

Progetto di riorganizzazione dei centri diurni

Settembre 2011

Autore(i): S. Bernasconi, M. Ragone

Dipartimento della sanità e della socialità
Divisione dell'azione sociale e delle famiglie



Indice

Introduzione	3
1 Analisi del contesto	4
2 Progetto di riorganizzazione	5
2.1 Obiettivi	6
2.2 Requisiti di qualità dei centri diurni socio-assistenziali	6
2.3 Nuovi sistemi di finanziamento	7
2.4 Procedura di realizzazione del progetto.....	8
3 Conclusioni	9
Allegati.....	11

Introduzione

Il continuo aumento della popolazione anziana e, parallelamente, lo slittamento della soglia d'età per l'entrata in casa anziani, evidenziano la carenza di strutture intermedie¹ che favoriscano la permanenza a domicilio.

Negli ultimi anni si constata un aumento del numero di anziani che scelgono di rimanere al domicilio il più a lungo possibile. L'entrata in istituto avviene, di fatto, solo quando le condizioni di salute si aggravano e i familiari (caregiver), seppur coadiuvati dai servizi di assistenza e cura a domicilio, non sono più in grado di gestire la presa a carico.

Lo studio SwissAgeCare sulla presa a carico delle persone anziane da parte dei familiari, condotto in Svizzera nel 2010, mostra un elevato livello di stress ed affaticamento del caregiver dovuto alla mole di lavoro che richiede l'assistenza al domicilio del proprio congiunto.

L'attuale situazione ha indotto l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio a riflettere sui centri diurni finanziati in qualità di servizi d'appoggio dalla Legge sull'assistenza e cura a domicilio, constatando che gli attuali centri diurni, nonché le prestazioni da essi erogate, non corrispondono completamente alle reali esigenze della popolazione.

Il progetto di riorganizzazione dei centri diurni cantonali si inserisce in questo contesto con l'obiettivo di compensare le attuali carenze. Il potenziamento dell'offerta di queste strutture sul territorio consentirà, infatti, di sgravare i caregiver di una parte della presa a carico, tutelando il loro stato di salute e, parallelamente, posticipando l'ingresso in istituto dell'anziano. Inoltre consentirà al Canton Ticino di fare un passo avanti verso l'allineamento al resto della Svizzera per quanto riguarda la presenza di strutture intermedie, sia in termini quantitativi che qualitativi.

¹ Con il termine di strutture intermedie si intendono: i soggiorni temporanei in casa per anziani, i centri diurni e notturni, gli appartamenti protetti e gli appartamenti a misura d'anziano.

1 Analisi del contesto

L'analisi territoriale² condotta dall'UACD nel 2009 sulla valutazione dei centri diurni finanziati dalla LACD ha preso in esame le diverse tipologie di centri diurni presenti sul territorio, prendendo spunto dallo studio condotto da P. Morger³:

- ❑ **Centri diurni ricreativi** (tipo 1). Si occupano della promozione e del mantenimento delle risorse personali e dell'integrazione sociale. Prendono a carico persone autosufficienti o con bisogno di assistenza molto limitato. L'accesso è libero e gratuito.
- ❑ **Centri diurni socio-assistenziali** (tipo 2). Si occupano della promozione del mantenimento delle risorse personali e dell'integrazione sociale, ma anche di progetti con obiettivi personalizzati volti al recupero delle funzioni psicofisiche. Prendono a carico sia persone autosufficienti, sia persone con bisogno di assistenza. L'accesso è libero e gratuito. Per le persone con bisogno di assistenza è previsto un accesso strutturato.
- ❑ **Centri diurni terapeutici** (tipo 3). Si occupano in modo specifico di terapia e riabilitazione. Prendono a carico persone con ridotta autonomia e con forte bisogno di assistenza personale. L'accesso è stabilito e strutturato. Gli utenti pagano una retta per i giorni di frequenza.

Sulla base di quanto sopra esposto sono state attribuite ai centri diurni cantonali le seguenti tipologie:

CD ricreativi (tipo 1)	CD socio-assistenziali (tipo 2)	CD terapeutici (tipo 3)
6 CD ATTE	CD Caslano	5 CD Pro Senectute
CD Vita Serena	CD Vacallo	CD Croce Rossa
CD Tesserete	CD Massagno	CD CPA: La Quercia, Acquarossa; Ca' Rezzonico, Lugano; Casa dei Ciechi, Lugano; Casa Giardino, Chiasso; Residenza Visagno, Claro.
CD Russo	CD Chiasso	
CD Riva S. Vitale		
CD GenerazionePiù OCST		

Tabella n. 1: Tipologie dei centri diurni

² S. Bernasconi, (2009), "Valutazione dei centri diurni LACD", Sezione del sostegno a enti e attività sociali, Bellinzona.

³ P. Morger (2002), "I centri diurni in Ticino". Studio per la Divisione dell'azione sociale del Dipartimento della sanità e della socialità, Bellinzona.

La valutazione effettuata ha messo in rilievo notevoli differenze tra i vari centri diurni. Le principali eterogeneità riguardano i seguenti aspetti:

- tipo di prestazioni offerte;
- personale impiegato;
- caratteristiche strutturali⁴;
- entità del sussidio erogato.

L'approfondimento della situazione esistente ha permesso, inoltre, di evidenziare l'inosservanza del principio di equità territoriale, dovuta alla scarsa presenza di centri diurni socio-assistenziali in alcune regioni.

2 Progetto di riorganizzazione

Partendo dai risultati della valutazione sui centri diurni condotta dall'UACD nel 2009, è stato elaborato un progetto di riorganizzazione delle strutture finanziate ai sensi della LACD.

Dallo studio emerge che i centri diurni ricreativi presentano la maggior eterogeneità a livello di offerta di prestazioni e di problematiche strutturali. Soffermandosi sugli aspetti ricreativi e preso in esame lo studio condotto nel 2004 dall'UACD, sulle misure complementari messe in atto a livello comunale a favore degli anziani, è emerso che esistono sul territorio molte strutture, enti ed associazioni che offrono attività ricreative a favore della popolazione anziana, senza ricevere alcun contributo da parte del Cantone. Quindi, per garantire un'equità di trattamento a tutte le strutture, enti e associazioni, che offrono prestazioni di tipo ricreativo a livello sovra-comunale, si introdurrà un nuovo sistema di finanziamento basato sulla presentazione di progetti specifici⁵. Pertanto prevediamo un finanziamento continuativo solo per i centri diurni socio-assistenziali e terapeutici, che di fatto rispondono in modo più efficace ai bisogni della popolazione.

Questo progetto si focalizza sui centri diurni socio-assistenziali in quanto per i centri terapeutici, il 22 marzo 2011, è entrato in vigore il Regolamento d'applicazione della Legge Sanitaria che prevede per questa tipologia di strutture un'autorizzazione per lo svolgimento delle prestazioni sanitarie somatiche e ambulatoriali.

Per quanto riguarda i centri diurni socio-assistenziali attualmente finanziati, si è potuto appurare che le prestazioni da essi erogate corrispondono ai bisogni della popolazione, in quanto sono orientate al recupero psico-fisico dell'anziano. Sulla base dell'analisi di questi centri, l'UACD ha delineato un profilo ideale di centro diurno socio-assistenziale, definendo i requisiti minimi di qualità necessari ai fini del riconoscimento (vedi cap. 2.2).

⁴ Alcune strutture non rispondono ai requisiti minimi per quanto attiene alle normative sanitarie, di sicurezza e di accessibilità alle persone portatrici di handicap.

⁵ Vedi capitolo 2.3 "Nuovi sistemi di finanziamento" pag. 7.

È stata infine considerata la questione dell'equità territoriale. Gli attuali quattro centri diurni socio-assistenziali sono ubicati unicamente nel Sottoceneri. Per poter rispondere in modo adeguato ai bisogni di tutta la popolazione e al principio di equità sancito dalla Legge sull'assistenza e cura a domicilio, abbiamo proceduto ad una mappatura ideale dei centri diurni socio-assistenziali. Il numero di strutture è stato definito tenendo conto della popolazione anziana residente nei comuni dei comprensori SACD e della conformazione geografica del territorio. Visto l'onere finanziario, di promozione e di gestione di una copertura ideale del territorio, il lavoro è stato suddiviso in due fasi:

- La prima fase prevede la trasformazione degli attuali centri diurni ricreativi in socio-assistenziali, laddove si riscontra un interesse da parte degli enti proprietari;
- La seconda fase prevede la copertura del territorio cantonale attraverso la promozione e lo sviluppo di strutture nei comuni e nelle zone che possano rispondere ad un bisogno sovra-comunale (vedi allegati n. 1, 2 e 3).

2.1 Obiettivi

Gli obiettivi del progetto sono i seguenti:

- Disporre di strutture adeguate su tutto il territorio cantonale per poter accogliere sia persone autosufficienti che persone con bisogno d'assistenza;
- Garantire un'offerta che non si limiti alle attività di socializzazione e ricreazione, ma che preveda una progettualità volta alla prevenzione e, per quanto possibile, al recupero psico-fisico dell'anziano;
- Introdurre un sistema di controllo qualità delle prestazioni erogate;
- Prevedere un sistema di finanziamento più equo.

2.2 Requisiti di qualità dei centri diurni socio-assistenziali

Ai fini del riconoscimento quale centro diurno socio-assistenziale occorre rispettare i seguenti requisiti minimi di qualità:

- **Struttura adeguata:** la struttura deve rispettare le disposizioni previste dall'Ufficio di sanità, poter accogliere almeno 20 persone e poter svolgere le attività previste dall'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio.
- **Orari di apertura:** almeno 8 ore al giorno per tutti i giorni feriali (lun. – ven.) e almeno 4 ore il sabato e/o la domenica. Inoltre, per 1 o 2 giorni alla settimana l'animatore – coordinatore sarà affiancato da un operatore per la presa a carico strutturata di persone con maggior bisogno di assistenza.
- **Piano di attività strutturato:** pianificazione di attività volte a mantenere le funzioni esistenti e prevenire il decadimento psico-fisico dell'anziano (vedi allegato n. 4). Il monitoraggio delle attività offerte verrà verificato tramite il rapporto di attività annuale.

- **Risorse umane:** garantire la presenza costante di personale formato: un animatore - coordinatore con formazione terziaria in ambito sociosanitario al 100% e un collaboratore con formazione secondaria in ambito sociosanitario al 50-75% (OSA, OSS, assistente di cura, ecc.).
- **Utenza:** l'utenza, di provenienza sovra-comunale, deve costituirsi sia di persone autonome che di persone con bisogno di assistenza. La valutazione dell'idoneità a frequentare il centro diurno per queste ultime dovrà essere effettuata dal Servizio di assistenza e cura a domicilio del comprensorio di appartenenza o da una persona qualificata all'interno del centro diurno (infermiere/a).
- **Pasti:** offerta quotidiana di pasti per favorire un'alimentazione adeguata, la socializzazione, l'integrazione sociale, ecc.
- **Trasporto:** garantire un servizio trasporti da/per il centro diurno per le persone con maggior bisogno d'assistenza.

2.3 Nuovi sistemi di finanziamento

La Legge sull'assistenza e cura a domicilio prevede che tutti i servizi d'appoggio, che intendano ottenere un finanziamento pubblico, debbano inoltrare un'istanza di riconoscimento alla Divisione dell'azione sociale e delle famiglie, Viale Officina 6 – 6500 Bellinzona (nel corso del 2012 sarà inviata ai centri diurni una lettera indicante termini e modalità di presentazione della richiesta). Quest'ultima rilascerà una decisione formale di riconoscimento della struttura. Tutte le strutture finanziate saranno accompagnate verso l'adeguamento ai requisiti di qualità previsti per l'ottenimento del riconoscimento.

Finora il sistema di finanziamento cantonale dei centri diurni prevedeva il riconoscimento di un contributo fisso a copertura del disavanzo d'esercizio. Attraverso il progetto di riorganizzazione ci saranno invece due diversi sistemi di finanziamento:

Sistema di finanziamento continuativo basato sul contributo fisso

I centri diurni socio-assistenziali saranno finanziati mediante il riconoscimento di costi standard relativi alle seguenti voci di spesa:

- spese personale: 100% animatore-coordinatore;
75% OSA-OSS-Assistente di cura (percentuale da stabilire sulla base delle giornate di presa a carico di persone con maggior bisogno di assistenza);
20-30% personale addetto alle pulizie;
- spese trasporto;
- spese amministrative;
- spese sede: stabilito sulla base del costo effettivo o di eventuali investimenti strutturali;
- spese attività ricreative;
- spese mensa: valutazioni specifiche.

Ulteriori dettagli sugli aspetti finanziari saranno forniti al momento del riconoscimento del centro diurno.

Sistema di finanziamento per le attività ricreative

Con l'applicazione della nuova LACD ed del nuovo Regolamento si è rivisto il finanziamento dei centri diurni, in quanto si è osservato che una parte delle strutture del sottosettore non rispondevano a quanto previsto dalla legge e non erano adeguate al Regolamento attuale e futuro. Dal punto di vista della base legale non c'è più spazio per il finanziamento dei CD ricreativi.

Si è pensato ad un'interpretazione estensiva della legge e di considerare le attività ricreative in termini residuali come attività di prevenzione.

È stato costruito uno standard di finanziamento per le attività ricreative, prevedendo per le organizzazioni esistenti un periodo di transizione, mentre per le nuove richieste saranno accolte in base alla disponibilità finanziaria.

Si precisa inoltre che, in caso di tagli al preventivo, il primo settore ad essere toccato è quello delle attività ricreative.

Le attività ricreative saranno finanziate mediante la presentazione di progetti mirati alla promozione di attività di animazione e ricreazione per gli anziani. I lavori ritenuti più interessanti saranno finanziati sulla base del budget annuale a disposizione del Cantone.

Ulteriori informazioni su modalità e tempistiche di presentazione dei progetti per la richiesta di finanziamento verranno fornite in fase di attuazione.

2.4 Procedura di realizzazione del progetto

Previsione 2012

- Si continuerà a finanziare i centri diurni con l'attuale sistema limitatamente ad un periodo di tempo necessario per permettere alle strutture di adeguarsi alla riorganizzazione. L'UACD provvederà ad un lavoro di approfondimento individuale con tutti gli enti proprietari prendendo in esame le soluzioni più adatte alla struttura. I centri diurni ricreativi dovranno decidere se adeguarsi ai criteri minimi richiesti per la trasformazione in centro diurno socio-assistenziale, tentare la via del finanziamento su progetto o trovare soluzioni di finanziamento autonome.
- Gli attuali 4 centri diurni socio-assistenziali, già contattati dall'UACD per un riesame delle loro prestazioni, dovranno allinearsi ai criteri minimi di qualità per poter ottenere il riconoscimento formale.

Previsione 2013

- Conversione dei centri diurni ricreativi interessati.
- Fine del finanziamento continuativo dei centri diurni ricreativi.
- Introduzione dei due nuovi sistemi di finanziamento.

Previsione 2014

- Promozione di strutture socio-assistenziali per le zone scoperte.

3. Conclusioni

Il progetto di riorganizzazione dei centri diurni si concentra su una più equa distribuzione delle risorse da parte dell'ente pubblico e parallelamente sul potenziamento dell'offerta a beneficio degli anziani.

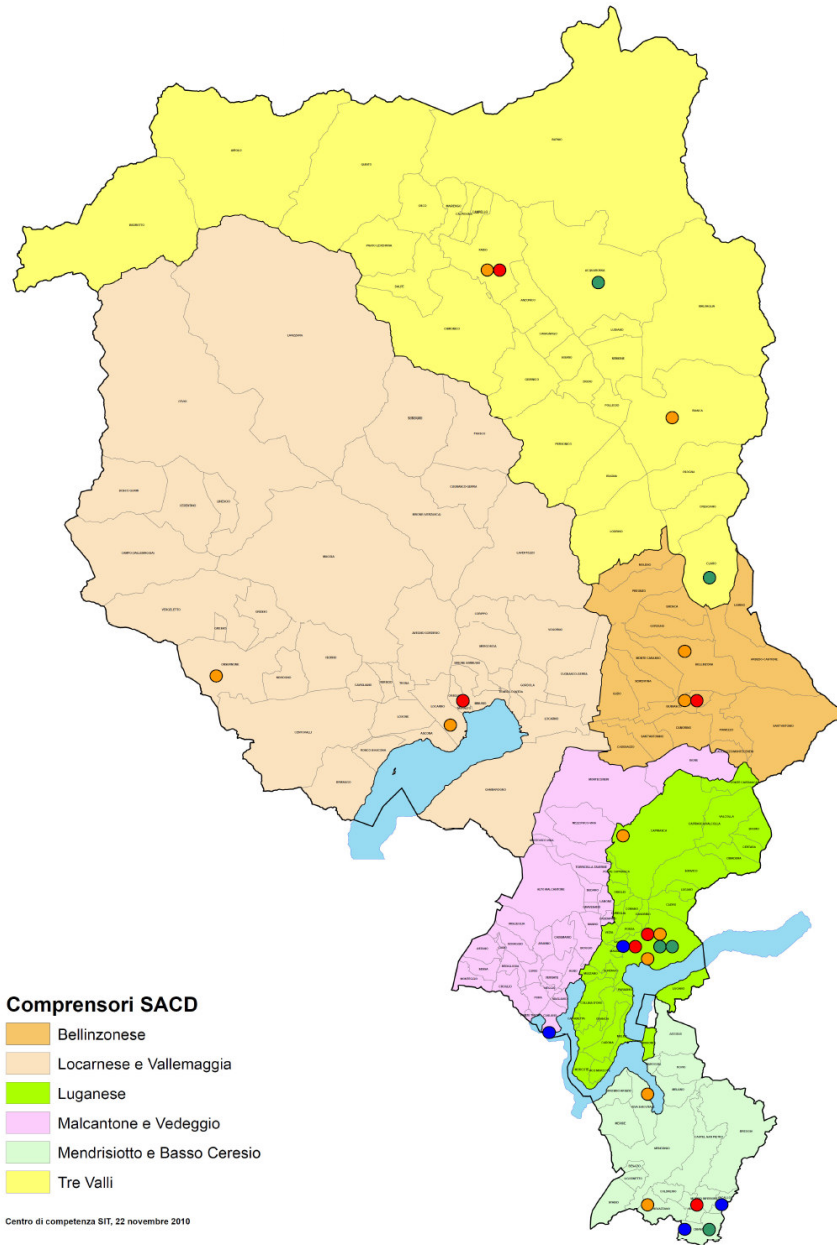
L'obiettivo è quello di permettere agli anziani di poter usufruire di strutture che offrano attività ricreative e di socializzazione che permettano alla persona di sentirsi integrata e di allontanare la sensazione di solitudine che spesso accompagna la terza e quarta età. Nelle strutture socio-assistenziali l'anziano ha inoltre la possibilità di partecipare ad attività di tipo preventivo, coordinate da un professionista che possa valutare le esigenze individuali e mettere a punto dei progetti specifici.

La presenza per uno o due giorni la settimana di un operatore socio-sanitario consentirà la presa a carico di persone con bisogno di assistenza, permettendo ai caregiver di avere dei momenti di riposo indispensabili per tutelare la loro salute e quindi, di prolungare la permanenza a domicilio del proprio congiunto. Per le persone non più autosufficienti sono previste attività volte alla prevenzione del decadimento psicofisico e, nel limite del possibile, al recupero di funzioni già compromesse.

Il progetto di riorganizzazione dei centri diurni non vuole in alcun modo limitare il ruolo del volontariato. Siamo infatti consapevoli dell'importanza della figura del volontario all'interno del centro diurno per lo svolgimento delle attività. Auspichiamo quindi la continuazione della valida collaborazione tra volontari e personale impiegato presso i centri diurni già riscontrata nel corso della valutazione svolta nel 2009.

La futura promozione di centri diurni socio-assistenziali su tutto il territorio cantonale si rende necessaria al fine di creare omogeneità di offerta di assistenza. Quindi le persone che vivono nelle periferie e nelle valli avranno, idealmente, le stesse possibilità di accedere a strutture intermedie delle persone che vivono nei centri urbani.

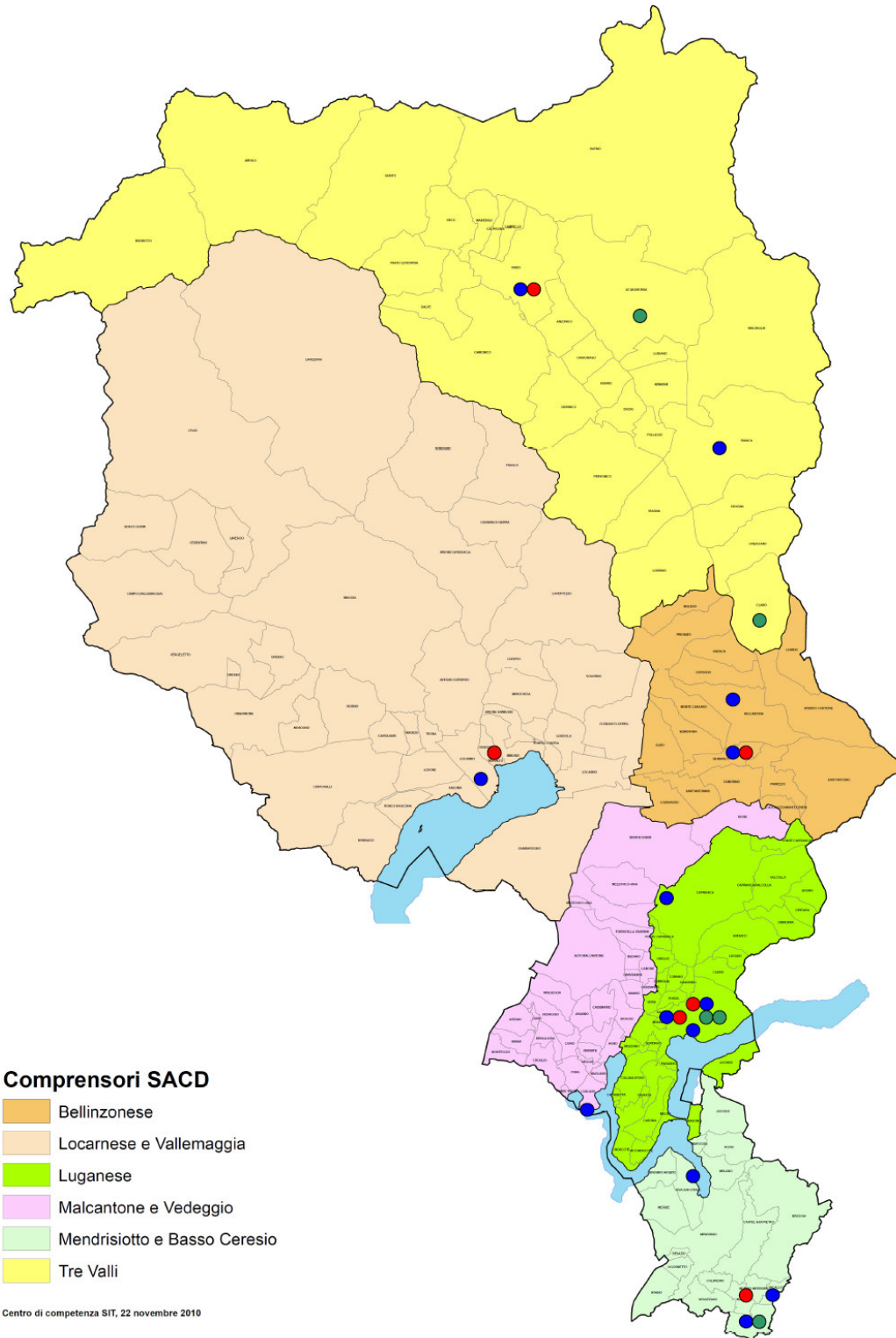
Il progetto si pone l'obiettivo di creare equità d'offerta, di finanziamento e di accessibilità alle strutture da parte della popolazione. Per la realizzazione di questi obiettivi si rende necessario un intenso lavoro di riorganizzazione e di coordinamento che richiede la collaborazione di tutti: ente pubblico, operatori ed enti.



Legenda CD 2011

- CD ricreativi
- CD socio-assistenziali
- CD terapeutici (sussidiati dalla LACD)
- CD terapeutici in CPA (sussidiati dalla LANz)

ipotesi di trasformazione dei CD ricreativi in socio-assistenziali

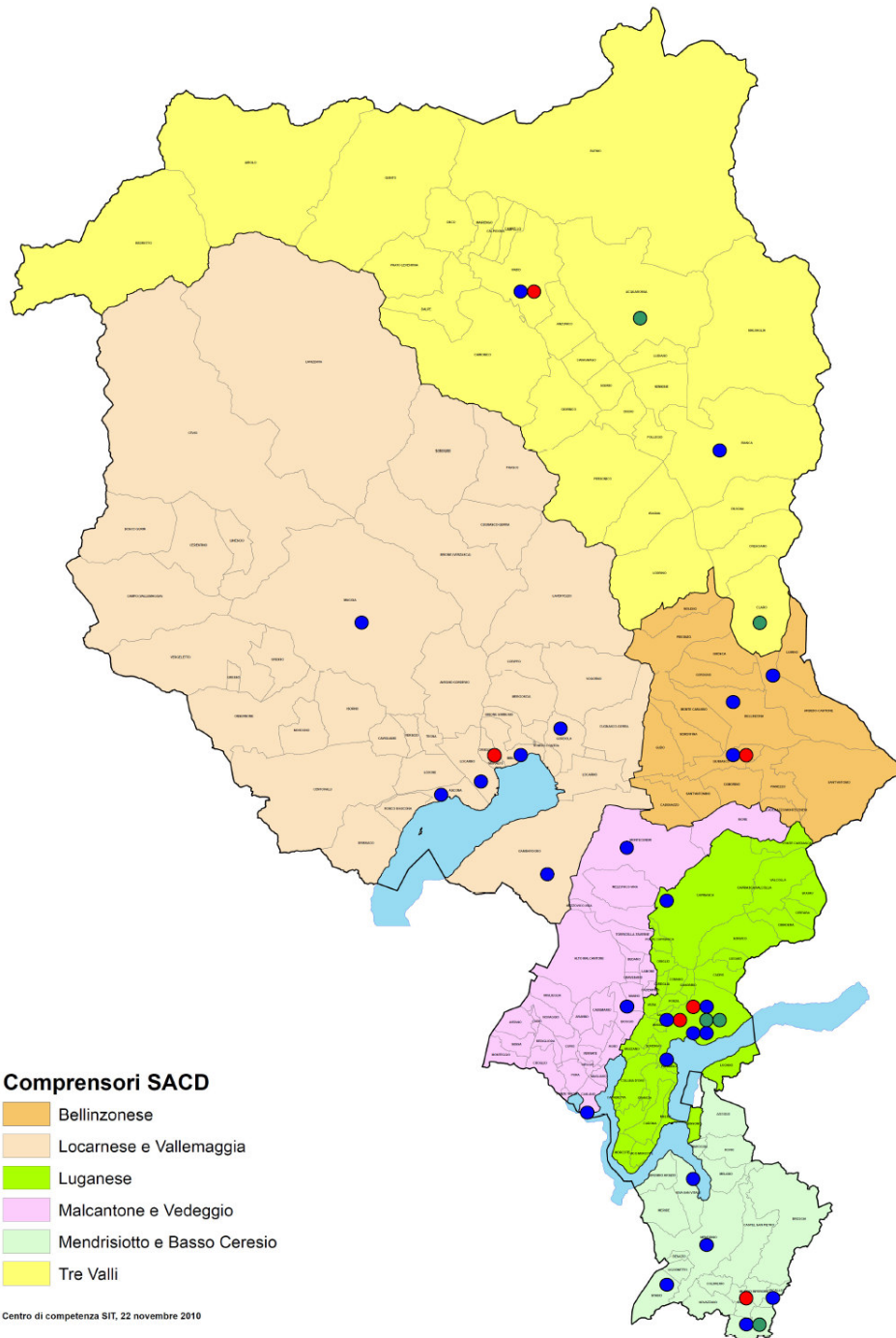


Legenda CD 2011

- CD ricreativi
- CD socio-assistenziali
- CD terapeutici (sussidiati dalla LACD)
- CD terapeutici in CPA (sussidiati dalla LANz)

Mappatura futura dei centri diurni: ipotesi di completa copertura territoriale

Allegato n. 3



Legenda CD 2011

- CD ricreativi
- CD socio-assistenziali
- CD terapeutici (sussidiati dalla LACD)
- CD terapeutici in CPA (sussidiati dalla LANz)

12 CD ipotetici:

Mendrisio; Stabio; Paradiso; Pregassona;
Bioggio – Novaggio; Riviera; Riviera
(Arbedo); Ascona – Losone; Gambarogno;
Gordola – Tenero; Maggia – Cevio; Minusio
– Muralto.

Programma di attività strutturato

Il centro diurno socio-assistenziale deve organizzare le attività secondo un programma orientato al mantenimento delle risorse personali e alla prevenzione del decadimento psico-fisico.

Le prestazioni offerte dovranno centrarsi sulle attività volte a preservare e/o migliorare le capacità cognitive, motorie, psicologiche e di socializzazione. Le attività offerte dovranno suddividersi in modo equo tra le categorie elencate.

Prestazioni per le funzioni cognitive

Esempi:

- Allenamento della memoria (corsi di memoria, letture, diario, etc.).
- Corsi di lingue, storia, cultura, informatica, conferenze, incontri, presentazione di libri, film, etc.

Prestazioni per le funzioni motorie

Esempi:

- Motricità globale: ginnastica, ginnastica dolce, danza, giardinaggio, gite, etc.
- Motricità fine: laboratori creativi, cucina, maglieria, falegnameria, sartoria, etc.

Prestazioni di socializzazione e animazione

Esempi:

- Tombola, spettacoli, pranzi, aperitivi, merende, gite, canto, giochi, vacanze, etc.

Prestazioni per le funzioni psicologiche ed emotive

Esempi:

- Pet-therapy, musicoterapia, arte terapia, gruppi di discussione tematici, etc.

Prestazioni sanitarie (Queste prestazioni devono essere effettuate esclusivamente da personale sanitario autorizzato).

Esempi:

- Misurazione della pressione arteriosa, controllo della glicemia, diete speciali e valutazione alimentare, piccole medicazioni, riposo, assunzione di farmaci, etc.

Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020

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

Bellinzona, giugno 2018

Indice

1	Abstract.....	8
2	Principi generali della pianificazione.....	9
3	Introduzione	10
4	Bilancio del periodo 2011-2016.....	11
5	Sviluppo dell'attività dei servizi d'assistenza e cura a domicilio	16
	5.1.1 Metodologia	16
	5.1.2 Definizione delle prestazioni da erogare.....	16
	5.1.2.1 Utenti anziani	16
	5.1.2.2 Utenti in età non AVS (invalidi, famiglie, altri).....	21
	5.1.3 Bambini.....	22
	5.1.4 Previsione dell'evoluzione del contributo per i servizi e operatori dell'assistenza e cura a domicilio	22
	5.1.4.1 SACD d'interesse pubblico.....	22
	5.1.4.2 Organizzazioni di assistenza e cura a domicilio (OACD)	23
	5.1.4.3 Infermieri indipendenti.....	23
	5.1.4.4 Riassunto dell'evoluzione delle ore e del contributo per l'assistenza e cura a domicilio.....	23
6	Servizi d'appoggio.....	24
	6.1 Descrizione del contesto	24
	6.2 Evoluzione dei contributi dei servizi d'appoggio	24
7	Aiuti diretti per il mantenimento a domicilio.....	25
	7.1 Premessa.....	25
	7.2 <i>Evoluzione degli aiuti diretti dal 2009 al 2016</i>	26
	7.3 <i>Previsione sullo sviluppo degli aiuti diretti per il periodo 2017 – 2020</i>	27
	7.4 <i>Evoluzione del contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche</i>	29
	7.5 Studio sugli aiuti diretti (mandato alla SUPSI)	30
8	Settore case per anziani: concretizzazione della Pianificazione 2010-2020 – stato al 30.06.2017	32
9	Obiettivi pianificatori qualitativi delle strutture per anziani e dei servizi d'assistenza e cura a domicilio	35
	9.1 Centri diurni con presa in carico socio-assistenziale	35
	9.1.1 Bilancio ed evoluzione dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale	35
	9.1.1.1 Analisi dei dati di presa in carico dei CDSA del 2016.....	38
	9.1.2 Progetti dei CDSA.....	42
	9.1.2.1 Progetti di vita	42
	9.1.2.2 Progetto “sostegno abitativo intermedio di natura temporanea”	42

9.1.3	La prestazione di attivazione sociale.....	42
9.1.3.1	Progetto regionale solidale.....	46
9.2	Badanti.....	47
9.3	Consulenza materno pediatrica.....	49
9.4	Settore CpA	50
9.4.1	Accoglienza diurna.....	50
9.4.2	Reti di case per anziani.....	51
9.5	Progetti intersettoriali ACD e CpA	51
9.5.1	Inchiesta sulla qualità percepita	51
9.5.2	Bientraitance.....	53
9.6	La pianificazione e le strategie di presa in carico specialistica.....	55
9.6.1	Strategia demenze.....	55
9.6.1.1	Strategia nazionale	55
9.6.1.2	Strategia cantonale	56
9.6.1.3	La strategia nel settore ACD	57
9.6.1.4	La strategia nel settore CpA.....	58
9.6.2	Strategia cure palliative.....	59
9.6.2.1	Strategia nazionale	59
9.6.2.2	Strategia cantonale	60
9.6.2.3	La strategia nel settore ACD	61
9.6.2.4	La strategia nel settore CpA.....	62
10	Conclusioni	63

Elenco delle figure

Figura 1: Evoluzione delle ore LAMal dei SACDip (2011-2016)	12
Figura 2: Evoluzione delle ore di economia domestica dei SACDip (2011-2016)	13
Figura 3: Evoluzione delle ore LAMal dei servizi e operatori privati (2011-2016).....	14
Figura 4: Mappatura centri diurni nel 2011	36
Figura 5: Mappatura centri diurni 2017	37
Figura 6: Situazione dell'utenza presa in carico dai CDSA 2016.....	39
Figura 7: Motivi d'interruzione della frequenza nei CDSA	40
Figura 8: Compromissioni 2016	41
Figura 9: Sistema di controllo e promozione della qualità	52
Figura 10: Aree d'intervento strategia nazionale sulla demenza 2014-2017.....	55
Figura 11: 7'600 persone affette da demenza in Ticino (2016).....	57
Figura 12: Modello cantonale di rete cure palliative	60

Elenco delle tabelle

Tabella 1 Bilancio delle ore LAMal e economia domestica dei SACDip (2011-2016)	11
Tabella 2 Bilancio delle ore LAMal dei servizi e operatori privati (2011-2016).....	13
Tabella 3 Bilancio delle ore LAMal e economia domestica dei SACDip e servizi e operatori privati (2011-2016).....	14
Tabella 4 Previsione 2017 degli utenti di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivisi per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni.....	17
Tabella 5 Previsione 2018 di utenti di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivisi per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni	17
Tabella 6 Previsione 2019 di utenti di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivisi per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni	18
Tabella 7 Previsione 2020 di utenti di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivisi per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni	18
Tabella 8 Previsione 2017 delle ore di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivise per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni	19
Tabella 9 Previsione 2018 delle ore di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivise per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni	19
Tabella 10 Previsione 2019 delle ore di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivise per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni.....	20
Tabella 11 Previsione 2020 delle ore di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivise per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni.....	20
Tabella 12 Previsione 2017-2020 del numero di utenti in età non AVS dei SACD d'interesse pubblico	21
Tabella 13 Previsione 2017-2020 delle ore erogate agli utenti in età non AVS da parte dei SACD d'interesse pubblico	21
Tabella 14 Previsione 2017-2020 delle ore LAMal erogate agli utenti in età non AVS da parte delle OACD e degli infermieri indipendenti.....	22
Tabella 15 Evoluzione 2017-2020 del contributo versato ai SACDip.....	22
Tabella 16 Evoluzione 2017-2020 del contributo versato alle OACD	23
Tabella 17 Evoluzione 2017-2020 del contributo versato agli infermieri indipendenti	23
Tabella 18 Evoluzione 2017-2020 delle ore e del contributo globale.....	23
Tabella 19: Evoluzione dei contributi ai servizi d'appoggio fino al 2016	24
Tabella 20: Previsione 2017-2020 dei contributi di preventivo dei servizi d'appoggio	24
Tabella 21: Evoluzione degli aiuti diretti dal 2010 al 2016	26
Tabella 22: Stima dell'evoluzione per gli anni 2017 – 2020.....	28
Tabella 23: Evoluzione del contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche dal 2010 al 2016.....	29
Tabella 24 Fabbisogno di posti stimato al 2020	34
Tabella 25 Popolazione che presta aiuto quasi ogni giorno in Ticino	43
Tabella 26 Popolazione che presta aiuto quasi ogni giorno in Svizzera	43

Tabella 27 Popolazione che presta aiuto circa almeno una volta a settimana in Ticino.....	43
Tabella 28 Popolazione che presta aiuto circa almeno una volta a settimana in Svizzera....	44
Tabella 29 Popolazione residente in Ticino affetta da demenza (dati 2016).....	56
Tabella 30 Dati attività reparto cure palliative 2015-2017	62

Elenco delle abbreviazioni

ACD	Assistenza e cura a domicilio
AGI	Assegno grande invalido
AI	Assicurazione invalidità
AVS	Assicurazione vecchiaia e superstiti
CCA	Centro Competenza Anziani - SUPSI
CDSA	Centro diurno socio-assistenziale
CDT	Centro diurno terapeutico
CpA	Casa per anziani
DASF	Divisione dell'azione sociale e delle famiglie
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità
ED	Prestazione di economia domestica
ICMP	Infermiere consultanti materno-pediatriche
LACD	Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 30 novembre 2010
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994
OACD	Organizzazione d'assistenza e cura a domicilio
SACDip	Servizio d'assistenza e cura a domicilio d'interesse pubblico
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera Italiana
UACD	Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio

1 Abstract

La stima del fabbisogno di ore LAMal per il periodo 2011-2016 previste per i Servizi d'assistenza e cura a domicilio d'interesse pubblico (SACDip) è stata superata. Lo stesso vale, in maniera ancora più accentuata, per i servizi privati (Organizzazioni d'assistenza e cura a domicilio – OACD), mentre per gli infermieri indipendenti non si osserva tale superamento. La tendenza è invece opposta nel campo dell'economia domestica, dove il numero di ore erogate dai SACDip (i soli ai quali è riconosciuta e quindi finanziata questa prestazione) risulta inferiore al fabbisogno stimato.

All'orizzonte 2020, il fabbisogno in ore LAMal del settore dell'assistenza e cura a domicilio nel suo complesso (componente d'interesse pubblico e componente privata) continuerà la sua marcata progressione. Meno definita è la previsione per le prestazioni di economia domestica. Il finanziamento di queste prestazioni richiederà un contributo da parte dell'ente pubblico che si ipotizza supererà alla fine del quadriennio i 37 mio (80% a carico dei Comuni e 20% a carico del Cantone). Nel campo dei Servizi d'appoggio, che perseguono la finalità del mantenimento a domicilio (centri diurni, servizi di trasporto, pasti a domicilio, ecc), si registra un incremento marcato dei centri diurni socio-assistenziali, per i quali è stato sviluppato un progetto di riorganizzazione e coordinamento che sta portando ad una diffusione capillare dei servizi sul territorio e a prestazioni sempre più coerenti tra loro. In parallelo e a complemento, si stanno sviluppando soluzioni organizzative più efficienti e nuove prestazioni finalizzate al mantenimento al domicilio della persona, come l'attivazione sociale e lo sviluppo della rete informale (familiari curanti e volontari) e l'interazione dell'offerta dell'assistenza e cura a domicilio con la figura della badante.

Nel settore delle case per anziani si segnala ancora uno scoperto (teorico) di posti letto all'orizzonte 2020, sebbene andrà valutato con attenzione l'effettivo fabbisogno in relazione anche al potenziamento del settore del mantenimento a domicilio.

Tra i progetti intersettoriali che interesseranno questo periodo di pianificazione si citano la promozione della *bientraitance*, le regolari indagini sulla soddisfazione dell'utenza, dei familiari e del personale, l'implementazione della strategia sulle cure palliative e quella sulle demenze.

2 Principi generali della pianificazione

Il seguente documento pianificatorio presta particolare attenzione ai cambiamenti sul piano demografico e delle relazioni sociali che interesseranno il nostro Cantone nei prossimi anni.

Si parla diffusamente della sfida demografica, intesa come invecchiamento della popolazione dovuta a una bassa natalità e al raggiungimento della terza età da parte dei figli del baby-boom del dopoguerra. Questo fenomeno, seppur transitorio (secondo le stime Obsan, la pressione dovrebbe diminuire dopo il 2035), richiama l'esigenza di dover operare un cambiamento di paradigma: non più principalmente cure a domicilio e in seguito casa per anziani, ma anche nuove prestazioni e servizi pensati per sostenere forme abitative intermedie. Andranno studiate soluzioni meno "invasive" del soggiorno in istituto (da molti percepito ancora come ricovero) e maggiormente plasmate sul bisogno dell'utente.

Nondimeno, si deve tenere conto dei costi, oggi in costante aumento. Con la presente pianificazione si vuole anche promuovere una razionale organizzazione e utilizzazione delle risorse disponibili e ridurre al minimo il rischio, presente in particolare nel settore sanitario ma pure in quello sociale, che sia in parte l'offerta a creare la domanda. In quest'ottica, **le stime del fabbisogno di ore di assistenza e cura a domicilio che troviamo nelle pagine successive, già oggi ampiamente superate dalle ore effettivamente erogate dai servizi e dagli operatori del settore, sono da considerare un riferimento per valutare lo scostamento tra quantità di prestazioni stimate che dovrebbero essere erogate e quantità di prestazioni effettivamente erogate (scostamento Soll- / Ist-Zustand), al fine di orientare le decisioni di policy settoriale.**

Per tutte queste ragioni si mira molto su un nuovo settore, intermedio tra domicilio classico e casa per anziani, che raggruppa le prestazioni, i servizi e le soluzioni abitative che concorrono, insieme ai servizi d'assistenza e cura a domicilio, al mantenimento al domicilio della persona. Si tratta dei centri diurni, dei servizi di trasporto, dei servizi pasti a domicilio, dei servizi di consulenza e supporto di seconda linea per ammalati gravi, del contributo diretto per il mantenimento a domicilio e, di più recente sviluppo, degli appartamenti a misura d'anziano, della prestazione di attivazione sociale e delle prestazioni orientate all'apertura verso l'esterno delle case per anziani.

3 Introduzione

La pianificazione è uno strumento d'indirizzo politico finalizzato a prevedere l'evoluzione dei bisogni e prospettare l'adeguamento dell'offerta e le relative implicazioni a livello finanziario, operativo e di qualità del servizio destinato al cittadino.

L'art. 7 cpv. 1 della Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) sancisce che "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 con una pianificazione cantonale". Al Gran Consiglio compete, ogni quattro anni, di discuterne i principi generali e di approvarli.

La prima pianificazione, concomitante all'entrata in vigore della LACD il primo gennaio 2000, riguardava il periodo 2000-2003. Nel corso del 2004 è stata effettuata la valutazione dei risultati dell'attività degli enti. In seguito sono state presentate le pianificazioni riferite ai periodi 2006-2009 e 2011-2014.

Il biennio 2015-2016 è stato gestito in base a un documento di pianificazione ("Mini-pianificazione LACD 2015-2016"), elaborato dall'UACD e approvato dalle direzioni DASF e DSS, che ricalcava i principi generali che hanno guidato il precedente quadriennio. Per questo motivo è rimasto un documento operativo interno, i cui contenuti vengono ripresi in questo documento.

La presente pianificazione si riferisce al quadriennio 2017-2020 e prevede anche un aggiornamento della pianificazione del settore case per anziani. Al termine di questo periodo, sarà allestita una pianificazione congiunta del settore delle cure a domicilio e delle case per anziani, allineando i periodi di pianificazione LACD (quadriennali) e LANz (decennali), in maniera tale da poter approntare una pianificazione unificata e coordinata dei due settori per il 2021-2030, con evidentemente degli aggiornamenti programmati nel corso del decennio. Con questo modo di procedere sarà realizzato quanto auspicato dal Gran Consiglio in occasione dell'approvazione delle pianificazioni settoriali nel 2013.

Questo documento, dopo un bilancio della pianificazione precedente, risulta strutturato in 2 parti: la prima si riferisce agli aspetti quantitativi, ossia alla previsione d'attività del settore delle cure a domicilio, dei servizi d'appoggio e degli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio; la seconda parte verte sugli aspetti qualitativi di tutto il comparto delle cure di lunga durata, quindi anche delle strutture per anziani.

Per finire, riteniamo qui utile richiamare le differenze che caratterizzano i tre soggetti erogatori delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio:

- SACD d'interesse pubblico (SACDip) - In base agli artt. 12 - 25 LACD, essi erogano prestazioni di cura, aiuti di economia domestica, la consulenza igienica, sanitaria e sociale, l'informazione e l'attivazione delle risorse disponibili sul territorio e l'educazione e la prevenzione sanitaria. I SACDip garantiscono un accesso indiscriminato a tali prestazioni nel comprensorio definito dalla legge, anche se l'erogazione della singola prestazione dovesse risultare non economica. Essi non hanno scopo di lucro.
- Organizzazioni di assistenza e cura a domicilio private e infermiere/i indipendenti – In forza dell'art. 25a LAMal sono finanziate dall'ente pubblico (Cantone e Comuni) per le sole prestazioni di cura. Esse hanno scopo di lucro.

4 Bilancio del periodo 2011-2016

Questo primo capitolo offre un bilancio della pianificazione che ha riguardato gli anni dal 2011 al 2014 (avvenuta con il sistema *balance of care*¹) con l'aggiunta degli anni 2015-2016 (anni in cui è stato ricalcolato il bisogno di prestazioni sulla base dell'evoluzione della popolazione anziana)

Nel periodo, i dati mostrano una sostanziale differenza tra quanto pianificato e quanto effettivamente erogato. Va ricordato che l'anno 2011 è stato il primo in cui sono stati contrattualizzati i servizi e gli operatori privati, per effetto dell'entrata in vigore della riforma LAMal (introduzione del nuovo art. 25a), rendendo difficile quantificare il bisogno e l'offerta necessaria per soddisfarlo. Questa differenza è poi stata corretta in sede di aggiornamento della pianificazione per il biennio 2015-2016, con l'obiettivo di limitare lo scollamento tra la quantità di prestazioni considerata nella fase di negoziazione dei contratti di prestazione, in aderenza all'effettiva domanda del territorio, e le quantità pianificate.

Nello specifico, per le ore LAMal dei SACDip, si è assistito nel 2011 ad una differenza tra quanto effettivamente erogato e quanto pianificato del 5.5%. Questa differenza è poi passata al 17.5% nel 2012, al 20.4% nel 2013 e al 25.5% nel 2014. Nel 2015, quando si è proceduto con una revisione dei calcoli, la forchetta si è ridotta al 9.1%, risalita tuttavia al 16.4% nel 2016.

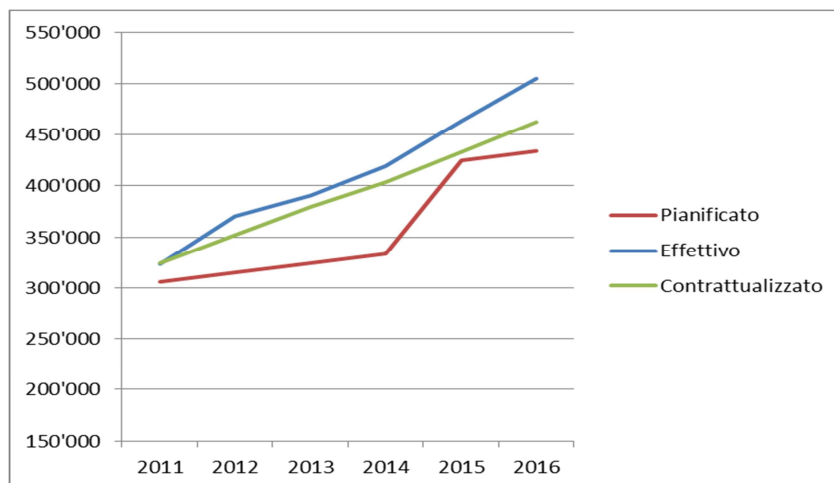
Tabella 1 Bilancio delle ore LAMal e economia domestica dei SACDip (2011-2016)

Anno	Ore da erogare	Pianificato	Contrattualizzato	Effettivo	Diff. % Pian. - Eff.
2011	Ore LAMal	306'173	324'800	322'983	5.5%
	Ore economia domestica	223'020	231'900	226'276	1.5%
	Totale ore	529'193	556'700	549'259	3.8%
2012	Ore LAMal	315'439	352'300	370'648	17.5%
	Ore economia domestica	227'453	238'600	225'764	-0.7%
	Totale ore	542'892	590'900	596'412	9.9%
2013	Ore LAMal	324'705	379'400	390'971	20.4%
	Ore economia domestica	231'887	230'600	217'839	-6.1%
	Totale ore	556'592	610'000	608'810	9.4%
2014	Ore LAMal	333'971	404'000	419'164	25.5%
	Ore economia domestica	236'320	212'100	202'922	-14.1%
	Totale ore	570'291	616'100	622'086	9.1%
2015	Ore LAMal	424'636	433'100	463'430	9.1%
	Ore economia domestica	195'457	201'680	189'408	-3.1%
	Totale ore	620'093	634'780	652'838	5.3%
2016	Ore LAMal	434'019	462'940	505'194	16.4%
	Ore economia domestica	196'192	193'420	178'525	-9.0%
	Totale ore	630'211	656'360	683'719	8.5%

¹ Si ricorda che il BoC, sviluppato in Gran Bretagna, 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 complementarietà fra i vari servizi e di stimare ordini di grandezza e tendenze relativi all'offerta sanitaria.

Nel grafico seguente si illustra questa situazione e si evidenzia come la linea quasi regolare delle ore contrattualizzate segua quella delle ore effettive, mentre il pianificato inizialmente ha una pendenza nettamente minore per poi subire una correzione significativa con la mini-pianificazione 2015-2016.

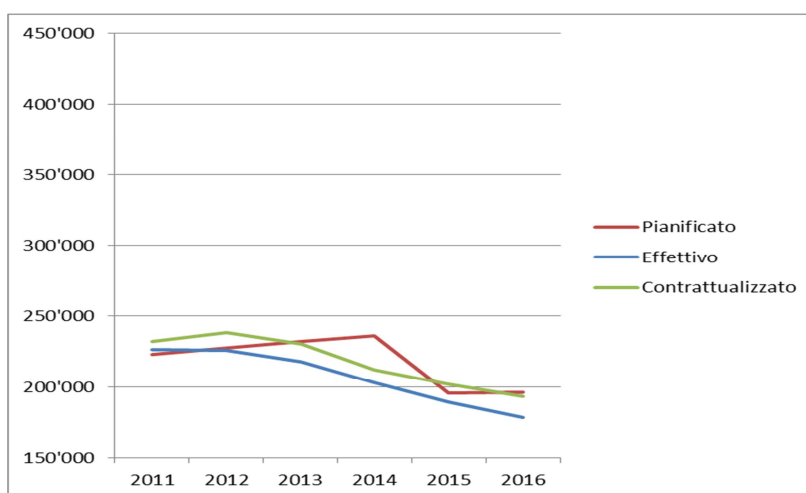
Figura 1: Evoluzione delle ore LAMal dei SACDip (2011-2016)



Nel caso delle ore di economia domestica, sempre erogate dai SACDip, la tendenza è opposta. Nonostante la pianificazione 2011-2014 prevedesse un leggero costante aumento, nella realtà si è assistito a una continua diminuzione delle ore erogate e contrattualizzate. Nel 2011 la differenza tra le ore erogate e pianificate era del 1.5%, passando nel 2012 a -0.7%, nel 2013 a -6.1% e nel 2014 a -14.1%. Anche in questo caso i calcoli fatti nel 2015 hanno permesso di aggiustare la tendenza pianificata, riducendo lo scarto a -3.1%. Nel 2016 lo scarto è tuttavia tornato ad aumentare fissandosi a -9%.

Il grafico seguente mostra la situazione e, come per le ore LAMal, anche nel caso delle prestazioni di economia domestica si osserva la tendenza quasi parallela tra ore effettivamente erogate e ore contrattualizzate.

Figura 2: Evoluzione delle ore di economia domestica dei SACDip (2011-2016)



La pianificazione dei servizi privati, organizzazioni e infermieri indipendenti, è iniziata solo nel 2011 e, per questo, si è caratterizzata per l'assenza di parametri di riferimento attendibili (storici e intercantonali), cosa che ha reso difficile quantificare in prospettiva le prestazioni. Durante l'elaborazione della pianificazione si riteneva che il fabbisogno potesse essere costante, ipotesi sin da subito contraddetta dalla domanda certificata dal sistema sanitario. Già nel 2011 si assiste quindi ad una differenza del 32.1 %, che si situa al 74.3% nel 2014. Anche in questo caso, tuttavia, si nota come in sede di contrattualizzazione si sia mantenuta una sostanziale vicinanza con quando effettivamente erogato.

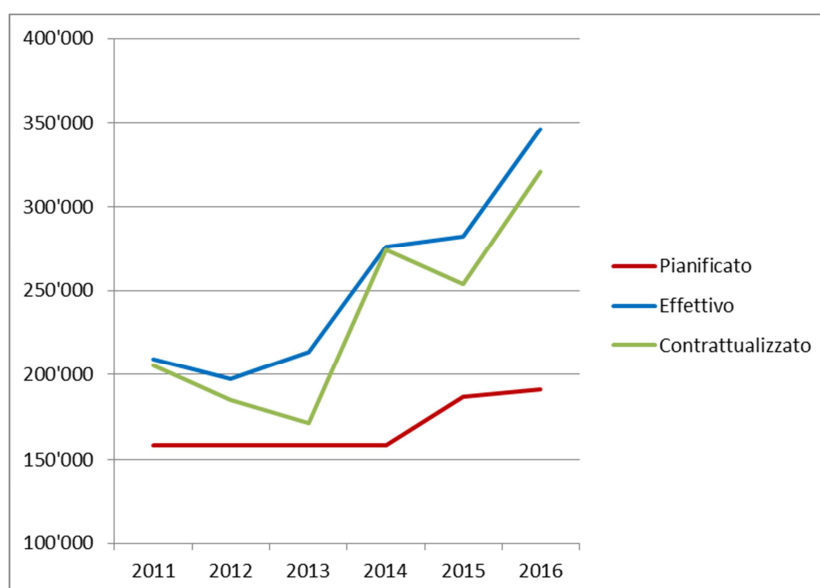
Nel 2015, con i nuovi calcoli basati sul numero di utenti presi in carico negli anni passati e sulla media federale, lo scostamento era del 50.7% e dell'80.9% nel 2016. Tale differenza ricalca un problema noto, ovvero la differenza tra la media federale delle ore di presa in carico per caso (52) e quanto riscontrato nel nostro Cantone (SACDip: 61; ACD: 114).

Tabella 2: Bilancio delle ore LAMal dei servizi e operatori privati (2011-2016)

Anno	Ore da erogare	Pianificato	Contrattualizzato	Effettivo	Diff. % Pian. - Eff.
2011	Ore LAMal	158'553	205'400	209'410	32.1%
2012	Ore LAMal	158'553	184'900	197'295	24.4%
2013	Ore LAMal	158'553	171'300	213'661	34.8%
2014	Ore LAMal	158'553	274'400	276'414	74.3%
2015	Ore LAMal	187'176	253'529	282'164	50.7%
2016	Ore LAMal	191'288	320'848	345'980	80.9%

Il grafico seguente illustra la situazione e mostra come la pianificazione per il periodo 2011-2014 si sia rivelata non aderente alla realtà.

Figura 3: Evoluzione delle ore LAMal dei servizi e operatori privati (2011-2016)



Sul piano complessivo (servizi d'interesse pubblico e servizi e operatori privati), possiamo notare che nel periodo 2011-2016, a fronte di 3'151'620 ore LAMal pianificate, ne sono state erogate 3'997'314, ovvero il 26.8% in più. Per l'economia domestica, le ore pianificate erano 1'310'329, quelle erogate sono state 1'240'734, con una differenza pari a -5.3%.

Tabella 3: Bilancio delle ore LAMal e economia domestica dei SACDip e servizi e operatori privati (2011-2016)

Anno	Ore da erogare	Pianificato	Contrattualizzato	Effettivo	Diff. % Pian. - Eff.
2011	Ore LAMal	464'726	530'200	532'393	14.6%
	Ore economia domestica	223'020	231'900	226'276	1.5%
	Totale ore	687'746	762'100	758'669	10.3%
2012	Ore LAMal	473'992	537'200	567'943	19.8%
	Ore economia domestica	227'453	238'600	225'764	-0.7%
	Totale ore	701'445	775'800	793'707	13.2%
2013	Ore LAMal	483'258	550'700	604'632	25.1%
	Ore economia domestica	231'887	171'300	217'839	-6.1%
	Totale ore	715'145	722'000	822'471	15.0%
2014	Ore LAMal	492'524	678'400	695'578	41.2%
	Ore economia domestica	236'320	212'100	202'922	-14.1%
	Totale ore	728'844	890'500	898'500	23.3%
2015	Ore LAMal	611'812	686'629	745'594	21.9%
	Ore economia domestica	195'457	201'680	189'408	-3.1%
	Totale ore	807'269	888'309	935'002	15.8%
2016	Ore LAMal	625'307	783'788	851'174	36.1%
	Ore economia domestica	196'192	193'420	178'525	-9.0%
	Totale ore	821'499	977'208	1'029'699	25.3%

Come si evince dai dati sopra esposti, le differenze percentuali maggiori tra ore pianificate e ore effettivamente erogate si situano nel comparto dei servizi e operatori privati. Questa situazione è riconducibile sostanzialmente al fatto che le ore LAMal medie per caso in Ticino sono superiori alla media svizzera (vedi sopra), da qui lo

scostamento tra quanto pianificato sulla base di parametri nazionali e quanto effettivamente risulta a consuntivo.

Nel 2011, non disponendo di altri riferimenti confacenti e/o attendibili, è stato assunto come riferimento per tale parametro la media federale, ossia 53.70 ore annue per caso. Esso sembrava essere adeguato, considerato anche che corrispondeva a quello dei sei servizi d'interesse pubblico. Alla prova dei fatti, però, questo riferimento si è rivelato del tutto inadeguato rispetto all'attività effettiva dei servizi privati, i quali nel 2011 hanno operato con una media ore LAMal per caso di 108,51 e negli anni successivi hanno fluttuato intorno a questa cifra, più che doppia rispetto alla media federale e a quella dei servizi d'interesse pubblico.

La situazione di sovra-offerta (rispetto a quella pianificata) venuta così a determinarsi, è stata inizialmente tamponata con le misure del blocco del riconoscimento del numero dei loro pazienti al 31.12.2010 e del blocco del riconoscimento di nuovi servizi privati. Queste due misure sono state tolte, rispettivamente, nel 2014 e nel 2016, poiché non risolvevano il problema, considerando il fatto che in parallelo cresceva il comparto dei servizi privati che non chiedevano di stipulare un contratto di prestazione col Cantone. Situazione non auspicabile, anzi, da contrastare nell'interesse pubblico, in quanto lo sganciamento dal sistema dei contratti di prestazione col Cantone (e quindi anche dal sistema di controlli qualitativi ad esso collegato), combinato con il basso livello di controlli sulla quantità e qualità delle prestazioni di cura a domicilio da parte degli assicuratori malattia, porta alla creazione di un comparto con un elevato potenziale di rischio sul piano dell'appropriatezza e della qualità della presa in carico sanitaria a domicilio. In questo senso si sono registrate negli ultimi anni situazioni non conformi, talune addirittura di rilevanza penale.

Il problema si pone anche nel comparto degli infermieri indipendenti, dove nel 2016 abbiamo rilevato una situazione di quasi 3'000 ore erogate nell'anno da parte di una singola operatrice. Nel contratto di prestazione, per questi operatori sanitari, è inserito il limite massimo di 1'350 ore annuali (riferimento federale: 1'250 ore) riconosciuto finanziariamente e adeguato sul piano qualitativo e della sicurezza di presa in carico dei pazienti.

Da tutto ciò ne discende che si rende necessario avviare una riflessione su questi aspetti, volta a individuare una soluzione che non consenta ai servizi e operatori del settore di sottrarsi ai controlli quantitativi e qualitativi semplicemente rinunciando a stipulare un contratto di prestazione con il Cantone. In questa prospettiva, la Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio sta discutendo una proposta di iniziativa cantonale volta a introdurre la pianificazione del settore assistenza e cura a domicilio nella LAMal.

5 Sviluppo dell'attività dei servizi d'assistenza e cura a domicilio

5.1.1 Metodologia

Nella pianificazione 2011-2014, come in quella precedente (2006-2009), era stato utilizzato il metodo *balance of care* (BoC) per quantificare il numero di anziani che necessitassero di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, mentre per le altre categorie (persone non in età AVS) si era valutata l'evoluzione media degli anni precedenti.

Dato che le variabili prese in esame per il calcolo del fabbisogno alla base del BoC non sono state modificate, con l'attuale aggiornamento della pianificazione s'intende procedere alla proiezione dei dati consolidati (stato al 2016), considerando l'evoluzione della popolazione anziana per il quadriennio 2017-2020.

5.1.2 Definizione delle prestazioni da erogare

5.1.2.1 Utenti anziani

Per quantificare il numero di utenti che necessiteranno di prestazioni di assistenza e cura a domicilio nel periodo 2017-2020 si procede nel seguente modo:

- raccolta dei dati sulla popolazione residente permanente al 31 dicembre 2015, suddivisa secondo le classi d'età 65-79 e 80+ e per comprensorio;
- individuazione del numero di utenti che durante l'anno 2015 hanno usufruito di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, secondo i parametri sopra indicati;
- ripartizione in termini percentuali del numero di utenti che, durante l'anno 2015, hanno usufruito di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, rispetto alla popolazione residente permanente, suddivise per fasce d'età e tipologia di fornitori di prestazioni;
- proiezione delle percentuali sopra indicate sulla base dell'evoluzione della popolazione negli anni 2017-2020, così come previsto dall'Ufficio federale di statistica (UFS), per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni.

È evidente che questa metodologia permette unicamente una stima dell'utenza prudenziale. Infatti, non si tiene conto del fatto che sempre più persone anziane rimangono a lungo al domicilio prima di essere istituzionalizzate e che quindi sia prevedibile che l'incidenza di persone curate al domicilio sul totale della popolazione aumenti negli anni.

Tabella 4: Previsione 2017 degli utenti di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivisi per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni

Utenti 2017 x comprensorio e fasce età	65-79 anni			80 anni e più			Totale			
	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	Totale
Bellinzonese							Bellinzonese			
LAMal	378	41	83	614	76	214	992	117	297	1'406
ED	153			179			332			332
Tre Valli							Tre Valli			
LAMal	283	5	66	536	13	96	819	18	162	999
ED	68			115			182			182
Locarnese e Vallemaggia							Locarnese e Vallemaggia			
LAMal	505	182	69	893	422	170	1'398	605	239	2'242
ED	318			423			741			741
Malcantone e Vedeggio							Malcantone e Vedeggio			
LAMal	278	56	30	540	91	32	818	147	62	1'027
ED	90			157			247			247
Luganese							Luganese			
LAMal	558	193	302	1'230	479	611	1'789	672	914	3'374
ED	473			776			1'250			1'250
Mendrisiotto e Basso Ceresio							Mendrisiotto e Basso Ceresio			
LAMal	429	122	75	773	200	217	1'202	322	292	1'816
ED	150			270			420			420
Totale							Totale cantonale			
LAMal	2'431	599	626	4'586	1'282	1'341	7'017	1'881	1'967	10'865
ED	1'252	0	0	1'921	0	0	3'173	0	0	3'173

Tabella 5: Previsione 2018 di utenti di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivisi per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni

Utenti 2018 x comprensorio e fasce età	65-79 anni			80 anni e più			Totale			
	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	Totale
Bellinzonese							Bellinzonese			
LAMal	385	42	84	630	78	220	1'015	120	304	1'440
ED	155			184			340			340
Tre Valli							Tre Valli			
LAMal	285	5	66	558	13	100	844	19	166	1'029
ED	68			119			187			187
Locarnese e Vallemaggia							Locarnese e Vallemaggia			
LAMal	513	185	70	923	437	176	1'436	622	246	2'304
ED	322			438			760			760
Malcantone e Vedeggio							Malcantone e Vedeggio			
LAMal	281	56	31	570	96	34	851	152	64	1'067
ED	91			165			257			257
Luganese							Luganese			
LAMal	562	194	304	1'288	501	640	1'850	696	945	3'491
ED	476			813			1'289			1'289
Mendrisiotto e Basso Ceresio							Mendrisiotto e Basso Ceresio			
LAMal	431	123	76	801	207	225	1'233	330	301	1'863
ED	151			280			431			431
Totale							Totale cantonale			
LAMal	2'457	605	632	4'772	1'334	1'395	7'228	1'939	2'027	11'194
ED	1'265	0	0	2'000	0	0	3'265	0	0	3'265

Tabella 6: Previsione 2019 di utenti di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivisi per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni

Utenti 2019 x comprensorio e fasce età	65-79 anni			80 anni e più			Totale			
	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	Totale
Bellinzonese							<i>Bellinzonese</i>			
LAMal	386	42	85	660	82	230	1'046	124	315	1'484
ED	156			193			349			349
Tre Valli							<i>Tre Valli</i>			
LAMal	289	5	67	573	14	103	862	19	170	1'051
ED	69			122			191			191
Locarnese e Vallemaggia							<i>Locarnese e Vallemaggia</i>			
LAMal	519	187	71	959	454	183	1'478	641	254	2'373
ED	327			455			781			781
Malcantone e Vedeggio							<i>Malcantone e Vedeggio</i>			
LAMal	285	57	31	603	102	35	888	159	67	1'114
ED	93			175			268			268
Luganese							<i>Luganese</i>			
LAMal	569	197	308	1'336	520	664	1'905	717	972	3'594
ED	482			843			1'325			1'325
Mendrisiotto e Basso Ceresio							<i>Mendrisiotto e Basso Ceresio</i>			
LAMal	434	123	76	833	216	234	1'266	339	310	1'915
ED	152			291			443			443
Totale							<i>Totale cantonale</i>			
LAMal	2'481	612	638	4'964	1'387	1'449	7'445	1'998	2'087	11'530
ED	1'278	0	0	2'079	0	0	3'358	0	0	3'358

Tabella 7: Previsione 2020 di utenti di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivisi per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni

Utenti 2020 x comprensorio e fasce età	65-79 anni			80 anni e più			Totale			
	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	Totale
Bellinzonese							<i>Bellinzonese</i>			
LAMal	391	42	86	691	86	241	1'082	128	327	1'537
ED	158			202			360			360
Tre Valli							<i>Tre Valli</i>			
LAMal	291	5	68	592	14	106	884	19	174	1'077
ED	70			127			196			196
Locarnese e Vallemaggia							<i>Locarnese e Vallemaggia</i>			
LAMal	522	188	72	1'001	474	191	1'523	662	262	2'448
ED	328			475			803			803
Malcantone e Vedeggio							<i>Malcantone e Vedeggio</i>			
LAMal	290	58	32	635	107	37	925	165	69	1'160
ED	95			184			279			279
Luganese							<i>Luganese</i>			
LAMal	574	198	311	1'398	544	695	1'972	742	1'006	3'720
ED	486			882			1'368			1'368
Mendrisiotto e Basso Ceresio							<i>Mendrisiotto e Basso Ceresio</i>			
LAMal	435	124	76	863	223	242	1'297	347	318	1'963
ED	152			301			454			454
Totale							<i>Totale cantonale</i>			
LAMal	2'503	616	644	5'180	1'448	1'512	7'683	2'064	2'156	11'904
ED	1'289	0	0	2'171	0	0	3'460	0	0	3'460

Per quantificare le prestazioni di assistenza e cura a domicilio (ore LAMal e ore di economia domestica) da erogare nel periodo 2017-2020 si parte dal numero di utenti indicati nelle tabelle 4-7. Per le ore LAMal si applicano le medie cantonali per categoria (SACDip, OACD, infermieri indipendenti) suddivise per le classi d'età 65-79 e 80+. Per le ore di economia domestica dei SACDip si utilizza il dato più basso fra la media cantonale e il dato del singolo servizio.

Tabella 8: Previsione 2017 delle ore di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivise per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni

Ore ACD 2017	65-79 anni			80 anni e più			Totale			
	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	Totale
Bellinzonese							Bellinzonese			
LAMal	19'690	3'581	3'157	41'667	9'021	8'126	61'357	12'601	11'283	85'242
ED	6'715			7'580			14'295			14'295
Tre Valli							Tre Valli			
LAMal	14'704	447	2'491	36'411	1'518	3'660	51'115	1'965	6'151	59'231
ED	2'504			2'588			5'092			5'092
Locarnese e Vallemaggia							Locarnese e Vallemaggia			
LAMal	26'281	15'911	2'632	60'612	49'928	6'469	86'894	65'839	9'101	161'834
ED	8'402			15'543			23'945			23'945
Malcantone e Veduggio							Malcantone e Veduggio			
LAMal	14'441	4'864	1'159	36'678	10'769	1'207	51'119	15'632	2'366	69'118
ED	3'973			6'620			10'594			10'594
Luganese							Luganese			
LAMal	29'047	16'840	11'494	83'549	56'607	23'234	112'596	73'446	34'728	220'770
ED	20'790			32'792			53'582			53'582
Mendrisiotto e Basso Ceresio							Mendrisiotto e Basso Ceresio			
LAMal	22'299	10'638	2'856	52'510	23'671	8'252	74'810	34'308	11'108	120'226
ED	6'605			11'409			18'014			18'014
Totale							Totale cantonale			
LAMal	126'463	52'280	23'789	311'428	151'513	50'948	437'890	203'793	74'737	716'420
ED	48'990	0	0	76'532	0	0	125'522	0	0	125'522

Tabella 9: Previsione 2018 delle ore di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivise per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni

Ore ACD 2018	65-79 anni			80 anni e più			Totale			
	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	Totale
Bellinzonese							Bellinzonese			
LAMal	20'019	3'641	3'210	42'813	9'269	8'350	62'832	12'909	11'560	87'302
ED	7'117			7'788			14'905			14'905
Tre Valli							Tre Valli			
LAMal	14'846	451	2'515	37'902	1'581	3'810	52'748	2'032	6'325	61'105
ED	2'528			2'694			5'223			5'223
Locarnese e Vallemaggia							Locarnese e Vallemaggia			
LAMal	26'670	16'146	2'671	62'691	51'640	6'691	89'361	67'787	9'361	166'509
ED	8'527			16'076			24'602			24'602
Malcantone e Veduggio							Malcantone e Veduggio			
LAMal	14'593	4'915	1'171	38'709	11'365	1'274	53'301	16'279	2'445	72'026
ED	4'185			6'987			11'172			11'172
Luganese							Luganese			
LAMal	29'235	16'949	11'568	87'495	59'280	24'331	116'731	76'229	35'900	228'860
ED	21'812			34'341			56'153			56'153
Mendrisiotto e Basso Ceresio							Mendrisiotto e Basso Ceresio			
LAMal	22'429	10'699	2'873	54'416	24'530	8'551	76'845	35'229	11'424	123'499
ED	6'925			11'823			18'748			18'748
Totale							Totale cantonale			
LAMal	127'792	52'802	24'008	324'027	157'665	53'008	451'819	210'466	77'015	739'301
ED	51'094	0	0	79'709	0	0	130'804	0	0	130'804

Tabella 10: Previsione 2019 delle ore di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivise per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni

Ore ACD 2019	65-79 anni			80 anni e più			Totale			
	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	Totale
Bellinzonese	Bellinzonese									
LAMal	20'087	3'653	3'221	44'784	9'696	8'734	64'871	13'348	11'955	90'174
ED	6'850			8'147			14'997			14'997
Tre Valli	Tre Valli									
LAMal	15'014	456	199	38'927	1'623	3'913	53'941	2'080	4'112	60'133
ED	2'557			2'767			5'324			5'324
Locarnese e Vallemaggia	Locarnese e Vallemaggia									
LAMal	27'004	16'349	7'119	65'099	53'624	6'948	92'104	69'973	14'066	176'143
ED	8'634			16'693			25'327			25'327
Malcantone e Veduggio	Malcantone e Veduggio									
LAMal	14'824	4'992	2'174	40'963	12'027	1'348	55'787	17'019	3'522	76'328
ED	4'079			7'394			11'472			11'472
Luganese	Luganese									
LAMal	29'585	17'152	7'469	90'745	61'482	25'235	120'330	78'634	32'703	231'667
ED	21'175			35'617			56'792			56'792
Mendrisiotto e Basso Ceresio	Mendrisiotto e Basso Ceresio									
LAMal	22'569	10'766	4'688	56'537	25'486	8'885	79'106	36'252	13'573	128'930
ED	6'685			12'779			19'464			19'464
Totale	Totale cantonale									
LAMal	129'083	53'369	24'869	337'055	163'937	55'063	466'138	217'306	79'932	763'376
ED	49'980	0	0	83'396	0	0	133'376	0	0	133'376

Tabella 11: Previsione 2020 delle ore di prestazioni di assistenza e cura a domicilio, suddivise per fasce d'età, comprensori e fornitori di prestazioni

Ore ACD 2020	65-79 anni			80 anni e più			Totale			
	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	SACD	OACD	Inf.	Totale
Bellinzonese	Bellinzonese									
LAMal	20'338	3'698	3'261	46'923	10'159	9'151	67'260	13'857	12'412	93'530
ED	6'936			8'880			15'816			15'816
Tre Valli	Tre Valli									
LAMal	15'150	460	2'566	40'221	1'677	4'043	55'370	2'138	6'609	64'117
ED	2'580			4'687			7'267			7'267
Locarnese e Vallemaggia	Locarnese e Vallemaggia									
LAMal	27'165	16'446	2'720	67'973	55'991	7'254	95'139	72'438	9'975	177'551
ED	8'685			17'430			26'115			26'115
Malcantone e Veduggio	Malcantone e Veduggio									
LAMal	15'092	5'083	1'211	43'138	12'665	1'420	58'229	17'748	2'631	78'608
ED	4'152			8'100			12'252			12'252
Luganese	Luganese									
LAMal	29'845	17'303	11'809	94'935	64'320	26'400	124'779	81'623	38'209	244'611
ED	21'361			38'762			60'123			60'123
Mendrisiotto e Basso Ceresio	Mendrisiotto e Basso Ceresio									
LAMal	22'611	10'786	2'896	58'577	26'406	9'205	81'188	37'192	12'102	130'482
ED	6'698			13'240			19'937			19'937
Totale	Totale cantonale									
LAMal	130'200	53'777	24'464	351'766	171'218	57'474	481'966	224'995	81'939	788'900
ED	50'412	0	0	91'098	0	0	141'510	0	0	141'510

5.1.2.2 Utenti in età non AVS (invalidi, famiglie, altri)

In precedenza il dato stimato per questa categoria di utenza, effettuato sulla base della media degli anni precedenti, è risultato leggermente inferiore a quanto previsto, soprattutto per coloro che ricevono la prestazione di economia domestica.

I dati effettivi relativi al 2015 dei SACDip indicano, a seconda del comprensorio, una pressoché costanza nel tempo del numero di utenti in età non AVS. Si propone quindi, per il periodo 2017-2020, di mantenere il dato relativo all'ultimo consuntivo disponibile.

Tabella 12: Previsione 2017-2020 del numero di utenti in età non AVS dei SACD d'interesse pubblico

	M&BC	SCuDo	Maggio	ABAD	ALVAD	SACD RTV	Totale
Utenti in età non AVS (LAMal)	171	230	95	145	222	106	969
Utenti in età non AVS (ED)	98	250	40	104	200	52	744

Si conferma che questo dato, in misura maggiore rispetto a quello della popolazione anziana, potrebbe differenziarsi rispetto al numero di casi presi in carico effettivamente.

Per quel che concerne le ore erogate a questa fascia di utenza, si confermano differenze importanti fra un servizio e l'altro, dovute anche al numero ridotto di casi. Considerando invece il dato medio cantonale, la differenza con la media federale è più lieve (42 ore a livello cantonale, 36 a livello federale) per quanto riguarda le prestazioni di cura LAMal, mentre rimane un po' più importante per le prestazioni di economia domestica (45 ore in Ticino, 35 a livello svizzero). La previsione è effettuata utilizzando la media cantonale.

Tabella 13: Previsione 2017-2020 delle ore erogate agli utenti in età non AVS da parte dei SACD d'interesse pubblico

	M&BC	SCuDo	Maggio	ABAD	ALVAD	SACD RTV	Totale
Ore per utenti in età non AVS (LAMal)	7'161	9'632	3'979	6'073	9'297	4'439	40'581
Ore per utenti in età non AVS (ED)	4'407	11'242	1'799	4'677	8'994	2'338	33'457

Per quanto riguarda i servizi privati e gli infermieri indipendenti, sono stati considerati gli ultimi dati disponibili (2015) in termini di numero di utenti da prendere in carico e, come per i SACDip, moltiplicati per il numero di ore annuali erogate (media federale). Nella tabella seguente sono inseriti questi dati.

Tabella 14: Previsione 2017-2020 delle ore LAMal erogate agli utenti in età non AVS da parte delle OACD e degli infermieri indipendenti

	OACD	Infermiere/i indipendenti
Ore di cura LAMal	30'512	8'920

5.1.3 Bambini

In questa sezione si prendono in considerazione i bambini (e le loro famiglie) che ricevono la prestazione di consulenza materno - pediatrica da parte dei SACDip.

Si ricorda che queste prestazioni sono finanziate tramite un contributo fisso per unità di personale infermieristico specializzato.

Secondo i dati dell'Ufficio di statistica, al 31.12.2015 vi erano in Ticino ca. 14'800 bambini da 0 a 4 anni. Le nascite negli ultimi 10 anni sono piuttosto stabili e ammontano a circa 2'900 all'anno.

I dati USTAT sulle previsioni demografiche (che indicano un numero di nascite stabile tra le 2'700 e le 2'900 all'anno fino al 2040) confermano l'adeguatezza del numero di unità di personale dedicate alla consulenza materno - pediatrica.

I potenziamenti fatti negli ultimi anni riguardano unicamente il Progetto genitori (assunzione di personale con formazione pedagogica, che affianca le infermiere consulenti materno - pediatriche), che è una realtà ormai consolidata all'interno dei Servizi.

Per queste ragioni non si prevedono modifiche alle risorse destinate a questa tipologia di prestazione, se non per il coordinamento, come esposto nel capitolo dedicato più avanti a questa tematica.

5.1.4 Previsione dell'evoluzione del contributo per i servizi e operatori dell'assistenza e cura a domicilio

5.1.4.1 SACD d'interesse pubblico

Per stimare l'evoluzione del contributo dal 2017 al 2020 si moltiplicano le ore previste nelle tabelle precedenti con i prezzi standard attuali previsti nel contratto di prestazione, a cui vengono aggiunte le stime delle componenti individualizzate dei costi (consulenza materno-pediatrica, costi d'infrastruttura, ecc.).

Tabella 15: Evoluzione 2017-2020 del contributo versato ai SACDip

Evoluzione del contributo ai SACD 2017-2020, in franchi							
Anno	Contributo globale	ICMP	Costi fissi d'infrastruttura	Altri costi (sede, formazione, ecc.)	Totale	q.p. Cantone	q.p. Comuni
2017	20'341'184.68	1'455'000.00	5'475'000.00	3'200'000.00	30'471'184.68	6'094'236.94	24'376'947.75
2018	20'952'793.26	1'455'000.00	5'644'725.00	3'200'000.00	31'252'518.26	6'250'503.65	25'002'014.61
2019	21'504'207.60	1'455'000.00	5'819'711.48	3'200'000.00	31'978'919.08	6'395'783.82	25'583'135.26
2020	22'262'271.31	1'455'000.00	6'000'122.53	3'200'000.00	32'917'393.84	6'583'478.77	26'333'915.07

Il contributo aumenta coerentemente con la crescita delle prestazioni stimate.

5.1.4.2 Organizzazioni di assistenza e cura a domicilio (OACD)

Per stimare l'evoluzione del contributo dal 2017 al 2020 si procede, come per i SACDip, moltiplicando le ore previste con gli attuali prezzi standard, a cui si aggiungono le componenti individualizzate dei costi.

Tabella 16: Evoluzione 2017-2020 del contributo versato alle OACD

Evoluzione del contributo alle OACD 2015-2016, in franchi					
Anno	Contributo globale	Costi fissi d'infrastruttura	Totale	q.p. Canton	q.p. Comuni
2017	1'031'740.18	2'092'000.00	3'123'740.18	624'748.04	2'498'992.14
2018	1'065'525.15	2'162'170.68	3'227'695.84	645'539.17	2'582'156.67
2019	1'100'152.33	2'234'695.06	3'334'847.39	666'969.48	2'667'877.91
2020	1'139'079.90	2'309'652.08	3'448'731.98	689'746.40	2'758'985.58

5.1.4.3 Infermieri indipendenti

Per il sotto-settore degli infermieri indipendenti si procede come per SACDip e OACD a moltiplicare le ore previste per l'attuale ammontare dei prezzi standard del contratto di prestazione.

Tabella 17: Evoluzione 2017-2020 del contributo versato agli infermieri indipendenti

Evoluzione del contributo agli infermieri			
Anno	Contributo globale	q.p. Cantone	q.p. Comuni
2017	1'007'242.68	201'448.54	805'794.14
2018	1'037'947.35	207'589.47	830'357.88
2019	1'077'249.93	215'449.99	861'799.95
2020	1'104'297.97	220'859.59	883'438.38

5.1.4.4 Riassunto dell'evoluzione delle ore e del contributo per l'assistenza e cura a domicilio

In conclusione, la tabella 18 mostra l'evoluzione del contributo per l'intero settore, che come si può vedere, dovrebbe attestarsi a ca. 37.5 mio nel 2020 (quota parte Cantone + comuni).

Tabella 18: Evoluzione 2017-2020 delle ore e del contributo globale

Evoluzione 2017-2020 delle ore e del contributo al settore assistenza e cura a domicilio										
Anno	SACD			OACD		Infermieri indipendenti		Totale settore ACD		
	Ore prestazioni di cura	Ore economia domestica	Contributo	Ore prestazioni di cura	Contributo	Ore prestazioni di cura	Contributo	Ore prestazioni di cura	Ore economia domestica	Totale contributo
2017	478'471	158'979	30'471'185	234'305	3'123'740	83'657	1'007'243	796'433	158'979	34'602'168
2018	492'400	164'261	31'252'518	240'978	3'227'696	85'935	1'037'947	819'314	164'261	35'518'161
2019	506'719	166'833	31'978'919	247'818	3'334'847	88'852	1'077'250	843'389	166'833	36'391'016
2020	522'547	174'967	32'917'394	255'507	3'448'732	90'859	1'104'298	868'913	174'967	37'470'424

6 Servizi d'appoggio

6.1 Descrizione del contesto

Attualmente il Cantone riconosce un contributo finanziario a 23 servizi d'appoggio che erogano prestazioni a livello cantonale o regionale.

I servizi sono distinti secondo le seguenti tipologie:

- Servizi pasti a domicilio;
- Servizi di trasporto;
- Servizi di sostegno per ammalati e dipendenze;
- Servizi di sostegno alla famiglia;
- Attività e centri per persone anziane:
 - Attività ricreative;
 - Attività di accoglienza diurna in Casa per anziani (finanziate dalla LAnz);
 - Centri diurni con presa in carico socio-assistenziale;
 - Centri diurni terapeutici.

6.2 Evoluzione dei contributi dei servizi d'appoggio

Dal 2011 ad oggi, come mostra la tabella 19, il contributo erogato ha conosciuto una sensibile crescita (+39.8%).

Tabella 19: Evoluzione dei contributi ai servizi d'appoggio fino al 2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
contributo fisso	11'185'254	11'733'032	12'378'979	14'074'889	14'859'314	15'639'766
q.p. Comuni (80%)	8'948'203	9'386'426	9'903'183	11'259'911	11'887'451	12'511'813
q.p. Cantone (20%)	2'237'051	2'346'606	2'475'796	2'814'978	2'971'863	3'127'953

Quest'aumento è legato all'incremento del numero delle prestazioni offerte sul territorio (pasti, servizi di trasporto, servizi per ammalati, ecc.) e all'offerta di nuove prestazioni, come ad esempio il progetto di riorganizzazione dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale (CDSA), che negli ultimi anni ha veicolato la creazione di nuove strutture.

Per quanto concerne i contributi previsti per il periodo 2018-2020, essi sono stimati sulla base del preventivo approvato per il 2017, applicando un tasso di crescita che considera i progetti che saranno realizzati nel triennio successivo.

Tabella 20: Previsione 2017-2020 dei contributi di preventivo dei servizi d'appoggio

Preventivi	2017	2018	2019	2020
contributo fisso	18'750'882	19'762'230	21'012'230	22'112'230
q.p. Comuni	15'000'706	15'809'784	16'809'784	17'689'784
q.p. Cantone	3'750'176	3'952'446	4'202'446	4'422'446

L'aumento del contributo previsto, che porterà nel 2020 a superare la cifra di 22 mio, è dovuto a numerose ragioni, riconducibili ad un miglioramento della offerta, tanto quantitativa quanto qualitativa. Nello specifico possiamo citare:

- la realizzazione di nuovi CDSA per garantire una maggior copertura dell'offerta territoriale;
- l'erogazione di nuove prestazioni, come ad esempio l'attivazione sociale (vedi cap. 9.1.3), che contribuiranno a permettere alla popolazione anziana di rimanere il più a lungo possibile al domicilio,
- l'estensione dell'apertura dei centri diurni terapeutici (CDT) nel fine settimana;
- lo sviluppo di progetti che mirano concretamente al supporto e allo sgravio dei famigliari curanti;
- il riconoscimento quale servizio d'appoggio dell'Associazione progetto genitori nell'ambito del progetto di coordinamento dei consultori genitore e bambino (vedi dettagli capitolo 9.3);
- i progetti legati all'implementazione delle strategie demenze e cure palliative (vedi dettagli capitoli 9.6.1-9.6.2), nonché ad aspetti legati alla *bientraitance* (vedi dettagli capitolo 9.5.2);
- la possibile apertura di centri notturni, un'offerta non ancora presente nel nostro Cantone, che permetterebbe ai familiari curanti di poter beneficiare di uno sgravio nella presa in carico del proprio congiunto;
- l'ipotesi di realizzazione di un coordinamento cantonale dei servizi di trasporto, data dalle numerose richieste di finanziamento da parte di enti privati e dalle segnalazioni di non completa copertura delle richieste che giungono dal territorio.

7 Aiuti diretti per il mantenimento a domicilio

7.1 Premessa

Gli aiuti diretti garantiscono alle persone dipendenti di attivare privatamente delle soluzioni che consentano loro di poter continuare a vivere a domicilio. Essi si suddividono in due prestazioni specifiche:

1. il contributo di mantenimento a domicilio, che ha lo scopo di sostenere finanziariamente la scelta di restare a domicilio delle persone anziane o invalide al beneficio di un assegno per grandi invalidi (AGI);
2. il contributo per l'organizzazione di soluzioni individuali d'abitazione, che ha lo scopo di sostenere le persone anziane o invalide che devono effettuare ingenti spese per delle modifiche nella loro abitazione necessarie per la loro permanenza al domicilio. Possono essere finanziati l'acquisto e l'installazione di macchinari e apparecchi speciali, così come le modifiche strutturali all'abitazione per l'eliminazione delle barriere architettoniche.

Il finanziamento diretto alle persone che necessitano di assistenza ha l'obiettivo di attivare la rete di aiuti (familiari, terze persone, volontariato), evitando o ritardando il ricorso al collocamento istituzionale e consentendo pertanto l'attuazione del principio di sussidiarietà contemplato dalla LACD.

Gli aiuti diretti sono erogati a persone beneficiarie di AGI e sono commisurati alla situazione finanziaria del richiedente. Da questi aiuti sono esclusi i minorenni, che beneficiano di misure concesse al medesimo scopo nell'ambito dell'assicurazione invalidità.

Nel corso del 2012 è stato completato il quadro legislativo che definisce gli aiuti diretti, attraverso il Regolamento d'applicazione della Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 22 agosto 2012, le Direttive concernenti il contributo di sostegno al mantenimento a domicilio e le Direttive concernenti il contributo destinato all'organizzazione di soluzioni individuali d'abitazione, entrambe del 10 dicembre 2012.

7.2 Evoluzione degli aiuti diretti dal 2009 al 2016

La tabella 21 mostra l'evoluzione del numero di beneficiari e della spesa per gli aiuti diretti per il periodo 2009-2016. I dati sono analizzati in prima istanza a livello di popolazione totale dei beneficiari del sussidio e in seguito è stata effettuata una suddivisione per quanto attiene le persone anziane e invalide.

Tabella 21: Evoluzione degli aiuti diretti dal 2010 al 2016

Popolazione totale	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
no beneficiari	504	551	575	636	729	810	876
spesa giornaliera	38	37	35	36	34	38	33
spesa totale	5'685'326	6'027'073	6'145'061	6'472'598	7'392'443	8'908'454	8'455'924
spesa per beneficiario	11'280	10'938	10'687	10'177	10'141	10'998	9'653
giorni per beneficiario	299	295	302	294	299	291	294
di cui persone anziane	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
no beneficiari	388	424	441	486	563	637	686
spesa giornaliera	44	43	41	40	39	42	37
spesa totale	4'851'357	5'167'593	5'256'224	5'472'761	6'228'269	7'429'957	7'142'516
spesa per beneficiario	12'503	12'188	11'919	11'261	11'063	11'664	10'412
giorni per beneficiario	284	283	292	286	287	279	285
di cui persone invalide	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
no beneficiari	116	127	134	150	166	173	190
spesa giornaliera	21	20	20	24	21	26	21
spesa totale	833'969	859'480	888'837	999'837	1'164'174	1'478'497	1'313'408
spesa per beneficiario	7'189	6'768	6'633	6'666	7'013	8'546	6'913
giorni per beneficiario	350	333	332	320	338	332	330

Come ben illustrato nella tabella, negli ultimi anni si è assistito ad un graduale aumento del numero di beneficiari, sia per quanto riguarda la popolazione anziana (che rappresenta all'incirca il 75% del totale), sia per il numero di invalidi.

Il motivo principale che giustifica questa evoluzione del numero di beneficiari risiede nella maggiore informazione sugli aiuti diretti tra la popolazione.

Per le persone anziane l'aumento dei casi si può giustificare inoltre con l'introduzione, a partire dal 1° gennaio 2011, dell'AGI di grado esiguo anche per le persone a beneficio di AVS (in aggiunta ai gradi medio ed elevato), che può spiegare in parte anche la diminuzione della spesa media per beneficiario. Infatti un anziano con un AGI di grado esiguo riceve in media 4'300 franchi, importo di gran lunga inferiore al contributo medio. In questo modo un maggior numero di persone può essere a beneficio del contributo, ricevendo tuttavia un importo medio inferiore.

La diminuzione della spesa media per beneficiario è inoltre legata al fenomeno crescente delle badanti. Infatti, l'anziano o invalido che assume direttamente una persona esterna alla famiglia, con regolare contratto di lavoro, può attivare i rimborsi per spese di cura e assistenza previsti nell'ambito delle prestazioni complementari AVS/AI. Il calcolo per la determinazione del contributo per il mantenimento a domicilio tiene, infatti, conto di altre prestazioni concesse con il medesimo scopo, in quanto questi aiuti sono sussidiari rispetto ad altre prestazioni sociali. I rimborsi concessi da parte delle prestazioni complementari vanno quindi a diminuire o annullare l'importo sussidiabile da parte dell'UACD.

L'importante aumento della spesa nel 2015 è dovuto all'adeguamento del salario minimo del personale domestico, passato da fr. 46'332.00 a fr. 50'159.00, a parità di percentuale di spesa riconosciuta. Questo parametro rappresenta il riferimento che funge da base per il calcolo del contributo per le spese di mantenimento a domicilio.

Per mantenere la spesa a un livello compatibile con gli obiettivi finanziari del Cantone, nel 2016 è stata decisa una riduzione della percentuale di spesa riconosciuta da 69.55% a 62.8%, riportando così il contributo per beneficiario ai livelli del 2014. Questa quota può, per legge, raggiungere il tetto massimo del 75% (art. 44 cpv 3 LACD)

7.3 Previsione sullo sviluppo degli aiuti diretti per il periodo 2017 – 2020

Come evidenziato nel precedente capitolo, gli ultimi anni hanno mostrato un continuo aumento soprattutto del numero di beneficiari ma anche della spesa. Considerata la struttura della popolazione, si presume che questa tendenza continuerà anche negli anni 2017-2020.

Per quantificare l'evoluzione riguardante il numero dei beneficiari degli aiuti diretti si parte dall'ipotesi che nei prossimi anni il tasso di crescita sarà simile a quello osservato negli ultimi anni. Si prevede quindi un aumento di circa 50 beneficiari all'anno per quanto concerne gli anziani, mentre per le persone invalide la crescita si attesta + 10 unità all'anno.

Per quanto riguarda la previsione di spesa media per beneficiario per gli anni 2017-2020 è stata mantenuta la media osservata negli ultimi anni. Per le persone anziane è quindi stata considerata una spesa media di fr. 11'000 per caso, mentre per gli invalidi l'importo è pari a fr. 7'000 per beneficiario².

² Le ragioni di questa differenza sono riconducibili alla revisione dell'Assicurazione invalidità e alla conseguente Circolare sull'invalidità e la grande invalidità, valide dal primo gennaio 2004, che prevede per i beneficiari di rendite AI che vivono al proprio domicilio un importo doppio rispetto ai beneficiari di rendita AVS. La revisione dell'AI va quindi ad incidere in modo rilevante sulla spesa media per caso in quanto l'AGI viene dedotto direttamente dal calcolo per la determinazione del contributo per il mantenimento a domicilio.

La tabella 22 mostra la stima dell'evoluzione del numero di beneficiari e della spesa totale per gli anni 2017-2020 in relazione a quanto esposto in precedenza.

Tabella 22: Stima dell'evoluzione per gli anni 2017 – 2020

Popolazione totale	2017	2018	2019	2020
no beneficiari	930	990	1050	1110
spesa totale	9'458'000	10'078'000	10'698'000	11'318'000
spesa per beneficiario	10'170	10'180	10'189	10'196

di cui persone anziane	2017	2018	2019	2020
no beneficiari	737	787	837	887
spesa totale	8'107'000	8'657'000	9'207'000	9'757'000
spesa per beneficiario	11'000	11'000	11'000	11'000

di cui persone invalide	2017	2018	2019	2020
no beneficiari	193	203	213	223
spesa totale	1'351'000	1'421'000	1'491'000	1'561'000
spesa per beneficiario	7'000	7'000	7'000	7'000

Come accennato in precedenza, bisogna inoltre considerare che le previsioni di spesa sono basate su una percentuale di spesa riconosciuta che negli ultimi anni si è situata al 62.8% dell'importo ritenuto sussidiabile. Questo parametro viene modificato annualmente dall'UACD sulla base delle altre prestazioni sociali che concorrono alla definizione del sussidio e della disponibilità di spesa approvata nell'ambito del preventivo cantonale. Un'eventuale modifica di questa percentuale può incidere in maniera rilevante sull'importo riconosciuto ai beneficiari.

7.4 Evoluzione del contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche

Il contributo per l'organizzazione di soluzioni individuali d'abitazione è un sussidio mirato e con una casistica più limitata per rapporto al contributo per il mantenimento a domicilio, sia per numero di casi trattati sia per l'importo annuale stanziato. La spesa per questi interventi varia in modo importante da un anno all'altro, come mostrato dalla tabella 23. Una previsione sulla possibile evoluzione di questa voce per il periodo 2017-2020 risulta difficile, ma si possono fare delle ipotesi sulla base delle tendenze osservate.

Tabella 23: Evoluzione del contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche dal 2010 al 2016

Anno	No interventi	Spesa complessiva	Media
2010	9	82'156.00	9'128.44
2011	7	58'748.00	8'392.57
2012	7	93'477.00	13'353.86
2013	14	238'666.00	17'047.57
2014	13	181'952.00	13'996.31
2015	13	157'588.00	12'122.15
2016	22	166'661.00	7'575.50

Prendendo in considerazione i dati degli ultimi 7 anni, è possibile effettuare una proiezione che indica una spesa annuale inferiore a 200'000 franchi. Si può quindi affermare che non si dovrebbero superare i 250'000 franchi all'anno negli anni 2017- 2020. È importante rilevare comunque che negli ultimi anni è stato riscontrato un aumento del numero di casi che, come per gli aiuti diretti, è probabilmente riconducibile ad una maggiore conoscenza della possibilità di ottenere il sussidio da parte della popolazione.

Durante il 2016 è stato riconosciuto un contributo a *Inclusione handicap ticino* per l'erogazione di 300 ore di consulenza sull'eliminazione delle barriere architettoniche per persone in età AVS senza diritti acquisito in ambito LAI. Per il quadriennio 2017-2020 si prevede il riconoscimento del contributo sulla base delle ore di previsione del servizio, che saranno sicuramente superiori alle 300 del 2016, in quanto già a preventivo 2017 sono state calcolate 500 ore.

Dal 2017, con la revisione del Regolamento di applicazione della legge sulle commesse pubbliche e del concordato intercantonale sugli appalti pubblici (di seguito: RLCPubb/CIAP), del 26 agosto 2016, i compiti previsti dall'art. 60 sono trasferiti dall'Ufficio dei lavori sussidiati e degli appalti (ULSA) all'istanza esecutiva competente, nel caso di specie UACD. Considerato che l'UACD non dispone delle competenze necessarie richieste dai suddetti nuovi compiti, è stato riconosciuto un contributo a *Inclusione handicap ticino* per la direzione lavori e per i controlli secondo gli artt. 34 e 39 RLCPubb/CIAP, per una spesa complessiva annuale che può variare tra fr. 28'000.- e fr. 48'000.- a dipendenza dei casi che verranno trattati.

In totale bisogna quindi considerare per gli anni 2017-2020 una spesa variabile da fr. 80'000 a fr. 100'000.- quale contributo riconosciuto a *Inclusione handicap ticino* per tutte le attività svolte su richiesta dell'UACD.

7.5 Studio sugli aiuti diretti (mandato alla SUPSI)

Nell'ambito delle misure di contenimento della spesa pubblica, per il 2016 il Consiglio di Stato aveva per la prima volta fissato un tetto massimo di spesa per i contributi cantonali individuali per il mantenimento a domicilio, equivalente a Fr. 8.5 mio ³.

In parallelo, lo stesso CdS, avendo presenti i rischi in termini finanziari legati al blocco della spesa per il mantenimento a domicilio (maggiori ricoveri in istituti per invalidi e case per anziani) e considerando la misura in linea con una politica sociale di qualità e attenta ai costi, ha promosso un'indagine volta ad analizzare l'utilizzo del sussidio, valutarne l'efficacia e identificare ipotesi di miglioramento.

È stato quindi conferito un mandato al Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale della SUPSI che prevede le seguenti prestazioni:

1. analisi della banca dati presso l'UACD;
2. raccolta e analisi di dati primari;
3. identificazione di ipotesi di miglioramento e riflessione da parte degli attori della rete.

Per quanto concerne lo studio della banca dati si è trattato di un'analisi statistica descrittiva della popolazione di beneficiari degli aiuti diretti (grado AGI, economia domestica, rete informale e formale, ecc.).

Sulla base dell'analisi dei dati primari (individuazione dell'organizzazione del mantenimento a domicilio, ore di cure e/o assistenza, eventuale rinuncia da parte di un familiare curante ad un impiego di lavoro, grado di soddisfazione del beneficiario nel ricevere il contributo, ecc.) è stato elaborato un questionario che è stato inviato a tutti i beneficiari attivi al 14.02.2017.

Un'indagine più approfondita e di tipo qualitativo è stata realizzata mediante interviste a 26 beneficiari selezionati a campione tra beneficiari AVS e beneficiari AI in proporzione ai seguenti parametri di riferimento:

- grado AGI;
- rete informale;
- rete informale e cura/aiuto domiciliare;
- rete informale, badante e cura/aiuto domiciliare.

Dai primi dati emersi dall'indagine risulta che 403 beneficiari su 705 hanno risposto ai questionari somministrati, pari al 57% della popolazione esaminata.

Il contributo risulta apprezzato dai beneficiari per quanto concerne i benefici sulla qualità di vita (minor pressione finanziaria sull'economia domestica e possibilità di rimanere al domicilio), anche se molti ritengono meno soddisfacente:

- l'ammontare dello stesso, ritenuto insufficiente;
- la complessità delle pratiche necessarie per l'erogazione del contributo (necessità di richiedere l'aiuto di terzi come famigliari, conoscenti o servizi);
- la carenza d'informazione sul territorio in merito all'esistenza del sussidio.

³ Messaggio 7121 del 29 settembre 2015.

Al termine del progetto i risultati ottenuti saranno condivisi con una serie di esperti del settore (Pro Infirmis, Pro Senectute, UACD, ecc.) al fine di raccogliere le loro opinioni in merito.

Il rapporto conclusivo sarà disponibile nella primavera del 2018.

8 Settore case per anziani: concretizzazione della Pianificazione 2010-2020 – stato al 30.06.2017

Con lo scopo di effettuare una misurazione dello stato della concretizzazione della pianificazione nel settore delle case per anziani sono state utilizzate le previsioni per gli anni 2016-2030 contenute nel documento “Scenari demografici 2016” dell’Ufficio di statistica.

Queste previsioni sono state confrontate con l’indicazione sulla densità di posti letto stimata nel documento della Pianificazione 2010-2020 ritenuta adeguata al fabbisogno, arrotondando questo parametro a 200 posti letto ogni 1000 anziani ultraottantenni.

Calcolato così il fabbisogno, esso è stato confrontato con l’offerta di posti letto presente sul territorio, tenendo in considerazione anche le iniziative in fase di apertura previste entro il 2020.

Lo scenario prevede una popolazione ultraottantenne nel 2017 di 23'748 individui, che aumenterà nel 2030 a 37'322.

In questo scenario, la domanda di posti letto per il 2020 si assesta a 5'364 posti letto. Per contro, i posti letto che si prevede saranno operativi nel 2020 raggiungono la cifra di 4'808. Di conseguenza vi sarebbe un fabbisogno non coperto di 556 posti letto.

Comprensorio Mendrisiotto e Basso Ceresio

Secondo la Pianificazione 2010-2020, il comprensorio del **Mendrisiotto e Basso Ceresio** conosceva, globalmente sull’arco del decennio, una situazione di equilibrio tra offerta e fabbisogno di posti letto, con un’eccedenza di posti all’orizzonte 2020, considerando le importanti iniziative regionali preventivate a fine decennio (Coldrerio e Vacallo).

Con le nuove previsioni del fabbisogno, il comprensorio si situa in una situazione di fabbisogno scoperto di ca. 50 posti letto nel 2017, che mediamente rimane costante negli anni successivi, grazie alle aperture previste di strutture nei comuni di Chiasso, Coldrerio intorno al 2020 e, successivamente, Vacallo e Melano.

Comprensorio Tre Valli

Secondo la Pianificazione 2010-2020, nel comprensorio delle **Tre Valli**, caratterizzato da uno scoperto di poco più di una quarantina di posti letto a fine 2010, si sarebbe assistito 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 (78 posti letto), che sarebbe stata riassorbita a fine 2020, presentando una situazione di perfetto equilibrio.

Con le nuove previsioni del fabbisogno, il comprensorio delle Tre Valli negli anni successivi il 2017 si trova ad avere una situazione media di equilibrio tra necessità di posti e offerta. Questo anche grazie all’apertura della nuova casa per anziani sul suolo di Giornico prevista per il 2018.

Comprensorio Locarnese e Vallemaggia

Secondo la Pianificazione 2010-2020, il Locarnese e Vallemaggia, con un'eccedenza di posti rilevata a inizio decennio (una cinquantina), conosceva un equilibrio tra offerta e fabbisogno di posti letto fino alla fine del 2015, mentre si sarebbe assistito ad un leggero fabbisogno scoperto di una ventina di posti letto a fine 2020.

Con le nuove previsioni del fabbisogno, il comprensorio del Locarnese e Vallemaggia per la fine del decennio è caratterizzato da una domanda quasi coperta completamente dall'offerta di posti letto (si prevede un deficit di 17 posti rispetto all'offerta).

Malcantone e Alto Vedeggio

Secondo la Pianificazione 2010-2020, il comprensorio del Malcantone e Alto Vedeggio presentava uno scoperto di una quarantina di posti letto a fine 2010, mentre avrebbe ritrovato 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 avrebbe conosciuto ancora uno scoperto di una quarantina di posti letto a fine 2020. Nel comprensorio sarebbe dunque rimasto spazio per un ulteriore potenziamento dell'offerta di posti letto.

Con le nuove previsioni del fabbisogno, il comprensorio del Malcantone e Alto Vedeggio vede una domanda di posti letto non soddisfatta che varia da 60 nel 2017 a 113 nel 2019. Tenendo conto delle prossime aperture di 70 posti letto a Caslano e 20 ad Agno, è prevista una domanda non coperta per il 2020 di 51 posti letto.

Luganese

Secondo la Pianificazione 2010-2020, 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 di recente fine dei lavori (ampliamento Casa Serena e Opera Charitas di Sonvico), come pure delle iniziative pianificate, progettate ma non ancora avviate (nuova casa di Lugano-Pregassona) oppure solo annunciate (Casa consortile a Comano), un leggero fabbisogno scoperto si manifestava durante tutta la prima parte del decennio (una trentina di posti letto), che si sarebbe amplificato nel corso della seconda parte del decennio, raggiungendo i ca. 130 posti a fine 2020.

Con le nuove previsioni del fabbisogno, il comprensorio del Luganese è quello che vede il divario più ampio tra domanda e offerta. Già nel 2017 vi sono 114 posti letto mancanti rispetto a quelli necessari; nel 2020 questa differenza è previsto che si attesterà a 330 posti letto.

Bellinzonese

Secondo la Pianificazione 2010-2020, il Bellinzonese risultava il comprensorio con la più acuta la necessità di nuovi posti letto in istituti per anziani medicalizzati.

Il fabbisogno scoperto, stimato in quasi 190 posti letto a fine 2010, si sarebbe mantenuto costante 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 all'apertura della seconda Casa per anziani comunale di Bellinzona (74 posti).

Con le nuove previsioni del fabbisogno, il comprensorio del Bellinzonese ha una domanda di posti letto non soddisfatta di 84 nel 2017, che è previsto raggiunga i 129 posti letto nel 2020.

Cantone Ticino: previsioni attualizzate della Pianificazione 2010-2020

La seguente tabella mostra la previsione per comprensorio al 2020 della disponibilità di posti (tenendo conto anche delle iniziative che verranno nel frattempo realizzate e messe in esercizio), rispetto al fabbisogno stimato secondo il parametro descritto in precedenza di 200 posti disponibili ogni 1000 anziani ultraottantenni.

Tabella 24: Fabbisogno di posti stimato al 2020

Comprensorio	Posti disponibili	Fabbisogno stimato	Differenza	Differenza %
Locarnese e Vallemaggia	1'180	1'197	17	+1,4%
Bellinzonese	542	671	129	+23,8%
Luganese	1'306	1'636	330	+25,3%
Malcantone e Vedeggio	489	540	51	+10,4%
Mendrisiotto e Basso Ceresio	827	873	46	+5,6%
Tre Valli	464	448	-16	-3,4%
Totale Cantone Ticino	4'808	5'365	557	+11,6%

9 Obiettivi pianificatori qualitativi delle strutture per anziani e dei servizi d'assistenza e cura a domicilio

9.1 Centri diurni con presa in carico socio-assistenziale

9.1.1 Bilancio ed evoluzione dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale

Il progetto di riorganizzazione dei centri diurni con presa in carico socio-assistenziale è stato innovativo e lungimirante, poiché ha permesso di rafforzare i servizi e le prestazioni intermedie tra il domicilio e la casa per anziani. Per la realizzazione del progetto si è partiti dall'analisi dei bisogni della popolazione (persone sole; aumento dei casi di Alzheimer e demenze; affaticamento dei caregivers) e dalla volontà di offrire prestazioni mirate alla prevenzione per le varie sfere personali (cognitiva, motoria e affettiva-relazionale) per il mantenimento delle risorse delle persone al domicilio. Inoltre, è stata offerta una nuova prestazione, ovvero la presa in carico di persone con bisogno di assistenza mediante la realizzazione di progetti individualizzati.

Attraverso la creazione di una Piattaforma di scambio tra i coordinatori dei CDSA e l'UACD sono stati avviati numerosi progetti di tipo qualitativo. A titolo d'esempio, si possono citare:

- formazioni *ad hoc* per il personale, che hanno permesso di offrire all'interno dei centri corsi finalizzati a mantenere il più a lungo possibile l'autonomia residua delle persone (come il corso per l'animazione di gruppi di attivazione della memoria per persone anziane offerto dalla SUPSI);
- promozione delle strutture verso la popolazione e la rete socio-sanitaria per presentare a operatori e famigliari un'ulteriore prestazione che permette all'utenza di organizzare in modo ottimale il proprio mantenimento a domicilio.

In generale si può affermare che attraverso la Piattaforma si è creata una visione unitaria di questa tipologia di centri, permettendo così di creare sinergie e collaborazioni tra i centri gestiti da enti diversi.

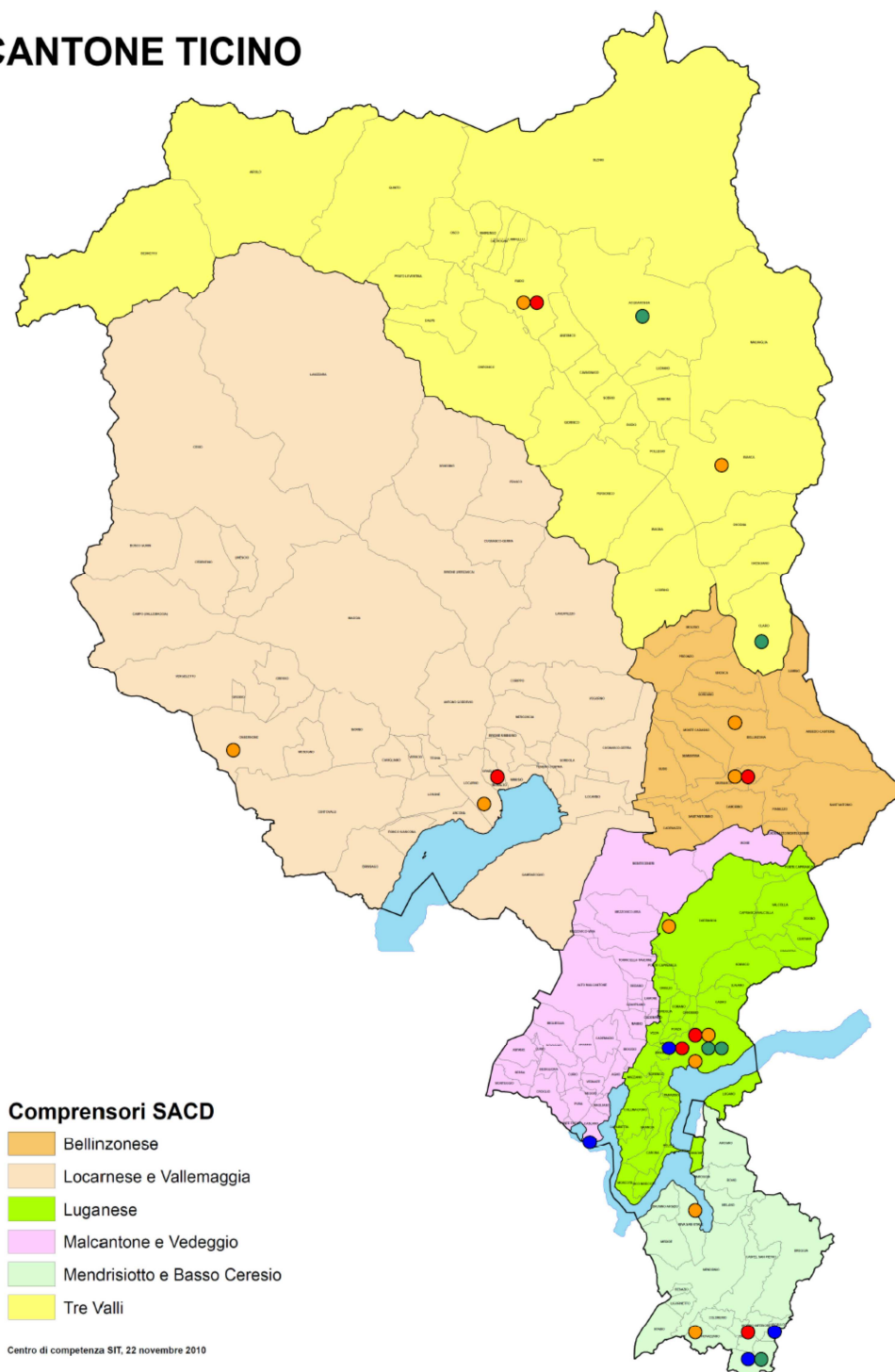
Inoltre, il lavoro di strutturazione di questa nuova prestazione, realizzato mediante la creazione di specifiche schede e l'elaborazione di progetti individualizzati, ha permesso la presa in carico di un numero consistente di persone, consentendo all'utente di mantenere le risorse residue e, nel contempo, ai famigliari curanti di godere di uno sgravio nella presa in carico e di beneficiare del supporto di operatori formati.

Per quanto attiene all'evoluzione del numero dei centri e alla distribuzione sul territorio, occorre considerare che nel 2011 in Ticino esistevano unicamente due tipologie di centri diurni: terapeutici e ricreativi. È stato nel 2012 che è avvenuta la prima riqualificazione che ha permesso di creare i primi centri socio-assistenziali. In questi ultimi anni la progettualità è stata particolarmente vivace, per cui possiamo oggi disporre di 13 CDSA distribuiti su tutto il territorio. Come ultimo successo, possiamo citare la nascita di un CDSA anche nel locarnese, al quale se ne aggiungerà un secondo nel corso del 2019.

Le due immagini che seguono illustrano la situazione dei centri diurni sul territorio nel 2011 e nel 2017.

Figura 4: Mappatura centri diurni nel 2011

CANTONE TICINO

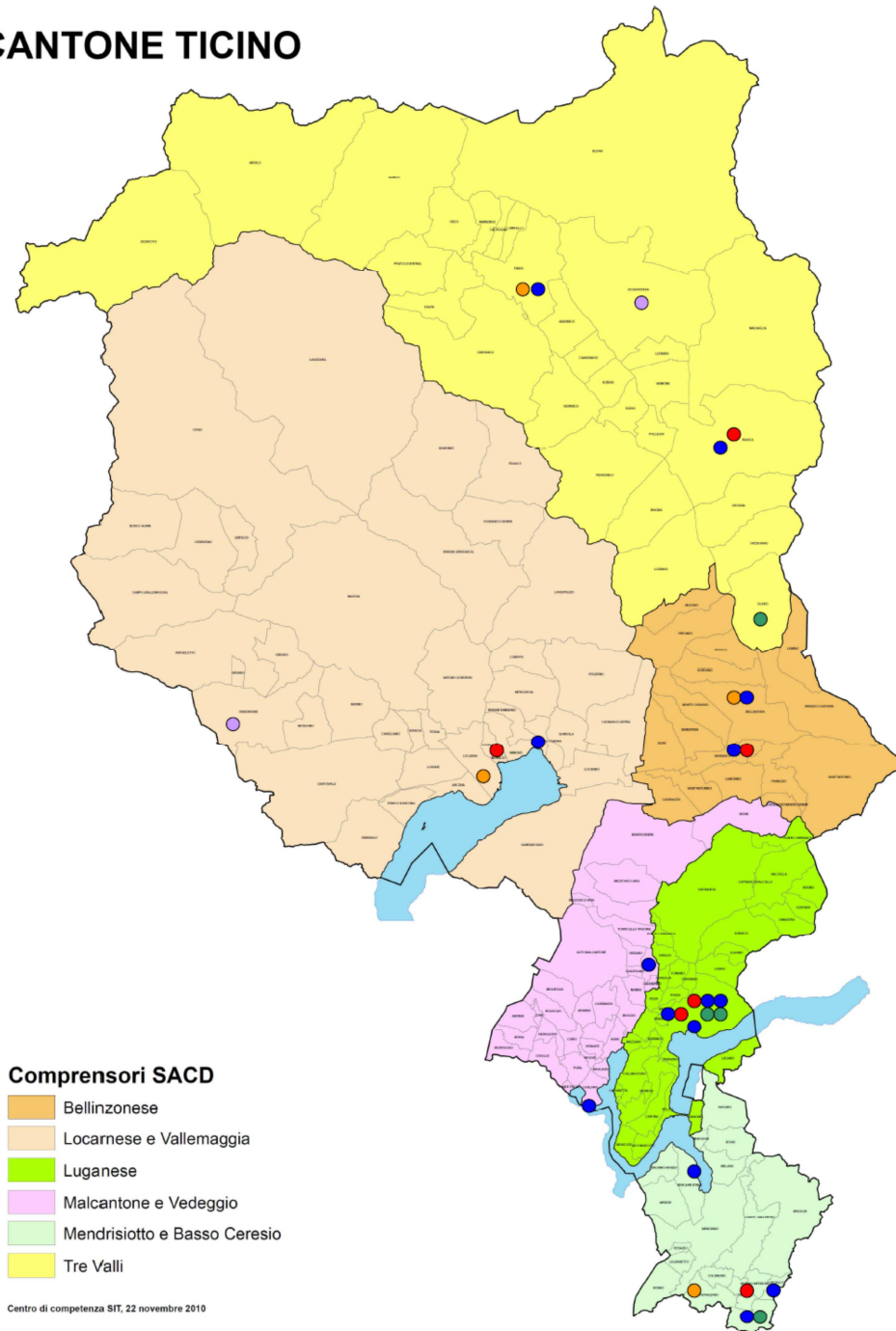


Legenda CD 2011

- CD ricreativi
- CD socio-assistenziali
- CD terapeutici (sussidiati dalla LACD)
- CD terapeutici in CPA (sussidiati dalla LANz)

Figura 5: Mappatura centri diurni 2017

CANTONE TICINO



Legenda CD 2017

- CD ricreativi
- CD socio-assistenziali
- CD terapeutici (sussidiati dalla LACD)
- CD terapeutici in CPA (sussidiati dalla LANz)
- CD ricreativi in trasformazione (2015-2016)
- Accoglienza diurna in CPA

9.1.1.1 Analisi dei dati di presa in carico dei CDSA del 2016

Il già citato progetto di riorganizzazione dei centri diurni avviato nel 2011 dall'UACD, oltre ai traguardi già illustrati, ha permesso di raggiungere importanti obiettivi di prevenzione per la popolazione anziana autosufficiente e di presa in carico per le persone con bisogno di assistenza.

Inizialmente sono state valutate le risorse dei servizi d'appoggio presenti sul territorio, gestiti a livello professionale o volontario. In un secondo tempo l'UACD ha definito i criteri di riqualifica delle strutture per offrire una prestazione uniforme alla popolazione, mentre gli enti proprietari che hanno aderito al progetto si sono impegnati in alcune modifiche: risorse umane, organizzative, logistiche, ecc.

Grazie all'istituzione della "Piattaforma dei coordinatori" l'UACD ha potuto delineare la missione e la visione dei centri diurni, offrendo inoltre agli operatori la possibilità di confrontarsi e formarsi in vari ambiti legati ad aspetti cognitivi, motori, ecc. La formazione specialistica ha permesso di offrire alla popolazione anziana attività e prestazioni sempre più mirate ai bisogni degli utenti, permettendo loro di rimanere al proprio domicilio e di evitare o posticipare l'entrata in casa per anziani. Sono stati realizzati sul territorio eventi comuni di promozione dei centri diurni, come ad esempio l'evento cantonale del 6 maggio 2017 a Bellinzona, che ha ottenuto un buon riscontro da parte dei media e della popolazione. Gli stessi dati statistici del 2016 mostrano come il buon lavoro svolto dai centri diurni sia una risposta concreta ai bisogni della popolazione.

Inoltre la condivisione e collaborazione tra centri diurni, gestiti da enti diversi, rappresenta un valore aggiunto di questa prestazione.

Dati statistici 2016

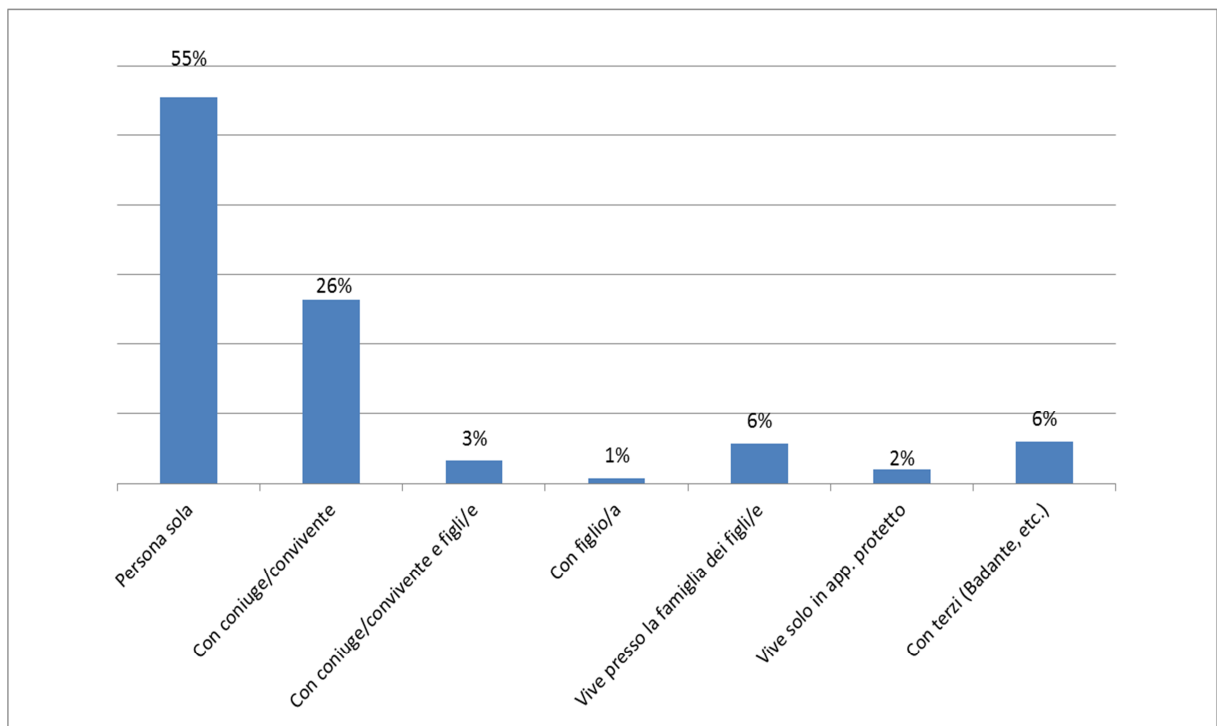
Durante il 2016 erano attivi sul territorio 13 CDSA, di cui alcuni con esperienza pluriennale e altri di nuova apertura.

Nel 2016 ogni centro è stato aperto in media 251 giorni all'anno con un'affluenza di 9'000 utenti (dato riferito alla presenza giornaliera e non al numero di utenti). Durante le aperture sono state offerte alla popolazione svariate attività: ricreative, cognitive, motorie, affettive relazionali, di prevenzione sanitaria, vacanze e gite, ecc.

Nell'ambito della promozione della salute sono state promosse delle attività di stimolazione cognitiva sia per le persone autosufficienti che per le persone che presentano un declino cognitivo. Questa prestazione, offerta su larga scala e, quasi esclusivamente a titolo gratuito, s'inserisce in una strategia di prevenzione delle demenze a livello cantonale e federale. Inoltre i centri offrono prestazioni di motricità fine e globale che saranno implementate con sempre maggior competenza e professionalità per mantenere in salute e con una buona qualità di vita la popolazione anziana.

Per quanto concerne la prestazione di presa in carico di persone con bisogno di assistenza, nel corso del 2016 sono stati seguiti 402 utenti con un'età media di 79 anni (66% donne, 34% uomini); il numero di persone prese in carico è quasi raddoppiato rispetto all'anno precedente. Come per il 2015 la popolazione di riferimento dei CDSA è costituita da persone che vivono sole o che vivono con coniugi anziani (vedi figura 6).

Figura 6: Situazione dell'utenza presa in carico dai CDSA 2016



Questi dati confermano come i CDSA siano riusciti in pochi anni a realizzare strutture intermedie tra il domicilio e la casa per anziani permettendo il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- prevenzione dell'isolamento sociale;
- mantenimento e attivazione delle risorse personali e dell'autonomia della persona anziana;
- mantenimento a domicilio;
- miglioramento della qualità di vita e promozione della salute;
- offerta di un sostegno alle persone che vivono sole o alle coppie anziane fragili (la somma delle categorie costituisce l'81% degli utenti);
- sgravio dei famigliari curanti.

Segnalazione utenti

Per quanto concerne la segnalazione degli utenti presso i CDSA si evince quanto segue:

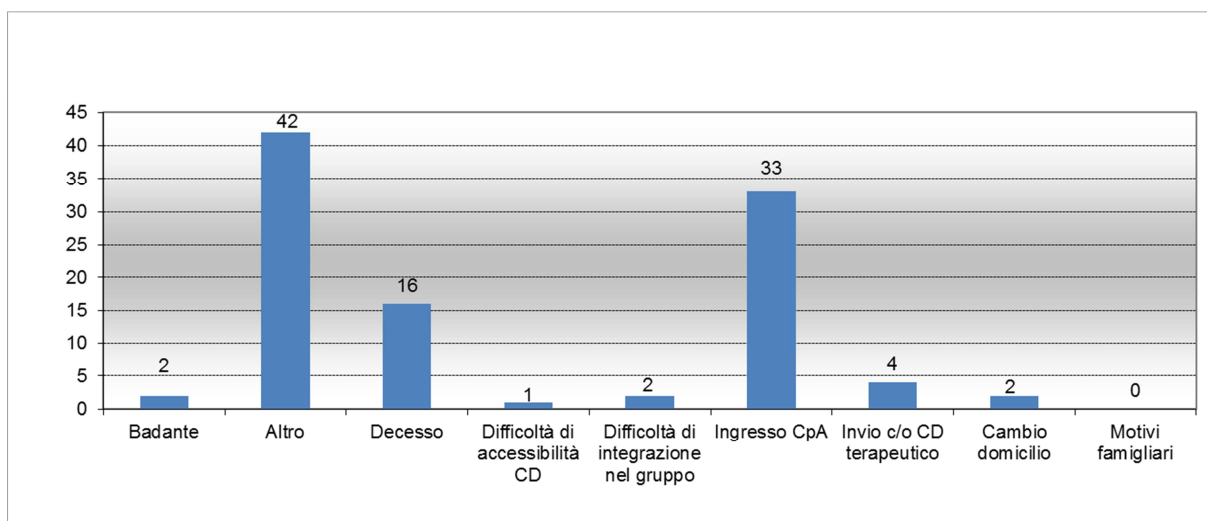
- servizio sociale della Pro Senectute (51%);
- famigliari (20%);
- auto-segnalazioni (8%);
- geriatri e medici di famiglia (9%);
- servizi di assistenza e cure a domicilio (3%);
- altri operatori (9%) come assistenti sociali comunali, ospedalieri, infermieri, ecc.

La promozione dei CDSA verso la rete socio-sanitaria è un aspetto su cui si sta lavorando all'interno della "Piattaforma dei coordinatori", al fine di migliorare il dato sopra citato.

Motivi di interruzione della frequenza

Durante l'anno 2016, 102 utenti hanno interrotto la frequenza presso i centri diurni. I principali motivi d'interruzione riguardano: ingresso in casa per anziani, decesso, ingresso in centro diurno terapeutico, introduzione del sostegno di un/a badante, difficoltà d'integrazione nel gruppo, peggioramento dello stato di salute, ecc. Questo dato ci dà un'indicazione del livello di complessità della casistica presa in carico e dell'intensità del carico di lavoro per gli operatori del centro (vedi figura 7).

Figura 7: Motivi d'interruzione della frequenza nei CDSA

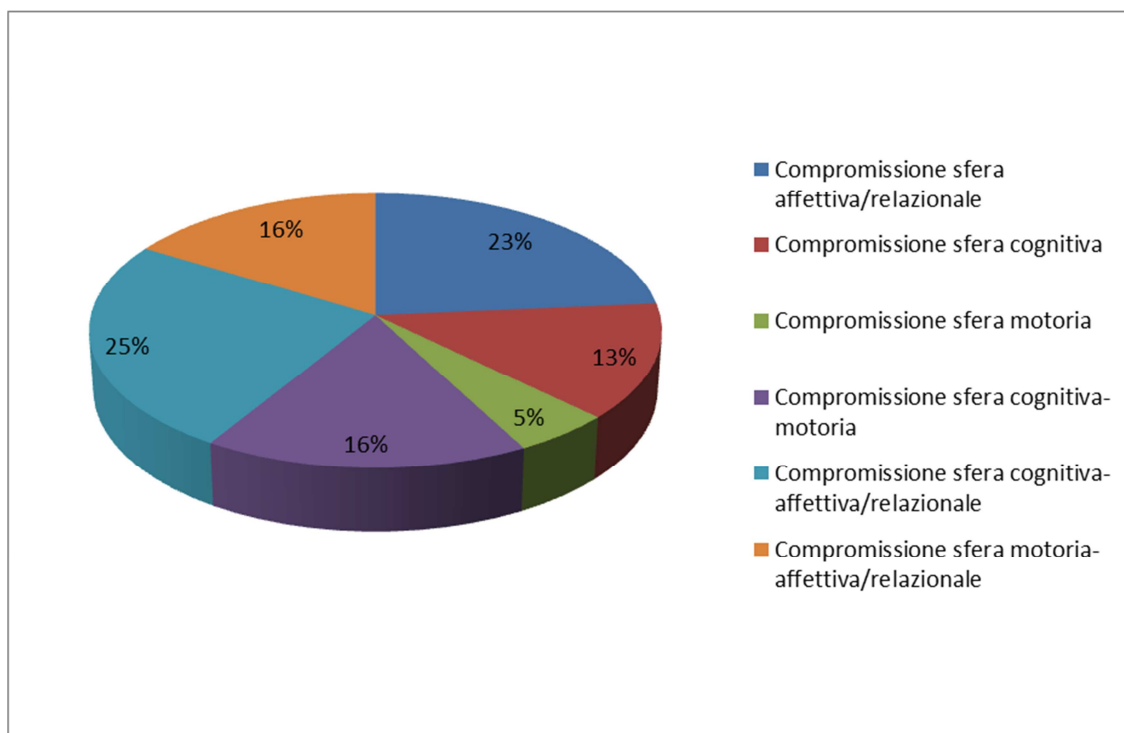


Aree di compromissione rilevate delle persone prese in carico

L'analisi dei dati mostra la tipologia di bisogni legati alle diverse aree di compromissione della popolazione presa in carico presso i CDSA e al relativo intervento dei progetti individuali realizzati dagli operatori. In particolare, nel 2016 si rileva, oltre alle compromissioni cognitive e motorie, una marcata presenza di persone con compromissioni legate alla sfera affettiva-relazionale.

Inoltre la varietà della casistica presa in carico avvalorava un'altra tesi alla base del progetto: la necessità di strutture con una bassa soglia di accesso, sia per le persone autonome che per le persone con bisogno di assistenza. In tali strutture, le persone hanno la possibilità di accedere in modo semplice, senza troppe procedure, e senza una selezione all'entrata in base al tipo di compromissione o al grado di assistenza. Per ragioni di sicurezza, legate alla presenza ridotta di personale formato e alle questioni logistiche (strutture aperte quindi elevato rischio fuga), sono escluse dalla possibilità di frequentare i CDSA le persone con compromissioni gravi che richiedono un'elevata assistenza o sorveglianza. Segnaliamo però che alcuni centri diurni hanno continuato la presa in carico delle persone in lista d'attesa per l'entrata in casa per anziani o in un centro diurno terapeutico, anche se non sussistevano più i presupposti per una frequenza al CDSA, in quanto l'utente e i famigliari si sarebbero trovati in forte difficoltà durante la fase di attesa prima del passaggio presso la nuova struttura (vedi figura 8).

Figura 8: Compromissioni 2016



Conclusioni

In questi anni è stato realizzato l'obiettivo di creare una nuova tipologia centri diurni, con una distribuzione territoriale che permetta di offrire la prestazione in modo maggiormente uniforme alla popolazione. In futuro si prevede di migliorare l'attuale offerta, la conoscenza dei centri presso la rete socio-sanitaria e la popolazione, la promozione di progetti legati al mantenimento a domicilio e l'offerta di prestazioni di coesione sociale anche al di fuori delle strutture dei centri.

9.1.2 Progetti dei CDSA

9.1.2.1 Progetti di vita

L'approccio metodologico "Progetti di Vita" nasce da un progetto del 2011 sviluppato presso la casa per anziani Fondazione Paganini Rè con il supporto del Centro di competenza anziani della SUPSI. L'obiettivo del progetto di ricerca-azione è il miglioramento della qualità di vita delle persone attraverso un nuovo approccio, ovvero la co-costruzione, che porta alla valorizzazione della soggettività sia dei residenti che degli operatori. Il progetto ha permesso di ottenere risultati molto positivi sia per i curanti che per gli ospiti e i famigliari.

Il CDSA Vita Serena di Giubiasco si è interessato alla realizzazione di un progetto con le medesime caratteristiche nel contesto di un centro diurno, adattandolo all'ambito domiciliare e alle esigenze dell'utenza in un'ottica di percorso evolutivo. È prevista anche la condivisione degli elementi fondanti del progetto con la già citata Piattaforma dei coordinatori dei CDSA. Il progetto, in collaborazione con la SUPSI, è iniziato nel 2016 e si trova attualmente in fase di implementazione.

La collaborazione con il team SUPSI si è rivelata utile anche per gli altri centri diurni, diventando l'occasione per un'approfondita revisione del concetto di valutazione dell'utenza di presa in carico attraverso un miglioramento qualitativo delle schede dell'utente.

9.1.2.2 Progetto "sostegno abitativo intermedio di natura temporanea"

Il progetto nasce dalla presenza dell'albergo Ceresio accanto al CDSA GenerazionePiù e dalle problematiche che si creano nelle case per anziani in merito ai collocamenti temporanei impropri, ovvero quando un coniuge è ricoverato e il congiunto, seppur autosufficiente, non è in grado di rimanere da solo al domicilio. Il CDSA ha riservato, in accordo con l'albergo, due stanze i cui costi saranno sostenuti dall'utente solo in caso di effettiva occupazione (40 fr. al giorno per pernottamento). L'utente durante il periodo di soggiorno riceverà i servizi alberghieri e potrà consumare i pasti presso il centro, approfittando inoltre delle varie attività e della presenza dei professionisti. Per questo progetto il CDSA ha sviluppato la collaborazione con SCuDo per le cure, con le assistenti sociali di Pro Senectute per le segnalazioni ed un eventuale sostegno finanziario agli utenti e con gli Istituti sociali di Lugano. Il progetto ha avuto inizio nell'autunno 2017.

9.1.3 La prestazione di attivazione sociale

L'Indagine sulla salute in Svizzera 2012, raccolta e analisi d'informazioni pubblicata ogni 5 anni dall'Ufficio federale di statistica su mandato del Consiglio Federale, ha dedicato una sezione al tema "Risorse personali e sociali" e più precisamente all'aiuto informale. Ai partecipanti all'inchiesta, scelti in maniera aleatoria, è stato chiesto di rispondere alla seguente domanda: "aiuta regolarmente – senza essere pagato per farlo – una o più persone con problemi di salute – p.es. va a trovare malati, persone invalide o persone anziane, aiutandole in casa o portandole da mangiare, o effettuando trasporti?".

I risultati dello studio condotto sulla popolazione di almeno 15 anni di età mostrano una sostanziale differenza tra il Ticino e la Svizzera. Nello specifico, il tasso di persone che prestano aiuto quasi ogni giorno in maniera informale corrisponde al 4.7% in Svizzera e al 8.4% in Ticino che, applicato alla popolazione residente al 31.12.2016, corrisponde a quasi 26'000 individui. È possibile inoltre distinguere tra i sessi: osserviamo così in Ticino una netta prevalenza di donne (11%) rispetto agli individui di sesso maschile (5.4%), mentre in Svizzera la differenza è meno marcata (5.3% di donne rispetto al 4% di uomini).

Tabella 25: Popolazione che presta aiuto quasi ogni giorno in Ticino

	Uomini	Donne	Totale
popolazione > 15 anni	148'556	158'311	306'867
% curanti	5.4%	11.0%	8.4%
n curanti	8'022	17'414	25'777

Tabella 26: Popolazione che presta aiuto quasi ogni giorno in Svizzera

	Uomini	Donne	Totale
popolazione > 15 anni	3'350'658	3'487'610	6'838'268
% curanti	4.0%	5.3%	4.7%
n curanti	134'026	184'843	321'399

Allargando il campo a chi presta aiuto all'incirca almeno una volta alla settimana, si sale al 18.1% in Ticino (ca. 55'000 individui) e al 14.3% in Svizzera. Se analizziamo i dati per sesso osserviamo in Ticino che per le donne la percentuale è al 21.5% mentre per gli uomini si situa al 14.2%. In Svizzera la percentuale per le donne è al 16.8% contro il 11.6% per gli uomini.

Tabella 27: Popolazione che presta aiuto circa almeno una volta a settimana in Ticino

	Uomini	Donne	Totale
popolazione > 15 anni	148'556	158'311	306'867
% curanti	14.2%	21.5%	18.1%
n curanti	21'095	34'037	55'543

Tabella 28: Popolazione che presta aiuto circa almeno una volta a settimana in Svizzera

	Uomini	Donne	Totale
popolazione > 15 anni	3'350'658	3'487'610	6'838'268
% curanti	11.6%	16.8%	14.3%
n curanti	388'676	585'918	977'872

Questi dati dimostrano quanto sia prezioso nel nostro Cantone il ruolo di persone al di fuori delle istituzioni, che siano famigliari, amici o conoscenti.

Ma come giustificare le differenze tra il dato cantonale e quanto osservato a livello nazionale? Innanzitutto possiamo ipotizzare un fattore culturale, in cui si evince che, pur essendo anche in Ticino presente il fenomeno di disgregazione sociale, si assiste ad una maggior coesione famigliare rispetto alle regioni più a nord. Inoltre bisogna tenere conto del fatto che l'intensità delle cure professionali è inferiore rispetto al resto della Svizzera, infatti sia il numero di posti letto in casa per anziani che le ore di prestazione dei SACD, rapportati alla popolazione anziana, sono minori rapportati alla media svizzera. Infine, potrebbe incidere anche l'esistenza, unica in Ticino, degli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio.

Tuttavia, come nel resto della Svizzera, anche in Ticino si assiste ad un aumento della disgregazione famigliare che porta ad avere un maggiore numero di economie domestiche composte da persone sole. L'aumento delle cure domiciliari avvenuto con l'introduzione della LACD ha permesso a molte più persone di poter rimanere a domicilio anche in condizioni di salute compromessa, tuttavia si rilevano sempre più situazioni di solitudine e di persone che per varie ragioni (logistiche, autonomia ridotta, lontananza dei famigliari, ecc.) non hanno la possibilità di uscire da casa e quindi di intrattenere una vita sociale.

Questi elementi introducono il tema della qualità di vita di coloro che anche in età avanzata restano al proprio domicilio con le cure necessarie assicurate. Le sole cure professionali, infatti, non bastano a garantire una qualità di vita per chi rimane a domicilio e per questi motivi è necessario, oltre ai servizi d'appoggio (in particolare centri diurni, trasporti, ecc.), introdurre progetti e attività che mirano all'attivazione della rete informale.

Inoltre, l'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione e l'offerta di prestazioni sempre più individualizzate per soddisfare i nuovi bisogni hanno stimolato, in questi anni, lo sviluppo di strutture abitative *ad hoc*, ovvero i cosiddetti appartamenti a misura d'anziano.

Il ruolo del Cantone nello sviluppo di questa tipologia d'appartamenti è stato, da una parte, quello di accompagnare e sostenere anche finanziariamente alcune sperimentazioni (finalizzate a introdurre la prestazione del custode sociale) e, dall'altra parte, quello di osservare e valutare l'evoluzione in atto, sia dal lato della domanda che dal lato dell'offerta, con l'obiettivo di favorire l'equità territoriale, la qualità delle prestazioni offerte e uno sviluppo in linea con una visione strategica di medio-lungo termine.

Sul versante della sperimentazione, il Cantone, per il tramite del DSS, ha accompagnato e sostenuto diverse iniziative, tutte basate sul modello del custode sociale. Si tratta di stabili di appartamenti a misura d'anziano con integrata l'offerta di

un custode sociale, ovvero di un operatore socio-assistenziale che offre agli inquilini dell'immobile e alla popolazione limitrofa attività come la prevenzione, la socializzazione e momenti ricreativi.

Dopo la prima esperienza della Residenza Mesolcina a Bellinzona (2014), nata dalla collaborazione tra l'UACD, un'impresa privata, Pro Senectute e il Servizio di assistenza e cura a domicilio del Bellinzonese (ABAD), si sono sviluppate altre offerte a Sementina, Carasso, Gordola e Morbio Inferiore. In alcune situazioni il custode sociale offre anche prestazioni puntuali di cura su mandato dei servizi di assistenza e cura a domicilio.

L'esperienza maturata in questi ultimi anni ha permesso all'UACD di compiere delle valutazioni a vari livelli.

Sul piano organizzativo e delle possibilità di misurazione e controllo, dalle sperimentazioni attuali si rileva la difficoltà di garantire una valutazione sistematica dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni offerte, dovuta all'assenza di un coordinamento cantonale e di un concetto sperimentato legato alla funzione del custode sociale.

Sul piano dei principi che sottendono all'erogazione delle prestazioni sostenute dall'ente pubblico, lo sviluppo di queste realtà ha evidenziato un'importante debolezza dell'attuale sistema di erogazione della prestazione del custode sociale: esso è adeguato per una cerchia ristretta di utenti, quindi per situazioni sperimentali circoscritte, ma non è estensibile a tutti i potenziali utenti. In altri termini, non è possibile coniugarlo con il fondamentale principio dell'equità territoriale, non potendo essere garantito in tutti gli stabili o quartieri a livello cantonale per questioni finanziarie (non sostenibilità della relativa spesa) e logistiche (non tutti gli anziani possono o sono disposti a trasferirsi in appartamenti a misura d'anziano o nelle zone limitrofe).

Inoltre, occorre tener conto che la nostra sperimentazione del custode sociale ha suscitato l'interesse anche dell'imprenditoria privata, per cui da circa un anno si assiste al fiorire di progetti (alcuni dei quali già realizzati e operativi) che prevedono stabili di appartamenti a misura d'anziano con "custode sociale". A dire il vero, la vicinanza alla nostra sperimentazione di questi progetti è solo apparente (nominale), in quanto si tratta in buona sostanza di un partenariato privato-privato, in cui l'Immobiliare collabora con uno Spitex privato per offrire agli inquilini una presa in carico il più possibile individualizzata (cure, assistenza, pasti, economia domestica), mentre mancano le componenti essenziali dell'attivazione sociale (attivazione delle risorse personali residue e della rete informale) e del coordinamento sul piano cantonale.

Si è quindi riflettuto sulla possibilità di offrire una prestazione che rispetti i principi, fortemente interdipendenti, dell'economicità della prestazione e dell'equità territoriale, che sia inoltre inseribile in un coordinamento cantonale e che si ponga in sinergia con l'iniziativa privata.

La soluzione individuata, dopo un'approfondita analisi della situazione, è quella di porre i CDSA come perno del sistema di erogazione della prestazione. L'idea è di portare l'attività dei centri diurni anche al di fuori delle proprie mura, permeando i luoghi di vita delle persone e attivando progetti che sviluppino la rete informale (familiari, amici, volontari) e la collaborazione e le sinergie tra persone che vivono

nello stesso quartiere o paese. In questo modo si creerebbero le condizioni per rispettare i principi di cui sopra.

Il modello s'ispira a quello sviluppato da alcuni anni in altri Cantoni da Pro Senectute, denominato "Quartier solidaire", adattato alla realtà dei servizi presenti sul territorio ticinese.

Per permettere la realizzazione di questi cambiamenti si sta revisionando l'attuale Direttiva sui centri diurni con presa in carico socio-assistenziale, al fine di affidare a tali strutture la nuova prestazione di "attivazione sociale".

Il fermento degli investimenti pubblici e privati nella costruzione di appartamenti a misura d'anziano, con le conseguenti numerose richieste che pervengono all'UACD in merito ai criteri strutturali da considerare/rispettare, ha portato ad ipotizzare la definizione di un label per "certificare" le strutture presenti sul territorio. Per perseguire tale obiettivo l'UACD collaborerà con l'Ufficio di sanità e in caso di necessità coinvolgerà eventuali partner esterni con competenze specifiche.

9.1.3.1 Progetto regionale solidale

Il centro diurno ATTE Biasca e Valli ha presentato all'UACD un nuovo progetto denominato "Regione solidale" ai fini del relativo finanziamento, supporto e valutazione dello stesso. Il progetto s'inserisce nello sviluppo della nuova prestazione di attivazione sociale. La Regione solidale si ispira in parte alla metodologia di lavoro "Quartier solidaire" promosso in Svizzera da Pro Senectute. Il progetto si differenzia tuttavia dalle realtà presenti nel resto della Svizzera, in quanto si prevede un collegamento tra il CDSA e il territorio periferico delle Tre Valli, mentre nel resto della Svizzera la metodologia è stata sviluppata nel contesto urbano in cui non erano presenti strutture diurne.

Il punto di partenza consiste nell'osservazione dei bisogni delle persone e del contesto in cui vivono:

- diminuzione dei servizi nelle zone periferiche (trasporti, negozi, ufficio postale, ecc.);
- famiglie sempre meno numerose;
- figli e parenti che vivono nei centri urbani o in altri cantoni, mentre gli anziani restano nelle zone periferiche;
- progressiva perdita della conoscenza e del sostegno tra vicini di casa;
- progressiva diminuzione di attività che hanno ricadute positive a livello sociale come il lavoro, la partecipazione ad attività sportive e società con attività sociali e ricreative.

Questi fattori portano le persone a isolarsi sempre più presso il proprio domicilio, perdendo progressivamente autonomia, qualità di vita e con un conseguente peggioramento dello stato di salute.

Il progetto mira a promuovere lo sviluppo di attività di prevenzione dell'isolamento sociale attraverso progetti legati al contesto di vita delle persone, come lo sviluppo dei legami sociali, della rete informale e la stimolazione degli abitanti di un paese e/o quartiere a migliorare il loro ambiente di vita rendendosi partecipi dello sviluppo di progetti legati ai propri bisogni e desideri e attivando le proprie risorse.

Per questo progetto pilota, della durata di 3 anni, il CDSA ATTE di Biasca ha proceduto all'assunzione temporanea di due operatrici a tempo parziale che svolgeranno un lavoro direttamente nei quartieri e paesi delle Tre Valli. Inizialmente si procederà ad una valutazione del contesto sociale attraverso delle interviste e l'osservazione del territorio, e in seguito si implementeranno le seguenti attività:

- valutazione, creazione e implementazione di azioni dirette e indirette che mirano al miglioramento della qualità di vita e allo sviluppo dei legami sociali;
- costituzione di un gruppo di abitanti, in sinergia con i CDSA, con l'obiettivo di creare la rete informale;
- stimolazione delle persone della rete informale nella ricerca di soluzioni per migliorare la propria qualità di vita e la vita della regione utilizzando le proprie risorse e cercando soluzioni inedite.

Con il progressivo potenziamento della rete informale ci sarà una conseguente diminuzione dell'intervento delle operatrici che si sposteranno in un'altra zona, mantenendo un ruolo di supervisione e supporto in caso di necessità.

Il progetto sarà implementato dal CDSA con la supervisione e il coordinamento del responsabile del centro.

9.2 Badanti

Nella precedente pianificazione si era riferito delle conclusioni del gruppo di lavoro che aveva proposto di gestire il crescente fenomeno dell'offerta di badanti, complementare a quella del SACD, tramite il modello della mediazione. Due servizi si erano messi a disposizione per sperimentare questo modello: il SACD del Mendrisiotto e Basso Ceresio assumendo in proprio l'attività di collocamento, e quello del Locarnese e Vallemaggia collaborando con enti esterni.

Al termine del periodo di sperimentazione (primavera 2011) è stata avviata la collaborazione con l'Associazione Opera Prima, che aveva iniziato a settembre 2010 ad occuparsi del collocamento di badanti impiegando una persona a tempo pieno.

Il SACD del Mendrisiotto e Basso Ceresio ha quindi trasferito a quest'ultima tutte le attività di collocamento, mettendo a disposizione la propria collaboratrice per delle consulenze.

Una cellula del gruppo di lavoro si è inoltre occupata di definire in dettaglio le attività di collocamento gestite da Opera Prima e quelle di competenza del SACD, nonché di quantificarne i costi. È stato quindi proposto di istituire presso i servizi una figura professionale che funga da punto di riferimento per le famiglie ("antenna badanti").

L'estensione d'attività a questo settore, nonché la professionalizzazione delle competenze gestionali, non sono state evidenti per un'Associazione quale Opera Prima, che aveva sino ad allora un'attività modesta ed una struttura ancora fortemente basata sul volontariato. Inizialmente si sono presentati problemi gestionali di vario genere, che hanno portato ad una riorganizzazione dell'Associazione. All'inizio del 2013 il Comitato è stato allargato a professionisti del settore (direttori di SACDip, Pro Senectute e Pro Infirmis), specializzandosi nei vari ambiti di attività.

Nel corso del mese di giugno 2013 il Dipartimento delle finanze e dell'economia, sollecitato dai sindacati, ha ritenuto opportuno convocare l'UACD in merito alle difficoltà riscontrate dall'Ispettorato del lavoro nella verifica delle situazioni di mancato rispetto dei contratti di lavoro, verifiche rese difficili dal tipo di attività

(famiglie che assumono una collaboratrice che lavora presso la loro economia domestica).

L'UACD ha illustrato il percorso svolto fino a quel momento: partendo, nel 2009, da una situazione di assenza di regolamentazione, si è arrivati a definire un modello nel quale la collaborazione fra SACD ed agenzie di collocamento consente di garantire la sicurezza e la qualità della prestazione, nonché il rispetto delle norme legali riguardanti permessi e condizioni di lavoro. Esistono ancora alcune piccole problematiche in merito a quest'ultimo aspetto, dovute alla particolarità del rapporto di lavoro, caratterizzato in particolare da aspettative a volte esagerate dell'utente/famiglia (soprattutto per le badanti che vivono al domicilio dell'utente) e dalla situazione di debolezza tipica di questa figura sul piano del mercato del lavoro. Queste difficoltà potrebbero essere risolte, ma nella consapevolezza che estremizzando la regolamentazione si finirebbe con lo snaturare la figura della badante, rendendola meno attrattiva dal punto di vista dell'utente/famiglia.

Dopo il citato incontro, un piccolo gruppo di lavoro, formato dai rappresentanti sindacali, delle agenzie di collocamento (compresa Opera Prima) e dall'UACD si è incontrato una prima volta nel mese di luglio 2013. Durante quest'incontro i rappresentanti sindacali hanno posto l'obiettivo di elaborare un contratto collettivo di lavoro per le badanti, che non è però auspicato dalle agenzie di collocamento, le quali ritengono che l'attuale contratto di lavoro normale per il personale domestico costituisca una base di regolamentazione sufficiente. L'UACD, da parte sua, si è detto piuttosto interessato al completamento della messa in atto di quanto emerso dalla sperimentazione, in particolare alla creazione delle antenne badanti presso i SACDip. Infatti, l'aspetto delle condizioni di lavoro risulta già sufficientemente regolamentato (modello di contratto di lavoro adottato da Opera Prima, contratto normale di lavoro per gli altri collocamenti); le problematiche indicate da UNIA concernevano piuttosto la difficoltà oggettiva di verificare il rispetto di queste norme, data la particolare natura del settore.

Nell'agosto 2013 il sindacato UNIA ha richiesto un incontro al consigliere di Stato Paolo Beltraminelli con l'obiettivo di esporre la criticità della situazione delle badanti in Ticino e di verificare come, nell'ambito delle proprie competenze, il DSS potesse contribuire a migliorare tale situazione. A conclusione dell'incontro, avvenuto nel mese di novembre, è stata condivisa l'esigenza di disporre di un luogo d'incontro per le badanti, che possa fungere anche da alloggio d'emergenza. Il DSS si è impegnato a realizzare quest'esigenza nel corso del 2014, circoscrivendola ai veri casi di necessità ed emergenza. Il mandato di gestione è stato attribuito a Pro Senectute, che ha messo a disposizione un appartamento destinato alle badanti che si trovano temporaneamente in situazione di difficoltà.

Nel corso del 2014 si è inoltre proceduto a concretizzare l'istituzione delle figure delle "antenne badanti" all'interno dei 6 SACDip. È infatti stato adottato un mansionario condiviso e i servizi hanno proceduto alle assunzioni delle persone alle quali è stato affidato questo nuovo compito.

In conclusione, la sperimentazione ha permesso di confermare la validità del modello scelto dal gruppo di lavoro: quello dell'intervento dei SACDip in collaborazione con enti esterni, preferibilmente senza scopo di lucro, che si occupano del collocamento (mediazione). Dopo le iniziali difficoltà riscontrate, questo modello è stato realizzato grazie all'assunzione da parte dei SACDip delle "antenne badanti": i 6 operatori, attivi a tempo parziale, hanno due compiti principali:

- fornire prime informazioni di tipo generale sul funzionamento del collocamento delle badanti: tipi di collocamento, ruolo della badante, elenco delle ditte di collocamento autorizzate, quadro giuridico di riferimento; interazione fra SACDip e antenna badanti, gestione delle situazioni d'emergenza (es. appartamento);
- contribuire a garantire un'assistenza di qualità e promuovere il dialogo tra il SACD di riferimento, l'utente, la famiglia e la badante.

Queste figure sono ora attive da un paio d'anni con generale soddisfazione da parte dell'utenza. Si incontrano regolarmente per condividere esperienze e modalità di lavoro e danno riscontro dell'attività svolta all'UACD.

Nel frattempo è stata sviluppata una formazione *ad hoc* per le collaboratrici familiari con ottenimento di un diploma cantonale. L'ottenimento del titolo ha permesso alle nuove figure professionali di:

- entrare maggiormente in contatto con gli operatori della rete socio-sanitaria;
- riconoscere le competenze professionali e relazionali;
- migliorare l'integrazione sociale e il confronto con le colleghe.

Per quanto concerne le antenne badanti, dopo gli ultimi anni di attività è in corso una riflessione con i partner (SACDip, Pro Senectute, ecc.) su aspetti quali il ruolo, i compiti e le competenze degli operatori.

9.3 Consulenza materno pediatrica

L'ambito della Consulenza materno pediatrica richiede un'introduzione che chiarisca il contesto in cui s'inserisce questo servizio e quali sono i motivi di riorganizzazione dello stesso.

Per quanto riguarda la riprogettazione dei consultori genitori e bambino, ricordiamo che nel 2005 il Consiglio di Stato aveva dato mandato alla SUPSI di analizzare le prestazioni delle infermiere consulenti materno pediatriche (ICMP) operative nei SACDip. Il Rapporto SUPSI del 2007 evidenziava, tra le altre cose, il bisogno di coordinare questa prestazione senza stravolgere l'attuale assetto istituzionale dei consultori.

Nella pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio del 2011-2014, approvata dal Gran Consiglio nel 2013, sono stati ripresi gli elementi centrali del rapporto della SUPSI, auspicando la ridefinizione del ruolo delle ICMP e l'allineamento le prestazioni offerte con i bisogni della popolazione di riferimento.

Negli anni successivi, le conclusioni del rapporto SUPSI sono state implementate solo parzialmente. È stato approntato un piano di formazione per le consulenti durante gli anni 2011-2012, mentre il coordinamento delle ICMP distribuite nei vari servizi è rimasto un obiettivo non realizzato. Nel corso del 2013 l'UACD ha quindi deciso di costituire un gruppo di lavoro, affidandogli il mandato di sviluppare un concetto di coordinamento dei Consultori genitori e bambino ticinesi e del progetto genitori.

Nel corso del 2014 è stato presentato il documento finale alla Direzione del Dipartimento e, in un secondo tempo, alle direzioni e ai presidenti dei SACD; questi ultimi hanno espresso delle criticità sulle misure individuate dal gruppo di lavoro, in

particolare concernenti l'impatto finanziario e la collaborazione con i medici pediatri sul territorio cantonale.

La Commissione consultiva dei comuni ha quindi proposto di creare, sotto il coordinamento dell'UACD, un gruppo di lavoro ristretto con rappresentanti dei SACDip e dell'Associazione dei pediatri della Svizzera italiana, con l'obiettivo di riprogettare l'attività dei consultori genitore bambino, migliorare la collaborazione con i medici pediatri sul territorio e definire le modalità di avvio del coordinamento. Ciò considerato, con risoluzione del 15 dicembre 2015, il Consiglio di Stato ha costituito tale gruppo di lavoro, il cui rapporto è in fase redazione finale e sarà consegnato nel corso del 2018.

9.4 Settore CpA

9.4.1 Accoglienza diurna

Come illustrato nel capitolo 9.1, nel corso del 2011 l'UACD si è chinato nella riorganizzazione del settore dei centri diurni e, dopo una prima valutazione di quanto esisteva in entrambi i settori, l'Ufficio, in collaborazione con l'Ufficio del medico cantonale, ha deciso di procedere nel 2014 con una pubblicazione che mettesse ordine in questo comparto e potesse essere utilizzata da tutti i professionisti della rete socio-sanitaria. Attraverso il nuovo documento sono state chiarite le tipologie di centri diurni finanziabili sulla base delle due leggi di riferimento per l'ufficio (LACD e LAnz). La pubblicazione chiarisce inoltre quali sono i destinatari previsti per tipologia di struttura, le prestazioni offerte, così come i costi e le modalità di accesso.

Questa riorganizzazione ha permesso di delineare una nuova tipologia di offerta per il settore mantenimento a domicilio: l'accoglienza diurna delle case per anziani. Questa prestazione, offerta attualmente solo da poche strutture, è pensata per condividere gli spazi, i servizi e le attività ricreative della casa con persone che risiedono ancora al proprio domicilio. Le finalità dell'offerta sono la presa in carico di persone che necessitano di assistenza per l'attività di base della vita quotidiana, lo sgravio dei caregivers e l'avvicinamento alla vita collettiva della casa per anziani. Alcune case offrono questa prestazione anche per sostenere le famiglie durante il periodo di attesa per il posto in casa per anziani del proprio congiunto. I costi per questa prestazione sono limitati in quanto si utilizzano gli spazi già presenti nella struttura, così come l'animazione e altri servizi. In quest'ultimo periodo, con l'aumentare delle richieste da parte delle strutture per questo tipo di prestazione, si stanno elaborando degli standard quantitativi, finanziari e qualitativi, operazione che finora è stata impossibile da realizzare visto lo scarso numero di strutture che offrivano accoglienza diurna.

L'accoglienza diurna è funzionale per alcune realtà limitrofe in cui le strutture intermedie non sono presenti o sono difficilmente raggiungibili oppure per le persone che vogliono avvicinarsi gradualmente alla realtà della casa per anziani. Tuttavia si tratta di un'offerta che alcune persone rifiutano proprio poiché faticano ad accettare l'avvicinamento alla realtà istituzionale che ha ancora spesso una connotazione negativa. A questo proposito crediamo sia importante sottolineare che il settore delle case per anziani sta da anni lavorando in un'ottica di apertura verso la vita collettiva

dei paesi e delle città. Si sta lavorando per la creazione di luoghi di vita in cui possono coesistere varie realtà, generazioni, ambienti e in cui i residenti e i loro familiari si sentano ancora parte attiva della società.

9.4.2 Reti di case per anziani

Secondo il documento relativo al Progetto Roadmap 2013-2014⁴ una delle leve di contenimento dei costi per quanto concerne le strutture per anziani consisteva nelle economie di scala derivanti dal raggiungimento di una dimensione economicamente ottimale degli istituti. La via maggiormente praticabile per ottenere una dimensione ottimale è quella della creazione di reti di istituti.

Vi sono già delle realtà di strutture in rete sul territorio cantonale. Case per anziani della stessa proprietà, gestite in reti di due o più strutture, come le Case per anziani San Giuseppe di Tesserete e la Casa don Guanella di Castel San Pietro, di proprietà dell'Opera don Guanella, le Case per anziani comunali di Chiasso, Casa Soave e Casa Giardino, e le 6 strutture di proprietà della Città di Lugano. Inoltre, è in fase finale di strutturazione l'Ente Case anziani Mendrisiotto (ECAM), che aggrega i 5 istituti operanti sul territorio della città di Mendrisio, ed è in fase iniziale di strutturazione la rete delle case per anziani operanti nel territorio della nuova città di Bellinzona.

Considerata l'importanza di questo tema sul piano strategico e le sue implicazioni qualitative e finanziarie, con risoluzione governativa nr. 5417 del 7 dicembre 2016, il Consiglio di Stato ha autorizzato la DASF a conferire un mandato alla SUPSI con lo scopo di allestire un'analisi istituzionale e organizzativa finalizzata a promuovere logiche di rete nel settore delle Case per anziani. Il progetto, denominato CPA-Net, è in fase di realizzazione e sarà ultimato nel corso del 2018.

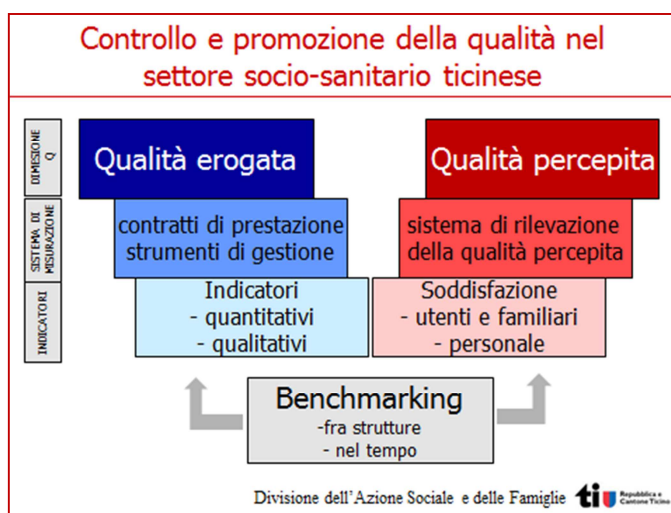
9.5 Progetti intersettoriali ACD e CpA

9.5.1 Inchiesta sulla qualità percepita

Con la risoluzione n. 2723 del 27/5/2008 il Consiglio di Stato ha autorizzato il mandato alla SUPSI di rilevare il grado di soddisfazione delle persone residenti, dei familiari/persona di riferimento e dei collaboratori di tutte le Case per anziani presenti in Canton Ticino (e in seguito degli utenti/familiari e dei collaboratori dei servizi di assistenza e cura a domicilio), definendo così il fulcro del sistema di controllo e promozione della qualità nel settore socio-sanitario cantonale.

⁴ Con DL 27 gennaio 2014, il Gran Consiglio della Repubblica e Cantone Ticino ha approvato il Messaggio governativo n. 6875 del 13 novembre 2013 concernente il piano d'azione per la concretizzazione del programma di risanamento finanziario (Roadmap 2013-2014), definito dallo stesso Gran Consiglio con DL 20 dicembre 2012.

Figura 9: Sistema di controllo e promozione della qualità



In questo arco temporale si è avuto modo di raccogliere valutazioni e suggestioni di quasi la metà delle persone residenti nelle strutture ticinesi e di oltre la metà dei loro familiari/persone di riferimento, constatando un buon livello di soddisfazione, crescente nel tempo.

La valorizzazione del tassello "qualità percepita" all'interno del sistema di promozione e controllo della qualità attuata dal Cantone si sostanzia:

- nell'adozione di strumenti di indagine omogenei per ciascuna tipologia di servizio (Case per anziani, Servizi di assistenza e cura a domicilio, Centri diurni terapeutici, ecc.) e di una metodologia che garantisce continuità nel tempo ed è caratterizzata da un costante scambio e coinvolgimento di tutte le parti in causa;
- nell'attribuzione ad un unico team di ricerca del Centro Competenza Anziani della SUPSI (di seguito CCA), esterno ai servizi, di tutte le rilevazioni (utenti, familiari e operatori), con particolare cura e attenzione alla scelta e alla preparazione dei professionisti incaricati dell'effettuazione delle interviste agli utenti;
- nella scelta di utilizzare strumenti di rilevazione specifici ma tra loro comparabili⁵, che consentono l'espressione di un giudizio in merito all'intero pacchetto di servizi offerti, integrando l'approccio quantitativo con quello qualitativo;
- nell'attribuzione di un importante valore al contributo diretto degli utenti, a cui si propone un'intervista faccia a faccia, con la possibilità quindi di considerare e approfondire anche diversi fattori che giocano un ruolo determinante per la loro qualità di vita.

⁵ Per ciascuna tipologia di servizio sono stati predisposti questionari rivolti agli utenti (sommministrati mediante intervista), a familiari/persone di riferimento e al personale (autocompilati in versione on-line o cartacea). Tutti i questionari sono composti da domande a risposta chiusa di valutazione quantitativa (su una scala di valutazione a 6 valori) e da domande aperte e spazi in cui i partecipanti possano esprimere liberamente osservazioni e suggerimenti rispetto alle diverse tematiche trattate. La procedura di somministrazione adottata garantisce a tutti i partecipanti l'anonimato.

Al momento attuale nella totalità delle CpA sono state effettuate 2 rilevazioni a residenti e familiari (2009-2011 e 2013-2015) ed è in corso la terza rilevazione che terminerà alla fine del 2018. Nel 2012-2013 è stata effettuata una prima rilevazione agli operatori delle CpA, la seconda partirà nel 2018.

Relativamente al settore ACD, nel 2012-2013 è stata effettuata la prima rilevazione al personale dei SACD, delle OACD e dei Centri diurni terapeutici (CDT) mentre è in corso l'elaborazione dei dati della prima rilevazione di utenti e familiari dei SACDip, delle OACD, degli Infermieri indipendenti contrattualizzati e dei CDT, avviata nel 2013 e terminata a metà 2017.

Le opzioni metodologiche, di chiaro approccio partecipativo, accanto al sostegno delle direzioni e del personale dei servizi, all'appoggio ed al coinvolgimento costante dei partner istituzionali, alla partecipazione delle persone alle rilevazioni e al ruolo chiave attribuito alle restituzioni dei risultati⁶, si stanno nel tempo rivelando particolarmente interessanti e costruttive. Emergono nuove sensibilità che rivelano aspetti e attenzioni sempre più raffinate, tanto nelle persone residenti che nei familiari delle CpA, così come nell'utenza primaria e secondaria del settore ACD, in particolare la centralità del tema dell'autodeterminazione.

9.5.2 *Bienveillance*

La DASF, su indicazione dell'UACD e di Pro Senectute Ticino e Moesano ha conferito al CCA della SUPSI il mandato di approfondire il fenomeno del maltrattamento nella percezione del personale attivo nelle CpA ticinesi. Le riflessioni che sono scaturite dal team di ricerca SUPSI e dal gruppo di accompagnamento alla ricerca hanno portato alla scelta di un orientamento teso a favorire l'approccio della *bienveillance* nelle strutture residenziali per anziani e ad acquisire, al contempo, elementi che stanno alla radice dei fenomeni di maltrattamento, identificandone i relativi fattori di rischio e protezione e sensibilizzando i collaboratori delle CpA alle tematiche considerate. Il concetto di *bienveillance*, nato in Francia a metà degli anni '90 nel settore della prima infanzia, si è esteso progressivamente nelle istituzioni socio-sanitarie che accolgono persone in condizioni di fragilità. Questo approccio è caratterizzato dal percorso che organizzatori e professionisti sono chiamati a compiere al fine di sviluppare una cultura comune che metta al centro il rispetto incondizionato della persona e della sua volontà. La ricerca, basata sull'adesione volontaria e l'alto coinvolgimento delle direzioni e dei collaboratori delle strutture, ha coperto un asse temporale di due anni (settembre 2013–novembre 2015) ed ha coinvolto un campione di 17 CpA per un totale di 1.163 posti letto, pari al 29% dei posti letti disponibili nelle CpA del Cantone, stratificato per dimensione, ubicazione geografica delle stesse e natura giuridica degli enti proprietari.

I risultati, raccolti attraverso l'osservazione strutturata e la somministrazione di apposite schede, fanno riferimento ai diversi aspetti etico-valoriali, organizzativi e strutturali che impostano e orientano l'andamento e il clima istituzionale, come anche agli aspetti cognitivi ed emozionali che le persone mettono in campo per indirizzare il

⁶ In ciascun servizio vengono effettuati, da parte del team di ricerca, incontri, diversificati per livello di approfondimento e durata, di restituzione dei risultati alle direzioni e ai quadri intermedi delle strutture, a tutto il personale, agli utenti e alla famiglie. Le direzioni ed i quadri intermedi dei servizi partecipano inoltre a specifici incontri di confronto dei risultati.

proprio comportamento e atteggiamento. Il progetto ha consentito di individuare interessanti piste di riflessione inerenti le rappresentazioni e le visioni dei 787 operatori coinvolti e di comprendere meglio l'assetto e lo stile relazionale presenti nelle CpA. L'osservazione ha permesso di identificare in tutte le strutture una positiva tensione alla ricerca di soluzioni, di innovazioni e attenzioni che si coniugano appieno con i valori fondanti dell'approccio *bienveillance*, a partire dalla sfida della promozione e del rispetto dell'autodeterminazione delle persone in un contesto di vita comunitario. Le indicazioni emerse dai risultati, restituite singolarmente ad ogni struttura, hanno composto un quadro complessivo che permette di evincere alcune indicazioni generali che pongono lo stile manageriale, le conoscenze gerontologiche-geriatriche, il clima culturale della struttura e i valori di riferimento agiti nella quotidianità, come elementi centrali per la promozione della *bienveillance* e la prevenzione dei maltrattamenti. L'approccio scelto è stato colto favorevolmente dal gruppo dei responsabili delle CpA campione, che hanno vissuto la ricerca come un'opportunità per la loro struttura di ri-guardarsi e utilizzare sinergicamente gli stimoli proposti nei diversi momenti costitutivi l'indagine come momento formativo e di ripensamento. Anche da parte degli operatori coinvolti nella ricerca si sono ricevuti feed-back di conferma dell'attitudine di apertura mostrata dai quadri delle strutture.

Questi elementi, sostenuti dall'interesse mostrato nel corso del momento di diffusione dei risultati a tutte le CpA che operano nel Cantone (8-giugno-2016) ha portato il gruppo di accompagnamento a proporre all'UACD, nel settembre 2016, di tramutare la ricerca in un progetto cantonale *bienveillance* di più ampio respiro, aperto a tutte le CpA ticinesi che desiderano aderirvi nel corso dei prossimi anni. Il progetto (2016-2021) si basa sulla metodologia adottata per la ricerca, arricchita di un ulteriore momento di sensibilizzazione e scambio rivolto alle famiglie ed alle persone residenti nelle CpA. A cadenza triennale, i dati e le osservazioni raccolte, consentiranno un aggiornamento delle tendenze riscontrate a livello cantonale. Nel corso del 2016 hanno aderito al progetto *bienveillance* 3 CpA e tra gennaio e luglio 2017 altre 4.

L'8 novembre 2016 il Gruppo di lavoro (GdL) *bienveillance* ha promosso un pomeriggio studio presso la Sala Aragonite di Manno destinato a tutti gli operatori della rete socio-sanitaria. L'iniziativa ha riscosso un enorme successo tra gli operatori della rete, da indurre il GdL a riflettere ulteriormente sul tema sia in termini di formazione e sensibilizzazione sia di definizione di protocolli e linee direttive sul tema.

9.6 La pianificazione e le strategie di presa in carico specialistica

9.6.1 Strategia demenze

9.6.1.1 Strategia nazionale

La “Strategia nazionale sulle demenze 2014-2017”⁷ è incentrata sulle persone affette da demenza e su coloro che le seguono quotidianamente (i cosiddetti “caregivers”); l’obiettivo è promuovere una migliore comprensione delle diverse malattie che si manifestano sotto forma di “demenza” e, allo stesso tempo, agevolare l’accettazione sociale delle persone che ne sono affette, riducendo i pregiudizi verso questa malattia. L’altro obiettivo della strategia nazionale è di garantire a tutte le persone affette da demenza l’accesso in ogni stadio della malattia a prestazioni mirate e pertinenti, volte al mantenimento di una qualità di vita dignitosa.

Figura 10: Aree d’intervento strategia nazionale sulla demenza 2014-2017



⁷ Strategia nazionale sulla demenza 2014-2019 - <https://www.bag.admin.ch/bag/it/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie-2014-2017.html>

9.6.1.2 Strategia cantonale

Con Risoluzione del 23 dicembre 2014 il Consiglio di Stato, su proposta del DSS, ha istituito un GdL incaricato di elaborare la strategia cantonale sulle demenze. Le persone individuate per farne parte sono state selezionate in base alla loro conoscenza ed esperienza diretta nel settore di queste patologie. Il GdL si è riunito regolarmente ogni tre settimane fino a metà febbraio 2016.

La strategia cantonale⁸ si concentra in particolar modo sulla presa in carico al domicilio delle persone affette da demenza e del loro entourage familiare durante le diverse fasi della malattia, senza trascurare anche la presa in carico stazionaria. Quest'ultima sarà oggetto di approfondimenti tesi a studiare i differenti approcci e filosofie delle cure più efficaci.

Nella tabella e nella figura seguenti sono riportati gli ultimi dati messi a disposizione dall'Associazione Alzheimer in merito al fenomeno delle demenze nel nostro Cantone.

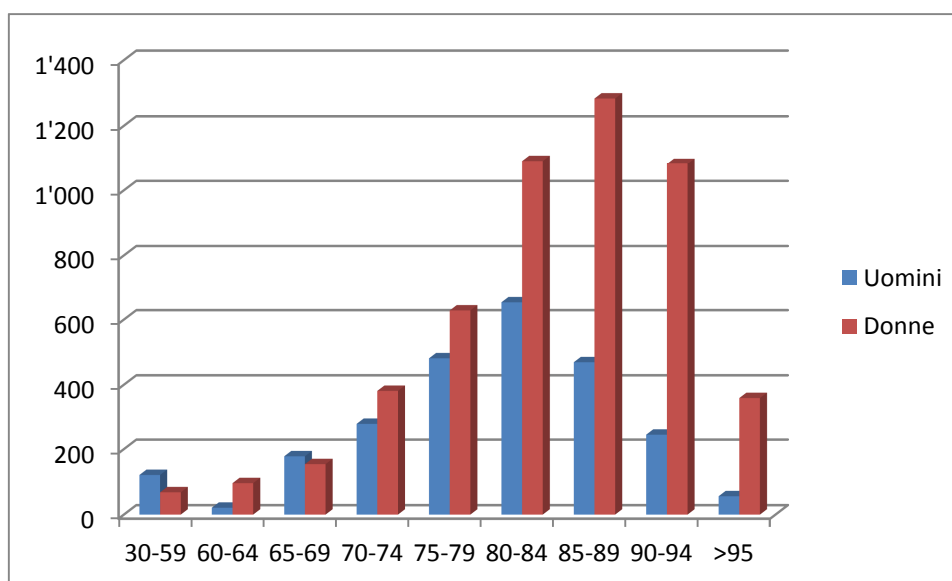
Tabella 29: Popolazione residente in Ticino affetta da demenza (dati 2016)

Anni	Tasso di prevalenza		Popolazione residente permanente		Numero di persone affette da demenza in Ticino		
	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Uomini	Donne	Totale
30-59	0.16%	0.09%	75'574	76'003	121	68	189
60-64	0.20%	0.90%	10'276	10'683	21	96	117
65-69	1.80%	1.40%	9'865	10'978	178	154	331
70-74	3.20%	3.80%	8'643	10'022	277	381	657
75-79	7.00%	7.60%	6'872	8'259	481	628	1'109
80-84	14.50%	16.40%	4'506	6'661	653	1'092	1'746
85-89	20.90%	28.50%	2'242	4'501	469	1'283	1'751
90-94	29.20%	44.40%	835	2'440	244	1'083	1'327
>95	32.40%	48.80%	172	735	56	359	414
Totale			118'985	130'282	2'498	5'144	7'642

Fonte dati: Associazione Alzheimer

⁸ Strategia cantonale sulle demenze - <http://www4.ti.ch/dss/dsp/umc/cosa-facciamo/strategia-cantonale-sulle-demenze/>.

Figura 11: 7'600 persone affette da demenza in Ticino (2016)



In termini di prospettiva, secondo lo scenario mediano (di riferimento), nel 2020 le persone affette da demenze aumenteranno nel nostro Cantone a ca. 9'250 (+21% rispetto al 2016) e nel 2030 a ca. 12'700; in questo contesto, si stima un aumento più che proporzionale della prevalenza dei casi di persone affette da demenza nella fascia di età 30-59 anni. Tutto ciò indica che è necessario lavorare sulla diagnosi tempestiva della malattia, attraverso in particolare la formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari e attraverso la sensibilizzazione al fenomeno.

9.6.1.3 La strategia nel settore ACD

Tra i progetti legati alle raccomandazioni contenute nella strategia cantonale merita particolare attenzione il progetto IncontrArti, che prende spunto dalle esperienze del "Meet me" del Modern Art Museum di New York e dal progetto "A più voci" di Palazzo Strozzi di Firenze, adattandole alle peculiarità del nostro territorio, in cui si avvicina il mondo dell'arte al fenomeno delle demenze.

Il progetto è stato sviluppato grazie alla collaborazione tra l'UACD, l'Ufficio del medico cantonale, ProSenectute e il Museo Vela di Ligornetto.

Il progetto si prefigge l'obiettivo di abbattere le barriere sociali, diminuire la stigmatizzazione nei confronti della malattia, migliorare la qualità di vita della persona affetta da demenza e del caregiver e sostenere quest'ultimo nella presa in carico al domicilio.

Per permettere lo sviluppo del progetto sono stati formati alcuni operatori dei centri diurni di ProSenectute e alcune operatrici museali, al fine di acquisire il know-how per espletare questo delicato ruolo di avvicinamento dell'arte alla demenza.

I destinatari del progetto pilota sono le persone affette da demenza, che frequentano centri diurni terapeutici o socio-assistenziali di Pro Senectute, e i loro caregivers.

Il progetto si articola in due parti: la prima consiste in una visita del museo con l'osservazione dell'opera scelta e la costruzione immaginaria di una storia o una poesia che ne illustri la creazione, mentre la seconda prevede degli atelier espressivi e creativi in cui si prevede la suddivisione delle persone affette da demenza e dei caregivers, al fine di permettere a questi ultimi di avere un momento dedicato a loro

stessi dove potersi confrontare e condividere le proprie esperienze con persone che vivono quotidianamente una situazione simile.

Nel corso del 2017 è stata avviata un'attività di visita al museo per sperimentare l'attività di osservazione dell'opera e per permettere alle operatrici formate di mettere in pratica quanto loro insegnato.

In ambito domiciliare si prevede anche il potenziamento del Gruppo Memoria Arcobaleno⁹ offerto dall'Associazione Alzheimer Ticino e rivolto a persone affette da disturbi della memoria in fase iniziale. Esso ha lo scopo di accogliere la persona valorizzando la sua identità attuale e stimolando ed attivando le capacità mentali attraverso delle attività e tecniche idonee. Inoltre si propone di sollecitare le dinamiche relazionali, intellettive e affettive in una forma semplice e piacevole per contrastare l'apatia e la chiusura depressiva.

Nel 2017 è stato creato da Pro Senectute un servizio di sostegno ai familiari curanti di persone affette da problematiche cognitive, in particolare dal morbo di Alzheimer, che frequentano i CDT.

Il Servizio ha lo scopo di dare un supporto mirato, con un tempo determinato, presso il domicilio del familiare curante, al fine di migliorare la sua qualità di vita e prevenire fenomeni di esaurimento. L'obiettivo è quello di permettere al familiare curante di assentarsi dal proprio domicilio per motivi di svago o altri bisogni, garantendo la sicurezza della persona affetta da demenza, avvalendosi di volontari qualificati che possono contare sul supporto professionale dell'équipe del centro di riferimento.

Da aprile 2017 è stato previsto un periodo di sperimentazione e osservazione presso il CDT di Muralto con l'obiettivo di effettuare un rapporto di valutazione a dicembre 2017, al fine di proporre eventuali modifiche e verificare possibilità di estensione del Servizio anche agli altri centri diurni di Pro Senectute.

9.6.1.4 La strategia nel settore CpA

Per quanto concerne il settore stazionario, ovvero delle case per anziani, nell'ambito della strategia cantonale sulle demenze sono stati intrapresi i seguenti progetti:

- analisi dei modelli di presa in carico all'interno delle strutture al fine di misurare gli effetti della filosofia di cura;
- sperimentazione del reparto "Oasi" presso la casa anziani di Castelrotto, il cui scopo è di prendere in carico persone allettate affette da demenza mediante l'approccio del Gentlecare. Si tratta di un modello di assistenza orientato alla preparazione del personale assistenziale e dei caregivers alla cura della persona affetta da demenza. Si promuove un orientamento che, piuttosto che concentrarsi sul comportamento della persona colpita, incoraggia un adattamento dell'ambiente fisico e sociale in cui la persona deve operare. Ciò comporta un cambiamento significativo del modo in cui si pensa e agisce nell'assistenza alla persona affetta da demenza. Si aiutano le famiglie e il personale di assistenza a identificare e rimuovere i fattori di stress dall'ambiente che circonda la persona affetta da demenza. Essi sono incoraggiati a fornire strategie e programmi

⁹ Gruppo Memoria Arcobaleno: <http://www.alz.ch/ti/index.php/scambio-di-esperienze-276.html>

- efficaci, che aiuteranno l'individuo a vivere più confortevolmente nel proprio ambiente;
- studio sulla prevalenza delle demenze mediante il fondo nazionale sulla ricerca.

Inoltre, si prevede di potenziare l'accoglienza diurna presso le case per anziani al fine di permettere alle persone compromesse di beneficiare di una serie di servizi presenti all'interno delle strutture. Questo faciliterebbe anche il passaggio dal domicilio all'ingresso in casa per anziani.

9.6.2 Strategia cure palliative

9.6.2.1 Strategia nazionale

Confederazione e Cantoni hanno istituito nel 2008 la Commissione nazionale di promozione delle cure palliative. Sotto la direzione dell'Ufficio federale della sanità pubblica e della Conferenza dei Direttori della sanità, circa 80 esperti hanno condotto da gennaio a giugno 2009 un rilevamento sulla necessità d'intervento nell'ambito delle cure palliative in Svizzera ed elaborato provvedimenti in materia. Il rilevamento ha evidenziato lacune in cinque settori: assistenza, finanziamento, sensibilizzazione, formazione e ricerca.

Le principali criticità nel contesto dei cinque settori sono le seguenti:

- Nel settore dell'**assistenza** si evidenzia la necessità di un'offerta di cure palliative che copra tutto il territorio nazionale. Inoltre sono assenti definizioni e criteri di qualità per le varie prestazioni nonché una pianificazione dell'assistenza a livello cantonale.
- Nel settore del **finanziamento** vanno chiarite le modalità di pagamento delle prestazioni di cure palliative che non fanno parte delle prestazioni obbligatorie ai sensi della LAMal. A ciò va ad aggiungersi il problema delle prestazioni di cure palliative rimborsate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) che in parte superano i limiti fissati dalla LAMal o della forma di rimborso che risulta essere troppo poco specifica, poiché l'intensità di cure e trattamenti è più elevata per i pazienti sottoposti a cure palliative. Vanno elaborate soluzioni soprattutto nell'ambito delle prestazioni a distanza dal paziente.
- Nell'ambito della **sensibilizzazione** della popolazione bisogna partire dal presupposto che molte persone non sappiano cosa si intenda quando si cita il concetto di cure palliative.
- Per quanto riguarda la **formazione**, regnano concezioni molto diverse sulle competenze necessarie in materia di cure palliative. Nella formazione di base di tutte le professioni sanitarie esistono i fondamenti necessari per integrare le cure palliative nel percorso formativo. Tuttavia, l'obbligatorietà e l'attuazione di queste disposizioni hanno raggiunto gradi di sviluppo molto diversi. Mancano ancora le qualifiche di perfezionamento specifiche in medicina umana (p. es. titolo di specializzazione, titoli di formazione approfondita o certificati di perfezionamento FMH).
- La **ricerca** nel settore delle cure palliative non si è ancora ampiamente affermata e presenta varie lacune. Al momento, non è in grado di contribuire in misura decisiva allo sviluppo delle cure palliative e non esistono rilevamenti regolari di fondamentali parametri statistici.

9.6.2.2 Strategia cantonale

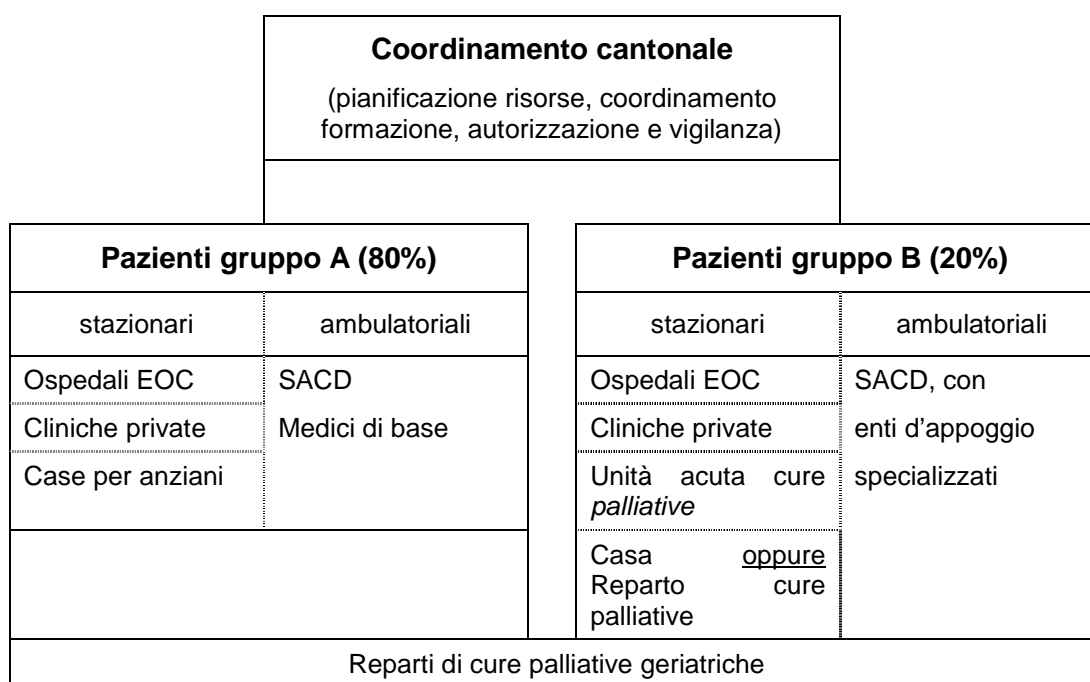
Al fine di declinare la strategia nazionale sul piano cantonale, con la Risoluzione governativa 1903 del 29 marzo 2011 il Consiglio di Stato ha istituito un Gruppo di lavoro incaricato di “elaborare un primo progetto operativo al fine di valutare la possibilità di implementare nel Cantone Ticino una strategia di Cure palliative”. Il Gruppo di lavoro, presieduto dall’Ufficio del medico cantonale, ha presentato il suo rapporto nel 2012; esso contiene le indicazioni per definire la struttura della rete specializzata di cure palliative in Ticino e la stima dei costi d’implementazione della strategia.

È stato valutato e scelto quale scenario di riferimento un modello d’implementazione della strategia nazionale di cure palliative che tenesse conto delle realtà e specificità del Canton Ticino. In base a tale modello è stata effettuata una stima di massima sia per gli oneri per l’implementazione del sistema di cure palliative (formazione del personale e costi d’investimento per nuove strutture) sia per i costi di gestione supplementari che ne derivano (costi di gestione corrente di nuove strutture e necessità di prevedere una ripetizione della formazione sufficiente ad assicurare il mantenimento del livello complessivo di formazione nonostante il fisiologico ricambio del personale).

Il modello scelto tiene conto di una suddivisione dei pazienti in due gruppi. La suddivisione è stata operata dall’Associazione cappello nazionale palliative.ch sulla base delle esperienze accumulate sinora.

I pazienti bisognosi di cure palliative sono suddivisi in pazienti tipo A, con il fabbisogno di cure palliative generali integrate nelle cure di base e pazienti tipo B, con il fabbisogno di cure palliative specializzate, come illustrato dalla Figura 12.

Figura 12: Modello cantonale di rete cure palliative



Modello cantonale di rete delle cure palliative

Attraverso la suddivisione del paziente palliativo di tipo A e B, è stato possibile definire i parametri di calcolo per eventuali aumenti di stipendio dovuti alle formazioni specifiche richieste per le diverse strutture, a dipendenza del grado di specializzazione all'interno del sistema di presa in carico dei pazienti palliativi.

Il rapporto giunge alla conclusione che per avviare il primo passo verso una rete di cure palliative specializzate in Ticino si devono prevedere tre moduli:

Modulo 1: formazione del personale sanitario

Modulo 2: creazione di reparti di cure palliative geriatriche per pazienti preferibilmente sopra i 65 anni di età corrispondente a 40 posti letto presso 2-4 Case per anziani

Modulo 3: creazione di una casa/reparto cure palliative.¹⁰

9.6.2.3 La strategia nel settore ACD

Nell'ambito dell'implementazione della strategia cure palliative, nel settore assistenza cure a domicilio e servizi d'appoggio, si è proceduto con la formazione del personale.

In particolare, per quanto concerne i servizi d'appoggio, nel 2017 è stata riconosciuta, in via transitoria, una quota parte delle direzioni sanitarie di Hospice e Triangolo con l'obiettivo di arrivare nel 2019 ad avere personale medico con riconoscimento FMH con specializzazione in cure palliative.

In termini qualitativi, una possibilità che avvicinerrebbe il settore agli intendimenti della strategia sarebbe la modifica dell'obiettivo dei servizi, che non punterebbe più al numero di utenti seguiti nell'anno, ma al numero di consulenze eseguite al domicilio dell'utenza, aumentando la percentuale di decessi al domicilio.

Sarebbe inoltre interessante sviluppare un progetto di rete di cure palliative che coinvolga gli istituti stazionari e quelli domiciliari al fine di creare un percorso di presa in carico dell'utenza palliativa.

Un progetto pilota che va nella direzione sopra indicata sarà realizzato dallo IOSI e da Hospice Ticino.

Inoltre nel 2016, attraverso il servizio d'appoggio Hospice è stato conferito un mandato ad uno specialista in cure palliative per effettuare un'analisi all'interno delle case per anziani ticinese, con i seguenti obiettivi:

- Presa di coscienza che gli ospiti della struttura con ogni probabilità hanno o avranno dei problemi che necessitano di un approccio palliativo;
- Sviluppo di un pensiero, una visione e una filosofia palliativa della casa, sposata e portata avanti da tutti i collaboratori;
- creazione delle premesse necessarie per curare *lege artis* in termini palliativi i pazienti di tipo A;
- creazione delle competenze per identificare i pazienti di tipo B;

¹⁰ Maggiori informazioni circa la strategia cantonale in materia di cure palliative sono consultabili sul sito dell'Ufficio del medico cantonale al seguente link: <http://www4.ti.ch/dss/dsp/umc/cosa-facciamo/cure-palliative/>.

- integrazione del supporto e della consulenza di seconda linea per pazienti di tipo B;
- garanzia della sostenibilità del progetto affinché sia duraturo nel tempo.

9.6.2.4 La strategia nel settore CpA

Nell'ambito del settore delle case per anziani si è partiti nel 2015 con un progetto pilota di posti letto di cure palliative (10) all'interno di Casa Serena a Lugano, dove si è proceduto alla formazione del personale per permettere una presa in carico specialistica.

La tabella seguente mostra alcuni dati di attività del reparto di cure palliative.

Tabella 30: Dati attività reparto cure palliative 2015-2017

Anno	N. pazienti	Età media	Giornate di cura
2015	80	78	3'695
2016	90	77	3'365
gen-giu 2017	54	76	1'541

Per quanto concerne le caratteristiche dei pazienti, la gran parte proviene da ospedali o cliniche e presenta patologie oncologiche (solo l'8% dei pazienti registrati nei tre anni presentava patologie non oncologiche, come: Alzheimer, BPCO, cardiopatia, arteriopatia, ecc.).

Inoltre, con Decreto legislativo del 22 giugno 2015, da parte del Gran Consiglio è stato concesso un credito di Fr. 1'385'000 per la creazione di un centro di competenze in cure palliative di 11 posti letto presso Casa Giardino di Chiasso. La messa in esercizio del reparto è prevista nel 2018.

10 Conclusioni

Con questo documento il Consiglio di Stato vuole iniziare a illustrare le sfide connesse all'evoluzione demografica con le quali saremo confrontati nei prossimi anni e le modalità con le quali intende farvi fronte.

Da circa un decennio assistiamo a un progressivo e sempre più marcato aumento della domanda di prestazioni nel settore ambulatoriale delle cure di lunga durata, vale a dire delle prestazioni di assistenza e cure a domicilio. Questo trend, destinato ad accentuarsi nel breve, medio e lungo periodo (come evidenziato da questa pianificazione), è stato certamente favorito e stimolato dalla strategia "prima l'ambulatoriale e poi lo stazionario", adottata dal nostro Cantone in linea con gli orientamenti e le indicazioni a livello nazionale, ma è stato sostenuto con forza anche dall'orientamento a rimanere al domicilio il più a lungo possibile radicato nei nostri anziani e, in particolare negli ultimi anni, dal mercato dei servizi e degli operatori del settore.

In parallelo, conviviamo con una pianificazione del settore stazionario delle cure di lunga durata (Pianificazione della capacità di accoglienza degli istituti per anziani 2010-2020) che è stata elaborata all'inizio del decennio, quando il trend di cui sopra non era ancora un obiettivo e, soprattutto, si avevano ancora lunghe liste di attesa per entrare in casa per anziani. Oggi, i segnali a livello svizzero e quelli che cominciano ad arrivare dal nostro territorio ci indicano una domanda in calo (in alcuni Cantoni, in netto calo) di posti letto in casa per anziani, a dimostrazione che l'effetto sostitutivo tra prestazioni di cura, di assistenza e di mantenimento a domicilio, da una parte, e di posti letto in casa per anziani, dall'altra parte, comincia a manifestarsi in maniera ben percepibile.

Vi è quindi la necessità di far seguire a questa pianificazione, essenzialmente mirata al settore della presa in carico a domicilio, seppure completata da un aggiornamento concernente il settore delle case per anziani, un documento con una prospettiva più ampia, sia sul piano della presa in carico (integrando i settori delle case per anziani, dell'assistenza e delle cure a domicilio e del mantenimento a domicilio), sia sul piano temporale (considerando l'intero prossimo decennio). Su tale documento si inizierà a lavorare già nella seconda metà del 2018.

Solo attraverso quest'approccio di più ampio respiro temporale e di materia si potranno affrontare adeguatamente le sfide connesse con l'evoluzione demografica che caratterizzerà i prossimi due decenni, sul versante dell'adeguamento delle prestazioni ai bisogni e su quello della sostenibilità finanziaria del sistema.

La presente pianificazione è perciò da considerare come un documento finalizzato a gestire una fase di transizione (prossimi due anni circa), nel corso della quale si dovranno affrontare le questioni di fondo nella prospettiva del prossimo decennio: conferma della strategia "prima l'ambulatoriale e poi lo stazionario" (come sembra scontato), con quali misure nei settori dell'assistenza e della cura a domicilio (a garanzia dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi), del mantenimento a domicilio (a sostegno della scelta dell'anziano e supporto dei familiari curanti) e delle case per anziani (in un'ottica di razionale organizzazione e ottimale utilizzazione delle risorse disponibili)?

In questa prospettiva si sta operando soprattutto nel solco della ricerca e sperimentazione di soluzioni che consentano la sostenibilità finanziaria del sistema, a fronte dell'evoluzione demografica anzidetta. Sono inoltre numerosi i cantieri aperti e i progetti innovativi orientati alla soddisfazione dei bisogni emergenti. Molti di questi sono già operativi e permettono sin d'ora di dare una risposta a nuovi bisogni: la diversificazione e sviluppo della rete dei centri diurni, il potenziamento dei contributi diretti per il mantenimento a domicilio, i supporti alla scelta "badanti". Altri sono ancora in fase embrionale e sono orientati ad anticipare e sostenere il cambiamento: la prestazione di attivazione sociale (derivata dalla sperimentazione del cosiddetto custode sociale), la prestazione di sostegno abitativo intermedio di natura temporanea, il progetto Regione solidale.

Parlando di aumento delle prestazioni e di nuovi progetti non si può tralasciare l'aspetto finanziario, limite ma anche stimolo a operare in maniera sempre più efficiente. La crescita dei bisogni è costantemente monitorata e così l'offerta di servizi e prestazioni sul territorio. Laddove le previsioni si sono discostate dalla realtà, le unità amministrative competenti hanno sempre, dopo attenta analisi, adeguato gli importi riconosciuti all'effettivo fabbisogno. Anche nel campo dei progetti, si è cercato, per quanto possibile, di far capo a risorse interne.

La presente pianificazione è sottoposta alla discussione e approvazione del Gran Consiglio sulla base dell'art. 8 della LACD.