

# **Cure palliative in Ticino**

Rapporto del Gruppo di lavoro

**Implementazione della strategia nazionale  
riguardo gli aspetti dell'assistenza, della formazione  
e del finanziamento**

Bellinzona, aprile 2012 (versione settembre 2015)

**Indice**

1. Premessa .....	3
2. Cure palliative in Ticino .....	4
3. Modalità di lavoro e parametri di calcolo .....	5
3.1. Metodo scelto .....	5
3.2. Parametri di calcolo .....	6
4. Basi legali .....	6
5. Stima dei costi di implementazione .....	7
5.1. Coordinamento cantonale .....	7
5.2. Pazienti tipo A stazionari .....	8
5.2.1. Strutture ospedaliere .....	8
5.2.2. Case per anziani .....	9
5.3. Pazienti tipo A ambulatoriali .....	9
5.3.1. Medico di famiglia .....	9
5.3.2. SACD .....	10
5.4. Pazienti tipo B stazionari .....	10
5.4.1. Strutture ospedaliere: Servizio Cure Palliative (SCP) .....	10
5.4.2. Struttura (casa o reparto) per cure palliative .....	11
5.4.3. Reparti di cure palliative geriatriche presso 2-4 Case per anziani (Hospice con statuto di una casa per anziani) .....	12
5.5. Pazienti tipo B ambulatoriali .....	13
5.5.1. Medico di famiglia .....	13
5.5.2. SACD* .....	13
5.5.3. Associazioni Hospice Ticino e Triangolo .....	13
6. Formazione .....	16
7. Conclusione .....	17

## 1. Premessa

La politica nazionale ha riconosciuto la necessità di agire in materia di cure palliative. Nel gennaio 2008, il capo del Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha conferito all'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) il mandato di fare chiarezza sulla situazione delle cure palliative in Svizzera. Questo chiarimento ha evidenziato in modo inequivocabile l'insufficiente affermazione delle cure palliative nel sistema sanitario e l'urgente necessità di sensibilizzare sia il pubblico specialistico sia la popolazione.

Di conseguenza, nell'estate del 2008 il capo del DFI ha dichiarato la promozione delle cure palliative come priorità del suo dipartimento. Su mandato del DFI, l'UFSP ha condotto colloqui con la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), un organismo che condivide la necessità di una politica sanitaria in favore delle cure palliative. Insieme, il DFI e la CDS hanno istituito alla fine del mese di ottobre del 2008 una Commissione nazionale di promozione delle cure palliative, composta da un comitato di direzione (direttori di UFSP, UFFT, SER, UFAS e presidente, vicepresidente e segretario centrale della CDS) e di quattro gruppi di lavoro di esperti sui temi **“assistenza e finanziamento”, “informazione”, “formazione” e “ricerca”**.

Sotto la direzione dell'UFSP e della CDS, circa 80 esperti hanno elaborato da gennaio a giugno 2009 un rapporto sulla necessità d'intervento nel settore delle cure palliative in Svizzera.

Sulla base di tale rapporto e di altri studi, tra luglio e ottobre del 2009 l'UFSP e la CDS hanno elaborato la **“Strategia nazionale in materia di cure palliative 2010–2012”**. Nella strategia la Confederazione e i Cantoni si prefiggono l'obiettivo principale di **integrare le cure palliative**, in collaborazione con gli attori principali, **nel sistema sanitario**, nel settore sociale, nella formazione e nella ricerca. La strategia è stata adottata dal Dialogo “Politica nazionale della sanità” il 22 ottobre 2009.

Nel giugno 2011 è stata effettuata una prima valutazione dell'implementazione della strategia nazionale. I capitoli del rapporto toccano i punti essenziali della strategia: finanziamento, cure, sensibilizzazione, formazione e ricerca. Essi vengono qui di seguito riassunti.

### **a) finanziamento**

L'UFSP ha constatato un bisogno di adeguamento della LAMal nel settore delle cure palliative; è quindi attualmente in corso una verifica dei modelli di finanziamento per i diversi tipi di presa a carico, in particolar modo dei pazienti tipo B.

### **b) cure**

Per giungere a un ottimo livello della qualità delle cure (comparabile e verificabile), è stato sviluppato un catalogo dei criteri di qualità per le cure specifiche. Inoltre sotto la direzione della CDS è stato sviluppato un catalogo dei criteri d'indicazione per le cure palliative. Questi strumenti sono destinati alla pianificazione delle strutture e delle reti locali e cantonali con lo scopo di garantire un'ottima qualità delle cure.

### **c) sensibilizzazione**

Come piattaforma principale per le cure palliative è attivo dall'agosto 2010 il sito internet [www.palliative.ch](http://www.palliative.ch). Il sito offre ampie informazioni sia per le persone colpite sia

per i professionisti. È stato inoltre pubblicato un opuscolo informativo dedicato agli utenti *“Malattia incurabile – e ora?”*

#### **d) formazione**

Sono stati avviati i lavori per un programma nazionale di formazione in cure palliative con lo scopo di creare un consenso nazionale in merito alle competenze che il personale deve possedere.

Inoltre sono state avviate le discussioni sull'integrazione delle cure palliative nella formazione dei medici a livello universitario e nella formazione continua a livello FMH.

#### **e) ricerca**

È in preparazione una piattaforma nazionale in merito all'informazione e al coordinamento nell'ambito della ricerca. Attualmente ci sono due attori. Il Cantone Ticino fa parte della *“Plateforme latine de recherche en soins palliatifs (www.plsp.ch)”*.

## **2. Cure palliative in Ticino**

Il Cantone Ticino, avendo già una lunga storia di cure palliative, in seguito alla discussione a livello nazionale nel 2009, si è attivato con una prima valutazione della situazione attuale sul territorio.

Nel 2010 è stato presentato alla direzione del DSS da parte dell'Ufficio del medico cantonale un primo rapporto medico-tecnico elaborato in collaborazione con il dott. med. Hans Neuenschwander, primario del reparto e del servizio cantonale di cure palliative presso lo IOSI/EOC.

Il rapporto era un punto di partenza per la stima dei costi di messa in atto di un concetto di cure palliative in Ticino, passo necessario per stimare la relativa spesa a carico dell'ente pubblico e per delineare le eventuali ripercussioni in ambito di pianificazione ospedaliera.

Con la Risoluzione governativa 1903 del 29 marzo 2011 il Consiglio di Stato ha istituito un Gruppo di lavoro incaricandolo di *“elaborare un primo progetto operativo al fine di valutare la possibilità di implementare nel Cantone Ticino una strategia di Cure palliative”*. Il Gruppo di lavoro, presieduto dall'Ufficio del medico cantonale, ha iniziato il suo lavoro nel maggio 2011 e questo rapporto è il risultato del suo operato. Esso contiene delle indicazioni sulle scelte e sui costi d'implementazione.

Una prima versione del rapporto è stato presentato nel mese di dicembre 2011 alla direzione del DSS. In questa occasione il GL ha raccolto le indicazioni della direzione del DSS e ha proceduto ad eseguire degli specifici approfondimenti.

In particolar modo sono stati approfonditi nel corso dei primi mesi del 2012 i seguenti temi:

- formazione
- case per anziani
- casa/reparto cure palliative
- SACD

- struttura di coordinamento
- collaborazione con l'Ordine dei medici del Cantone Ticino

### 3. Modalità di lavoro e parametri di calcolo

#### 3.1. Metodo scelto

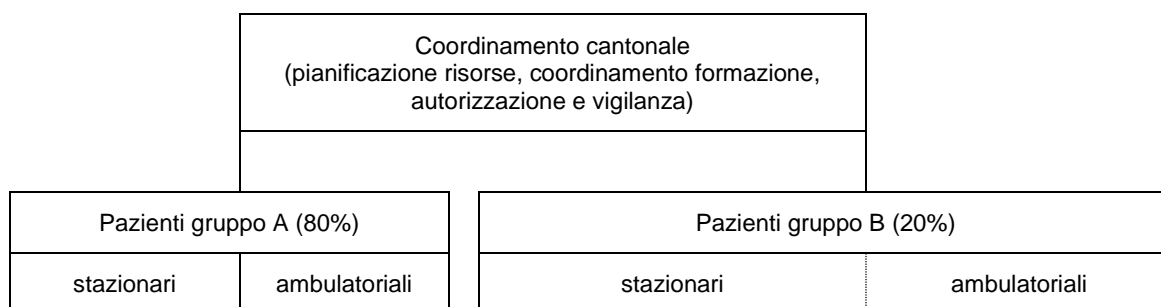
Per poter procedere ad una prima stima dei costi, è necessario far capo ad un approccio sistematico. È quindi stato valutato e scelto quale scenario di riferimento un modello di implementazione della strategia nazionale di cure palliative che tenesse conto delle realtà e specificità del Canton Ticino.

In base al modello che si propone di adottare, è stata effettuata una stima di massima sia per gli oneri per l'implementazione del sistema di cure palliative (formazione del personale e costi d'investimento per nuove strutture) sia per i costi di gestione supplementari che ne derivano (costi di gestione corrente di nuove strutture e necessità di prevedere una ripetizione della formazione sufficiente ad assicurare il mantenimento del livello complessivo di formazione nonostante il fisiologico ricambio del personale).

Il modello scelto tiene conto di una suddivisione dei pazienti in due gruppi. La suddivisione è stata operata dall'Associazione cappello nazionale palliative.ch sulla base delle esperienze accumulate sinora<sup>1</sup>.

Secondo questa suddivisione circa l'**80% dei pazienti (pazienti tipo A)** con un bisogno di cure palliative necessita di cure palliative generali integrate nella presa a carico di base. Circa il **20% dei pazienti (pazienti tipo B)** ha invece bisogno di cure palliative specifiche fornite da parte di specialisti, sia a domicilio sia in caso di ricovero in strutture ospedaliere o sociosanitarie<sup>2</sup>.

Tenendo conto dei fornitori di prestazioni presenti sul territorio è stato ipotizzato il modello di base seguente:



<sup>1</sup> "Indikationskriterien Palliative Care",  
<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/10907/11020/index.html?lang=de>

<sup>2</sup> Si veda <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/10907/11020/index.html?lang=it> sul sito della Confederazione a proposito delle "Basi decisionali per cure palliative specializzate": "Nel settore delle cure palliative si distingue tra due tipi diversi di pazienti: da un lato, coloro che possono essere trattati e assistiti nell'ambito delle prestazioni di base; dall'altro, quelli che hanno bisogno di offerte specializzate. Dato che tale distinzione non può essere fatta sulla base di diagnosi, sono necessari altri criteri decisionali. Pertanto, nel quadro della «Strategia nazionale in materia di cure palliative 2010-2012» promossa da Confederazione e Cantoni, sono stati elaborati dei criteri per ricorrere alle cure palliative specializzate. I «Criteri di indicazione per il ricorso alle cure palliative» elaborati da un gruppo d'esperti interprofessionale servono ai professionisti del settore per orientarsi nell'eventualità di dover far intervenire uno specialista o far ricoverare un paziente in un istituto specializzato."

Ospedali EOC	SACD	Ospedali EOC	SACD, con
Cliniche private	Medici di base	Cliniche private	supporto di enti d'appoggio
Case per anziani		Unità acuta cure palliative	
		Casa oppure Reparti cure palliative	
Cure palliative geriatriche			

### 3.2. Parametri di calcolo

Il *Livello di formazione raccomandato*, secondo le indicazioni di *palliative.ch*, è stato definito per ogni settore della rete di presa a carico, in base alla specificità delle prestazioni da assicurare.

*Numero di persone da formare*: è stato valutato per ogni tipologia di struttura; per i servizi non specialistici, partendo dalle UTP (unità a tempo pieno) si è fatta una stima del numero di persone da formare, a volte in base a riflessioni sul grado di occupazione minimo auspicato per l'erogazione di queste prestazioni.

*Costi di sostituzione durante la formazione* (costi giornalieri del personale, stipendio medio più oneri sociali):

- per i medici: solo a partire dal livello CAS (medico capo clinica fr. 800.- al giorno, medico assistente fr. 560.- al giorno: per questa prima stima si è fatto ricorso ad un valore indicativo di fr. 700.- al giorno);
- per gli infermieri: sempre, in quanto la loro attività è pianificata in turni di lavoro (fr. 430.- al giorno).

*Aumenti salariali in seguito alla formazione supplementare*:

- la retribuzione dei medici non segue logiche di formazione, ma si basa sul livello FMH, pertanto non si prevedono modifiche dovute a questo tipo di formazione;
- infermieri: nessun aumento sino al livello CAS compreso; una retribuzione supplementare potrebbe semmai entrare in considerazione con il livello DAS 120 ore di formazione su 14 giorni); per il livello MAS si è invece ipotizzata la classe 13 per gli infermieri, quindi circa 2'000.- fr. in più all'anno;
- inoltre, per gli infermieri che assumeranno il ruolo di capo-reparto nei reparti di cure palliative geriatriche previsti presso 2-4 case per anziani si è ipotizzata una retribuzione supplementare di fr. 5'000.- annui.

*Costi d'investimento e costi di gestione per l'ampliamento di strutture esistenti o la creazione di nuove strutture*:

- ci si è rifatti a parametri finanziari relativi a strutture già esistenti nel nostro Cantone e, in un caso, in un altro Cantone.

## 4. Basi legali

Uno degli obiettivi della Strategia nazionale cure palliative 2010-2012 è la garanzia dell'accesso alle prestazioni per tutte le persone indipendentemente dalla loro situazione socio-economica.

La Legge federale sull'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal) non definisce le cure palliative. Essa riconosce alcune delle prestazioni contenute nel concetto di cure palliative e ne assume i costi se le prestazioni erogate fanno parte del catalogo delle prestazioni definito dalla LAMal (cfr. Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, Opre). Per quanto concerne il regime ambulatoriale e il settore degli istituti di lunga degenza, il 1. gennaio 2012 è entrata in vigore la modifica dell'art. 7 Opre. Le prestazioni legate al coordinamento di infermieri specializzati in caso di complicazioni in situazioni di cura complesse e instabili sono ora assunte dalla LAMal.

Continuano a non essere coperte dalla LAMal le prestazioni offerte ai familiari in ambito di sostegno psicosociale, le prestazioni di cura che oltrepassano i limiti di tempo imposti dalla LAMal (tempo massimo per il contributo giornaliero), i costi di formazione del personale. Anche in ambito stazionario vi sono problemi per quanto concerne la tariffazione delle prestazioni di cure palliative, ritenuta la specificità e l'intensità dell'intervento.

Nel Cantone Ticino la Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria) del 18 aprile 1989 (in seguito: Lsan) riconosce esplicitamente la promozione delle cure palliative come un mezzo per conseguire gli scopi della Legge sanitaria (art. 3, lett. m Lsan).

Il modello che si propone di adottare presuppone la strutturazione di un coordinamento cantonale con il compito di autorizzare i fornitori di cure palliative nel settore ambulatoriale per i pazienti di tipo B.

Ai sensi della Lsan necessitano di un'autorizzazione d'esercizio, oltre che gli operatori sanitari, gli ospedali, le cliniche, i cronicari, i convalescenziari, le case di cura o di riposo per anziani, e in genere ogni altra struttura che distribuisce prestazioni sanitarie a pazienti degenti (art. 80 cpv. 1 Lsan.). Se le circostanze lo richiedono il Consiglio di Stato può sottoporre ad autorizzazione anche altre strutture e servizi (art. 80 cpv. 2 Lsan.) che distribuiscono o attuano a pazienti degenti o ambulantisti prestazioni sanitarie diagnostiche e terapeutiche in vista della promozione, della protezione, del mantenimento o del ristabilimento della salute, indipendentemente se ciò avviene in strutture fisse o al domicilio dell'utente (art. 79 cpv. 1 e 2 Lsan.). Il Consiglio di Stato, fondandosi su tale base legale, ha emanato il Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio e per i Centri terapeutici somatici diurni e notturni. Sulla base dei requisiti che saranno adottati in seguito al presente rapporto, occorre valutare se modificare tale regolamento o elaborarne uno apposito. Si ritiene che un regolamento apposito darebbe maggiore visibilità al settore delle cure palliative.

## **5. Stima dei costi di implementazione**

### **5.1. Coordinamento cantonale**

Tenuto conto della rete dei diversi partner sociosanitari che possono trovarsi ad intervenire attorno a un paziente e ai suoi famigliari si è ritenuto opportuno valutare l'aspetto del coordinamento e della collaborazione.

Il coordinamento interviene a due livelli:

1. livello individuale
2. livello collettivo

Alcuni partner sociosanitari ricevono già oggi dei contributi per compiti di coordinamento. I compiti attribuiti attualmente sono però situati solo a **livello individuale**, come per esempio l'armonizzazione delle prestazioni per ogni singolo paziente (*case management*).

Nella situazione attuale non esiste un coordinamento a **livello collettivo**, che il Gruppo di lavoro ritiene prioritario, in particolar modo per gli aspetti di formazione, vigilanza e qualità.

I possibili compiti di un tale coordinamento devono consistere in:

1. pianificazione delle risorse sul territorio
2. coordinamento della formazione
3. autorizzazione e vigilanza

In base a questi compiti, si raccomanda di dotare il coordinamento di competenze sanitarie ed economico-gestionali.

## **5.2. Pazienti tipo A stazionari**

### **5.2.1. Strutture ospedaliere**

Per il gruppo dei pazienti tipo A, le cure palliative sono un valore aggiunto per quanto riguarda la qualità di una presa a carico completa. Le prestazioni di cui hanno bisogno non devono necessariamente essere fornite da parte del personale specializzato in cure palliative. È sufficiente sostenere il personale di cura sensibilizzandolo alla tematica e dotandolo di conoscenze di base nonché della possibilità di ottenere consulenza quando necessario.

Nell'ambito delle prestazioni fornite da parte di personale meglio formato non si prevede un aumento dei costi, anzi, una presa a carico più specifica in quest'ambito si ritiene possa addirittura condurre a dei risparmi, come riportato in una letteratura sempre più consolidata.

### **Livello di formazione raccomandato per medici ed infermieri: CAS<sup>3</sup>**

**Come standard raccomandato, si prevede la formazione di due infermieri per ogni reparto negli ospedali principali e di due infermieri in ognuna delle altre strutture.**

---

<sup>3</sup>[http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/E\\_2\\_2\\_dt\\_Ausbildungsniveaus\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/E_2_2_dt_Ausbildungsniveaus_Palliative_Care.pdf)



Per il personale medico, negli ospedali dell'EOC è già attivo il Servizio di Cure Palliative (SCP) che copre in parte questo bisogno. In futuro sarà comunque auspicabile che almeno nei grandi reparti ci sia un capoclinica formato CAS (per ora non previsto nella stima dei costi). Il problema è la fluttuazione: i medici assistenti rimangono al massimo due anni, i capoclinica da tre a sei anni. Nelle cliniche private, nelle quali non c'è un equivalente del SCP, è stata invece ipotizzata la formazione di medici a livello CAS. Sono comunque in corso trattative con alcune cliniche per verificare la possibilità di una collaborazione con il SCP dell'EOC.

Sia per il personale medico sia per quello infermieristico non sono previsti aumenti di stipendi dopo la formazione in quanto non vengono create nuove funzioni e le prestazioni a favore dei pazienti di tipo A si integrano nelle cure di base.

### **5.2.2. Case per anziani**

Come raccomandazione di base, si propone una presa a carico presso le case per anziani, idealmente persone/pazienti in età AVS (a partire dai 64 anni per le donne e 65 per gli uomini).

L'offerta di cure palliative nelle case per anziani nel modello proposto prevede due livelli:

- pazienti tipo A: cure palliative generali fornite in ogni casa per anziani
- pazienti tipo B: cure palliative avanzate, erogate in alcuni reparti di cure palliative geriatriche presso strutture già esistenti<sup>4</sup> (da 2 a 4, per un totale di 40 nuovi posti letto)

Non sono previsti costi supplementari per pazienti di tipo A poiché le prestazioni sono già attualmente erogate nell'ambito delle cure di base. Grazie alla miglior formazione del personale ci si aspetta una maggiore qualità della presa a carico.

#### **Livello di formazione raccomandato per poter seguire i pazienti di tipo A:**

- **personale medico (i direttori sanitari delle 67 case per anziani): A2**
- **personale infermieristico: A2**

Non sono previsti aumenti di stipendi dopo la formazione in cure palliative per la presa a carico generale in tutte le Case per anziani dei pazienti A in quanto non vengono create nuove funzioni e le prestazioni necessarie si integrano nelle cure di base.

### **5.3. Pazienti tipo A ambulatoriali**

#### **5.3.1. Medico di famiglia**

---

<sup>4</sup> Per i pazienti di tipo B, si veda più avanti il capitolo 5.4.3. Reparti di cure palliative geriatriche presso 2-4 Case per anziani

Il medico di famiglia cura questi malati a domicilio adempiendo alla sua funzione centrale. Rappresenta una risorsa irrinunciabile non soltanto per la sua specifica competenza ma anche perché spesso è parte integrante della biografia del paziente e del suo entourage. Si auspica che abbia conoscenze specifiche frequentando un "corso di base" in cure palliative (corso cosiddetto A1). Questi corsi vengono da anni offerti (e ben frequentati) in Svizzera tedesca e francese. Per il Ticino si suggerisce di elaborare un tale corso in collaborazione tra OMCT e Servizi specializzati in Cure palliative.

### **5.3.2. SACD**

Secondo il modello proposto, le cure palliative al domicilio dei pazienti di tipo A potranno essere erogate da tutti i Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD d'interesse pubblico, Spitex commerciali e infermiere/i indipendenti), a condizione che si dotino di personale con le necessarie competenze.

Allo scopo di garantire una copertura efficiente e coordinata dell'intero territorio cantonale e la garanzia della prestazione in una prospettiva di medio-lungo periodo, i SACD di interesse pubblico sono tenuti a erogare le cure palliative a domicilio e, pertanto, dovranno dotarsi di personale con le necessarie competenze e in numero adeguato ai bisogni.

### **Livello di formazione raccomandato per il personale infermieristico: A2**

Non sono previsti aumenti di stipendi dopo la formazione in quanto non vengono create nuove funzioni e le prestazioni si integrano nelle cure di base.

## **5.4. Pazienti tipo B stazionari**

### **5.4.1. Strutture ospedaliere: Servizio Cure Palliative (SCP)**

La presa a carico ospedaliera dei pazienti di tipo B avviene tramite il Servizio di Cure Palliative (SCP), disponibile già oggi in tutti gli ospedali dell'EOC. Non esiste invece nessun servizio specializzato presso le Cliniche private, ma sono state avviate trattative per collaborazioni tra pubblico e privato.

Questo Servizio è organizzato in più team pluridisciplinari (personale medico ed infermieristico) di alta esperienza (annovera gli operatori più esperti) e pertanto già ora offre consulenza in cure palliative, insegnamento e triage (valutazione della situazione del paziente, della prognosi, allocazione ottimale delle risorse e altro ancora). Per le casistiche particolarmente complesse, il SCP può inoltre far capo all'Unità cure palliative acute dell'EOC presso lo IOSI:

- pazienti attualmente seguiti ogni anno: 750;
- attuale dotazione di personale: 4.9 UTP di medici e 2.7 UTP di infermieri;
- personale formato attualmente: 3 UTP di medici e 2.7 UTP di infermieri;
- numero di persone da formare: 2 medici;

- il Servizio è oggi commisurato ai bisogni dell'EOC; in futuro bisognerà dunque verificare se l'eventuale estensione della consulenza SCP alle strutture ospedaliere private comporti una necessità di potenziamento.

### **Livello di formazione raccomandato per medici ed infermieri: DAS-MAS**

#### **5.4.2. Struttura (casa o reparto) per cure palliative**

##### 5.4.2.1. Parametri

Considerato che per quei pazienti che si trovano in una fase di complessità ed instabilità media e per i quali vi è soprattutto un'indicazione sociale al ricovero per i quali oggi giorno manca una struttura idonea, sono ipotizzabili due varianti: casa o reparto per cure palliative.

Indipendentemente dalla variante scelta, il Gruppo di lavoro segnala che vi sono criteri definiti a livello nazionale ed europeo, in particolar modo le indicazioni di **EAPC White paper**<sup>5</sup> che definiscono:

##### 1. Parametri strutturali

- **80-100 posti letto di cure palliative per 1 mio di abitanti**
- **reparto ideale da 8 a 12 posti letto**

Per il Cantone Ticino **queste indicazioni significano da 20 a 30 posti letto in due o tre reparti.**

##### 2. Criteri relativi al personale

In ambedue le varianti, il personale dedicato alla cura dei pazienti dovrà avere una formazione altamente specializzata.

I criteri per quanto riguarda il personale necessario e i bisogni strutturali sono stati definiti nel documento "Versorgungsstrukturen Palliative Care Schweiz" di "palliative.ch" e sono:

- **un 100% di medico con formazione CAS**
- **l'80% CAS (al minimo) del personale diplomato** ha un'esperienza lavorativa minima di 2 anni e delle conoscenze specifiche in cure palliative (di essi 1 UTP DAS)

##### 5.4.2.2. Varianti

- Variante 1: **estensione** dell'attuale Unità di cure palliative acute presso l'EOC/IOSI (UCP, oggi 7 posti letto), aumentandone la capacità a ca. 16-18 (circa da 8-12 nuovi posti letto); l'attuale UCP assume casi con indicazione al ricovero soprattutto a carattere medico, mentre l'estensione servirebbe ad accogliere pazienti con indicazione al ricovero per instabilità connessa con la situazione sociale.
- Variante 2: in alternativa all'estensione della presa a carico nel settore ospedaliero alla casistica con indicazione al ricovero soprattutto a carattere sociale, si può invece immaginare la **creazione** di una casa cure palliative (circa da 8-12 nuovi

---

<sup>5</sup> White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe part 1; European Journal of Palliative Care, 2009; 16 (6)/ part 2 European Journal of Palliative Care, 2010; 17(1)

posti letto), esterna al settore ospedaliero; questa nuova struttura ospiterebbe in modo specifico tali situazioni, connotandosi come struttura sociosanitaria (da finanziare in base all'art. 39 cpv. 3 LAMal).

Si tratta di due varianti che, proponendo il medesimo numero di posti letto e le medesime qualifiche del personale, si differenziano sostanzialmente per aspetti logistici (ubicazione nel settore ospedaliero oppure al di fuori di esso): esse non dovrebbero pertanto generare costi particolarmente differenti.

Un'ubicazione della nuova struttura all'interno del settore ospedaliero (variante 1) presenta alcuni vantaggi organizzativi (sinergie, massa critica, continuità delle cure, risparmi sui costi generali), mentre una sua connotazione come "Casa" (variante 2) potrebbe per contro risultare più attrattiva nella ricerca di sostegni finanziari privati.

Nella variante 1 non si tratterebbe comunque di un semplice potenziamento dell'attuale Unità di cure palliative, destinato a pazienti con indicazione essenzialmente medica al ricovero, bensì di una struttura deputata ad accogliere situazioni nelle quali l'indicazione al ricovero ha pure una forte connotazione sociale (casistica non anziana, che non può essere seguita a domicilio, ma che non necessita di un ricovero ospedaliero). Per questa ragione, in ambedue le varianti, tale casistica non potrà usufruire della medesima copertura da parte degli assicuratori malattia riconosciuta all'attuale Unità di cure palliative acute.

Nella filosofia delle cure palliative, di fronte ad una sostanziale parità di costo, il Gruppo di lavoro raccomanda la creazione di una struttura specifica (variante 2) così da poter meglio differenziare le possibilità di presa a carico.

L'istituzione di una nuova struttura, invece dell'estensione dell'Unità ospedaliera esistente, potrebbe inoltre facilitare la sua percezione come una struttura specializzata a livello cantonale per una casistica specifica.

#### **5.4.3. Reparti di cure palliative geriatriche presso 2-4 Case per anziani (Hospice con statuto di una casa per anziani)**

Come detto, si prevede di poter seguire i pazienti di tipo A anziani in tutte le case per anziani senza costi supplementari, previa una formazione specifica del responsabile medico e del personale curante. Per i pazienti tipo B anziani, invece, si ritiene necessario poter erogare cure palliative specializzate presso i reparti di cure palliative geriatriche. Tali strutture vanno collocate presso 2-4 case per anziani distribuite sul territorio e dovrebbero comprendere complessivamente ca. 40 nuovi posti letto destinati ad ospitare sia anziani dimoranti in altre Case per anziani sia provenienti dal domicilio.

Questa quantificazione di 40 posti letto si basa sulla stima del numero di ultrasessantacinquenni che si ritiene possano aver bisogno di una presa a carico stazionaria per cure palliative di livello B durante un anno: ca. 200 pazienti (la stima dell'esperto dott. med. Hans Neuenschwander, tiene conto dell'evoluzione demografica della popolazione e deve essere vista nel senso di un processo fino al 2030). Considerando una degenza media di 3 mesi ed un tasso d'occupazione dei posti letto dell'85% si arriva a quantificare un fabbisogno di 40 posti letto.

Il Gruppo di lavoro raccomanda di iniziare l'implementazione con due Reparti di cure palliative geriatriche con un totale di 20 posti letto, prevedendo una struttura nel Sopraceneri (10 posti letto) e una nel Sottoceneri (10 posti letto).

**Livello di formazione raccomandata:**

- **personale medico (direttori sanitari di 2-4 case per anziani): CAS**
- **personale infermieristico: CAS e DAS**
- **si precisa che per ogni reparto di cure palliative geriatriche di 10 posti letto devono essere a disposizione:**
  - **1 UTP DAS e**
    - **Almeno 80% infermieri CAS**

**5.5. Pazienti tipo B ambulatoriali****5.5.1. Medico di famiglia**

Il medico di famiglia rimane il perno nella cura di questi malati a domicilio per gli aspetti medici (vedi punto 5.3.1). Si auspica che abbia conoscenze specifiche frequentando un “Corso di base” in cure palliative (corso cosiddetto A1 per i medici) oppure un “Corso di sensibilizzazione” (A2, interdisciplinare). Il Medico di famiglia viene sostenuto da un ente d’appoggio specifico per le cure palliative, per consulenze, interventi specialistici a domicilio, copertura di orari di picchetto, ecc.

**5.5.2. SACD\***

La presa a carico dei pazienti tipo B da parte dei SACD è da subordinare a un’autorizzazione cantonale speciale. I criteri per l’autorizzazione suggeriti dal Gruppo di lavoro sono:

- la prestazione specifica viene fornita da parte di un operatore sanitario con una formazione minima di livello A2;
- per ogni paziente di tipo B deve essere coinvolto un ente d’appoggio che garantisca: case management, teaching/istruzione e appoggio medico specifico;
- ogni operatore sanitario responsabile per un paziente di tipo B collabora in rete e partecipa alle riunioni del team curante;
- per ogni paziente tipo B viene utilizzata la cartella sanitaria condivisa (elettronica).

\* *Secondo la recente modifica di legge per SACD si intendono SACD di interesse pubblico, gli Spitex commerciali e gli infermieri indipendenti*

**5.5.3. Associazioni Hospice Ticino e Triangolo**

Sul territorio cantonale esistono oggi due Servizi di appoggio ai Servizi di assistenza e cure a domicilio specializzati in cure palliative a domicilio ed ambedue organizzati nella forma dell’associazione: Hospice Ticino e Triangolo. Essi lavorano in stretta collaborazione con i medici curanti e con i SACD, in particolare con i SACD d’interesse pubblico, con la funzione di servizi specializzati di supporto nei casi complessi o nelle fasi di maggiore instabilità degli utenti.

Hospice e Triangolo sono dei Servizi di cosiddetta seconda linea. Essenzialmente si dedicano al *case management* dei pazienti tramite prestazioni di consulenza, coordinamento e accompagnamento, mentre i SACD erogano le prestazioni di cure

specifiche<sup>6</sup>. Come operatori di seconda linea offrono tuttavia una serie di prestazioni complementari ai medici curanti e ai SACD (valutazioni palliative specifiche, interventi tecnici specialistici, copertura di picchetti fuori orario), tutto sempre nell'ottica di prevenire/evitare dei ricoveri non necessari.

Ambedue questi servizi sono in parte finanziati dal Cantone ed offrono prestazioni diversificate. In particolare, l'Associazione Triangolo segue attualmente solo la casistica oncologica proveniente prevalentemente dal settore privato, mentre Hospice Ticino è un servizio generalista, sia per patologia (pazienti con malattia tumorale o altre malattie croniche evolutive, come per es. neurologiche, cardiologiche, polmonari, geriatriche, ecc), sia per provenienza (pubblico e privato) del paziente. Nell'ambito della strategia cantonale di cure palliative occorrerà valutare se mantenere o integrare queste peculiarità.

- Numero complessivo di utenti seguiti dai SACD: 6'600
- Numero di pazienti seguiti all'anno da parte di Hospice e Triangolo: 600

---

<sup>6</sup> Per approfondimento

- "White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe, Recommendations from the European Association for palliative Care, pubblicato 2010.

(<http://www.eapcnet.eu/Themes/Organisation/EAPCStandardsNorms.aspx>)

- Versorgungsstrukturen Palliative Care Schweiz 2010

([http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/H\\_%20Downloads/Versorgungsstrukturen\\_DE.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/H_%20Downloads/Versorgungsstrukturen_DE.pdf))

**Livello di formazione raccomandato per medici ed infermieri: DAS-MAS**

Attuale dotazione di personale (persone risp. UTP):

- medici	Hospice: 6 (1.9 UTP)	Triangolo: 2 (0.8 UTP)
- infermieri	Hospice: 8 (5.3 UTP)	Triangolo: 2 (1.6 UPT)

## • Attuale livello di formazione:

- medici	Hospice: 1 B2 + 2 B1 + 1 corso Lega cancro + 1 Master di 1. livello Università Bicocca di Milano	Triangolo: 2 Master di 1. livello Università Bicocca di Milano
- infermieri	Hospice: 2 B2 + 1 B1 + 2 A2 + 1 Master di 1. livello Università Bicocca di Milano + 1 corso Lega cancro	Triangolo: 1 B1 + 1 A2

Aumento stipendi: non previsto in quanto tutti (medici e infermieri) dispongono almeno di una specializzazione e quindi sono già in classe massima.

Nell'ambito della strategia proposta e del modello adottato, le modifiche attuate alla rete d'intervento dovrebbero far sì che, perlomeno in una prima fase, non vi sarà necessità di potenziare questi due servizi specializzati.

## 6. Formazione

La formazione adeguata per ogni tipo di presa a carico dei pazienti tipo A e B è stata definita da parte di "palliative.ch". Seguendo queste indicazioni abbiamo stimato il numero di persone da formare presso le istituzioni e i servizi del sistema socio-sanitario in Ticino. Riassumendo sono ca. **500 gli operatori formati che dovranno essere disponibili a diversi livelli** (oggi lo sono solo in minima parte).

Titolo	Caratteristiche	Durata	Destinatari	Partner	Luogo
Corso di sensibilizzazione alle cure palliative ( <i>palliative care approach</i> )	Interdisciplinare	5 giornate 40 UD <sup>7</sup>	Tutti i professionisti confrontati occasionalmente con pazienti di cure palliative	CCP <sup>8</sup> - IOSI <sup>9</sup> - EOC <sup>10</sup>	Manno - Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Corso di sensibilizzazione alle cure palliative per medici di famiglia ( <i>palliative care approach</i> )	Monodisciplinare	5.5 giornate 44 UD	Medici	OMCT <sup>11</sup> CCP - IOSI- EOC	Manno - Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Certificate of Advanced Studies (CAS) 10 ECTS <sup>12</sup> (general palliative care)	Interdisciplinare	15 giorni 120 UD	Professionisti attivi in ambito sanitario e sociale in possesso di un diploma di livello terziario	Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana <sup>13</sup>	Manno - Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana
Diploma of advanced studies in cure palliative (DAS) 35 ECTS inclusi 10 ECTS del CAS	Interdisciplinare	37.5 giorni 300 U.D			

Per quanto concerne i titoli a livello di Master of Advanced Studies (60 ECTS) attualmente l'offerta in Svizzera è data dalla Fachhochschulzentrum di San Gallo, Kalaidos e Fachhochschule di Zurigo.

Altre formazioni dal livello Master of Advanced studies in poi sono offerte a livello Europeo (Italia, Austria, Inghilterra, Germania).

<sup>7</sup> U.D: Unità Didattica. Una unità didattica corrisponde a 45 minuti

<sup>8</sup> CCP: Centro di cure palliative

<sup>9</sup> IOSI: Istituto Oncologico della Svizzera Italiana

<sup>10</sup> EOC: Ente Ospedaliero Cantonale

<sup>11</sup> OMCT: Ordine dei Medici del Canton Ticino

<sup>12</sup> ECTS: crediti formativi

<sup>13</sup> SUPSI: Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana



## 7. Conclusione

Il Gruppo di lavoro giunge alla conclusione che la messa in atto di una rete di cure palliative in Ticino può essere implementata in forma di moduli che possono essere congiunti:

Modulo 1: formazione del personale sanitario

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

Modulo 3: casa/reparto cure palliative

### Modulo 1: formazione del personale

Il punto principale della messa in atto della rete di cure palliative in Ticino, secondo il modello scelto dal Gruppo di lavoro, è la formazione del personale sanitario presso i servizi e le strutture attualmente sul territorio. In base alle indicazioni di palliative.ch il GL ha stimato il numero di persone da formare sull'arco dei prossimi 3-5 anni in 500 in totale.

### Modulo 2: reparti di cure palliative geriatriche

I reparti per pazienti preferibilmente sopra i 65 anni di età, corrispondente a 40 posti letto, devono essere situati presso 2-4 Case per anziani (la stima dei posti letto necessari dell'esperto dott. med. Hans Neuenschwander, tiene conto dell'evoluzione demografica della popolazione e deve essere vista nel senso di un processo fino al 2030). Le cure palliative devono essere integrate nella pianificazione delle strutture per anziani.

### Modulo 3: casa/reparti cure palliative

Il Gruppo di lavoro ha individuato due varianti per i pazienti idealmente sotto i 65 anni di età. Considerato l'indicazione per il ricovero, in prima linea sociale, entrambe le varianti devono tener conto di questa esigenza.

Eventuali progetti pilota o di sperimentazione possono attribuire un'esperienza pratica utile alla ricerca del modello più idoneo per le esigenze del territorio cantonale.