

Rapporto

numero	data	Dipartimento
7554 R	13 giugno 2019	SANITÀ E SOCIALITÀ
Concerne		

della Commissione sanità e sicurezza sociale sul messaggio 4 luglio 2018 concernente la Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020

INDICE

1.	LAVORI COMMISSIONALI	2
2.	BASI LEGALI DEL SETTORE ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO IN TICINO	2
3.	STATISTICHE E RIFLESSIONI SUL SOVRACONSUMO NEL SETTORE IN TICINO	6
3.1	Attori nel settore assistenza e cura a domicilio	6
3.2	Fatturazione alle casse malati	7
3.3	Scostamento delle ore erogate in Ticino rispetto alla media nazionale.....	7
4.	LA PIANIFICAZIONE MONCA DELL'ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO E I LIMITI PER L'AGIRE PER IL CANTONE	9
5.	IL CONTROLLO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO.....	11
6.	I SERVIZI D'APPOGGIO	12
7.	CONCLUSIONI	13



1. LAVORI COMMISSIONALI

La Commissione ha incontrato in data 15.11.2018 tre rappresentanti dei Servizi commerciali contrattualizzati (le signore Rita Poggi, Miriam Campanella e il signor Giuseppe Pazzi), in data 6.12.2018 i rappresentanti del Dipartimento della sanità e della socialità (il Consigliere di Stato Paolo Beltraminelli, il Direttore della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie, Renato Bernasconi, e il capo dell'Ufficio anziani e cure a domicilio, Francesco Branca) e in data 10.1.2019 il Medico cantonale, dr. Giorgio Merlani. Infine il Direttore Roberto Mora ha trasmesso alla Commissione sanitaria il documento da lui realizzato nel maggio 2018, intitolato "Qualità, sostenibilità economica, responsabilità sociale e sicurezza nel settore dell'assistenza e delle cure a domicilio".

2. BASI LEGALI DEL SETTORE ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO IN TICINO

La base legale è data dalla Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 30.11.2010, che ha aggiornato ad alcune disposizioni federali quella precedente del 1997. Si tratta di una legge molto importante e molto apprezzata, che getta le necessarie basi finanziarie per le strutture impegnate nell'assistenza e cura a domicilio e per quelle che erogano servizi intermedi tra il "domiciliare classico" e la casa anziani (servizi d'appoggio); inoltre prevede aiuti diretti per favorire il mantenimento a domicilio delle persone. La LACD consente di rispondere alle necessità della popolazione e in particolare alla volontà di tante persone di rimanere a domicilio il più a lungo possibile nei momenti di inabilità o disabilità.

È importante ricordare l'art. 1 LACD, che da un lato vuole permettere alle persone di ricevere cure e assistenza a domicilio e che dall'altro stabilisce come le stesse debbano essere sussidiarie alle risorse personali e familiari degli utenti. Inoltre la Legge vuole coordinare le risorse disponibili sul territorio.

«A. Scopo

Art. 1¹La presente legge ha lo scopo di:

- a) permettere ad ogni persona domiciliata o dimorante nel Cantone di ricevere cure e assistenza a domicilio;
- b) coordinare le risorse disponibili sul territorio.

²L'offerta di cure e assistenza a domicilio è sussidiaria rispetto alle risorse personali e familiari degli utenti».

Gli utenti vengono definiti dall'art. 2 LACD come segue:

«Utenti

Art. 2¹Ogni persona che a causa di malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà sociofamigliari necessita di aiuto può beneficiare delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio ai sensi della presente legge, compatibilmente con le risorse esistenti sul territorio».

L'elenco delle prestazioni destinate agli utenti a domicilio è definito dall'art. 3 LACD:

«1. Prestazioni di assistenza e cura a domicilio

Art. 3¹L'assistenza e la cura a domicilio includono prestazioni temporanee o durature, preventive o riabilitative, eseguite presso l'abitazione dell'utente e finalizzate a mantenerlo.

²In particolare, sono considerate prestazioni di assistenza e cura a domicilio:

- a) le prestazioni definite all'art. 7 cpv. 2 dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre);
- b) gli aiuti di economia domestica;
- c) la consulenza igienica, sanitaria e sociale;
- d) l'informazione e l'attivazione delle risorse disponibili sul territorio;
- e) l'educazione e la prevenzione sanitaria».

Le prestazioni dell'art. 7 cpv. 2 dell'Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligato sia delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre) sono le seguenti:

«Art. 7a Definizione delle cure

¹Sono considerate prestazioni ai sensi dell'articolo 33 lettera b OAMal gli esami, le terapie e le cure effettuati secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8, previa prescrizione o mandato medico:

- a. da infermieri (art. 49 OAMal);
- b. da organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio (art. 51 OAMal);
- c. in case di cura (art. 39 cpv. 3 della LF del 18 mar. 1994¹sull'assicurazione malattie; LAMal).

²Sono prestazioni ai sensi del capoverso 1:

- a. valutazione, consigli e coordinamento:
 1. valutazione dei bisogni del paziente e dell'ambiente in cui vive e piano dei provvedimenti necessari, redatto in collaborazione con il medico e il paziente,
 2. consigli al paziente ed eventualmente agli ausiliari non professionisti per l'effettuazione delle cure, segnatamente per il riconoscimento dei sintomi della malattia, la somministrazione dei medicinali o l'impiego d'apparecchi medici come pure i controlli necessari,
 3. coordinamento dei provvedimenti nonché interventi di infermieri specializzati in caso di complicazioni in situazioni di cura complesse e instabili;
- b. esami e cure:
 1. controllo dei segni vitali (polso, pressione sanguigna, temperatura, respirazione, peso),
 2. test semplice dello zucchero nel sangue e nell'urina,
 3. prelievo di materiale per esame di laboratorio,
 4. provvedimenti inerenti la terapia respiratoria (quali somministrazione di ossigeno, inalazioni, esercizi respiratori semplici, aspirazione),
 5. posa di sonde e di cateteri come pure le cure corrispettive,
 6. cure in caso di emodialisi o di dialisi peritoneale,
 7. preparazione e somministrazione di medicinali nonché documentazione delle attività associate,
 8. somministrazione enterale e parenterale di soluzioni nutritive,
 9. sorveglianza delle perfusioni e delle trasfusioni come pure d'apparecchi che servono al controllo e al mantenimento delle funzioni vitali o di uso terapeutico,
 10. lavaggio, pulizia e medicazione di piaghe (compresi decubiti e ulcere) e delle cavità del corpo (comprese cure per pazienti con stoma o tracheostoma) come pure la pedicure per diabetici,
 11. cure in caso di turbe dell'evacuazione urinaria o intestinale, compresa la ginnastica di riabilitazione in caso d'incontinenza,
 12. assistenza per bagni medicinali parziali o completi; applicazione d'impacchi, cataplasmi e fango,
 13. assistenza per l'applicazione di terapie mediche nella prassi quotidiana, quali l'esercizio di strategie d'intervento e le istruzioni comportamentali per i casi di aggressione, paura e psicosi deliranti,
 14. sostegno alle persone malate psichicamente in situazioni di crisi, volto segnatamente a impedire attacchi acuti pericolosi per loro stesse e per gli altri;
- c. cure di base:
 1. cure di base generali per i pazienti dipendenti quali: bendare le gambe, infilare le calze compressive, rifacimento del letto, installazione del paziente, esercizi di mobilitazione, prevenzione antidecubito, prevenzione e cure delle lesioni cutanee conseguenti a una terapia; aiuto alle cure d'igiene corporale e della bocca, a vestire e svestire il paziente e a nutrirlo,
 2. provvedimenti volti a sorvegliare e assistere persone malate psichicamente nel quadro delle attività fondamentali quotidiane, quali: l'elaborazione e l'attuazione di un ritmo di vita strutturato adeguato, una pratica mirata alla creazione e all'incoraggiamento di contatti sociali e l'assistenza nell'ambito dell'aiuto all'orientamento e dell'applicazione di misure di sicurezza.

^{2bis} Devono essere soddisfatte le seguenti condizioni:

- a. le prestazioni di cui al capoverso 2 lettera a numero 3 devono essere fornite da un infermiere (art. 49 OAMaI) che possa attestare un'attività pratica di due anni in collaborazione interdisciplinare e reti di gestione dei pazienti;
- b. la valutazione se occorra attuare i provvedimenti di cui al capoverso 2 lettere b numeri 13 e 14 e c numero 2 deve essere effettuata da un infermiere (art. 49 OAMaI) che possa attestare un'attività pratica di due anni nel ramo della psichiatria.

^{2ter} Le prestazioni possono essere fornite ambulatoriamente o in una casa di cura. Possono altresì essere fornite esclusivamente durante il giorno o durante la notte.

³ Sono considerate prestazioni delle cure acute e transitorie ai sensi dell'articolo 25a capoverso 2 LAMaI le prestazioni previste al capoverso 2, effettuate da persone e istituti di cui al capoverso 1 lettere a-c secondo la valutazione dei bisogni di cui al capoverso 2 lettera a e all'articolo 8 dopo un soggiorno ospedaliero e previa prescrizione di un medico dell'ospedale».

L'art. 7 LACD regola la pianificazione cantonale dell'offerta e indica che la stessa va sottoposta al Gran Consiglio:

«Pianificazione cantonale

Art. 7 ¹ Al fine di garantire un'adeguata risposta ai differenti bisogni ed un'equa distribuzione dell'offerta, il Consiglio di Stato, sentiti i Comuni e gli enti interessati, pubblici e privati, rileva i bisogni esistenti e fissa l'ordine di priorità degli interventi da sostenere con una pianificazione cantonale.

² Tale pianificazione è sottoposta per approvazione al Gran Consiglio».

Va sottolineato che sottostanno alla pianificazione cantonale solo i servizi d'assistenza e cura a domicilio (SACD) riconosciuti dal Cantone in base all'art. 11 LACD, ossia:

- 1) i SACD riconosciuti d'interesse pubblico che, oltre ai criteri dell'art. 11 cpv. 1 LACD, rispondono anche ai requisiti degli artt. 12-25 LACD (tra di essi vi è l'obbligo di essere senza scopo di lucro e di garantire l'accesso alle prestazioni nel comprensorio, anche se l'erogazione della singola prestazione per il Servizio non fosse economica);
- 2) gli altri SACD (SACD privati commerciali), che rispondono unicamente ai requisiti dell'art. 11 cpv. 1 LACD;
- 3) i servizi d'appoggio riconosciuti, senza scopo di lucro, che rispondono ai requisiti dell'art. 11 cpv. 2 e dell'art. 26 LACD (obbligo di partecipare al coordinamento delle attività di assistenza e cura a domicilio e di supporto).

«A. Requisiti

Art. 11

¹ Ogni SACD può essere riconosciuto se soddisfa cumulativamente i seguenti requisiti:

- a) è in possesso dell'autorizzazione d'esercizio ai sensi degli artt. 54, 79 e 80 della Legge sanitaria del 18 aprile 1989;
- b) risponde ad un bisogno ai sensi della pianificazione cantonale prevista all'art. 7 della presente legge;
- c) garantisce prestazioni di qualità secondo parametri stabiliti dall'autorità competente;
- d) opera nel rispetto dei principi di economicità secondo criteri di adeguatezza ritenuti dall'autorità competente.

² Ogni servizio d'appoggio può essere riconosciuto se soddisfa cumulativamente i seguenti requisiti:

- a) risponde ad un bisogno esistente sul territorio;
- b) garantisce prestazioni di qualità secondo parametri stabiliti dall'autorità competente;
- c) opera nel rispetto dei principi di economicità secondo criteri di adeguatezza definiti dall'autorità competente;
- d) non persegue scopo di lucro.

³ Il Consiglio di Stato stabilisce la procedura e le competenze in ambito di riconoscimento; il riconoscimento può essere revocato in ogni momento se i requisiti non sono più adempiuti».

Le conseguenze del riconoscimento in base all'art. 11 LACD sono di ordine finanziario e sono definite dall'art. 28 LACD:

«Prestazioni finanziate

Art. 28¹ I SACD d'interesse pubblico percepiscono contributi per tutte le prestazioni di assistenza e cura a domicilio elencate all'art. 3 cpv. 2 della presente legge.

²Gli altri percepiscono contributi unicamente per le prestazioni di cure definite all'art. 3 cpv. 2 lett. a della presente legge.

³I servizi d'appoggio riconosciuti percepiscono contributi per tutte le prestazioni di supporto di cui all'art. 4 della presente legge.

⁴Il Consiglio di Stato stabilisce i requisiti e i criteri determinanti per la commisurazione del contributo».

L'art. 29 LACD precisa inoltre alcuni ulteriori importanti requisiti per il finanziamento, come quello di offrire prestazioni conformi alla legge e alla pianificazione, di collaborare alla loro attuazione e di mettere a disposizione i dati necessari:

«C. Requisiti per il finanziamento

Art. 29¹ Un contributo è concesso unicamente se le seguenti condizioni sono cumulativamente soddisfatte:

a) il servizio è riconosciuto ai sensi dell'art. 11 della presente legge;

b) il servizio offre prestazioni conformi alla legge e a quanto stabilito dalla pianificazione e collabora alla realizzazione degli scopi della presente legge.

²Il servizio finanziato mette a disposizione dell'autorità competente i dati per l'elaborazione della pianificazione e per le verifiche necessarie».

Non sottostanno alla pianificazione cantonale i servizi d'assistenza e cura a domicilio e i servizi d'appoggio che non sono riconosciuti dal Cantone in base all'art. 11 LACD. Questi servizi a scopo di lucro non contrattualizzati non ricevono contributi in base alla LACD.

Ricordiamo che il finanziamento della LACD poggia sulla seconda e terza frase dell'art. 25a LAMal:

«⁵I costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali possono essere addossati all'assicurato solo per un importo massimo corrispondente al 20 per cento del contributo alle cure massimo fissato dal Consiglio federale. I Cantoni disciplinano il finanziamento residuo. La determinazione e il versamento del finanziamento residuo competono al Cantone nel quale l'assicurato è domiciliato. Nel caso delle cure ambulatoriali, il finanziamento residuo è retto dalle disposizioni del Cantone di ubicazione del fornitore di prestazioni».

Infine sono da menzionare gli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio di persone (esclusivamente anziani e invalidi), definiti dall'art. 44 LACD, che comporta degli aiuti di due tipi: da un lato vi è il sostegno finanziario per attivare la rete di aiuti (famigliari, terze persone, volontari) e, dall'altro, vi sono i contributi per l'acquisto di macchinari/apparecchi e per le modifiche dell'abitazione/eliminazione di barriere architettoniche.

«Aiuti diretti

Art. 44¹ L'aiuto diretto è concesso unicamente alle persone domiciliate o dimoranti nel Cantone da almeno tre anni che adempiono precisi requisiti inerenti alla loro situazione finanziaria. Tale aiuto è commisurato alla situazione finanziaria degli utenti e al loro grado di dipendenza.

²L'aiuto diretto per la rimozione di barriere architettoniche può essere concesso per spese superiori a fr. 3'000.–. Tale aiuto ammonta ad un importo massimo di fr. 40'000.–.

³L'aiuto diretto di sostegno al mantenimento a domicilio e per la rimozione di barriere architettoniche ammonta al massimo al 75% delle spese riconosciute e documentabili.

⁴Il Consiglio di Stato stabilisce l'inizio, la sospensione, la fine, le modalità di commisurazione nonché la restituzione dell'aiuto diretto; definisce inoltre i criteri per la valutazione del grado di dipendenza.

⁵I Comuni si assumono complessivamente i quattro quinti degli aiuti diretti, ripartiti nella misura corrispondente alla popolazione residente permanente comunale.

⁶Il quinto rimanente viene assunto dal Cantone».

3. STATISTICHE E RIFLESSIONI SUL SOVRACONSUMO NEL SETTORE IN TICINO

3.1 Attori nel settore assistenza e cura a domicilio

ATTORI OPERANTI A CARICO DELLA LAMal (2017)

Servizi con contratto con il Cantone

6 SACD d'interesse pubblico
15 SACD privati commerciali
78 Infermieri indipendenti
6 Servizi d'appoggio/Centri diurni terapeutici

Servizi senza contratto con il Cantone

0 SACD d'interesse pubblico
20 SACD privati commerciali
120 Infermieri indipendenti
0 Servizi d'appoggio

Servizi contrattualizzati con il Cantone (2017)

- A. 6 SACD d'interesse pubblico (SACDip): 547'475 ore LAMal (suddivise in 26'998 ore di consigli e istruzioni, 187'698 ore di esami e cure, 332'778 ore di cure di base); 169'476 ore di economia domestica;
- B. 15 SACD privati commerciali: 316'860 ore LAMal (suddivise 18'336 ore di consigli e istruzioni, 81'469 ore di esami e cure, 217'055 ore di consigli e istruzioni); ore di economia domestica non rilevate (non inserite nel contratto di prestazioni con TI);
- C. 78 infermieri indipendenti: 78'239 ore LAMal (suddivise in 8'824 ore di consigli e istruzioni, 17'831 ore di esami e cure e 34'012 ore di cure di base: si tratta di ore riconosciute dal Cantone, pertanto quelle erogate possono essere leggermente più elevate);
- D. 6 servizi d'appoggio che erogano prestazioni a carico della LAMal / Centri diurni terapeutici: 18'338 giornate di presenza (finanziati come le case per anziani).

NB1: Il messaggio 7510 del 21 marzo 2018 indica in 22 SACD privati commerciali contrattualizzati con il Cantone su un totale di 35 (63%) e in 96 infermieri indipendenti contrattualizzati su un totale di 200 (50%). Non possiamo utilizzare i dati 2018, in quanto i dati sulle ore erogate non sono ancora disponibili.

NB2: Il calcolo teorico (qui riportato) delle ore erogate non corrisponde esattamente rispetto a quanto si trova nei conti 2017 dei SACD d'interesse pubblico e negli altri fornitori di prestazione, in quanto c'è un'approssimazione delle ore erogate al 5 minuti superiore, che fa incassare circa il 5% in più rispetto al calcolo teorico.

Servizi non contrattualizzati con il Cantone (2017)

- E. 20 SACD privati commerciali (di cui 4 hanno cominciato nel corso del secondo semestre 2017 e non hanno compilato la statistica SPITEX per cui si ipotizza che la loro attività sia stata nulla o minima): 72'060 ore LAMal (di cui 3'934 ore di consigli e istruzioni, 15'979 ore di esami e cure, 52'147 ore di cure di base); ore di economia domestica non rilevate;
- F. 120 infermieri indipendenti (il dato proviene dall'Associazione infermiere Sezione Ticino): la statistica SPITEX, che deve essere riempita a partire dall'erogazione di 200 ore annue, è stata compilata solamente da 46 infermiere e indica un'erogazione di 45'072 ore LAMal (5'262 di consigli e istruzioni, 22'754 di esami e cure, 17'056 di cure di base).

3.2 Fatturazione alle casse malati

La fatturazione delle prestazioni alle casse malati delle ore LAMal nel settore avviene con i seguenti parametri:

- fr. 79.8 per consigli e istruzioni;
- fr. 65.40 per esami e cure;
- fr. 54.60 per cure di base.

3.3 Scostamento delle ore erogate in Ticino rispetto alla media nazionale

In Ticino esiste un forte scostamento nelle ore LAMal erogate per caso rispetto alla media federale, dovuto alla quota di mercato maggiore di Spitex commerciali: lo indica il documento del DSS *Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020*, del giugno 2018, a pagina 15.

Dati 2017 nazionali (Spitex Statistik 2017, Ufficio federale di statistica, T14.04.04-10.1)

Cure di lunga durata: media generale per caso 54 ore, Spitex d'interesse pubblico 51 ore, Spitex commerciali 113 ore.

Dati 2017 Ticino (Spitex Statistik 2017, Ufficio federale di statistica, T14.04.04-12.2)

Cure di lunga durata: media generale per caso 72 ore.

Dati 2017 servizi contrattualizzati con Ticino (statistica Ufficio anziani e cure a domicilio)

Cure di lunga durata: media generale per caso 79 ore, Spitex d'interesse pubblico 67 ore, Spitex commerciali 118 ore.

Le ore erogate dai servizi di interesse pubblico in Ticino sono superiori alla media svizzera del 30%: questo è certamente il frutto della politica sanitaria cantonale tesa a fornire le cure a domicilio (v. punto 2).

Secondo il documento di Roberto Mora, Direttore del servizio d'interesse pubblico del Bellinzonese, "Qualità, sostenibilità economica, responsabilità sociale e sicurezza nel settore dell'assistenza e delle cure a domicilio" (pag. 30) il costo per caso negli Spitex d'interesse pubblico in Ticino è di 4'353 franchi, mentre nei servizi commerciali è di 6'471 franchi.

Come si spiega la differenza tra le ore erogate dai servizi d'interesse pubblico e le ore erogate dai servizi commerciali? Lisa Parenti, Direttrice di Spitex Schweiz, indica in un comunicato stampa dell'Associazione del 17.7.2017 che gli Spitex no profit prima di prendere a carico un paziente eseguono una verifica con uno strumento standard (RAI-HC): un infermiere diplomato effettua l'analisi della situazione a domicilio del paziente e ne determina il bisogno di cure. Il medico controlla il bisogno di cure del paziente (cure e volume delle cure) e il formulario viene trasmesso alle casse malati. Lo Spitex fattura alle casse malati. In caso di bisogno l'analisi della situazione del paziente viene rifatta; l'analisi deve inoltre essere rifatta dopo 6 mesi al massimo.

In Svizzera gli Spitex commerciali rappresentano il 18% del mercato, mentre in Ticino sono il 40% (Ufficio federale di statistica 2016) - indica Stefano Motta, Direttore dello servizio d'interesse pubblico del Malcantone/Veduggio, nella *Spitex Rivista* 1/2018: «è lecito chiedersi se si debba e si voglia trovare delle misure per contenere la crescita dell'offerta che va oltre il reale bisogno. È noto infatti che nel mercato della salute è l'offerta che influenza la domanda, contrariamente a quanto capita in altri tipi di mercato».

Secondo Roberto Mora il problema esistente è il seguente: «*Attualmente non vi sono criteri chiari, condivisi e vincolanti per quanto attiene l'appropriatezza delle prestazioni necessarie alla presa a carico dei pazienti. In altre parole ognuno può valutare e stabilire in modo più o meno soggettivo il fabbisogno di cura degli utenti. Manca una sorta di DRG (Diagnosis Related Group – modello di finanziamento per caso applicato in ospedale) nelle cure a domicilio che possa garantire un'equità di trattamento a tutti gli utenti. Anche per i medici sarebbe molto utile disporre di parametri standard di riferimento, in modo da certificare con maggior oggettività il fabbisogno di cura*» ("Qualità, sostenibilità economica, responsabilità sociale e sicurezza nel settore dell'assistenza e delle cure a domicilio", pag. 5). Inoltre, aggiunge Mora «*L'aumento della spesa complessiva in questo settore, sia per lo Stato che per le CM, rispettivamente il cittadino-contribuente è fonte di crescente preoccupazione. L'economicità di un Servizio non risulta quindi essere una questione secondaria. La questione più delicata da definire è come calcolarla, visto che è determinata da più fattori che possono avere effetti diretti (costi sulla sanità), ma anche indiretti (costi per le casse pubbliche in caso di salari non adeguati alla funzione). È pertanto necessario considerare la media dei costi per caso. Indirettamente si dovrebbe inoltre tener conto se e in che misura le risorse degli utenti e dei loro famigliari (sussidiarietà) vengono inglobate nelle cure (non fare per, ma con). Dalle statistiche federali emerge chiaramente che gli Spitem commerciali erogano più del doppio delle ore rispetto ai SACDip*».

Il problema del sovra-consumo può esistere anche per gli infermieri indipendenti, due terzi il 60% dei quali (2017) non sottoscriveva il contratto di prestazioni con il Cantone Ticino. Ricordiamo un fatto molto importante: nel contratto di prestazioni ticinese per gli infermieri indipendenti è inserito un limite massimo di 1'350 ore annue fatturabili a carico della LAMal, e questo per garantire uno standard di qualità, evitare i rischi derivanti da lavoro settimanale eccessivo per l'infermiere indipendente ed evitare la sovrapprestazione di prestazioni a carico della collettività. Il contratto di prestazione impone all'infermiere indipendente l'obbligo di attestare la formazione continua, che è pure un requisito qualitativo importante nel mondo sanitario. Il 12 dicembre 2017 il Tribunale federale, nella sentenza 9C_778/2016 riguardante un'infermiera indipendente del Cantone Ginevra, ha dato ragione a 15 casse malati che avevano avviato un'azione di restituzione, ritenendo che l'infermiera indipendente aveva fatturato una serie di prestazioni senza rispettare il principio dell'economicità. Si tratta di un caso nuovo di "polipragmasia", finora limitata al campo dei medici indipendenti, dove il termine indica il mancato rispetto dell'obbligo di economicità stabilito dalla LAMal (art. 32 cpv. 1 e art. 56 cpv. 1 LAMal) e si applicava unicamente a medici che generavano costi superiori alla media rispetto ad altri medici che svolgono un'attività simile. Nel caso di questa infermiera sono stati fatti dei confronti statistici con la fatturazione di altre infermiere indipendenti. Il Tribunale federale ha indicato che le casse malati devono fare la domanda di restituzione entro 1 anno da quando hanno scoperto i motivi per la restituzione, ma al massimo entro 5 anni dopo il pagamento delle prestazioni al fornitore di prestazioni: per interrompere questi termini di perenzione l'assicuratore malattia deve chiederlo esplicitamente a un tribunale. La procedura non è molto semplice e implica la concertazione di numerose casse malati: per motivi formali il Tribunale federale ha riconosciuto alla casse malati il diritto di vedersi rimborsati solamente 96'000 franchi sui 581'000 richiesti. La differenza di quasi 400'000 franchi è andata quindi a carico delle casse malati e della collettività che paga i premi!

Quello che è chiaro è che si dovrebbe agire alla fonte, oltre che a valle del problema. Secondo Roberto Mora, che valuta l'agire delle casse malati, l'azione di queste ultime è burocratica e poco efficace: «*La burocrazia legata alla richiesta di garanzia di copertura dei costi da parte delle CM è assai gravosa per i Servizi e in continuo aumento, soprattutto*

*in caso di contestazioni. Non tutte le CM dispongono delle medesime risorse e competenze per verificare le richieste di garanzia dei SACDip e, anche quando le hanno, non è per nulla scontato verificarne l'appropriatezza. Per permettere alle CM di adempiere al proprio obbligo di verifica delle prestazioni e di contemporaneamente **ridurre i relativi costi**, si potrebbe ipotizzare una più stretta collaborazione, ad esempio con **verifiche a campione presso la sede dell'Organizzazione o, se necessario, al domicilio del paziente** (questa possibilità è già prevista dall'attuale Convenzione amministrativa, che però non viene praticamente mai)». ("Qualità, sostenibilità economica, responsabilità sociale e sicurezza nel settore dell'assistenza e delle cure a domicilio", pag. 19).*

Una possibile soluzione, secondo Roberto Mora, potrebbe essere la seguente: «*Per ogni SACDip si dovrebbero designare uno o più infermieri coordinati dall'UMC, che avrebbero l'obbligo di applicare le direttive definite da quest'ultimo o da un gruppo misto CM /SACD. Lo Stato e le CM si dividerebbero i costi relativi ai controlli. Ai Servizi che accettano questo tipo di collaborazione, verrebbero riconosciute le ore che oltrepassano la media svizzera. Agli altri si riconoscerebbe solo il Restfinanzierung fino al raggiungimento della media nazionale*». ("Qualità, sostenibilità economica, responsabilità sociale e sicurezza nel settore dell'assistenza e delle cure a domicilio", pag. 20).

Il problema della sovra-offerta delle prestazioni e del conseguente sovra-consumo nel settore delle cure a domicilio porta il Consiglio di Stato alla seguente conclusione, che indica in fondo la necessità di trovare dei rimedi anche a livello nazionale. «*Da tutto ciò ne discende che si rende necessario avviare una riflessione su questi aspetti, volta a individuare una soluzione che non consenta ai servizi e operatori del settore di sottrarsi ai controlli quantitativi e qualitativi semplicemente rinunciando a stipulare un contratto di prestazioni con il Cantone. In questa prospettiva, la Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio sta discutendo una proposta di iniziativa cantonale volta a introdurre la pianificazione del settore assistenza e cura a domicilio nella LAMal*». (DSS, "Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020", pag. 15, giugno 2018).

4. LA PIANIFICAZIONE MONCA DELL'ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO E I LIMITI PER L'AGIRE PER IL CANTONE

Come visto in precedenza, la Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020 può comprendere unicamente i servizi e gli infermieri che vengono riconosciuti dalla LACD, ossia quelli che hanno un contratto con il Cantone: si tratta quindi di una pianificazione monca, in quanto essa non comprende i servizi e gli infermieri che non vogliono o non hanno i requisiti per essere riconosciuti dal Cantone.

Manca inoltre per il Cantone la possibilità giuridica di introdurre una clausola del bisogno per contenere il continuo aumento di fornitori di prestazioni e tantomeno vi è la possibilità di fare una moratoria come avvenuto per i medici.

Il Dipartimento non può inoltre obbligare gli Spitex e gli infermieri indipendenti senza contratto con il Cantone ad adottare procedure che rafforzano il rispetto del principio dell'economicità o della qualità.

Lo indica chiaramente il messaggio n. 7554 del 4 luglio 2018 a pag. 2: «[...] *la LAMal non ammette la pianificazione (nel senso di pre-definizione della quantità di prestazioni da erogare) del settore ambulatoriale, essendo preminente la prescrizione delle prestazioni decisa dal medico curante*». Il problema dell'impossibilità di agire per il Cantone - continua il messaggio - è stato affrontato e discusso in seno alla Commissione sanitaria il 3 maggio 2018 con il Consigliere di Stato e Direttore del DSS, Paolo Beltraminelli, con il coordinatore del DSS e Direttore della Divisione della salute pubblica, Paolo Bianchi, e

con il Medico cantonale, dr. Giorgio Merlani,: «[...] il progetto di iniziativa cantonale del deputato Raoul Ghisletta del 30.11.2017, finalizzata a introdurre nella LAMal il principio della pianificazione delle cure ambulatoriali, così come avviene per il settore stazionario acuto (ospedali) e delle cure di lunga durata (case per anziani). In questo modo i Cantoni disporrebbero di uno strumento efficace di contenimento dell'offerta nell'ambito delle proprie pianificazioni». Tale iniziativa in realtà emana dall'intera Commissione sanitaria: è stata discussa nelle sedute della stessa del 7.12.2017, del 31.1.18 (con la convocazione di Stefano Motta, Direttore MAGGIO), del 3.5.2018 e del 17.5.2018 (firma da parte della Commissione sanitaria); è stata inoltre oggetto di un parere del 10 aprile 2018 del Consulente giuridico del Gran Consiglio, avv. Tiziano Veronelli.

Pertanto il messaggio del Consiglio di Stato, presentando la quantificazione della stima del fabbisogno di prestazioni contenuta nella Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020, precisa che «considerato che in questo settore non è possibile limitare le prestazioni effettivamente erogate a quelle pianificate sulla base dei parametri esplicitati nel rapporto allegato, l'impatto finanziario può divergere anche in misura rilevante dalla quantificazione finanziaria sopra esposta; di questo si tiene conto nella definizione del Piano finanziario di gestione corrente».

	SACD interesse pubblico	SACD privati e infermieri indipendenti	Servizi d'appoggio	Aiuti diretti	Totale	Di cui parte cantonale 20%	Di cui parte comunale 80%
2017	30'471'184	4'130'982	18'750'882	9'458'000	62'811'048	12'562'210	50'248'838
2018	31'252'518	4'265'643	19'762'230	10'078'000	65'358'391	13'071'678	52'286'713
2019	31'978'919	4'412'097	21'012'230	10'698'000	68'101'246	13'620'249	54'480'997
2020	32'917'394	4'553'030	22'112'230	11'318'000	70'900'654	14'180'131	56'720'523

NOTE ESPLICATIVE

1. Alle cifre delle prime due colonne il DSS arriva calcolando il numero di anziani, il numero di adulti non in età AVS e il numero di bambini che necessitano di prestazioni d'assistenza e cura a domicilio e moltiplicandoli per i prezzi standard (v. documento del DSS "Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020", giugno 2018, capitolo 5).
2. Per quanto riguarda i servizi d'appoggio la spesa è calcolata in base a un tasso di crescita che considera i progetti in fase di realizzazione (v. documento del DSS "Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020", giugno 2018, capitolo 5).
3. Infine per gli aiuti diretti ad anziani e invalidi il calcolo è stato fatto prevedendo un'evoluzione regolare della crescita delle domande e mantenendo la misura di risparmio introdotta nel 2016, che ha ridotto dal 69.55% al 62.8% la percentuale massima di contributo per attivare la rete di aiuti (famigliari, terze persone, volontari): tale percentuale in base all'art. 44 cpv. 3 LACD teoricamente può arrivare al 75% (v. documento del DSS "Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020", giugno 2018, capitolo 6)

Le somme in gioco e la crescita della spesa nel settore dell'assistenza e cura a domicilio non sono certamente piccole per il Cantone e per i Comuni: la spesa prevista per il 2019-2020 è attorno ai 70 milioni di franchi annui, di cui 14 milioni di franchi a carico del Cantone e 56 milioni di franchi a carico dei Comuni. Questa spesa riguarda unicamente i servizi che sottostanno alla LACD e quindi la Commissione sottolinea l'importanza dell'azione dei responsabili del DSS affinché l'utilizzo di questi mezzi rispetti i principi della LACD illustrati al capitolo 1.

Il documento del DSS "Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020" lo indica d'altronde chiaramente a pagina 9: «**Con la presente pianificazione si vuole anche promuovere una razionale organizzazione e utilizzazione delle risorse disponibili e ridurre al minimo il rischio, presente in particolare nel settore sanitario ma pure in quello sociale, che sia in parte l'offerta a creare la domanda**».

Oltre alla crescita della spesa a carico dell'ente pubblico (e quindi sul contribuente), vi è l'impatto sui premi di cassa malati pagati dal cittadino (e tramite i sussidi dall'ente pubblico e quindi dai contribuenti), che è generato sia dai servizi che sottostanno alla LACD, sia da quelli che non vi sottostanno. Secondo l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali

("Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie - MOKKE") i costi globalmente generati in Svizzera dallo Spitex sono poco meno del 3% dei costi a carico delle casse malati (nel 2018 le spese per assicurato erano di 110 franchi su un totale di 3'851 franchi annui): la crescita annua è stata di circa il 6% sia nel 2016, sia nel 2017. In Ticino la spesa per assicurato nel 2018 è stata di 171 franchi per assicurato su un totale di 4'439 franchi (pari a quasi il 4%), con un aumento di 12 franchi (+7.3%) rispetto al 2017.

Anche sulla scorta di questo dato di crescita del 2018 segnaliamo che verosimilmente le cifre indicate nelle previsioni della tabella del messaggio sulla Pianificazione 2017-2020 (tabella sopra riportata) potranno essere superate, in quanto condizionate sia da cambiamenti nei dati demografici, sia soprattutto dall'evoluzione della presa a carico a domicilio delle persone. Anche questo aspetto induce la Commissione sanitaria a sostenere, per quanto possibile, un utilizzo razionale delle risorse conformemente all'art. 1 della LACD.

A scanso di ogni equivoco, essere favorevoli a un utilizzo razionale delle risorse nel settore dell'assistenza e cura a domicilio non significa in alcun caso essere dei politici scriteriati, favorevoli al razionamento delle cure per le persone bisognose a domicilio oppure contrari alle cure a domicilio oppure ideologicamente prevenuti contro i servizi privati: queste sono caricature fatte per sviare l'attenzione dai problemi del settore dell'assistenza e cura a domicilio, che ovviamente conosce anche tantissime realtà ben funzionanti e tantissimi operatori estremamente professionali!

5. IL CONTROLLO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO

Accanto al tema della sovra-offerta di prestazioni da parte dei servizi di assistenza e cura a domicilio e degli infermieri indipendenti, la Commissione ha affrontato il tema della qualità delle prestazioni erogate a domicilio. È evidente che, trattandosi di prestazioni sociosanitarie erogate a domicilio tra le mura domestiche, il loro controllo è nettamente più difficile rispetto al controllo nel settore stazionario (sul quale tanto si focalizza l'attenzione dei media). In particolare riteniamo preoccupante che il Cantone non abbia alcuna risorsa per controllare in modo preventivo la qualità del lavoro degli infermieri indipendenti a domicilio.

Nell'audizione commissionale del 10.1.2019 il dr. Giorgio Merlani, Medico cantonale, ha precisato come avviene il controllo:

«La vigilanza è strutturata su tre livelli:

- Primo livello: vigilanza del Medico cantonale che noi definiamo di polizia sanitaria: si tratta di ottemperare a criteri minimi per potere erogare le prestazioni.*
- Secondo livello: controllo delle prestazioni erogate da parte delle casse malati.*
- Terzo livello: in caso di contratti di prestazione, controllo effettuato dall'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio.*

L'Ufficio del medico cantonale vigila in modo proattivo e in modo reattivo:

- Vigilanza proattiva: si effettuano dei controlli prima che il servizio inizi a erogare delle prestazioni sulla base del Regolamento dei requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio e i centri somatici diurni del 22 marzo 2011. Vengono fatti dei rinnovi regolarmente e vengono eseguite delle ispezioni con una frequenza che dipende da quanto è stato riscontrato nelle precedenti ispezioni. Se un servizio alla prima ispezione risulta perfetto magari lo controlliamo dopo due anni, se si riscontrano invece delle carenze e delle non conformità viene intimato un termine per metterli a posto. Tengo a precisare che la regolarità e*

la frequenza con cui vengono fatti i controlli è indipendente dal fatto che si tratti di uno spitex pubblico o di uno spitex privato. Questi controlli valgono per tutti i servizi. Non sempre sono tutti buoni quelli che hanno un contratto di prestazione e sono pubblici e tutti i cattivi sono quelli senza contratto di prestazione.

- *Vigilanza reattiva: nasce sulla base di dubbi, segnalazioni e denunce».*

Per quanto riguarda il livello di vigilanza a supporto dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio in merito ai contratti di prestazione, il Medico cantonale ha precisato quanto segue: *«Fino a fine 2017 verificavamo l'adeguatezza della prescrizione delle ore richieste: il medico prescrive il trattamento, il servizio spitex va a casa dell'utente e verifica il bisogno di cure e propone un certo numero di ore di assistenza. Se questo fabbisogno valutato superava un certo numero di ore massimo, si andava a verificare con lo strumento RAI. Dal 1. gennaio 2018, il sistema è cambiato, non si controlla più questo aspetto, ma si controlla come sono compilate le cartelle e se sono conformi a quanto viene erogato. Quindi non è tanto la qualità delle prestazioni erogate, ma l'adeguatezza delle cure. Ci sono poi altri livelli di vigilanza che non tocca fare a noi: in primo luogo la vigilanza che deve fare la struttura stessa, c'è la vigilanza delle casse malati e qui sappiamo che ci sono assicurazioni malattia che vigilano in modo molto assiduo e altre molto meno.*

C'è poi il livello della qualità percepita il cui studio viene fatto con un mandato alla SUPSI. Questo studio è fatto indipendentemente dal tipo di servizio: si tratta di un'offerta della SUPSI e chi ritiene di volere misurare la qualità percepita si annuncia. È uno strumento che viene dato alla direzione dello spitex per capire se ci sono delle insoddisfazioni da parte degli utenti; la SUPSI fornisce degli strumenti di lettura, eventualmente degli strumenti di correzione. Noi non siamo in possesso di questi documenti, li richiediamo a volte quando vediamo che ci sono dei problemi particolari. Non tutti i servizi contrattualizzati chiedono di fare questo studio. Nessuno è costretto a farlo. I costi vengono in parte coperti dal Cantone».

Il Medico cantonale ha inoltre risposto alla domanda se ritiene di avere sufficiente personale per effettuare tutti i controlli come segue, indicando che l'attività è cresciuta e che è aumentata la complessità dei casi da gestire: *«Ogni tipo di limitazione e di onere che mettiamo viene messo in discussione. Nei primi due-tre anni della mia attività di medico cantonale non credo di avere mai sospeso un servizio, negli ultimi anni questo è invece diventato regolare. Ci sono stati dei servizi che sono stati commissariati. Siamo molto più incisivi, abbiamo gli strumenti, ma se avessimo un po' più di persone potremmo fare un po' di più».*

Sul tema la Commissione presenterà un rapporto specifico, rispondendo alla mozione di Matteo Pronzini del 13.3.2017 "Ambito sanitario: potenziare l'autorità di vigilanza ed il coinvolgimento del personale e degli utenti al fine di migliorare la qualità delle cure".

6. I SERVIZI D'APPOGGIO

La Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020 insiste sulla necessità di sviluppare il settore intermedio tra "domicilio classico" e "casa per anziani", ossia le prestazioni, i servizi e le soluzioni abitative che concorrono assieme ai servizi d'assistenza e cura a domicilio, al mantenimento della persona al domicilio.

La Commissione approva questo orientamento, che è stato così motivato dai rappresentanti del DSS nell'audizione commissionale del 6.12.2018:

- Il Consigliere di Stato Paolo Beltraminelli: *«lo sforzo che è stato fatto dall'Ufficio anziani e delle cure a domicilio è stato di sviluppare l'offerta di centri diurni con presa in carico socio-assistenziale. Stiamo cercando di rispondere a questa necessità di non isolare gli anziani dando loro la possibilità di usufruire di questi centri che stanno avendo un ottimo successo».*
- sig. Branca: *«a livello di territorio, sebbene questi centri in una prima fase non fossero stati percepiti in maniera così positiva, oggi sono una delle prestazioni del nostro ufficio di maggiore richiesta. Si tratta di centri che non sono medicalizzati, non fatturano LAMal, hanno delle figure professionali specialistiche, ma per svolgere soprattutto attività di prevenzione. Stiamo proprio potenziando il contenuto del centro, nel senso che vorremmo introdurre anche l'apertura di sabato e domenica e alla sera. Ci sono poi i centri terapeutici che sono medicalizzati. I centri terapeutici sono gestiti da Pro Senectute insieme alla Croce Rossa, mentre i centri socio-assistenziali sono gestiti da ATTE, Pro Senectute, Generazione Più e da altre associazioni. Anche a livello di ufficio abbiamo introdotto un terzo settore; prima avevamo il settore case per anziani e il settore delle cure a domicilio, da un anno e mezzo abbiamo attivo il settore di mantenimento a domicilio».*

7. CONCLUSIONI

La Commissione prende atto positivamente dell'intenzione del Consiglio di Stato di presentare una pianificazione unica dell'assistenza e cura a domicilio e delle case anziani per il prossimo periodo (2021-2030). Essa invita altresì l'Esecutivo a presentare al Parlamento al più presto possibile il messaggio con tale pianificazione, in ogni caso entro l'estate 2020.

La Commissione invita il Consiglio di Stato a presentare un quadro di confronto tra il Ticino e gli altri Cantoni, rispettivamente ad analizzare le differenze esistenti tra servizi di interesse pubblico e servizi commerciali sulle ore erogate.

Con le considerazioni e i limiti sopra evidenziati la Commissione invita il Gran Consiglio ad approvare la Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2017-2020 come da messaggio.

Per la Commissione sanità e sicurezza sociale:

Raoul Ghisletta, relatore

Agustoni - Buzzini (per le conclusioni) -

Caverzasio (per le conclusioni) - Cedraschi

Crivelli Barella - Galusero - Ghisolfi -

Gianella Alex - Jelmini - La Mantia - Polli -

Quadranti - Riget - Robbiani (per le conclusioni)