato del progetto;
- all'inserimento delle nuove iniziative individuate fino ad oggi per progetti di ampliamento/ristrutturazione, nuova costruzione d'istituti o trasformazione di strutture già disponibili, come pure all'inserimento di istituti non contemplati nell'elenco del DL del 29.11.2005.

Il correlato *“Rapporto sull'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal), Parte Pianificazione case di cura – 1a fase (art. 39 cpv. 3)”*, illustra nel dettaglio i vari scostamenti rispetto alla situazione di partenza del 2005.

modalità di gestione e di finanziamento nel caso di ospiti domiciliati in Ticino. Questa collaborazione interregionale potrebbe anche intensificarsi qualora la prospettata seconda Casa per anziani comunale di Bellinzona dovesse accumulare ulteriori ritardi nella sua realizzazione e se la pressione per il collocamento di lunga durata di anziani negli istituti del Bellinzonese non dovesse essere sufficientemente contenuta dall'iniziativa presso la ex-Clinica Helsana a Sementina (50 posti letto, prevalentemente per soggiorni di breve durata, STT e ST).

⁷¹ La mancanza di posti letto in istituti per anziani potrebbe tendenzialmente sottostimare i bisogni reali di una data regione, dato che la prospettiva per una persona anziana di lasciare la sua regione di origine per recarsi presso una struttura di un'altra regione, lontana dalla rete familiare e sociale, potrebbe scoraggiare l'entrata volontaria in istituto.

Il documento propone, nell'ambito della prima fase della pianificazione delle case di cura, un aumento di 640 posti letto nel nuovo elenco degli istituti per anziani medicalizzati autorizzati a esercitare a carico della LAMal (art. 39 cpv. 3): il totale dei posti letto disponibili raggiungerebbe così 5'049 posti (situazione di partenza 2005: 4'409 posti letto). Ci si riferisce dunque alle iniziative di potenziamento dell'offerta conosciute al momento attuale..

Come indicato dalla Tabella 17, una copertura completa del preventivato fabbisogno in posti letto medicalizzati a livello ticinese a fine 2020 comporterebbe la messa a disposizione di ben 5'357 posti letto. Si dovrebbero dunque prevedere ai fini della LAMal ulteriori ca. 310 posti letto medicalizzati in istituti per anziani entro la fine del decennio.

Nel corso dei lavori riguardanti l'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera, nella seconda fase della pianificazione delle case di cura (anziani e invalidi - art. 39 cpv. 3 LAMal), ci si chinerà sulla necessità di inserire nella Pianificazione LAMal ulteriori posti letto in istituti per anziani medicalizzati, allo scopo di far fronte allo scoperto stimato a fine 2020, se delle nuove iniziative di potenziamento dovessero essere portate a conoscenza dell'UACD. Nel contempo si procederà ai debiti aggiornamenti dell'evoluzione e della situazione effettiva dei progetti di potenziamento dell'offerta visti sopra rispetto a quanto ora conosciuto.

6 INDIRIZZI QUALITATIVI 2010-2020 E STRATEGIA D'ATTUAZIONE

Per l'elaborazione degli indirizzi qualitativi e della strategia d'attuazione da perseguire nel presente decennio negli istituti per anziani medicalizzati del Cantone, ci si avvale anche delle riflessioni condotte nell'ambito del "Gruppo di discussione aspetti qualitativi e diversificazione dell'offerta"⁷², che si è riunito su iniziativa della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF) a fine 2006 e ad inizio 2007.

Si discuterà inoltre di aspetti inerenti alla diversificazione nell'offerta di presa a carico per le cure di lunga durata (in particolare assistenza e cura a domicilio).

Si rammenteranno poi alcuni elementi già ipotizzati e descritti nel rapporto di Pianificazione del 2003: strumenti di monitoraggio e di gestione integrata della presa a carico della popolazione anziana dipendente.

Infine, per quanto riguarda la presa a carico non medicalizzata (appartamenti protetti e nuove forme intermedie, badanti), oltre a presentare la situazione odierna si illustreranno le evoluzioni in atto, suggerendo alcune possibili direttrici.

6.1 Indirizzi negli istituti per anziani medicalizzati

6.1.1 Posti per soggiorni temporanei (ST)

Questo servizio è giustificato con la possibilità di favorire il mantenimento a domicilio, sgravando di tanto in tanto la famiglia che si fa carico dell'anziano non più autosufficiente. Con ciò si evita anche il collocamento improprio nelle strutture acute. La durata del soggiorno è al massimo di tre mesi (prorogabili), con una retta di 50 franchi al giorno.

A livello pratico, per gli istituti per anziani medicalizzati esistono grosse difficoltà nel destinare posti letto al soggiorno temporaneo, poiché questo si trasforma sovente in soggiorno definitivo. I posti per soggiorni temporanei sono prevalentemente messi a disposizione da istituti con finanziamento ricorrente in base alla LANz e sono concentrati in alcuni di essi⁷³.

Il gruppo di discussione non ha tuttavia proposto di creare vere e proprie strutture specializzate unicamente per soggiorni temporanei. Il gruppo auspicava però la definizione di criteri comuni condivisi di differenziazione (qualitativa e relativa alla durata del soggiorno), compito che dovrebbe essere assegnato a uno specifico gruppo di lavoro.

Sulla base degli spunti emersi dai lavori, l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) ha elaborato la seguente prima definizione di unità per soggiorni temporanei:

⁷² Il gruppo di discussione era composto da funzionari della DASF e dell'Ufficio del medico cantonale, da medici geriatri, da alcuni direttori e capi cure di istituti per anziani medicalizzati ticinesi con finanziamenti ricorrenti in base alla LANz, dalla segretaria dell'Associazione ticinese case per anziani non finanziate in base alla LANz (ATCA) e da Hospice Ticino.

⁷³ Secondo i dati in possesso all'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD), a fine 2010 i posti per soggiorni di breve durata (senza posti ACS) si concentravano in soli 16 istituti per anziani medicalizzati, tutti con finanziamento ricorrente secondo la LANz.

“struttura residenziale medicalizzata per anziani domiciliati nel Cantone in età AVS parzialmente non autosufficienti, che necessitano temporaneamente di cura, assistenza e sostegno in un ambiente protetto e comunitario. L’accesso alla struttura avviene su espressa richiesta della persona anziana, dei suoi familiari, del tutore o dei servizi sociali, previo accertamento delle effettive condizioni di bisogno da parte dell’istituto. La durata del soggiorno è di regola al massimo di tre mesi”.

Le finalità sono quelle già indicate inizialmente, ossia sgravare temporaneamente la famiglia e favorire il mantenimento a domicilio evitando il collocamento improprio in strutture acute o ritardare il più possibile il soggiorno definitivo in casa anziani.

Per quanto riguarda le prestazioni, tale servizio eroga prestazioni di cura, animazione, servizio alberghiero e terapie riabilitative. L’insieme delle prestazioni è strutturato e proporzionato secondo le esigenze collettive e individuali dei residenti.

Il contesto operativo di tali unità è rappresentato da un sistema di servizi territoriali sanitari e sociosanitari con cui lavorare in rete, in particolare servizi ospedalieri e servizi di assistenza e cura a domicilio.

Dal punto di vista quantitativo, il gruppo di discussione indicava l’ordine di grandezza del fabbisogno in 50-100 posti letto per soggiorni temporanei a livello cantonale, ciò che corrisponderebbe a 1-2 posti per ogni casa per anziani finanziata in maniera ricorrente in base alla LANz (sulle 53 censite a fine 2010⁷⁴).

Come si è già visto al punto 3.1.1, a fine 2010 con 49 posti letto per soggiorni temporanei (presso 16 strutture con finanziamento ricorrente LANz), ci si assesterebbe sulla soglia minima ipotizzata, con tuttavia delle forti disparità regionali. Mancherebbero dunque, a medio termine, perlomeno una cinquantina di posti letto di questa tipologia.

6.1.2 Posti per “cure acute e transitorie” (CAT) ed integrazione a livello cantonale della prestazione per “soggiorno temporaneo terapeutico” (STT)

Come già indicato al paragrafo 3.1.3, la scelta innovativa effettuata dal Cantone Ticino con l’istituzione dal 2004 dei Reparti ACS è risultata preziosa e in sintonia con quanto previsto in seguito dall’Autorità federale.

Con il nuovo orientamento votato dalle Camere federali per le cure di lunga durata del 13 giugno 2008, in particolare con l’adozione del nuovo articolo 25a LAMal, a livello federale dal 1. gennaio 2011 si è introdotta, tra le altre cose, la nuova prestazione di “cure acute e transitorie” (CAT), le cui principali caratteristiche sono:

- l’erogazione consecutiva a un soggiorno ospedaliero sulla base della prescrizione di un medico dell’ospedale;
- una durata massima di due settimane (non estensibile, né rinnovabile);
- finalizzata a ristabilire le condizioni di salute presenti prima dell’ospedalizzazione;
- finanziata secondo le regole del finanziamento ospedaliero (limitatamente ai costi di cura, esclusi i costi alberghieri).

⁷⁴ Nel conteggio sono escluse le case per anziani finanziate in base alla LANz, ma composte unicamente da appartamenti protetti: Casa Patrizia a Losone e Casa Capriasca a Tesserete.

Le CAT possono essere erogate dagli infermieri/e indipendenti, dalle organizzazioni di cure a domicilio e dalle case per anziani; all'interno di queste categorie, il Cantone può determinare gli effettivi fornitori di queste prestazioni.

Il concetto di presa a carico sviluppato nell'esperienza ticinese ACS (criteri di ammissione, modalità e durata della presa a carico) è, tuttavia, solo parzialmente sovrapponibile al nuovo diritto federale in materia e alla prestazione CAT in particolare⁷⁵.

Con la nuova denominazione di "soggiorno temporaneo terapeutico" (STT) presentata dal già citato Messaggio no. 6390⁷⁶, si è deciso che la prestazione STT, oltre a includere le prestazioni dei reparti ex-ACS erogate dagli istituti per anziani già attivi in questo ambito fino alla fine del 2010 (Arzo, Sonvico, Castelrotto, Cevio), integrasse pure la nuova prestazione CAT, ciò limitatamente agli utenti anziani provenienti dal domicilio e con percorso "domicilio > ospedale > casa per anziani > domicilio"⁷⁷.

La nuova forma di presa a carico STT è funzionale alla necessità di completare l'offerta in ambito geriatrico, con l'obiettivo di limitare il più possibile la degenza impropria nelle strutture ospedaliere acute.

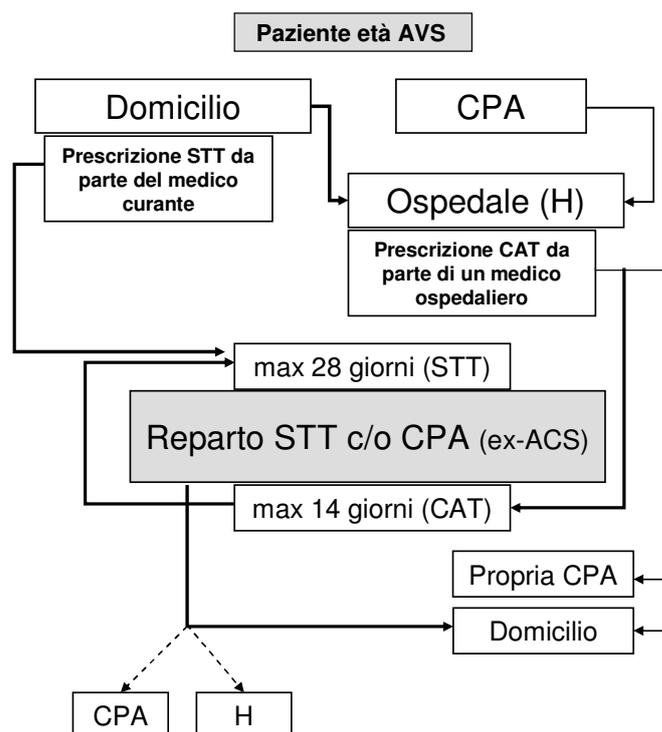
La seguente Figura 2 illustra, nel caso di un utente anziano, lo schema d'integrazione della nuova prestazione CAT federale con la nuova prestazione STT (ex-ACS) a livello cantonale a decorrere dal 1. gennaio 2011.

⁷⁵ Il concetto di soggiorno presso l'ACS è più restrittivo nella misura in cui l'accesso è riservato unicamente a persone anziane con prognosi di rientro a domicilio, ma è più esteso nella misura in cui non si opera una differenziazione a riguardo dell'origine dell'ammissione (che può essere direttamente dal domicilio oppure dopo una degenza ospedaliera, come è il caso per le CAT) e si prevede una durata massima di degenza di 28 giorni, contro i 14 previsti per i posti CAT.

⁷⁶ Messaggio no. 6390 "Adeguamento della normativa cantonale alla Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008" (24 agosto 2010)", adottato dal Gran Consiglio in data 30 novembre 2010.

⁷⁷ Le altre due forme di erogazione della prestazione di cura CAT previste dal Messaggio no. 6390 sono le seguenti: per gli utenti già residenti in casa per anziani (CPA), con percorso "CPA > H (ospedale) > CPA": tutte le CPA sono autorizzate a erogare le CAT; per gli utenti non anziani provenienti dal domicilio (D), con percorso "D > H > D: mandato limitato agli infermieri indipendenti con formazione aggiuntiva a quella di base (infermieri/e in salute pubblica o altre specializzazioni) nonché ai servizi di assistenza e cura a domicilio d'interesse pubblico (SACD) e alle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio private (OACD) con personale infermieristico egualmente specializzato.

Figura 2: Schema integrazione CAT e STT in Ticino, dal 1.01.2011 (paziente anziano)



Attualmente, data la recente introduzione della prestazione CAT nell'ambito del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure di lunga durata dal 1. gennaio 2011, non sono ancora disponibili tutti gli elementi necessari per effettuare una quantificazione precisa del fabbisogno futuro di posti STT (CAT), particolare prestazione che si situa a cavallo tra i settori delle cure acute e post-acute. D'altro canto, il nuovo sistema di finanziamento ospedaliero che entrerà in vigore il 1. gennaio 2012 potrebbe avere un impatto sulla prescrizione di cure CAT a seguito dell'introduzione degli SwissDRG: un primo bilancio indicativo non potrà ragionevolmente essere effettuato prima di fine 2012 / inizio 2013.

Cionondimeno, in un'ottica pianificatoria di corto/medio termine e per garantire un'equità di distribuzione territoriale, il Messaggio no. 6390 prevedeva l'estensione dell'offerta dei posti per la prestazione STT (CAT) anche alle regioni ora sprovviste: Bellinzonese e Tre Valli, con una dotazione di 15 posti letto STT (CAT) medicalizzati ognuno.

Il fabbisogno riscontrato sul territorio e i segnali giunti nell'estate 2011 dalle sei Conferenze regionali di sanità coinvolte nella presa di posizione sulla bozza di Rapporto riguardante l'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera secondo l'articolo 39 LAMal, parte pianificazione case di cura (1a fase - art. 39 cpv. 3 LAMal: anziani e invalidi) elaborato dalla Commissione di pianificazione sanitaria, confermano l'esigenza dell'estensione proposta in ambito STT (CAT), come pure il potenziamento dell'offerta a livello cantonale.

Il Messaggio sull'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera, prima fase della parte case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal), propone quindi un'estensione dell'offerta di

15 posti letto STT (CAT) nei comprensori del Bellinzonese (regione manifestamente sotto dotata in posti letto medicalizzati), inserendoli nella Casa per anziani che verrà insediata presso l'ex-Clinica di Sementina, e delle Tre Valli, da prevedersi presso la Casa per anziani La Quercia di Acquarossa, come pure un raddoppio degli attuali 15 posti STT (CAT) già presenti presso la Casa per anziani Malcantonese di Castelrotto (30 posti STT (CAT) in totale).

Con le proposte descritte sopra, nel presente Rapporto si pianificano un totale di 105 posti letto per la prestazione STT (CAT) (ex-ACS) sul territorio cantonale, con tutte le regioni equamente coperte.

Infine, per gli aspetti di natura pianificatoria è comunque da evidenziare che i posti letto di breve durata ("soggiorno temporaneo" (ST) e "soggiorno temporaneo terapeutico" (STT)) sono da intendersi complementari tra loro e complementari rispetto ai posti letto di lunga durata negli istituti per anziani medicalizzati.

La chiara separazione delle diverse tipologie di offerta di posti letto (di lunga durata, ST, STT) con la messa a disposizione di un'offerta adeguata e distinta negli istituti per anziani medicalizzati rappresenta uno degli obiettivi da perseguire nel corso del periodo pianificatorio 2010-2020. Ciò implica che il fabbisogno stimato di posti letto indicato al Capitolo 4, calcolato rispetto ai posti letti di lunga durata per gli anziani che necessiterebbero di accoglienza in istituti per anziani medicalizzati, come pure l'eventuale squilibrio tra domanda e offerta individuato al Capitolo 5, deve tenere in debita considerazione questo aspetto⁷⁸.

6.1.3 "Reparti Alzheimer"

Fra i nuovi bisogni di assistenza per la popolazione anziana emerge il problema delle persone colpite dal morbo di Alzheimer e da altre forme di demenza senile, malattie che hanno per ora, purtroppo, un decorso cronico progressivo e che porta ad una dipendenza totale da terzi. In questo ambito, gli istituti per anziani medicalizzati ticinesi sono già in grado di accogliere utenti con gradi di dipendenza elevati, mentre per la presa a carico dell'anziano colpito dal morbo di Alzheimer si sono sviluppati appositi reparti. In aggiunta a ciò, il Cantone, nell'ottica di favorire fin dove è possibile la permanenza dell'anziano a domicilio, si è già attivato da tempo, in particolare con la collaborazione di Pro Senectute, assicurando appoggio diretto ai malati di Alzheimer e alle loro famiglie tramite i cinque Centri diurni terapeutici di Lugano, Balerna, Locarno, Giubiasco e Faido. A complemento di questi Centri intervengono gli operatori dei servizi di assistenza e cura a domicilio, dei servizi di appoggio e di volontariato.

In generale, si può comunque affermare che tutti gli istituti per anziani sono già in grado di accogliere utenti con gradi di dipendenza elevati, per cause di natura fisica, psichica e mentale. Per la presa a carico dell'anziano colpito dal morbo di Alzheimer, quasi tutti gli istituti dispongono di personale curante che ha seguito corsi

⁷⁸ Ipotizzando un minimo di almeno un posto letto per "soggiorno temporaneo" (ST) in ogni istituto per anziani medicalizzato finanziato per la gestione corrente in base alla LANz (ca. 60 posti letto tra strutture esistenti e nuove iniziative) e l'attuale proposta di estensione/completamento dell'offerta di posti per "soggiorno temporaneo terapeutico" (STT) a livello regionale indicata nel presente Rapporto (con un totale di 105 posti STT a livello cantonale), il fabbisogno complessivo di posti letto (di lunga durata, ST e STT) in istituti per anziani stimato nella precedente Tabella 13 lieviterebbe di ulteriori ca. 160 posti letto.

di post formazione e/o aggiornamento professionale appositi. Tutte le case per anziani sono altresì tenute ad attivare forme di presa a carico finalizzate a gestire le persone colpite da demenza senile e deficienze cognitive con metodologie e approcci specifici.

In numerose case per anziani nel corso dello scorso decennio e in quasi tutti gli ultimi progetti di ristrutturazione e/o di ampliamento che si sono conclusi di recente, sono stati realizzati uno o più reparti di protezione in alternativa all'uso di medicinali o a misure di contenimento, appositamente strutturati per accogliere persone anziane disorientate e con deficit cognitivo oppure colpiti da Alzheimer, con una capacità ricettiva fra 8 e 15 posti letto⁷⁹.

È previsto che anche altre case per anziani potrebbero dotarsene nel breve o medio termine (Casa Tusculum ad Arogno, Istituto Caccia-Rusca a Morcote, Opera Caritas a Sonvico, Istituto Solarium a Tenero, ecc.).

Dal'altro canto, in linea generale, tutti i nuovi progetti di costruzione di istituti finanziati in base alla Legge anziani (LANz) dovranno presentare un'unità abitativa specifica per gli anziani affetti dalla malattia di Alzheimer o altre demenze senili.

Nell'ambito dei lavori del "Gruppo di discussione aspetti qualitativi e diversificazione dell'offerta", la necessità della creazione di queste unità abitative separate con mandato di presa a carico differenziato rispetto agli altri ospiti è, in generale, condivisa, pur riconoscendo l'esistenza di una varietà di modelli pertinenti di presa a carico.

Per questi ospiti è necessaria una presa a carico diversa che necessita di riforme organizzative e maggiore formazione del personale. Infatti, in questo tipo di presa a carico le attività di animazione sono molto importanti, soprattutto quelle svolte da personale curante. Occorre tuttavia l'adozione di concetti più specifici e di altre filosofie di cura finalizzate al recupero ed al mantenimento della memoria" (per es. "Validation", "Reality Orientation Therapy", ecc.) e non la semplice animazione "terapeutica".

In generale, per un avanzamento del dibattito nell'ambito della presa a carico delle persone affette dal morbo di Alzheimer (es. l'elaborazione di linee guida), l'apporto del "Forum Alzheimer" come piattaforma di discussione risulterà prezioso.

Il Gruppo di discussione citato si è pure chinato sull'eventuale necessità di predisporre unità specifiche d'accoglienza notturna e di fine settimana per persone affette dal morbo di Alzheimer. Ha concluso che, per ora, non è comprovato un fabbisogno specifico di questa presa a carico. È comunque da segnalare l'esperienza pilota di presa a carico notturna in corso alla Casa dei Ciechi a Lugano.

Per quanto riguarda gli aspetti pianificatori, i posti previsti nei "reparti Alzheimer" non sono aggiuntivi a quelli previsti per lunga durata, bensì ne fanno parte.

⁷⁹ Citiamo a questo proposito la Casa per anziani Giardino a Chiasso, la Casa dei Ciechi, Residenza Gemmo e Cà Rizziero Rezzonico e Casa Serena a Lugano, la Casa per anziani Malcantonese a Castelrotto, la Casa per anziani Alto Vedeggio a Mezzovico, le Case per anziani Montesano e Varini a Orselina, la Casa per anziani comunale San Carlo a Locarno, la Casa per anziani Montesano e presso l'Istituto Varini a Orselina, Ricovero S. Donato a Intragna, la Casa per anziani comunale e Casa Greina a Bellinzona, la Casa per anziani la Quercia ad Acquarossa, la Casa consortile Visagno a Claro.

6.1.4 Cure palliative ed accompagnamento dei casi terminali negli istituti per anziani

Premettiamo che la presa a carico dei malati terminali non riguarda solo la popolazione anziana. Per quest'ultima, attualmente, la presa a carico è assicurata dalle case per anziani per i propri residenti, dagli ospedali acuti e dai servizi d'assistenza e cura a domicilio per gli anziani che non risiedono in istituto. In questo contesto, in maniera trasversale, operano Hospice Ticino e Triangolo, con attività di "case management" tramite prestazioni di consulenza, coordinamento e accompagnamento.

L'argomento delle cure palliative e dell'accompagnamento dei casi terminali negli istituti per anziani è stato affrontato dal "Gruppo di discussione aspetti qualitativi e diversificazione dell'offerta" anche sulla base di un interessamento da parte dell'Associazione Hospice Ticino per la presa a carico di persone anziane, seguite dal loro servizio per la fase terminale. È emerso che la presa a carico di malati terminali in case per anziani richiede più personale e anche un diverso tipo di risorse (culturali, formative, strutturali ed organizzative).

Più nello specifico delle cure palliative, ma con una visione allargata a tutta la popolazione (quindi, non solo anziani), negli ultimi anni abbiamo registrato un'accelerazione per quanto riguarda la definizione delle strategie di presa a carico.

Nel 2009 , l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) e la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) hanno elaborato congiuntamente la "Strategia nazionale in materia di cure palliative 2010-2012".

Nel 2010 è stata presentata alla Direzione del Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) una prima valutazione sulla situazione in Ticino, sotto forma di un rapporto medico-tecnico elaborato dall'Ufficio del medico cantonale (UMC) in collaborazione con l'Unità cure palliative presso l'Istituto oncologico della svizzera italiana (IOSI). A questo proposito, nel giugno 2011 è stata effettuata una prima valutazione dell'implementazione della strategia nazionale, focalizzando il rapporto su quattro aspetti: finanziamento, cure, sensibilizzazione, formazione e ricerca.

Infine, nel marzo 2011, il Consiglio di Stato ha istituito un gruppo di lavoro con l'incarico di elaborare un progetto operativo d'implementazione nel Cantone Ticino di una strategia per le cure palliative in linea con la strategia federale. Tale gruppo di lavoro sta sviluppando, in particolare, gli aspetti dell'assistenza, della formazione e del finanziamento: il relativo rapporto dovrebbe essere presentato all'attenzione del Consiglio di Stato nel corso del 2012.

Lo modalità di sviluppo di questa particolare forma di presa a carico dipenderanno, anche negli istituti per anziani, dalle scelte strategiche che scaturiranno dalle iniziative summenzionate.

6.2 Diversificazione nell'offerta di presa a carico per le cure di lunga durata

Per quanto riguarda la diversificazione nell'offerta di presa a carico per le cure di lunga durata, una premessa è d'obbligo: dall'evoluzione demografica osservata e prevista, come pure dagli studi effettuati sull'argomento e dall'esperienza sul campo, è comunque confermata la necessità di una crescita dei posti letto negli istituti per anziani medicalizzati.

Questo, nonostante il potenziamento di altre modalità di presa a carico degli anziani quali le prestazioni offerte dai SACD d'interesse pubblico, dalle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio private (spitex privati), dagli infermieri/e indipendenti, dai centri diurni terapeutici, dai centri diurni socio-assistenziali o dalle o da altre attività di accoglienza diurna, dalle messa a disposizione di appartamenti protetti e di nuove forme abitative intermedie, dal ricorso all'aiuto informale per mezzo di badanti, ecc.

Nell'ambito della diversificazione futura dell'offerta di presa a carico delle persone anziane, un altro elemento importante di riflessione e di discussione potrà essere desunto dai contenuti dello studio effettuato, su mandato della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie (DASF), dall'Osservatorio svizzero della salute di Neuchâtel (Obsan) in collaborazione con l'istituto di ricerche Ecoplan di Berna, pubblicato nel 2010⁸⁰. Tale studio, basato su uno studio pilota di simile natura effettuato nel Canton Berna nel 2007⁸¹, risponde alla richiesta formulata esplicitamente nel rapporto 28 giugno 2007 della Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio sulla Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2006-2009 che invitava a "approfondire la problematica dei costi in un contesto di comparazione tra la degenza a domicilio e la degenza in casa per anziani".

6.2.1 Sviluppo dei Servizi d'assistenza e cure a domicilio d'interesse pubblico

La strategia di sviluppo completa per i prossimi anni nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio è descritta nella recente nuova Pianificazione 2011-2014⁸², in corso d'approvazione.

Per quanto riguarda il sentiero di sviluppo dei SACD d'interesse pubblico e, più specificatamente, per gli utenti anziani (65 anni e più), la nuova pianificazione settoriale prevede di percorrere un sentiero di stabilità nell'offerta di ore di cura LAMal per il prossimo quadriennio (rispetto ai dati di partenza dell'anno 2009) nel comprensorio del Luganese, mentre in tutti gli altri comprensori SACD si prevede una crescita dell'offerta, corrispondente in media cantonale, al 3.2% annuo (ca. 37'000 ore totali supplementari di cura nel periodo 2011-2014).

Per quel che concerne la prestazione di economia domestica, la Pianificazione 2011-2014 considera unicamente le ore erogate dai SACD d'interesse pubblico,

⁸⁰ «Soins de longue durée - Comparaison des coûts par cas dans le Canton du Tessin», Obsan-Ecoplan, Neuchâtel, janvier 2010.

⁸¹ "Pflege im Alter – Schlussbericht, Studie im Auftrag von Spitex Bern, Domicil Bern und Diakonissenhaus Bern", Ecoplan, Bern, 2007.

⁸² Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2011-2014, DSS, Bellinzona, 2011.

siccome non è previsto un finanziamento pubblico di questa prestazione alle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio private (OACD), come pure per il fatto che questa prestazione dispensata da parte dei SACD, con tariffe in base a condizioni di reddito, possiede una valenza differente (erogazione strettamente necessaria ai fini del mantenimento a domicilio e applicazione rigorosa del principio di sussidiarietà). Nell'ambito dei SACD d'interesse pubblico lo sviluppo dell'offerta di prestazioni di economia domestica è stato stimato in una crescita del 2.4% in media annua a livello cantonale, con un sentiero di stabilità per i comprensori del Mendrisiotto e Basso Ceresio nonché delle Tre Valli, e un'espansione dell'attività nei restanti comprensori (corrispondente a ca. 17'700 ore totali supplementari per economia domestica nel periodo 2011-2014).

Per i servizi d'appoggio sottoposti alla LACD (servizi di sostegno per ammalati e per alcolisti, centri diurni, servizi di trasporto, servizi sociali e di sostegno a utenti e famiglie, servizi per i mezzi ausiliari, servizio di fornitura e distribuzione pasti a domicilio, servizio pédicure, ecc.) gli obiettivi generali fissati con la Pianificazione 2006-2009 saranno ulteriormente perseguiti: rafforzamento e miglioramento del coordinamento, coinvolgimento del volontariato. Si veglierà in ogni caso all'eventuale apparizione di nuovi bisogni emergenti dal territorio e legati al progressivo invecchiamento della popolazione. L'eventuale sviluppo è stato previsto sotto forma di sostegno a singoli progetti che implicano l'attivazione di 2-3 unità di personale.

A questo proposito è importante citare il progetto di riorganizzazione dei centri diurni che ha preso avvio presso l'UACD, a seguito dell'analisi approfondita condotta dal 2009 sulle loro caratteristiche e sulle prestazioni erogate e che ha messo in rilievo notevoli differenze tra le varie tipologie di centri diurni, dovute in gran parte al riconoscimento e al finanziamento degli stessi sulla base di un retaggio storico e non su una visione d'insieme delle strutture e delle prestazioni erogate⁸³. Il progetto mira a definire dei criteri di qualità comuni di riconoscimento e un più equo sistema di finanziamento (basato sulla determinazione di costi standard), come pure la definizione delle strutture che favoriscono in modo più incisivo il mantenimento a domicilio delle persone anziane, ritardandone l'ingresso in istituto e rispettando i principi previsti dalla LACD. Le due tipologie individuate sono i centri diurni terapeutici e i centri diurni socio-assistenziali.

Con riferimento alla presa a carico diurna, nei futuri progetti di ampliamento, ristrutturazione e costruzione di nuovi istituti per anziani potrà essere previsto l'insediamento di nuovi servizi.

I servizi di presa a carico diurna presso gli istituti per anziani potrebbero pure costituire un importante sostegno alle famiglie che si occupano a domicilio di anziani affetti dal morbo di Alzheimer, in più del servizio già offerto dai centri appositi gestiti da Pro Senectute (Balerna, Lugano, Bellinzona, Locarno, Faido) e dal Centro Croce Rossa a Lugano⁸⁴.

Infine, ci si aspetta una certa evoluzione nel settore degli aiuti diretti al mantenimento a domicilio, dopo che negli ultimi anni si è assistito a una crescita

⁸³ In seguito si intende estendere questa metodologia d'analisi anche alle altre famiglie di servizi d'appoggio.

⁸⁴ L'Associazione dei malati di Alzheimer stima che ca. il 60% delle 4'600 persone colpite in Ticino vive al proprio domicilio.

rallentata rispetto al primo periodo d'entrata in vigore della LACD, soprattutto a seguito delle novità introdotte dalla recente modifica legislativa del nuovo regime federale di finanziamento delle cure (art. 25a LAMal). La modifica estende infatti il diritto, dal 1. gennaio 2011, all'assegno di grande invalido (AGI) anche per i gradi leggeri a domicilio, tuttavia al momento attuale è difficile prevederne con precisione l'effetto.

6.2.2 Futuro ruolo svolto dalle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio private (OACD) e dagli infermieri/e indipendenti

Nel Rapporto di pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2006-2009 si censivano sette organizzazioni assistenza e cura a domicilio private (OACD, stato 2004, con ulteriori tre servizi in attesa di firmare una convenzione con santésuisse) e una novantina di infermieri/e indipendenti (stato 2003).

Attualmente (anno 2011), il numero di OACD è aumentato a venti, mentre gli infermieri/e) indipendenti con libero esercizio e numero di concordato santésuisse attivi sul territorio e che erogano prestazioni di cura LAMal sono all'incirca 150. Tali servizi sono numericamente più presenti nelle regioni densamente popolate, mentre sono praticamente assenti nelle zone più discoste, come per esempio nel comprensorio delle Tre Valli.

Il settore privato ambulatoriale dell'assistenza e cura a domicilio ha dunque conosciuto una significativa crescita negli ultimi anni e la sua dimensione è viepiù diventata importante, situazione che per le ore di cure LAMal erogate ha generato una situazione di sovra offerta sul territorio constatata nell'ambito dei lavori preparatori della nuova Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2011-2014. La ragione è essenzialmente riconducibile al fatto che i servizi privati erogavano una quantità media annua di ore di cura LAMal per caso più che doppia rispetto alla media nazionale e ai servizi d'interesse pubblico.

Con l'entrata in vigore del nuovo regime sul finanziamento delle cure dal 1. gennaio 2011, tutti i servizi ambulatoriali (SACD d'interesse pubblico, OACD, infermieri/e indipendenti), senza considerazione quindi della loro natura giuridica e dello scopo di lucro, sono posti su un piano di parità a livello della possibilità di ottenere un finanziamento residuo da parte dell'ente pubblico nella copertura dei costi delle prestazioni di cura obbligatorie in ambito LAMal. La nuova impostazione delle cure di lunga durata attribuisce nondimeno allo Stato la competenza del controllo e della gestione finanziaria e qualitativa, limitatamente all'erogazione delle prestazioni di cura obbligatorie LAMal, da cui discendono le prerogative pianificatorie per tutto il settore dell'assistenza e cura a domicilio, come pure la facoltà di prevedere l'estensione di altri requisiti di qualità a tutti gli enti che richiedono tale partecipazione al finanziamento.

Al fine di contenere la situazione di sovra offerta nell'ambito dell'erogazione di cure LAMal, nella Pianificazione settoriale 2011-2014 è stato previsto che le OACD (spitex privati) conoscano una diminuzione delle ore di cura per caso erogate, grazie anche all'introduzione di un'unità di verifica cantonale presso l'Ufficio del medico cantonale, mentre per quanto concerne gli infermieri/e indipendenti è stato previsto il mantenimento dell'attuale livello delle ore erogate.

6.3 Sviluppo di strumenti di monitoraggio e di gestione

Nel Rapporto di Pianificazione degli istituti per anziani del 2003 si evocavano alcuni strumenti di monitoraggio e gestione che riprendevano i principi di pianificazione (anticipazione dei bisogni e adeguamento programmato dell'offerta), di coordinamento delle risorse (principio della rete), di qualità e di economicità delle prestazioni, al fine di perseguire uno sviluppo sostenibile dell'offerta nell'ambito della presa a carico, stazionaria o ambulatoriale, per quanto riguarda le cure di lunga durata.

6.3.1 Coordinazione dei posti liberi e delle domande d'accoglienza in istituti per anziani ed orientamento nella rete sociosanitaria

Tra i principali elementi di coordinazione ventilati nel Rapporto di Pianificazione del 2003 vi era l'istituzione di una "unità di coordinamento" per l'annuncio centralizzato sia dei posti liberi in istituti per anziani, per soggiorni temporanei e duraturi, sia dell'annuncio delle richieste effettive⁸⁵ di accoglienza ("liste d'attesa"), con un aggiornamento in tempo reale.

L'obiettivo primario di questo dispositivo consisterebbe nella messa in relazione dell'offerta (posti liberi) con la domanda (liste d'attesa), allo scopo di monitorare se l'offerta esistente sia adeguata alla domanda oppure se si manifestasse un'eccedenza o un'insufficienza di posti disponibili. La conoscenza di eventuali squilibri permetterebbe una migliore pianificazione dei posti letto negli istituti per anziani.

Si era ipotizzato che questa "unità di coordinamento" fosse creata in seno ad ognuno dei sei comprensori SACD, permettendo di facilitare il compito all'utente come pure agli operatori della rete sociosanitaria nel reperimento tempestivo dei posti per soggiorni temporanei o duraturi disponibili nella regione di domicilio dell'utente o, eventualmente, in altre regioni. Dal lato informatico si era dunque ipotizzata la creazione di più banche dati regionali a questo scopo, con le necessarie interfacce per avere una visione globale e coerente a livello cantonale.

Accanto a questo dispositivo di coordinamento, il Rapporto 2003 indicava pure l'istituzione di un dispositivo di informazione, consulenza ed orientamento fra le varie offerte della rete sociosanitaria (domiciliari e stazionarie), basato sulla valutazione dei bisogni della persona anziana. Questa "unità di informazione, consulenza e orientamento" (indicata con l'acronimo "UNICO"⁸⁶) rappresenterebbe un servizio formalizzato in ognuno dei sei comprensori SACD, in virtù del mandato

⁸⁵ Con richiesta "effettiva" di collocamento duraturo si intenderebbe una domanda di essere accolti in un istituto per anziani, per esempio, entro tre mesi. La domanda "effettiva" di soggiorno temporaneo sarebbe, invece, una domanda di accoglienza più o meno immediata. È opportuno sottolineare che le "liste d'attesa" attuali degli istituti per anziani medicalizzati non sono in realtà lo strumento principale utilizzato nella gestione dei collocamenti duraturi, e neppure un indicatore perfettamente attendibile né dei bisogni di collocamento, né della loro urgenza: parte di queste domande sono in effetti per dei collocamenti a breve termine, parte invece sono domande di ricovero "preventive" delle famiglie, altre possono essere anche delle "doppie domande", ovvero depositate in più istituti.

⁸⁶ A questo proposito si rammenta l'esperienza vodese. Il Canton Vaud si è infatti dotato, grazie a una Legge quadro cantonale del 1999, di uffici regionali per l'informazione e l'orientamento della popolazione anziana nelle reti sociosanitarie (BRIOs: Bureaux Régionaux d'Information et d'Orientation).

conferito loro di offrire all'utente "l'informazione e l'attivazione delle risorse disponibili sul territorio", come pure "la consulenza igienica, sanitaria e sociale" nonché "l'educazione e la prevenzione sanitaria" (Art. 3, cpv. 2, lett. c-e LACD).

L'introduzione delle due unità sopradescritte era finalizzata a favorire una più consapevole formulazione della domanda di presa a carico di lunga durata: basata, da una parte, sulle personali esigenze dell'anziano e la conoscenza della sua rete di sostegno informale (rilevate da un supporto strumentale adeguato⁸⁷), d'altra parte, su una scelta più razionale delle combinazioni di prestazioni disponibili sul territorio (istituti per anziani, servizi di assistenza e cura a domicilio pubblici e privati, servizi d'appoggio, prestazioni di volontariato, badanti, ecc.) suscettibili di soddisfare i bisogni esplicitati dall'anziano.

La presenza dei due dispositivi aveva quindi l'obiettivo di fornire una pianificazione complessiva coerente ed integrata della presa a carico di lunga durata tra il settore stazionario e ambulatoriale che, oltre a meglio soddisfare le esigenze dell'utente, avrebbe permesso nel contempo di stabilire oggettivamente e in modo equo un ordine di priorità all'ammissione negli istituti per anziani (per accoglienza temporanea o duratura), basato sull'evidenza del bisogno e della reale disponibilità di risorse sul territorio.

Nella loro forma ipotizzata dal Rapporto di Pianificazione 2003, i due dispositivi esposti sopra non sono stati introdotti, a causa del mancato accordo delle varie parti coinvolte. Sono stati invece affinati alcuni approcci pragmatici:

- l'Associazione delle direttrici e dei direttori delle case per anziani della Svizzera italiana (ADICASI) (istituti per anziani con finanziamenti ricorrenti in base alla Legge anziani) ha predisposto un dispositivo per la segnalazione dei posti liberi nei vari istituti;
- la Città di Lugano ha centralizzato il trattamento delle domande d'ammissioni presso le sue case per anziani comunali, con una loro evasione secondo delle priorità stabilite in funzione del reale bisogno dell'utente;
- un apposito gruppo di lavoro per il coordinamento è stato costituito con rappresentanti dell'EOC, dei SACD e della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie, che ha portato all'elaborazione di un protocollo per le dimissioni ospedaliere in seno all'EOC;
- una convenzione è stata siglata tra le cliniche private del Luganese e Pro Senectute per una validazione delle ammissioni e delle dimissioni ospedaliere (verso il domicilio o verso altre soluzioni stazionarie di presa a carico), sulla base di ben precisi protocolli;

⁸⁷ Nel Cantone di Vaud la consulenza all'utente è svolta tramite uno strumento informatizzato (detto OPARS: "Orientation des Personnes Agées dans les Réseaux de Soins") che ricalca l'approccio Balance of Care (BoC), con la determinazione di 13 livelli di perdita di autonomia e di tre situazioni di vita (anziano solo senza aiuti informali, solo con aiuti informali, che convive con altre persone) e, per ogni livello e situazione di vita, indicazione di una o più alternative appropriate di presa a carico. Nel Canton Ginevra, con l'adozione della Legge quadro "Loi sur le réseau de soins et le maintien à domicile (LSDom)" del 26.08.2008, ci si orienta verso l'adozione di un altro strumento per la valutazione del grado di dipendenza funzionale dell'utente, ossia lo strumento Iso-SMAF d'origine canadese.

- in quasi tutte le regioni del Ticino (Mendrisiotto, Luganese, Bellinzonese e nel Locarnese) si svolgono regolari incontri tra le Direzioni dei vari istituti per anziani ed addetti dei vari servizi della rete sociosanitaria attivi nel comprensorio, per la discussione e la gestione delle ammissioni dei casi a cui sono confrontati.

Dalle informazioni raccolte non si evidenziano comunque disfunzioni che ostacolano in modo importante l'operatività e lo scambio d'informazioni tra settore acuto, istituti per anziani medicalizzati e servizi di presa a carico ambulatoriale.

Rispetto al 2003, sono comunque stati introdotti alcuni importanti elementi conoscitivi per un eventuale sviluppo di un sistema d'orientamento in seno alla rete sociosanitaria.

L'implementazione generalizzata dello strumento di valutazione multidimensionale RAI (*Resident Assessment Instrument*) sia negli istituti per anziani medicalizzati con finanziamenti ricorrenti LANz o meno, sia nei SACD d'interesse pubblico, ha reso disponibile una base informativa comune sulla situazione dell'anziano, basata sull'uso di uno strumento geriatrico riconosciuto internazionalmente⁸⁸.

A seguito dei cambiamenti nel sistema di finanziamento delle cure di lunga durata (art. 25a LAMal) dal 1. gennaio 2011, vi è stato un'ulteriore estensione dello strumento RAI alle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio private. La base informativa comune sulla situazione dell'anziano è dunque stata completata e uniformata, ciò che faciliterà un miglior coordinamento ed orientamento all'interno della rete sociosanitaria.

6.3.2 Elaborazione di linee guida per la realizzazione razionale di istituti per anziani in termini di efficacia, qualità ed economicità

Finora nell'ambito delle ristrutturazioni, ampliamenti e riconversioni di istituti per anziani medicalizzati, le "linee guida" per le direttive tecniche e gli aspetti organizzativi che i promotori devono rispettare si basano su un documento elaborato congiuntamente dall'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio in collaborazione con l'Ufficio del medico cantonale e l'Ufficio di sanità⁸⁹. Questo documento è costantemente aggiornato e si rifà nei suoi principi a quanto in precedenza pubblicato dall'Ufficio delle costruzioni federale (UCF) e dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) per quanto riguarda la costruzione di unità abitative per invalidi⁹⁰.

Con il Rapporto di Pianificazione 2003, si evocava l'opportunità di costituire un gruppo tecnico pluridisciplinare (composto da architetti, gerontologi e geriatri, direttori di istituti, funzionari dell'Ufficio dei lavori sussidiati e degli appalti e dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio) che elaborasse delle "linee guida" per la realizzazione razionale in termini di efficacia, qualità ed economicità di istituti per anziani: linee guida da intendersi come superamento dell'aspetto puramente

⁸⁸ Il RAI versione "nursing home" (RAI-NH) è adottato dalle Case per anziani, mentre il RAI versione "home care" (RAI-HC) nei SACD. Si tratta di due versioni dello stesso strumento, adattate la prima al contesto residenziale e la seconda alla presa a carico di tipo ambulatoriale.

⁸⁹ "Criteri costruttivi minimi per una casa anziani medicalizzata e procedura per la richiesta dei sussidi", SSEAS-UMC-Ufficio di sanità, Bellinzona.

⁹⁰ "Programma indicativo dei locali per le costruzioni dell'Assicurazione invalidità", UCF-UFAS, Berna, 1995.

organizzativo-logistico delle costruzioni e che fornissero inoltre elementi in relazione a possibili approcci per modelli costruttivi (senza imposizione di un modello unico).

Una ricerca sulle soluzioni adottate per l'edificazione di strutture residenziali collettive per anziani a livello nazionale e/o internazionale potrebbe essere effettuata, valutando per esempio i benefici e gli inconvenienti legati ad un approccio verso soluzioni più "leggere" e modulari rispetto alle attuali strutture.

Nel momento in cui l'indicazione di elaborare delle "linee guida" più complete fosse attivata, queste dovrebbero tenere conto in ogni caso dei recenti indirizzi nell'ambito della costruzione di edifici pubblici con l'adozione del concetto Minergie, come pure dalle procedure codificate dalla Legge sulle commesse pubbliche (Legge appalti) che prevedono un ben determinato iter nell'elaborazione di nuovi progetti di costruzione (concorso di idee, concorso di progetto, progettazione vera e propria). Rimangono per contro vincolanti le indicazioni organizzative e logistiche, come pure il riferimento alle norme vigenti in materia di sicurezza anti-incendio e igienico-sanitarie contenute nel documento citato sopra.

Dal punto di vista più generale dello sviluppo urbano e dell'edilizia abitativa, un approccio interdisciplinare è perseguito nell'ambito del Programma nazionale di ricerca PNR 54 "Sviluppo sostenibile dello spazio costruito", in particolare dal progetto di ricerca "UrbAging - Pianificare e progettare lo spazio urbano per una società che invecchia". Esso si pone come obiettivo di valutare l'idoneità dello spazio pubblico urbano in rapporto alle necessità della popolazione anziana, sviluppando strategie per l'integrazione di questi bisogni a livello della pianificazione e della progettazione urbana e delle abitazioni.

Le raccomandazioni scaturite dal progetto "UrbAging" riguardano gli appartamenti protetti e le nuove forme intermedie di alloggio, come pure la progettazione degli spazi pubblici, ma possono essere considerate anche per l'edificazione delle strutture residenziali collettive.

6.4 Forme di presa a carico non medicalizzate

6.4.1 Appartamenti protetti

A fine 2010, i dati in possesso dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) censivano 121 posti letto in appartamenti protetti presso quattro strutture finanziate in base alla Legge anziani (Lanz), come evidenziato nella Tabella 18.

Tabella 18: Posti letto in appartamenti protetti a fine 2010 in Ticino e per comprensorio SACD

Posti letto in appartamenti protetti al 31.12.2010	Totali	in %	c/o CPA medicalizzate	CPA solo appartamenti protetti
TICINO	121	100.0%	49	72
Mendrisiotto e Basso Ceresio	19	15.7%	19	0
Luganese	33	27.3%	0	33
Malcantone e Vedeggio	0	0.0%	0	0
Locarnese e Vallemaggia	39	32.2%	0	39
Bellinzonese	30	24.8%	30	0
Tre Valli	0	0.0%	0	0

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

Di questi 121 posti letto, 49 posti erano presenti presso due istituti per anziani medicalizzati (Centro per anziani comunale a Balerna e Casa Aranda a Giubiasco, con 19 e 30 posti rispettivamente), mentre 72 posti letto erano presenti presso case per anziani esclusivamente formate da appartamenti protetti (Casa Capriasca a Tesserete e Casa Patrizia a Losone, con 33 e 39 posti rispettivamente).

Si può dunque constatare che questa offerta di presa a carico di lunga durata complementare ai posti letto medicalizzati non è presente in due comprensori: Malcantone e Vedeggio e nelle Tre Valli.

I 121 posti letto in appartamenti protetti rappresentano solo il 2.9% del totale dei 4'164 posti letto medicalizzati (di lunga durata e per soggiorni temporanei) presenti a fine 2010 in Ticino in istituti per anziani.

Benché l'offerta di appartamenti protetti (finanziati in base alla LANz) in Ticino sembrerebbe modesta per rapporto ad altri cantoni⁹¹, occorre ricordare la messa a disposizione, per gli anziani di condizioni economiche modeste, di alloggi finanziati in base alla Legge federale per promuovere la costruzione di abitazioni e l'accesso alla loro proprietà (LCAP) del 4.10.1974 e alla Legge cantonale sull'abitazione del

⁹¹ A titolo di paragone, nel Canton Vaud esistevano 1'836 appartamenti protetti ("logements protégés") (dato 2005) e nello scenario ritenuto di Pianificazione cantonale 2005-2015 questo settore sarà ulteriormente potenziato (previsione di quasi 5'000 appartamenti protetti). Nel Canton Ginevra si registravano invece 1'202 appartamenti protetti ("immeubles avec encadrement") (dato 2008) (atti della Conferenza PCS Svizzera "Quels services pour quels patients? Orientation des patients dans les reseaux de soins", Berne, 2009). Si deve tuttavia sottolineare che la natura di questi "appartamenti protetti" può variare da cantone a cantone e un confronto diretto con i dati ticinesi può anche risultare fuorviante.

22.10.1985⁹². Questa possibilità abitativa è stata integrata, per gli anziani fragili o dipendenti, con la presa a carico da parte dei SACD.

L'offerta di posti letto di questo tipo è una strada da esplorare con il coinvolgimento di investitori privati e istituzionali. Si dovrebbe tuttavia evitare la destinazione univoca (unità abitative di soli appartamenti protetti) e prediligere quella "mista" (anziani e famiglie), tema del prossimo paragrafo.

6.4.2 Nuove forme intermedie

Come evidenziato da uno studio dell'Ufficio federale di statistica del 2005⁹³, l'invecchiamento generalizzato della nostra società contribuirà in futuro alla crescita della domanda di abitazioni adeguate, in un contesto gradevole e rassicurante per la popolazione anziana. È quindi opportuno rinnovare il parco alloggi e riflettere sulla possibilità di costruire in modo che la popolazione anziana possa anche convivere con le famiglie. Poiché la domanda di piccole abitazioni crescerà al ritmo di questo invecchiamento, è indispensabile immaginare modalità associative o di coabitazione adattate ai mezzi finanziari di queste classi di età e alla loro speranza di vita, basate su un cofinanziamento pubblico e privato. Per facilitare il mantenimento a domicilio, è opportuno sviluppare dei servizi garantiti da persone, stipendiate o meno, ciò che diversi cantoni auspicano e stanno già tentando di fare.

Questa possibilità è caldeggiata anche nella ricerca elaborata su mandato dell'Associazione terza età ticinese (ATTE) sulla condizione abitativa degli anziani⁹⁴. L'analisi, basata su vari dati statistici, si prometteva di verificare, per quanto riguardava il Ticino, le conclusioni cui erano giunti altri studi a livello nazionale e internazionale, ovvero che le economie domestiche di anziani vivono sovente in abitazioni di grandi dimensioni, in stabili relativamente vetusti, privi quindi di confort (in particolare ascensore), pagando un affitto inferiore alla media, ma comunque modesto (essenzialmente perché ci vivono da molto tempo). Un altro obiettivo dell'approfondimento statistico era quello di localizzare, sul territorio cantonale, eventuali situazioni che meglio si presterebbero all'introduzione di queste nuove modalità abitative volte ad offrire alle economie domestiche di anziani delle opportunità abitative più consone ai loro effettivi bisogni.

I risultati dell'approfondimento confermerebbero che la situazione ticinese ricalca, nelle grandi linee, le principali conclusioni descritte in altri studi. La ricerca avanza inoltre che, dal profilo dell'entità demografica, i principali centri urbani del Ticino dovrebbero prestarsi all'introduzione di tali nuove modalità abitative intermedie per la popolazione anziana. La conseguente liberazione di alloggi di grandi dimensioni a prezzi relativamente contenuti permetterebbe inoltre alle giovani famiglie con figli, che da anni "emigrano" verso i comuni periurbani, di rioccupare e rivitalizzare il tessuto urbano.

⁹² Gli aiuti previsti dalla Legge cantonale sull'abitazione del 22.10.1985 sono subordinati e complementari alla Legge federale (LCAP), con dei limiti di reddito per l'accesso alla prestazione derivanti dal Regolamento d'applicazione della LCAP e desunti in base all'IFD.

⁹³ «Âge et générations, la vie après 50 ans en Suisse», Philippe Wanner, Claudine Sauvain-Dugerdil, Edith Guillely, Charles Hussy, Office fédéral de la statistique, Neuchâtel, 2005.

⁹⁴ "Abitare Anziano - Le nuove esigenze abitative al tempo dell'invecchiamento demografico", ATTE, maggio 2009.

Il mercato sembrerebbe recepire questo potenziale di sviluppo dato il crescente interesse manifestato ai servizi cantonali competenti da parte di promotori privati e di enti locali. In questi progetti è perseguita una destinazione “mista” con l’interazione tra popolazione anziana e famiglie e con la ricerca di interessanti sinergie sia con i Servizi di assistenza e cura a domicilio sia con le Case per anziani esistenti per quanto riguarda le prestazioni alberghiere (lavanderia, pasti, ecc.) e le attività ricreative.

Nello studio dell’ATTE si evidenzia che questa nuova offerta mirata di forme abitative intermedie dovrà tener conto della popolazione anziana a basso reddito. Lo studio preconizza quindi la ricerca di modalità di finanziamento opportune, al fine di creare abitazioni a prezzi accessibili ed evitare di creare un’offerta abitativa a due velocità.

6.4.3 La funzione complementare delle badanti

Le badanti rappresentano anche in Ticino un fenomeno emergente per quanto riguarda le nuove forme di presa a carico non medicalizzate e per il prossimo futuro è lecito attendersi a un incremento del numero di badanti attive sul territorio. Tale servizio risponde all’esigenza di un aiuto e di un accompagnamento personale e continuativo dell’anziano dipendente complementare al sistema di assistenza e cura a domicilio. Il settore era lasciato finora all’iniziativa privata e privo sostanzialmente di controllo da parte delle istituzioni, benché esistevano delle collaborazioni con i SACD d’interesse pubblico.

Aderendo alle proposte formulate nel Rapporto 28 giugno 2007 dalla Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio sulla Pianificazione dell’assistenza e cura a domicilio 2006-2008, il Dipartimento della sanità e della socialità ha costituito il 17 dicembre 2008 un apposito gruppo di lavoro con l’obiettivo di approfondire e misurare il fenomeno delle badanti nel Canton Ticino: aspetti quantitativi, qualità delle prestazioni erogate, condizioni di lavoro.

Compito del gruppo di lavoro⁹⁵ era inoltre la valutazione dell’opportunità per i SACD pubblici di interagire con questa nuova offerta e formulare proposte, modalità e criteri di regolamentazione.

Un rapporto è stato allestito ad inizio 2010⁹⁶ e le proposte di regolamentazione dell’ambito di lavoro e dell’operato delle badanti ivi contenute, allo scopo di salvaguardare gli interessi di tutte le parti coinvolte direttamente o indirettamente nel rapporto di lavoro (utenti, famiglie, badanti, società), sono state formulate aderendo ai seguenti obiettivi:

⁹⁵ Il gruppo di lavoro era composto da rappresentanti dell’Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD), dell’Ufficio del medico cantonale (UMC), dei SACD d’interesse pubblico e da Pro Senectute. Il SACD del Mendrisiotto e Basso Ceresio ha funto da coordinatore dei lavori, con un accompagnamento scientifico per la raccolta e l’analisi dei dati assicurato da una studentessa dell’USI nell’ambito di uno stage pratico di formazione per il lavoro di diploma (master Net-MEGS).

⁹⁶ “Indagine, valutazione e formulazione di proposte sul fenomeno “badanti” in Ticino”, SACD Mendrisiotto e Basso Ceresio / USI, gennaio 2010. La recente Pianificazione SACD 2011-2014 orienta maggiormente in merito alla struttura dell’indagine effettuata come pure a riguardo dei risultati ottenuti.

- per l'utente: livello di aiuto e accompagnamento domiciliare personale dell'anziano qualitativamente buono e controllato, come pure un'offerta il più possibile omogenea su tutto il territorio cantonale;
- per le famiglie: assistenza nell'espletamento delle pratiche amministrative relative al reclutamento e alla gestione delle badanti (salari, pagamento oneri sociali, ecc.);
- per le badanti: condizioni di lavoro e contrattuali dignitose, senza tralasciare gli aspetti formativi dell'attività;
- per la società: favorire l'emersione del lavoro nero, oltre a un miglior controllo e monitoraggio del settore.

Una prima riflessione importante scaturita dai lavori consiste nel fatto che i SACD non debbano sottrarsi dall'offrire ai loro utenti la possibilità di accedere a un aiuto personale e continuativo tramite badanti. Il prospettato coinvolgimento dei SACD è inteso quale garanzia a salvaguardia della qualità di questa presa a carico non medicalizzata e di buone condizioni di lavoro per le stesse badanti, permettendo nel contempo di facilitare l'accesso a questo servizio e di soddisfare un bisogno espresso della popolazione.

Inoltre, in un'ottica di rete sanitaria, l'esistenza di un servizio di aiuto e accompagnamento continuativo al domicilio può contribuire a migliorare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse sanitarie: riduzione delle giornate di degenza improprie in strutture acute, dimissioni ospedaliere in sicurezza evitando ri-ospedalizzazioni, ritardare (ma solo in alcuni casi evitare) il ricovero in casa anziani, quando questo non corrisponde al desiderio dell'utente.

È comunque importante sottolineare che l'attività svolta delle badanti dovrà essere vista come integrazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio e in ogni caso complementare e non sostitutiva alla necessità di collocamento in istituti per anziani medicalizzati.

Una fase di sperimentazione che ha coinvolto il SACD del Mendrisiotto e Basso Ceresio e il SACD del Locarnese e Vallemaggia (ALVAD) è iniziata nel corso del 2010. La modalità d'interazione fra SACD e servizio badanti nei rispettivi comprensori d'intervento si è basata sullo scenario della "mediazione", sebbene con due modalità d'applicazione diverse: il SACD del Mendrisiotto e Basso Ceresio ha assunto in proprio l'attività di mediazione, richiedendo l'apposita autorizzazione al collocamento di personale; ALVAD ha invece dapprima sperimentato la collaborazione con una società commerciale, in attesa che l'associazione Opera Prima sviluppasse al suo interno questo nuovo settore d'attività (dall'autunno 2010 è attiva infatti una coordinatrice e l'associazione ha pure richiesto l'autorizzazione al collocamento del personale).

Nel dicembre del 2010, il Consiglio di Stato, nella risposta del Messaggio 6430 ad una specifica mozione⁹⁷ sollevata in questo ambito si esprimeva in questi termini: *"preso atto del principio espresso dalla mozione e delle conclusioni del gruppo di lavoro, si riserva di esprimersi al termine della sperimentazione sull'opportunità e sulle modalità operative dell'introduzione a livello cantonale di un servizio strutturato*

⁹⁷ Potenziamento dei servizi per persone anziane e per un riconoscimento della figura della badante", presentata il 20.04.2009 da Pelin Kandemir-Bordoli e cofirmatari.

di badanti che operi in un contesto di complementarietà con i SACD e che dia adeguate garanzie sul piano della qualità e della continuità della prestazione”.

La fase di sperimentazione si è conclusa nell'autunno del 2011 e ha permesso di fornire utili elementi per formulare una decisione definitiva sul modello di strutturazione del servizio verso il quale ci si potrebbe orienterà a livello cantonale, oltre ad identificare le attività “critiche” di valutazione del bisogno, dell'istruzione sul campo, del controllo e della formazione delle badanti che i SACD dovrebbero organizzare e gestire.

Attualmente è in fase di allestimento il Rapporto finale sugli esiti della fase di sperimentazione citata, documento che sarà trasmesso all'indirizzo del Consiglio di Stato nel primo trimestre 2012 e che dovrebbe permettere di contestualizzare in modo più approfondito il ruolo complementare che l'offerta di badanti potrà assumere quale forma di presa a carico non medicalizzata.

7 ASPETTI FINANZIARI

Come già annunciato nel capitolo introduttivo, si fornirà unicamente un'indicazione sommaria degli ordini di grandezza per investimenti e spese di gestione corrente che il settore degli istituti per anziani medicalizzati conoscerà nei prossimi anni a seguito del preventivato adeguamento dell'offerta (capitolo 5).

7.1 Evoluzione degli investimenti

Dal lato degli investimenti, ci si prefigge di quantificare il volume d'investimento che si renderà necessario nel decennio in corso per adeguare l'offerta di posti letto al fabbisogno: sia per le iniziative già pianificate o annunciate, sia per i posti da predisporre con nuove iniziative.

Quale operazione preliminare, si sono analizzate le ultime 12 iniziative di ampliamento, ristrutturazione o di nuova costruzione di istituti per anziani medicalizzati che hanno fatto oggetto di un Messaggio al Gran Consiglio nel periodo 2004-2010⁹⁸. Si sono così stabiliti i costi d'investimento per posto letto relativi alle differenti tipologie d'intervento.

Occorre premettere che, nel periodo sotto esame, non ci sono stati progetti di vere e proprie costruzioni di nuovi istituti, salvo, con le dovute cautele, per l'avvio dell'edificazione del nuovo Centro sociosanitario di Cevio sul sedime dell'ex-Ospedale. D'altro canto, diverse iniziative analizzate si situano a metà strada tra un intervento di ristrutturazione e uno d'ampliamento.

Inoltre è da ritenere che il costo di un ben determinato ampliamento può risultare simile a quello di una nuova costruzione, per esempio allorquando non si può fare capo alle infrastrutture di base preesistenti dell'edificio (attrezzature collettive, impiantistica, ecc.).

Fatta questa premessa, si possono ragionevolmente proporre i seguenti ordini di grandezza relativi ai costi d'investimento per posto letto secondo la natura dell'intervento (spesa computabile)⁹⁹:

- intervento di ristrutturazione: ca. Fr. 150'000.- per posto letto;
- intervento di ampliamento: ca. Fr. 250'000.- per posto letto;
- nuova costruzione: ca. Fr. 300'000.- per posto letto.

⁹⁸ Nell'ordine: Centro La Piazzetta a Lugano-Loreto, Casa Anziani Greina a Bellinzona, Cà Rizziero Rezzonico a Lugano, Casa Don Guanella a Castel S. Pietro, Ricovero San Donato ad Intragna, Opera Charitas a Sonvico, Casa Anziani Alto Vedeggio a Mezzovico, Residenza Gemmo a Lugano, Casa Anziani Riviera a Claro, Nuovo Centro sociosanitario di Cevio, Casa anziani Montesano a Orselina e Casa Serena a Lugano.

⁹⁹ Nel presente calcolo della spesa d'investimento computabile per posto letto sono, di regola, da considerarsi esclusi i costi per l'acquisizione del terreno, eventuali costi di abbattimento d'interesse strutture, adeguamenti dell'edificio preesistente (nel caso di ampliamenti), creazione di parcheggi, creazione di eventuali centri diurni, giardini pensili, ecc., come pure, di regola, i costi determinati dalla procedura sulle Commesse pubbliche. Nei limiti di spesa computabile per posto letto secondo la natura dell'intervento proposti si tiene in debito conto il rincaro dei costi di costruzione registrato negli ultimi anni, nonché i costi d'investimento supplementari legati all'adozione del criterio ecologico dello standard Minergie.

Su questa base e ritenendo una probabile percentuale di finanziamento in base alla Legge anziani (stimata per singolo progetto tra il 30% e il 50% della spesa computabile), si è calcolato il volume complessivo dei costi per il Cantone degli investimenti in case per anziani medicalizzate nel presente decennio.

Ricordando che il finanziamento di una settantina degli 885 posti letto supplementari prospettati per questo decennio dal 2012 in avanti (rispetto a fine 2010/2011, come descritto alla Tabella 16), è già stato approvato dal Gran Consiglio (situazione autunno 2011)¹⁰⁰, i costi d'investimento presumibili degli 814 posti letto supplementari restanti sono presentati nella successiva Tabella 19¹⁰¹.

Dal 2012, considerando unicamente le 18 iniziative già pianificate o solamente preannunciate (non ancora avviate e ancora da realizzare) generatrici di nuove dotazioni di posti letto in istituti per anziani medicalizzati, il volume d'investimento complessivo (finanziabile) sarebbe di ca. 210 milioni di franchi, con una partecipazione a fondo perso a carico del Cantone di ca. 80 milioni di franchi.

Tale sforzo d'investimento fa astrazione dello scoperto di ca. 310 posti letto che si manifesterebbe, senza ulteriori iniziative, a fine 2020 (vedi Tabella 17 e Allegato 1).

La realizzazione di questa offerta aggiuntiva di ca. 310 nuovi posti letto richiederebbe dunque l'ulteriore realizzazione nel Cantone di perlomeno cinque nuove strutture per anziani di dimensioni ottimali (ca. 60-70 posti letto).

Considerando il parametro di costo visto sopra per nuovo posto letto (Fr. 300'000.- / posto letto), importo che dovrà essere verosimilmente indicizzato nel corso del decennio, occorrerebbero ca. 95 milioni di franchi aggiuntivi, con un valore totale d'investimento che salirebbe dunque più di 300 milioni di franchi per la copertura completa del fabbisogno all'orizzonte di fine 2020.

Il volume dei finanziamenti all'investimento a carico del Cantone (ipotizzando un tasso di finanziamento medio del 40% a progetto per l'offerta aggiuntiva necessaria a coprire il fabbisogno scoperto), lieviterebbe di ulteriori ca. 40 milioni di franchi, per attestarsi a un totale di ca. 120 milioni di franchi di finanziamento a fondo perso LANz.

I promotori delle iniziative di potenziamento dell'offerta (enti locali, investitori pubblici e privati, ecc.) dovrebbero coprire il restante volume d'investimento che si cifrerebbe a ca. 180 milioni di franchi.

¹⁰⁰ Si tratta prevalentemente di iniziative in fase di realizzazione (Casa Serena a Lugano, 12 posti) e nuovo Centro sociosanitario di Cevio, 48 posti) o prospettate a breve (Opera Charitas a Sonvico, 15 posti). Riassumendo i contenuti dei Messaggi approvati dal GC per questi tre progetti, la spesa d'investimento computabile secondo la LANz è stata di 38.7 Mio di franchi., mentre il finanziamento a fondo perso LANz è stato di 19.0 Mio di franchi. Tuttavia, nei costi considerati è pure inclusa per il progetto di Cevio l'unità per invalidi adulti (12 posti).

¹⁰¹ Alle iniziative indicate nella Tabella 19, si dovrebbe aggiungere pure il progetto di ristrutturazione della Casa per anziani Montesano a Orselina, oggetto del Messaggio no. 6205 del 29.04.2009, approvato dal Gran Consiglio il 25.06.2009 (4.0 Mio di franchi di spesa computabile, finanziamento a fondo perso LANz di 2.0 Mio di franchi). Tuttavia il progetto di ristrutturazione della casa, che si terminato nell'autunno del 2011, non ha occasionato alcun aumento dei posti letti disponibili.

Tabella 19: Stima della spesa d'investimento e finanziamento LANz per iniziative prospettate in istituti per anziani medicalizzati dal 1.01.2011 e stima per gli ulteriori posti letto necessari entro fine 2020

<i>Spese d'investimento presumibili dal 1.01.2011 (progetti ancora senza decisione di finanziamento GC)</i>	No iniziative	Posti letto supplementari	Spesa investim. computabile (Lanz) (Mio. Fr.)¹⁾	Finanziamento a fondo perso (Lanz) (Mio. Fr.)²⁾
Totale TI	18	814	210	80
Mendrisiotto e Basso Ceresio	5	216	55	20
Luganese	2	180	55	15
Malcantone e Veduggio	3	110	25	10
Locarnese e Vallemaggia	2	73	25	10
Bellinzonese	2	124	20	10
Tre Valli	4	111	30	15

<i>Spese d'investimento presumibili dal 1.01.2011 (copertura dello scoperto a fine 2020)</i>	No iniziative	Posti letto supplementari	Spesa investim. computabile (Lanz) (Mio. Fr.)³⁾	Sussidio a fondo perso (Lanz) (Mio. Fr.)⁴⁾
Totale TI	5	308	95	40

1) Base costo d'investimento per posto letto:
 - Fr. 250'000.- per progetto di ampliamento;
 - Fr. 300'000.- per nuova costruzione;

2) Percentuale finanziamento Lanz su spesa computabile: ca. 30-50%.

3) Base per costo d'investimento a posto letto come progetto per nuova costruzione (Fr. 300'000.-/posto).

4) Base per percentuale finanziamento Lanz su spesa computabile: 40%.

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

7.2 Evoluzione della spesa di gestione corrente

Rispetto alla situazione di fine 2010 (4'164 posti letto)¹⁰², a fine 2020 per la copertura del fabbisogno stimato occorrerebbero ca. 1'200 posti supplementari: 885 ottenuti dalle iniziative già in corso di realizzazione, pianificate o preannunciate (Tabella 16), ca. 310 ancora da individuare (vedi Tabella 17).

Per la quantificazione dell'aumento dei contributi di gestione corrente annui in istituti per anziani medicalizzati a carico del Cantone (20%) e a carico dei Comuni (80%), si ipotizza che la totalità dei ca. 1'200 posti supplementari saranno a beneficio del finanziamento ricorrente in base alla Legge anziani (LANz) e che tale lo stesso corrisponda, come oggi, a ca. 88.- franchi al giorno per ospite (con una moderata indicizzazione al rincaro stimata all'1% sul periodo 2012-2020)¹⁰³.

¹⁰² Situazione che sostanzialmente si risconterà pure a fine 2011 siccome nessuna iniziativa con posti letto supplementari si concluderà durante l'anno in corso.

¹⁰³ Il contributo medio di Fr. 88.- per giornata di presenza in casa per anziani finanziata per la gestione corrente in base alla LANz è desunto dal Consuntivo 2010 elaborato dall'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD).

Tabella 20: Stima dell'aumento dei contributi di gestione corrente per istituti per anziani medicalizzati finanziati LANz a fine 2020 rispetto alla situazione di fine 2010 (posti letto supplementari prospettati e da individuare), Cantone e Comuni

	Nuovi posti letto prospettati (Tab. 16)	Nuovi posti letto da individuare (Tab. 17)	Totale
TICINO			
Posti supplementari 2011 - 2020	885	308	1'193
Aumento contributi annui di gestione nel 2020 rispetto al 2010, a carico dei Comuni e del Cantone, in Mio di Fr. (88.- Fr./giorno di presenza) ^{1) 2) 3)}	30	10	40
A carico dei Comuni (80%)	24	8	32
A carico del Cantone (20%)	6	2	8

1) contributo medio netto a carico di Cantone e Comuni per giornata di presenza/ospite (dati Consuntivo 2010, UACD).

2) con tasso di occupazione dei letti del 98%.

3) con 1% d'indicizzazione annua (2012-20) (stima).

Elaborazione: DASF, 2011.

La spesa supplementare di gestione corrente annua per i nuovi posti letto prospettati e ancora da individuare a fine 2020 aumenterebbe per Cantone e Comuni di ca. 40 milioni di franchi rispetto a quella odierna: ca. 8 milioni di franchi supplementari a carico del Cantone, ca. 32 milioni di franchi a carico dei Comuni.

Considerato l'onere finanziario di gestione corrente che ne consegue, vi sarà la necessità di conciliare gli obiettivi che scaturiscono dalla pianificazione del settore degli istituti per anziani con gli obiettivi di politica finanziaria del Governo nell'ambito del piano finanziario.

8 SINTESI E PROSPETTIVE

8.1 Sintesi

Pianificazione 2000-2010

- L'obiettivo postulato dalla Pianificazione del 2003 all'orizzonte di fine 2010, ossia la creazione di 559 posti letto medicalizzati supplementari rispetto alla situazione dell'anno 2000 (Tabella 1), non è stato conseguito: nel periodo 2000-2010 sono stati creati 372 posti (Tabella 8). Una delle ragioni principali è da ricercare nei ritardi che importanti progetti di costruzione di nuovi istituti per anziani hanno subito o stanno subendo rispetto a quanto preventivato.
- Il tasso di occupazione dei posti letto in istituti per anziani destinati ai soggiorni di lunga durata si aggira attorno al 98% negli ultimi anni d'osservazione, con un netto miglioramento rispetto alla situazione del 2000 (94%) (Tabella 6). Il tasso di occupazione attuale rappresenta già un tasso ottimale, che corrisponde ad un limite "fisiologico" tenuto conto della rotazione degli ospiti negli istituti per anziani, oltre il quale è difficilmente ipotizzabile andare.
- L'offerta attuale di presa a carico stazionaria degli anziani non più autosufficienti sembra essere già oggi inferiore alla domanda. A fine 2010 si contavano 4'164 posti letto complessivi (di lunga e breve durata) effettivamente a disposizione negli istituti per anziani ticinesi (Tabella 7). A fronte di questa offerta, il fabbisogno stimato a fine 2010 risultava di 4'393 posti letto, con uno scoperto, quindi, di 229 posti (Tabella 17). La presenza di liste d'attesa nelle case per anziani ticinesi sembrerebbe confermare tale scoperto.
- L'offerta attuale non è ancora conforme dal punto di vista dell'equità regionale. Rispetto alla popolazione di 80 o più anni di età, i posti letto sono in media cantonale 220 per mille a fine 2010: sono 242 per mille nel Locarnese e Vallemaggia e 233 nel Mendrisiotto e Basso Ceresio; 223 nel Luganese, 217 nelle Tre Valli, 211 nel Malcantone e Alto Vedeggio e 162 nel Bellinzonese. (Tabella 9). Tuttavia l'eventuale sovra dotazione o sottodotazione può non essere omogenea a livello intra-regionale e deve anche essere letta rispetto a situazioni specifiche e contingenti (vedi es. Vallemaggia), come illustrato al paragrafo 5.5.

Pianificazione 2010-2020

- La crescita numerica degli anziani di 80 o più anni di età è stata molto importante nello scorso decennio (+4'094 unità da fine 2000 a fine 2010, pari ad un aumento del 27.5%) (Tabella 2). Per l'attuale decennio, la progressione della popolazione anziana ultraottantenne sarà ancora più marcata (+6'242 unità dal 2010 al 2020, pari al 33.3%) (Tabella 11), sulla base delle stime eseguite nel 2006 per i bisogni del presente Rapporto dal Servizio cantonale di ricerca ed informazione statistica (SCRIS) del Canton Vaud.

- Nel presente decennio, per un adeguamento dell'offerta di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati al fabbisogno prospettato, si dovrebbe prevedere la messa a disposizione di 4'393 posti a fine 2010, 4'842 a fine 2015 e 5'357 a fine 2020 (Tabella 13). Tenuto conto di questa evoluzione, sarebbe dunque stato necessario disporre a fine 2010 di 229 posti letto in più, con una necessità di predisporre ulteriori 678 posti in più per la fine del 2015 e di 1'193 posti in più per la fine del 2020. Tale stima del fabbisogno prevede nel 2020 di ottenere, in media cantonale, una densità di 207 letti per ogni 1000 anziani di 80 o più anni (Tabella 15).
- Allo stato attuale (autunno 2011) sono in corso di realizzazione o sono state segnalate al Cantone iniziative di potenziamento o di nuovi istituti per anziani che, globalmente, offrirebbero 885 posti supplementari nel presente decennio (Tabella 16).
- Nella Tabella 17 si indicano, a livello cantonale e per ogni regione, i posti effettivi e il fabbisogno stimato a fine 2010, l'offerta prospettata e il fabbisogno stimato alle scadenze temporali di fine 2015 e 2020. Si evince che i posti necessari, ma non coperti dall'offerta esistente o dalle iniziative in corso di realizzazione oppure annunciate sono, a fine 2010, 229, a fine 2015, 137, e a fine 2020, 308. A livello regionale la situazione è diversificata: il comprensorio del Mendrisiotto e Basso Ceresio conoscerebbe un'offerta appropriata nel prossimo decennio; le Tre Valli, dopo una fase di sottodotazione ad inizio decennio, presenterebbero un sostanziale equilibrio a fine 2020; il Locarnese, ad eccezione della Vallemaggia, denoterebbe una leggera sottodotazione a partire dagli ultimi anni del decennio; per il comprensorio del Malcantone e Alto Vedeggio lo scoperto di inizio decennio si ripresenterebbe in maniera leggermente più marcata a fine dello stesso, con un equilibrio solo a metà decennio; il Luganese conoscerebbero nella prima parte del decennio una leggera sottodotazione di posti letto in istituti per anziani medicalizzati, scoperto che aumenterebbe in modo marcato a fine decennio; infine, il comprensorio del Bellinzonese risulterebbe fortemente sottodotato per tutto il decennio (se nuove iniziative non saranno avviate).
- Disporre di circa 1'200 posti letto supplementari per questo decennio rispetto alla situazione di fine 2010 (885 posti in corso di realizzazione o prospettati, i restanti ca. 310 ancora da individuare), presuppone un importante sforzo finanziario. La Tabella 19 indica la spesa d'investimento (presumibile) per questa offerta supplementare, che si cifrerebbe a più di 300 milioni di franchi (ca. 210 milioni di franchi per progetti pianificati o prospettati; 95 milioni di franchi per le nuove iniziative da individuare), di cui ca. 120 milioni di franchi a carico del Cantone tramite la LANz e i restanti ca. 180 milioni di franchi a carico dei promotori (enti locali, investitori pubblici e privati, ecc.). In questa stima di spesa si tiene conto del costo d'investimento preventivato per le 18 iniziative già conosciute e del costo supplementare dei ca. 310 posti letto aggiuntivi da individuare e che equivarrebbero a 5 istituti di una dimensione media di circa 60-70 posti letto ciascuno: 300'000.- franchi per nuovo posto letto (e 120'000 franchi di finanziamento all'investimento in base alla Legge anziani, LANz), importo che dovrà essere verosimilmente indicizzato nel corso del decennio. Occorre comunque tener conto che l'importante volume di spesa indicato sopra verrebbe stanziato sull'arco di tutto il presente decennio e parte del decennio successivo. Questo è dovuto ai tempi relativamente lunghi che la realizzazione dei progetti richiede e dell'effettivo stato di avanzamento dei lavori.

- All'orizzonte 2020, disporre di circa 1'200 posti in più rispetto alla situazione di fine 2010 in istituti che beneficiano del finanziamento ricorrente alla gestione corrente in base alla Legge anziani (LANz) (oggi ca. 88.- franchi al giorno per ospite) significherebbe una spesa supplementare di gestione corrente di ca. 40 milioni di franchi all'anno: ca. 32 milioni a carico dei Comuni (80%) e ca. 8 milioni a carico del Cantone (20%) (Tabella 20).
- La spesa di gestione corrente annua indicata sopra (come pure la spesa per investimenti) potrebbe risultare maggiore nel medio termine, in relazione ai costi connessi a livello dell'implementazione a regime della nuova prestazione per "cure acute e transitorie" (CAT) prevista dal nuovo ordinamento federale del finanziamento delle cure.
- Nonostante il potenziamento e la diversificazione di alternative, medicalizzate e non, nell'offerta di presa a carico per la cure di lunga durata degli anziani (es. SACD d'interesse pubblico, organizzazioni di assistenza e cura a domicilio private, infermieri/e indipendenti, centri diurni terapeutici e socio-assistenziali o altre attività di accoglienza diurna, appartamenti protetti e nuove forme abitative intermedie, badanti, ecc.), la necessità di mettere a disposizione nel corso del presente decennio ulteriori posti letto negli istituti per anziani medicalizzati risulta ineludibile: a seguito della rapida crescita della popolazione anziana, in particolare per le fasce d'età più avanzate, ma pure per l'aumento del numero di persone anziane affette da forme di demenza senile (es. morbo di Alzheimer, con conseguente sviluppo di reparti destinati a persone anziane disorientate e con deficit cognitivo negli istituti per anziani medicalizzati). Non va inoltre dimenticato che una disponibilità adeguata di posti letto negli istituti per anziani medicalizzati, a copertura del fabbisogno stimato, permetterebbe infine di procedere gradualmente alla soppressione delle camere doppie (di difficile gestione) ancora presenti in vari istituti, con la loro trasformazione in camere singole. Si tratta di continuare con questa politica già adottata negli scorsi anni, perseguendo lo standard della camera singola nei vari progetti (ristrutturazioni, ampliamenti e nuove iniziative) sottoposti all'Autorità cantonale.
- La strategia di sviluppo nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio è descritta nella recente Pianificazione settoriale 2011-2014, in fase d'approvazione. Essa ha integrato le importanti modifiche legislative, amministrative ed operative in ambito ambulatoriale a seguito dell'introduzione dal 1. gennaio 2011 del nuovo sistema federale di finanziamento delle cure di lunga durata (art. 25a LAMal, con l'estensione del riconoscimento, ai fini del finanziamento pubblico residuo dei costi per le cure obbligatorie LAMal scoperti, anche alle organizzazioni d'assistenza e cura a domicilio private (OACD), come pure agli infermieri/e indipendenti e ai centri diurni terapeutici). La necessità di una pianificazione coerente e di una regolamentazione dell'attività dell'intero settore delle cure ambulatoriali, limitatamente alle cure di base obbligatorie, sono risultati punti cruciali da affrontare. Oltre alla "contrattualizzazione", per gli indirizzi qualitativi vi è stata un'ulteriore estensione dello strumento RAI di valutazione multidimensionale dei bisogni e di quantificazione delle prestazioni che era già in vigore nella totalità delle strutture stazionarie (con finanziamento ricorrente e non LANz) e presso i SACD d'interesse pubblico, anche alle OACD.

- Per le forme di presa a carico non medicalizzate, si tratterà di promuovere maggiormente nuove forme di abitazioni “protette”, preferibilmente in immobili a destinazione “mista” per la popolazione anziana e le famiglie (anziché unità abitative di soli appartamenti protetti), con il coinvolgimento di investitori privati e istituzionali. Accanto a ciò, si dovrà contestualizzare il ruolo complementare che l’offerta di badanti potrà assumere quale forma di presa a carico non medicalizzata.
- Infine, nell’ambito del coordinamento, del monitoraggio e della gestione dell’offerta di presa a carico per le cure di lunga durata stazionarie o ambulatoriali all’interno della rete sociosanitaria, come pure per l’informazione e la consulenza alla popolazione, si tratterà di continuare sulla strada già intrapresa nel corso dello scorso decennio con lo sviluppo di approcci pragmatici in alcuni comprensori, migliorandoli ed estendendoli a tutto il territorio cantonale.

8.2 Necessità di aggiornamento della Pianificazione della capacità d’accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone: verifica del fabbisogno 2010-2020 e previsione per il 2025-2030

Il continuo allungamento della speranza di vita e l’aumento importante della popolazione anziana, in particolare delle classi d’età più avanzate, sia in termini numerici, sia come quota parte della popolazione totale e della popolazione attiva rappresenta una delle sfide più importanti da affrontare nei prossimi anni.

La crescita della popolazione anziana sembrerebbe essere più marcata nel presente decennio rispetto a quanto già osservato nel precedente. Le più recenti previsioni demografiche a livello cantonale, presentate nel corso del 2010 dall’Ustat e che presentano lo sviluppo stimato per il Ticino sul periodo 2009-2040, contemplando 9 possibili scenari, indicano che a partire all’incirca dal 2040 crescerà unicamente la componente più anziana della popolazione ticinese, mentre tutte le fasce di età al disotto dei 65 anni conosceranno una decrescita numerica e percentuale. Nel 2040 la popolazione al disopra dei 65 anni rappresenterà circa un terzo della popolazione del Cantone¹⁰⁴.

D’altro canto, a seguito dell’Inchiesta svizzera sulla salute del 2007 eseguita dall’Ufficio federale di statistica (UST), sono attualmente in revisione, da parte dell’Istituto universitario di medicina sociale e preventiva (IUMSP) di Losanna, i criteri per la definizione dei profili di dipendenza della popolazione anziana presenti nel metodo di stima prospettiva del fabbisogno “Balance of Care” (BoC) (adattato alla realtà svizzera)¹⁰⁵. I risultati che ne scaturiranno potranno rappresentare indubbiamente un imput prezioso per orientare la decisione sul futuro riutilizzo della metodologia BoC per la quantificazione dell’offerta necessaria di servizi per la presa a carico delle persone anziane in Ticino: sia per l’offerta stazionaria (istituti), sia per quella ambulatoriale (SACD e servizi d’appoggio, appartamenti protetti, ecc.).

Alla luce delle considerazioni esposte sopra, si ritiene opportuno prevedere entro fine 2014 un aggiornamento della Pianificazione della capacità d’accoglienza degli

¹⁰⁴ Dati 1-2010, Ustat, Bellinzona: approfondimento tematico “In scena(rio) una popolazione che cresce ancora (ma che rallenta) – Previsioni demografiche SCRIS-Ustat 2009-2040”.

¹⁰⁵ Questo modello era già stato utilizzato nel 2003 per l’allestimento della Pianificazione 2000-2010 degli istituti per anziani medicalizzati nel Cantone.

istituti per anziani nel Cantone Ticino presentata con questo Rapporto, con la verifica delle prospettive 2010-2020 e l'estensione temporale al 2025-2030.

A dipendenza della base dati e degli strumenti metodologici disponibili, si potrà considerare all'orizzonte 2014 anche la possibilità di una Pianificazione maggiormente coordinata della capacità di presa a carico stazionaria e di quella ambulatoriale e domiciliare destinate alla popolazione anziana non più autosufficiente.

8.3 Prossime tappe

1. Il presente Rapporto sulla Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino (aggiornamento della Pianificazione 2000-2010), dopo essere già stato valutato dal Gruppo di lavoro incaricato di elaborare un progetto di aggiornamento della Pianificazione LAMal (art. 39 LAMal)¹⁰⁶, è trasmesso con il Messaggio correlato al Consiglio di Stato che lo sottoporrà in seguito al Gran Consiglio per approvazione (in base alla nuova procedura codificata dalla nuova Legge anziani del 30 novembre 2010).
2. Per la prima tappa dell'aggiornamento della Pianificazione LAMal secondo l'art. 39, parte Pianificazione case di cura - 1a fase (art. 39 cpv. 3 LAMal: Anziani e Invalidi), in particolare l'aggiornamento dell' "Elenco degli istituti per anziani medicalizzati autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie", è proposta l'iscrizione di 640 posti letto medicalizzati supplementari, in aggiunta ai 4'409 già presenti nell'Elenco del 2005, portando il totale dei posti autorizzati LAMal a 5'049 posti. Sono dunque inseriti tutti i posti prospettati dalle iniziative di potenziamento dell'offerta in corso di realizzazione, già pianificate ma non ancora avviate, o annunciate ma ancora da realizzare nel presente decennio a parziale copertura del fabbisogno stimato di fine 2020. Si tratta di 885 posti in più rispetto alla situazione effettiva constatata a fine 2010 a livello ticinese (4'164 posti letto effettivi). Nel nuovo Elenco si sono pure effettuate le opportune rettifiche di posti autorizzati per alcuni istituti rispetto alla situazione del 2005 (DL del 29.11.2005);
3. Si dà subito avvio all'identificazione dei ca. 310 posti aggiuntivi a quelli già annunciati, indicati dalle stime attuali come necessari all'orizzonte 2020. Opportune verifiche delle previsioni demografiche e delle stime del fabbisogno dovranno comunque essere eseguite: la necessità di questi posti infatti è certa, se non per questo decennio, sicuramente per la prima metà del prossimo, ed i tempi di concezione e di realizzazione di nuovi istituti per anziani sono lunghi.
4. A questo proposito, l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) si attiverà per l'identificazione preliminare, nei diversi comprensori regionali, di nuove iniziative (oltre a monitorare costantemente quelle già annunciate al Cantone), che permettano, per dimensioni e localizzazione, di conseguire tale obiettivo. Gli interlocutori a questo fine sono l'Associazione dei Comuni in ambito socio-sanitario (ACAS), l'Associazione delle direttrici e dei direttori delle Case per Anziani della Svizzera Italiana (ADICASI, per gli istituti con finanziamenti ricorrenti in base alla Legge anziani), l'Associazione Ticinese delle Case per Anziani (ATCA, per gli istituti senza finanziamenti ricorrenti in base alla Legge

¹⁰⁶ Gruppo di lavoro costituito con Risoluzione CdS no. 3588 del 13 luglio 2010.

anziani), il Gruppo di lavoro istituito dal Consiglio di Stato per l'aggiornamento della Pianificazione ospedaliera, investitori privati e istituzionali. Sarà pure da prevedere il coinvolgimento della nuova "Commissione consultiva dei Comuni" nei settori anziani e assistenza e cura a domicilio, attualmente allo studio¹⁰⁷.

5. I promotori verranno sollecitati dall'UACD per le iniziative da realizzare a medio termine (primo pacchetto di investimenti), a presentare subito i documenti per le domande preliminari di finanziamento, come pure nel procedere alle progettazioni ed altre azioni necessarie (acquisto di terreni o di edifici per nuovi istituti) secondo le procedure previste dal Regolamento d'applicazione della Legge Anziani. Successivamente, verranno inoltrati i Messaggi al Gran Consiglio per la richiesta dei crediti per il finanziamento cantonale degli investimenti.
6. Sulla base del presente Rapporto, il Piano finanziario degli investimenti del Cantone è stato aggiornato. Il primo aggiornamento riguarda il quadriennio 2012-2015, con l'indicazione degli importi necessari al finanziamento di un primo pacchetto di investimenti in istituti esistenti (Casa Tusculum ad Arogno, Casa S. Lucia ad Arzo, Stella Maris a Bedano, Casa anziani comunale a Biasca, Casa La Quercia ad Acquarossa) e di nuovi istituti (nuova Casa comunale a Lugano-Pregassona, nuova Casa per anziani del Basso Malcantone a Caslano, nuova Casa delle Tre Valli a Giornico). Per questo primo pacchetto quadriennale l'importo necessario per i contributi cantonali all'investimento è dell'ordine di ca. 40 milioni di franchi. A partire dal 2016, l'aggiornamento del Piano finanziario dovrà prevedere l'offerta supplementare derivante dalla costruzione delle cinque ulteriori nuove strutture prospettate (nuove Case per anziani di Coldrerio, Vacallo, Comano e Losone, seconda Casa per anziani comunale di Bellinzona) per un totale anch'esso di ca. 40 milioni di franchi, oltre a eventualmente considerare un importo di ulteriori ca. 40 milioni di franchi per i ca. 310 posti aggiunti ancora da individuare.

¹⁰⁷ Nell'ambito della Piattaforma Cantone-Comuni, per i settori degli anziani e delle cure a domicilio, il progetto "Flussi e competenze" sta studiando la creazione di una "Commissione consultiva dei Comuni", in cui i Comuni saranno maggiormente rappresentati e che avrà i seguenti compiti: discutere i parametri alla base dei contributi globali, nell'ottica del razionale utilizzo delle risorse; esprimersi sul contributo globale aggregato a livello cantonale; esprimersi circa gli elementi costitutivi del contratto; essere informata circa l'esito della sottoscrizione e della chiusura dei contratti. I lavori termineranno nel corso del 2012.

Allegato 1 - Posti letto in Istituti per anziani medicalizzati autorizzati secondo art. 39 cpv. 3 LAMal (case di cura)

Nome istituto	31.12.2010 (posti effettivi)	nuovi posti prospettati	rettifiche ¹⁾	Posti letto autorizzati 31.12.2020 (a regime) ¹⁾	Posti letto da individuare (copertura fabbisogno)
TICINO	4'164	889	-4	5'049	308
MENDRISIOTTO E BASSO CERESIO	733	216	0	949	0³⁾
Casa Tusculum, Arogno ⁰⁾	36	30		66	
Istituto L. Rossi, Capolago	40			40	
Centro comunale per anziani, Balerna	35			35	
Casa anziani Soave, Chiasso	45			45	
Casa anziani Giardino, Chiasso ⁰⁾	81			81	
Fondazione La Quietè, Mendrisio	49			49	
Casa anziani Torriani, Mendrisio	99			99	
Casa anziani Girotondo, Novazzano	54			54	
Istituto S. Filomena, Stabio	55			55	
Casa di riposo Don Guanella, Castel S. Pietro	35			35	
Casa anziani Santa Lucia, Arzo ¹⁾	48	20		68	
Fondazione Casa S. Rocco, Morbio Inferiore	124			124	
Ass. Miss. Sacro Cuore di Gesù, Rancate	32			32	
Nuova CPA Consortile Vacallo ⁰⁾		70		70	
Nuova CPA Consortile Coldrerio ⁰⁾		60		60	
Nuova CPA ex-Clinica San Pietro, Stabio		36		36	
LUGANESE	1'255	207	0	1'462	128
Casa Serena, Lugano ⁰⁾	162	12		174	
Residenza Castagneto, Castagnola	44			44	
Residenza Gemmo, Lugano ⁰⁾	124			124	
Centro La Piazzetta, Loreto	93			93	
Residenza alla Meridiana, Viganello	96			96	
Casa dei Ciechi, Lugano ⁰⁾	53			53	
Cà Riziero Rezzonico, Lugano ⁰⁾	76			76	
Casa anziani Girasole, Massagno	66			66	
Istituto Caccia-Rusca, Morcote ⁰⁾	80			80	
Residenza Paradiso, Paradiso	76			76	
Opera Charitas, Sonvico ¹⁾	63	15		78	
Casa Al Pagnolo, Sorengo	63			63	
Centro L'Orizzonte, Colla	40			40	
Casa Bianca Maria, Cadro	31			31	
Istituto S. Giuseppe, Tesserete	50			50	
Residenza Parco Maraini, Lugano	53			53	
Istituto S. Maria, Savosa	85			85	
Nuova CPA Lugano-Pregassona ⁰⁾		110		110	
Nuova CPA Consortile di Comano, Cureglia, Porza, Savosa e Vezia ⁰⁾		70		70	
MALCANTONE E VEDEGGIO	369	110	0	479	45
Casa Anziani Cigno Bianco, Agno	72			72	
Stella Maris, Bedano	70	25		95	
Casa anziani Malcantonese, Castelrotto ¹⁾	105	15		120	
Casa anziani Alto Vedeggio, Mezzovico ⁰⁾	72			72	
Residenza Rivabella, Magliaso	50			50	
Nuova CPA Basso Malcantone, Caslano ⁰⁾		70		70	

Allegato 1 (continuazione)

Nome istituto	31.12.2010 (posti effettivi)	nuovi posti prospettati	rettifiche ¹⁾	Posti letto autorizzati 31.12.2020 (a regime) ¹⁾	Posti letto da individuare (copertura fabbisogno)
LOCARNESE E VALLEMAGGIA	1'050	121	-4	1'167	19
Casa anziani Vallemaggia, Cevio ^{0 2)}	0	48		48	
Casa anziani, Someo	18		-4	14	
Piccola Casa Divina Provvidenza, Gordevio	70			70	
Istituto Don Guanella, Maggia	96			96	
Casa S. Giorgio, Brissago	61			61	
Casa anziani S. Carlo, Locarno ⁰⁾	121			121	
Casa REA, Minusio	60			60	
Fondazione Varini, Orselina ⁰⁾	28			28	
Casa anziani Montesano, Orselina ⁰⁾	45			45	
Centro Sociale Onsernonese, Russo	38			38	
Istituto Sacra Famiglia, Loco	26			26	
Casa anziani Cinque Fonti, San Nazzaro	84			84	
Casa Sorriso (Tarcisio), Tenero	38	3		41	
Casa Belsoggiorno, Ascona	56			56	
Istituto Solarium, Gordola ⁰⁾	84			84	
Ricovero San Donato, Intragna ⁰⁾	90			90	
Residenza Al Lido, Locarno	25			25	
Residenza Al Parco, Muralto	42			42	
Casa S. Agnese, Muralto	20			20	
Casa Carmelo S. Teresa, Brione s/ Minusio	48			48	
Nuova CPA Losone ⁰⁾		70		70	
BELLINZONESE	396	124	0	520	187
Casa anziani Comunale Bellinzona ⁰⁾	72			72	
Casa anziani Greina, Bellinzona ⁰⁾	60			60	
Casa anziani ARANDA, Giubiasco	86			86	
Casa anziani Circolo del Ticino, Sementina	80			80	
Casa di riposo Paganini-Rè, Bellinzona	98			98	
Nuova CPA Comunale Bellinzona ⁰⁾		74		74	
Nuova CPA ex-Clinica Helsana, Sementina *		50		50	
TRE VALLI	361	111	0	472	0 ³⁾
Casa anziani Comunale Biasca ⁰⁾	64	12		76	
Casa anziani Visagno, Claro ⁰⁾	78			78	
Casa anziani La Quercia, Acquarossa ⁰⁾	74	23		97	
Casa anziani Santa Croce, Faido	104			104	
CPA (ex-Diocesano), Prato Leventina	41			41	
Nuova CPA Tre Valli, Giornico ⁰⁾		76		76	

* CPA con posti letto per "soggiorni temporanei terapeutici" (STT) compresi.

⁰⁾ CPA con unità Alzheimer presenti (o previsti).

1) Rispetto alla Tabella 7 le modifiche concernono:

- rettifica dei posti letto nella CPA di Someo (18 posti autorizzati provvisoriamente a seguito dei lavori per la costruzione del nuovo Centro sociosanitario a Cevio);

2) La nuova Casa per anziani di Cevio (Centro sociosanitario) è in costruzione. Gli ospiti sono stati trasferiti nella CPA Piccola Casa Divina Provvidenza di Gordevio (posti ex-ACS, ora STT) e presso l'Istituto Don Guanella a Maggia.

3) Per il Mendrisiotto e Basso Ceresio vi sarebbe un'eccedenza (presumibile) di una settantina di posti letto all'orizzonte 2020, per le Tre Valli una situazione di perfetto equilibrio.

Fonte: dati UACD/UMC/US, 2011. Elaborazione: DASF, 2011.