

# IL MODELLO ABITATIVO E DI CURE 2030 DI CURAVIVA SVIZZERA

IL FUTURO DELLE CURE ALLE PERSONE ANZIANE



Maggio 2016

## 1. Introduzione

### Evoluzione fino ad oggi delle cure alle persone anziane

L'evoluzione degli istituti di cura per persone anziane può essere suddivisa, semplificando, in cinque fasi<sup>1</sup>.

- **Tipologia 1** (1900 - 1950/60)  
Ricoveri per vecchi; le persone anziane, spesso sole e povere («ospiti») erano alloggiate in camere a più letti (fino a 8 letti per dormitorio).
- **Tipologia 2** (fino al 1980 circa)  
Crescente riferimento all'ospedale; l'«ospite» diventa il «paziente» che deve essere curato e guarito; al centro, viene posto il problema di salute e come curarlo.
- **Tipologia 3** (dal 1980 circa)  
Gli edifici degli istituti per anziani sono basati sul concetto di abitazione. L'assistenza e le cure si ispirano al modello delle competenze (rafforzamento delle risorse e delle competenze residue). La nozione di «abitazione» diventa importante quanto quella di cura.
- **Tipologia 4** (dal 1995 circa)  
Modello di comunità d'abitazione con accesso individuale: ogni residente ha la sua camera; il grande spazio comune soggiorno-cucina assume centralità. Si vive secondo il principio della «normale quotidianità». L'assistenza e l'accompagnamento sono al centro dell'attenzione. Le prestazioni di cura sono «acquistate» (all'interno o all'esterno dell'istituto). L'evoluzione di questo modello accorda crescente importanza e riconoscimento ai concetti di «**individualità**<sup>2</sup>, **autonomia**<sup>3</sup> e **autodeterminazione**<sup>4</sup>» delle persone anziane non più autosufficienti.
- **Tipologia 5** (dal 2000 circa)  
L'autonomia, l'autodeterminazione e la normale quotidianità sono in primo piano, nonostante il fabbisogno di assistenza e cure. Assume centralità la qualità di vita individuale nella solita abitazione o nel nuovo contesto abitativo liberamente scelto.

Questa quinta generazione di cure alle persone anziane si fonda su quattro pilastri.

- **Vivere nella privacy:** abitare nel proprio appartamento (di varie dimensioni) con un accompagnamento secondo i bisogni e i desideri personali (servizi a scelta). Le prestazioni di cura sono fornite dall'«esterno» (spitex interno o esterno alla struttura).
- **Vivere secondo i propri standard usuali:** gli anziani desiderano, nella misura del possibile, mantenere le loro abitudini di vita.
- **Vivere in comunità:** a complemento dello «spazio privato», sono previsti spazi e offerte di vita comunitaria (locali di soggiorno e per attività comuni) che rispondono a bisogni diversi.
- **Vivere nello spazio pubblico:** l'istituzione è aperta sul quartiere e viceversa. La partecipazione alla vita sociale è resa possibile. Il quartiere è uno spazio di vita (il quartiere frequenta la struttura ed essa partecipa alla vita di quartiere).

<sup>1</sup> Questa tipologia è stata ideata dal Kuratorium Deutsche Altershilfe a Colonia (www.kda.de).

<sup>2</sup> **Individualità:** somma delle qualità, delle caratteristiche che fanno la particolarità della persona, la personalità nella sua unicità.

<sup>3</sup> **Autonomia:** autodeterminazione, responsabilità personale, emancipazione, libertà, autogestione, sovranità, indipendenza.

<sup>4</sup> **Autodeterminazione:** indipendenza da decisioni di terzi (pressione sociale, paternalismo medico, direttive istituzionali).

## Evoluzione futura delle cure alle persone anziane

A seguito dell'invecchiamento della popolazione, il numero di persone anziane non più autosufficienti crescerà nella misura del 45% entro il 2030. Oggi, grazie al costante miglioramento delle cure ambulatoriali, le persone anziane e dipendenti entrano sempre più tardi in una residenza medicalizzata. Al momento dell'ammissione esse sono in età avanzata e hanno bisogno di molte cure. Questa tendenza si accentuerà in futuro e richiederà agli istituti socio-sanitari l'erogazione di cure ad alta intensità. Nei prossimi anni, i baby-boomers diventeranno a loro volta anziani e, prima o poi, avranno bisogno di cure. Questa generazione desidera poter continuare a vivere in modo autonomo anche in situazione di dipendenza. Già attualmente i residenti domandano più prestazioni e servizi centralizzati. Come possono adattarsi gli istituti di cura per rispondere al crescente fabbisogno di cure delle persone non più autosufficienti e di quello della generazione dei baby-boomers?

Oggi, i residenti e i loro famigliari sono molto più coinvolti nelle decisioni rispetto al passato. Le persone non più autosufficienti non sono più prese in carico da ospedali ma possono scegliere fra un ampio ventaglio di forme abitative e di cura: appartamenti protetti, comunità abitative, residenze medicalizzate per cure stazionarie, ecc. Un centro dotato di tutto quello di cui le persone anziane hanno bisogno e dove coesistono cure ambulatoriali e stazionarie orientate al contesto sociale. Diverse forme abitative e di cura tendono a sopprimere la distinzione fra ambulatoriale e stazionario. Di conseguenza, un numero crescente di fornitori di prestazioni dei settori ambulatoriale e stazionario cooperano in diverse forme. La nozione di cure integrate si riferisce a gruppi di istituzioni di cura, servizi di assistenza e cure a domicilio, abitazioni per anziani con servizi socio-assistenziali, ecc. e si fonda sull'idea di offrire prestazioni globali e di sfruttare sinergie mirate.

Il sistema sanitario elvetico è in pieno mutamento. Cambiamenti profondi richiedono nuove soluzioni.

## 2. Il modello abitativo e delle cure 2030 di CURAVIVA Svizzera

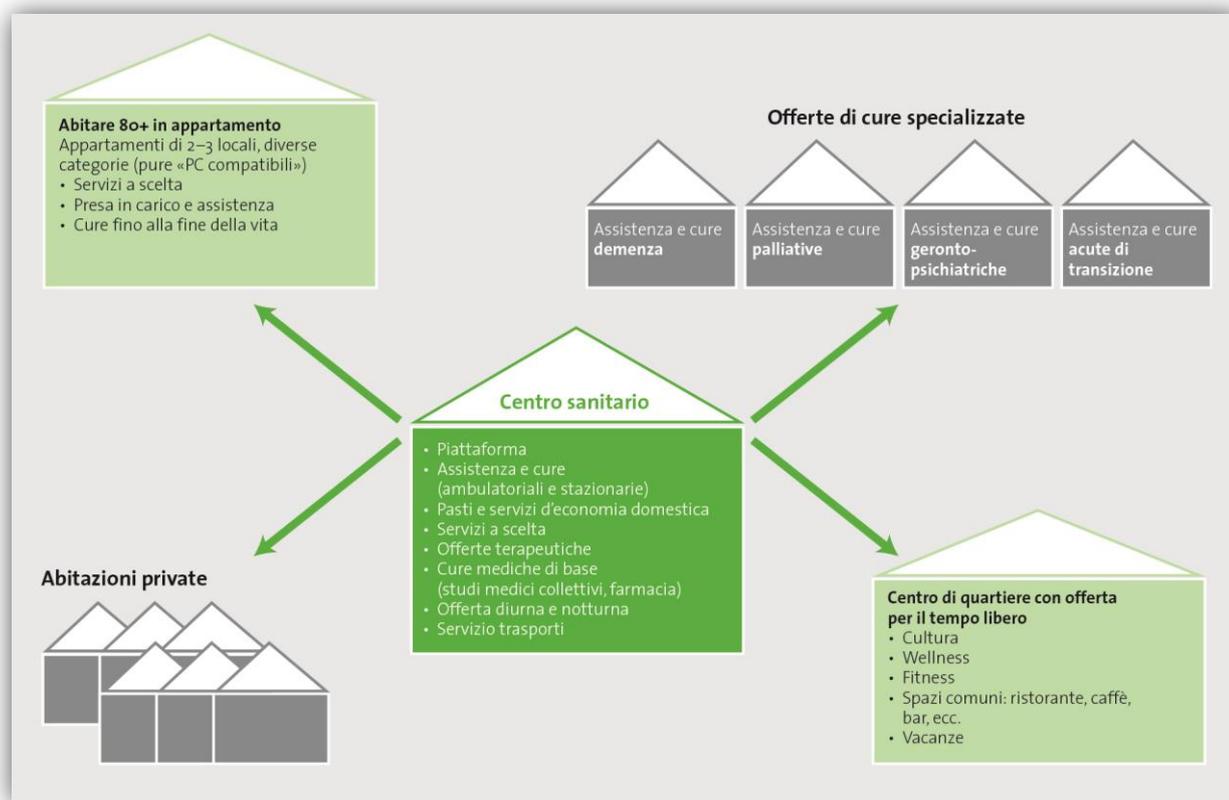
Su questa base e nella prospettiva demografica - generazione dei baby-boomers - e dell'evoluzione dei costi, CURAVIVA Svizzera apre la discussione su una visione orientata al futuro: il modello abitativo e delle cure 2030 per le persone anziane (80+).

Nel modello abitativo e delle cure 2030, le strutture per persone anziane non sono più concepite come un «grande edificio», ma come un'azienda di servizi destinata a permettere agli anziani non più autosufficienti di avere una vita autonoma in un ambiente di loro scelta. La struttura non è più necessariamente centralizzata e di grandi dimensioni ma piuttosto piccola e decentralizzata (orientata al contesto sociale). Rispetto al passato, diventa più importante la collaborazione con i fornitori di cure mediche di base (nel modello presentato a pagina 4, il «Centro sanitario») e il quartiere. L'ambiente abitativo assume importanza. La discussione su «l'ambulatoriale prima dello stazionario» è troppo restrittiva, l'accento essendo costantemente posto sul mantenimento a domicilio senza tener conto del contesto di vita. A che cosa serve agli anziani stare in una bella casa se l'ambiente diventa meno attrattivo e non soddisfa i bisogni di cura? Il concetto gerontologico di «relazione fra persona e ambiente» sollecita da tempo l'adattamento dell'assistenza e delle cure alla persona anziana, in particolare molto anziana, e non il contrario. Anche nelle offerte specializzate per demenza, cure palliative o gerontopsichiatria, il modello proposto da CURAVIVA Svizzera accorda maggiore importanza all'ambiente di vita e sociale della persona. L'anziano deve poter restare «dove pulsa la vita», nella sua rete sociale, e beneficiare di prestazioni in funzione dei suoi bisogni. Si tratta di considerare maggiormente le crescenti richieste di autodeterminazione e di autonomia da parte delle persone anziane.

In futuro, di conseguenza, i compiti delle istituzioni per persone anziane saranno più globali e riguarderanno principalmente i seguenti ambiti:

- cure, assistenza e aiuto domestico nelle abitazioni private;
- cure, assistenza e aiuto domestico negli appartamenti per persone anziane;
- offerte specializzate di assistenza e cure (per esempio, demenza, cure palliative, gerontopsichiatria, ecc.);
- struttura socio-sanitaria classica trasformata in centro sanitario rispettivamente in centro di quartiere nel contesto di vita abituale della persona anziana.

L'infografica mostra gli elementi e le offerte di prestazioni previste nel modello abitativo e delle cure 2030.



modello abitativo e di cure 2030 (© CURAVIVA Svizzera)

II

### 3. Richieste di CURAVIVA Svizzera

Con l'invecchiamento della generazione dei baby-boomers, il sistema sanitario sarà confrontato con importanti cambiamenti nei bisogni e nelle richieste. Le generazioni nate dopo il 1945 avranno esigenze molto diverse. Per la prima volta nella storia, il passaggio a una nuova generazione cambierà radicalmente le cose. Già solo questa constatazione mette in discussione il mantenimento dell'attuale quadro prevalente delle cure di lunga durata. Servono nuovi e innovativi approcci nel settore delle prestazioni destinate agli anziani. Con il modello abitativo e delle cure 2030, CURAVIVA Svizzera formula una serie di richieste.

- **Richiesta n.1: il principio «l'ambulatoriale prima dello stazionario» non è orientato al futuro, quindi si rivela sbagliato. In futuro bisognerà dire «l'ambulatoriale E lo stazionario».**

La formula «l'ambulatoriale prima dello stazionario» mette l'accento su ciò che distingue e non su ciò che è comune, come scaturisce pure dai differenti sistemi di finanziamento dei settori ambulatoriale e stazionario. Questa modalità è ormai superata e raggiunge i suoi limiti; la distinzione non è per niente utile e ostacola un nuovo approccio di cure di lunga durata. L'assistenza e la presa in carico delle persone anziane in funzione dei loro bisogni non deve anteporre le logiche di finanziamento, ma dare priorità ai bisogni della persona anziana. E questi bisogni sono diversi da una persona all'altra. Nella pratica, le transizioni tra alcune prestazioni d'assistenza e di cura saranno fluide, proprio come lo propone il modello di CURAVIVA.

- **Richiesta n. 2: la pianificazione dei letti medicalizzati, come attuata finora, è superata. In futuro, il bisogno in prestazioni di cura deve essere pianificato in modo globale.**

Finora, nei cantoni, la pianificazione del numero di letti medicalizzati viene attuata sulla base di un semplice calcolo statistico. Di solito, il calcolo del fabbisogno in letti considera il 17-23% degli ultra ottantenni. Questi modelli di calcolo basati su una percentuale non sono in grado di rappresentare la diversità e la complessità delle situazioni delle persone anziane. Il numero di anziani non più autosufficienti sta crescendo come pure i loro bisogni individuali; di conseguenza, il fabbisogno di prestazioni di cura deve essere pianificato in modo globale, come lo propone il modello abitativo e delle cure 2030 di CURAVIVA Svizzera.

- **Richiesta n. 3: la semplificazione del sistema di finanziamento è imprescindibile.**

Nel settore delle cure di lunga durata, si annoverano parecchi fornitori di prestazioni, ossia gli ospedali, i medici, gli istituti di cura, i servizi di assistenza e cura a domicilio, ecc. In una società che invecchia, i diversi meccanismi di finanziamento fra sistemi e fra cantoni sono complessi da comprendere e mancano di trasparenza. Per ragioni di politica finanziaria, la LAMal distingue fra assistenza e cure. Di conseguenza, le prestazioni di cura sono finanziate da tre partner – assicuratori malattie, collettività pubbliche e ospiti di istituti di cura - mentre le prestazioni di assistenza sono a carico unicamente dei residenti. Questo pone non pochi problemi al settore, non potendo suddividere la persona in «cure» e in «assistenza». Per CURAVIVA Svizzera è importante che l'assistenza e le cure delle persone anziane siano fondate su un approccio olistico dell'essere umano. Per questo, CURAVIVA si impegna a favore di un finanziamento globale, basato sull'idea di unire e non di distinguere. Il sistema di finanziamento attuale deve quindi essere semplificato e migliorato, affinché il finanziamento della globalità delle prestazioni – tenuto conto dell'eterogeneità dei bisogni come pure dell'insieme della catena delle cure – venga assicurato in modo uniforme.

Nota: CURAVIVA Svizzera esaminerà dettagliatamente l'aspetto del finanziamento del suo modello abitativo e delle cure 2030 nell'ambito di un progetto specifico.

- **Richiesta n. 4: procedure uniformi per l'assegnazione delle Prestazioni complementari.**

L'attuale regolamentazione delle Prestazioni complementari ostacola la realizzazione di offerte flessibili a misura dei bisogni. Ecco perché le Prestazioni complementari per le nuove offerte – per esempio servizi in appartamenti protetti o in abitazioni proprie – devono essere accordate secondo procedure comparabili a quelle in vigore per gli istituti di cura. Il calcolo delle prestazioni complementari dovrebbe essere interamente rivisto nell'ambito del modello abitativo e delle cure 2030 di CURAVIVA Svizzera. A tale riguardo, l'associazione mantello nazionale avvanzerà delle proposte di ottimizzazione nel quadro del progetto specifico menzionato alla richiesta n. 3.

## Informazioni complementari sul modello abitativo e di cure 2030 di CURAVIVA Svizzera:

Roberto Perucchi, Segretario dell'Associazione dei Comuni in ambito socio-sanitario  
 079 322 52 43 / acas@ticino.com