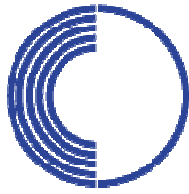


Pianificazione integrata LAnz – LACD 2021-2030

Gestione integrata dell'offerta: esperienze territoriali

Allegato 12

- Progetto di modello “innovativo sperimentale” per un nuovo tipo di gestione nell’ottica delle reti di cura integrate, Associazione locarnese e valmaggese di assistenza e cura a domicilio (ALVAD) / Casa per anziani Cinque Fonti, Locarno / San Nazzaro, dicembre 2020.
- Applicazione pratica del modello Curaviva. “Abitare nella terza età”. L’esperienza della rete Parco San Rocco, Fondazione Casa San Rocco, Morbio Inferiore, aprile 2021.
- Valutazione progetto. Integrazione direzione amministrativa di SCuDo con il LIS (2019 – 2021). Possibili sviluppi futuri, Ente autonomo Lugano istituti sociali (LIS) / Servizio cure a domicilio del Luganese, Lugano, giugno 2021.



CASA PER ANZIANI CINQUE FONTI



All'attenzione del
Consigliere di Stato Raffaele De Rosa
Residenza Governativa

RICHIESTA PER STUDIO PILOTA

Progetto di modello “innovativo-sperimentale” per un nuovo tipo di gestione nell’ottica delle reti di cure integrate

0. Premessa

Attualmente le cure socio-sanitarie territoriali extra ospedaliere sono gestite da molteplici Enti indipendenti sui tre settori (Case Anziani, SACD, Enti d'appoggio-Centri diurni). Pur riconoscendo che questi Enti hanno già delle collaborazioni, il progetto mira ad individuare gli elementi di perfezionamento del sistema territoriale.

In quest'ottica è particolarmente favorevole la situazione del Gambarogno, in cui è presente un'unica Casa Anziani, il cui Consiglio d'Amministrazione ha manifestato grosso interesse per trovare nuovi sistemi innovativi di gestione, ed è disponibile ad impegnarsi a questo scopo.

Da qui nasce la presente fondata e legittima richiesta di sostegno per uno studio pilota, convinti che le esperienze tratte da questo nuovo modello gestionale, saranno utili per una nuova visione atta ad ottimizzare i servizi extra ospedalieri a livello cantonale.

1. Visione e Obiettivi

Visione

Creare un'organizzazione armoniosa delle tre componenti extra-ospedaliere di prossimità (SACD / enti d'appoggio-centri diurni / case anziani), che in un determinato territorio si coordinano, sfruttando al meglio le competenze di ogni settore e le tipologie di governance aziendale (pubblico-parapubblico-misto-privato), sia dal punto di vista amministrativo sia tecnico-sanitario (ad esempio messa a disposizione di specialisti in diabetologia o psico-geriatria).

Obiettivi

Ottenere una migliore efficacia, efficienza e qualità delle prestazioni, raggiungendo al contempo una riduzione dei costi, oltre ad assicurare un'unitarietà nella gestione delle risorse pubbliche.

Portare degli spunti utili nell’ambito della pianificazione congiunta anziani-cure a domicilio 2021-2030, consentendo di mettere in atto e sperimentare in tempi brevi i nuovi concetti.

Concretizzare la possibilità per i Comuni, principali finanziatori del sistema, di accedere ad una “governance di prossimità”, che assicura come detto sopra maggiore efficacia, qualità, efficienza, nonché integrazione del volontariato in ogni sua forma.

Proporre una via per la gestione del sistema socio-sanitario extra-ospedaliero che ottimizzi e perfezioni ancor più il servizio all’utenza, personalizzandolo agli specifici bisogni individuali, con un’ottica di vera e autentica prossimità.

2. Basi di riferimento

- Concetto di reti integrate, di cui si parla sempre più a livello federale, e la cui concretizzazione è già in atto in alcuni Cantoni
- Progetto “Ticino 2020”, che intende attualizzare i flussi Cantone-Comuni, ipotizzando di dare maggiori oneri e relative competenze ai Comuni, organizzati a livello “comprensoriale”
- Progetto di messa in rete delle Case Anziani (già realizzato in alcune zone del Cantone)
- Pianificazione cantonale congiunta Case Anziani/Spitex 2021-2030, in corso di elaborazione
- Progetto federale di uniformare il sistema di finanziamento delle cure (EFAS)

3. Il concetto “innovativo-sperimentale”

Sperimentare nell’ottica di una possibile futura creazione di un Ente Regionale dei Comuni (che pagano l’80% del contributo pubblico), che assuma una responsabilità/supervisione di tutti gli enti socio-sanitari del Comprensorio “Locarnese e Vallemaggia” (Case Anziani, SACD, Infermiere indipendenti, Centri diurni, Enti di Appoggio), con l’obiettivo di porre le basi alle necessarie competenze.

Istituire una Gestione Amministrativa condivisa, inserendo per la Casa Anziani la figura del “Capostruttura” (inizialmente a tempo pieno, poi gradualmente ridotto, in base all’effettiva necessità).

Sfruttare tutte le possibili sinergie tra le Amministrazioni degli Enti aderenti, i centri diurni e gli enti di appoggio.

Si riuscirebbe anche a concretizzare l’obiettivo dell’integrazione delle cure di lunga degenza (garantire un’ottimizzazione e continuità nella presa a carico dell’utenza, dal domicilio allo stazionario).

Più in dettaglio si tratta di creare-sperimentare una collaborazione di Direzione/Conduzione Amministrativa interdisciplinare e intersettoriale, al posto del modello “tradizionale” di un unico Direttore Amministrativo, che potrebbe facilitare l’auspicato processo di messa in rete regionale di più strutture, sotto la diretta responsabilità di tutti i Comuni del Comprensorio, che finanziano l’80% dei costi delle strutture e per le quali, in alcuni casi, non hanno alcuna voce in capitolo.

Una tale forma di Collaborazione Amministrativa (eventualmente estensibile anche a quella Sanitaria), avrebbe i seguenti vantaggi:

- valorizzare le competenze diverse dei rispettivi membri, in un’ottica di lavoro in squadra interdisciplinare;
- garantire la continuità del “Know-how” (non dipendendo da un’unica persona);
- facilitare la condivisione e messa in atto di “best-practices”;
- ridurre il numero di partner di referenza per l’amministrazione cantonale e comunale;
- armonizzare la tipologia e la qualità dei servizi a livello regionale;
- ottimizzare l’impiego delle risorse umane sfruttando le sinergie;
- trovare la soluzione ottimale e in tempi brevi per la gestione di singoli casi.

4. Proposta operativa

Per assicurare la conformità alla Legge Anziani durante la fase sperimentale, si propone di nominare un Direttore Amministrativo all’80% (dipendente della Casa Cinque Fonti), con un incarico a tempo determinato, e con il mandato di sperimentare il presente progetto pilota.

4.1. Garanzie e Rischi

Garanzie per la riuscita del progetto:

- gli Enti che sarebbero coinvolti nella prima fase (ALVAD e Cinque Fonti) sono istituti di comprovata efficienza ed efficacia: ALVAD è riconosciuto come Ente capace e competente per portare avanti diversi progetti affidatigli dal Cantone; Cinque Fonti ha dimostrato sempre una grande efficacia sanitaria, confermata ancora attualmente nella gestione competente della crisi pandemica;
- grazie al lavoro di squadra in team sarebbe raggiunta la reperibilità 24/24 e 7/7 (sostituzione reciproca delle diverse figure direttive e di quadri aziendali);
- controllo costante sull’avanzamento del progetto (nessun salto nel buio);
- garanzie legali: strumento di “studio-pilota”, utilizzabile nel divenire della pianificazione congiunta anziani-sacd;
- attori propositivi, seri, performanti e pienamente disponibili.

Rischi: come in ogni studio pilota, eventuali resistenze mentali (dogmatiche) potrebbero ostacolare-rallentare la riuscita del progetto. Per il resto non intravediamo rischi particolari, alla luce delle modalità scelte. Inoltre l’esperienza delle persone e delle istituzioni sopra indicate assicurano le necessarie garanzie.

4.2. Durata della sperimentazione

Per poter vedere dei risultati concreti occorre ragionevolmente lavorare su un lasso di tempo di almeno due anni.

4.3. Indicatori di controllo

Quali indicatori per monitorare gli effetti della sperimentazione proponiamo i seguenti, che potranno ben inteso essere ulteriormente perfezionati e/o ampliati:

- evoluzione costi della Direzione amministrativa, rispetto al 2019;
- analisi andamento degli indicatori di qualità della Casa Cinque Fonti;
- analisi del clima di lavoro (tassi turn-over, assenteismo, inchieste soddisfazione SUPSI, ...);
- raggiungimento degli obiettivi fissati nell’attuale mandato di collaborazione con ALVAD (sistemare criticità ispezioni Uff. medico cantonale, gestire correttamente preventivi e consuntivi, analisi e risanamento situazione finanziaria, sistemare valutazioni RAI-NH, sistema di qualità, apprendisti, centri diurni,...).

Ulteriori indicatori di controllo, che dovranno essere il più possibile oggettivi, andranno definiti nella fase iniziale del progetto, sulla base degli obiettivi specifici che saranno stabiliti.

4.4. Stesura Rapporti del progetto

Regolarmente (ogni 4 mesi) verrebbe redatto un breve report, destinato al gruppo di pilotaggio “tecnico-politico” (vedi sotto), oltre che agli uffici competenti e alla responsabile del progetto pianificazione 2021-2030.

Il Rapporto finale potrà essere elaborato per fine dicembre 2022.

4.5. Possibile accompagnamento USI/SUPSI

Se condiviso dall’autorità cantonale, si potrebbe anche immaginare un accompagnamento “accademico”, da parte dell’USI (Prof. Meneguzzo, che già collabora con ALVAD, esperto di management socio-sanitario e responsabile del net-MEGS) e/o SUPSI (Prof.ssa Cesarina Prandi che pure già collabora per progetti specifici con ALVAD).

5. Gruppo di accompagnamento e pilotaggio “tecnico-politico”

Proponiamo che il progetto sia seguito e supervisionato da un Gruppo di accompagnamento e pilotaggio tecnico-politico composto da: Presidente ALVAD, rappresentante Cinque Fonti, Prof. Marco Meneguzzo, Prof.ssa Cesarina Prandi, Responsabile pianificazione 2021-2030 Eva Gschwend, Direttore Cesare Cattori (Centro Sociosanitario di Cevio) ed eventualmente Direttore Eliano Catelli (Direttore Solarium e Presidente ADiCASI).

Tale gremio è pensato come gruppo di riflessione propositivo, assicurando al contempo una valutazione rapida e costante degli obiettivi prefissati.

6. Prossimi passi

- Condividere la presente proposta con l’Autorità Cantonale.
- Confermare ed eventualmente adattare l’accordo di collaborazione con ALVAD.
- Definire gli aspetti di finanziamento del progetto.
- In base all’andamento del progetto, si potranno studiare in parallelo, con i preposti Uffici, le necessarie modifiche legislative nell’ottica di un possibile modello di generalizzazione (reti regionali per le cure integrate di lunga degenza).

7. Conclusione

A nostro avviso questo progetto costituisce per l’autorità politica cantonale un’interessante occasione per sperimentare soluzioni innovative, che in ogni caso costituiscono il trend futuro, in base anche a quanto si sta discutendo e muovendo a livello federale e di altri Cantoni.

In pratica potrebbe essere un vero e proprio laboratorio, di dimensioni contenute, in cui provare nuovi sistemi organizzativi di messa in rete.

Si tratterebbe di un progetto concepito come “working in progress”, da adattare cammin facendo.

I primi risultati emersi dagli 11 mesi di mandato transitorio (vedi allegato) attestano e confermano le potenzialità e garanzie di un tale modello di “rete integrata”.

Auspichiamo che anche da parte del Cantone vi sia la disponibilità a darci fiducia, sostenerci ed accompagnarci in modo propositivo su questo cammino.

San Nazzaro/Locarno, dicembre 2020

Allegati: - Primi risultati concreti emersi dalla collaborazione ALVAD-CinqueFonti (gennaio-novembre 2020)
- tabella SWOT

Riferimenti bibliografici:

- Amministrazione Cantonale, Rapporto della Direzione di Progetto sulla riforma Ticino 2020, Bellinzona, agosto 2017
- Associazione dei Comuni Svizzeri, Fattori di successo per la creazione di modelli di cure integrate, Berna, maggio 2019



CASA PER ANZIANI CINQUE FONTI



ALLEGATO

Primi risultati concreti emersi dalla collaborazione ALVAD-CinqueFonti (gennaio-novembre 2020)

1. Situazione di partenza

Problematica a livello di Governance (CdA e Direzione Amministrativa).

In novembre 2019 il precedente CdA ha contattato ALVAD per sondare l'idea di una Direzione amministrativa "su mandato", viste le esperienze positive effettuate da ALVAD in passato con altre Case Anziani.

Il mandato di collaborazione con ALVAD è stato firmato il 31.12.2019, ed è entrato in vigore il 1.1.2020. Inizialmente previsto per 6 mesi, è poi stato prorogato. Esso è giunto a scadenza il 30.11.2020, con l'entrata in funzione del nuovo Direttore Amministrativo.

2. Passi intrapresi

Dopo vari incontri e scambi di corrispondenza, si è riusciti a trovare una soluzione concordata con le competenti Autorità Cantonali, per il mandato transitorio (ad interim).

Sono stati elaborati i mansionari relativi al mandato di collaborazione con ALVAD.

La priorità è da subito stata posta a garantire la gestione operativa "minima", in modo da assicurare il funzionamento della Casa (elaborazione e pagamenti stipendi, conteggio e incasso rette, assicurazione elementi qualitativi di base).

È stata fatta una prima analisi sommaria della situazione generale.

Costituzione del nuovo Consiglio di Amministrazione (a seguito delle dimissioni del precedente CdA).

Recupero dei sospesi amministrativi più "urgenti", che erano rimasti sospesi/inevasi dalla precedente Direzione.

Gestione dell'emergenza sanitaria COVID, con nessun caso positivo tra gli ospiti nella prima ondata.

Ripresa e approfondimento dei progetti atti a eliminare i deficit infrastrutturali.

Ristrutturazione della piattaforma informatica e del sito web.

3. Obiettivi della nuova Governance (Direzione e CdA)

3.1. Obiettivi a breve termine

- Elaborare il nuovo Statuto della Fondazione
- Attuare la consulenza da parte della Signora Santini (direttrice sanitaria ALVAD) per Capo Cure e Dir. Sanitaria Cinque Fonti, in ottica ispezione UMC.

- Effettuare tutte le procedure di chiusura amministrativa del 2019 (consuntivi, conteggi vari, documenti contratto di prestazione, statistiche, ...)
- Analisi della situazione economico-finanziaria (e sviluppo di un “cockpit”, per assicurare una visione costante dell’andamento aziendale)
- Avviare un processo di cambiamento della cultura aziendale (responsabilizzazione, deleghe, ripartizione compiti, ...)
- Sistemare e correggere le valutazioni tramite lo strumento RAI-NH, con l’obiettivo di migliorare gli indicatori RAI, in modo che siano più corrispondenti all’effettiva necessità di cure
- Rivedere tutti i mansionari e introdurre un sistema di valutazione dei collaboratori
- Introdurre le procedure amministrative per adeguarsi alla Legge Commesse Pubbliche.

3.2. Obiettivi già raggiunti

- sono state poste le basi per la creazione di un sistema/manuale di qualità integrato, che comprenda sia la parte cure che la parte amministrativa;
- sono state preparate ex novo e completate tutte le procedure per l’ottenimento della certificazione dell’Istituto come “azienda formatrice”, e nella fattispecie annoveriamo la certificazione per impiegati di economia domestica, operatori socio sanitari, operatori di edifici, e cuoco AFC;
- sono state preparate ex novo e completate tutte le procedure per l’ottenimento della certificazione, al fine di poter usufruire dei civilisti (mansionari e figure ricercate), creando così i presupposti per il loro impiego;
- sono stati rivisti tutti i mansionari, adottando quelli proposti da ADICASI;
- sono stati sentiti a colloquio tutti i collaboratori, al fine di verificare il loro stato d’animo e la loro percezione della situazione, dopo l’avvicendamento delle varie direzioni amministrative;
- si è discusso e proposto con la Capocure di iniziare ad usare in modo professionale, oculato e diligente lo strumento RAI-NH;
- è stato predisposto ed adottato un piano di formazione per l’anno in corso (entro i limiti della pandemia);
- è stata organizzata e sostenuta l’ispezione da parte dell’Ufficio del Medico Cantonale;
- è stata assunta una governante, la cui figura era vacante e creava scompensi organizzativi nella gestione della parte alberghiera;
- è stata assunta una contabile il cui ruolo mancava da febbraio 2019.

3.3. Obiettivi a medio-lungo termine

- Avviare un processo di cambiamento della cultura aziendale (responsabilizzazione, deleghe, ripartizione compiti, ...)
- Sviluppare i centri diurni (socio-assistenziali e/o terapeutici)
- Ripristinare la sostenibilità finanziaria (negli ultimi anni risultano perdite anche importanti rispetto al contratto di prestazione con il Cantone)
- Risolvere le varie lacune e criticità (legate alla struttura, aspetti sanitari, cucina, ...)

- Introdurre un sistema strutturato di qualità, anche a livello amministrativo, con chiare procedure e flussi di lavoro
- Analizzare e valorizzare il potenziale della Casa Anziani Cinque Fonti

4. Impatto finanziario

A seguito pandemia COVID, risulta difficile effettuare un confronto rispetto alla situazione 2019, per capire se e quali effetti finanziari abbia avuto la sperimentazione di una Direzione amministrativa “condivisa” con ALVAD. È tuttavia possibile evidenziare alcuni aspetti:

- a) interscambiabilità: coinvolgendo diverse figure (direttore amministrativo, collaboratore di direzione, praticante net-MEGS) è stato possibile assicurare l’interscambiabilità dei ruoli durante assenze e/o situazioni di crisi legate al COVID, assicurando la continuità della Direzione ed evitando costi supplementari;
- b) per alcuni fornitori si sono sfruttate le condizioni di favore riservate ad ALVAD, ottenendo così dei risparmi;
- c) risparmio sui costi Direzione-contabilità, come di seguito riportato:
 - costi previsti per precedente Direttore e Contabile (stipendio annuo * 11/12 +25% oneri sociali) = fr. 252'343.45
 - costi effettivi: prevista fattura ALVAD + contabile esterna + stipendio nuova contabile * 2 mesi) = fr. 125'072.25
 - risparmio effettivo costi direzione/contabilità: $252'343.45 - 125'072.25 = \text{fr. } 127'271.20$

San Nazzaro/Locarno, dicembre 2020

S

Strengths
Punti di forza

- Team di pilotaggio competente e rappresentativo
- Accompagnamento USI
- Strutture (ALVAD e Cinque Fonti) sperimentate
- Nel solco di simili progetti a livello nazionale
- In armonia con la Riforma 2020

W

Weaknesses
Debolezze

- Limiti dell'attuale sistema normativo (LANz e LACD)

Progetto reti integrate di cura

- Nuovi modelli di gestione atti a ottimizzare e migliorare in termini di costi, qualità e unitarietà l'azione di: Case Anziani, Centri diurni, SACD, e Enti d'appoggio
- Creare premesse per reti di cure integrate a livello territoriale nei servizi extra ospedalieri

Opportunities
Opportunità

O

T

Threats
Minacce

- Mancato sostegno o resistenze per un progetto innovativo



Applicazione pratica del modello Curaviva - “Abitare nella terza età”

L’esperienza della rete Parco San Rocco

Franco Porro, Presidente del Consiglio di Fondazione

John Gaffuri, Direttore Amministrativo

Morbio Inferiore, 20 aprile 2021

Fondazione Parco San Rocco

Via Francesco Chiesa 5

6834 Morbio Inferiore

www.parcosanrocco.ch

La Casa per anziani: una comunità intergenerazionale

Il progetto di rete Parco San Rocco, a cui l'omonima Fondazione lavora dal 2014 prevede la realizzazione di due nuove strutture nelle comunità di Coldrerio e Vacallo e la ristrutturazione totale della sede di Morbio Inferiore. Complessivamente la rete conterà 259 posti letto (di cui 100 a Morbio Inferiore, 79 a Coldrerio e 80 a Vacallo). La messa in esercizio nel corso del 2022 del quartiere intergenerazionale di Coldrerio costituisce un importante traguardo per la Fondazione.

Lo sviluppo del concetto teorico dei quartieri intergenerazionali, supportato dall'Ente regionale di sviluppo del Mendrisiotto e basso Ceresio ha preso forma attraverso la costituzione di un gruppo di lavoro con competenze plurime che ha coinvolto i dirigenti e i collaboratori/trici della Fondazione Parco San Rocco, ricercatrici della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana e lo studio di architettura STED con sede a Copenhagen. Le idee scaturite dal gruppo di lavoro unite al costante confronto con l'Associazione di riferimento Curaviva, le rispettive autorità comunali e cantonali hanno permesso di elaborare le seguenti linee direttrici:

- promuovere un cambiamento culturale nella rappresentazione delle case per anziani (offerta di servizi aperti al pubblico e non solo ai residenti);
- consolidare un approccio di cura olistico e favorire l'invecchiamento attivo;
- trasformare le case per anziani in un luogo di benessere multidimensionale per tutte le fasce di età;
- favorire l'adozione di un approccio co-creativo nella definizione di processi e di soluzioni, stimolando la partecipazione e il coinvolgimento di varie categorie di portatori di interesse;
- sostenere le relazioni tra tutte le fasce d'età, rafforzando il senso di appartenenza alla comunità;
- collaborare con i Comuni al fine di favorire l'inserimento di una molteplicità di servizi in un'area di prossimità della Casa per anziani che favorisca gli scambi e i contatti tra tutta la popolazione (messa in rete dei servizi comunali con la Casa per anziani).

La filosofia di cura e la carta dei valori della Fondazione Parco San Rocco

“Scuola di vita”. La nostra visione si basa sulla considerazione dell'anziano come risorsa per la società e non come limite, come soggetto a cui va riservato il diritto alla qualità delle cure e delle relazioni. Permettere agli anziani di affrontare questa fase dell'esistenza nelle migliori condizioni, continuando a esprimere la propria identità e unicità e a mantenere i diritti di cittadinanza, significa basare il futuro della nostra società sui principi di solidarietà, intergenerazionalità, coesione e conoscenza. Nella nostra visione la casa per anziani si pone quindi come luogo di cura e di incontro per tutte le generazioni, integrando le relazioni tra i fattori di cura.

Il nostro obiettivo è promuovere la qualità della vita delle persone di cui ci prendiamo cura, considerando quattro aspetti fondamentali:

- Sviluppo ed esistenza
- Dignità umana
- Riconoscimento e sicurezza
- Funzionalità e salute

In quest'ottica la Fondazione Casa San Rocco si impegna ad accompagnare e sostenere l'anziano e le sue persone di riferimento nell'evoluzione nello stato di salute, mantenendo il significato della vita. Tutti i collaboratori sono coinvolti nel garantire la flessibilità dei ritmi della giornata, offrendo attività diversificate per luoghi e contenuti. La mancanza di autonomia e di indipendenza che possono caratterizzare l'avanzare degli anni riportano l'attenzione della persona alla perdita. L'assistenza dell'anziano è aiutare e accompagnare alla riscoperta delle risorse interiori.

La valorizzazione delle risorse è garantita tramite la pianificazione della cura della persona basata su attività individualizzate. L'attitudine dei collaboratori è di mantenere e riabilitare le funzioni fisiche, psichiche e sociali, valorizzando la dinamicità delle emozioni e della spiritualità personale. Il ripercorrere la propria storia personale è l'occasione per sostenere le persone ad una nuova attribuzione di significato, alla restituzione del senso di tutti gli avvenimenti, affinché la morte possa divenire il compimento e non la fine della vita. La cura del corpo consente di conservare e rafforzare il benessere fisico, mentale e psichico con la prevenzione, il trattamento e la palliazione della malattia preservando la migliore qualità di vita possibile. La Fondazione si impegna a garantire appropriatezza, efficienza ed efficacia delle cure biomediche tramite il coinvolgimento di diversi professionisti e la collaborazione con servizi specialistici presenti sul territorio.

Si dedica grande attenzione a tutti i dettagli della quotidianità per garantire il benessere: il delicato equilibrio tra le necessità cliniche e i desideri personali, dalla qualità dell'alimentazione al riposo. La ricerca del benessere è perseguita con una costante ricerca e integrazione di attività e approcci di cura che permettano ad ogni anziano di trovare la sua dimensione di cura.

Casa centro di quartiere e solidarietà intergenerazionali

Una casa aperta verso l'esterno, dotata di servizi utili non solo ai residenti ma a tutta la popolazione, consente agli anziani di rimanere inseriti nel tessuto sociale e di mantenere le loro relazioni. La presenza al piano terra di servizi aperti alla comunità crea uno scambio quotidiano con l'esterno, favorendo le occasioni di incontro e la condivisione del tempo. Alcuni esempi di servizi sviluppati negli ultimi anni sono: il preasilo, il progetto Allegra che comprende Bar, panetteria, pasticceria e negozio con beni alimentari di prima necessità, il servizio di podologia in collaborazione con la Scuola superiore medico tecnica, l'ufficio postale, l'area informatica e WiFi pubblico, il salone parrucchiere e il circolo culturale. Una struttura di questo tipo permette anche ai familiari di condividere la vita della casa coi propri cari attraverso eventi culturali, presentazioni di mostre, e la possibilità di condividere un pasto presso il ristorante.

Il progetto ha quindi trasformato il concetto di animazione offerta dalla Fondazione. L'idea di promuovere una permeabilità della vita sociale tra la comunità esterna e i Residenti della casa è volta all'inclusione, al mantenimento e alla costruzione di nuove relazioni significative più che al semplice intrattenimento. In particolare, l'attenzione è quella di instaurare collaborazioni con enti e associazioni presenti sul territorio.

Ad esempio, lavorando con le scuole in termini di intergenerazionalità, le numerose attività svolte con la loro collaborazione permettono ai più piccoli di entrare in contatto con generazioni, che non hanno più occasione di incontrare. I cambiamenti sociodemografici e le trasformazioni dei nuclei familiari spesso non facilitano il contatto tra bambini e anziani, contribuendo ad alimentare stereotipi e luoghi comuni. Per quanto riguarda la relazione tra bambini e anziani sono stati rilevati da diversi studi i seguenti benefici, derivanti dall'intergenerazionalità:

Per i bambini

- Fornisce un'opportunità per apprendere e connettersi con la generazione precedente
- Aiuta a migliorare il comportamento che i bambini mostrano nei confronti delle persone anziane in generale
- Miglioramento dei comportamenti pro-sociali dei bambini di condividere, aiutare e cooperare

Per gli anziani

- Fornire agli anziani un senso di scopo
- Migliorare la dignità vissuta dalle persone anziane
- Modificare le percezioni delle comunità degli anziani e il processo di invecchiamento da negativo a positivo
- Migliorare i risultati sociali delle persone anziane
- Incoraggiare gli anziani a rimanere a vivere a casa loro più a lungo

Un'architettura a misura d'uomo

Un'architettura che pone al centro la persona con i suoi bisogni e desideri costituisce un'importante pietra angolare per i tre progetti della rete. Gli architetti Rosa Lund e Martin Hjerl dello studio di architettura STED di Copenhagen, sulla scorta delle esperienze dei residenti, degli operatori/trici unita alla conoscenza maturata nell'ambito delle residenze per anziani nel Nord Europa, hanno elaborato una serie di linee guida con l'obiettivo di integrare i concetti di qualità dell'assistenza, attenzione al benessere del residente, conservazione del suo sistema di relazioni, promozione dell'inclusione e dell'intergenerazionalità. Le linee guida analizzano aspetti specifici del progetto, contrapponendo un nuovo approccio rispetto alla visione che ha caratterizzato le case per anziani tradizionali. Queste considerazioni hanno fornito l'ispirazione sia per l'elaborazione dei nuovi progetti di Coldrerio e Vacallo sia per i criteri di ristrutturazione della sede di Morbio.

Comunità anziché solitudine

Costruire un edificio dove persone di diverse generazioni portano la vita all'interno della casa e quindi creano un modo di pensare responsabile, sociale, democratico e sostenibile.

Integrata non isolata

Integrare la struttura nel Comune per creare un legame tra la comunità locale e la casa per anziani attraverso un utilizzo misto degli spazi (comunità e residenti della casa).

Piano terra aperto anziché una struttura chiusa

I servizi al piano terra aperti verso l'esterno portano la comunità all'interno della casa di cura e diminuisce il rischio di isolamento sociale.

Vivere in piccole unità anziché in blocchi istituzionali

Una struttura che organizza gli spazi tenendo conto dell'ambiente di casa precedente favorisce una sensazione di famiglia. Unità di piccole dimensioni anziché grandi reparti con connotazione ospedaliera.

Contatto con lo spazio comune anziché isolamento

Una nicchia all'ingresso di ogni abitazione crea una zona semi-privata, dove i residenti possono essere parte della vita della casa, sentendosi sicuri e a "casa".

Connessioni visive anziché spazi isolati

Essere in grado di osservare la vita di tutti i giorni dagli spazi comuni, crea un luogo dove si possono vivere le emozioni e far parte della vita pubblica.

Interni personalizzati anziché mobili istituzionali

Utilizzando mobili provenienti dalla casa dei residenti o di uno stile legato alla tradizione storica del design, crea una sensazione familiare e uno spazio personalizzato.

Collaborazione con l'Ospedale Regionale di Mendrisio

Al fine di costruire percorsi socioassistenziali integrati che pongono al centro la persona anziana, nel corso del 2019 la Fondazione Parco San Rocco ha stipulato un accordo di collaborazione con l'Ospedale Regionale di Mendrisio. Nello specifico la direzione sanitaria della Casa è affidata alla Dr.ssa Paola Borella, medico caposervizio della medicina d'urgenza presso l'ospedale regionale di Mendrisio. La collaborazione mira a promuovere un modello di cura condiviso fra i due Istituti, basato su premesse qualitative appropriate ai bisogni della persona anziana, nel rispetto della libertà, dignità e integrità dell'individuo. In aggiunta la collaborazione permette fattivamente di sviluppare proficue sinergie fra partner del territorio, mettendo al centro dei processi di cura e assistenza l'anziano e i suoi bisogni.

Approccio assistenziale olistico e learning organization

I cambiamenti e la fragilità legati all'invecchiamento rendono il percorso assistenziale un processo complesso, in cui alle condizioni croniche da un punto di vista clinico, sono spesso associati l'isolamento, la limitazione nella partecipazione e la perdita del ruolo sociale. La fragilità richiede quindi che per poter identificare le risorse della persona e i bisogni di cura e assistenza, le informazioni sanitarie vengano integrate con la storia della persona, i suoi valori e il contesto sociale.

Alcuni elementi cardine sono la valutazione delle capacità funzionali così come delle performance cognitive, importanti nella presa di decisioni su tutti gli aspetti della persona, dalle decisioni sanitarie fino alle preoccupazioni amministrative e finanziarie. Altri elementi che contribuiscono a generare un rischio di disabilità sono l'alimentazione e gli aspetti nutrizionali con la gestione delle terapie farmacologiche. Inoltre, l'isolamento e, più in generale, il supporto sociale della persona con la sua storia di vita e i suoi valori di riferimento sono importanti nel definire le priorità e le strategie di assistenza e supporto. È importante valutare anche la capacità organizzare autonomamente la propria giornata, di fissare i propri obiettivi e le attività.

L'approccio geriatrico quindi si fonda sulla Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMG) effettuata da più saperi che si coordinano in un approccio interprofessionale. Per raggiungere gli obiettivi di cura e benessere sopramenzionati, i processi operativi richiedono una armoniosa convergenza di differenti competenze: medico-infermieristiche, fisioterapiche, ergoterapiche, nutrizionali, socioeducative e amministrative. La letteratura ha mostrato come questo modello garantisca un migliore impatto sulla qualità di vita alla persona, la personalizzazione dell'assistenza e una gestione delle risorse più efficiente e guidata dai bisogni reali.

Il perseguimento di un approccio socioassistenziale olistico è strettamente correlato alla promozione di una cultura aziendale che s'ispira ai principi della learning organization. Un'organizzazione che pone l'apprendimento al centro della sua strategia di crescita deve maturare al proprio interno una cultura votata all'interazione, al dialogo, al cambiamento, alla fiducia, alla partecipazione e alla cooperazione. Questo approccio gestionale è il cuore per il raggiungimento degli obiettivi strategici della Casa, sottoelencati:

Qualità dell'assistenza

Migliorare la personalizzazione dell'offerta ai residenti promuovendo l'autodeterminazione.

Capitale umano

Stimolare il capitale umano alla consapevolezza dei propri talenti e del potenziale di miglioramento al fine di un coinvolgimento autentico.

Organizzazione

Elevare il benessere del residente attraverso l'efficienza e l'efficacia organizzativa.

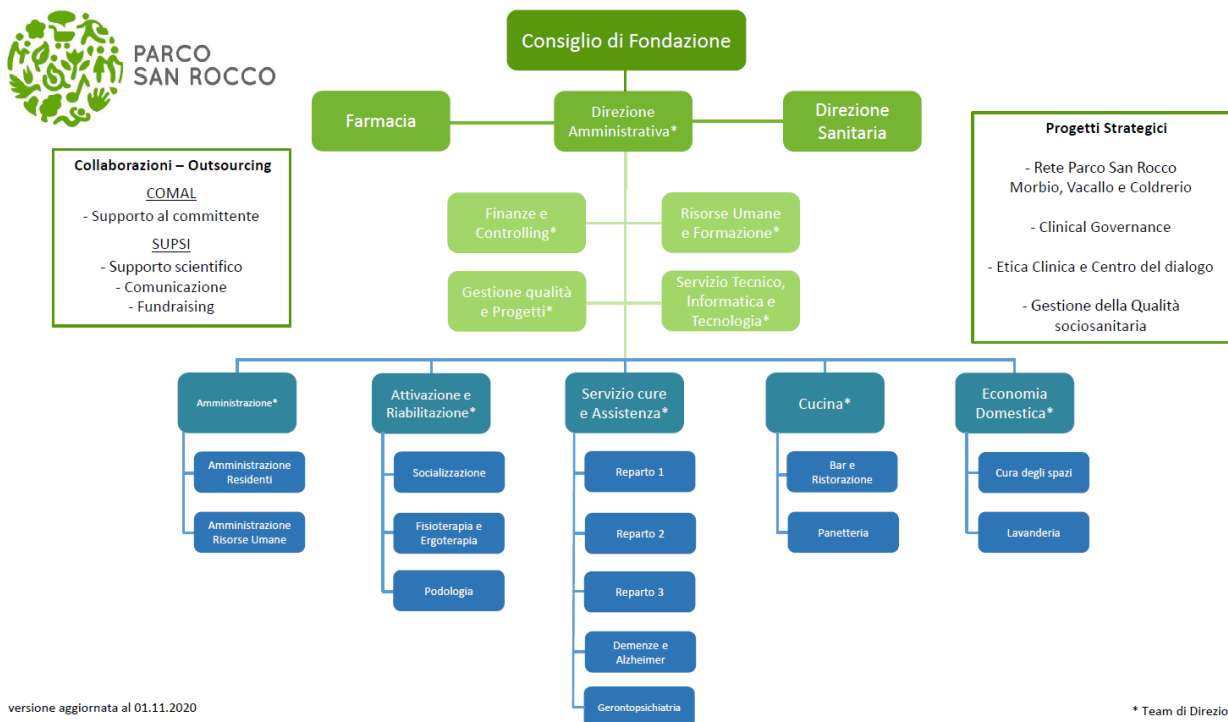
Differenziazione

Instillare una cultura del "perché no?" che promuove l'intergenerazionalità attraverso progetti di innovazione sociale.

Innovazione

Sviluppare modalità operative che promuovono la co-creazione e la partecipazione collettiva orientate al miglioramento continuo.

Parimenti la learning organization costituisce una valida risposta nel contrastare il fenomeno dell'obsolescenza della conoscenza acuitizzato dalla velocizzazione del cambiamento. Il settore sociosanitario negli ultimi 10 anni ha conosciuto una forte crescita della complessità socioassistenziale e numerosi cambiamenti del contesto quadro di riferimento. Fondamentale per la Casa sviluppare approcci gestionali che contribuiscono a creare, acquisire e trasferire le conoscenze per modificare rapidamente il comportamento alle nuove esigenze ambientali degli stakeholder di riferimento. In quest'ottica l'adozione di un organigramma con pochi livelli gerarchici e una struttura prevalentemente orizzontale ha come obiettivo di promuovere attivamente e valorizzare l'apprendimento.



Sviluppi futuri della Fondazione Parco San Rocco

Offerta socioassistenziale extra muros

La Fondazione Parco San Rocco è coinvolta in un progetto di ricerca quadriennale 2020-2023 promosso da Curaviva Svizzera e finanziato da Promozione e salute svizzera. Nell'ambito del progetto verranno sviluppati strumenti pratici per supportare i diversi attori dei settori sociosanitari nell'implementazione di pratiche di assistenza in linea con la visione del modello abitativo e di cure 2030 (abitare nella terza età). Le riflessioni scaturite e i confronti con gli altri partner di progetto (p.es. Lindenhof, Oftringen) confermano la bontà degli orientamenti strategici della Fondazione. Anche la nuova pianificazione LANz – LACD 2020 – 2030 mira a sviluppare dei modelli organizzativi che promuovono la gestione integrata dell'offerta sociosanitaria.

Nello sviluppo di percorsi di cura e assistenza integrati che pongono al centro l'individuo, l'approccio socioassistenziale multidimensionale sviluppato negli ultimi anni, pone le Case per anziani in una condizione di poter erogare prestazioni domiciliari nelle comunità dove sono attive. Un approccio olistico grazie a competenze specifiche in ambito medico, infermieristico, sociale, nutrizionale, farmacologico, fisio-ergoterapico che consentono all'anziano a domicilio di avere un unico punto di riferimento e prestazioni maggiormente coordinate. Parallelamente, gli spazi d'incontro e conviviali della casa per anziani sono occasioni d'incontro e dialogo che consentono di alleviare la problematica dell'isolamento sociale della persona anziana a domicilio. Questa offerta in collaborazione coi medici del territorio consentirà una presa a carico che mira a promuovere l'invecchiamento attivo nonché consentire agli anziani un passaggio maggiormente armonioso dal proprio domicilio a una soluzione abitativa residenziale. Va da sé che questo nuovo orientamento extra muros della casa anziani non sostituisce i servizi domiciliari pubblici e privati già presenti sul territorio. Sarà importante coi rispettivi servizi locali tessere delle collaborazioni per far fronte all'importante invecchiamento della popolazione ticinese che si prospetta nei prossimi anni.

La realtà consolidata di Morbio quale punto di riferimento per la comunità e l'imminente apertura del quartiere intergenerazionale di Coldrerio sono occasioni privilegiate per sperimentare una gestione integrata dell'offerta sociosanitaria anche per le persone anziane a domicilio. Nello specifico la Fondazione Parco San Rocco erogherà direttamente o tramite collaborazioni con partner attivi sul territorio i seguenti servizi in un'ottica di prevenzione e di invecchiamento attivo:

- servizi infermieristici
- servizi fisio-ergoterapici
- consulenza farmacologica a supporto del medico di base
- consulenza nutrizionale
- servizi di economia domestica
- servizio pasti in collaborazione con Pro-Senectute
- servizi di podologia
- servizi di supporto sociale

La convergenza di diverse professionalità con un coordinamento centrale nella gestione dell'informazione e della pianificazione dell'assistenza permette di avere un univoco punto di riferimento per l'anziano e affrontare le situazioni complesse (p.es. comorbidità, cronicità, fragilità sociale) con un approccio sistemico e non frammentato. Inoltre, un ulteriore aspetto positivo riguarda la possibilità di declinare e adattare l'offerta assistenziale in base all'evoluzione dei bisogni della persona e parimenti supportarla nella scelta

della forma abitativa più appropriata (domicilio, appartamento a misura d'anziano, casa anziani). In questo senso la creazione di una catena del valore attraverso la costruzione di percorsi socioassistenziali integrati che pongono al centro l'anziano con i suoi bisogni e desideri consente anche di ottimizzare le risorse impiegate.

Sviluppo di forme abitative differenziate con percorsi socioassistenziali integrati

La differenziazione tra Pflegeheim e Altersheim presente nei cantoni della Svizzera tedesca ben illustra l'opportunità per le case per anziani di sviluppare forme abitative differenziate. All'interno del quartiere intergenerazionale di Coldrerio in stretta collaborazione con la Fondazione Croci sono stati costruiti degli appartamenti a misura d'anziano. La prossimità fisica in particolare tra casa per anziani e appartamenti a misura d'anziano costituisce un'opportunità per creare delle situazioni win win. Nello specifico la Casa per anziani attraverso le sue competenze funge da piattaforma di servizi per gli appartamenti posti nelle immediate vicinanze. Parallelamente l'anziano che risiede in queste strutture può frequentare gli spazi della casa e mantenere attiva la propria rete sociale. Anche per il progetto di Morbio saranno previsti all'interno del sedime di proprietà della Fondazione appartamenti intergenerazionali. Lo sviluppo di un'offerta abitativa intermedia che si pone tra il proprio domicilio e il ricovero stazionario, costituisce un importante tassello per raggiungere gli obiettivi di costruzione di un'offerta socioassistenziale integrata.

Ruolo centrale del volontariato

Oltre alle figure dei familiari curanti sarà sempre più importante sviluppare il volontariato come ulteriore elemento complementare nell'assistenza e supporto. Lo sviluppo del modello abitativo di Curaviva con l'integrazione sociale creata dalla Fondazione con la comunità ha portato un incremento dell'offerta di attività basate sul volontariato, in particolar modo da persone in pensione che mettono a disposizione il loro tempo e le loro competenze.

L'importanza, dopo essersi ritirati dal lavoro, di mantenersi attivi nella comunità e di avere quindi un ruolo sociale ha reso il Parco San Rocco un punto di riferimento informale. L'arricchimento dello spazio sociale grazie ai volontari acquisisce un'importanza ancora più rilevante considerando le previsioni di evoluzione demografica e l'importante presenza di persone anziane sole nel nostro contesto. La Fondazione, quindi, ha l'opportunità di essere elemento di facilitazione e mediazione di una comunità attiva nel costruire occasioni di "volontariato curante", tramite la co-costruzione di spazi sociali informali e di rapporti interpersonali oltre l'organizzazione della vita quotidiana e l'assistenza sanitaria.

Documenti di riferimento:

Visione «Abitare nella terza età» di CURAVIVA Svizzera, Curaviva, 2020

Folgeprojekt zum Wohn- und Pflegemodell 2030, Curaviva, https://www.curaviva.ch/News/Folgeprojekt-zum-Wohn-und-Pflegemodell-2030/o9aFxDgD/PEZNL/?m=0&open_c=

Filosofia della cura, Parco San Rocco, 2015

Un nuovo modello di casa per anziani intergenerazionale, SUPSI, 2016

Generations United, *Intergenerational shared sites: Making the case*, 2006.

Carta dei diritti, Parco San Rocco, 2021

Bilancio sociale 2018-2019, Parco San Rocco, 2020

Intergenerational villages - Morbio, Vacallo, Coldrerio - Plan of potentials, STED – CPH.DK, 2015

Comprehensive Geriatric Assessment Toolkit for Primary Care Practitioners, British Geriatrics Society

La valutazione multidimensionale geriatrica trent'anni dopo: riflessioni storiche e attuali, A. Guaita, 2015

Office fédéral de la Statistique, *Les conditions d'habitation des seniors en Suisse en 2016*, 2018.



**Valutazione progetto
Integrazione direzione amministrativa di SCuDo con il LIS
(2019- 2021)
Possibili sviluppi futuri**

Giugno 2021

Indice

| | |
|--|----|
| 1. Introduzione | 3 |
| 2. Modelli svizzeri | 4 |
| 2.1 CURAVIVA Svizzera - Il modello abitativo e di cure 2030..... | 4 |
| 3. LIS e SCuDo | 7 |
| 3.1. SCuDo - Servizio Cure a Domicilio del Luganese..... | 7 |
| 3.2. LIS - Ente autonomo Lugano Istituti Sociali | 7 |
| 4. Il progetto: integrazione direzione amministrativa del LIS - SCuDO | 9 |
| 4.1 Mappa dei portatori d'interesse (stakeholder)..... | 10 |
| 4.2. Analisi SWOT integrazione LIS – SCUDO..... | 11 |
| 4.3. Indicatori di efficienza: i vantaggi a breve termine e le prime rilevanze | 12 |
| 4.4. Principali indicatori di sviluppo: progetti..... | 13 |
| 5. La pianificazione integrata LANz-LACD 2021-2030 | 14 |
| 6. Conclusioni | 15 |

1. Introduzione

A seguito della partenza del suo Direttore, il Comitato SCuDo ha considerato la strategia federale in atto che sostiene il progetto di avviamento all'integrazione del settore stazionario e ambulatoriale chiedendo al Municipio di Lugano, per il tramite degli Istituti Sociali Comunali, di assumere e gestire la Direzione amministrativa del Servizio.

Nel 2019 il progetto è stato sottoposto all'Ufficio anziani del DSS, il quale lo ha preavvisato favorevolmente nell'intento di concretizzare la strategia federale in una realtà consolidata. Il CdA del LIS è subentrato alla sottoscrizione del mandato al 1° gennaio 2020, con il consenso unanime del Comitato e dell'Assemblea di SCuDo.

Il mandato di prestazione per la gestione amministrativa di SCUDO è stato stilato in collaborazione del Servizio giuridico della Città di Lugano, contiene le basi legali e precisa i compiti generali, le competenze, gli obblighi, l'indennità, la revisione, gli obblighi di informazione, il controlling e le risorse da gestire (immobiliari e finanziarie). Il mandato è iniziato il 1° settembre 2019 per un periodo di prova di due anni.

Dal canto suo, il DSS con questo progetto promuove attivamente e risponde all'auspicio del Gran Consiglio del Canton Ticino che chiede l'allestimento di una pianificazione comprensiva di tutte le prestazioni definite dalla LACD e dalla LAnz. Nelle precedenti edizioni le pianificazioni erano allestite ogni quattro anni per i settori ambulatoriali e ogni dieci per quelli stazionari. Nel 2013 il Gran Consiglio ha espresso l'auspicio che venisse allestita una pianificazione integrata LAnz-LACD, comprensiva di tutte le prestazioni definite dalle due Leggi cantonali. Alla soglia del nuovo decennio, la corrispondenza fra le scadenze delle due pianificazioni permette di realizzarne una allineata ed integrata, in linea con l'auspicio del Gran Consiglio.

Nei prossimi decenni l'invecchiamento della popolazione inciderà in modo significativo sul bisogno di cure e di conseguenza sui costi socio-sanitari. Globalmente si riconosce che il sistema di cure attuale richiede una modifica dell'orientamento, se non addirittura una riforma in termini organizzativi, gestionali e clinici. Il sistema attuale, facendo propri i principi della qualità e dell'equità territoriale, ha consentito di dotarsi di un'offerta strutturata. Tuttavia, alla luce delle tendenze in atto, lo stesso dimostra diverse criticità di efficienza e falsi incentivi nell'ambito dell'erogazione delle cure di lunga durata.

La ricerca di nuovi modelli, basati su una più grande integrazione socio sanitaria e su una migliore connessione tra domanda e offerta, si mostra sempre più come la via da prediligere. I modelli integrati favoriscono una presa a carico dell'utente basata sul bisogno, che risponde alla problematica della frammentazione dei servizi e garantisce una presa a carico individuale in continua evoluzione (modello della "continuità dell'assistenza").

Nel 2019 anche l'Associazione dei Comuni Svizzeri si è chinata sul tema pubblicando una guida sui modelli di successo nelle cure integrate. Infine, una recente pubblicazione del Forum svizzero delle cure integrate riconosce il ruolo centrale dei comuni allo scopo di un'integrazione e coordinamento migliori dei partner dell'assistenza sanitaria. Lo stesso anno la Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità ha adottato all'unanimità la guida "Nuovo slancio per le cure integrate nei Cantoni" con l'obiettivo di promuovere la messa in rete e un accresciuto coordinamento degli attori delle cure.

La gestione dei servizi alle persone è mutata nel tempo proprio per cercare di rispondere in maniera più efficiente e professionale ai bisogni dell'utenza. In questo contesto alcune città svizzere stanno studiando dei modelli più confacenti alla propria realtà urbana e geografica con l'intento di rispondere tempestivamente e con qualità alle domande di intervento.

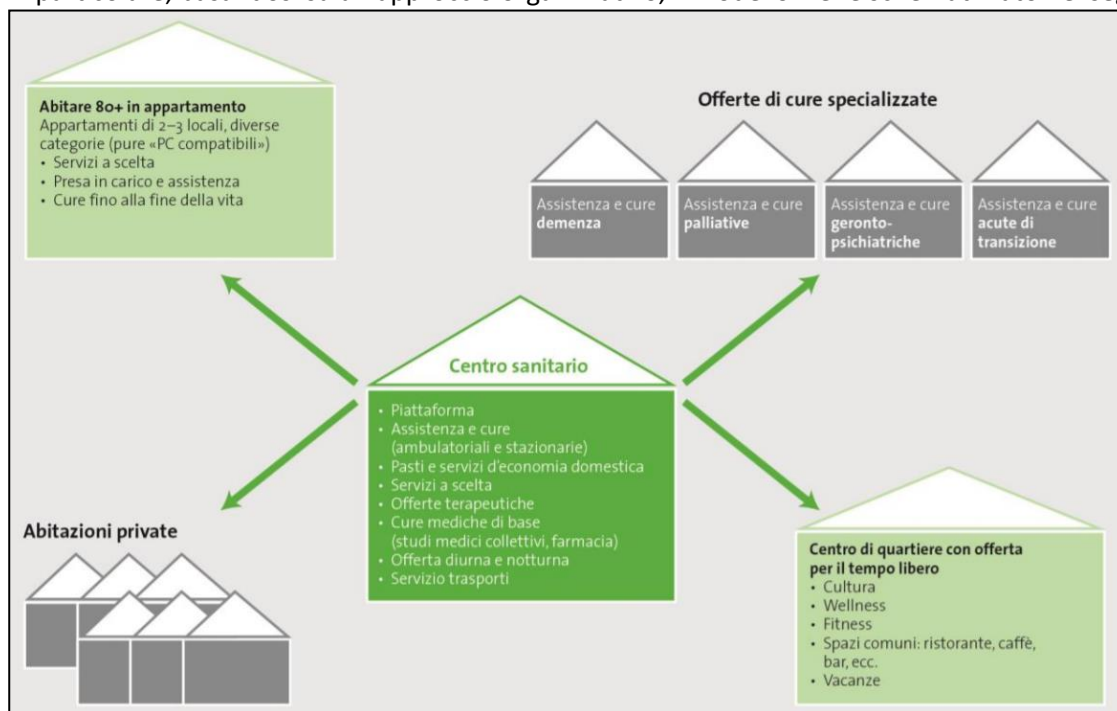
L'organizzazione capillare e già in rete delle case anziani LIS rappresenta una buona base di partenza per avviare questo nuovo modello in fase di discussione in Ticino e già applicato in altri Cantoni.

2. Modelli svizzeri

2.1 CURAVIVA Svizzera - Il modello abitativo e di cure 2030

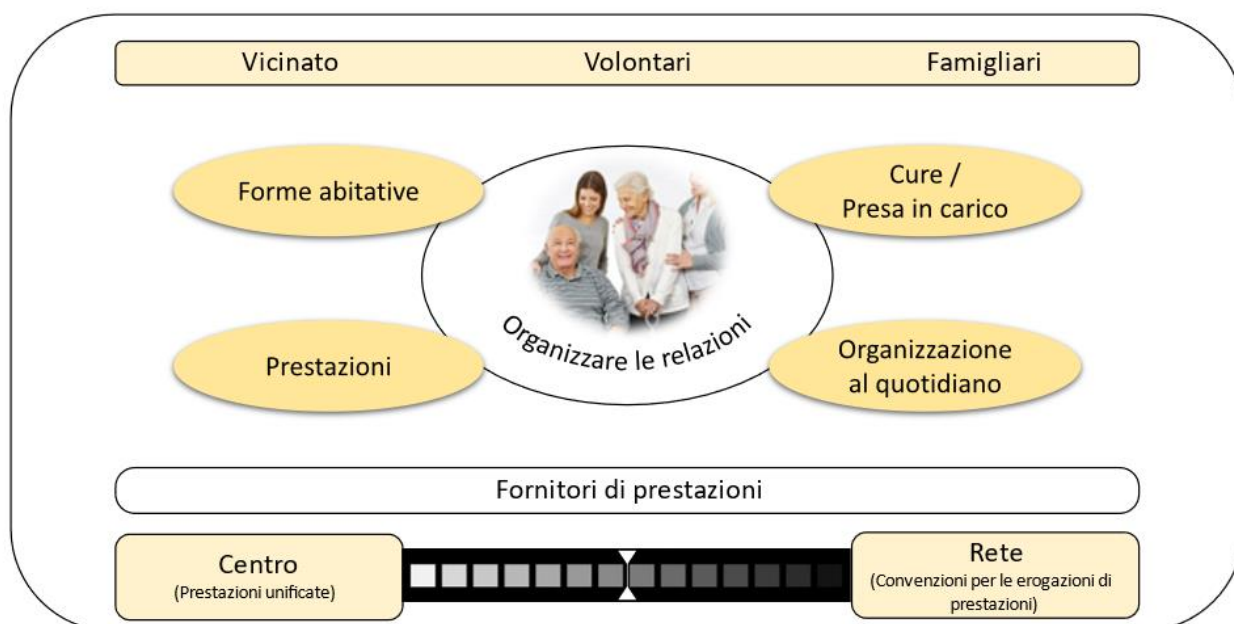
In Svizzera, il sistema sanitario applica innovative soluzioni e prestazioni a favore delle persone anziane. Nell'ambito del modello abitativo e di cure 2030, CURAVIVA Svizzera intende in particolare integrare il servizio ambulatoriale con la struttura intermedia (appartamenti protetti) e stazionaria (case per anziani).

In particolare, basandosi su un approccio organizzativo, il modello viene schematizzato nel seguente modo:



Modello abitativo e di cure 2030 di CURAVIVA Svizzera

Il modello si presta però anche per una chiave di lettura basata sui beneficiari di prestazioni nel seguente modo:



Sulla scorta del modello presentato da CURAVIVA Svizzera, alcuni Comuni e Cantoni si sono mossi in questo senso creando già delle modeste realtà. Altri invece, come già citato in precedenza, hanno sviluppato degli interessanti sistemi "ibridi", ma tendenti alla messa in rete.

Ecco alcuni esempi di Città che hanno assunto un ruolo molto più attivo nel sistema di cure e hanno riunito le loro forze con i partner locali e regionali. Queste reti coordinate e soluzioni sanitarie integrate stanno infatti si stanno sviluppando in tutta la Confederazione:

- Cantone di Basilea Campagna/Progetto INSPIRE (modello di cure integrate).
- CareNet+ Centro di coordinamento per la salute e gli affari sociali di Zurigo.
- Centro sanitario della Bassa Engadina (da dieci anni importanti partner nel settore sanitario lavorano insieme nella stessa struttura e in tutti i settori).
- Centro sanitario Val Müstair (ospedale, ambulatorio, casa di cura, Spitex, ecc.).
- Centro medico interprofessionale Steffisburg.
- Cité Générations (regroupe trois centres médicaux, Clinique et Permanence d'Onex, Groupe Médical d'Onex et le Centre Médical de Cressy).
- Fondazione RaJoVita a Rapperswil-Jona (fusione di una gran parte degli istituti per anziani e degli Spitex sotto lo stesso tetto).
- Gesundes Freiamt (progetto sanitario nella regione del Freiamt).
- Polo sanitario "xunds grauholz" (creazione di un polo sanitario).
- Réseau Santé Balcon du Jura vaudois (cure integrate in una regione periferica).
- Thurvita nella regione di Wil (cura agli anziani in tutte le condizioni di vita).
- Stiftung Alterszentrum Lindenhof, Oftringen (cure integrate – stazionarie ed ambulatoriali – nel contesto di un istituto di cura).

Vi sono anche interessanti proposte di abitazioni con servizi di assistenza sul nostro territorio che variano dal grado D (vedi figura seguente) per un'offerta più ristretta di servizi di supporto, al grado A gamma che propone un'offerta più completa.

| Plans | Contenus/Mesures/Portée | Niveaux | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| | | D | C | B | A |
| Objectifs | qualité de la vie quotidienne | X | X | X | X |
| | dignité, soutien à l'autonomie | X | X | X | X |
| | possibilité de participation sociale | X | X | X | X |
| | sécurité | X | X | X | X |
| Présence | présence téléphonique (traiter ou transmettre les demandes) | X | | | |
| | présence sur place, heures de bureau (traiter ou transmettre les demandes) | | X | | |
| | présence d'une professionnelle ou d'un professionnel 24 h/24 (traiter les demandes) | | | X | X |
| Planification | évaluation des besoins ADL/IADL | | X | X | X |
| | évaluation des besoins de santé | | X | X | X |
| | évaluation des besoins/ressources du réseau social, des proches | | X | X | X |
| | échanges d'informations avec d'autres prestataires | | | X | X |
| Offre | lessive, ménage | X | X | X | X |
| | tâches financières, administratives (banque, autorités, etc.) | X | X | X | X |
| | aide pour la cuisine/les achats, service de repas, restaurant | X | X | X | X |
| | repas, alimentation (y c. régime) | | X | X | X |
| | soins corporels, habillement, mobilisation | | X | X | X |
| | thérapies, mesures de prévention-promotion | | X | X | X |
| | sécurité par téléphone/bouton d'appel (disponibilité 24 h/24) | X | X | X | X |
| | sécurité par du personnel spécialisé de services externes (Aide et soins à domicile, etc.) | X | X | | |
| | sécurité par une présence professionnelle dans la maison 24 h/24 | | | X | X |
| | sécurité par des contrôles réguliers | | | X | X |
| | mesures contre l'isolement social/la solitude | X | X | X | X |
| | activités de loisirs, participation à la vie sociale du lieu de vie | X | X | X | X |
| | offres spécialisées: p. ex. en cas de démence, diabète, soins palliatifs, souffrance psychique, addiction | | | | X |
| | Doc et qualité | documentation : évaluation des besoins, accords, prestations | | X | X |
| évaluation des objectifs, capacités de self-care/qualité de la vie quotidienne | | | X | X | X |
| évaluation de la sécurité | | X | X | X | X |
| évaluation de la qualité de vie, de la dignité, de l'autonomie | | X | X | X | X |
| évaluation de la collaboration interprofessionnelle | | | | X | X |

Source : Imhof et Mahrer Imhof (2018, 20), représentation BASS

Sintesi delle caratteristiche delle abitazioni con servizi di assistenza secondo il metodo di classificazione A-D

È interessante analizzare la tabella in quanto evidenzia le informazioni in maniera sintetica delle caratteristiche delle abitazioni con servizi di assistenza secondo il metodo di classificazione A-D. Tali abitazioni comprendono anche locali comuni o giardini in comune che permettono una partecipazione a livello sociale. Caratteristiche di un buon ambiente abitativo sono: contatti con il vicinato, opportunità di fare acquisti nelle vicinanze, accesso ai mezzi pubblici, sicurezza del traffico, sicurezza pubblica e quiete nel quartiere.

3. LIS e SCuDo

3.1. SCuDo - Servizio Cure a Domicilio del Luganese

Il servizio di assistenza e cura a domicilio di interesse pubblico del Luganese, è un'associazione di diritto privato. L'Associazione è aconfessionale e apartitica, non persegue fini di lucro ed è riconosciuta quale Ente di pubblica utilità ed in quanto tale, sovvenzionata da Comuni e Cantone. È nato alla fine del 1999 riprendendo le attività del Consorzio servizio aiuto domiciliare Lugano e dintorni e del Consorzio profilattico e materno in virtù dell'introduzione della nuova Legge sull'assistenza e cura a domicilio entrata in vigore il 1° gennaio del 2000 e aggiornata nel 2010.

L'assistenza e la cura a domicilio è un servizio erogato direttamente a casa dell'utente che si propone come missione principale di sviluppare le potenzialità individuali e collettive di chi domanda l'intervento, al fine di rendere e mantenere queste persone le più indipendenti possibili dalle strutture sociosanitarie stazionarie (per brevi o lunghi soggiorni). Le prestazioni di assistenza e cura a domicilio promuovono, mantengono e/o ristabiliscono lo stato di salute bio-psico-sociale dell'individuo mirando al massimo recupero e al mantenimento dell'autonomia funzionale. Tre aree d'azione sono al centro dell'operato del servizio: la persona, la famiglia e la comunità. La soddisfazione dei bisogni nelle tre aree d'azione avviene tramite delle misure di tipo curativo-riabilitativo, curativo-mantenimento nonché per delle misure di tipo preventivo. In particolare l'azione degli operatori del servizio deve rispondere:

- ai quattro classici principi dell'etica clinica (giustizia, autonomia, fare il bene e non fare il male) (SBK-ASI, 2003);
- a due fondamentali principi organizzativi (efficienza-adequatezza-economicità e coordinamento delle azioni).

3.2. LIS - Ente autonomo Lugano Istituti Sociali

Il Municipio ha licenziato il Messaggio municipale n. 9241 concernente la costituzione di un ente autonomo di diritto comunale per la gestione delle attività degli Istituti sociali comunali. Il 26 giugno 2018 il Consiglio Comunale ha approvato la costituzione dell'ente autonomo Lugano Istituti Sociali (LIS) per gestire le attività sociali (case anziani, asili nido e Casa Primavera). La Città, delegando la gestione di tali attività, ha voluto snellire le strutture organizzative dotandole di maggiore flessibilità.

L'ente ha una personalità giuridica propria, indipendente, capace di una formazione di volontà attraverso i suoi organi, con suoi diritti e doveri. L'Ente è un'emanazione del Comune, sottostante al suo controllo e all'organizzazione che quest'ultimo intende dargli attraverso puntuali scelte statutarie e nel quadro della legge. Esso presenta il considerevole vantaggio di un buon grado di libertà d'azione e di una certa flessibilità e velocità di reazione in caso di opportunità favorevoli.

Un altro elemento interessante di questa forma giuridica risiede nel fatto che all'Ente possono partecipare più Comuni e anche privati (art. 193c cpv. 1 LOC).

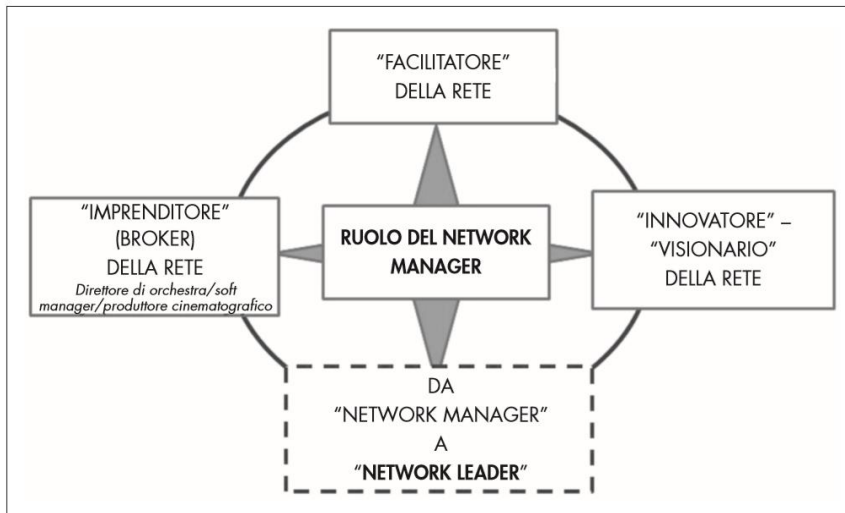
In generale, il modello dell'Ente risulta essere adatto al conseguimento di obiettivi aziendali/finanziari volti al contenimento dei costi e ad una maggiore produttività della struttura nel suo insieme, grazie ad un'accresciuta autonomia organizzativa e gestionale e una governance più adeguata al settore di attività. Su questo aspetto si osserva che i numerosi attori istituzionali e sociali con cui l'attuale LIS condivide obiettivi, definisce processi, azioni e competenze, negozia strategie, contrattualizza prestazioni e misura la qualità dei servizi, chiede sempre di più di poter contare su partner riconosciuti e affidabili con una governance propria e specifica del settore di competenza.

In sintesi, gli aspetti positivi dell'Ente, che costituiscono delle opportunità di miglioramento per il settore interessato, sono in particolare i seguenti:

- struttura propria con aumento della flessibilità e dell'autonomia gestionale che permetterà una migliore gestione strategica finanziaria;
- maggiore efficacia ed efficienza dell'apparato amministrativo e organizzativo;
- miglior concentrazione su attività prioritarie e principali (core business);
- maggiore leggibilità contabile per la concentrazione di tutte le voci di bilancio e di conto economico;
- agevolazione di sinergie e collaborazioni strategiche e operative con enti esterni;
- autonomia delle conoscenze e delle competenze tecniche dei collaboratori per un'offerta qualitativa e quantitativa delle prestazioni professionali all'avanguardia;
- semplificazione nei rapporti con i partners e i referenti specifici del settore;
- valorizzazione delle attività di settore delegate dalla Legge.

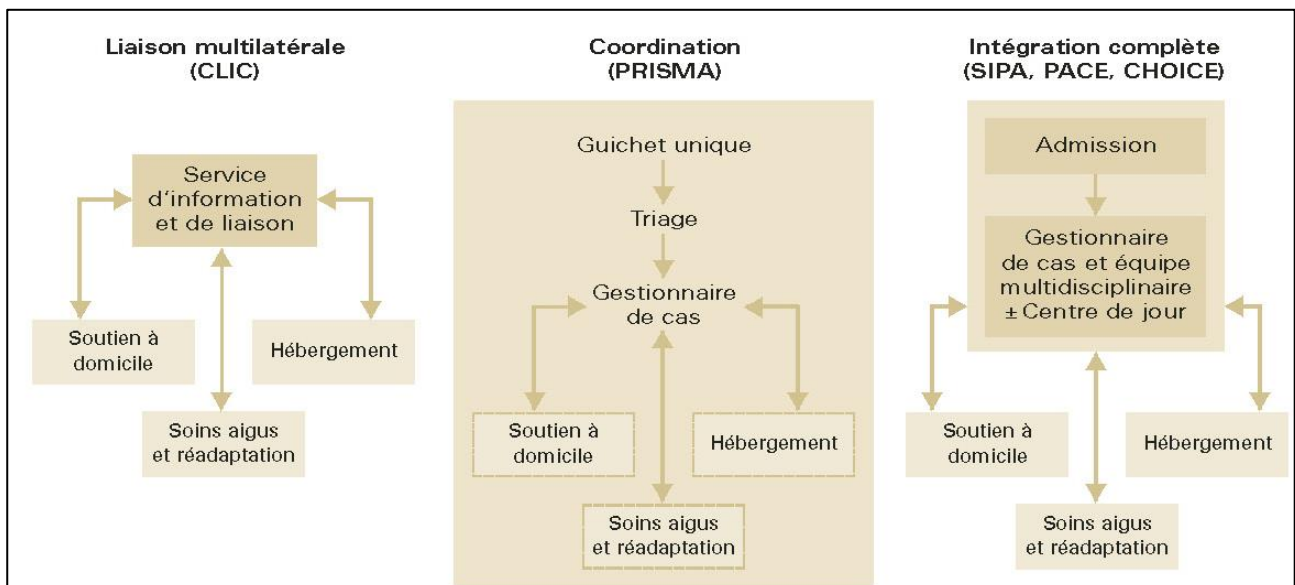
4. Il progetto: integrazione direzione amministrativa del LIS - SCuDo

Abbiamo assistito alla nascita di diversi network pubblici nei molteplici ambiti presenti sul nostro territorio (sanità, formazione, ...) che ha portato a un'evoluzione del ruolo dell'amministrazione pubblica, allo sviluppo di nuove forme di governance e alla diffusione di nuovi strumenti e stili di management tendenzialmente orientati verso un'ottimale performance. Puntando all'adozione di una logica di network leadership "distribuita" si cerca di sensibilizzare i propri quadri e i propri collaboratori alla progressiva assimilazione delle caratteristiche distintive della rete.

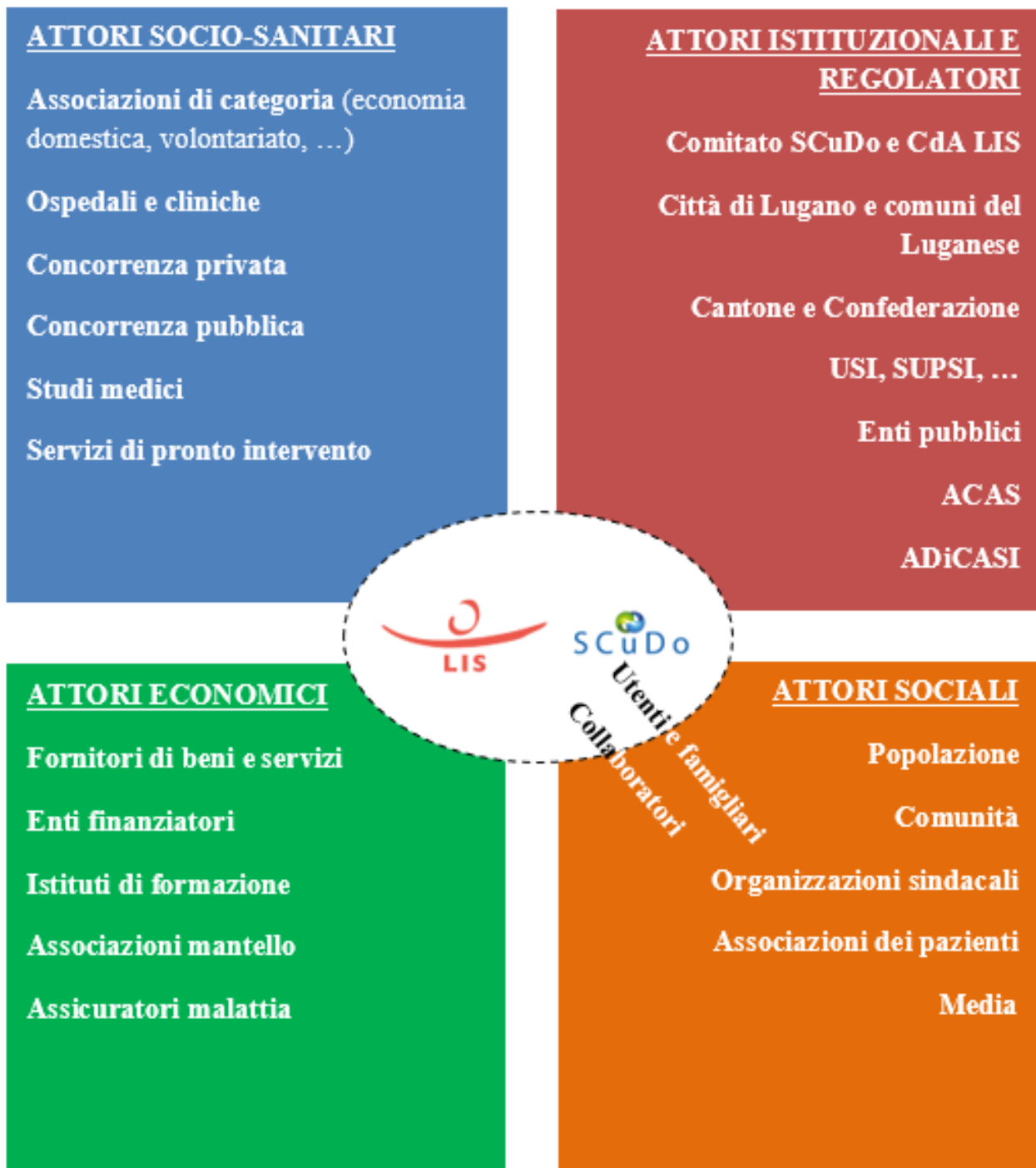


Con la creazione di una rete gestita dalle logiche di network leadership si instaurano delle interrelazioni tangibili, ossia le interdipendenze presenti nelle differenti attività della catena del valore delle diverse aree strategiche di affari (strategic business units).

L'integrazione dei servizi socio sanitari costituisce la soluzione per migliorare la continuità e l'efficienza delle prestazioni a favore delle persone fragili. In particolare il settore socio-sanitario può fare riferimento ai seguenti modelli di integrazione:



4.1 Mappa dei portatori d'interesse (stakeholder)



La mappa rappresenta ogni soggetto (individuo, gruppo, organizzazione) coinvolto a vario titolo nel progetto oppure che può influenzare, essere influenzato da, o percepire di essere influenzato da, una decisione, un'attività o un risultato. Ha lo scopo importante di individuare tutte le parti interessate o che possono influenzare a vari livelli e con diversi gradi l'andamento del progetto stesso.

4.2. Analisi SWOT integrazione LIS – SCUDO

| VANTAGGI | SVANTAGGI |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Migliore risposta alla domanda di cure domiciliari e in strutture di media/lunga degenza. - Riduzione dei costi. - Flessibilità nella presa a carico di soggiorni temporanei o passaggi al ricovero permanente a causa dell'insostenibilità del mantenimento a domicilio. - Case manager - Offerta posti di "solievo-sgravio" o "emergenza" in caso di assenza imprevista del familiare curante. - Riduzione sensibile dei contratti a ore. - Interscambi di collaboratori secondo necessità di prestazioni. - Maggiori possibilità di carriere professionali. - Coordinamento tra operatori sul territorio e servizio ammissioni LIS. - Aggiornamento e formazione in comune. - Asilo nido per i figli dei collaboratori SCuDo. - Ottimizzazione degli spazi amministrativi presso la sede SCuDo. - Cartella sanitaria unificata. - Creazione di un centro diurno per utenti SCuDo (potenziamento della fascia oraria serale, del fine settimana e dei festivi). - Offerta assistenza notturna per situazioni specifiche di breve durata. - Accompagnamento al morente che vuole restare a domicilio o di supporto al familiare. - Gestione situazioni di cure palliative in comune. - Vantaggi strategici. | <ul style="list-style-type: none"> - Rallentamento di alcuni processi secondari vista la grandezza della struttura. - Minor flessibilità di SCuDo nella propria autonomia. - Minor flessibilità del LIS nella propria autonomia. |
| RISCHI | OPPORTUNITÀ |
| <ul style="list-style-type: none"> - Nessuna esperienza di integrazioni di questo genere. - Limiti legali vincolanti. - Dinamiche politiche su ambiti diversi (anziani, cure a domicilio e minorenni). | <ul style="list-style-type: none"> - Sviluppo del know how. - Ampliamento dell'integrazione. - Integrazione di altri servizi allineati al core business (aiuto domestico al domicilio, palestra per anziani, attività per minori, ecc.). |

4.3. Indicatori di efficienza: i vantaggi a breve termine e le prime rilevanz

Per raggiungere i fattori di successo occorrono naturalmente dei presupposti:

- volontà d'impegnarsi e disponibilità di tutti i partecipanti a creare qualcosa insieme;
- ottenere informazioni ed esperienze dai servizi di cure integrate esistenti;
- "integrare" leader visionari con abilità pratiche per ideare un'offerta integrata con i partner.

Per creare modelli di cure integrate efficienti e che generino del valore aggiunto e delle interessanti opportunità, si devono considerare i fattori di successo su tre livelli:

- generici: strutture già esistenti o da modificare;
- strategici: contenuti di reti o strategie aziendali;
- critici: misure adottate da una rete o da un'azienda.

Inoltre, per una gestione operativa ottimale, è importante che il network applichi i seguenti strumenti:

- strumenti di integrazione;
- strumenti di coordinamento;
- strumenti di accountability.

Vantaggi a breve termine già rilevati

Per gli utenti e i famigliari:

- modello integrato sul territorio per una migliore risposta alla domanda di cure domiciliari e in strutture di media/lunga degenza.
- flessibilità nella presa a carico di soggiorni temporanei o passaggi al ricovero permanente a causa dell'insostenibilità del mantenimento a domicilio;
- offerta posti di "sollievo-sgravio" o "emergenza" in caso di assenza imprevista del famigliare curante.

Risultato d'esercizio:

Miglioramento rispetto allo standard del contratto di prestazione. Risultati d'esercizio degli ultimi 3 anni:

Perdita 2018 CHF 21'136.96

Perdita 2019 CHF 766'839.67

Utile 2020 CHF 306'524.10

Costi per beni e servizi e gestione della direzione e amministrazione:

- Costi delle risorse amministrative con minori spese (**circa CHF 200'000**);
- standardizzazione e regolamentazione i flussi procedurali;
- applicazione LCPubb con centralizzazione presso il LIS;
- Costi amministrativi (cancelleria, telefonia, pubblicità, ...) ridotti di circa il 15%
- Canoni di locazione ridotti di circa il 10%

Mobilità risorse umane e vantaggi per i collaboratori:

- Trasferimenti tra casa anziani e SCuDo a carattere transitorio o definitivo (8 persone) secondo richieste dei collaboratori;
- supporto di 11 collaboratori SCuDo presso le case anziani durante il periodo COVID;
- contratti HR:
 - contratti a ore assestati a complessive 4 unità (secondo richieste collaboratori);
 - percentuale standard di contratto di lavoro con percentuale del 50%;
 - riduzione rapporto skill mix secondo indicazioni cantonali;
 - ore di cure in base alla funzione professionale:
2019 → infermieri 29%
2020 → infermieri 25%
 - adeguamenti contrattuali per figure professionali (specialità, DAS, MAS, ...).
- Vantaggi per la conciliabilità lavoro - famiglia

Informatica:

- Applicazione di prodotti informatici comuni tra LIS e SCuDo (contabilità, HR).

4.4. Principali indicatori di sviluppo: progetti

1. Dotazione di posti letto transitori a favore di situazioni di necessità di utenti SCuDo (post acuto, ecc.).
2. Progetto integrazione servizio ammissioni LIS con attività valutatori SCuDo attraverso processo di case management.
3. Progetto sviluppo integrazione di rete con inserimento nuova figura professionale di assistente sociale per situazioni a carattere psico-sociale.
4. Sviluppo progetto ConCronos dedicato a persone della terza età di tutto il territorio luganese grazie alla creazione di un concetto di allenamento funzionale specifico per persone in terza e quarta età.
5. Sviluppo di prodotti informatici condivisi (cartella sanitaria).
6. Trasferimento attività di stimolazione basale SCuDo nel nuovo centro Polis a beneficio di utenti SCuDo, case anziani e centro diurno.
7. Integrazione di un unico centro di competenze per la formazione.
8. Nuova sede di SCuDo presso la Villa Rava con spazi condivisi presso la Residenza alla Meridiana LIS (sale riunioni, mensa per il personale, archivi, ...).
9. Centralizzazione acquisti di materiale sanitario.

5. La pianificazione integrata LANz-LACD 2021-2030

La Pianificazione fissa l'ordine di priorità degli interventi per fornire risposte adeguate alle varie esigenze della popolazione. Il Cantone presenta la pianificazione delle prestazioni offerte nel settore socio-sanitario:

- (i) le attività delle case per anziani (CPA),
- (ii) i servizi che erogano assistenza e cura a domicilio (ACD),
- (iii) i servizi d'appoggio (SAPP) e gli aiuti diretti finalizzati a favorire il mantenimento a domicilio.

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

L'allestimento regolare delle pianificazioni è un compito cantonale definito a livello federale nella Legge sull'assicurazione malattie (LAMal) (limitatamente al settore stazionario) e nelle due leggi cantonali che regolano i settori interessati: la Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz), del 30 novembre 2010, e la Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD), del 30 novembre 2010. Queste due leggi, rispettivamente agli artt. 5 e 7, prevedono che il Consiglio di Stato — sentiti i Comuni e gli enti pubblici e privati interessati— rilevi i bisogni esistenti e fissi l'ordine di priorità degli interventi da sostenere.

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

6. Conclusioni

La Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità, l'Associazione dei Comuni Svizzeri, l'Unione delle città svizzere, Spitex Svizzera, la Società Svizzera dei Farmacisti, Curaviva Svizzera, l'Associazione dei Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera ed Economie Suisse hanno elencato recentemente una serie di fattori di successo per la creazione di modelli di cure integrate.

Integrazione delle cure significa misure e processi che contribuiscono a migliorare il collegamento in rete tra tutti gli attori (case anziani, servizi di cure a domicilio pubblici e privati, servizi di appoggio (centri diurni, trasportatori, ecc.) e infermieri privati) nel sistema sanitario che coordinano in modo ottimale il trattamento e l'assistenza dei pazienti lungo l'intero percorso terapeutico. Il coordinamento e l'integrazione sono due componenti imprescindibili di questo processo.

Sarà pertanto imperativo e urgente procedere a snodare quegli importanti vincoli legali che oggi non permettono ancora l'intera integrazione di tutti i servizi.

L'obiettivo a lungo termine è quello di realizzare servizi di assistenza completamente integrata che forniscano un insieme completo di interazioni continuative per il cittadino, che portino a una migliore assistenza e a migliori esiti. Nello specifico caso della collaborazione in atto tra SCuDo e LIS, si auspica che la stessa possa continuare in ossequio alla strategia federale in atto e più in particolare alla pianificazione integrata promossa dal DSS.

È probabile che l'evoluzione dei miglioramenti delle interazioni provenga dagli operatori in prima linea che sono in grado di capire i possibili punti di ottimizzazione dei processi esistenti. Tali innovazioni devono essere riconosciute, valutate e, se possibile, progressivamente incrementate per portare vantaggi a tutto il sistema.

Lo sviluppo di sistemi di presa a carico si trasformano e altri nuovi ruoli dovranno essere creati con competenze rinnovate. Questi spazieranno dalle competenze tecnologiche al project management, alla gestione con successo del cambiamento.

I sistemi assistenziali devono diventare "sistemi apprendenti", costantemente impegnati a migliorare qualità, costo e accesso ai servizi. Essi devono rinforzare le loro capacità in modo tale da essere più adattativi e resilienti. Siccome la domanda evolve costantemente, è indispensabile conservare competenze, talenti e esperienze degli operatori. Ciò significa che bisogna assicurarsi che le conoscenze siano acquisite e utilizzate per migliorare la successiva serie di progetti, al fine di ottenere una maggiore produttività e un miglior esito dei progetti presentati.

Il Comitato di SCuDo e il Consiglio d'Amministrazione dell'Ente LIS propongono al Dipartimento della Sanità e Socialità di rinnovare il mandato di prestazione in attesa di una normativa legislativa al fine di nutrire, incrementare e promuovere sistemi socio sanitari integrati ed efficienti per rispondere meglio alle necessità dell'utenza e del territorio.

Ente autonomo Lugano Istituti Sociali - LIS

Il Presidente

La Vice presidente

Lorenzo Quadri

Deborah Moccetti Bernasconi

Servizio Cure a Domicilio del Luganese - SCuDo

Il Presidente

Membro di Comitato

Sergio Macchi

Mario Asioli

Lugano, 15 giugno 2021