

Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2011-2014

Dipartimento della sanità e della socialità
Divisione dell'azione sociale e delle famiglie
Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio

Bellinzona, settembre 2011

Indice

1	Introduzione	5
2	Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure.....	6
3	Sviluppo dell'attività dei servizi d'assistenza e cura a domicilio	9
3.1	Bilancio della Pianificazione 2006-2009	9
3.2	Sviluppo dei servizi d'assistenza e cura a domicilio fino al 2014	11
3.2.1	Metodologia	11
3.2.2	Definizione delle prestazioni da erogare	12
3.2.3	Previsione di sviluppo dei SACD 2011-2014.....	19
3.2.4	Previsione dell'evoluzione del contributo per i servizi e operatori dell'assistenza e cura a domicilio	19
4	Obiettivi pianificatori qualitativi per i servizi d'assistenza e cura a domicilio.....	22
4.1	Obiettivi ripresi da Pianificazione 2006-2009 – Bilancio e sviluppo 2011-2014.....	22
4.1.1	Copertura della fascia oraria serale, dei fine settimana e dei giorni festivi.....	22
4.1.2	Assistenza alla famiglie e all'infanzia	23
4.1.3	Coordinamento della rete sociosanitaria	24
4.1.4	Strumento di valutazione dei bisogni dell'utente e di coordinamento degli interventi	25
4.1.5	Introduzione di criteri di qualità	25
4.1.6	Organizzazione e strutturazione operativa dei SACD.....	26
4.1.7	Dimensione e ruolo dei servizi privati e degli infermieri indipendenti	27
4.1.8	Rapporti fra SACD e settore della formazione di base e continua	27
4.2	Nuovi obiettivi per il periodo 2011-2014	28
4.2.1	Interazione con l'offerta "badanti"	28
5	I servizi d'appoggio	31
5.1	Riconoscimento degli enti d'appoggio	31
5.2	Indirizzi pianificatori.....	31
5.2.1	Progetto di riorganizzazione dei centri diurni.....	32
5.3	Sviluppo dell'attività dei servizi d'appoggio.....	34
6	Gli aiuti diretti	36
6.1	Premessa.....	36
6.2	Evoluzione degli aiuti diretti dal 2004 al 2010.....	36
6.3	Previsione sviluppo aiuti diretti – Periodo 2010-2015	38
6.3.1	Evoluzione del contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche 2005-2009	39
6.3.2	Aggiornamento delle direttive riguardanti il contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche	40

6.4	Modalità e forme d'impiego del contributo per mantenimento a domicilio: inchiesta conoscitiva	40
6.4.1	Obiettivi dell'inchiesta	40
6.4.2	Risultati dell'inchiesta.....	41
7	Conclusione	44

Elenco delle Figure

Figura 1:	Assistenza e sorveglianza alle persone in età AI	41
Figura 2:	Assistenza e sorveglianza alle persone in età AVS.....	41

Elenco delle Tabelle

Tabella 1:	Utenti 2009 previsti dalla Pianificazione SACD – Situazione effettiva	9
Tabella 2:	Ore di prestazione 2009 previste dalla Pianificazione ACD – situazione effettiva	10
Tabella 3:	Ore teoriche 2009 per comprensorio	12
Tabella 4:	Ore erogate 2009 da OACD e infermieri indipendenti e scostamento rispetto alle previsioni	13
Tabella 5:	Riduzione delle ore di cura per effetto delle misure correttive ipotizzate	14
Tabella 6:	Previsione delle ore di cura teoriche nel 2014.....	15
Tabella 7:	Previsione dell'aumento delle ore di cura teoriche fino al 2014.....	15
Tabella 8:	Crescita annuale delle ore di cura 2011 – 2014 dei SACD d'interesse pubblico	16
Tabella 9:	Previsione delle ore di economia domestica.....	16
Tabella 10:	Previsione del numero di utenti in età non AVS dei SACD d'interesse pubblico	17
Tabella 11:	Previsione delle ore erogate agli utenti in età non AVS da parte dei SACD d'interesse pubblico.....	17
Tabella 12:	Previsione delle ore LAMal agli utenti in età non AVS da parte delle OACD e degli infermieri indipendenti	18
Tabella 13:	Sviluppo medio delle ore totali dei SACD per il periodo 2011-2014	19
Tabella 14:	Evoluzione 2011-2014 del contributo ai SACD d'interesse pubblico	20
Tabella 15:	Evoluzione 2011-2014 del contributo alle OACD.....	20
Tabella 16:	Evoluzione 2011-2014 del contributo agli infermieri indipendenti.....	21
Tabella 17:	Evoluzione delle ore e del contributo 2011 – 2014 nel settore dell'assistenza e cura a domicilio	21
Tabella 18:	Evoluzione dei contributi ai servizi d'appoggio fino al 2009.....	34
Tabella 19:	Previsione 2011-2014 dei contributi ai servizi d'appoggio.....	35
Tabella 20:	Evoluzione degli aiuti diretti dal 2004 al 2010	36
Tabella 21:	Stima dell'evoluzione 2011 – 2014	38
Tabella 22:	Evoluzione del contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche dal 2005 al 2010.....	39

Elenco delle Abbreviazioni

ACD	Assistenza e cura a domicilio
AF	Aiuto familiare
AI	Assicurazione invalidità
AVS	Assicurazione vecchiaia e superstiti
CD	Centro diurni
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità
LACD	Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 30 novembre 2010
LAI	Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994
LAVS	Legge federale del 20 dicembre 1946 su l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
LISPI	Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi del 14 marzo 1979
NPC	Nuova impostazione della perequazione finanziaria e dei compiti tra Confederazione e Cantoni
OACD	Organizzazione d'assistenza e cura a domicilio
OPre	Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie del 29 settembre 1995
OSS	Operatore sociosanitario
SACD	Servizio d'assistenza e cura a domicilio
SUPSI	Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana
UFAS	Ufficio federale delle assicurazioni sociali

1 Introduzione

La pianificazione è uno strumento politico importante, che consente di 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.

L'articolo 7, capoverso 2, lettera a) della Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) prevede che "il Consiglio di Stato, tenuto conto delle specifiche realtà locali elabora in collaborazione con i Comuni e gli enti interessati, una pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio". Al Gran Consiglio compete, ogni quattro anni, di discuterne i principi generali e di approvarli.

La prima pianificazione, concomitante all'entrata in vigore della Legge il primo gennaio 2000, era estesa al periodo 2000-2003. Nel corso del 2004 è stata effettuata la valutazione dei risultati dell'attività degli enti sussidiati, sia dal profilo sociosanitario che dal profilo economico, in ossequio all'art. 7, cpv. 2, lett. i. Poi è stata presentata la pianificazione riferita al periodo 2006-2009. Quella oggetto del presente documento si riferisce al periodo 2011-2014.

L'attuale pianificazione tiene conto delle novità legislative che entrano in vigore l'1.1.2011 concernenti il nuovo finanziamento delle cure di lunga durata adottate dal parlamento federale il 13 giugno 2008. In particolare, per la prima volta essa si riferisce a tutto il settore ambulatoriale, compresi i servizi d'assistenza e cura a domicilio privati e gli infermieri indipendenti, che secondo i nuovi disposti legislativi federali, possono beneficiare di un contributo dell'ente pubblico per le prestazioni di cura ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMaI). Un approfondimento di questa tematica è previsto in uno specifico capitolo. Tale modifica legislativa ha comportato un posticipo di un anno della presente pianificazione settoriale.

Il presente rapporto è strutturato in cinque capitoli principali. Nel primo capitolo sono illustrate le implicazioni sull'assistenza e cura a domicilio dell'entrata in vigore del nuovo ordinamento sul finanziamento delle cure. Il secondo capitolo è dedicato allo sviluppo differenziato dei servizi d'assistenza e cura a domicilio (SACD), il terzo presenta invece gli obiettivi strategici a carattere qualitativo. Gli altri due capitoli sono dedicati rispettivamente ai servizi d'appoggio ed agli aiuti diretti.

2 Il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure

Il 13 giugno 2008 il parlamento federale ha approvato la Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure.

Considerata l'importanza e la complessità della materia, il Consiglio di Stato ha ritenuto opportuno istituire un Gruppo di lavoro col compito specifico di prepararne l'applicazione sul piano cantonale. L'entrata in vigore della nuova legislazione è stata definitivamente stabilita dal Consiglio federale per il 1° gennaio 2011.

Il Gruppo di lavoro, insediatosi nel mese di novembre 2008, ha portato a termine il proprio mandato nel marzo 2010 con la consegna di un rapporto finale al Dipartimento competente (DSS).

In seguito è stato presentato il Messaggio indirizzato al parlamento contenente le modifiche di Legge (LACD e Legge anziani)¹, che è stato approvato nella seduta del 30 novembre 2010.

Fra le novità introdotte, la principale consiste nella possibilità data a tutti gli attori in ambito stazionario e ambulatoriale, senza distinzione rispetto alla loro personalità giuridica e allo scopo economico, di poter beneficiare di un contributo da parte dell'ente pubblico, limitatamente alle prestazioni di cura ai sensi della LAMal.

Questa estensione del finanziamento delle prestazioni di cura al settore privato comporta un onere supplementare per l'ente pubblico cantonale, il quale, per evidenti esigenze di controllo della spesa, deve avere adeguati strumenti di regolazione dell'offerta, sia per quanto riguarda la pianificazione della quantità delle prestazioni, che per quanto concerne il controllo dei costi e della qualità delle prestazioni.

Se la pianificazione dell'offerta non pone problemi per le strutture stazionarie, poiché già ora, indipendentemente dalla loro natura giuridica, devono essere iscritte nel Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico della LAMal, che accompagna la pianificazione degli ospedali e delle case di cura (art. 39 cpv. 1 e cpv. 3), nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali, la situazione è più variegata e meno definita. Non vi è un elenco definito dal Cantone di organizzazioni e operatori che possono esercitare a carico della LAMal.

La pianificazione settoriale prevista nell'ambito della LACD concerne solo i SACD d'interesse pubblico².

Nel 2007 il Cantone ha introdotto l'autorizzazione all'esercizio per tutti i servizi di assistenza e cura a domicilio, indipendentemente dalla loro natura giuridica, la quale non è però subordinata al soddisfacimento di un fabbisogno stimato di prestazioni (pianificazione), ma solo al soddisfacimento di determinati requisiti strutturali e procedurali di polizia sanitaria. Anche gli infermieri indipendenti, una volta ottenuto il libero esercizio, subordinato a requisiti basilari di formazione e pratica professionale, possono esercitare a carico della LAMal disponendo del numero di concordato con Santésuisse.

¹ <http://www.ti.ch/CAN/SegGC/comunicazioni/GC/odg-mes/6390.htm>

² Questa denominazione è stata introdotta nella revisione della LACD per definire i SACD precedentemente riconosciuti e finanziati, ai quali sono riconosciuti compiti d'interesse pubblico (universalità dell'accesso, formazione, ecc.) e che ricevono contributi per tutte le prestazioni definite nella Legge.

Questa situazione nel settore ambulatoriale ha dovuto essere adattata al nuovo ordinamento. Secondo le raccomandazioni della Conferenza dei direttori della sanità (CDS)³, il Cantone deve regolare l'ammissione ad esercitare a carico della LAMal delle organizzazioni d'aiuto e cure a domicilio e degli infermieri indipendenti, prevedendo nella propria legislazione una serie di esigenze, attestazioni, obbligazioni e condizioni.

Il Gruppo di lavoro, avvalendosi della consulenza del servizio giuridico del DSS, ha approfondito gli aspetti legali relativi all'introduzione di una pianificazione nel settore ambulatoriale.

In particolare, l'approfondimento è stato svolto sulle implicazioni poste dall'art. 51 lett. a OAMal.

Tale articolo indica che:

Art. 51 Organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio

Le organizzazioni che dispensano cure e aiuto a domicilio sono autorizzate [ad esercitare a carico della LAMal] se:

- a. sono riconosciute giusta la legislazione del Cantone in cui esercitano;*
- b. hanno definito il loro campo d'attività quanto al territorio, all'orario, al tipo di cure e di pazienti;*
- c. dispongono del personale specializzato necessario, con formazione corrispondente al loro campo d'attività;*
- d. dispongono delle attrezzature corrispondenti al loro campo d'attività;*
- e. partecipano alle misure di controllo di qualità di cui all'art. 77, intese a garantire, nell'ambito del loro campo d'attività, l'effettuazione di cure di buona qualità e adeguate.*

Questo articolo precisa che la prima delle condizioni che permettono alle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio di ottenere l'autorizzazione ad esercitare a carico della LAMal è quella di essere riconosciute ai sensi della legislazione cantonale. Esso lascia quindi un ampio margine di manovra al Cantone per legiferare per quanto attiene al riconoscimento.

La limitazione alla libertà economica delle organizzazioni di ACD risulta, come già ricordato in precedenza, già dal regime di autorizzazione (ai sensi dell'art. 80 Legge sanitaria): le organizzazioni devono aver ottenuto un'autorizzazione al fine di poter esercitare. Il regime d'autorizzazione, proprio in quanto limitazione della libertà economica, prevede di regola solo le condizioni essenziali il cui soddisfacimento è giustificato dalla tutela di interessi pubblici.

Il riconoscimento invece non limita la libertà economica delle organizzazioni di assistenza e cura a domicilio, ma è necessario allo scopo di poter ottenere il finanziamento da parte del Cantone. Visto che il Cantone concede il finanziamento, esso può anche stabilire a chi (ad esempio solo a chi fa parte della pianificazione) e in base a cosa (ad esempio a chi adempie determinati requisiti di qualità, di organizzazione, ecc.). La procedura di riconoscimento permette al Cantone di

³ Conferenza delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), "Recommandations du Comité directeur de la CDS du 22.10.2009 relatives au nouveau régime de financement des soins", Berna, ottobre 2009

“fissare alcuni paletti” per decidere chi finanziare in questo ambito. Trattandosi di una questione che va regolamentata a livello cantonale, si possono prevedere altre condizioni, anche più severe rispetto a quelle previste a livello federale per l’ottenimento dell’autorizzazione, aspetto che è stato sottolineato, come già citato in precedenza, dalla CDS nelle sue raccomandazioni⁴, al punto 3.3. lettera b (ad esempio per il riconoscimento si potrebbe prevedere che il personale abbia un certo tipo di formazione e/o che parli e capisca l’italiano, ecc.). La CDS ha pure sottolineato che le organizzazioni di ACD sono ammesse se adempiono ai requisiti dell’art. 51 OAMal, precisando che appare degno di nota il fatto che l’art. 51 lett. a OAMal esiga un’ammissione in virtù della legislazione cantonale.

Il Cantone è quindi libero di prevedere precisi requisiti che un’organizzazione deve soddisfare per poter ottenere il riconoscimento a livello cantonale. L’importante è che si tratti di requisiti che siano giustificati da un punto di vista oggettivo, come ad esempio potrebbe essere il fatto che per essere riconosciuto un servizio debba far parte della pianificazione cantonale, ossia rispondere ad un fabbisogno della popolazione, stimato sulla base di metodologie scientificamente riconosciute.

Lo stesso tipo di procedimento è stato d’altronde adottato con la Legge sull’integrazione socio professionale degli invalidi (LISPI): al fine di ottenere l’autorizzazione (per poter accogliere invalidi) occorre soddisfare pochi requisiti essenziali, mentre per ottenere il riconoscimento necessario al fine di poter chiedere un finanziamento, vi sono altri requisiti, in maggior numero e più dettagliati (cfr. legge e in particolare Regolamento LISPI).

Da un punto di vista formale, si intende procedere con singole decisioni di riconoscimento del Consiglio di Stato. Infatti, per la sua natura, il settore ambulatoriale, che si compone di oltre 25 servizi e più di 150 operatori (infermieri indipendenti), che in qualsiasi momento possono entrare ed uscire dal settore, mal si presta all’allestimento di un decreto con un elenco, che rischierebbe di dover essere aggiornato di continuo.

Tenuto conto di questo approfondimento, e in accordo con la raccomandazione della CDS, nel Messaggio è quindi stato proposto d’introdurre nella LACD un articolo che consenta di regolare anche in termini quantitativi l’offerta di tutti i fornitori di prestazioni ambulatoriali, e non solo limitatamente ai SACD d’interesse pubblico come previsto finora.

Per questo motivo, per la prima volta, la pianificazione concerne l’intero settore ambulatoriale: SACD d’interesse pubblico, SACD privati e infermieri indipendenti.

⁴ Vedi nota 3.

3 Sviluppo dell'attività dei servizi d'assistenza e cura a domicilio

3.1 Bilancio della Pianificazione 2006-2009

Per quantificare lo sviluppo dei servizi d'assistenza e cura a domicilio era stata per la prima volta utilizzata una metodologia che prevedeva una differenziazione per comprensorio, mentre la quantificazione finanziaria si basava sul modello del contratto di prestazione, introdotto a partire dal 2006.

Per quantificare il numero di utenti da seguire, per la categoria degli anziani era stato utilizzato il metodo del Balance of Care (BoC)⁵, mentre per le altre categorie si era valutata l'evoluzione media degli anni precedenti.

Per gli utenti anziani, ai dati di previsione del BoC erano stati applicati dei correttivi per tener conto della presenza nel comprensorio di servizi e operatori privati, della struttura delle economie domestiche, della disponibilità di posti letto in casa per anziani e delle nuove previsioni demografiche.

Nella Tabella 1 seguente sono riportati i dati previsti e quelli effettivi degli utenti anziani e invalidi/altri da prendere a carico, relativamente al 2009.

Tabella 1: Utenti 2009 previsti dalla Pianificazione SACD – Situazione effettiva

	Mendrisiotto	Luganese	Malcantone	Bellinzonese	Locarnese	Tre Valli	Totale
anziani							
previsti	1070	1735	635	955	1375	644	6414
effettivi	1389	1850	593	865	1508	731	6936
differenza	+319	+115	-42	-90	+133	+87	+522
invalidi/altri							
previsti	375	380	130	225	271	101	1482
effettivi	238	390	110	226	325	149	1438
differenza	-137	+10	-20	+1	+54	+48	-44

A livello cantonale, si può affermare che gli obiettivi quantitativi, in termini di nuovi utenti da prendere a carico, sono stati pienamente raggiunti, anzi superati.

Nel valutare il superamento degli obiettivi quantitativi, per quel che concerne gli utenti anziani, si deve anche tener conto del fatto che in due comprensori, Mendrisiotto e

⁵ Si ricorda che il BoC, sviluppato in Gran Bretagna, è stato adattato alla Svizzera nell'ambito del Programma Nazionale di Ricerca 32 "Anziani". Lo studio è stato effettuato dall'Istituto universitario di medicina sociale e preventiva di Losanna. Il modello considera quali variabili i dati demografici, quelli epidemiologici sulla diffusione della dipendenza cronica nella popolazione anziana, i dati sulle opzioni di presa a carico, sulle preferenze di presa a carico degli utenti e degli operatori sanitari e i dati di costo dei servizi. Esso consente di stabilire una valutazione prospettiva dei bisogni di presa a carico degli anziani dipendenti ed è in grado di evidenziare i rapporti di sostituzione o complementarietà fra i vari servizi e di stimare ordini di grandezza e tendenze relativi all'offerta sanitaria.

Tre Valli, non era prevista una crescita del numero di utenti. In effetti, gli utenti anziani sono comunque leggermente aumentati (dell'8.5%, rispettivamente dell'1.5%), ma molto meno che nel resto del Cantone, in cui questa categoria di utenza è aumentata in media di oltre il 30%.

Tuttavia, in due comprensori gli obiettivi non sono stati raggiunti. È possibile che i fattori di aggiustamento considerati abbiano esplicato degli effetti diversi dal previsto; in particolare, è cresciuto fortemente il numero di servizi privati su tutto il territorio cantonale, e specialmente in quello urbano. È tuttavia sorprendente il dato del Bellinzonese, comprensorio che era risultato già fortemente sottodotato di posti letto in case per anziani.

Nella tabella seguente sono riportati i dati previsti e quelli effettivi delle ore di prestazione, relativamente al 2009.

Tabella 2: Ore di prestazione 2009 previste dalla Pianificazione ACD – situazione effettiva

	Mendrisiotto	Luganese	Malcantone	Bellinzonese	Locarnese	Tre Valli	totale
Ore di cura							
previste	47'729	63'487	23'345	35'920	48'229	26'672	245'382
effettive	54'248	72'035	32'923	44'827	43'263	42'068	289'364
differenza	+6'519	+8'548	+9'578	+8'907	-4'966	+15'396	+43'982
Ore di economia domestica							
previste	45'770	58'158	20'188	29'408	43'981	15'244	212'749
effettive	45'485	73'677	15'402	23'650	39'282	12'112	209'608
differenza	-285	+15'519	-4'786	-5'758	-4'699	-3'132	-3'141

È interessante osservare che nell'ambito delle prestazioni di cura gli obiettivi quantitativi sono stati superati, a parte nel Locarnese, mentre per l'economia domestica è valido il contrario (con l'eccezione del Luganese). Questo significa che nei SACD si è riconfermata la tendenza alla specializzazione dell'offerta. I servizi si adeguano quindi ad un'utenza che diventa sempre più complessa.

Inoltre, l'offerta dei SACD potrebbe avere almeno in parte compensato l'adeguamento più lento del previsto dei posti letto in casa per anziani, perlomeno fino alla fine del periodo di pianificazione 2006-2009. In effetti, secondo la pianificazione 2000 – 2010, era stato stimato un fabbisogno di 4'351 posti letto su tutto il territorio cantonale a fine 2010. A fine 2009, i posti effettivi ammontavano a 4'030. Le differenze fra previsione e situazione effettiva erano particolarmente importanti nel Bellinzonese (ca. 190 posti), nelle Tre Valli (ca. 80 posti), nel Luganese (ca. 70 posti) e nel Malcantone-Vedeggio (ca. 50 posti). Si tratta infatti dei

comprensori in cui si osservano i superamenti più importanti nell'ambito delle ore di cura erogate dai SACD rispetto alla pianificazione.

Tuttavia, nel corso del 2010 diversi progetti di ampliamento di case per anziani sono giunti a termine, ciò che ha permesso di mettere a disposizione più di 130 posti letto supplementari, che hanno coperto il fabbisogno mancante in particolare nel comprensorio del Luganese e parzialmente nelle Tre Valli e nel Malcantone-Vedeggio.

Le previsioni di tipo finanziario stimavano un importo di fr. 25'279'000 per il 2009. In realtà, nel 2009 sono stati attribuiti complessivamente fr. 25'430'400 (+1.3%) di contributi globali ai SACD, tenendo conto degli aggiustamenti a consuntivo. Considerato che le stime della pianificazione non tenevano conto né del rincaro (stimato in ca. 250'000 fr./anno) né di altre componenti di costo come la formazione (per la quale nel 2009 è stato previsto un importo di oltre 1 milione nei contratti di prestazione dei SACD) o i progetti, si può affermare che l'obiettivo finanziario sia stato pienamente rispettato. Inoltre, non va dimenticato che rispetto al previsto i SACD hanno erogato 40'000 ore (+8.9%) in più, dunque il maggior costo è stato contenuto grazie a guadagni in termini di efficienza.

3.2 Sviluppo dei servizi d'assistenza e cura a domicilio fino al 2014

3.2.1 Metodologia

Per definire lo sviluppo dell'offerta suddivisa per comprensorio si adotta la medesima metodologia già adottata nella pianificazione precedente:

- definizione del numero di utenti; suddivisi per categoria (anziani, altri utenti non anziani, bambini che ricevono la prestazione di consulenza materno-pediatrica) e del numero di ore da erogare, sulla base delle indicazioni della statistica federale "spitex";
- definizione delle risorse finanziarie necessarie.

Si sottolinea che la stima, per sua natura, ha un valore indicativo e che sono considerate unicamente le prestazioni di lunga durata: le cure acute transitorie (CAT)⁶ sono escluse. Esse non sono quantificabili trattandosi di una nuova

⁶ Le cure acute e transitorie (CAT), definite all'art. 25a LAMal cpv. 2, presentano le seguenti caratteristiche:

1. costituiscono la componente delle prestazioni di cura che risponde in maniera specifica ad un bisogno di cure limitato nel tempo, consecutivo a un soggiorno ospedaliero;
2. la loro durata massima è fissata in 14 giorni;
3. devono essere prescritte dal medico dell'ospedale al termine di una degenza ospedaliera;
4. possono essere erogate dalle/gli infermiere/i indipendenti, dalle organizzazioni di cure a domicilio e dalle case per anziani; all'interno di queste categorie. Il Cantone può determinare gli effettivi fornitori di queste prestazioni;
5. hanno per obiettivo l'aumento della competenza di prendersi cura di se stessi;

prestazione che ancora non viene erogata. Tuttavia, è lecito supporre che la modifica del sistema di finanziamento del settore ospedaliero, la cui entrata in vigore è prevista nel 2012, con l'introduzione generalizzata dei DRG, comporti una riduzione delle giornate di degenza e dunque una maggiore pressione sul settore ambulatoriale. In questo contesto, potrebbero essere proprio le CAT le prestazioni che acquisirebbero una grande importanza dal punto di vista quantitativo.

3.2.2 Definizione delle prestazioni da erogare

3.2.2.1 Utenti anziani

Per la pianificazione 2011-2014 è stato utilizzato, come detto in precedenza, quale strumento per definire lo sviluppo dell'attività nel settore dell'assistenza e cura a domicilio, il modello BoC. Il numero di utenti previsto dal modello è stato quindi moltiplicato per la media federale di ore annuali di presa a carico.

In seguito, sono state confrontate le ore teoriche del 2009⁷ con i dati effettivi delle ore di prestazioni erogate dai SADC.

Tabella 3: Ore teoriche 2009 per comprensorio

Confronto fra ore teoriche di partenza 2009 (BoC) ed effettive	Mendrisiotto & Basso Ceresio	Luganese	Malcantone	Bellinzonese	Locarnese	Tre Valli	Totale
ore teoriche (BoC) - anziani 65+							
Totale ore LAMal	59'412.30	74'124.52	28'377.32	41'339.18	66'149.71	37'853.53	307'256.56
Totale ore economia domestica	36'375.28	47'596.78	14'206.02	19'671.80	31'258.90	13'695.90	162'804.68
Totale ore intervento	95'787.58	121'721.29	42'583.34	61'010.98	97'408.61	51'549.43	470'061.24
Ore 2009 SADC							
ore effettive - anziani 65+							
Totale ore LAMal	49'662.57	63'104.57	28'787.76	40'719.16	38'875.48	37'388.29	258'537.83
Totale ore economia domestica	38'225.40	59'657.87	12'204.88	16'469.09	31'701.69	9'774.47	168'033.40
Totale ore intervento	87'887.97	122'762.44	40'992.64	57'188.25	70'577.17	47'162.76	426'571.23
Margine di intervento a domicilio							
Scostamento ore LAMal	9'749.73	11'019.95	-410.44	620.02	27'274.23	465.24	48'718.73

La tabella sopra riportata indicava una necessità di intervento domiciliare, a fine 2009, tra prestazioni LAMal ed economia domestica, pari a ca. 470'000 ore su tutto il territorio ticinese.

6. sul piano del contenuto, corrispondono esattamente alle prestazioni di "cura" elencate nell'art. 7 cpv. 2. OPre, mentre possono avere una maggiore intensità di erogazione (frequenza e durata nell'arco dei 14 giorni);

7. nell'ambito delle cure a domicilio, il monte ore di queste prestazioni non intacca il limite individuale delle 60 ore per trimestre, superabile su verifica del medico di fiducia della cassa malati;

8. sono rimborsate secondo le regole del finanziamento ospedaliero, limitatamente ai costi di cura (quota parte cantonale pari almeno al 55%, quota parte AOMS definita convenzionalmente tra assicuratori e fornitori di prestazioni sulla base di importi forfetari; il contributo dell'utente non è previsto).

⁷ I dati si riferiscono alle previsioni del modello BoC senza tener conto degli aggiustamenti considerati nella pianificazione 2006-2009.

Dal momento che gli enti privati e gli infermieri indipendenti saranno riconosciuti solamente per le prestazioni di cura ai sensi della LAMal, ci si concentra dapprima unicamente su questa categoria di prestazioni.

La tabella sopra riportata indicava una necessità di intervento domiciliare, tra prestazioni LAMal ed economia domestica, pari a ca. 470'000 ore su tutto il territorio ticinese.

Dal momento che gli enti privati e gli infermieri indipendenti saranno riconosciuti solamente per le prestazioni di cura ai sensi della LAMal, ci si concentra dapprima unicamente su questa categoria di prestazioni.

Considerando che nel 2009 i servizi di interesse pubblico hanno erogato circa 258'538 ore, da un punto di vista teorico sul territorio rimane un margine d'intervento pari a ca. 49'000 ore. I dati sono suddivisi per comprensorio: i valori positivi indicano i bisogni della popolazione anziana non coperti dai SACD di interesse pubblico; quelli negativi indicano per contro una sovra copertura del bisogno della popolazione anziana stimato dal modello BoC, considerando solo le prestazioni erogate dai SACD.

Una volta individuati quali siano i comprensori in cui sarebbe possibile, ipotizzando una situazione di equilibrio fra fabbisogno teorico e offerta, l'intervento da parte di servizi e operatori privati, sono stati richiesti i loro dati di attività relativi all'esercizio 2009.

Nella tabella seguente sono indicate le ore di cura LAMal erogate nel 2009, distinte tra quelle erogate da infermiere/i indipendenti e da Organizzazioni di assistenza e cura a domicilio (OACD)⁸.

Tabella 4: Ore erogate 2009 da OACD e infermieri indipendenti e scostamento rispetto alle previsioni

Ore LAMal 2009 privati	Mendrisiotto & Basso Ceresio	Luganese	Malcantone	Bellinzonese	Locarnese	Tre Valli	Totale
Tot. Ore LAMal infermieri	7'452.31	25'634.98	7'513.83	9'365.59	23'728.46	1'585.55	75'280.72
Tot. Ore LAMal OACD	18'574.83	65'958.89	10'708.96	7'261.41	32'629.15	71.00	135'204.23
Totale ore LAMal privati	26'027.14	91'593.87	18'222.79	16'627.00	56'357.61	1'656.55	210'484.95
Scostamento ore LAMal	9'749.73	11'019.95	-410.44	620.02	27'274.23	465.24	48'718.73
Scostamento 2009 LAMal	-16'277.41	-80'573.92	-18'633.22	-16'006.98	-29'083.38	-1'191.31	-161'766.22

Dal confronto fra il bisogno della popolazione anziana (stimato dal BoC) non coperto dai SACD d'interesse pubblico e l'intervento dei servizi privati risulta uno scostamento di ca. 160'000 ore di prestazioni LAMal.

Per comprendere meglio la situazione, si è proceduto al confronto tra le ore medie annue per caso dei SACD (45.37) e delle OACD (108.51) con la media federale (53.70); le differenze importanti hanno indotto a riflettere sull'attuale situazione del settore dell'assistenza e cura a domicilio, ipotizzando una serie di misure correttive:

- aggiustamento del modello BoC, aumentando il bisogno di prestazioni del 10%;

⁸ Con l'acronimo OACD sono definiti i servizi di assistenza e cura a domicilio privati.

- riduzione della media di ore per caso per le OACD da 108 a 75;
- combinazioni di entrambe le ipotesi precedenti;
- istituzione di un'unità di verifica⁹ costituita dalle risorse supplementari previste presso il servizio di vigilanza dell'Ufficio del medico cantonale (UMC, cfr. Messaggio 6390 del 24.08.2010).

La tabella seguente mostra l'effetto delle prime 3 ipotesi d'intervento, evidenziando la riduzione delle ore di prestazioni LAMal presentate in precedenza.

Tabella 5: Riduzione delle ore di cura per effetto delle misure correttive ipotizzate

	Mendrisiotto & Basso Caresio	Luganese	Malcantone	Bellinzonese	Locarnese	Tre Valli	Totale
Scostamento complessivo ore LAMal previsione BoC	-16'277.41	-80'573.92	-18'633.22	-16'006.98	-29'083.38	-1'191.31	-161'766.22
Scostamento ore LAMal con aggiustamento BoC (10%)	-10'336.18	-73'161.47	-15'795.49	-11'873.06	-22'468.41	2'594.04	-131'040.56
Scostamento ore LAMal con riduzione ore medie servizi privati	-16'152.58	-59'840.03	-14'374.27	-13'695.57	-14'754.23	-1'191.31	-120'007.99
Scostamento con entrambi aggiustamenti	-10'211.35	-52'427.58	-11'536.53	-9'561.65	-8'139.26	2'594.04	-89'282.33

Come è possibile osservare, le citate misure di aggiustamento del modello BoC, di riduzione delle ore medie per caso delle OACD o della combinazione delle due soluzioni riescono a ridurre, ma non ad eliminare completamente lo scostamento.

È stata quindi ipotizzata l'istituzione di un'unità di verifica. In tale ottica è stato previsto di contrattualizzare con le OACD la stima annuale del numero di utenti moltiplicata per un parametro basato sulla media federale per 3 fasce d'età¹⁰. Quest'ultima misura correttiva prevede le seguenti fasi:

- ogni erogatore di prestazioni LAMal deve inviare all'unità di verifica dell'UMC la documentazione relativa ad ogni utente per il quale prevede di dover intervenire per un numero di ore superiore ai parametri sopracitati, prima della firma della certificazione da parte del medico;
- l'unità di verifica provvede al controllo della documentazione inviata dagli erogatori di prestazioni e invia un proprio parere.

Tale misura dovrebbe permettere il contenimento dell'offerta, tramite lo sviluppo di una metodologia d'intervento delle OACD che sia più simile a quella dei SADC d'interesse pubblico, nonché dei servizi d'assistenza e cura a domicilio di tutto il resto della Svizzera. Per esempio, anche le OACD saranno tenute ad intervenire applicando il concetto di sussidiarietà e ad attivare tutte le risorse disponibili per il mantenimento a domicilio.

A questo punto è possibile valutare la proiezione al 2014 del fabbisogno di cura della popolazione anziana secondo il BoC. Questi dati sono stati aggiustati per

⁹ Tale meccanismo è ritenuto necessario in un contesto in cui il Cantone è chiamato ad assicurare il finanziamento residuo del costo delle cure e in cui risulta una situazione di sovra offerta. Tuttavia, si ritiene che il controllo e l'eventuale contenimento dell'offerta dovrebbero rientrare fra i compiti principali degli assicuratori malattia, che per altro coprono la parte maggiore del finanziamento attraverso l'assicurazione obbligatoria.

¹⁰ Media federale per fasce d'età: < 64 anni pari a 34.48, 65-79 anni pari a 42.53 e > 80 anni pari a 60.56.

considerare dei fattori regionali non considerati dal modello, analogamente a quanto effettuato nella pianificazione 2006-2009.

In particolare sono stati previsti i seguenti aggiustamenti da applicare alle ore LAMal stimate moltiplicando il numero di utenti previsti dal BoC per la media federale:

- un incremento del 5% nel Mendrisiotto, a causa del tasso di ospedalizzazione inferiore alla media cantonale ed un incremento del 3%, in quanto il numero dei medici per 1000 abitanti risulta inferiore alla media cantonale;
- un incremento del 5% nel Malcantone a causa del numero di medici per 1000 abitanti inferiore alla media cantonale;
- una riduzione del 2% nel Locarnese in quanto il numero dei medici per 1000 abitanti è superiore alla media cantonale.

Inoltre, è stato previsto un margine di aggiustamento del 10% del modello BoC come misura correttiva già citata in precedenza.

Tabella 6: Previsione delle ore di cura teoriche nel 2014

Ore teoriche BoC 2014	Mendrisiotto & Basso Ceresio	Luganese	Malcantone	Bellinzonese	Locarnese	Tre Valli	Totale
anziani da 65 a 79 anni							
ore LAMal	15'623.90	25'717.95	11'036.57	14'648.32	22'186.12	105'78.26	99'791.13
anziani oltre i 80 anni							
ore LAMal	42'974.05	73'404.47	28'558.34	38'424.56	59'469.84	27'378.13	270'209.39
Totale ore LAMal	58'597.95	99'122.42	39'594.91	53'072.88	81'655.96	37'956.39	370'000.52
Aggiustamenti vari	63'285.79	99'122.42	41'574.66	53'072.88	80'022.85	37'956.39	375'034.98
Aggiustamento +10%	69'614.37	109'034.67	45'732.12	58'380.17	88'025.13	41'752.03	412'538.48

Dopo aver definito il bisogno di cure al 2014, si è proceduto nel seguente modo:

- per il settore d'interesse pubblico sono stati considerati il numero di utenti al 2010 per le rispettive ore medie per caso all'anno, suddivise per fasce d'età;
- per le OACD è stato mantenuto costante il numero di utenti al 2010 ed è stato ipotizzato che l'introduzione dell'unità di verifica sia pienamente efficace, ossia permetta di rispettare le ore medie di presa a carico valide a livello federale;
- per le/gli infermiere/i indipendenti sono state mantenute costanti le ore di intervento effettuate nel 2009.

La situazione che scaturisce dal confronto fra la previsione del bisogno di cura aggiustato e la previsione dell'offerta dei SACD, delle OACD e degli infermiere/i indipendenti è la seguente.

Tabella 7: Previsione dell'aumento delle ore di cura teoriche fino al 2014

	Mendrisiotto & Basso Ceresio	Luganese	Malcantone	Bellinzonese	Locarnese	Tre Valli	Totale
Aggiustamento +10%	69'614.37	109'034.67	45'732.12	58'380.17	88'025.13	41'752.03	412'538.48
Totale ore LAMal Sacd 2010	46'940.93	65'219.99	28'899.82	39'339.26	33'053.89	34'303.25	247'757.15
Totale ore LAMal settore privato	20'978.00	56'536.50	11'040.00	14'198.00	35'187.00	2'500.00	140'439.50
Margine di intervento complessivo a domicilio							
Scostamento ore LAMal 2014	1'695.44	-12'721.83	5'792.30	4'842.90	19'784.24	4'948.77	24'341.83

Si può dunque prevedere un sentiero di stabilità per il prossimo quadriennio per il comprensorio del Luganese, mentre negli altri comprensori lo sviluppo risulta il seguente:

Tabella 8: Crescita annuale delle ore di cura 2011 – 2014 dei SACD d'interesse pubblico

Scenario di crescita SACD							
Ore LAMaI in più da erogare	Mendrisiotto & Basso Ceresio	Luganese	Malcantone	Bellinzonese	Locarnese	Tre Valli	Totale
anno 2011	423.86	0.00	1'448.08	1210.73	4'946.06	1'237.19	9'265.91
anno 2012	423.86	0.00	1'448.08	1210.73	4'946.06	1'237.19	9'265.91
anno 2013	423.86	0.00	1'448.08	1210.73	4'946.06	1'237.19	9'265.91
anno 2014	423.86	0.00	1'448.08	1210.73	4'946.06	1'237.19	9'265.91
Totale ore	1'695.44	0.00	5'792.30	4'842.90	19'784.24	4'948.77	37'063.66

Si tratta di un aumento medio del 3.2% all'anno, rispetto ai dati di partenza del 2009.

Per quel che concerne la prestazione di economia domestica, si considerano unicamente le ore erogate dai SACD di interesse pubblico, per i seguenti motivi:

- non è previsto un finanziamento pubblico di questa prestazione alle OACD private;
- si ipotizza che l'utenza alla quale i servizi e gli operatori privati erogano questa prestazione non abbia le medesime caratteristiche di quella presa a carico dai SACD di interesse pubblico, i quali intervengono unicamente in quei casi per i quali la prestazione di economia domestica è strettamente necessaria ai fini del mantenimento a domicilio e applicando il principio di sussidiarietà; infatti, a causa della tariffa in funzione del reddito, gli utenti hanno un incentivo a rivolgersi prioritariamente ai SACD di interesse pubblico, con l'eccezione degli utenti con reddito elevato.

Tabella 9: Previsione delle ore di economia domestica

	Mendrisiotto & Basso Ceresio	Luganese	Malcantone	Bellinzonese	Locarnese	Tre Valli	Totale
Ore ec. domestica BoC 2014	34'745.98	61'675.08	19'316.51	20'720.59	36'055.02	9'646.08	182'159.25
Ore ec. Domestica SACD 2009	38'225.40	59'657.87	12'204.88	16'469.09	31'701.69	9'774.47	168'033.40
Evoluzione ore 2009-2014	-3'479.42	2'017.21	7'111.63	4'251.50	4'353.33	-128.39	14'125.85

Per definire le ore di economia domestica da erogare nel periodo di pianificazione sono state considerate le previsioni del BoC concernenti il numero di utenti da prendere a carico per comprensorio. In base alla struttura dell'utenza rilevata nel 2009 sono stati calcolati gli utenti che secondo le previsioni del BoC dovranno ricevere la prestazione di economia domestica.

Per quel che concerne le ore medie per caso, si rilevano tuttora delle differenze tra i servizi, anche se esse si sono ridotte rispetto a cinque anni fa. Per il calcolo della

previsione delle ore è nuovamente stata utilizzata la media cantonale (45.50 per la fascia d'età 65-79 anni, 42.29 per gli ultraottantenni), eccetto nei comprensori in cui essa era inferiore.

Le previsioni indicano un sentiero di stabilità per i comprensori del Mendrisiotto e Tre Valli e uno sviluppo di 17'700 ore ca. negli altri 4 comprensori, ciò che corrisponde ad uno sviluppo medio del 2.4% all'anno.

3.2.2.2 Utenti in età non AVS (invalidi, famiglie, altri)

Per questa fascia d'età non si dispone di un modello di stima. Nella precedente pianificazione, le stime sono risultate complessivamente adeguate, pur con qualche scostamento più importante all'interno di singoli comprensori.

I dati effettivi relativi al periodo 2006-2009 dei SACD d'interesse pubblico indicano una certa costanza nel tempo del numero di questo tipo di utenza. Si propone quindi, per il periodo 2010 -2014, di mantenere la media relativa al periodo precedente:

Tabella 10: Previsione del numero di utenti in età non AVS dei SACD d'interesse pubblico

	M&BC	SCuDo	Maggio	ABAD	ALVAD	SACD RTV	Totale
Utenti in età non AVS	243	384	131	199	325	123	1'405

Si conferma il fatto che questo dato, in misura maggiore rispetto a quello della popolazione anziana, potrebbe differenziarsi rispetto al numero di casi presi a carico effettivamente.

Per quel che concerne le ore erogate a questa fascia di utenza, si conferma che vi sono differenze importanti fra un servizio e l'altro, dovute anche al numero ridotto di casi. Tuttavia, rispetto ai dati di 5 anni fa, la differenza fra i dati medi cantonali (27 ore di cure LAMal e 29 ore di economia domestica) e quelli federali (35 ore di cure e 36 di economia domestica) si è ridotta.

Per coerenza con quanto applicato per gli utenti anziani, si propone di utilizzare i dati federali. Questo porta a dover coprire il seguente fabbisogno di prestazioni annuali, che viene ipotizzato costante per l'intero periodo di pianificazione.

Tabella 11: Previsione delle ore erogate agli utenti in età non AVS da parte dei SACD d'interesse pubblico

	M&BC	SCuDo	Maggio	ABAD	ALVAD	SACD RTV	Totale
Ore di cura LAMal	8'488	13'440	4'594	6'974	11'358	4'296	49'149

Ore di economia domestica	8'730	13'824	4'725	7'173	11'682	4'419	50'553
---------------------------	-------	--------	-------	-------	--------	-------	--------

Per quel che concerne i servizi privati e gli infermieri indipendenti, è possibile considerare unicamente i dati storici in termini di numero di utenti da prendere a carico, e, come per i SACD d'interesse pubblico, moltiplicarli per il numero di ore annuali di presa a carico (media federale). Nella tabella seguente sono inseriti questi dati.

Tabella 12: Previsione delle ore LAMal agli utenti in età non AVS da parte delle OACD e degli infermieri indipendenti

	OACD	Infermiere/i indipendenti
Ore di cura LAMal	7'770	10'334

3.2.2.3 Bambini

In questo paragrafo si prendono in considerazione i bambini (e le loro famiglie) che ricevono la prestazione di consulenza materno – pediatrica da parte dei SACD d'interesse pubblico.

Si ricorda che queste prestazioni sono finanziate tramite un contributo fisso per unità di personale, quindi non è necessario procedere ad una quantificazione delle ore partendo dal numero previsto di utenti.

Secondo i dati dell'Ufficio di statistica, al 31.12.2009 vi erano in Ticino ca. 8'800 bambini dai 0 ai 3 anni. Le nascite, negli ultimi 10 anni, sono stabili, anzi sono leggermente aumentate dal 2008, smentendo le previsioni demografiche indicate nel precedente testo di pianificazione, che prevedevano una diminuzione del 6% circa sia delle nascite che della popolazione infantile che può potenzialmente beneficiare della prestazione di consulenza materno – pediatrica.

I dati relativi alle previsioni demografiche (che indicano un numero di nascite stabile tra le 2'700 e le 2'900 all'anno da ora al 2040) continuano a supportare l'ipotesi secondo la quale l'attuale numero di unità dedicate alla consulenza materno – pediatrica sia adeguato.

I potenziamenti fatti finora riguardano unicamente il progetto genitori (assunzione di personale con formazione pedagogica che affianca le ICMP), e saranno da attuare e consolidare in quei servizi che hanno da poco o stanno cominciando a renderlo operativo.

3.2.3 Previsione di sviluppo dei SACD 2011-2014

Sulla base di quanto sviluppato nei paragrafi precedenti, si è proceduto a delineare il sentiero di sviluppo dei SACD dal 2011 al 2014. In particolare, è stata considerata come base di calcolo una stima delle ore di prestazioni LAMal dei SACD¹¹, a cui sono state aggiunte le eventuali ore scoperte, risultanti dalla differenza fra le ore stimate tramite il modello BoC e le ore erogate dai SACD, dai servizi e dagli operatori privati (vedi Tabella 7) per i comprensori nei quali la differenza presenta un saldo positivo, distribuite in maniera uniforme nel quadriennio di riferimento, mentre per i comprensori con saldo ore negativo le ore sono state mantenute costanti. Lo stesso concetto è stato applicato per le ore di economia domestica.

Tabella 13: Sviluppo medio delle ore totali dei SACD per il periodo 2011-2014

Anno	Ore da erogare	Mendrisiotto & Basso Ceresio	Luganese	Malcantone	Bellinzonese	Locarnese	Tre Valli	Totale
2011	Ore LAMal	55'852.79	78'659.99	34'941.90	47'523.99	49'357.95	38'836.45	306'173.07
	Ore economia domestica	46'955.40	73'986.17	18'707.79	24'704.96	44'472.02	14'193.47	223'019.82
	Totale ore	102'808.19	152'646.17	53'649.68	72'228.95	93'829.97	54'029.92	629'192.88
2012	Ore LAMal	56'276.65	78'659.99	36'389.97	48'734.72	54'304.01	41'073.64	315'438.98
	Ore economia domestica	46'955.40	74'490.47	20'485.69	25'767.84	45'560.36	14'193.47	227'453.23
	Totale ore	103'232.05	153'150.47	56'875.67	74'502.55	99'864.37	55'267.11	642'892.21
2013	Ore LAMal	56'700.51	78'659.99	37'636.05	49'945.44	58'250.07	42'310.83	324'704.90
	Ore economia domestica	46'955.40	74'994.78	22'263.60	26'830.71	46'648.68	14'193.47	231'886.65
	Totale ore	103'655.91	153'654.77	60'101.65	76'776.15	105'898.76	56'504.30	656'591.54
2014	Ore LAMal	57'124.37	78'659.99	39'286.12	51'156.17	64'196.13	43'546.03	333'970.81
	Ore economia domestica	46'955.40	75'498.08	24'041.51	27'683.59	47'737.02	14'193.47	236'320.06
	Totale ore	104'079.77	154'158.07	63'327.63	79'049.75	111'933.15	57'741.50	670'290.87

3.2.4 Previsione dell'evoluzione del contributo per i servizi e operatori dell'assistenza e cura a domicilio

3.2.4.1 SACD d'interesse pubblico

Dopo aver delineato il sentiero di sviluppo dei servizi d'interesse pubblico, è possibile prevedere l'evoluzione del contributo sulla base del modello del contratto di prestazione (parte standard, contributo per la consulenza materno – pediatrica, costi fissi d'infrastruttura, elementi straordinari quali la formazione).

Sono state considerate le ore di intervento previste nella tabella 13, moltiplicate per gli attuali prezzi standard¹² (contributo globale - totale 1).

¹¹ La stima è calcolata utilizzando la proiezione del numero di utenti 2010, moltiplicata per la media federale di ore medie di presa a carico annuali, per le prestazioni LAMal e per l'economia domestica.

¹² I prezzi standard sono stati ipotizzati costanti nel periodo di pianificazione.

Tabella 14: Evoluzione 2011-2014 del contributo ai SADC d'interesse pubblico

Evoluzione del contributo ai SADC 2011-2014, in franchi				
Anno	Contributo globale (Totale 1)	ICMP	Costi fissi d'infrastruttura	Contributo globale (Totale 2)
2011	18'760'201.06	1'307'337.73	5'137'252.06	25'204'790.84
2012	19'248'413.90	1'307'337.73	5'137'252.06	25'693'003.68
2013	19'736'626.74	1'307'337.73	5'137'252.06	26'181'216.52
2014	20'224'839.58	1'307'337.73	5'137'252.06	26'669'429.36

Per la consulenza materno – pediatrica, finanziata in base al numero di unità corrispondenti ad un tempo pieno, sono state considerate le unità di personale attualmente in servizio presso i SADC per il costo unitario. I costi fissi d'infrastruttura comprendono i costi del personale non operativo (es. direzione) e quelli relativi alla sede. Sommando questi tre importi si ottiene il contributo globale – totale 2.

Nel calcolo del contributo globale non sono stati considerati gli elementi legati alla parte individualizzata, quali la formazione (ca. fr. 1'000'000 stanziato nei contratti di prestazione 2011) ed i progetti (ca. fr. 450'000.00). Inoltre, si ipotizza che il rincaro sia pari a zero.

3.2.4.2 OACD

Per la definizione del contributo alle OACD sono state utilizzate le ore LAMal (definite nella Tabella 7 e nella Tabella 12), mentre per l'evoluzione dei prezzi standard sono state formulate le seguenti ipotesi:

- nel 2012, un adeguamento dei salari della varie figure professionali ai minimi previsti dal contratto collettivo dei servizi d'interesse pubblico,
- dal 2013, degli aggiustamenti salariali dovuti all'entrata in vigore della carriera, prevedendo i relativi scatti di annualità.

Tabella 15: Evoluzione 2011-2014 del contributo alle OACD

Evoluzione dei costi netti delle OACD 2011-2014, in franchi			
Anno	totale 1 contributo fisso	costi fissi d'infrastruttura	totale 2 contributo fisso
2011	31'322.69	1'439'402.76	1'470'725.45
2012	97'121.78	1'613'400.13	1'710'521.91
2013	295'887.55	1'658'774.28	1'954'661.83
2014	395'628.43	1'712'979.97	2'108'608.40

Anche nel calcolo del contributo globale alle OACD non è stata considerata la parte individualizzata (formazione, progetti e rincari salariali).

3.2.4.3 Infermieri indipendenti

Per quanto concerne la categoria degli infermieri indipendenti, per la definizione del contributo globale si è proceduto considerando le ore (definite nella Tabella 7 e nella Tabella 12) per i relativi prezzi standard, la cui evoluzione è stata ipotizzata in modo simile rispetto a quelli delle OACD

Tabella 16: Evoluzione 2011-2014 del contributo agli infermieri indipendenti

Evoluzione dei costi netti degli infermieri indipendenti 2011-2014, in franchi	
Anno	totale contributo fisso
2011	953688.13
2012	1219707.01
2013	1548223.37
2014	1814242.25

La tabella 16 presenta una stima del contributo globale 2011 superiore rispetto a quanto effettivamente contrattualizzato, in quanto, come per le OACD, sono state considerate le ore erogate nel 2009.

3.2.4.4 Riassunto dell'evoluzione delle ore e del contributo per l'assistenza e cura a domicilio

La tabella 17 riassume i dati presentati nei punti precedenti.

Tabella 17: Evoluzione delle ore e del contributo 2011 – 2014 nel settore dell'assistenza e cura a domicilio

Evoluzione delle ore e del contributo del settore ACD										
Anno	SACD			OACD		Infermieri indipendenti		Totale settore ACD		
	Ore prestazioni di cura	Ore economia domestica	Contributo	Ore prestazioni di cura	Contributo	Ore prestazioni di cura	Contributo	Ore prestazioni di cura	Ore economia domestica	Totale contributo globale
2011	306'173.07	223'019.82	25'204'790.84	72'928.50	1'470'725.45	85'624.72	953'688.13	464'726.29	223'019.82	27'629'204.43
2012	315'438.98	227'453.23	25'693'003.68	72'928.50	1'710'521.91	85'624.72	1'219'707.01	473'992.20	227'453.23	28'623'232.60
2013	324'704.90	231'886.65	26'181'216.52	72'928.50	1'954'661.83	85'624.72	1'548'223.37	483'258.12	231'886.65	29'684'101.73
2014	333'970.81	236'320.06	26'669'429.36	72'928.50	2'108'608.40	85'624.72	1'814'242.25	492'524.03	236'320.06	30'592'280.02

4 Obiettivi pianificatori qualitativi per i servizi d'assistenza e cura a domicilio

4.1 Obiettivi ripresi da Pianificazione 2006-2009 – Bilancio e sviluppo 2011-2014

4.1.1 Copertura della fascia oraria serale, dei fine settimana e dei giorni festivi

Nel primo rapporto di pianificazione l'obiettivo dell'ampliamento della fascia oraria d'intervento era stato quantificato in 38'000 ore. Nel 2003 non esistevano dati precisi per quantificare il fenomeno: la stima effettuata quantificava 29'000 ore prestate dopo le 18.30 e nel fine settimana.

Si elencava inoltre una serie di ragioni che avrebbero fatto sì che i SACD non avessero raggiunto l'obiettivo prefissato dalla pianificazione. Tuttavia, si segnalava il forte incremento delle prestazioni in queste fasce orarie nel periodo 2001-2002. In conclusione, si prospettava la necessità di recuperare ulteriori 10'000 ore di prestazione nelle fasce orarie serali e del fine settimana.

Per il 2009, i dati dei SACD d'interesse pubblico del Sopraceneri attestano che 19'513 ore, su un totale di 196'939 (pari al 9.9%), venivano svolte la sera, nel fine settimana e nei giorni festivi.

In quelli del Sottoceneri, risultano essere state erogate 11'166 ore nella fascia oraria serale e 22'367 ore nei fine settimana e giorni festivi, per un totale di oltre 30'000 ore erogate al di fuori degli orari d'ufficio. Sul totale delle ore erogate, si tratta di una percentuale di oltre l'11%.

Sommando i dati dei SACD si oltrepassano abbondantemente le 40'000 ore che erano state stabilite come obiettivo del primo rapporto di pianificazione.

Oltre alle cifre, che comunque non danno un'idea completa del fenomeno, i SACD hanno messo in atto una serie di soluzioni operative:

- collaborazione con enti e operatori privati;
- istituzione di picchetti;
- accesso unico ai SACD tramite il numero 0840 22 44 22, gestito da Ticino Soccorso;
- collaborazione con Ticino Soccorso anche per un servizio di risposta urgenze fuori dagli orari d'ufficio.

Tutto ciò permette di confermare che l'obiettivo della copertura della fascia oraria serale, del fine settimana e dei giorni festivi è ormai consolidato. Inoltre, la popolazione, fuori dagli orari d'ufficio, ha sempre la possibilità di trovare qualcuno che risponde alle chiamate.

Da ultimo, non va dimenticato che anche i servizi e gli operatori privati erogano prestazioni in queste fasce orarie. I dati raccolti per la stipula dei contratti di prestazione 2011 indicano una stima di oltre 29'000 ore erogate nel fine settimana e giorni festivi e di ca. 9'000 ore erogate al di fuori degli orari d'ufficio.

4.1.2 Assistenza alla famiglie e all'infanzia

Nella pianificazione precedente si citava il mandato attribuito alla SUPSI per un approfondimento strategico concernente questa prestazione dei SACD d'interesse pubblico.

Nel frattempo, nel 2006 è stato promosso in via sperimentale un progetto di collaborazione con gli asili nido. Il bilancio è stato chiaroscuro. Da una parte vi è stata la possibilità di conoscersi reciprocamente, e in alcuni casi di mettere in piedi un rapporto di collaborazione positivo che è continuato anche dopo il progetto, nonché di entrare in contatto con un maggior numero di famiglie. In maniera negativa, sul progetto ha pesato il fatto che gli obiettivi sono stati inizialmente percepiti, da parte degli asili nido, in modo poco chiaro (ruolo di vigilanza, anziché di consulenza). Sono inoltre riemerse le difficoltà delle infermiere consulenti materno-pediatriche (ICMP) nell'offrire una consulenza indirizzata ai bambini di 1-3 anni, la mancanza di un indirizzo cantonale del loro operato e le differenze fra le operatrici nell'ambito della loro formazione e del contesto operativo.

Nel rapporto¹³ allestito dalla SUPSI si davano le seguenti proposte di indirizzo:

1. per quel che concerne l'assetto istituzionale ed organizzativo, si è postulato il rafforzamento organizzativo dei servizi ICMP negli attuali SACD, secondo l'ipotesi della riorganizzazione decentrata: una diversa organizzazione dei servizi ICMP senza scorporarli dai SACD, che consenta alle operatrici di disporre di un nuovo spazio d'azione, più autonomo e meno condizionante dalle strutture dei singoli SACD;
2. il consolidamento ed il rafforzamento dei servizi ICMP nella rete sociosanitaria cantonale e delle collaborazioni esterne, per le quali si propone una diversificazione organica e una strutturazione delle relazioni con i diversi partner;
3. l'identità professionale e la formazione, per le quali si postulano degli indirizzi di aggiornamento, nonché una nuova prospettiva attorno alla figura dell'"infermiera di famiglia"¹⁴.

Le conclusioni dell'analisi partivano dall'osservazione che la caratterizzazione dei bisogni dell'utenza ICMP come bisogno pubblico non solo ne legittima l'esistenza, ma definisce e comprende meglio il campo d'intervento rispetto a quello di altri operatori che si rivolgono alla medesima utenza.

Dopo la presentazione del rapporto della SUPSI, gli sforzi dei SACD si sono concentrati soprattutto sulla formazione. Le direzioni dei SACD hanno demandato a Daniele Ryser (direttore di Maggio) e Marina Santini (direttrice sanitaria dell'ALVAD) di prendere contatto con la SUPSI per definire un piano di formazione. Esso deve partire dal profilo "ideale" dell'ICMP. Questo documento è ora definitivo e approvato dai SACD, e costituisce la base su cui la SUPSI ha costruito un modello di formazione "ad hoc", che dovrebbe essere offerto a partire dall'autunno 2011.

Nel frattempo, altri progetti sono stati portati avanti.

¹³ Michela Guarise, Claudio Benvenuti, Riccardo Crivelli, "I servizi delle infermiere consulenti materne e pediatriche (ICMP) nei servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD)", Manno/Stabio: gennaio 2007.

¹⁴ Il ruolo dell'infermiera di famiglia è quello di "aiutare la famiglia a raggiungere non solo un alto livello di benessere, ma il "proprio" livello di benessere, considerando il contesto e le particolari abilità ed aspirazioni del nucleo familiare".

A livello cantonale, il SACD del Mendrisiotto e Basso Ceresio ha attivato alcuni momenti formativi su temi specifici in collaborazione con i pediatri a favore di tutte le ICMP.

Alcune metodologie di lavoro sono state messe in comune fra le operatrici (es. cartelle).

A livello dei singoli servizi, si è cercato di consolidare le collaborazioni e più in generale il posizionamento delle ICMP all'interno della rete sociosanitaria.

Nel Mendrisiotto e Basso Ceresio nel 2006 è stata costituita l'Associazione Progetto Genitori, che si rivolge alla medesima utenza delle ICMP, offrendo consulenza in ambito educativo da parte di pedagogiste che incontrano le famiglie in contesti dove già queste si incontrano. L'aggancio con il servizio ICMP del SACD è avvenuto da subito, con la partecipazione del direttore al Comitato dell'associazione e la presenza delle pedagogiste negli ambulatori delle ICMP. La collaborazione con le infermiere si è fatta col tempo più stretta all'interno di una visione di complementarità dell'intervento.

Questa attività è stata estesa a partire dal 2010 ai comprensori del Malcantone-Vedeggio e del Bellinzonese ed assunta direttamente dai SACD stessi, che hanno da subito coinvolto le ICMP e attivato delle collaborazioni con delle pedagogiste ed altre associazioni attive nell'ambito della prima infanzia. Nel 2011 è avvenuta un'estensione del progetto anche agli altri comprensori.

Riassumendo, l'obiettivo di una ridefinizione del ruolo delle ICMP non è ancora concluso, ma ben avviato dopo l'analisi della SUPSI che ne ha messo in luce i punti di forza e quelli di debolezza, su cui lavorare per migliorarlo e renderlo più adeguato ai bisogni della popolazione cui questo importante servizio si rivolge.

4.1.3 Coordinamento della rete sociosanitaria

Nella pianificazione precedente, il tema del coordinamento dell'intervento dei SACD con le strutture stazionarie si era concentrato su due aspetti:

- il coordinamento con le strutture ospedaliere, tema a partire dal quale era stato creato un gruppo di lavoro a cui hanno partecipato rappresentanti della DASF, dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) e dei SACD;
- il coordinamento con le case per anziani, valutato funzionale pur senza disporre di strumenti comuni.

Nel caso del settore ospedaliero, il gruppo di lavoro ha sviluppato un protocollo riguardante la procedura per la trasmissione di informazioni in caso di passaggio di pazienti dai SACD agli ospedali e viceversa. È inoltre stato allestito e sperimentato un questionario per la trasmissione dei dati. A causa di un'opposizione da parte dell'EOC, il formulario non comprende i dati di tipo medico, ma solo quelli infermieristici. In alternativa, anche se secondo i SACD non si tratta della soluzione ottimale, è stato concordato di farsi dare dal paziente copia della lettera d'uscita, in modo da ottenere anche le informazioni di tipo medico.

Due direttori dei SACD partecipano inoltre al gruppo "rete sanitaria" e sono dunque in contatto con l'EOC per la parte concernente lo sviluppo informatico. A medio termine

si può prevedere una trasmissione semplificata, semi-automatizzata e securizzata dei dati dall'EOC ai SACD.

In generale, si constata inoltre che la collaborazione con i servizi sociali degli ospedali, comprese le cliniche private che ne dispongono, è molto buona.

Nel caso delle case per anziani, si può confermare il bilancio inserito nella pianificazione precedente: la collaborazione, basata sulle relazioni interpersonali fra operatori e su soluzioni pragmatiche, funziona. Un margine di miglioramento è stato costituito dall'adozione del medesimo strumento di valutazione dei bisogni dell'utente: il RAI, versione *home care* per i SACD e versione *nursing home* per le case per anziani. Esso ha permesso agli operatori di utilizzare il medesimo linguaggio.

4.1.4 Strumento di valutazione dei bisogni dell'utente e di coordinamento degli interventi

Di questo importante obiettivo si è già riferito al paragrafo precedente: il RAI è ora uno strumento consolidato nella pratica quotidiana degli operatori dei SACD d'interesse pubblico, come pure di quelli delle case per anziani. Oltre a valutare la situazione dell'utente, il RAI permette di allestire il piano di cura.

Nel corso del 2006 e in parte nel 2007, i SACD hanno proceduto ad acquistare il software ed è stata svolta la formazione da parte della ditta Q-Sys.

Il 29.5.2009 si è svolto un incontro fra i direttori sanitari dei SACD e l'infermiere cantonale, con l'obiettivo di creare maggiore unità nell'utilizzo dello strumento fra i servizi. Alcuni SACD hanno sviluppato degli strumenti che facilitano l'utilizzo dello strumento, mettendoli a disposizione di tutti (es. catalogo allarmi – piano di cura, allestito da un'infermiera del SACD Mendrisiotto e Basso Ceresio).

Il RAI-HC è riconosciuto dalle casse malati e utilizzato per le procedure di verifica.

Lo strumento viene utilizzato in maniera sistematica, tuttavia non costituisce l'ideale per i pazienti psichiatrici e per quelli oncologici. Per la prima categoria di pazienti, un modulo apposito è stato sviluppato e testato, e potrebbe essere in tempi brevi pronto per essere utilizzato in maniera sistematica.

Il RAI-HC sarà adottato nel corso del 2011 anche dalle OACD private. Infatti, esso costituisce un requisito fondamentale per il riconoscimento ed il finanziamento pubblico. A tale scopo, è stato offerto un corso di formazione tenuto da due collaboratrici dei SACD che si sono formate quali formatrici RAI.

4.1.5 Introduzione di criteri di qualità

A partire dal 2006 i SACD sono stati finanziati tramite il contratto di prestazione. Come già indicato nel precedente rapporto di pianificazione, il team di progetto aveva elaborato un documento che riprendeva i requisiti allestiti dall'Associazione svizzera dei servizi d'assistenza e cura a domicilio (ASSACD), suddividendoli in requisiti d'autorizzazione (confluiti nel Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio del 22 maggio 2007) e quelli di finanziamento, legati al contributo pubblico. In questi primi anni d'introduzione del contratto di

prestazione, i SACD hanno svolto un'autovalutazione del loro grado di conformità a questi requisiti. L'Ufficio del medico cantonale ha poi valutato nelle proprie visite d'ispezione per la concessione dell'autorizzazione all'esercizio il rispetto dei requisiti stabiliti dal Regolamento.

A partire dal 2011, l'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD) intende dare maggior peso agli aspetti qualitativi posti dal contratto di prestazione. L'attuale catalogo dei requisiti dovrebbe essere affinato e associato ad un sistema di bonus/malus.

A livello svizzero, vi è un progetto nazionale per la messa in piedi di un sistema di criteri di qualità basati sul RAI. Requisito di base è che lo strumento sia applicato in modo rigoroso in tutti i servizi che operano in Svizzera. Questo progetto è portato avanti dall'ASSACD e i SACD mettono a disposizione le proprie banche dati.

4.1.6 Organizzazione e strutturazione operativa dei SACD

Non vi sono più stati cambiamenti a livello di comprensori e zone d'intervento dei SACD, ad eccezione di quelli legati alle aggregazioni comunali. Anche a livello di sedi non vi sono cambiamenti importanti. Lo SCuDo ha aperto di recente una sottosedo a Lugano in Via Pelloni e ha trasferito l'ambulatorio "genitore e bambino" presso il Centro Infanzia Arnaboldi, mentre l'ABAD è diventata proprietaria di Villa Mariotti, in cui risiedeva in affitto già da 5 anni.

Per quel che concerne le prestazioni dei SACD, è già stato segnalato nel capitolo sugli obiettivi qualitativi che si è confermata la tendenza alla specializzazione delle prestazioni, ossia ad una maggiore preponderanza di prestazioni sanitarie a scapito di quelle di economia domestica.

Nel 2006 i SACD del Sottoceneri hanno avviato un progetto di collaborazione con l'associazione Opera Prima, attiva nell'ambito dell'integrazione delle donne straniere. Da allora il progetto si è consolidato e, nel 2009, i SACD sottocenerini hanno delegato a Opera Prima l'esecuzione di 24'123 ore di prestazioni. Il coordinamento e le attività amministrative sono gestite dai SACD stessi, sfruttando le risorse di cui già dispongono e mettendo a disposizione una coordinatrice di SCuDo (dal 2009, a causa dell'ulteriore ampliamento del servizio, l'attività è stata gestita anche da un'altra coordinatrice del SACD Mendrisiotto e Basso Ceresio).

L'operazione è interessante anche per l'ente pubblico chiamato a finanziare le prestazioni dei SACD: dato che il costo delle prestazioni "acquistate" da Opera Prima è inferiore al costo standard riconosciuto nel contratto di prestazione, i SACD, al momento della chiusura di consuntivo, restituiscono la differenza fra i due costi moltiplicata per il numero di ore delegate.

Visto il buon esito della collaborazione con Opera Prima, da aprile 2010 anche i SACD del Sopraceneri hanno aperto un'antenna presso l'ABAD.

Per quel che concerne le mozioni pendenti al momento della stesura della precedente pianificazione sull'organizzazione dei sei SACD d'interesse pubblico (creazione di un ente cantonale), non vi sono state finora chiare intenzioni a livello politico di modificare la situazione attuale.

4.1.7 Dimensione e ruolo dei servizi privati e degli infermieri indipendenti

La dimensione del settore privato ha continuato a crescere in questi ultimi anni. Per quel che concerne i servizi, dai 7 censiti nel 2004 (più 3 in attesa di firmare la Convenzione), il loro numero è praticamente raddoppiato: attualmente vi sono 21 servizi privati attivi in Canton Ticino. Gli infermieri indipendenti da 94 sono saliti a quasi 160.

Nel frattempo è stato introdotto il regime dell'autorizzazione all'esercizio per tutti gli operatori nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio: con la pubblicazione del già citato Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio del 22 maggio 2007, l'Ufficio del medico cantonale ha esteso la propria attività di vigilanza ai servizi d'assistenza e cura a domicilio.

Inoltre, come già menzionato, a partire dal 2011, l'entrata in vigore del nuovo regime sul finanziamento delle cure pone su un piano di parità a livello della possibilità di ottenere i finanziamenti dell'ente pubblico gli attuali sei SACD, gli altri 21 privati e gli infermieri indipendenti, per le prestazioni di cura ai sensi della LAMal. Questo significa che lo Stato ha ora la possibilità di pianificare tutto il settore dell'assistenza e cura a domicilio e di prevedere l'estensione di altri requisiti di qualità a tutti gli enti che chiedono la partecipazione alla copertura dei costi delle prestazioni di cura.

L'UACD ha potuto nel corso del 2009 prendere contatto con tutti questi enti ed operatori ed avviare una raccolta di dati finalmente completa delle informazioni essenziali (utenti seguiti, ore di prestazione, unità di personale e dati finanziari).

4.1.8 Rapporti fra SACD e settore della formazione di base e continua

Nella precedente pianificazione si segnalava come problematica in questo ambito la reperibilità di aiuto familiari diplomate (AF). Nel frattempo, questo problema è stato risolto, almeno sul piano teorico. La figura dell'aiuto familiare va infatti scomparendo, sostituita dall'operatore sociosanitario (OSS), una figura pensata non soltanto per l'intervento a domicilio, ma anche per case per anziani e ospedali, che permette quindi alle persone che intraprendono questa professione di passare più facilmente da un settore all'altro, come gli infermieri. Inoltre, la formazione avviene tramite apprendistato, ciò che consente ai SACD di formare i quantitativi di personale di cui hanno bisogno, senza più dipendere dalla concreta possibilità della scuola di formare un numero sufficiente di professionisti.

Per l'OSS esiste anche una formazione a tempo pieno, mentre per le persone che dispongono del diploma di AF è stato istituito un corso passerella che permette loro di acquisire il titolo di OSS.

Nell'ambito della formazione degli infermieri, si segnala che viene ora offerto un percorso formativo anche dalla SUPSI e che la post-formazione è stata pure acquisita dalla SUPSI, tramite l'integrazione della precedente scuola di Stabio nel Dipartimento di sanità.

4.2 Nuovi obiettivi per il periodo 2011-2014

Il bilancio appena presentato fornisce delle indicazioni sugli obiettivi qualitativi già previsti nelle precedenti pianificazioni sui quali i SACD d'interesse pubblico devono ancora investire.

In particolare resta ancora da portare a compimento la re-impostazione delle attività di consulenza materno-pediatria.

Per quel che concerne l'estensione delle prestazioni nelle fasce serali e del fine settimana, più che un recupero quantitativo va ora svolta una riflessione sulla modalità di offrire il servizio a chi lo necessita in queste fasce orarie. SCuDo p.es. ha raggiunto delle dimensioni tali da essere in grado di istituire più turni sull'arco di una giornata, mentre gli altri servizi continuano a sperimentare o applicare le modalità già citate. Comunque, non è ancora possibile valutare attualmente un ipotetico aumento della necessità d'intervento nelle fasce orarie serali, notturne e del fine settimana conseguente all'introduzione delle cure acute transitorie, in quanto l'utenza potenziale beneficiaria di queste prestazioni è più complessa e necessita di cure più intensive.

4.2.1 Interazione con l'offerta "badanti"

Il 17 dicembre 2008, il DSS ha costituito un gruppo di lavoro che indagasse sul tema badanti, del quale negli ultimi anni si è parlato sempre più frequentemente sui media, e che è stato oggetto di una specifica mozione¹⁵. Nelle decisioni si specificava che il gruppo di lavoro aveva i seguenti compiti:

- misurare e approfondire l'ampiezza del fenomeno delle "badanti" nel nostro Cantone;
- valutare se e con quali modalità i Servizi d'assistenza e cura a domicilio (SACD) sono tenuti a interagire con questa nuova offerta;
- formulare proposte, modalità e criteri su come regolamentare l'operato delle badanti a domicilio, da inserire nell'aggiornamento della pianificazione settoriale.

La prima fase dell'indagine è stata realizzata attraverso due strumenti:

- un questionario di raccolta dati, sottoposto agli utenti SACD che si avvalgono anche del servizio di una badante, finalizzato ad ottenere indicazioni prevalentemente quantitative sul fenomeno;
- una serie di interviste a badanti e utenti (o loro familiari), allo scopo di indagare gli aspetti motivazionali di entrambe le parti e le caratteristiche del loro rapporto.

Dall'analisi dei questionari emerge che gli utenti SACD che si avvalgono anche di una badante sono in prevalenza ultraottantenni, di sesso femminile e con figli. Le badanti sono nel 70-80% dei casi straniere (oltre il 95% nella copertura oraria delle

¹⁵ "Potenziamento dei servizi per persone anziane e per un riconoscimento della figura della badante", presentata il 20.4.2009 da Pelin Kandemir Bordoli e cofirmatari.

24 ore) e sono assunte in genere tramite segnalazione di parenti o conoscenti (44% dei casi) o tramite agenzie (28%). Sono soprattutto le famiglie con redditi bassi (meno di 25'000 fr./anno), beneficiarie di sussidi, e quelle con redditi superiori ai 40'000 fr./anno ad assumere una badante: l'intento è di tenere a domicilio il parente anziano o invalido il più a lungo possibile. Risulta infine che l'intervento della badante è complementare a quello del SACD, che continua a fornire prestazioni sanitarie (esami e cure e cure di base) e riduce quelle di economia domestica. Sulla base dei dati raccolti è stata stimata, in modo prudenziale, la presenza di circa 150 badanti sul territorio ticinese, parte delle quali offrono le loro prestazioni "in nero".

Dalle interviste è invece emersa una generale soddisfazione reciproca (famiglie – badanti), ma anche la difficoltà per le famiglie di gestire i tempi di assenza della badante (giorni di riposo, vacanze, malattia, ecc.). Vi è inoltre una scarsa percezione dei costi totali effettivi che si devono sostenere per la badante e mancano riferimenti istituzionali per gli aspetti burocratici.

Nella seconda fase dell'indagine è stata analizzata la propensione degli utenti SACD ad assumere una badante. Dai due campioni analizzati emerge che il 40% ca. degli utenti sarebbe interessato, in caso di bisogno, ad assumere una badante. Il motivo è sempre il desiderio di rimanere il più a lungo possibile al proprio domicilio. La propensione è positivamente correlata con la presenza di figli (contrariamente a quanto si potrebbe pensare) e con redditi superiori ai 40'000 franchi.

Sono state quindi valutate le possibili modalità d'interazione fra SACD e "servizio" badanti. Fra i vari scenari analizzati ("non intervento", "mediazione", "prestito di personale", "personale proprio", "partenariato coi privati"), il gruppo ha ritenuto di indirizzarsi verso quello della "mediazione", il quale, "senza un eccessivo impegno economico da parte dello Stato, porterebbe a garantire un buon livello di qualità e il controllo del servizio". In questo scenario, il SACD, dopo attenta valutazione del bisogno, agisce, preferibilmente e per quanto possibile, attraverso un ente partner, da mediatore tra la famiglia e la badante, occupandosi della selezione, della presentazione, dell'istruzione sul campo e del percorso formativo di base della badante, nonché dell'espletamento delle pratiche amministrative (permesso di lavoro, contratto, buste paga, eventuali sussidi, aspetti fiscali, ecc.); il tutto dietro un'adeguata partecipazione ai costi da parte dell'utente del servizio.

Su richiesta dell'allora Sezione del sostegno a enti e attività sociali, il gruppo di lavoro ha pure definito la cornice della sperimentazione dello scenario "mediazione", da portare avanti nel corso del 2010. Le organizzazioni interessate sono i servizi di assistenza e cura a domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio (SACD M&BC) e del Locarnese e Vallemaggia (ALVAD) e la finalità è quella di definire una proposta strutturata d'introduzione a livello cantonale di un servizio badanti che, in un contesto di complementarità e di lavoro di rete (mediazione più o meno diretta da parte dei SACD), dia adeguate garanzie sui piani della qualità e della continuità.

Sulla base dei risultati dell'indagine, la conclusione generale cui è giunto il gruppo di lavoro (v. conclusioni alla fine del rapporto) è che i SACD "non debbono esimersi dall'offrire ai loro utenti la possibilità di accedere ad un'assistenza personale e continuativa tramite badanti. (...) le quali non devono essere viste in sostituzione / alternativa alla casa per anziani, ma come un'integrazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio che permetta agli utenti di ritardare (e solo in alcuni casi di evitare) il ricovero in casa anziani quando questo non corrisponda al loro desiderio".

Nel corso del 2010 i due SACD interessati hanno portato avanti il progetto in due modi diversi: il SACD del Mendrisiotto e Basso Ceresio ha assunto in proprio l'attività di mediazione, richiedendo l'apposita autorizzazione al collocamento di personale. L'ALVAD ha invece sperimentato la collaborazione con una società commerciale, in attesa che l'associazione Opera Prima sviluppasse al suo interno questo nuovo settore d'attività. Dall'autunno 2010 è attiva una coordinatrice e l'associazione ha pure richiesto l'autorizzazione al collocamento del personale.

Al termine della sperimentazione, il Consiglio di Stato, nella risposta alla mozione contenuta nel Messaggio 6430, *"preso atto del principio espresso dalla mozione e delle conclusioni del gruppo di lavoro, si riserva di esprimersi al termine della sperimentazione sull'opportunità e sulle modalità operative dell'introduzione a livello cantonale di un servizio strutturato di badanti che operi in un contesto di complementarietà con i SACD e che dia adeguate garanzie sul piano della qualità e della continuità della prestazione"*.

Nel corso del primo trimestre 2012 è previsto un rapporto finale sulla sperimentazione all'indirizzo del Consiglio di Stato.

5 I servizi d'appoggio

5.1 Riconoscimento degli enti d'appoggio

Nell'ambito della presente pianificazione non sono giunte richieste di riconoscimento di nuovi enti d'appoggio. Sono dunque confermati gli enti attualmente riconosciuti. Alcuni di essi hanno beneficiato di estensioni di mandato. Si tratta in particolare di:

- il centro diurno della Croce Rossa del Luganese, riconosciuto a partire dal 2009;
- il servizio di consulenza "Alter Ego" contro il maltrattamento delle persone anziane, attivo presso Pro Senectute a partire dal 2009;
- il coordinamento dei volontari da parte dell'Associazione Triangolo, finanziato a partire dal 2009.

Nel corso del periodo di pianificazione in esame, congiuntamente con l'Ufficio degli invalidi, è previsto un approfondimento della situazione nell'ambito dei servizi d'appoggio riconosciuti, al fine di procedere ad eventuali ricollocazioni degli enti ai sensi della LACD e della Legge sull'integrazione socio professionale degli invalidi (LISPI).

5.2 Indirizzi pianificatori

Per quel che concerne gli indirizzi pianificatori, invece di procedere ad un aggiornamento degli stessi durante una seduta di discussione con gli enti di ciascuna famiglia, si è ritenuto più interessante svolgere un'analisi approfondita delle caratteristiche dell'attività svolta, da cui derivare delle indicazioni utili.

Si è deciso di svolgere una prima analisi sui centri diurni, in seguito si intende estendere questa metodologia anche alle altre famiglie di servizi d'appoggio.

Nel corso del 2009, una collaboratrice dell'UACD ha svolto un'analisi approfondita sulle caratteristiche e sulle prestazioni erogate dai centri diurni, partendo dall'osservazione delle loro realtà, allo scopo di stabilire dei criteri di riconoscimento e di finanziamento più chiari ed equi.

Dapprima è stata richiamata la classificazione utilizzata per i centri diurni, le cui caratteristiche sono state definite nel lavoro di P. Morger¹⁶:

- centri diurni di tipo 1 o di aggregazione sociale;
- centri diurni di tipo 2 o misti;
- centri diurni di tipo 3 o terapeutici.

Per ciascuno di questi gruppi, è stato allestito un elenco di caratteristiche da valutare (es. orari d'apertura, organizzazione dei pasti, provenienza e tipologia degli utenti, formazione del personale, presenza di un servizio di trasporto, presenza di volontari, collaborazioni con altri servizi).

¹⁶ P. Morger (2002), "I centri diurni in Ticino. Studio per la Divisione dell'azione sociale del Dipartimento della sanità e della socialità, Bellinzona.

L'analisi condotta ha messo in rilievo notevoli differenze tra i vari centri diurni dovute in gran parte al riconoscimento degli stessi sulla base di dati storici e non su una visione d'insieme delle strutture e delle prestazioni erogate. La valutazione ha evidenziato la mancanza di un progetto qualitativo alla base del riconoscimento e finanziamento dei centri diurni cantonali.

Le principali disomogeneità riscontrate riguardano i seguenti aspetti:

- tipo di prestazioni offerte;
- personale impiegato;
- caratteristiche strutturali¹⁷;
- entità del finanziamento erogato.

L'approfondimento della situazione esistente ha permesso, inoltre, di evidenziare l'inosservanza del principio di equità territoriale (numero di centri diurni insufficienti in alcune regioni).

5.2.1 Progetto di riorganizzazione dei centri diurni

L'UACD, preso atto delle problematiche riscontrate a livello cantonale, si è chinato nella formulazione di un progetto di riorganizzazione dei centri diurni che riveda il sistema di finanziamento e l'istituzione di criteri di qualità. Il progetto verrà messo in atto nel corso dei prossimi 3 anni.

5.2.1.1 Attività socio assistenziali e terapeutiche

Lo studio della situazione attuale ha permesso di delineare quali strutture favoriscono in modo più incisivo il mantenimento a domicilio delle persone anziane, ritardando l'ingresso in istituto e rispettando i principi previsti dalla LACD.

Le due tipologie di centri diurni individuate sono:

- Centri diurni socio-assistenziali;
- Centri diurni terapeutici.

5.2.1.2 Attività ricreative

Da uno studio condotto dall'UACD nel 2004 sulle misure complementari messe in atto a livello comunale a favore degli anziani, è emerso che esistono sul territorio molte strutture, enti ed associazioni che offrono attività ricreative a favore della popolazione anziana, senza ricevere alcun contributo da parte del Cantone.

¹⁷ Alcune strutture non rispondono ai requisiti minimi per quanto attiene alle normative sanitarie, di sicurezza e di accessibilità alle persone portatrici di handicap.

Per poter garantire un'equità di trattamento a tutte le strutture, enti e associazioni che offrono prestazioni sovra comunali, si intende introdurre un nuovo sistema di finanziamento mirato al riconoscimento di progetti volti alla promozione di attività di animazione e ricreazione per gli anziani. I progetti saranno finanziati sulla base del budget annuale a disposizione del Cantone.

Gli attuali centri diurni ricreativi (tipo 1) non saranno più finanziati con il metodo attuale, ma dovranno decidere se adeguare le proprie strutture e attività ai requisiti previsti per i centri diurni socio-assistenziali, oppure richiedere il finanziamento per i progetti.

5.2.1.3 Centri diurni socio-assistenziali

Ai fini del riconoscimento quale centro diurno socio-assistenziale, sono stati definiti i seguenti requisiti minimi di qualità:

- **Struttura adeguata:** la struttura deve rispettare le disposizioni previste dall'Ufficio di sanità (agibilità), accogliere almeno 20 persone e svolgere le attività previste dall'UACD.
- **Orari di apertura:** almeno 8 ore al giorno per tutti i giorni feriali (lunedì – venerdì) e almeno 4 ore il sabato e/o la domenica. Inoltre, per 1 o 2 giorni alla settimana l'animatore – coordinatore sarà affiancato da un operatore per la presa a carico strutturata di persone con maggior bisogno di assistenza.
- **Piano di attività strutturato:** pianificazione di attività volte a mantenere le funzioni esistenti e prevenire il decadimento psico-fisico dell'anziano; il monitoraggio delle attività offerte viene verificato tramite il rapporto di attività annuale.
- **Risorse umane:** garantire la presenza costante di personale formato.
- **Utenza:** di provenienza sovra-comunale, deve essere costituita sia di persone autonome che di persone con bisogno di assistenza.
- **Pasti:** offerta quotidiana di pasti per favorire un'alimentazione adeguata, la socializzazione, l'integrazione sociale, ecc.
- **Trasporto:** garantire un servizio trasporti da/per il centro diurno.

5.2.1.4 Centri diurni terapeutici

Il 22 marzo 2011 è entrato in vigore il Regolamento d'applicazione della Legge Sanitaria che prevede per i centri terapeutici un'autorizzazione per lo svolgimento delle prestazioni sanitarie (requisiti strutturali e procedurali). Inoltre le strutture terapeutiche per esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie devono aderire alla nuova Convenzione e chiedere un numero di concordato a Santésuisse.

5.2.1.5 Finanziamento dei centri diurni socio-assistenziali

Finora il sistema di finanziamento cantonale prevedeva il riconoscimento di un contributo fisso a copertura del disavanzo d'esercizio. Attraverso il progetto di riorganizzazione dei centri diurni sarà introdotto un sistema di finanziamento mediante riconoscimento di costi standard relativi a voci di spesa specifiche. Questo sistema di finanziamento permetterà di ottimizzare i costi e di garantire un'equità di trattamento per tutte le strutture.

5.2.1.6 Copertura territoriale

L'analisi svolta nel 2009 ha evidenziato una copertura territoriale iniqua dei centri diurni, in particolare dei centri socio-assistenziali. Alcune regioni sono totalmente scoperte, soprattutto nel Sopraceneri. Il progetto di riorganizzazione dei centri diurni prevede di migliorare la copertura territoriale attraverso la riconversione dei centri da ricreativi a socio-assistenziali e parallelamente di promuovere la costituzione di centri diurni socio-assistenziali nelle zone prive di strutture.

5.3 Sviluppo dell'attività dei servizi d'appoggio

Nella precedente pianificazione è stato previsto un aumento dell'attività dei servizi d'appoggio in termini di sostegno a singoli progetti, che comportava un aumento dei costi netti a carico dell'ente pubblico di ca. il 3-3.5% all'anno, escluso il 2008 in cui si è realizzata la nuova perequazione dei compiti fra Confederazione e Cantoni.

Nel 2009, il contributo a carico dell'ente pubblico previsto era pari a 9.9 milioni di franchi, non comprensivo del rincaro. Il contributo effettivo era invece pari a 9.8 milioni. Nella tabella seguente è indicata l'evoluzione effettiva dal 2005 al 2009.

Tabella 18: Evoluzione dei contributi ai servizi d'appoggio fino al 2009¹⁸

Evolutione effettiva 2005-2009 dei servizi d'appoggio

	2005	2006	2007	2008	2009
totale costi	18'716'121	19'672'515	20'030'709	20'708'047	22'321'521
sussidio federale	2'193'459	2'381'927	2'236'190	1'064'240	1'209'181
altri ricavi	8'847'139	9'555'427	9'950'423	10'441'724	10'800'951
totale ricavi	11'040'598	11'937'354	12'186'613	11'505'964	12'010'132
disavanzo/contributo fisso	7'675'523	7'503'697	7'734'965	9'153'324	9'771'644
q.p. Cantone	1'535'105	1'500'739	1'546'993	1'830'665	1'954'329
q.p. Comuni	6'140'418	6'002'958	6'187'972	7'322'659	7'817'315

¹⁸ Il dato del 2010 non è ancora disponibile.

Si può constatare che la spesa per gli enti d'appoggio è stata inferiore al previsto. Questo ha comunque permesso, come ricordato nel paragrafo precedente, di finanziare nuove attività in questo settore.

Per il prossimo periodo di pianificazione, si propone di mantenere il medesimo criterio di definizione dello sviluppo, ciò che permette di prevedere la seguente evoluzione:

Tabella 19: Previsione 2011-2014 dei contributi ai servizi d'appoggio

Evoluzione 2010 - 2014 dei servizi d'appoggio

	P2010	2011	2012	2013	2014
totale costi	22'582'370	22'869'870	23'157'370	23'444'870	23'732'370
sussidio federale	1'131'400	1'150'000	1'150'000	1'150'000	1'150'000
altri ricavi	9'910'850	10'000'000	10'000'000	10'000'000	10'000'000
totale ricavi	11'042'250	11'150'000	11'150'000	11'150'000	11'150'000
disavanzo/contributo fisso	10'846'700	11'719'870	12'007'370	12'294'870	12'582'370
q.p. Cantone	2'169'340	2'343'974	2'401'474	2'458'974	2'516'474
q.p. Comuni	8'677'360	9'375'896	9'605'896	9'835'896	10'065'896

Si ricorda che il rincaro non è compreso. Inoltre, i ricavi sono stati stimati in modo prudenziale. Dal 2011, con l'entrata in vigore del nuovo regime del finanziamento delle cure, i centri diurni terapeutici beneficiano di un diverso sistema di rimborso delle prestazioni di cura svolte, uguale a quello delle case per anziani (forfait giornaliero basato sui minuti di cura, per intervalli di 20 minuti). Dato che il personale dei centri non ha finora mai valutato il tempo per le cure, non è possibile stimare come si modificheranno i ricavi per prestazioni LAMal.

6 Gli aiuti diretti

6.1 Premessa

Gli aiuti diretti completano le prestazioni erogate dai SACD e dai servizi d'appoggio e garantiscono alle persone dipendenti di attivare privatamente delle soluzioni che consentano loro di poter continuare a vivere a domicilio. Permettono inoltre l'erogazione di sussidi per la creazione di soluzioni individuali d'abitazione, consentendo di contribuire alle spese causate da modifiche, ampliamenti e migliorie dell'alloggio, effettuati allo scopo di ridurre le barriere architettoniche.

Siccome gli aiuti diretti consentono l'attivazione delle risorse primarie (familiari, terze persone, volontariato) ed evitano il ricorso al collocamento istituzionale, essi sono indispensabili all'attuazione del principio di sussidiarietà contemplato dalla LACD.

Gli aiuti diretti sono erogati a persone beneficiarie di un assegno per grandi invalidi e commisurati alla situazione finanziaria. Sono esclusi i minorenni, che beneficiano di misure date al medesimo scopo nell'ambito dell'assicurazione invalidità.

La valutazione del bisogno è effettuata partendo dal presupposto che se il richiedente è beneficiario di assegno per grandi invalidi, la necessità di essere assistito è accertata. Nel caso in cui il potenziale beneficiario di assegno grande invalido si trova nell'anno di attesa, in quanto il diritto all'AGI nasce solo dopo un anno dall'inizio dell'invalidità, il bisogno di assistenza è stabilito mediante una griglia di valutazione del grado di autonomia.

Attualmente, non esiste un controllo sistematico su come vengono spesi i contributi. Tuttavia, grazie all'affiliazione dei beneficiari di aiuti diretti quali datori di lavoro alla cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG e ad indagini puntuali¹⁹ si mantiene un controllo indiretto sull'utilizzo dei contributi.

6.2 Evoluzione degli aiuti diretti dal 2004 al 2010

La tabella sotto riportata dà un'idea dell'evoluzione del numero di beneficiari e della spesa per gli aiuti diretti negli ultimi 6 anni.

Tabella 20: Evoluzione degli aiuti diretti dal 2004 al 2010

Popolazione totale	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
no beneficiari	490	481	472	472	453	471	504
spesa giornaliera	37	36	38	38	38	38	38
spesa totale	5'630'505	5'377'902	5'428'889	5'434'863	5'467'264	5'632'359	5'685'326
spesa per beneficiario	11'491	11'181	11'502	11'515	12'069	11'958	11'280
giorni per beneficiario	312	310	306	304	320	311	299

¹⁹ M. Ragone "Modalità e forme d'impiego del sussidio per il mantenimento a domicilio", Bellinzona, aprile 2010 (indagine conoscitiva promossa dall'UACD).

di cui persone anziane	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
no beneficiari	352	345	347	363	345	358	388
spesa giornaliera	43	42	43	43	43	44	44
spesa totale	4'640'865	4'427'136	4'486'188	4'625'922	4'698'358	4'780'461	4'851'357
spesa per beneficiario	13'184	12'832	12'928	12'744	13'618	13'353	12'504
giorni per beneficiario	309	303	299	295	316	303	283

di cui persone invalide	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
no beneficiari	138	136	125	109	108	113	116
spesa giornaliera	22	21	23	22	21	23	21
spesa totale	989'640	950'766	942'701	808'941	768'906	851'898	833'969
spesa per beneficiario	7'171	6'991	7'542	7'421	7'120	7'539	7'189
giorni per beneficiario	319	326	324	333	332	335	350

Negli ultimi anni si è quindi assistito ad una certa stabilizzazione del numero di beneficiari. La spesa è evoluta analogamente ed ha avuto addirittura una diminuzione a partire dal 2004 per quanto concerne le persone invalide. La causa principale risiede nel fatto che a partire dal 1° gennaio 2004 per i beneficiari di rendite AI che vivono al proprio domicilio vi è stato il raddoppio dell'assegno per grandi invalidi e la possibilità di attivare rimborsi PC per spese di assistenza fino a 90'000 franchi all'anno (in precedenza vi era un limite massimo di 24'000 franchi all'anno). Siccome l'aiuto diretto è sussidiario e tiene conto di questi elementi, la spesa media per beneficiario invalido è diminuita di oltre 5'000 franchi all'anno, ciò che si può constatare nella differenza fra la spesa media per beneficiario anziano e quella per beneficiario invalido.

Potrebbe inoltre esserci una connessione con il fenomeno delle badanti²⁰. Si tratta di un fenomeno piuttosto recente, ma che ha assunto delle dimensioni non più trascurabili (vedi capitolo specifico). L'anziano o invalido dipendente che assume una badante può attivare i rimborsi della prestazione complementare, che non vengono invece concessi ad un familiare (a meno che quest'ultimo non dimostri di avere lasciato un lavoro per occuparsene). In questi casi non vi è più diritto agli aiuti diretti, a parte nei casi di anziani con AGI di grado elevato, in cui l'importo è però fortemente ridotto. Quindi, in alcuni casi potrebbe essere avvenuta una sostituzione fra l'assistenza da parte di familiari con l'assistenza da parte di una badante, con conseguente aumento di esborsi da parte della PC e minori uscite di contributi per il mantenimento a domicilio. I dati attuali non sono chiari a questo proposito, anche perché il fenomeno è piuttosto recente, tuttavia merita di essere considerato come ipotesi.

²⁰ S. Gioberge, N. Orlando, B. Frischknecht "Indagine, valutazione e formulazione di proposte sul fenomeno "badanti" in Ticino", Mendrisio, gennaio 2010.

6.3 Previsione sviluppo aiuti diretti – Periodo 2010-2015

Per stimare l'evoluzione dei beneficiari di aiuti diretti negli anni a venire, si può partire dall'ipotesi che negli ultimi anni vi sia stato un assestamento sia del numero di beneficiari sia della spesa. Probabilmente, tutti i potenziali beneficiari sono stati raggiunti dall'informazione. Perciò, per stimare il numero di beneficiari di aiuti diretti, si può utilizzare la proporzione attuale di beneficiari sulla popolazione di riferimento (anziani o anziani dipendenti secondo il BoC e beneficiari di AGI dell'AI) per applicarla alle stime di evoluzione di tali popolazioni.

I beneficiari anziani nel 2008 erano 345. Secondo i dati USTAT, le persone con più di 65 in Ticino a fine 2008 erano 66'330, mentre secondo le indicazioni del BoC gli anziani dipendenti nel 2008 che avrebbero dovuto essere presi a carico a domicilio²¹ sono 7'297. Questi dati danno le seguenti indicazioni: lo 0.5% della popolazione totale anziana beneficia di aiuti diretti e il 4.7% della popolazione dipendente, secondo il BoC, è da prendere a carico a domicilio. Secondo le previsioni aggiornate USTAT/SCRIS, gli anziani ad inizio 2015 saranno 74'750, mentre secondo il BoC il numero di anziani dipendenti da seguire a domicilio sarà pari a 8'218. Applicando le attuali proporzioni, si ottiene una stima di circa 380 potenziali beneficiari di aiuti diretti anziani nel 2015.

Bisogna inoltre sottolineare che con la riforma della LAMal, in vigore dall'1 gennaio 2011, viene introdotto l'assegno grandi invalidi di grado lieve anche per gli anziani a domicilio. Per le previsioni di piano finanziario, sono stati stimati 150 nuovi casi introdotti gradualmente durante il primo anno, con in seguito un aumento costante pari a quello degli attuali beneficiari anziani di aiuti diretti. Tuttavia, questa cifra non è basata su alcun dato, quindi il numero di potenziali nuovi beneficiari potrebbe anche essere molto diverso da quanto ipotizzato.

Per gli invalidi, nel 2008 i beneficiari di aiuti diretti erano 108 su un totale di 1'139 beneficiari di AGI dell'AI (9.5%). Negli ultimi 5 anni vi è stato un aumento medio del 2% all'anno di beneficiari di AGI dell'AI. Visto che non si dispone di una previsione del numero di beneficiari di AGI dell'AI nel 2015 si può ipotizzare un aumento costante pari al 2% annuo, arrivando quindi ad un totale di 1'308. Applicando l'attuale proporzione si ottiene una stima di circa 125 potenziali beneficiari invalidi di aiuti diretti nel 2015. Tuttavia, potrebbe emergere una forte richiesta di aiuti diretti da parte di persone non ancora beneficiarie di AGI (es. persone colpite da malattie oncologiche, neurologiche, cardiovascolari, ecc.).

Tabella 21: Stima dell'evoluzione 2011 – 2014

Popolazione totale	2011	2012	2013	2014	2015
no beneficiari	627	638	652	666	680
spesa totale	6'251'400	6'823'800	6'965'700	7'107'600	7'249'500
spesa per beneficiario	9'970	10'696	10'684	10'672	10'661

²¹ Il numero di anziani che dovrebbero essere presi a carico a domicilio sono stati stimati secondo il metodo utilizzato per il sentiero di sviluppo dei SACD, ossia sommando il numero di anziani dipendenti da seguire a domicilio con la differenza fra il numero di anziani che potrebbero essere presi a carico a domicilio o in istituto e il numero di anziani la cui presa a carico in istituto è possibile e opportuna per almeno un motivo.

di cui persone anziane	2011	2012	2013	2014	2015
no beneficiari	513	522	533	544	555
spesa totale	5'430'600	5'988'600	6'108'900	6'229'200	6'349'500
spesa per beneficiario	10'586	11'472	11'461	11'451	11'441

di cui persone invalide	2011	2012	2013	2014	2015
no beneficiari	114	116	119	122	125
spesa totale	820'800	835'200	856'800	878'400	900'000
spesa per beneficiario	7'200	7'200	7'200	7'200	7'200

A fronte dell'aumento del numero di beneficiari previsto, ipotizzando una stabilità della spesa per beneficiario nel caso degli invalidi e tenendo conto delle modifiche della spesa per gli anziani dovute all'entrata dei beneficiari di AGI lieve, nel 2015 la spesa per gli aiuti diretti è stimata in circa 7.3 milioni di franchi.

6.3.1 Evoluzione del contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche 2005-2009

La spesa per questi interventi varia in modo importante ogni anno, come mostra la tabella sottostante, ragione per cui è difficile fare una previsione sulla possibile evoluzione.

Tabella 22: Evoluzione del contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche dal 2005 al 2010

Anno	No interventi	Spesa complessiva	Media
2005	14	127'155.00	9'082.50
2006	8	74'046.00	9'255.75
2007	9	80'373.00	8'930.33
2008	7	90'055.00	12'865.00
2009	6	34'918.00	5'819.67
2010	9	82'156.00	9'128.44

Verosimilmente, non si dovrebbero superare i 100'000 franchi all'anno nei prossimi anni.

6.3.2 Aggiornamento delle direttive riguardanti il contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche

Secondo quanto indicato nella pianificazione 2006-2009, le Direttive riguardanti il contributo per l'eliminazione delle barriere architettoniche sono state allestite, ma a causa delle modifiche relative all'entrata in vigore della già citata riforma LAMal, la loro pubblicazione è stata posticipata a dopo l'entrata in vigore della nuova LACD del 30 novembre 2010 (avvenuta il 21.1.2011).

6.4 Modalità e forme d'impiego del contributo per mantenimento a domicilio: inchiesta conoscitiva

A distanza di un decennio dall'indagine promossa dalla Sezione del sostegno a enti e attività sociali con la collaborazione dell'Ufficio di statistica²², si è ritenuto opportuno procedere ad un'ulteriore analisi al fine di comprendere l'evoluzione del contributo per il mantenimento a domicilio e di valutarne le forme d'impiego.

6.4.1 Obiettivi dell'inchiesta

L'indagine è stata svolta sul territorio ticinese ed ha considerato tutti coloro che ad ottobre 2009 risultavano beneficiari correnti²³ del contributo per il mantenimento a domicilio.

Da un punto di vista metodologico, si è proceduto con la redazione di un questionario e la relativa somministrazione alla popolazione di riferimento.

Obiettivo della ricerca è stato di valutare come i beneficiari del contributo del mantenimento a domicilio utilizzino il contributo cantonale per provvedere alla loro assistenza al domicilio.

Si è inoltre focalizzata l'attenzione sulla rete assistenziale che si crea attorno ai beneficiari del contributo, al fine di quantificarne il numero necessario di risorse (che varia a seconda del grado di dipendenza dell'assistito) per una corretta presa a carico e di comprendere come l'intervento di assistenza si distribuisca tra la rete formale e quella informale.

L'indagine, inoltre, ha voluto porre l'accento su aspetti non solo quantitativi, ma anche qualitativi, ossia relativi alla qualità di vita dei beneficiari e di coloro che si occupano dell'assistenza, nonché di valutare il loro grado di soddisfazione.

²² "Quanto costa restare a casa: valutazione del contributo cantonale per il mantenimento a domicilio di anziani e invalidi", USTAT/SSEAS, del 1999.

²³ Con il termine "beneficiari correnti" si intende coloro che alla data di riferimento risultano beneficiari attivi del sussidio, quindi escludendo coloro che hanno acquisito il diritto in data successiva a quella oggetto di analisi. Il numero di persone che beneficiano del contributo, infatti, è legato alla variabilità delle entrate o delle uscite che si verifica in un anno.

6.4.2 Risultati dell'inchiesta

L'inchiesta condotta ha permesso innanzitutto di comprendere quali siano i principali atti di vita quotidiana per i quali i beneficiari del contributo per il mantenimento a domicilio necessitano d'assistenza.

Figura 1: Assistenza e sorveglianza alle persone in età AI

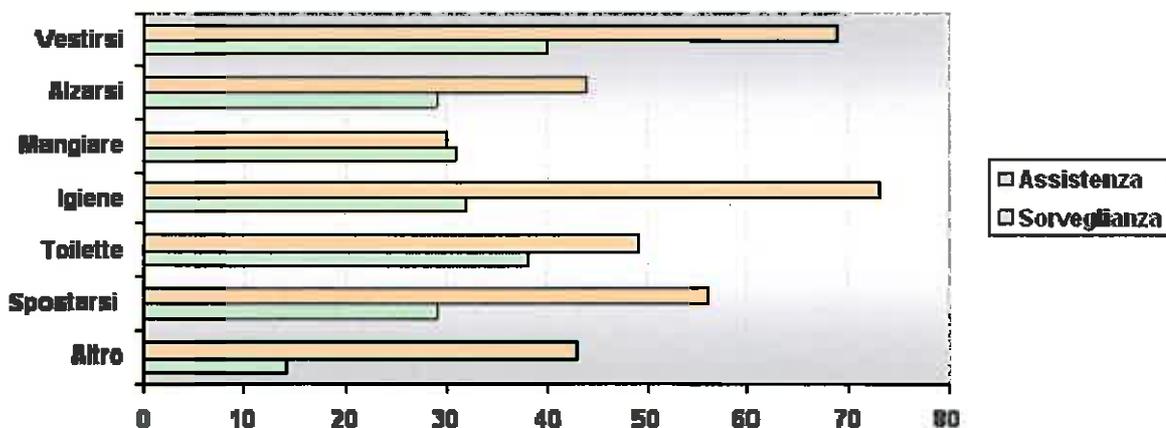
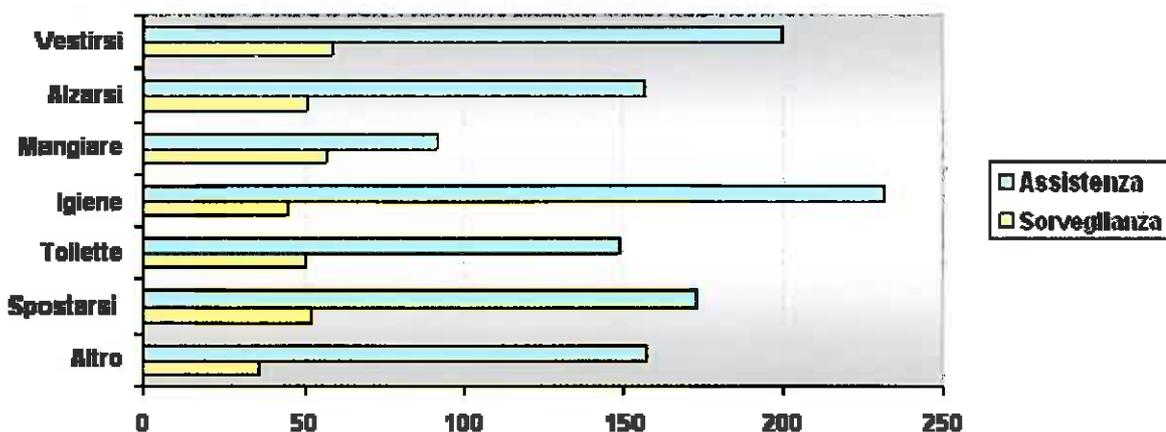


Figura 2: Assistenza e sorveglianza alle persone in età AVS



Tra la popolazione di riferimento si conferma una prevalenza femminile pari al 72.5% della popolazione anziana e al 53.3% per la popolazione in età AI. L'età media dei beneficiari anziani è di 84 anni per le donne e 78 per gli uomini, mentre quella dei beneficiari in età AI è pari a 45 anni per le donne e di 43 per gli uomini.

Dai dati emerge che, dei 335 indagati, il 37.2% delle persone in AI e il 50.6% delle persone in AVS vivono in economie domestiche composte da 2 persone. Un dato alquanto interessante riguarda le persone in età AVS, per le quali si riscontra che il 29.9%, pari a 72 beneficiari, vive solo, mentre per coloro che sono in AI si nota un tasso ridotto pari al 5.3%, corrispondente a sole 5 persone. L'86% delle persone sole è costituito da donne.

Dall'analisi della rete assistenziale che si crea intorno ai beneficiari, si evince che il 23.7% dei beneficiari in AVS sono presi a carico da soli familiari, mentre la percentuale sale a ben il 69.1% per i beneficiari in AI.

Inoltre si osserva che il 52% della popolazione in AVS è presa a carico dalla figlia, seguita dall'aiuto domestico privato (22%), dal figlio (20%) e dalla moglie (18%).

Per la presa a carico delle persone in AI si nota una prevalenza della figura della madre (44.7%), seguita dalla figura paterna (19.1%), dalla moglie (17%) e dal marito (11.7%).

Altrettanto interessante è il dato delle ore di presa a carico settimanali, da cui si evince che il 24% della rete assistenziale delle persone in AI eroga più di 80 ore settimanali (di cui il 94% è fornito da parenti), mentre solo il 9% presta assistenza 24 ore su 24. Per quanto riguarda le persone in AVS, il 37% della rete assistenziale eroga meno di 9 ore settimanali, mentre il 5% presta assistenza 24 ore su 24 (anche per i beneficiari in AVS l'89% delle persone che si occupano della presa a carico è costituito da parenti).

Se analizziamo invece quella parte di beneficiari che vivono soli, osserviamo che per le persone in AI la rete assistenziale è costituita in prevalenza da parenti, terze persone e in modo meno importante dai SACD, mentre per le persone anziane, oltre ai parenti e ai SACD, un ruolo importante è assunto dalla badante e dall'aiuto domestico privato.

A complemento della rete assistenziale territoriale è importante sottolineare il ruolo degli enti d'appoggio, per i quali si osserva quanto segue:

- il 52% delle persone in AI si rivolge a servizi di consulenza e sostegno (es. Pro Infirmis), il 44% frequenta centri diurni/laboratori, di norma dal lunedì al venerdì; il 40% si avvale di servizi di trasporto;
- il 66% delle persone in AVS necessita di mezzi ausiliari (carrozzelle, telesoccorso, ecc.); il 38% si rivolge a servizi di consulenza e sostegno (es. Pro Senectute, ATTE,...), il 29% ricorre a servizi di trasporto, il 28% a servizi di pédicure; percentuali inferiori si avvalgono dei servizi di pasti a domicilio e dei centri diurni/laboratori dalle due alle quattro volte a settimana.

La maggior parte delle persone in AI e in AVS che hanno risposto di non usufruire dei servizi di appoggio hanno dichiarato di non averne bisogno. Una percentuale inferiore dichiara di non esserne a conoscenza, di non sapere a chi rivolgersi o di non usufruirne a causa del costo eccessivo o in quanto non presenti dove abita.

I dati confermano che la principale forma di impiego del contributo da parte dei beneficiari è costituita dal riconoscimento economico del lavoro delle persone che si occupano della loro assistenza, sia che si tratti di familiari che di terze persone.

Per quanto riguarda gli aspetti qualitativi dall'analisi si evidenzia l'elevato livello di soddisfazione da parte dei beneficiari del contributo soprattutto per quanto concerne gli aspetti sociali, quali maggior sicurezza, minor solitudine, miglioramento dello stato psicologico, ecc.

Infine sono stati indagati aspetti della qualità di vita della figura del *caregiver*²⁴. È emerso che, per entrambe le tipologie di beneficiari, i familiari avvertono un senso di stanchezza ed affaticamento, dovuto soprattutto allo stress psico-fisico nella gestione di casi complessi come Alzheimer, Parkinson o grandi invalidi, alla mancanza di tempo per sé e alle difficoltà di gestione conseguenti a problemi di salute.

²⁴ Con il termine anglosassone "*caregiver*" si indica la "*persona che presta le cure*", ovvero si tratta di una persona responsabile che, in ambito domestico, si prende cura di un soggetto non autonomo o disabile. Talvolta il *caregiver* è estraneo al contesto familiare, più spesso si tratta di un parente o di una persona amica.

7 Conclusione

Il progetto di pianificazione prevede un'evoluzione dell'offerta di prestazioni di assistenza e cura a domicilio coerente con le dinamiche demografiche e le caratteristiche regionali.

Per i SACD d'interesse pubblico si prevede un aumento del 3.2% annuo delle ore di cura e del 2.4% annuo per le ore di economia domestica. Parallelamente, è stato introdotto un meccanismo di controllo dell'offerta, finalizzata a stabilizzare le prestazioni del settore privato e quindi, in prospettiva, a consentire il rientro dall'attuale situazione di sovra-offerta.

Il mantenimento a domicilio evidenzia un'evoluzione dei costi importante nel periodo di pianificazione 2011-2014; la spesa è però anche da valutare in termini di benefici sociali rispetto all'istituzionalizzazione, in termini di benessere dell'utente e della famiglia.

Nel caso dei servizi d'appoggio, si prevede un aumento del contributo per il sostegno di progetti specifici.

Per gli aiuti diretti, dopo l'aumento previsto nel 2011 per l'introduzione dell'AGI di grado lieve a favore degli anziani a domicilio, è stato stimato un tasso annuo di crescita dei beneficiari del 2% circa.

Considerato l'onere finanziario di gestione corrente che ne consegue, vi sarà la necessità di conciliare gli obiettivi che scaturiscono dalla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio con gli obiettivi di politica finanziaria del Governo nell'ambito del piano finanziario.

Oltre agli aspetti quantitativi, sono stati ampiamente considerati gli obiettivi qualitativi per tutti i settori dell'assistenza e cura a domicilio. Si è dato ampio spazio alla descrizione dei progetti portati avanti dall'UACD in collaborazione con gli enti sul territorio, come l'interazione con l'offerta di badanti a domicilio e la riorganizzazione dei centri diurni.

La presente pianificazione sarà sottoposta alla discussione ed approvazione del Gran Consiglio il più presto possibile.

Nel frattempo, a livello operativo si prosegue con la realizzazione dei progetti prioritari già in corso o previsti dalla precedente pianificazione.