

# Modelli creativi per la cura degli anziani

«Comune svizzero» presenta diversi modelli creativi nei comuni per la cura degli anziani ed espone le richieste dell'ACS per un miglioramento della distribuzione dei costi in continuo aumento.



*L'Osservatorio della salute (Obsan) prevede per il 2030 un aumento dei costi per la cura degli anziani, che ancora nel 2014 ammontavano a circa 11 miliardi di franchi, a poco meno di 18 miliardi. E gli oneri per la mano pubblica non fanno che crescere.*

*Foto: shutterstock*



Le svizzere e gli svizzeri sono longevi, e spesso anche in buona salute fino a età inoltrata. Ciò nonostante, a partire dagli 85 anni il fabbisogno di cure subisce un netto aumento: un'ultra 85enne su tre ha un bisogno di assistenza da medio a forte. Questo sollecita i famigliari, che in una valutazione complessiva dedicano loro oltre 40 milioni di ore di assistenza volontaria, e soprattutto un numero crescente di personale curante in ambito Spitex e nelle case di cura e per anziani. Nel campo della salute, la cura degli anziani è un settore la cui crescita in termini personali e finanziari è tra le più rapide. Secondo uno studio di Credit Suisse, entro il 2040 il numero di posti supplementari a tempo pieno per le sole case di cura potrebbe raggiungere il valore di 70 000, mentre l'Osservatorio della salute (Obsan) prevede per il 2030 un aumento dei costi per la cura degli anziani, che ancora nel 2014 ammontavano a circa 11 miliardi di franchi, a poco meno di 18 miliardi. E gli oneri per la mano pubblica non fanno che crescere. Assieme all'Unione delle città svizzere, l'Associazione dei comuni svizzeri (ACS) aveva dato l'allarme già nel 2015: il nuovo finanziamento delle cure introdotto nel 2011 avrebbe sgravato unilateralmente gli assicuratori malattia e portato a un sovraccarico degli enti pubblici.

### **Spesso, il finanziamento residuo è interamente a carico dei comuni**

Con il nuovo finanziamento delle cure, i costi delle cure ambulatoriali e stazionarie vengono suddivisi su tre vettori. I contributi delle casse malati e la partecipazione individuale dei pazienti (massimo 21.60 franchi al giorno per le istituzioni stazionarie e 15.95 franchi per i servizi ambulatoriali) sono plafonati a importi fissi, mentre i costi residui – variabili – sono interamente a carico della mano pubblica. E siccome l'applicazione del finanziamento delle cure costituisce un vero e proprio mosaico federalistico, i costi crescenti di questo «finanziamento residuo» gravano su città e comuni in maniera differenziata secondo il modello di finanziamento cantonale. In dieci dei 26 cantoni, il finanziamento residuo è interamente a carico dei comuni. A questo va aggiunta la partecipazione indiretta dei comuni ai costi delle cure, che attraverso le prestazioni complementari (PC) va a quelle persone che non sono in grado di coprire da sé la loro quota dei costi di cura, né i costi di degenza e di assistenza. I contributi delle assicurazioni malattia sono d'altra parte stati fissati dal Consiglio federale in modo differenziato secondo il fabbisogno di cure e rimangono invariati. L'ACS

ha ripetutamente criticato il fatto che la quota di finanziamento sborsata dai comuni aumenta, mentre quella degli assicuratori malattia si riduce.

### **Effetti del nuovo finanziamento**

In questo contesto, i nuovi modelli di finanziamento, come ad esempio l'introduzione di un'assicurazione delle cure, acquistano un significato sempre maggiore. Inoltre, l'ACS insiste da anni presso la Confederazione sul fatto che le discussioni inerenti all'organizzazione e al finanziamento delle cure di lunga durata devono comportare il coinvolgimento di comuni e città. Già nel maggio 2016, il Consiglio federale ha riconosciuto nel rapporto sulle prospettive delle cure di lunga durata, richiesto dal Parlamento, il grande onere fiscale per cantoni e comuni. Secondo le associazioni comunali, questo rapporto si è tuttavia dimostrato eccessivamente prudente. Anche la valutazione esterna degli effetti del nuovo finanziamento delle cure, eseguita su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), ha avuto luogo senza la partecipazione del livello comunale interessato. Il rapporto sulla valutazione sarà concluso tra breve dall'UFSP e dovrebbe essere presentato al Consiglio federale entro l'estate 2018.

### **Sfruttare le sinergie**

In un Monitoraggio cantonale dedicato alla cura degli anziani nel giugno 2016\*, Avenir Suisse ha appurato che è estremamente difficile garantire un servizio capace di tener conto della topografia e della demografia locali, nonché delle preferenze e delle risorse finanziarie della popolazione. Infatti, la richiesta di servizi ambulatoriali e stazionari, come pure delle diverse forme di offerte intermedie di sgravi, sono ampiamente diverse da cantone a cantone, e persino all'intero degli stessi cantoni. Per poter adeguare il più rapidamente possibile l'offerta alla domanda, Avenir Suisse perora un «giusto mezzo» tra «dirigismo» e soluzioni completamente decentralizzate, prossime al mercato e individuali. Secondo lo studio, delle regioni di destinazione e pianificazione all'interno dei cantoni, dei centri regionali in grado di offrire servizi ambulatoriali e stazionari sotto un unico tetto e le associazioni comunali permetterebbero di sfruttare le sinergie e di risparmiare sui costi. I suoi autori auspicano inoltre delle convenzioni sulle prestazioni tra enti pubblici e privati. Di regola, nell'ambito dell'assistenza ambulatoriale i comuni stipulano tali accordi con le proprie organizzazioni Spitex, ma sono sempre più numerosi quelli che ne concludono anche con of-

ferenti Spitex privati: è ad esempio il caso del cantone di Soletta. In ambito stazionario si osservano tendenze analoghe: si assiste alla costituzione di organizzazioni regionali, ad esempio sotto forma di consorzi intercomunali o cooperative, spesso sotto la responsabilità dei comuni interessati. D'altro canto vi sono comuni più grandi che gestiscono istituzioni proprie nell'ambito della propria amministrazione o quali entità giuridiche autonome.

### Soluzioni congiunte incoraggianti

Secondo uno studio sulla questione delle «soluzioni congiunte»\*\*, condotto su mandato della Age-Stiftung, i risultati degli sforzi sinora compiuti in direzione dell'interconnessione nel campo dell'assistenza agli anziani sarebbero, come stabilisce in un commento Andreas Sidler, caposettore ricerca e comunicazione delle conoscenze della fondazione, «non ancora pionieristici, ma ampiamente incoraggianti». Già un considerevole numero di offerenti di servizi di assistenza e cure stazionari e ambulatoriali si sarebbero riuniti in soluzioni congiunte. Lo studio evidenzia tuttavia anche che, nonostante gli esempi promettenti, occorra ancora molto lavoro di persuasione. Le associazioni avrebbero riconosciuto questo dovere, scrive Sidler: Curaviva Svizzera ha ad esempio definito il tema delle «soluzioni congiunte» come centrale nel 2010, mentre Spitex Svizzera ha integrato l'interconnessione orizzontale e verticale, come pure il coordinamento delle interfacce tra fornitori di servizi, nella Strategia Spitex 2015.

La maggior parte delle svizzere e degli svizzeri si augura di poter continuare a vivere in autonomia tra le proprie quattro mura il più a lungo possibile. La messa in rete dei fornitori di servizi rappresenta una chiave atta a offrire buone e molteplici opportunità di alloggio per persone anziane con un'offerta di assistenza e cure flessibile e permeabile. In questo numero, «Comune svizzero» propone una serie di approcci creativi tesi all'implementazione del principio «ambulatoriale E stazionario». Infatti, secondo le associazioni comunali, le cure e l'assistenza ambulatoriali vanno rafforzate, me non unilateralmente. L'obiettivo sono delle catene di servizi e assistenza il più possibile complete, efficienti e orientate ai pazienti.

Gli autori dello studio di Avenir Suisse sottolineano inoltre che il tipo di assistenza alle persone anziane non deve essere determinato da stimoli finanziari, bensì in considerazione del loro fabbisogno. Le persone anziane poco dipendenti dalle cure dovrebbero essere ac-

cusate in casa, presso strutture diurne o in alloggi assistiti; quelle fortemente dipendenti in case di cura. Ma questo, come dimostrano le analisi, non è sempre il caso: vi sono residenti in case di cura che non necessitano di alcuna cura, ma che vi si trovano solo perché altrimenti non si potrebbero permettere i servizi di assistenza. Infatti, conformemente alla legge sull'assicurazione malattie (LAMal), attualmente le prestazioni complementari (PC) vengono erogate per le cure, ma non per l'assistenza. Diversamente dalle case di cura, gli alloggi assistiti non beneficiano di alcuna PC e le persone finanziariamente più deboli non possono far ricorso a queste forme intermedie sempre più apprezzate. In relazione al potenziale delle cure a domicilio, le associazioni comunali chiedono un ampliamento delle strutture intermedie come gli alloggi assistiti, così da consentire alle persone anziane di poter vivere più a lungo in casa propria autonomamente o con un sostegno ambulatoriale. Secondo loro, questo significa però anche che il ricorso a soggiorni di breve durata in strutture maggiormente assistite debba essere semplificato. Nella riforma delle PC attualmente in corso, in vista di un miglior coordinamento e di una migliore collaborazione nella medicina di base, occorrerebbe ad esempio creare gli stimoli tariffari necessari affinché in futuro sia più facile far ricorso a strutture assistenziali intermedie. Nella riforma in atto, il Parlamento si occupa della questione del finanziamento degli alloggi assistiti. La Commissione della sanità del Consiglio degli Stati intende verificare come nel calcolo delle PC sia possibile tener conto dell'al-

loggio assistito degli anziani così che le persone bisognose di sostegno non debbano trasferirsi direttamente in una casa di cura.

*Denise Lachat, Claudia Hametner  
Traduzione: Waldo Morandi*

\*Avenir Suisse, Monitoraggio dei cantoni 7, Nuovi modelli di riferimento nella cura degli anziani, organizzazione e finanziamento di un compito sempre più importante, Jérôme Cosandey, con la collaborazione di Kevin Kienast.

\*\* Verbundlösungen für die Pflege und Betreuung im Altersbereich (Soluzioni congiunte per la cura e l'assistenza degli anziani), uno studio di Age-Stiftung e Curaviva Svizzera in collaborazione con Spitex Svizzera, condotto dal Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie, giugno 2010.

### L'ACS critica l'ulteriore onere con cui l'EMAp grava sulla mano pubblica

A fine 2017, il Tribunale amministrativo federale ha deciso che gli indennizzi per l'utilizzo di mezzi e apparecchi figuranti nell'elenco ufficiale (EMAp) nelle case di cura sia a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) come parte dei costi di cura globali. Questo significa che EMAp come materiale di medicazione, stampelle o apparecchi acustici non possono essere conteggiati separatamente, ma devono essere coperti semplicemente con gli importi fissi delle casse malattia stabiliti dal Consiglio federale. In altre parole, i costi connessi all'EMAp devono essere pagati attraverso il finanziamento residuo,

quindi dagli enti pubblici. L'ACS ha criticato questa evoluzione, che grava ulteriormente i già crescenti costi del finanziamento residuo a carico dei comuni, presso l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) a inizio anno. Infatti, inizialmente l'intenzione del legislatore era quella di configurare il nuovo finanziamento delle cure per l'AOMS in modo neutrale rispetto ai costi. L'UFSP ha anche ripetutamente confermato che i costi dei prodotti EMAp non sarebbero stati presi in considerazione nel calcolo dei contributi ai livelli di cura. L'ACS chiede che l'adeguamento dei contributi delle casse malati all'AOMS includa questi costi.