

Messaggio

numero

6390

data

24 agosto 2010

Dipartimento

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

Adeguamento della normativa cantonale alla Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008

Signor Presidente,
signore e signori deputati,

con il presente Messaggio sottoponiamo alla vostra approvazione le modifiche delle seguenti leggi cantonali:

1. Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973 (LAnz);
2. Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997 (LACD);

modifiche dettate, in particolare, dalla necessità di adeguamento alla Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008. La loro ampiezza e consistenza hanno consigliato la soluzione della formulazione di due nuove leggi, abrogative delle originarie.

PREMESSA

Il Consiglio di Stato, considerata l'importanza e la complessità della materia, ha ritenuto opportuno istituire un Gruppo di lavoro col compito specifico di preparare l'applicazione sul piano cantonale del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure approvato dall'Assemblea federale il 13 giugno 2008, la cui entrata in vigore è stata definitivamente stabilita dal Consiglio federale per il 1° gennaio 2011.

Il Gruppo di lavoro, insediatosi nel mese di novembre 2008, ha basato la sua analisi, le sue valutazioni e conclusioni sui seguenti elementi:

- la nuova normativa federale (legge e modifiche delle relative ordinanze d'applicazione);
- i commenti alle modifiche delle ordinanze redatti dall'Amministrazione federale;
- le raccomandazioni del Comitato direttivo della *Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità* (CDS);
- i lavori di analisi e approfondimento della *Commission des soins de longue durée du GRSP (Groupement romand santé publique)*;
- gli incontri informativi e di discussione con i Comuni e con i fornitori delle prestazioni (enti, organizzazioni, servizi e operatori sanitari interessati);
- gli incontri di reciproca informazione e di discussione con Santésuisse Ticino.

Il presente Messaggio si basa sui risultati dell'analisi del Gruppo di lavoro, che nel mese di marzo 2010 ha formalizzato il termine del proprio mandato con la consegna di un rapporto finale al Dipartimento competente (DSS).

SOMMARIO

Lista delle abbreviazioni.....	3
1. INTRODUZIONE	4
1.1 Riferimenti legali ed entrata in vigore	4
1.2 Elementi essenziali del nuovo ordinamento	4
1.2.1 Ambito LAVS	4
1.2.2 Ambito LPC	4
1.2.3 Ambito LAMal	4
2. ESECUZIONE DEL MANDATO DEL GRUPPO DI LAVORO	6
2.1 Partecipazione alla procedura di consultazione federale	6
2.2 Definizione del campo d'applicazione del nuovo ordinamento	7
2.3 Coinvolgimento dei fornitori di prestazioni.....	8
2.4 Coinvolgimento dei Comuni.....	8
2.5 Approfondimenti tematici	8
3. RISULTATI DELL'ANALISI DEL GRUPPO DI LAVORO.....	9
3.1 Cure "acute e transitorie" e reparti "alto contenuto sanitario"	9
3.2 Contributo degli utenti ai costi di cura	11
3.2.1 Nel settore stazionario	11
3.2.2 Nel settore ambulatoriale.....	11
3.2.3 Ricapitolazione della situazione prospettata	12
3.3 Regolazione dell'offerta nel nuovo ordinamento	12
3.4 Necessità di potenziamento delle unità amministrative cantonali	13
3.5 Impatto finanziario sul Cantone e sui Comuni.....	14
3.6 Necessità di adeguamenti strutturali e impatto finanziario sugli altri attori.....	17
3.7 Necessità di adeguamento della legislazione cantonale	20
4. LE CONCLUSIONI DEL CONSIGLIO DI STATO.....	22
5. PROPOSTE D'ADEGUAMENTO DELLA NORMATIVA CANTONALE	23
5.1 Commento ai singoli articoli.....	24
5.1.1 Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività sociali a favore delle persone anziane, del (nuova LANz).....	24
5.1.2 Legge sull'assistenza e cura a domicilio, del (nuova LACD).....	29
6. RIPERCUSSIONI FINANZIARIE E RELAZIONE CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO.....	32
DISEGNO DI LEGGE - "NUOVA LANZ"	33
DISEGNO DI LEGGE - "NUOVA LACD"	41
ALLEGATI.....	55
1. Risoluzione del Consiglio di Stato n. 5326 del 21 ottobre 2008, istitutiva del Gruppo di lavoro.	
2. Nuova normativa federale:	
- Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, del 13 giugno 2008;	
- Ordinanze di applicazione del 24 giugno 2009 con i relativi commenti.	
3. Recommandations sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins, approuvées par le Comité directeur de la CDS le 22.10.2009.	
4. Rappresentazione grafica e correlazioni tra le cure "acute e transitorie" (modello federale) e i "soggiorni terapeutici temporanei".	

Lista delle abbreviazioni

ACAS	Associazione dei Comuni in ambito socio-sanitario
ACS	Reparti di cura ad “alto contenuto sanitario”
AGI	Assegno per grandi invalidi
AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
CAT	Cure “acute e transitorie”
CDS	Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità
Cpa	Casa per anziani
CRASS	Conférence Romande des Affaires Sanitaires et Sociales (BE, FR, GE, JU, NE, TI, VS, VD)
DFI	Dipartimento federale dell’interno
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità
EMS	Etablissement médico-social
GRSP	Groupement romand santé publique
H	Ospedale
IAS	Istituto delle assicurazioni sociali
LACD	Legge sull’assistenza e cura a domicilio
LAMal	Legge federale sull’assicurazione malattie
LAVS	Legge federale sull’assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
LISPI	Legge sull’integrazione professionale degli invalidi
LPC	Legge federale sulle prestazioni complementari all’assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l’invalidità
OAMal	Ordinanza sull’assicurazione malattie
OAVS	Ordinanza sull’assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
OPre	Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell’AOMS
PC	Prestazioni complementari
RAI-NH/HC	Resident Assessment Instrument - Nursing Home / Home Care
RUG’s	Resources Utilisation Groups (modulo RAI-NH)
SACD	Servizio d’assistenza e cure a domicilio finanziato sulla base della LACD (organizzazione d’interesse pubblico, senza scopo di lucro)
Spitex	Organizzazione d’assistenza e cure a domicilio attualmente non finanziata (organizzazione privata, generalmente con scopo di lucro)
SAT	Soggiorno per cure acute e transitorie
ST	Soggiorno temporaneo
STT	Soggiorno terapeutico temporaneo
UMC	Ufficio del medico cantonale

1. INTRODUZIONE

1.1 Riferimenti legali ed entrata in vigore

Il 13 giugno 2008, l'Assemblea federale ha approvato la *Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure*, che ha modificato le seguenti leggi:

- *Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS)*, del 20 dicembre 1946;
- *Legge federale sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC)*, del 6 ottobre 2006;
- *Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)*, del 18 marzo 1994.

Il 24 giugno 2009, sono state approvate le modalità di applicazione del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure (di seguito: nuovo ordinamento), attraverso la modifica delle seguenti ordinanze:

- *Ordinanza sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (OAVS)*, del 31 ottobre 1947;
- *Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal)*, del 25 giugno 1995;
- *Ordinanza del DFI sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre)*, del 29 settembre 1995.

L'entrata in vigore, fissata in un primo tempo per il 1° luglio 2010, è stata poi rinviata dal Consiglio federale al **1° gennaio 2011**, su richiesta in particolare della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS), che ha fatto valere la complessità e la difficoltà d'applicazione del nuovo ordinamento sul piano cantonale.

1.2 Elementi essenziali del nuovo ordinamento

1.2.1 Ambito LAVS

È stato introdotto il diritto all'assegno per grandi invalidi (AGI) di grado lieve anche per i beneficiari di rendite AVS (finora riservato ai beneficiari di rendite AI), a condizione che vivano a domicilio. Tale diritto decade in caso di soggiorno in istituto.

1.2.2 Ambito LPC

Sono state aumentate le quote esenti applicate sulla sostanza mobiliare e immobiliare per il calcolo del reddito determinante ai fini del diritto alle prestazioni complementari. In particolare, viene portata a 300'000 franchi (attualmente: 112'500 franchi) la quota esente sul valore dell'immobile appartenente ad una coppia nella quale un coniuge vive in istituto o è comunque beneficiario di assegno per grandi invalidi.

1.2.3 Ambito LAMal

È questo l'ambito, che è di gran lunga il più importante e anche il più complesso, in cui si realizza, di fatto, il nuovo ordinamento.

Il legislatore federale ha (ri)definito e uniformato sul piano nazionale:

- il concetto di "cure ambulatoriali";
- il concetto di bisogno di cura limitato nel tempo e consecutivo a un soggiorno ospedaliero, introducendo la nuova prestazione delle cure "*acute e transitorie*";
- i parametri e la procedura di controllo della qualità delle prestazioni;
- le modalità e i parametri di finanziamento.

Ciò è stato realizzato attraverso l'introduzione del **nuovo art. 25a LAMal**, che viene di seguito sinteticamente descritto, considerando anche le disposizioni contenute nelle ordinanze di applicazione e nei relativi commenti:

cpv. 1 - stabilisce che l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) contribuisce al finanziamento *delle cure dispensate ambulatorialmente, anche in strutture diurne o notturne*, come pure al finanziamento delle cure dispensate in una *casa di cura*. Nel nuovo ordinamento, il concetto di "*cure ambulatoriali*" ingloba il concetto di "*cure a domicilio*", che nel diritto vigente costituisce una categoria a se stante, ed è esteso alle cure dispensate nei centri diurni e notturni, che attualmente non sono previste dalla LAMal.

cpv. 2 - definisce le condizioni, le limitazioni e le modalità di finanziamento della prestazione "*cure acute e transitorie*":

1. erogazione consecutiva ad un soggiorno ospedaliero sulla base della prescrizione di un medico dell'ospedale;
2. per una durata massima di due settimane (non estensibile, né rinnovabile);
3. finalizzata a ristabilire le condizioni di salute presenti prima dell'ospedalizzazione;
4. finanziata secondo le regole del finanziamento ospedaliero (limitatamente ai costi di cura, esclusi i costi alberghieri).

cpv. 3 - prevede le competenze del Consiglio federale in merito alla disciplina della procedura di accertamento del bisogno e delle modalità di controllo della qualità.

cpv. 4 e 5 - definiscono, infine, le modalità e i parametri di finanziamento secondo il seguente schema:

1. contributo AOMS pari alle tariffe orarie (per le cure ambulatoriali, escluse quelle dispensate in strutture diurne o notturne) o giornaliere (per le cure dispensate in case di cura e in strutture diurne o notturne) stabilite dal Consiglio federale, uniformi a livello nazionale;
2. contributo giornaliero dell'utente, pari al massimo al minore dei seguenti importi:
 - a. costo analitico della prestazione non coperto dall'AOMS;
 - b. 20% delle tariffe massima AOMS;
3. finanziamento residuo a carico dell'ente pubblico cantonale¹.

Questo nuovo ordinamento si applica alle seguenti categorie di prestazioni²:

1. consigli e istruzioni (valutazione dei bisogni, consigli e istruzioni al paziente ai familiari o agli ausiliari non professionisti);
2. esami e cure (controllo dei segni vitali, prelievi e test, posa di sonde e cateteri, somministrazione di medicinali, medicazioni, sostegno psichico in situazioni di crisi, ecc.);
3. cure di base (cure d'igiene corporale e della bocca, cure delle lesioni cutanee, prevenzione, sostegno e assistenza per l'attuazione di un ritmo di vita strutturato adeguato, ecc.),

¹ In questo contesto, per ente pubblico cantonale intendiamo Cantone + Comuni, data la chiave di ripartizione dei contributi dell'ente pubblico nei settori anziani e cure a domicilio.

² Per l'elenco esaustivo delle prestazioni LAMal, vedi: art. 7 cpv. 2 OPre

effettuate sulla base della valutazione del bisogno terapeutico e previa prescrizione o mandato medico dai seguenti operatori:

1. infermiere e infermieri indipendenti;
2. organizzazioni di cure a domicilio;
3. case di cura (art. 39 cpv. 3 LAMal),

senza distinzione rispetto alla loro personalità giuridica e al loro scopo economico.

Il Dipartimento federale dell'interno (DFI) ha fissato i seguenti contributi a carico dell'AOMS³:

- per le cure dispensate da infermiere/i indipendenti e organizzazioni di cure a domicilio (tariffe orarie per categoria di prestazione)⁴:

a	consigli e istruzioni	79.80
b	esami e cure	65.40
c	cure di base	54.60

- per le cure dispensate in case di cura o in strutture diurne o notturne (tariffe giornaliere per livello di bisogno terapeutico giornaliero)⁵:

1	fino a 20 minuti di cura	9.00
2	da 21 a 40	18.00
3	da 41 a 60	27.00
4	da 61 a 80	36.00
5	da 81 a 100	45.00
6	da 101 a 120	54.00
7	da 121 a 140	63.00
8	da 141 a 160	72.00
9	da 161 a 180	81.00
10	da 181 a 200	90.00
11	da 201 a 220	99.00
12	oltre i 220 minuti di cura	108.00

2. ESECUZIONE DEL MANDATO DEL GRUPPO DI LAVORO

Di seguito è presentata una sintesi dei principali elementi che hanno caratterizzato l'esecuzione del mandato da parte del Gruppo di lavoro.

2.1 Partecipazione alla procedura di consultazione federale

Il 18 dicembre 2008, il DFI ha distribuito in consultazione, ai Cantoni e a tutte le organizzazioni interessate, il progetto di modifica delle ordinanze federali, indicando come termine di risposta il 31 marzo 2009.

Il Gruppo di lavoro, tramite la Direzione del DSS, che a sua volta si è avvalsa del coordinamento intercantonale costituito dalla CDS, ha partecipato attivamente alla consultazione, fornendo il proprio parere su alcuni punti critici di applicazione del nuovo ordinamento.

³ Nuovo art. 7a OPre.

⁴ Tariffe attuali: consigli e istruzioni, Fr. 70.--; esami e cure, Fr. 67.--; cure di base semplici, Fr. 43.--; cure di base complesse (in numero molto limitato), Fr. 65.--.

⁵ Tariffe attuali: grado 0, Fr. 7.--; grado 1, Fr. 20.50; grado 2, Fr. 41.50; grado 3, Fr. 67.--; grado 4, Fr. 82.50.

Il Gruppo di lavoro, tramite il suo presidente, ha pure partecipato ai lavori della *Commission Soins de longue durée du GRSP*, che ha discusso i progetti di ordinanze federali e contribuito alla consultazione dall'ottica dei cantoni "latini".

2.2 Definizione del campo d'applicazione del nuovo ordinamento

Il nuovo ordinamento è applicabile alle prestazioni di cura erogate dagli infermieri indipendenti, dalle organizzazioni di cure e d'aiuto a domicilio e dalle case per anziani, senza distinzione rispetto alla loro personalità giuridica e al loro scopo economico.

Di conseguenza, limitatamente ai costi delle cure LAMal (esclusi cioè i costi di albergheria e assistenza), nel nostro Cantone il nuovo ordinamento coinvolge:

- 67 case per anziani
(55, finanziate secondo LANz + **12, al momento non finanziate secondo LANz**)⁶;
- 26 organizzazioni di assistenza e cura a domicilio
(6 SACD d'interesse pubblico + **20 spitex**)⁷;
- **160 ca. infermieri indipendenti**⁸;
- 7 (10) centri diurni terapeutici⁹;
- 6 strutture medicalizzate per invalidi adulti¹⁰.

(In grassetto sono evidenziati i fornitori di prestazioni che, dal 1° gennaio 2011, avranno diritto al "finanziamento residuo" a carico dell'ente pubblico, secondo il nuovo art. 25a cpv. 5 LAMal.)

I dati che seguono danno un'idea dell'importanza che questi fornitori hanno nel settore ticinese delle prestazioni sociosanitarie:

settore case per anziani (dati 2009)

	Posti letto	in %
nelle 55 case finanziate	3'263	82
nelle 12 case non finanziate	725	18
Totale	3'988	100

settore cure a domicilio (dati 2008)

	Ore erogate	in %
dai SACD	262'624	57
dagli spitex	122'910	27
dagli infermieri indipendenti	75'503	16
Totale	461'037	100

⁶ Di seguito, per queste due categorie di strutture, si parlerà di Cpa finanziate e Cpa non finanziate, sottintendendo per brevità la specifica "secondo LANz".

⁷ Dato al 31 dicembre 2009. Col termine *spitex* s'intendono tutte le organizzazioni d'assistenza e cure a domicilio attualmente non finanziate.

⁸ Dato al 31 dicembre 2009.

⁹ Si tratta dei 5 centri diurni terapeutici gestiti da Pro Senectute a Lugano, Balerna, Locarno, Giubiasco e Faido più i 2 centri aggregati alla Casa per anziani comunale di Chiasso e alla Casa dei ciechi a Lugano. A questi andranno ad aggiungersi quelli in fase di riconoscimento/ultimazione: il Centro Croce Rossa a Lugano e i centri presso le case per anziani di Claro e della Fondazione Riziero Rezzonico a Lugano.

¹⁰ Si tratta delle unità di cura per invalidi adulti con un bisogno sanitario elevato dislocate presso i seguenti istituti: Provida Madre, Balerna; OTAF, Sorengo; Residenza Paradiso, Lugano-Paradiso; Clinica Varini, Orselina; Centro sociosanitario, Cevio; Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL), Mendrisio, che rappresenta l'unica struttura pubblica. Queste strutture sono già oggi convenzionate con Santésuisse e figurano nell'elenco delle strutture autorizzate dal Cantone a esercitare a carico dell'AOMS.

2.3 Coinvolgimento dei fornitori di prestazioni

Il Gruppo di lavoro, dal mese di gennaio 2009, ha gradualmente coinvolto tutti i fornitori di prestazioni sopra menzionati, sia inviando loro la documentazione man mano che veniva definita (legge, ordinanze, commenti, raccomandazioni), sia attraverso la richiesta di dati quantitativi e qualitativi sulla loro attività, come pure attraverso l'organizzazione di incontri informativi e di discussione.

Quest'attività di coinvolgimento ha consentito al Gruppo di lavoro, da un lato, di valutare le necessità di adeguamento dei fornitori delle prestazioni sul piano degli strumenti contabili, amministrativi, gestionali e di valutazione dei bisogni e, dall'altro lato, di stimare la necessità di potenziamento delle unità amministrative interessate (Sezione del sostegno a enti e attività sociali e Ufficio del medico cantonale).

2.4 Coinvolgimento dei Comuni

Il Gruppo di lavoro ha riservato particolare attenzione ai Comuni. Nel marzo 2009 si è rivolto all'Associazione dei Comuni in ambito socio-sanitario (ACAS)¹¹ per informarla sulla procedura di consultazione messa in atto dall'autorità federale. In seguito, in quattro occasioni (Assemblea ACAS del 18 novembre 2009 a Lugano e sedute della Piattaforma di dialogo Cantone - Comuni del 29 settembre 2009, del 25 marzo 2010 a Bellinzona e del 15 giugno a Tesserete), i Comuni sono stati informati sui contenuti del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure approvato dall'Assemblea federale e sulle prime stime del relativo impatto finanziario.

2.5 Approfondimenti tematici

Sono stati approfonditi, nel gruppo o nell'ambito di sottogruppi di lavoro, con la consulenza, in particolare, del servizio giuridico del DSS e la collaborazione di rappresentanti dei fornitori delle prestazioni e di Santésuisse, tutti i temi di maggiore rilievo nell'ottica dell'applicazione del nuovo ordinamento sul piano cantonale, più precisamente:

- introduzione delle cure "acute e transitorie", in connessione con i reparti "alto contenuto sanitario";
- compatibilità tra il contributo dell'utente ai costi di cura secondo il nuovo ordinamento e il nostro sistema di retta differenziata nel settore delle case per anziani;
- compatibilità tra il contributo dell'utente ai costi di cura secondo il nuovo ordinamento e il principio "l'ambulatoriale prima dello stazionario";
- necessità e possibilità di regolare l'offerta nel nuovo ordinamento;
- necessità di potenziamento delle unità dell'Amministrazione cantonale interessate;
- impatto sulle finanze cantonali e comunali;
- necessità di adeguamenti strutturali e impatto finanziario sugli altri attori;
- necessità di adeguamento della legislazione cantonale.

¹¹ L'ACAS è stata costituita nel 2000, in seguito alla nuova ripartizione tra Cantone e Comuni degli oneri finanziari relativi al settore sociosanitario finanziato (case per anziani, servizi di assistenza e cura a domicilio e relativi enti d'appoggio) e agli ospedali pubblici, attribuiti nella misura di 1/5 al Cantone e dei 4/5 ai Comuni per quanto riguarda gli enti sociosanitari e assunti interamente dal Cantone per il settore sanitario.

3. RISULTATI DELL'ANALISI DEL GRUPPO DI LAVORO

3.1 Cure “acute e transitorie” e reparti “alto contenuto sanitario”

Le caratteristiche principali delle cure “acute e transitorie” sono:

1. esse costituiscono la componente delle prestazioni di cura che risponde in maniera specifica ad un bisogno di cure limitato nel tempo, consecutivo a un soggiorno ospedaliero¹²;
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 prestazioni¹³;
5. hanno per obiettivo l'aumento della competenza di prendersi cura di se stessi¹⁴;
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 forfettari; il contributo dell'utente non è previsto).

La necessità d'introdurre la distinzione tra cure di lunga durata e cure acute e limitate nel tempo è stata ravvisata da lungo tempo nel nostro Cantone. In questo contesto disponiamo già dell'esperienza quinquennale¹⁵ dei reparti di cura ad “alto contenuto sanitario” (ACS) dislocati in quattro istituti: Casa per anziani Vallemaggia a Cevio, Opera Caritas a Sonvico, Ospedale Malcantonese a Castelrotto, Clinica Santa Lucia a Arzo.

Il bilancio dell'attività di questi reparti, che accolgono anziani fragili con necessità di presa a carico in una struttura più vicina ad una casa per anziani che ad un ospedale e con una prognosi di rientro a domicilio, risulta molto positivo: nel 2008 gli anziani che hanno usufruito di questo tipo di presa a carico sono stati 852, dei quali 654 (pari al 76,8%) sono rientrati a domicilio, 82 (9,6%) sono stati trasferiti in ospedale e 83 (9,7%) sono entrati in casa per anziani.

¹² Su questo punto vedi: OPre - Commento e testo delle modifiche - Berna, 10 giugno 2009, pag. 3.

¹³ “Le Canton peut déterminer les prestataires de soins aigus et de transition. Dans le cadre de la planification des EMS, le Canton peut désigner les EMS qui sont autorisés à fournir des soins aigus et de transition pour des personnes qui n'habitent pas dans l'EMS. Il est recommandé d'examiner l'inscription de cette disposition dans le droit cantonal.” (Allegato 3, raccomandazione 5c, pag. 9).

¹⁴ “Les soins aigus et de transition ont pour objectif l'augmentation de la compétence de prendre soin de soi-même de sorte que la patiente ou le patient puisse de nouveau exploiter dans son environnement habituel les aptitudes et possibilités disponibles avant le séjour hospitalier.” (Allegato 3, *Définition des soins aigus et de transition*, pag. 10)

¹⁵ “Sperimentazione reparti ad alto contenuto sanitario 2004 - 2008”, Ufficio del medico cantonale / Sezione del sostegno a enti e attività sociali, novembre 2008.

L'analisi delle due tipologie di presa a carico, cure *“acute e transitorie”* e *“alto contenuto sanitario”*, porta a concludere che esse sono compatibili tra loro, con due elementi di differenziazione che le rendono complementari:

1. il concetto *“alto contenuto sanitario”* è, per un verso, più restrittivo del concetto di cure *“acute e transitorie”*, nella misura in cui l'accesso ai reparti ACS è riservato alle persone ultrasessantenni con prognosi di rientro a domicilio;
2. esso è, per altro verso, più esteso, nella misura in cui:
 - gli utenti ACS possono provenire anche dal domicilio (le cure *“acute e transitorie”* sono unicamente post-ospedaliere);
 - la durata massima del soggiorno nel reparto ACS è di 28 giorni (contro i 14 delle cure *“acute e transitorie”*).

Occorre inoltre considerare che l'analisi dell'evoluzione demografica e dei bisogni emergenti in ambito geriatrico porta a sostenere la necessità di sviluppare soluzioni di presa a carico adeguate al bisogno. L'introduzione delle cure *“acute e transitorie”* e il mantenimento dei reparti ACS s'inserisce in questa prospettiva, funzionale anche all'obiettivo di limitare il più possibile la degenza impropria nelle strutture ospedaliere acute. Su queste basi, va accolta la proposta, contenuta nel rapporto prima citato in nota, di estendere l'offerta di reparti ACS, ora limitata al Sottoceneri e al Locarnese, anche al Bellinzonese e Valli superiori.

Ciò consente al Cantone di coniugare il principio dell'equità territoriale con l'esigenza dell'economicità della prestazione nel definire gli erogatori delle cure *“acute e transitorie”*. Al riguardo, la soluzione proposta è la seguente:

- per gli utenti già residenti in casa per anziani (Cpa), con percorso *“Cpa > H > Cpa”*: tutte le Cpa sono autorizzate a erogare le cure *“acute e transitorie”*¹⁶;
- per gli utenti anziani provenienti dal domicilio (D), con percorso *“D > H > Cpa > D”*: in questo caso, il mandato è limitato ai quattro istituti che attualmente gestiscono i reparti ACS: Casa per anziani Vallemaggia a Cevio, Opera Charitas a Sonvico, Ospedale Malcantonese a Castelrotto, Clinica Santa Lucia a Arzo, più una o due strutture da individuare per il Bellinzonese e Valli superiori¹⁷;
- per gli utenti non anziani provenienti dal domicilio, con percorso *“D > H > D”*: mandato limitato agli infermieri indipendenti con formazione aggiuntiva a quella di base (infermiera/e in salute pubblica o altre specializzazioni) e alle organizzazioni di cure a domicilio (SACD e Spitex) con personale infermieristico egualmente specializzato.

Per evitare confusione tra le prestazioni e per una migliore corrispondenza tra denominazione della prestazione e suoi contenuti, si propone di utilizzare la denominazione di *“soggiorno terapeutico temporaneo”* (STT) al posto di *“alto contenuto sanitario”*.

¹⁶ La medesima soluzione vale per gli utenti già residenti in istituto per invalidi, nella misura in cui l'istituto ha in dotazione personale curante adeguato; in caso contrario, l'istituto si avvale dei servizi di cure a domicilio.

¹⁷ Si tratta di una soluzione ragionevole nel breve periodo (2011), ma che già a partire dal 2012-2013 potrebbe richiedere un adeguamento del numero degli erogatori della prestazione in relazione allo sviluppo quantitativo delle cure *“acute e transitorie”*.

3.2 Contributo degli utenti ai costi di cura

3.2.1 Nel settore stazionario

Per le persone residenti nelle case per anziani attualmente finanziate secondo la LAnz, si è del parere che nel nuovo ordinamento debba essere mantenuto il sistema della retta differenziata in base al reddito e alla sostanza. L'applicazione più semplice sul piano pratico di quest'esigenza si ottiene fatturando progressivamente all'utente dapprima il costo alberghiero (partendo dalla tariffa minima di 75 franchi fino al massimo del costo analitico, al momento pari a circa 130 franchi), e poi, secondo la sua capacità finanziaria residua, farlo partecipare ai costi di cura, fino al limite massimo stabilito nel nuovo art. 25a cpv. 5 LAMal (20% della tariffa massima cassa malati stabilita dal Consiglio federale).

Ai beneficiari di PC continuerebbe ad essere fatturata solo la retta minima (75 franchi), non avendo capacità finanziaria residua per partecipare anche ai costi di cura. Questa soluzione risponde anche all'esigenza di evitare inutili complicazioni amministrative (e relativi costi), che invece avremmo prevedendo di fatturare al beneficiario di PC una retta scomposta tra costi alberghieri e costi di cura, considerando che:

1. i costi di cura cambiano al variare del grado di dipendenza dell'utente;
2. essi costituiscono nell'ambito delle PC una voce di spesa ("spese di malattia") che non rientra nelle voci considerate nella ripartizione tra Cantone (3/8) e Confederazione (5/8), ma rimane totalmente a carico del Cantone (in questo senso risulta un'inutile partita di giro trasferire un onere dal settore case per anziani al settore PC);
3. circa la metà delle persone residenti in case per anziani è beneficiaria di PC (all'incirca 1600 anziani).

Per tutte le tipologie di soggiorno temporaneo, si sostiene il mantenimento della soluzione (attuale) della retta fissa, senza distinzione tra contributo per la cura e contributo alberghiero e non differenziata rispetto alle condizioni di reddito e di sostanza.

3.2.2 Nel settore ambulatoriale

Il nuovo art. 25a LAMal lascia la facoltà ai Cantoni d'introdurre o no il contributo dell'utente ai costi della cura. Tale possibilità è stata attentamente valutata anche riguardo al settore ambulatoriale e, in definitiva, è stata scartata poiché il nuovo contributo costituirebbe:

1. un onere supplementare per l'utente, non relazionato alla sua capacità finanziaria né al grado di bisogno terapeutico, senza alcuna contropartita;
2. una misura in controtendenza rispetto all'obiettivo di favorire la permanenza a domicilio: nel settore ambulatoriale verrebbe introdotto un nuovo contributo personale dell'utente ai costi di cura, mentre nel settore delle case per anziani viene limitato il contributo esistente;
3. una complicazione ulteriore del sistema, che potrebbe disorientare gli utenti anziani e i loro familiari (che ne costituiscono la stragrande maggioranza), con possibili ripercussioni negative sul principio "l'ambulatoriale prima dell'istituto". Il sistema di "partecipazione" ai costi di cura si comporrebbe di ben 4 tasselli:
 - a. premio cassa malati;
 - b. franchigia;
 - c. aliquota di partecipazione in base all'art. 64 cpv. 2 LAMal (10% dei costi eccedenti la franchigia);
 - d. contributo giornaliero personale in base al nuovo art. 25a cpv. 5 LAMal (massimo 20% della tariffa più elevata a carico della cassa malati).

4. un'incombenza amministrativa ulteriore con costi amministrativi aggiuntivi per i fornitori di prestazioni, per gli assicuratori malattia e per i Cantoni.

Si propone quindi l'adesione alla raccomandazione della CDS di rinunciare ad introdurre un contributo giornaliero dell'utente ai costi delle cure ambulatoriali.

Le medesime ragioni portano a proporre di rinunciare ad introdurre un contributo giornaliero ai costi delle cure anche per gli utenti dei centri diurni terapeutici, mantenendo l'attuale sistema della retta fissa per giornata di presenza.

3.2.3 Ricapitolazione della situazione prospettata

Settore stazionario

- Soggiorno a tempo indeterminato, compreso il soggiorno nelle unità Alzheimer:
 - prestazioni alberghiere: retta differenziata in base alle condizioni di reddito e di sostanza;
N.B.: l'istituto di cura percepisce inoltre, come finora, le prestazioni delle assicurazioni sociali per ospiti grandi invalidi (AGI).
 - prestazioni di cura: fino al 20% della tariffa massima AOMS.
- Soggiorno temporaneo (ST), della durata massima di 3 mesi:
 - Retta fissa onnicomprensiva e indifferenziata (attualmente: Fr. 50.--).
- Soggiorno per cure "acute e transitorie" (SAT)¹⁸
 - Per utenti già residenti in casa per anziani, con percorso "Cpa > H > Cpa": retta come per il soggiorno a tempo indeterminato.
 - Per utenti provenienti dal domicilio (D), con percorso "D > H > Cpa > D": retta fissa indifferenziata di Fr. 20.--.
- Soggiorno temporaneo terapeutico (STT)¹⁹
 - Retta fissa onnicomprensiva e indifferenziata (attualmente: Fr. 20.-- per i primi 14 giorni e Fr. 50.-- per i successivi 14).

Settore ambulatoriale

- Cure a domicilio
 - Non introduzione della partecipazione dell'utente ai costi delle cure ambulatoriali.
- Centri diurni terapeutici
 - Retta fissa onnicomprensiva e indifferenziata (attualmente: Fr. 40.--).

3.3 Regolazione dell'offerta nel nuovo ordinamento

L'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

¹⁸ Ricordiamo che si tratta della prestazione introdotta col nuovo art. 25a LAMal, che deve seguire un soggiorno in ospedale, essere prescritta da un medico ospedaliero ed ha una durata massima di 14 giorni.

¹⁹ Ricordiamo che si tratta dell'attuale soggiorno nei reparti ACS, così ridenominato per evitare confusione tra le prestazioni e per una migliore corrispondenza tra denominazione della prestazione e suoi contenuti; tale soggiorno deve essere prescritto da un medico, ha una durata massima di 28 giorni e ammette pazienti direttamente dal domicilio. Per l'utente anziano, il STT può seguire il SAT.

quanto riguarda la pianificazione della quantità delle prestazioni, che per quanto concerne il controllo dei costi delle prestazioni.

Nel nostro Cantone, 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 dell'AOMS, che accompagna la pianificazione degli ospedali e delle case di cura (art. 39 cpv. 1 e cpv. 3). Per le case di cura, tale decreto si basa su una specifica pianificazione settoriale, che è approvata dal Consiglio di Stato: al momento è in fase di approvazione la "Pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani nel Cantone Ticino".

Sul versante delle prestazioni ambulatoriali, la situazione è più variegata e meno definita. Non vi è un elenco definito dal Governo cantonale di organizzazioni e operatori che possono esercitare a carico dell'AOMS. Vi è una pianificazione settoriale, la cui approvazione compete in questo caso al Gran Consiglio, che concerne però solo i SACD e che è messa in atto tramite lo strumento di regolazione del contratto di prestazione. 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 a una stima del fabbisogno di prestazioni (pianificazione), ma solo al soddisfacimento di determinati requisiti strutturali e procedurali di polizia sanitaria. Gli infermieri indipendenti, per contro, una volta ottenuto il libero esercizio, subordinato a requisiti basilari di formazione e pratica professionale, possono esercitare a carico dell'AOMS disponendo del numero di concordato Santésuisse. In definitiva, nel settore ambulatoriale, il Cantone è in grado d'incidere sull'offerta di prestazioni solo attraverso la regolamentazione dei SACD.

Questa situazione nel settore ambulatoriale - che, con i distinguo del caso, è comune ai diversi Cantoni - deve essere adattata al nuovo ordinamento. Secondo la CDS, il Cantone deve regolare l'ammissione ad esercitare a carico dell'AOMS delle organizzazioni d'aiuto e cure a domicilio e degli infermieri indipendenti, prevedendo nella propria legislazione una serie di esigenze, attestazioni, obbligazioni e condizioni²⁰.

In accordo con la raccomandazione della CDS, si propone quindi d'introdurre nella LACD un articolo che consenta di regolare anche in termini quantitativi l'offerta di tutti i fornitori di prestazioni ambulatoriali.

3.4 Necessità di potenziamento delle unità amministrative cantonali

Il forte incremento dei fornitori delle prestazioni di cure di lunga durata che, in base al nuovo ordinamento, dovranno essere finanziati, regolati e controllati dai Cantoni, nonché l'ampliamento del catalogo delle prestazioni, con l'introduzione delle cure "acute e transitorie", richiedono ad evidenza un adeguamento importante delle unità amministrative cantonali interessate. Di conseguenza, con rapporto intermedio del 4 maggio 2009, il Gruppo di lavoro ha chiesto tramite il DSS l'assunzione di 3 nuovi "controllori di gestione" nell'ambito della Sezione del sostegno a enti e attività sociali. Il Consiglio di Stato, con nota a protocollo n. 42/2009 del 20 maggio 2009, ha prontamente aderito alla richiesta.

Nel medesimo rapporto intermedio veniva anche anticipata la necessità di potenziamento dell'Ufficio del medico cantonale (UMC), rinviando al rapporto finale la formalizzazione e quantificazione della richiesta.

²⁰ Vedi allegato 3, pag. 7, raccomandazioni 3a e 3b.

Rispetto alla situazione attuale, l'UMC, che vigila per delega del DSS sull'attività sanitaria, dovrà estendere la propria attività di vigilanza pro-attiva:

- agli infermieri indipendenti;
- ai centri diurni terapeutici;
- alla nuova prestazione di cure "acute e transitorie".

Si ricorda che dal 2003 l'Ufficio del Medico cantonale ha istituito al proprio interno il Servizio di Vigilanza e qualità, dotato di 1,5 collaboratori. Il servizio è assicurato da un infermiere (1 unità tempo-pieno) e un medico in sanità pubblica (0,5 unità tempo-pieno). L'attività ispettiva e di sorveglianza attiva è rivolta a tutti gli istituti di cura (ospedali e cliniche somatiche e psichiatriche), agli istituti per anziani, agli istituti per invalidi, alle sale operatorie annesse a studio medico, ai centri della medicina della procreazione e, da metà 2007, anche ai servizi di assistenza e cura a domicilio (finanziati e non). Si ricorda altresì che l'attività di vigilanza si estende a tutti gli operatori sanitari indipendenti e terapisti complementari, a seguito di circostanziate segnalazioni (vigilanza reattiva). In questo contesto, già ora sono evidenti ritardi nella gestione dell'attività corrente dovuta alle continue sollecitazioni e quindi alla vigilanza reattiva, che impediscono di assumere - con la dotazione attuale - il nuovo carico di lavoro derivante dall'applicazione del nuovo art. 25a LAMal. Inoltre, occorre considerare che:

1. l'attività di vigilanza sui servizi ambulatoriali e stazionari dovrà essere estesa ai nuovi fornitori di prestazione che si affacciano sul mercato (servizi di assistenza e cura a domicilio, infermieri indipendenti, nuovi istituti in fase di costruzione e ampliamento);
2. tutti i fornitori di prestazioni dovranno dotarsi di uno strumento di valutazione del bisogno terapeutico. Se per gli istituti per anziani e i servizi di assistenza e cure a domicilio esso è già stato individuato nei due applicativi RAI©, per gli infermieri indipendenti, per i centri diurni terapeutici e per le strutture medicalizzate per invalidi adulti non è ad oggi disponibile sul mercato nessuno strumento sufficientemente sperimentato e riconosciuto. L'UMC sarà quindi chiamato a coordinare lo sviluppo di strumenti di valutazione da utilizzare nel Cantone per questi fornitori di prestazioni.
3. all'UMC compete inoltre la verifica e il controllo del passaggio, in atto in questi mesi, dal sistema di rilevamento del grado di dipendenza (Griglia Paillard) al sistema di rilevazione dei bisogni (RAI©) nelle case per anziani, che determina i 12 livelli di finanziamento delle cure a carico dell'assicurazione obbligatoria e la dotazione del personale richiesta dall'UMC medesimo e riconosciuta ai fini del finanziamento.

Per garantire tutto quanto sopra evidenziato e per svolgere il mandato istituzionale di vigilanza nell'ambito della LAMal e della Legge sanitaria, il Gruppo di lavoro ritiene che l'UMC necessiti di almeno 2 unità supplementari, tenuto conto delle competenze già esistenti al suo interno. Il potenziamento è da attuare entro fine 2010.

3.5 Impatto finanziario sul Cantone e sui Comuni

Nell'ambito della definizione del Piano finanziario della gestione corrente 2011-2013 del Cantone, è stato stimato l'impatto finanziario del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure nel settore delle case per anziani e in quello ambulatoriale.

Le stime, riportate sinteticamente nella tabella a pag. 18, poggiano sulle seguenti principali assunzioni / proposte:

1. I minuti di cura complessivi ora riconosciuti nella convenzione Santésuisse Ticino / case per anziani, che definisce le tariffe a carico delle casse malati per ciascuno dei

cinque attuali gradi di dipendenza, verranno riconosciuti anche nell'ambito del nuovo ordinamento di finanziamento delle cure basato su dodici livelli di bisogno terapeutico. L'ipotesi è che, sul piano cantonale e per quanto riguarda le entrate dalle casse malati, il passaggio dal vigente al nuovo ordinamento debba risultare neutro sul piano dei minuti complessivi di presa a carico, ma non sul versante finanziario, conseguentemente all'impostazione data al nuovo ordinamento a livello federale. Il vincolo della neutralità dei costi è già stato infatti considerato dal Consiglio federale per determinare le nuove tariffe AOMS uniformi a livello nazionale.

2. I contributi comunali volontari per "calmierare" le rette delle case per anziani non finanziate (convenzioni Cpa non finanziate / Comuni) vengono previsti anche nel nuovo regime, ma dimezzati rispetto ad oggi.

Le attuali convenzioni non distinguono tra contributo per le prestazioni di cura e contributo per le prestazioni di albergheria, ma definiscono un forfait. Considerato che ciascuno di questi due gruppi di prestazioni equivale in termini finanziari al 50% ca. dei costi complessivi, si ipotizza anche per il contributo volontario comunale la medesima ripartizione. Perciò, con l'entrata in vigore del nuovo ordinamento, viene a cadere la componente cure (50%) del contributo volontario comunale. Le entrate da AGI devono essere interamente considerate nella componente alberghiera.

Nel valutare questo elemento, si tenga conto che esso non ha un effetto uniforme sui Comuni, ma solo su quelli che hanno siglato una convenzione (nel 2008: 56).

3. La quantità delle prestazioni di cura ambulatoriali erogate sul territorio cantonale da infermieri indipendenti e dagli spitex si manterrà ai livelli registrati nel 2008. Si esclude quindi un effetto incrementale significativo generato dall'introduzione del contributo ("finanziamento residuo") a carico dell'ente pubblico, rispettivamente si prevede la possibilità di pianificare la quantità delle prestazioni ambulatoriali da parte del Cantone.

4. La quota parte a carico dell'ente pubblico (Cantone + Comuni) dei costi relativi alla nuova prestazione cure "*acute e transitorie*" sarà compresa nel breve termine nella somma dei contributi globali (circa 3,2 milioni di franchi) che oggi vengono assegnati per il finanziamento dei quattro reparti "*alto contenuto sanitario*" di Arzo, Cevio, Castelrotto e Sonvico. Quindi, per il 2011 si ipotizza un effetto solo sostitutivo tra le due prestazioni.

Si tratta di un'ipotesi che deve essere rivista nel medio termine, a dipendenza della possibilità reale del Cantone di pianificare in questo settore e, più in generale, nel settore delle cure post-acute. Nel breve periodo (2011), per contro, l'ipotesi del solo effetto sostitutivo appare verosimile, per il fatto che la nuova prestazione non potrà essere comunque erogata senza una apposita convenzione Santésuisse / fornitori della prestazione, con il coinvolgimento del Cantone per il riconoscimento dei relativi costi.

Per quanto riguarda il versante ambulatoriale, non essendo disponibili al momento elementi per stimare la quantità delle prescrizioni di cure "*acute e transitorie*" da parte dei medici ospedalieri, come prima misura di regolazione si propone di limitare il mandato ai soli infermieri che hanno una formazione aggiuntiva a quella di base (infermiera/e in salute pubblica o altre specializzazioni).

5. La partecipazione dell'utente non sarà introdotta per le prestazioni fornite da infermieri indipendenti e organizzazioni di cure a domicilio, come raccomandato della CDS, al fine di incentivare la permanenza a domicilio dell'anziano.
6. La chiave di ripartizione della spesa tra Cantone (1/5) e Comuni (4/5) sarà mantenuta anche per la spesa aggiuntiva connessa con il nuovo ordinamento.

Considerato l'attuale meccanismo di ripartizione nel settore anziani²¹, il Gruppo di lavoro è dell'avviso che occorrerà mantenere separato l'addebito al Comune dei contributi connessi col finanziamento delle case per anziani riconosciute per l'intera gestione, rispetto all'addebito connesso col finanziamento delle case per anziani riconosciute per le sole prestazioni di cura.

7. Le disposizioni transitorie alla legge sul nuovo ordinamento prevedono, al cpv. 2: *“Le tariffe e le convenzioni tariffali vigenti all'entrata in vigore della presente modifica devono essere adattate entro tre anni agli importi fissati dal Consiglio federale. I governi cantonali disciplinano tale adattamento”*. L'ipotesi di lavoro è che gli importi fissati dal Consiglio federale tramite l'Ordinanza del DFI del 24 giugno 2009 (cfr. indietro, punto 1.2.3., pag. 6) entrino in vigore nel nostro Cantone dal 1.1.2011, considerato che lo scarto con le tariffe attuali non è tale da giustificare un adattamento graduale.

Sintesi delle stime d'impatto finanziario del nuovo ordinamento delle cure basate sulle assunzioni / proposte sopra esposte:

Settori	Totale	Cantone	Comuni
Case per anziani			
- Cpa finanziate secondo LANz	-5'360'000	-1'070'000	-4'290'000
- Cpa al momento non finanziate secondo LANz			
a) Finanziamento delle cure (nuovo art. 25a LAMal)	8'880'000	1'780'000	7'100'000
b) Contributi comunali (convenzioni Cpa - Comuni)	-2'290'000	0	-2'290'000
Ambulatoriale			
- SACD	-2'090'000	-420'000	-1'670'000
- Spitex	2'130'000	430'000	1'700'000
- Infermiere/i indipendenti	4'330'000	860'000	3'470'000
Istituto assicurazioni sociali			
- Maggiore spesa per attuali beneficiari PC	0	0	0
- Maggiore spesa per i nuovi beneficiari PC	0	0	0
- Maggiore spesa per premio assicurazione malattia	0	0	0
IMPATTO COMPLESSIVO STIMATO	5'600'000	1'580'000	4'020'000

- Gli importi di segno **positivo** indicano una **maggiore spesa**
- Gli importi di segno **negativo** indicano una **minore spesa**
- Chiave di ripartizione nei settori case per anziani e ambulatoriale: **1/5 Cantone; 4/5 Comuni**
- I calcoli sono effettuati su base annua e con riferimento ai dati di preventivo 2009

Da queste stime risulta un impatto finanziario, tutto sommato, relativamente contenuto.

²¹ La Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività sociali a favore delle persone anziane, del 25 giugno 1973, prevede:

Art. 6a ¹ I Comuni si assumono complessivamente i quattro quinti della somma dei contributi globali di cui all'art. 6 di tutti gli istituti riconosciuti dal Cantone.

² La metà di questa quota viene ripartita tra i Comuni in base alle giornate di presenza di ciascun ospite domiciliato, fermo restando che per questa parte il contributo di ogni singolo Comune non può superare il 6% del suo gettito d'imposta cantonale.

³ L'altra metà, maggiorata degli importi che superano il 6% del gettito d'imposta cantonale del Comune di cui al capoverso precedente, viene assunta dai Comuni nella misura corrispondente ad una percentuale uniforme del loro gettito d'imposta cantonale.

⁴ Il quinto rimanente viene assunto dal Cantone.

Il contenimento dell'impatto finanziario deriva, in particolare, dal fatto che le tariffe a carico dell'AOMS, stabilite dal Consiglio federale sulla base del costo medio delle prestazioni di cura a livello svizzero, risultano superiori a quelle attualmente previste dalle convenzioni tra Santésuisse Ticino, le case per anziani e i SACD. Di conseguenza, come risulta chiaro dalla tabella sopra, si ha una minore spesa pubblica relativamente alle strutture attualmente finanziate (Cpa finanziate e SACD), che compensa in parte la maggiore spesa per i nuovi soggetti finanziati (Cpa non finanziate, spitex e infermieri indipendenti). L'impatto finanziario sul versante delle PC risulta nullo, per quanto detto al punto 3.2.1., pag. 12.

Il Gruppo di lavoro ritiene opportuno rimarcare che a questo maggior onere finanziario per l'ente pubblico fa da contrappeso la possibilità, per il medesimo ente pubblico, di esercitare un maggiore e uniforme controllo sulla qualità, sull'efficacia e sull'economicità delle prestazioni in tutto il settore delle cure di lunga durata²².

3.6 Necessità di adeguamenti strutturali e impatto finanziario sugli altri attori

Questo paragrafo riporta sinteticamente le prime valutazioni che possono essere fatte sulla base degli elementi d'informazione al momento disponibili e delle medesime ipotesi assunte per stimare l'impatto finanziario sul Cantone e sui Comuni. Il punto di vista è quello del soggetto considerato.

Cpa finanziate

Nessuna conseguenza di rilievo, per due ragioni:

1. nei contratti di prestazione, i ricavi sono considerati come fattore esogeno, quindi non contribuiscono all'utile o alla perdita d'esercizio: il sistema è basato sui costi standard e non sui prezzi (costi - ricavi) standard. Di conseguenza, l'incremento delle entrate da casse malati, ha ripercussione solo sull'ente che eroga i contributi;
2. soddisfano già le esigenze richieste nell'ambito del nuovo regime, anche in termini di strumenti di gestione (contabilità analitica, sistema multidimensionale di valutazione dei bisogni RAI), per cui non devono fare nuovi investimenti in questa direzione.

Cpa non finanziate

Conseguenze limitate:

1. per quanto riguarda i ricavi relativi alla gestione delle cure, stesso ragionamento come per le Cpa finanziate, nel senso che per la determinazione del finanziamento residuo a carico dell'ente pubblico si farà riferimento ai costi;
2. riguardo gli strumenti di gestione, in questo ambito occorreranno limitati investimenti per il loro adeguamento;
3. acquisiranno una maggiore sicurezza finanziaria, ma dovranno risultare più trasparenti, uniformi e aperte ai controlli della qualità e dell'economicità delle prestazioni di cura;
4. dovranno adeguare i parametri strutturali quantitativi e qualitativi relativi al personale di cura.

Il finanziamento dell'ente pubblico compensa i maggiori costi connessi con i punti 2 e, in particolare, 4.

²² In quest'ottica, assume particolare rilevanza il nuovo art. 8a OPre. Esso dispone che gli assicuratori malattia e i fornitori di cure ambulatoriali debbono convenire una procedura di controllo e di conciliazione per la verifica della valutazione dei bisogni e il controllo dell'adeguatezza e dell'economicità delle prestazioni. In assenza di una convenzione in tal senso, il governo cantonale, sentite le parti, stabilisce la procedura in questione.

SACD

Come per le Cpa finanziate.

La non introduzione della partecipazione dell'utente ai costi di cura evita - come detto - costi amministrativi aggiuntivi per i fornitori di prestazioni, per gli assicuratori malattia e per il Cantone. Il caso contrario richiederebbe un nuovo e complesso sistema di fatturazione, poiché il parametro di calcolo della partecipazione dell'utente è il giorno di cura, mentre quello della fatturazione delle prestazioni è l'ora di presa a carico.

Spitex

Il cambiamento maggiore è costituito dalla necessità di adeguamento a tutta una serie di requisiti: dotazione di strumenti contabili-amministrativi (contabilità analitica, sistemi di raccolta dati, ecc.), strumento di valutazione dei bisogni RAI-HC[®] e agli altri requisiti di qualità richiesti per poter ottenere il finanziamento dell'ente pubblico, che sono aggiuntivi rispetto a quelli a carattere autorizzativi previsti dalla Legge sanitaria.

A livello finanziario non dovrebbero esserci cambiamenti rilevanti: i maggiori costi dovuti alla necessità di rispettare i requisiti sopra citati e per l'adozione di un contratto collettivo di lavoro in linea con quello dei SACD verrebbero compensati dal contributo dall'ente pubblico. Questo vale a livello generale. A livello di singola organizzazione, essendoci differenze anche significative sul piano dell'economicità delle prestazioni, occorrerà calibrare adeguatamente i contributi globali e definire le disposizioni contrattuali in maniera tale da evitare speculazioni sul piano finanziario ed effetti perversi sul piano della qualità delle prestazioni, tenuto conto che sono organizzazioni con scopo di lucro.

Infermieri indipendenti

Come per gli *spitex*, si pone la necessità di adeguamento a tutta una serie di requisiti sul piano degli strumenti contabili-amministrativi e gestionali.

Le nuove tariffe casse malati sono più basse rispetto a quelle previste dall'attuale convenzione con Santésuisse. Il finanziamento residuo a carico dell'ente pubblico compensa questa minore entrata da casse malati e i maggiori costi derivanti dalla necessità di conformarsi ai nuovi requisiti di qualità (strumenti, procedure, rilevazione dati).

Centri diurni terapeutici

In base al nuovo ordinamento, i centri diurni terapeutici, pur essendo considerati delle strutture ambulatoriali, sono finanziati dalle casse malati come le case per anziani (contributo giornaliero differenziato in base a 12 livelli di bisogno di cure). Ciò significa che queste strutture dovranno dotarsi:

1. del sistema di rilevazione multidimensionale dei bisogni RAI-NH[®] e del modulo RAI-RUG's[®] ;
2. di un sistema di contabilità analitica, seppur semplificato, per documentare il costo delle prestazioni di cura;
3. di un sistema di fatturazione adeguato.

Anche in questo caso, le nuove tariffe casse malati e, in termini residuali, il contributo dell'ente pubblico compenseranno i maggiori costi derivanti dagli adeguamenti strutturali summenzionati.

Utenti Cpa finanziate

In generale, dato che il nuovo ordinamento federale plafona di fatto la retta massima giornaliera delle Cpa finanziate nel nostro Cantone a circa 150 franchi (max Fr. 130 ca.

per i costi di albergheria²³ + max Fr. 21.60 per i costi delle cure), avremo le seguenti conseguenze dal punto di vista degli utenti:

1. un effetto positivo per il gruppo di utenti con una capacità finanziaria che oggi li porta a pagare una retta maggiore di 150 franchi²⁴;
2. nessun effetto per il gruppo di utenti beneficiari di PC²⁵, poiché ribalteranno sulle PC anche questa partecipazione ai costi delle cure (in aggiunta alla partecipazione di cui all'art. 64 LAMal: franchigia + 10%);
3. nessun effetto neppure per il gruppo di utenti con una situazione finanziaria intermedia²⁶, in quanto continueranno a pagare la medesima retta di oggi.

Questo, in termini di effetto medio su ogni singolo gruppo di utenti. All'interno dei gruppi 1 e 2 l'effetto risulta differenziato per il fatto che la partecipazione dell'utente ai costi delle cure ha un massimo assoluto generale in Fr. 21.60 (pari al 20% della tariffa massima AOMS), ma non può in ogni caso superare il costo analitico della prestazione non coperto dall'AOMS per ogni singolo grado di dipendenza (limite massimo soggettivo, che comporta la differenziazione della retta in relazione al grado di dipendenza). Per cui, in questi due gruppi e rispetto alla situazione attuale, vi è anche un effetto di abbattimento del grado di solidarietà tra utenti sul piano della copertura dei costi delle cure.

Utenti Cpa non finanziate

Come per gli utenti delle Cpa finanziate, con la differenza che il parametro rispetto al quale determinare i 3 gruppi²⁷ non è Fr. 150.--, ma un importo verosimilmente più alto e fortemente differenziato per struttura, essendo pari alla seguente somma: "costo analitico delle prestazioni non-LAMal + max Fr. 21.60).

Sul piano della qualità, limitatamente alle cure, gli utenti delle Cpa non finanziate usufruiranno di prestazioni uniformi a quelle degli utenti delle Cpa finanziate.

Utenti cure ambulatoriali

Nessun cambiamento, nel caso in cui, come raccomandato dalla CDS, il Cantone non introdurrà il contributo giornaliero dell'utente ai costi delle cure.

L'introduzione avrebbe le seguenti conseguenze dal punto di vista degli utenti:

1. nessun effetto per il gruppo di utenti beneficiari di PC²⁸, poiché ribalteranno sulle PC il contributo giornaliero ai costi delle cure (in aggiunta alla partecipazione di cui all'art. 64 LAMal: franchigia + partecipazione del 10%);
2. un effetto negativo e lineare (non proporzionato cioè alla capacità finanziaria) per tutti gli altri utenti, in quanto il sistema attuale non conosce questo contributo.

Sul piano della qualità, gli utenti delle cure ambulatoriali potranno usufruire di prestazioni uniformi, indipendentemente dal tipo di fornitore della prestazione.

²³ Fr. 130.— circa è il costo analitico medio stimato 2009 delle prestazioni NON LAMal (costi di albergheria e assistenza) nelle Cpa finanziate.

²⁴ Si tratta di 234 utenti, su un totale di 3'340, in base alla liste degli ospiti allegata ai preventivi 2010.

²⁵ Si tratta di 1567 utenti, in base alla liste degli ospiti allegata ai preventivi 2010.

²⁶ Si tratta di 1'539 utenti, in base alla lista degli ospiti allegata ai preventivi 2010.

²⁷ Nelle Cpa non finanziate possiamo stimare i beneficiari di PC in circa 260.

²⁸ Possono essere stimati in circa il 20% del totale (8500), ossia 1700.

Casse malati

Per le casse malati in Ticino il nuovo regime di finanziamento comporterà un maggiore esborso rispetto alla situazione attuale.

3.7 Necessità di adeguamento della legislazione cantonale

Con l'ausilio del servizio giuridico del DSS è stata effettuata una verifica di dettaglio delle necessità di adeguamento delle leggi cantonali interessate dal nuovo ordinamento federale del finanziamento delle cure.

Legge anziani

Per l'adeguamento della LANz sono stati individuati i seguenti principali elementi-guida:

- l'introduzione di una base legale esplicita per l'elaborazione di una pianificazione cantonale;
- la definizione dei requisiti cumulativi da soddisfare per ottenere il riconoscimento per l'intera gestione (situazione delle Cpa attualmente finanziate) o per le sole prestazioni di cura (situazione a partire dal 2011 per le Cpa attualmente non finanziate), quale presupposto per concludere un contratto di prestazione con il Cantone;
- l'adeguamento del sistema delle rette al nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, mantenendo le caratteristiche cantonali:
 - della retta differenziata in base al reddito e alla sostanza per la partecipazioni ai costi non LAMal (servizio alberghiero, animazione, ecc.), per i collocamenti a tempo indeterminato;
 - della retta onnicomprensiva fissa, per i collocamenti temporanei.

Considerato che la legge risale al 1973, si coglie l'occasione di questa revisione per proporre tutta una serie di modifiche di carattere formale e di aggiornamenti, il più importante dei quali è l'aumento da Fr. 100'000.-- a Fr. 500'000.-- del limite di competenza del Consiglio di Stato per gli investimenti. Ciò, in considerazione del numero di strutture che richiedono una manutenzione straordinaria legata soprattutto all'evoluzione delle norme igienico-sanitarie e di prevenzione antincendio. Il mantenimento del limite di Fr. 100'000.--, oltre il quale occorre attivare la procedura del messaggio parlamentare, comporterebbe già nel breve periodo un onere amministrativo considerevole.

Legge sull'assistenza e cura a domicilio

Per quanto attiene alla LACD, i principali elementi-guida per l'adeguamento sono risultati i seguenti:

- l'estensione del finanziamento dell'ente pubblico agli operatori e alle organizzazioni che erogano prestazioni di cura LAMal, indipendentemente dalla loro natura giuridica e dal loro scopo economico;
- la definizione e la distinzione dei fornitori di prestazioni in base alle prestazioni offerte;
- l'introduzione di una base legale esplicita per l'elaborazione di una pianificazione cantonale, con inclusi tutti i fornitori di prestazioni ambulatoriali;
- la definizione dei requisiti cumulativi per il riconoscimento dei servizi ambulatoriali e dei servizi d'appoggio, quale presupposto per concludere un contratto di prestazione con il Cantone;
- la limitazione del finanziamento degli investimenti ai soli servizi d'interesse pubblico (SACD).

Anche in questo caso, si coglie l'occasione per meglio definire la base legale della prestazione dell'aiuto diretto per il mantenimento a domicilio delle persone anziane e invalide. Sulla scorta dell'esperienza acquisita dalla sua introduzione nel 1994, s'intende meglio precisare le condizioni per beneficiare della prestazione e la procedura di ricorso.

Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi

La Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi del 14 marzo 1979 (LISPI), disciplina il coordinamento e il finanziamento di oltre 80 strutture per invalidi adulti e minorenni che fanno capo ad una trentina di enti di diritto privato. L'intervento diretto dell'ente pubblico in favore delle persone con handicap è invece garantito dal Centro abitativo e ricreativo e di lavoro (CARL), dai Centri psico-educativi (CPE), che rientrano sotto il cappello dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC) e dalle Scuole speciali cantonali.

Buona parte delle strutture che operano nel settore dell'handicap poggiano su delle modalità di funzionamento educative, che le caratterizzano come dei luoghi di vita piuttosto che come strutture di cura, anche se in talune situazioni devono essere garantite delle prestazioni sanitarie.

Nell'ultimo decennio, l'orientamento più mirato del CARL e di 5 strutture private (cfr. nota 9, fondo pag. 7) verso talune patologie ha spinto a chiedere agli assicuratori malattia un riconoscimento finanziario per l'importante quantità di cure erogate. Alcune di tali strutture beneficiavano già di convenzioni o accordi specifici con assicurazioni malattia o infortunio, per le altre è invece stata chiesta e ottenuta la sottoscrizione di una convenzione simile a quella degli istituti per anziani. Di conseguenza, esse hanno anche adottato gli strumenti necessari per raccogliere le informazioni relative alle cure erogate.

Nel 2009 gli assicuratori malattia o infortunio hanno versato circa 3 mio di franchi alle 5 strutture private, mentre il CARL ha incassato circa 2 mio di franchi. Le cure erogate dalle strutture private per minorenni beneficiano invece un contributo forfetario da parte della Legge sull'assicurazione per l'invalidità (unico contributo alle strutture mantenuto dopo l'entrata in vigore della NPC).

Ora, queste strutture stanno lavorando per adattare la raccolta dati e la modalità di fatturazione alle esigenze informative richieste a partire dal 2011, con l'obiettivo di poter mantenere i contributi attualmente ricevuti, senza tuttavia perdere di vista la realtà che li contraddistingue come luoghi di vita.

È infine stato discusso l'obbligo del finanziamento residuo delle cure per piccoli istituti che operano sul territorio cantonale ma che non sono riconosciuti ai sensi della LISPI. In questo momento non vi sono strutture per invalidi autorizzate ai sensi della LAMal che non sono riconosciute anche ai sensi della LISPI. In futuro si ritiene alquanto improbabile la nascita di strutture di questo tipo, poiché i contributi LAMal non ne permetterebbero l'esistenza, senza dei contributi LISPI per le altre prestazioni erogate. Si osserva inoltre che i criteri di funzionamento imposti dalla LAMal non sono facili da adempiere per piccole strutture che operano fuori dal panorama LISPI. Eventuali iniziative di questo genere potrebbero, in un primo momento, essere dirottate sotto il cappello della Legge sull'assistenza e la cura a domicilio, attraverso un intervento diretto dei servizi di assistenza e cura a domicilio per l'erogazione delle prestazioni di cura.

Tutto ciò considerato, allo stato attuale si ritiene dunque che la LISPI non necessiti di adeguamenti particolari in relazione al nuovo ordinamento federale del finanziamento delle cure.

4. LE CONCLUSIONI DEL CONSIGLIO DI STATO

Tenuto conto del rapporto del Gruppo di gruppo di lavoro, il Consiglio di Stato ha fatto proprie le seguenti principali conclusioni:

1. La nuova prestazione delle cure *“acute e transitorie”* non è sostitutiva, bensì complementare agli attuali reparti ad *“alto contenuto sanitario”* sviluppati in Ticino dal 2004. L'introduzione, rispettivamente il mantenimento di queste due forme di presa a carico sono funzionali alla necessità di completare l'offerta in ambito geriatrico con l'obiettivo di limitare il più possibile la degenza impropria nelle strutture ospedaliere acute. Questa soluzione consente inoltre al Cantone di coniugare il principio dell'equità territoriale con l'esigenza dell'economicità della prestazione nel definire gli erogatori delle cure *“acute e transitorie”*.
2. Per le persone residenti in casa per anziani, nel nuovo ordinamento del finanziamento delle cure può e deve essere mantenuto il nostro sistema della retta differenziata in base al reddito e alla sostanza. La differenziazione va applicata alla componente alberghiera della retta.
3. Nel settore delle cure a domicilio, deve essere preminente l'obiettivo di favorire il mantenimento a domicilio, secondo il principio *“l'ambulatoriale prima dell'istituto”*. Va quindi seguita la raccomandazione della CDS di non introdurre la partecipazione dell'utente ai costi di cura secondo il nuovo ordinamento.
4. L'estensione del finanziamento al settore privato per le prestazioni di cura, prevista dal nuovo ordinamento, 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 delle prestazioni. A tal fine, considerata l'attuale base legale cantonale, si rende necessario introdurre nella Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) una norma che consenta al Cantone di regolare l'offerta di tutti i fornitori di prestazioni ambulatoriali.
5. Il forte incremento dei fornitori di prestazioni di cure di lunga durata che, in base al nuovo ordinamento, dovranno essere finanziati, regolati e controllati dai Cantoni, nonché l'ampliamento del catalogo delle prestazioni, con l'introduzione delle cure *“acute e transitorie”*, richiedono un adeguamento importante delle unità amministrative cantonali interessate. Sulla base del rapporto intermedio del 4 maggio 2009 di questo gruppo di lavoro, il Consiglio di Stato ha autorizzato l'assunzione di 3 nuovi *“controllori di gestione”* nell'ambito dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio. Si rende ora necessario potenziare il Servizio di vigilanza e qualità dell'Ufficio del medico cantonale con 2 unità supplementari, per consentirgli di svolgere in maniera adeguata il mandato istituzionale nell'ambito della LAMal e della Legge sanitaria. Il potenziamento va concretizzato entro fine 2010.
6. Al maggior onere finanziario per l'ente pubblico cantonale - tutto sommato contenuto - fa da contrappeso la possibilità di esercitare nel nuovo ordinamento un maggiore e uniforme controllo sulla qualità, sull'efficacia e sull'economicità delle prestazioni in tutto il settore delle cure di lunga durata.
7. Le disposizioni transitorie alla legge del 13 giugno 2008 prevedono che le tariffe casse malati vigenti all'entrata in vigore del nuovo ordinamento debbano essere adattate entro tre anni agli importi fissati dal Consiglio federale, uniformi sul piano nazionale. La competenza di disciplinare tale adattamento è demandata ai governi cantonali. Al riguardo, si ritiene che le nuove tariffe federali possano entrare in vigore nel nostro Cantone dal 1.1.2011, reputando che lo scarto con le tariffe attuali non sia

tale da giustificare un adattamento graduale. Nel caso di scostamenti significativi rispetto alle ipotesi adottate, il Governo valuterà un'introduzione graduale delle nuove tariffe.

8. Il nuovo ordinamento richiede agli enti (in particolare ai nuovi soggetti finanziati) adeguamenti sul piano degli strumenti contabili - amministrativi (contabilità analitica, sistemi di rilevazione dati, di fatturazione, ecc.), di valutazione e quantificazione del bisogno terapeutico e delle procedure. Le nuove tariffe casse malati e, in termini residuali, il contributo dell'ente pubblico dovranno compensare i maggiori costi derivanti dagli adeguamenti strutturali summenzionati.
9. Dal punto di vista degli utenti, il nuovo ordinamento comporta il vantaggio, sul piano della qualità e del costo della cura, di poter usufruire di prestazioni uniformi, indipendentemente dalla natura giuridica del fornitore della prestazione. Inoltre, esso comporta un vantaggio per gli utenti con capacità finanziaria elevata, poiché il contributo giornaliero dell'utente alle cure è stato plafonato ad un importo (Fr. 21.60 nel settore case per anziani) indipendente dalla situazione reddituale e patrimoniale.
10. Il nuovo ordinamento federale del finanziamento delle cure comporta l'adeguamento della normativa cantonale, in particolare la modifica delle seguenti due leggi:
 - Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane, del 25 giugno 1973 (LAnz);
 - Legge sull'assistenza e cura a domicilio, del 16 dicembre 1997 (LACD).

5. PROPOSTE D'ADEGUAMENTO DELLA NORMATIVA CANTONALE

La necessità di adeguamento alla Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure del 13 giugno 2008, come pure l'ampiezza e la consistenza delle modifiche hanno consigliato la soluzione della formulazione di due nuove leggi, abrogative delle originarie.

In particolare, per quanto riguarda la LAnz, è stato integralmente rivisto il concetto della legge (si è passati dal concetto di sussidiamento al concetto di finanziamento e da quello di sussidio a quello di contributo), la sua struttura è stata modificata e sono state apportate modifiche a molti articoli. È stata inoltre colta l'occasione per eliminare norme obsolete o che non hanno mai trovato applicazione alcuna nella pratica (si consideri che la legge risale al 1973).

Per quanto riguarda la LACD, le modifiche sono importanti ma più contenute rispetto alla LAnz (legge molto più "giovane"). Parecchie norme sono state riviste a livello formale. Pertanto, anche in questo caso, la soluzione più semplice e opportuna è sembrata quella dell'abrogazione della legge attuale.

Infine, nel valutare l'opportunità di abrogare le due attuali leggi, si è considerato che non vi è una giurisprudenza tale ad esse ancorata da sconsigliarne l'abrogazione.

5.1 Commento ai singoli articoli

5.1.1 Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività sociali a favore delle persone anziane, del (nuova LAnz)

Ingresso

L'articolo 25a LAMal rappresenta la base legale federale che permette ai Cantoni di regolamentare il finanziamento residuo. Esso va pertanto menzionato nell'ingresso.

Art. 1 - Scopo

Tale norma è dedicata allo scopo della legge, che non differisce rispetto a quello definito nella norma originaria.

Art. 2 - Campo d'applicazione

Si tratta di una norma riformulata che definisce il campo d'applicazione della legge, precisandone i vari ambiti d'intervento.

Art. 3 - Persone anziane: definizione

Si tratta di una norma nuova che definisce le persone anziane come le persone che hanno raggiunto l'età che conferisce loro il diritto alla rendita di vecchiaia ai sensi della Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (LAVS). La formulazione proposta ("... età stabilita per il diritto alla rendita di vecchiaia.") permette di includere nella definizione anche le persone che, pur avendo raggiunto l'età che conferirebbe loro il diritto ad una rendita di vecchiaia, non ne hanno diritto per altri motivi.

Art. 4 - Strutture sociosanitarie: definizione

Si tratta di una norma nuova che definisce quali strutture possono essere considerate strutture sociosanitarie per anziani. Queste strutture sociosanitarie accolgono di regola persone anziane; tuttavia, in casi particolari di necessità, possono accogliere anche persone invalide non ancora in età AVS, per le quali quella in Cpa viene considerata la presa a carico più adeguata.

Art. 5 - Pianificazione cantonale

Si tratta di una norma che introduce un'esplicita base legale che permette al Consiglio di Stato di elaborare una pianificazione degli interventi a favore delle persone anziane; pianificazione che andrà poi sottoposta al Gran Consiglio per approvazione (cpv. 2), per uniformità con la pianificazioni del settore delle cure a domicilio.

Art. 6 - Riconoscimento

Questo articolo apre il Capitolo II della legge, dedicato al riconoscimento e al finanziamento.

Tale norma elenca i criteri che una struttura sociosanitaria deve soddisfare per poter ottenere il riconoscimento. L'articolo riprende in parte i criteri già attualmente applicati (ancorati in parte nella legge e in parte nel regolamento vigenti) e ne prevede alcuni nuovi, al fine di adeguare la norma alla situazione attuale. Per poter essere riconosciuta ogni struttura deve soddisfare cumulativamente i seguenti requisiti (in neretto, i nuovi):

- a) essere in possesso di un'autorizzazione d'esercizio ai sensi dell'art. 80 della Legge sanitaria (Lsan);
- b)** figurare nel Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal);
- c) rispondere ad un bisogno ai sensi della pianificazione cantonale (art. 5 LAnz);

- d) garantire l'accoglienza di persone anziane domiciliate nel Cantone senza discriminazioni;
- e) operare nel rispetto di criteri di economicità ed adeguatezza;
- f) disporre di attrezzature e personale adeguati;
- g) non perseguire scopo di lucro.

Art. 7 - Finanziamento per l'acquisto di terreni, la costruzione, la ristrutturazione e l'ampliamento

L'art. 7 riprende quanto già previsto dalla legge in vigore, aggiornando il contenuto della norma per quanto riguarda il limite di competenza del Consiglio di Stato, che è stato elevato a Fr. 500'000.--, in analogia ad altre leggi e per una semplificazione del lavoro amministrativo (cfr. sopra, pag. 22).

Art. 8 - Partecipazione dei Comuni all'onere a carico dell'ente proprietario

Tale disposto riprende sostanzialmente un principio già sancito dalla legge in vigore. La norma consacra il principio secondo cui il Comune di domicilio di una persona anziana è tenuto a contribuire al finanziamento dei costi a carico del Comune (o del consorzio) proprietario della struttura sociosanitaria riconosciuta in cui la persona anziana è ospite. Le modalità di calcolo di tale contributo sono definite dal Consiglio di Stato.

Art. 9 - Finanziamento per l'esercizio: principio

Si stabilisce che il finanziamento delle strutture riconosciute avviene attraverso la concessione di un contributo globale annuo stabilito tramite un contratto di prestazione sulla base dei compiti attribuiti all'ente gestore e della sua attività.

Tale norma riprende in forma più chiara e semplice quanto previsto dalla legge attualmente in vigore. In particolare non si riprende più la vecchia formulazione che definiva il contributo globale fisso e acquisito perché si tratta di una formulazione che rischia di trarre in inganno, in quanto in realtà nel contratto di prestazione si prevedono possibilità di adeguamenti (cfr. articolo 13 del regolamento d'applicazione in vigore). Le modalità di versamento del contributo sono precisate dal regolamento. Il capoverso 3 riprende quanto già previsto dalla legge in vigore. Al capoverso 4 si precisa che è possibile tener conto della capacità finanziaria dell'ente gestore della struttura, in particolare di eventuali interessi sul capitale costituito da donazioni che potrebbero diminuire gli oneri a carico della gestione corrente.

Art. 10 - Ripartizione del contributo globale per l'esercizio

La ripartizione è quella attuale: 4/5 a carico dei Comuni e 1/5 a carico del Cantone. La norma riprende (aggiornandolo) il tenore dell'attuale norma in vigore.

Art. 11 - Contributi a carico degli ospiti nelle strutture sociosanitarie riconosciute

Tale norma riprende in modo più completo quanto stabilito dalla legge in vigore. Il cpv. 1 precisa che le strutture sociosanitarie riconosciute devono prelevare contributi commisurati alle condizioni di reddito e di sostanza, così come al bisogno di cure della persona anziana, tenuto conto dell'importo massimo che si può addebitare all'assicurato per i costi delle cure ai sensi del nuovo art. 25a LAMal. Nel caso di soggiorni temporanei (cpv. 3) è invece preferibile non applicare il principio del contributo commisurato alle condizioni di reddito, in quanto tali forme di presa a carico rappresentano importanti misure di sostegno al mantenimento a domicilio, o contribuiscono a ritardare nel tempo il collocamento definitivo in casa per anziani e vanno pertanto incentivate. Inoltre l'anziano, anche durante il proprio soggiorno temporaneo, mantiene la propria abitazione e di conseguenza deve continuare a sostenerne le relative spese. Per i soggiorni temporanei si applicherà

pertanto un contributo fisso, equivalente alle spese effettive di presa a carico, senza distinzione tra contributo di cura e contributo alberghiero. Allo stesso modo, ai beneficiari di PC che risiedono nelle strutture sociosanitarie è fatturato il contributo minimo (cpv. 2).

Nel caso in cui la persona anziana percepisca un assegno per grandi invalidi secondo quanto stabilito dalla Legge federale sull'invalidità, tale assegno è destinato alla struttura sociosanitaria che la accoglie in proporzione ai giorni di presenza della persona anziana presso la stessa (cpv. 5). A tale proposito va rimarcato che conformemente a quanto indicato nelle raccomandazioni della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) del 22 ottobre 2009, nonché nel commento dell'Ordinanza sull'assicurazione malattia (OAMal) sul finanziamento delle cure, anche il Gruppo di lavoro istituito dal Consiglio di Stato ha ritenuto di condividere l'interpretazione che l'assegno di grande invalido non debba essere considerato nel computo delle entrate in deduzione delle spese di cura, ma vada invece a favore dell'istituto in diminuzione delle spese alberghiere (Rapporto del gruppo di lavoro istituito con Risoluzione governativa n. 5326 del 21 ottobre 2008, Bellinzona, marzo 2010, pagina 15).

Art. 12 - Finanziamento residuo delle cure: principio

Con la nuova Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, i Cantoni sono chiamati a regolamentare il finanziamento residuo, che viene esteso anche alle strutture sociosanitarie attualmente non riconosciute ai sensi della LANz.

La norma precisa che per le strutture che, pur soddisfacendo sei dei sette requisiti posti dall'art.6 della nuova legge, non possono essere riconosciute poiché non soddisfano l'ultimo criterio necessario al riconoscimento (gestione da parte di un ente senza scopo di lucro), il finanziamento da parte del Cantone si limita alla componente delle cure LAMal, a differenza di quanto accade per le strutture riconosciute, che sono invece finanziate per l'intera gestione (cure + albergheria).

Art. 13 - Ripartizione del contributo globale per il finanziamento residuo delle cure

Si tratta di una nuova disposizione che indica la suddivisione del contributo globale relativo al finanziamento residuo delle cure erogate dalle strutture non riconosciute: la chiave di riparto è la stessa applicata per le strutture riconosciute, vale a dire 4/5 a carico dei Comuni e 1/5 a carico del Cantone.

Nel valutare il limite del 6% del gettito d'imposta cantonale del singolo Comune (cpv.2) vanno considerati cumulativamente i contributi di cui agli artt. 10 e 13.

Art. 14 - Determinazione del contributo globale per il finanziamento residuo delle cure

La nuova norma determina il finanziamento residuo delle cure (di cui al precedente art. 12), che consiste nella copertura dei costi di cura non coperti dal contributo dell'assicurazione malattia (stabilito in relazione al bisogno di cura dal Consiglio federale) e dal contributo della persona anziana (che può arrivare al massimo al 20% del contributo della cassa malati, secondo quanto stabilito all'art. 25a cpv. 5 LAMal). Nel calcolare il contributo globale per tale finanziamento, il Consiglio di Stato tiene conto dei costi effettivi delle cure. Il cpv. 2 precisa quali siano le entrate che il Consiglio di Stato prende in considerazione nella determinazione del contributo globale.

Il cpv. 3 sancisce un principio molto importante: nei casi in cui il finanziamento si limita alle cure (e quindi nei casi in cui non si tratta di strutture sociosanitarie riconosciute), il costo di cura considerato non può in alcun caso essere superiore a quello delle strutture riconosciute per l'erogazione dello stesso tipo di cure.

Art. 15 - Partecipazione finanziaria per il finanziamento residuo delle cure nei casi di collocamenti fuori Cantone

Questa norma disciplina il finanziamento residuo delle cure da parte del Cantone di domicilio nei casi di collocamenti di anziani in istituti situati fuori dal cantone di domicilio e riconosciuti da altri cantoni. Nel caso del Canton Ticino si tratta delle persone anziane (circa 100), domiciliate prevalentemente nel Bellinzonese e Valli, che fanno capo a istituti situati nel Canton Grigioni, e più precisamente a Roveredo, Grono e Mesocco.

Nel commento alla modifica del 24 giugno 2009 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattia (OAMal, RS 832.102), relativamente all'abrogazione dell'art. 59a, si precisa che il finanziamento di un assicurato in una casa di cura situata fuori dal Cantone di domicilio deve essere disciplinato a livello cantonale. La partecipazione del Cantone non può in ogni caso essere superiore a quanto concesso dal Consiglio di Stato per lo stesso tipo di cure erogate da strutture sociosanitarie riconosciute situate in Ticino.

Art. 16 - Contributi a carico degli ospiti nelle strutture sociosanitarie

Tale disposto precisa che le strutture sociosanitarie finanziate unicamente per le cure devono prelevare contributi commisurati al bisogno di cure della persona anziana, tenendo conto dell'importo massimo del 20% del contributo alle cure da parte dell'assicurato fissato dal Consiglio federale, secondo quanto previsto dall'art. 25a cpv. 5 LAMal. La norma si riferisce unicamente alle rette destinate alla copertura della parte LAMal, mentre per la parte non LAMal non è prevista nessuna regola specifica e quindi la partecipazione è regolata tra la struttura e la persona anziana.

Art. 17 - Contributi da parte degli assicuratori malattia

L'articolo precisa che i contributi delle casse malati sono percepiti direttamente dalla struttura che ospita la persona anziana. Tali contributi sono fissati nel rispetto di quanto previsto all'art. 25a cpv. 4 LAMal.

Art. 18 - Istanza di compensazione

Tale disposto riprende quanto previsto dalla legge in vigore (vedi art. 6, cpv. 5 e 6).

Art. 19 - Vigilanza

Tale norma apre il capitolo dedicato alla vigilanza e ai requisiti che devono soddisfare le domande di finanziamento.

L'articolo stabilisce che l'autorità competente per esercitare la vigilanza sull'attività delle strutture sociosanitarie per le persone anziane è designata dal Consiglio di Stato.

Il cpv. 2 permette all'autorità competente d'intervenire, laddove lo reputi necessario, ordinando verifiche e revisioni nonché richiedendo i dati necessari.

Art. 20 - Approvazione dei contributi a carico delle persone anziane

La norma stabilisce che i contributi a carico delle persone anziane nelle strutture sociosanitarie riconosciute devono essere preventivamente sottoposte per approvazione all'autorità competente. L'articolo riprende quanto già stabilito dalla legge in vigore.

Art. 21 - Misure speciali

Questo articolo raggruppa in un'unica norma quanto stabilito all'art. 12 e all'art. 13 cpv. 1 della legge in vigore.

Il cpv. 1 stabilisce che nel decreto che concede i contributi e nel contratto di prestazione il Gran Consiglio e il Consiglio di Stato possono prevedere speciali misure di vigilanza, nei casi in cui tali misure appaiano giustificate in considerazione dell'ammontare del contributo, dell'interesse pubblico o della natura dell'ente finanziato.

Il cpv. 2 prevede la possibilità per il Consiglio di Stato di emanare norme concernenti i requisiti e l'organizzazione interna delle strutture sociosanitarie riconosciute, in particolare per quanto concerne le attrezzature e il personale.

Art. 22 - Rappresentanza dello Stato nelle strutture sociosanitarie

Tale norma, che riprende quanto previsto dalla legge in vigore, garantisce allo Stato una rappresentanza nell'organo amministrativo delle strutture sociosanitarie riconosciute.

Art. 23 - Requisiti della domanda di finanziamento

Questa norma, che riprende l'art. 16 della legge in vigore, stabilisce che le modalità di presentazione delle domande di finanziamento e la documentazione necessaria siano definite dal Consiglio di Stato.

Art. 24 - Consiglio degli anziani

Si tratta dell'unica norma del Capitolo quarto, dedicato al Consiglio degli anziani.

Essa riprende l'art. 30 del Regolamento d'applicazione della legge in vigore, che essendo un aspetto di rango legale è ora stato inserito nel testo di legge.

Il Consiglio degli anziani ha una funzione consultiva (cpv. 1). Tale Consiglio deve soddisfare cumulativamente alcuni requisiti (cpv. 2):

- a) non avere scopo di lucro;
- b) non perseguire fini politici né religiosi;
- c) rappresentare le persone anziane;
- d) perseguire gli obiettivi della presente legge.

Il Consiglio degli anziani beneficia di un contributo cantonale annuo fisso, stabilito dal Consiglio di Stato in ragione di 1 franco per ogni persona anziana (cpv. 3).

Art. 25 - Revoca del riconoscimento

Si tratta del primo articolo del Capitolo V sulla revoca del riconoscimento e la restituzione dei contributi. Tale norma, che riprende l'art. 18 della legge in vigore, prevede la possibilità per il Consiglio di Stato di revocare il riconoscimento nel caso in cui venissero a mancare le necessarie condizioni o di gravi irregolarità nella gestione della struttura sociosanitaria.

Art. 26 - Restituzione dei contributi

Il capoverso 1 di tale norma, che riprende l'art. 19 della legge in vigore, prevede la facoltà per il Consiglio di Stato di chiedere la restituzione dei contributi, dedotto il 5% della somma per ogni anno d'esercizio, quando:

- a) il contributo sia stato utilizzato per uno scopo diverso da quello per il quale è stato concesso;
- b) il beneficiario non rispetti quanto previsto dalla legge;
- c) la struttura sociosanitaria sia destinata ad altro scopo o alienata;
- d) il finanziamento sia stato ottenuto con motivazione o documentazione falsa.

Il cpv. 2 precisa che resta riservata l'azione penale.

Art. 27 - Rimedi di diritto

È data facoltà di ricorso contro le decisioni dell'autorità competente secondo la procedura stabilita dalla Legge di procedura per le cause amministrative.

5.1.2 Legge sull'assistenza e cura a domicilio, del (nuova LACD)

Ingresso

L'articolo 25a LAMal rappresenta la base legale federale che permette ai Cantoni di regolamentare il finanziamento residuo. Esso va pertanto menzionato nell'ingresso.

Art. 3 - Definizione delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio

In seguito alla modifica a livello federale è stato necessario modificare il capoverso 2. Il nuovo art. 3 cpv. 2 lett. a) fa riferimento all'art. 7 cpv. 2 dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre, RS 832.112.31), che definisce le prestazioni da considerare nell'ambito delle cure dispensate ambulatorialmente (o in una casa di cura). Queste prestazioni comprendono anche le cure acute e transitorie, che si compongono delle prestazioni di cui dall'art. 7 cpv. 2 OPre, ma hanno proprie modalità e intensità di erogazione (prescrizione da parte di un medico ospedaliero, durata massima di 2 settimane).

Art. 6 - Definizione dei fornitori delle prestazioni

Il capoverso 1 è stato modificato per consentire d'inglobare nella dizione "servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD)" anche gli infermieri indipendenti, oltre alle organizzazioni. Sono stati poi operati alcuni adeguamenti di carattere formale.

Art. 7 - Pianificazione cantonale

Si tratta di una norma che esplicita la base legale per l'elaborazione di una pianificazione cantonale, sul modello di quanto già previsto in altre leggi del settore sociosanitario.

A proposito di pianificazione, nel presente disegno si propone l'abrogazione della norma che prevede il diritto dei Comuni d'inoltrare ricorso al Gran Consiglio contro i contenuti e le modalità di adozione della pianificazione (art. 41 cpv. 2 e art. 7 cpv. 1 lett. c della legge in vigore). La pianificazione è una decisione di carattere prevalentemente politico, per cui il Gran Consiglio dispone di un ampio potere di apprezzamento. L'articolo 86 capoverso 3 della Legge sul Tribunale federale (LTF, RS 173.110) prevede che il legislatore cantonale è libero di designare un'autorità non giudiziaria come ultima istanza cantonale per le decisioni di carattere prevalentemente politico. Ad esempio possono rientrare nella categoria dell'art. 86 cpv. 3 LTF l'approvazione di regolamenti cantonali o di atti normativi comunali, gli atti di sorveglianza dei comuni, in particolare i regolamenti concernenti le finanze comunali e la perequazione finanziaria, gli atti di sorveglianza dell'amministrazione cantonale, le decisioni concernenti la pianificazione ospedaliera e sanitaria, i piani direttori e lo sviluppo del cantone (salvo nel caso in cui concernono progetti concreti). Il carattere politico preponderante è determinato dalla valutazione degli interessi presenti: da un lato le questioni giuridiche, dall'altro i problemi politici sull'esito della causa (YVES DONDALLAZ, *Loi sur le Tribunal fédéral Commentaire*, Berne 2008).

Anche nel Messaggio alla Legge sulla revisione della giurisdizione amministrativa (Messaggio 5994, pagina 2) del 13 novembre 2007 si precisa che *"è pertanto possibile sottrarre al giudizio di un'autorità giudiziaria cantonale solo quegli atti di governo, emanati dal Gran Consiglio o dal Consiglio di Stato, di natura essenzialmente politica, nei quali vi è un potere di apprezzamento estremamente ampio. Si tratta in particolare delle decisioni in materia di piano direttore cantonale, di diritto di grazia, di concessione e rifiuto di sussidi facoltativi da parte del Gran Consiglio e di aggregazioni comunali"*.

Degno di nota appare infine il fatto che negli scorsi anni non risulta che i Comuni abbiano fatto uso del loro diritto di ricorso in tale ambito.

Art. 11 - Requisiti e procedura di riconoscimento

Tale disposto regola la procedura di riconoscimento, stabilendo a quali condizioni il Consiglio di Stato può riconoscere i SACD e i servizi d'appoggio. Al capoverso 3 si regola la procedura di riconoscimento e si precisa la facoltà del Consiglio di Stato di revocare il riconoscimento qualora i requisiti non fossero più soddisfatti.

Art. 12 - Definizione dei comprensori SACD d'interesse pubblico

La norma riprende l'art. 9 della legge in vigore, precisando che la definizione di comprensori concerne unicamente i SACD d'interesse pubblico.

Art. 13 - Definizione dei SACD d'interesse pubblico

Si tratta di una nuova norma, che al cpv. 1 precisa che all'interno di un comprensorio il Consiglio di Stato riconosce un unico SACD d'interesse pubblico, al cpv. 2 precisa che un SACD d'interesse pubblico deve offrire tutte le prestazioni elencate all'art. 3 cpv. 2 della presente legge, oltre ad offrire un accesso indiscriminato a tali prestazioni e non avere scopo di lucro. Offrire un accesso indiscriminato alle prestazioni significa che un servizio non può penalizzare un utente in funzione ad esempio del suo luogo di residenza o della sua situazione finanziaria.

Artt. 14-27 - Caratteristiche e organizzazione dei SACD d'interesse pubblico

Si tratta di norme che riprendono principi già sanciti dalla legge in vigore.

Art. 28 - Prestazioni finanziate

Tale disposto precisa quali sono le prestazioni finanziate per i diversi servizi: i SACD d'interesse pubblico percepiscono contributi per tutte le prestazioni di assistenza e cura a domicilio (elencate all'art. 3 cpv. 2 del disegno di legge), mentre i SACD non d'interesse pubblico possono essere finanziati unicamente per le prestazioni di cura di cui all'art. 3 cpv. 2 lett. a). I servizi d'appoggio riconosciuti percepiscono contributi per tutte le prestazioni di supporto di cui all'art. 4 della presente legge. Il cpv. 3 è la base legale che permetterà al Consiglio di Stato di precisare, tramite regolamento, requisiti e criteri per la commisurazione del contributo.

Art. 29 - Requisiti per il finanziamento

Tale norma fissa i requisiti per il finanziamento: il servizio deve essere riconosciuto e offrire prestazioni conformi alla legge e a quanto stabilito dalla pianificazione.

Art. 30 - Contributi degli utenti SACD

La norma stabilisce (cpv. 1) che, per le prestazioni di cura di cui all'art. 3 cpv. 2 lett. a del presente disegno di legge, i SACD non possono prelevare alcun contributo dall'utente.

L'art. 25a cpv. 5 LAMal lascia ai Cantoni la facoltà d'introdurre o meno il contributo dell'utente ai costi di cura. La scelta del Consiglio di Stato è di scartare la possibilità di chiedere tale contributo, ritenendolo un onere supplementare senza contropartita a carico dell'utente e una misura in controtendenza con l'obiettivo di favorire il mantenimento a domicilio. Anche in questo caso va rimarcato che, conformemente alle raccomandazioni della Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità del 22 ottobre 2009 (Recommandation 2f), anche il Gruppo di lavoro istituito dal Consiglio di Stato ha proposto di rinunciare all'introduzione del contributo giornaliero dell'utente ai costi delle cure ambulatoriali (Rapporto del gruppo di lavoro istituito con Risoluzione governativa n. 5326 del 21 ottobre 2008, Bellinzona, marzo 2010, pagina 15).

La norma precisa (cpv. 2) che i SACD d'interesse pubblico prelevano, per contro, un contributo dall'utente per gli aiuti di economia domestica (art. 3 cpv. 2 lett. b del disegno di

legge). Il cpv. 3 stabilisce la commisurazione di tale contributo alla situazione finanziaria del beneficiario. Per aiuti di minima entità (come ad esempio la custodia della chiave di casa), può essere prelevato un contributo minimo fisso.

Art. 31 - Contributi degli utenti per i servizi d'appoggio

I servizi d'appoggio riconosciuti prelevano un contributo da parte dell'utente, che deve essere commisurato al reddito (ad esempio per i pasti). In alcuni casi (ad esempio per prestazioni di consulenza), i servizi d'appoggio non prelevano alcun contributo.

Art. 34 - Spese per investimenti

I contributi per spese d'investimento possono essere concessi unicamente ai SACD d'interesse pubblico e ai servizi d'appoggio riconosciuti.

Artt. 36-43 - Spese d'esercizio e acquisto di attrezzature

Sono norme che riprendono, aggiornandone le formulazioni, quanto già previsto dagli artt. 33 - 39 della legge vigente.

Art. 44 - Aiuti diretti per il mantenimento a domicilio

Tale norma precisa la nozione di aiuto diretto, specificandone gli aventi diritto, le condizioni a cui tale aiuto è concesso, l'ammontare massimo, eccetera. Si tratta di un articolo che codifica quanto già stabilito dall'art. 40 della legge attuale, precisando l'estensione e i contorni del diritto all'aiuto diretto.

Art. 45 - Rimedi di diritto: in materia di riconoscimento

La norma prevede la possibilità di presentare ricorso contro le decisioni in ambito di riconoscimento.

Art. 46 - Rimedi di diritto: in materia di finanziamento

La norma sancisce la possibilità (nuova) d'inoltrare reclamo contro le decisioni in ambito di finanziamento (sia in ambito di aiuti diretti che di contributi). Contro il reclamo è poi data facoltà di ricorso; la procedura è retta dalla Legge di procedura per le cause amministrative.

Art. 47 - Rimedi di diritto: in materia di prestazioni

La norma tratta del diritto di ricorso contro le decisioni concernenti l'erogazione di prestazioni di assistenza e cura a domicilio (la procedura è retta dalla Legge di procedura per le cause amministrative).

Art. 48 - Norma transitoria

Tale norma transitoria vuole permettere ai servizi che potranno essere finanziati per le prestazioni di cura ai sensi del disegno di legge di beneficiare del tempo necessario per potersi adeguare ai requisiti previsti dal disegno di legge per poter essere finanziati.

6. RIPERCUSSIONI FINANZIARIE E RELAZIONE CON LE LINEE DIRETTIVE E IL PIANO FINANZIARIO

a) Relazione con le Linee direttive

La revisione della normativa cantonale oggetto del presente messaggio si configura come adeguamento al diritto federale. Essa è conforme con le **Linee direttive 2008-2011**, Secondo aggiornamento, dicembre 2009, DSS, Scheda n. 6 (nuova): *Modifiche LAMal: finanziamento ospedali, cure di lunga durata, insolventi*.

b) Relazione con il Piano finanziario degli investimenti

Non sono previste **spese d'investimento** supplementari.

c) Conseguenze finanziarie sulla gestione corrente

- Conseguenze sulla gestione corrente dello Stato: come esposto in maniera dettagliata nel paragrafo 3.5., viene stimata una maggior spesa complessiva netta a carico del Cantone di ca. 1,6 milioni di franchi per contributi agli enti. Questa stima è subordinata a tutta una serie di assunzioni, pure dettagliate nel paragrafo sopra richiamato, per cui l'affidabilità del dato è ad esse subordinata.
- Conseguenze sul personale: per le due unità di personale supplementare previste per il Servizio vigilanza e qualità dell'Ufficio del medico cantonale (cfr. paragrafo 3.4.) è stimata una maggior spesa di ca. 200 mila franchi.
- Conseguenze sulla gestione corrente dei Comuni: come esposto in maniera dettagliata nel paragrafo 3.5., viene stimata una maggior spesa complessiva netta a carico dei Comuni di ca. 4,0 milioni per contributi agli enti. Per questa stima valgono le medesime limitazioni sull'affidabilità del dato relative alla maggior spesa stimata per il Cantone.

d) Compatibilità con le altre leggi cantonali e federali e con il diritto europeo

Non si segnalano incompatibilità con le altre leggi e con il diritto superiore.

Per le considerazioni che precedono, vi invitiamo a voler approvare le modifiche di legge proposte con il presente messaggio.

Vogliate gradire, signor Presidente, signore e signori deputati, l'espressione della nostra massima stima.

Per il Consiglio di Stato:

Il Presidente, L. Pedrazzini

Il Cancelliere, G. Gianella

Disegno di

LEGGE

concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LAnz)

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il messaggio 24 agosto 2010 n. 6390 del Consiglio di Stato;
- visto l'art. 25a della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal),

d e c r e t a :

Capitolo primo - Parte generale

Art. 1

A. Scopo

¹La presente legge ha lo scopo di promuovere, coordinare e disciplinare le attività degli enti che operano a favore delle persone anziane.

²Il Cantone persegue tale scopo tramite:

- a) la concessione di contributi ad enti di diritto pubblico e di diritto privato che svolgono attività a favore delle persone anziane nel quadro della presente legge;
- b) iniziative proprie.

Art. 2

B. Campo d'applicazione

Sono considerate attività a favore delle persone anziane ai sensi della presente legge:

- a) la costruzione, l'acquisto, la ristrutturazione e l'ampliamento di strutture sociosanitarie;
- b) la gestione di strutture sociosanitarie;
- c) la realizzazione di progetti che perseguono lo scopo della presente legge;
- d) l'attività del Consiglio degli anziani.

Art. 3

C. Definizioni

I. Persone anziane

Sono considerate persone anziane ai sensi della presente legge le persone che in base alla Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti (LAVS) hanno l'età stabilita per il diritto alla rendita di vecchiaia.

Art. 4

II. Strutture
sociosanitarie

Sono considerate strutture sociosanitarie ai sensi della presente legge le strutture che accolgono di regola persone anziane, parzialmente o completamente non autosufficienti, che manifestano un bisogno di cura, assistenza o sostegno in un ambiente protetto.

Art. 5

**D. Pianificazione
cantonale**

¹Al fine di garantire un'adeguata risposta ai differenti bisogni e un'equa distribuzione dell'offerta delle attività a favore delle persone anziane, il Consiglio di Stato rileva i bisogni esistenti e fissa l'ordine di priorità degli interventi da sostenere.

²La pianificazione di questi interventi è sottoposta per approvazione al Gran Consiglio.

Capitolo secondo - Riconoscimento e finanziamento

Art. 6

A. Riconoscimento

¹Ogni struttura sociosanitaria può essere riconosciuta ai sensi della presente legge se adempie cumulativamente i seguenti requisiti:

- a) è in possesso di un'autorizzazione d'esercizio ai sensi dell'articolo 80 della Legge sanitaria del 18 aprile 1989;
- b) figura nel Decreto legislativo concernente l'elenco degli istituti autorizzati ad esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (art. 39 LAMal cpv. 3);
- c) risponde ad un bisogno ai sensi della pianificazione cantonale prevista all'art. 5 della presente legge;
- d) garantisce l'accoglienza di persone anziane domiciliate nel Cantone senza discriminazione di alcun tipo;
- e) opera nel rispetto di criteri di economicità e di adeguatezza delle prestazioni ritenuti dall'autorità competente;
- f) dispone di attrezzature e di personale adeguati secondo parametri stabiliti dall'autorità competente;
- g) non persegue scopo di lucro.

²Il Consiglio di Stato stabilisce la procedura e le competenze in ambito di riconoscimento.

Art. 7

B. Finanziamento
I. Finanziamento per
l'acquisto di terreni, la
costruzione, la
ristrutturazione e
l'ampliamento
1. Principio

¹Un contributo fino ad un massimo del 70% del costo stabilito a preventivo può essere concesso per l'acquisto di terreni o edifici destinati alla realizzazione di strutture sociosanitarie, la costruzione, la ristrutturazione nonché l'ampliamento delle stesse.

²I criteri per la commisurazione del contributo sono stabiliti dal Consiglio di Stato; nella commisurazione del contributo si tiene conto della capacità finanziaria dell'ente gestore della struttura sociosanitaria in questione e di eventuali partecipazioni finanziarie concesse da altri enti.

³La concessione del contributo è di competenza del Consiglio di Stato fino a fr. 500'000.-- e del Gran Consiglio per una somma superiore.

Art. 8

2. Partecipazione dei Comuni all'onere a carico dell'ente proprietario

¹Il Comune o Consorzio proprietario di una struttura sociosanitaria riconosciuta che accoglie una persona anziana domiciliata in un altro Comune è autorizzato, previo accordo ratificato dall'autorità competente, a chiedere al Comune di domicilio una quota parte degli interessi e degli ammortamenti ipotecari derivanti da un investimento ai sensi dell'art. 7 della presente legge.

²Le modalità di calcolo sono stabilite dal Consiglio di Stato.

Art. 9

II. Finanziamento per l'esercizio 1. Principio

¹Il finanziamento delle strutture sociosanitarie riconosciute avviene attraverso la concessione di un contributo globale da parte dello Stato.

²Il contributo globale è stabilito annualmente dal Consiglio di Stato in un contratto di prestazione sulla base dei compiti attribuiti all'ente gestore della struttura sociosanitaria in questione.

³Nel calcolare il contributo globale il Consiglio di Stato tiene in particolare conto delle seguenti entrate:

- a) i contributi a carico degli ospiti ai sensi dell'art. 11 della presente legge;
- b) le partecipazioni degli assicuratori malattia;
- c) le prestazioni assicurative particolari;
- d) ogni altro ricavo stabilito dal Regolamento d'applicazione della presente legge.

⁴Nella determinazione del contributo globale è possibile tener conto della capacità finanziaria dell'ente gestore della struttura sociosanitaria.

Art. 10

2. Ripartizione del contributo globale per l'esercizio

¹I Comuni si assumono complessivamente i quattro quinti della somma dei contributi globali, il Cantone si assume il rimanente quinto.

²La metà della quota a carico dei Comuni è ripartita tra gli stessi in base alle giornate di presenza di ciascun ospite domiciliato, considerato che il contributo di ogni singolo Comune non può superare il 6% del suo gettito d'imposta cantonale.

³L'altra metà, maggiorata degli importi che superano il 6% del gettito d'imposta cantonale del Comune di cui al capoverso precedente, è assunta dai Comuni in una misura corrispondente ad una percentuale uniforme del loro gettito d'imposta cantonale.

⁴Le ulteriori modalità di calcolo sono stabilite dal Consiglio di Stato.

3. Contributi a carico degli ospiti nelle strutture sociosanitarie riconosciute

Art. 11

¹Ogni struttura sociosanitaria riconosciuta è tenuta a prelevare contributi commisurati alle condizioni di reddito e di sostanza così come al bisogno di cure della persona anziana; tali contributi devono rispettare il limite dell'importo massimo fissato all'art. 25a cpv. 5 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

²Nel caso in cui la persona anziana beneficia di prestazioni ai sensi della Legge sulle prestazioni complementari all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (LPC) è prelevato il contributo minimo.

³Nel caso di soggiorni temporanei è prelevato un contributo fisso.

⁴I contributi sono calcolati secondo quanto stabilito dal Consiglio di Stato.

⁵Ogni struttura sociosanitaria riconosciuta percepisce inoltre le prestazioni delle assicurazioni sociali per grandi invalidi, proporzionalmente ai giorni di presenza della persona anziana presso la struttura stessa.

Art. 12

**III. Finanziamento residuo delle cure
1. Principio**

¹Ogni struttura sociosanitaria che soddisfa cumulativamente i requisiti elencati dalla lettera a) alla lettera f) dell'articolo 6 della presente legge, è finanziata unicamente per i costi delle cure non coperti dalle assicurazioni sociali e dall'assicurato, secondo quanto stabilito dall'art. 25a cpv. 5 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

²Tale finanziamento avviene attraverso la concessione di un contributo globale stabilito in un contratto di prestazione.

Art. 13

2. Ripartizione del contributo globale per il finanziamento residuo delle cure

¹I Comuni si assumono complessivamente i quattro quinti della somma dei contributi globali, il Cantone si assume il rimanente quinto.

²La metà della quota a carico dei Comuni è ripartita tra gli stessi in base alle giornate di presenza di ciascun ospite domiciliato, considerato che il contributo di ogni singolo Comune non può superare il 6% del suo gettito d'imposta cantonale, tenuto anche conto del contributo ai sensi dell'art. 10 cpv. 2 della presente legge.

³L'altra metà, maggiorata degli importi che superano il 6% del gettito d'imposta cantonale del Comune di cui al capoverso precedente, è assunta dai Comuni in una misura corrispondente ad una percentuale uniforme del loro gettito d'imposta cantonale.

⁴Le ulteriori modalità di calcolo sono stabilite dal Consiglio di Stato.

Art. 14

3. Determinazione del contributo globale per il finanziamento residuo delle cure

¹Nel calcolare il contributo globale per il finanziamento residuo delle cure, il Consiglio di Stato tiene conto dei costi effettivi delle cure.

²Nel calcolare il contributo globale, il Consiglio di Stato tiene in particolare conto delle seguenti entrate:

- a) i contributi a carico della persona anziana ai sensi dell'art. 16 della presente legge;
- b) le partecipazioni degli assicuratori malattia.

³L'importo del contributo globale non può essere superiore a quanto concesso dal Consiglio di Stato per lo stesso tipo di cure erogate da parte di strutture sociosanitarie riconosciute ai sensi della presente legge.

Art. 15

4. Partecipazione finanziaria per i collocamenti fuori Cantone

¹In caso di collocamento di una persona anziana in una struttura sociosanitaria riconosciuta da un altro Cantone, il Cantone di domicilio della persona anziana assume il finanziamento residuo delle cure non coperte dalle assicurazioni sociali e dall'assicurato secondo quanto stabilito dall'art. 25a cpv. 5 della LAMal.

²Tale finanziamento non può essere superiore a quanto concesso dal Consiglio di Stato per lo stesso tipo di cure erogate da parte di strutture sociosanitarie riconosciute ai sensi della presente legge.

Art. 16

5. Contributi a carico degli ospiti nelle strutture sociosanitarie con finanziamento residuo delle cure

Ogni struttura sociosanitaria è tenuta a prelevare contributi commisurati al bisogno di cure della persona anziana, tenuto conto dell'importo massimo fissato all'art. 25a cpv. 5 della LAMal.

Art. 17

IV. Contributi da parte degli assicuratori malattia

Ogni struttura sociosanitaria percepisce i contributi delle casse malati stabiliti secondo quanto previsto dall'art. 25a cpv. 4 della LAMal.

Art. 18

V. Istanza di compensazione

¹Il Consiglio di Stato designa un'istanza di compensazione che riceve in pagamento i contributi del Cantone e dei Comuni e versa alle strutture sociosanitarie l'importo corrispondente al contributo globale stabilito dal Consiglio di Stato.

²Le ulteriori modalità di pagamento, incluse quelle relative al versamento di acconti, sono stabilite dal Consiglio di Stato.

Capitolo terzo - Vigilanza della gestione e requisiti delle domande di finanziamento

Art. 19

A. Vigilanza

¹Il Consiglio di Stato designa l'autorità competente per esercitare la vigilanza sulle attività delle strutture sociosanitarie a favore delle persone anziane.

²L'autorità competente può ordinare alle strutture sociosanitarie le opportune verifiche e revisioni, nonché richiedere i dati che ritiene necessari.

Art. 20

B. Approvazione dei contributi a carico della persona anziana

I contributi a carico delle persone anziane nelle strutture sociosanitarie riconosciute ai sensi della presente legge devono essere preventivamente approvati dall'autorità competente.

Art. 21

C. Misure speciali

¹Nel decreto che concede i contributi e nel contratto di prestazione, il Gran Consiglio, rispettivamente il Consiglio di Stato, possono stabilire misure speciali di vigilanza, in considerazione dell'ammontare del contributo, dell'interesse pubblico e della natura giuridica dell'ente finanziato.

²Il Consiglio di Stato ha la facoltà di emanare norme concernenti l'organizzazione interna delle strutture sociosanitarie riconosciute segnatamente per quanto previsto dall'art. 6 cpv. 1 lettera f) della presente legge.

Art. 22

D. Rappresentanza dello Stato nelle strutture socio-sanitarie

Ogni struttura sociosanitaria riconosciuta è tenuta a garantire allo Stato una rappresentanza nel suo organo amministrativo.

Art. 23

E. Requisiti della domanda di finanziamento

Il Consiglio di Stato stabilisce le modalità di presentazione delle domande di finanziamento e la documentazione necessaria.

Capitolo quarto - Consiglio degli anziani

Art. 24

A. Principio

¹Al fine di favorire la partecipazione dei diretti interessati alla politica a favore delle persone anziane, il Consiglio di Stato riconosce funzione consultiva a un Consiglio costituito dalle persone anziane stesse, rispettivamente dalle loro organizzazioni rappresentative, nella forma giuridica dell'associazione ai sensi del CC.

²Il Consiglio degli anziani, i cui compiti sono definiti dal Consiglio di Stato, deve soddisfare cumulativamente i seguenti requisiti:

- a) non perseguire scopo di lucro;
- b) non perseguire fini politici né religiosi;
- c) rappresentare le persone anziane ai sensi della presente legge;
- d) perseguire gli obiettivi della presente legge.

³Il Consiglio degli anziani beneficia di un contributo cantonale annuo fisso stabilito a preventivo dal Consiglio di Stato e corrispondente a Fr. 1.-- per ogni persona anziana ai sensi della presente legge.

Capitolo quinto - Revoca del riconoscimento e restituzione dei contributi

Art. 25

A. Revoca del riconoscimento

Il Consiglio di Stato può revocare il riconoscimento di una struttura sociosanitaria qualora venissero a mancare le condizioni stabilite dalla presente legge, oppure in caso di grave irregolarità nella gestione.

Art. 26

B. Restituzione di contributi

¹Il Consiglio di Stato, entro 20 anni dalla concessione, ordina la restituzione di tutti i contributi, dedotto il 5% della somma per ogni anno d'esercizio:

- a) quando il contributo è stato usato per uno scopo diverso da quello per cui è stato concesso;
- b) quando il beneficiario non si attiene alle disposizioni della presente legge;
- c) quando la struttura sociosanitaria è destinata ad altro scopo o alienata;
- d) quando il contributo è stato ottenuto con motivazione infondata, non veritiera o con documentazione falsa.

²È riservata l'azione penale.

Capitolo sesto - Rimedi di diritto e norme finali

Art. 27

- A. Rimedi di diritto**
- ¹Contro le decisioni dell'autorità competente è dato ricorso al Consiglio di Stato nel termine di 15 giorni.
- ²Contro le decisioni del Consiglio di Stato è dato ricorso al Tribunale cantonale amministrativo nel termine di 15 giorni.
- ³La procedura è retta dalla Legge di procedura per le cause amministrative del 19 aprile 1966.

Art. 28

- B. Norma abrogativa**
- La Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane del 25 giugno 1973 è abrogata.

Art. 29

- C. Entrata in vigore**
- ¹Decorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.
- ²Il Consiglio di Stato ne stabilisce la data dell'entrata in vigore.

Disegno di

LEGGE

sull'assistenza e cura a domicilio (LACD)

Il Gran Consiglio
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il messaggio 24 agosto 2010 n. 6390 del Consiglio di Stato;
- visto l'art. 25a della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal),

d e c r e t a :

TITOLO I - Parte generale

Art. 1

A. Scopo

¹La presente legge ha lo scopo di:

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

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

Art. 2

B. Utenti

¹Ogni persona che a causa di malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà sociofamigliari necessita di aiuto può beneficiare delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio ai sensi della presente legge, compatibilmente con le risorse esistenti sul territorio.

²Le prestazioni sono erogate nel rispetto dei diritti individuali sanciti dall'art. 5 e seguenti della Legge sanitaria del 18 aprile 1989.

Capitolo primo - Definizioni

	Art. 3
C. Definizioni	
1. Prestazioni di assistenza e cura a domicilio	<p>¹L'assistenza e la cura a domicilio includono prestazioni temporanee o durature, preventive o riabilitative, eseguite presso l'abitazione dell'utente e finalizzate a mantenerlo.</p> <p>²In particolare, sono considerate prestazioni di assistenza e cura a domicilio:</p> <ul style="list-style-type: none">a) le prestazioni definite all'art. 7 cpv. 2 dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre);b) gli aiuti di economia domestica;c) la consulenza igienica, sanitaria e sociale;d) l'informazione e l'attivazione delle risorse disponibili sul territorio;e) l'educazione e la prevenzione sanitaria.
	Art. 4
2. Prestazioni di supporto all'assistenza e cura a domicilio	<p>Sono considerate prestazioni di supporto all'assistenza e cura a domicilio quelle che, pur non essendo eseguite direttamente presso l'abitazione dell'utente, ne favoriscono la permanenza a domicilio.</p>
	Art. 5
3. Aiuto diretto	<p>È considerato aiuto diretto il contributo finanziario versato all'utente e destinato all'organizzazione di soluzioni individuali di sostegno al mantenimento a domicilio o per la rimozione di barriere architettoniche.</p>
	Art. 6
4. Fornitori di prestazioni	<p>¹Sono considerati servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) le organizzazioni e gli operatori che offrono prestazioni di assistenza e cura a domicilio.</p> <p>²Sono considerati servizi d'appoggio gli enti che offrono prevalentemente prestazioni di supporto.</p> <p>³È considerato volontario ai sensi della presente legge la persona che di propria volontà partecipa, direttamente o per il tramite di un'associazione, all'offerta delle prestazioni previste dagli art. 3 e 4 della presente legge, senza ricavarne alcun profitto.</p>
	Art. 7
5. Pianificazione cantonale	<p>¹Al fine di garantire un'adeguata risposta ai differenti bisogni ed un'equa distribuzione dell'offerta, il Consiglio di Stato rileva i bisogni esistenti e fissa l'ordine di priorità degli interventi da sostenere con una pianificazione cantonale.</p> <p>²Tale pianificazione è sottoposta per approvazione al Gran Consiglio.</p>

Capitolo secondo - Competenze

Sezione I - Cantone

Art. 8

A. Gran Consiglio

¹Il Gran Consiglio:

- a) discute, ogni 4 anni, i principi della pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio e li approva oppure li rinvia totalmente o parzialmente al Consiglio di Stato; la presentazione per il voto di emendamenti è esclusa;
- b) concede i contributi per le spese d'investimento per importi superiori a fr. 500'000.--.

Art. 9

B. Consiglio di Stato

¹Il Consiglio di Stato, tenuto conto delle specifiche realtà locali:

- a) elabora in collaborazione con i Comuni e gli enti interessati una pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio e la sottopone al Gran Consiglio;
- b) modifica la pianificazione degli interventi nel senso indicato dalla discussione parlamentare in caso di rinvio totale o parziale da parte del Gran Consiglio;
- c) coordina le attività di assistenza e cura a domicilio, comprese quelle erogate da enti istituiti sulla base di altre leggi;
- d) riconosce gli enti e le prestazioni ai sensi della presente legge e stipula o ratifica le relative convenzioni;
- e) decide, in caso di divergenze tra i Comuni, la forma istituzionale del SACD d'interesse pubblico;
- f) concede i contributi per le spese d'investimento inferiori a fr. 500'000.-, per le spese d'esercizio e quelle di cui all'art. 43 della presente legge
- g) concede gli aiuti diretti previsti dagli art. 5 e 44 della presente legge;
- h) può promuovere, finanziare e partecipare alla gestione di servizi e programmi di assistenza e cura a domicilio sperimentali;
- i) assicura, in collaborazione con gli enti interessati, la formazione del personale necessario e sostiene quella dei volontari;
- l) esegue a intervalli regolari una valutazione dei risultati dell'attività degli enti finanziati, sia dal profilo sociosanitario che dal profilo economico;
- m) vigila sulla corretta applicazione della presente legge;
- n) esercita qualsiasi altra competenza non espressamente delegata ad altro ente;
- o) presenta al Gran Consiglio, nell'ambito dei rendiconti annuali, un conto dettagliato della spesa delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio.

²Il Consiglio di Stato designa le unità amministrative a lui subordinate, competenti per l'esecuzione e la vigilanza sulla corretta applicazione della presente legge, alle quali può anche delegare propri compiti.

³Il compito di coordinamento di cui al cpv. 1 lett. c) può essere delegato ad enti attivi nel settore dell'assistenza e cura a domicilio.

Sezione II - Comuni

Art. 10

A. Comuni

¹I Comuni:

- a) partecipano all'elaborazione della pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio al fine di adattarla alla realtà locale;
- b) all'interno del proprio comprensorio garantiscono l'offerta delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio secondo una delle forme istituzionali previste dalla presente legge;
- c) possono definire eventuali progetti specifici o supplementari per il proprio comprensorio, il cui finanziamento avviene in modo distinto;
- d) partecipano alla copertura del fabbisogno finanziario dei SACD e dei servizi d'appoggio nei limiti previsti dalla presente legge.

TITOLO II - Caratteristiche e organizzazione di servizi

Capitolo primo - Riconoscimento dei SACD e dei servizi d'appoggio

Art. 11

A. Requisiti

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

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

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

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

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

Capitolo secondo - SACD d'interesse pubblico

Art. 12

A. Definizione dei comprensori

Il Consiglio di Stato, nell'ambito della pianificazione e in collaborazione con gli enti interessati, per garantire un intervento efficace, efficiente e coordinato stabilisce i comprensori dei SACD d'interesse pubblico.

Art. 13

B. Definizione di SACD d'interesse pubblico

¹Ai sensi della presente legge, per ogni comprensorio il Consiglio di Stato riconosce un solo SACD d'interesse pubblico che si assume il servizio per l'intera zona.

²È considerato SACD d'interesse pubblico il servizio che offre tutte le prestazioni di assistenza e cura a domicilio, garantisce un accesso indiscriminato a tali prestazioni e non ha scopo di lucro.

Art. 14

C. Forma istituzionale

¹Ogni SACD d'interesse pubblico può essere organizzato nella forma:

- dell'associazione ai sensi degli art. 60 e seguenti del Codice civile svizzero;
- della convenzione tra un Comune che gestisce direttamente un SACD e altri Comuni;
- del consorzio di Comuni.

Art. 15

D. Requisiti per le associazioni

¹L'associazione gerente un SACD d'interesse pubblico deve soddisfare cumulativamente i seguenti requisiti:

- a) non avere scopo di lucro;
- b) partecipare al coordinamento delle attività di assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio;
- c) assicurare ai Comuni un'adeguata rappresentanza in seno ai propri organi;
- d) avere stipulato una convenzione con la maggioranza dei Comuni del comprensorio.

²L'associazione perde la facoltà di gestire un SACD d'interesse pubblico se non soddisfa più le condizioni previste dal capoverso 1.

³La decisione con cui l'associazione perde tale facoltà interviene non appena sia stata individuata un'altra associazione che soddisfi i requisiti necessari per gestire un SACD d'interesse pubblico.

Art. 16

E. Comune polo

¹La stipulazione e la disdetta della convenzione con un Comune polo in ambito di assistenza e cura a domicilio è retta dalla Legge organica comunale del 10 marzo 1987.

²La convenzione e l'eventuale disdetta deve essere ratificata dal Consiglio di Stato, sentito l'avviso dell'autorità competente per l'applicazione della presente legge.

³In caso di disdetta della convenzione da parte di più della metà dei Comuni del comprensorio, valgono, per analogia, le norme dell'art. 15 cpv. 2 e 3 della presente legge.

Art. 17

F. Consorzi di Comuni ¹L'istituzione, la gestione e lo scioglimento di un consorzio di Comuni in ambito di assistenza e cura a domicilio sono regolati dalla Legge sul consorzio dei comuni del 21 febbraio 1974.

²Per l'approvazione dello statuto consortile e la ratifica della decisione di scioglimento deve essere sentito anche l'avviso dell'autorità competente.

Art. 18

G. Rappresentanza del Cantone Il Cantone deve essere rappresentato nell'organo amministrativo di ogni SACD d'interesse pubblico.

Art. 19

H. Posti per la formazione Ogni SACD d'interesse pubblico offre un numero adeguato di posti di pratica per la formazione del personale.

Art. 20

I. Rapporti con altri enti ¹Conformemente alla pianificazione cantonale, per ottimizzare i rapporti con altri enti operanti sul territorio, ogni SACD d'interesse pubblico conclude le convenzioni necessarie per definire la distribuzione dei compiti e degli oneri finanziari.

²Esso rende operativi i progetti specifici e supplementari definiti dai Comuni ai sensi dell'art. 10 lett. c) della presente legge.

Art. 21

J. Organizzazione ¹Ogni SACD d'interesse pubblico nomina un/a responsabile qualificato/a e ne determina i compiti.

²Allo scopo di favorire l'impiego ottimale di risorse e dei servizi sul territorio, ogni SACD d'interesse pubblico può concludere convenzioni con altri operatori sanitari, enti o associazioni allo scopo di:

- a) assicurarsi il loro intervento al domicilio dell'utente;
- b) assicurarsi l'accesso a strutture sociosanitarie;
- c) delegare l'esecuzione di determinate prestazioni.

Art. 22

K. Unità operativa

¹Ogni unità operativa è costituita da un'équipe polivalente composta almeno da un operatore/trice appartenente ad ognuna delle seguenti categorie professionali:

- infermiere/a;
- operatore sociosanitario o aiuto familiare;
- ausiliario/a dell'assistenza a domicilio.

²Ogni unità operativa è diretta da un/a capo-équipe che vigila affinché gli interventi dei vari operatori avvengano in modo coordinato e razionale.

Art. 23

L. Zone d'intervento

¹Ogni SACD d'interesse pubblico suddivide il proprio comprensorio in zone di intervento tenendo conto della situazione geografica, demografica e dell'ubicazione di infrastrutture sanitarie.

Le eccezioni devono essere approvate dal Consiglio di Stato.

²Ogni zona di intervento è dotata di un'unità operativa.

Art. 24

M. Modalità di intervento

¹Il/La capo-équipe, tenuto conto dei bisogni e delle richieste dell'utenza e delle priorità di intervento, decide sulla presa a carico degli utenti .

²Egli/Ella sovrintende affinché sia concluso un accordo con l'utente, che preveda una sua presa a carico globale e affinché questa venga costantemente aggiornata.

³L'unità operativa deve garantire le prestazioni essenziali e le possibilità di intervento in caso di complicazioni o di emergenza.

Art. 25

N. Coinvolgimento del volontariato

¹L'unità operativa associa, dove possibile, il volontariato nella distribuzione delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio e di supporto. Deve essere assicurata la qualità dell'intervento.

²A questo scopo il SACD d'interesse pubblico conclude con il/la volontario/a direttamente o per il tramite di un'organizzazione che lo rappresenta, un accordo che definisce i compiti, le modalità e la durata dell'intervento e il rimborso delle spese vive sostenute.

Capitolo terzo - Servizi d'appoggio

Art. 26

A. Condizioni

¹I servizi d'appoggio riconosciuti sono tenuti a partecipare al coordinamento delle attività di assistenza e cura a domicilio e di supporto.

²I servizi d'appoggio riconosciuti possono essere gestiti direttamente da uno o più Comuni, rispettivamente da un SACD.

TITOLO III - Finanziamento

Capitolo primo - Disposizioni comuni

Art. 27

A. Principio della sussidiarietà e tipo di contributi

¹Per il finanziamento delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio e di supporto possono essere concessi:

- a) contributi al fabbisogno d'esercizio;
- b) contributi per progetti specifici o supplementari (art. 10 lett. c della presente legge);
- c) contributi per gli investimenti e per casi particolari.

²Per il finanziamento delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio e di supporto possono inoltre essere concessi agli utenti degli aiuti diretti ai sensi dell'art. 5 della presente legge.

³I contributi e gli aiuti diretti previsti dalla presente legge sono sussidiari rispetto a quelli previsti a livello comunale, cantonale o federale. Per lo stesso utente, il totale dei contributi comunali, cantonali e federali non può superare il limite massimo previsto dalla presente legge.

Art. 28

B. Prestazioni finanziate

¹I SACD d'interesse pubblico percepiscono contributi per tutte le prestazioni di assistenza e cura a domicilio elencate all'art. 3 cpv. 2 della presente legge.

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

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

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

Art. 29

C. Requisiti per il finanziamento

¹Un contributo è concesso unicamente se le seguenti condizioni sono cumulativamente soddisfatte:

- a) il servizio è riconosciuto ai sensi dell'art. 11 della presente legge,
- b) il servizio offre prestazioni conformi alla legge e a quanto stabilito dalla pianificazione e collabora alla realizzazione degli scopi della presente legge.

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

Art. 30

D. Contributi degli utenti per i SACD

¹I SACD non prelevano alcun contributo dall'utente per le prestazioni ai sensi dell'art. 3 cpv. 2 lett. a della presente legge.

²I SACD d'interesse pubblico prelevano un contributo dall'utente per gli aiuti di economia domestica (art. 3 cpv. 2 lett. b della presente legge).

³Il contributo è commisurato alle condizioni finanziarie (reddito e sostanza) dell'utente e delle persone viventi nella stessa comunità domestica ed è stabilito da un tariffario elaborato dai SACD ed approvato dal Consiglio di Stato; nel caso di aiuti di minima entità può essere prelevato un contributo minimo fisso.

⁴Al SACD è riservato il diritto di regresso nei confronti dei parenti tenuti all'obbligo di assistenza ai sensi del CCS.

Art. 31

E. Contributi degli utenti per i servizi d'appoggio

¹I servizi d'appoggio riconosciuti prelevano un contributo dall'utente per le prestazioni di supporto.

²Il contributo è stabilito da un tariffario elaborato dal servizio d'appoggio ed è approvato dal Consiglio di Stato.

³Al servizio d'appoggio è riservato il diritto di regresso nei confronti dei parenti tenuti all'obbligo di assistenza ai sensi del CC.

Art. 32

F. Verifica dei bilanci e preventivi

¹I servizi finanziati devono sottoporre ogni anno al Consiglio di Stato i conti d'esercizio, i bilanci patrimoniali e il preventivo d'esercizio dell'anno successivo.

²Il Consiglio di Stato stabilisce la documentazione necessaria e può ordinare le opportune verifiche e revisioni e dare istruzioni contabili.

Art. 33

G. Restituzione del finanziamento

Per la restituzione del contributo e dell'aiuto diretto si applicano le norme previste dalla Legge sui sussidi cantonali del 22 giugno 1994.

Capitolo secondo - Spese per investimenti

Art. 34

A. Servizi finanziati

Possono beneficiare di contributi per spese di investimenti unicamente i SACD d'interesse pubblico e i servizi d'appoggio riconosciuti.

Art. 35

B. Ammontare dei finanziamenti

Per la costruzione, la ricostruzione, l'ampliamento, la ristrutturazione e l'acquisto di locali necessari per l'offerta delle prestazioni di cui agli art. 3 e 4 il Cantone concede un contributo fino ad un massimo del 70% delle spese riconosciute e documentabili.

Capitolo terzo - Spese d'esercizio e di acquisto di attrezzature

Sezione I - SACD

Art. 36

A. Principio

¹Il finanziamento del fabbisogno dei SACD è assicurato da tutte le entrate d'esercizio e dal contributo globale composto dalla partecipazione dello Stato da una parte e da quella dei Comuni dall'altra.

²Il contributo globale è calcolato annualmente sulla base dei compiti attribuiti al servizio finanziato e della relativa attività mediante contratto di prestazione.

³La determinazione del contributo globale e la stipulazione del contratto di prestazione è di competenza del Consiglio di Stato.

Art. 37

B. Istanza di compensazione

¹Il Consiglio di Stato designa un'istanza di compensazione che riceve in pagamento i contributi del Cantone e dei Comuni e versa ai SACD l'importo corrispondente al contributo globale stabilito dal Consiglio di Stato.

²Ulteriori modalità di pagamento, in particolare quelle relative al versamento di acconti, sono stabilite dal Consiglio di Stato.

Art. 38

C. Determinazione del contributo globale

¹Nel calcolare il contributo globale il Consiglio di Stato tiene in particolare conto delle seguenti entrate:

- a) i contributi corrisposti dagli utenti secondo l'art. 30 della presente legge;
- b) le partecipazioni degli assicuratori malattia;
- c) le prestazioni assicurative particolari;
- d) ogni altro ricavo stabilito dal Regolamento d'applicazione della presente legge.

Art. 39

D. Ripartizione del contributo globale

¹I Comuni si assumono complessivamente i quattro quinti della somma dei contributi globali di cui all'art. 38 della presente legge, ripartiti nella misura corrispondente ad una percentuale uniforme del loro gettito d'imposta cantonale.

²Il quinto rimanente viene assunto dal Cantone.

³Nel caso in cui si tratti di un SACD d'interesse pubblico, i Comuni del comprensorio si ripartiscono un eventuale disavanzo se questo deriva da prestazioni non contemplate dal contratto di prestazione e se le spese che l'hanno determinato sono state approvate nell'ambito del suo preventivo.

Sezione II - Progetti specifici

Art. 40

A. Principio

¹Il Cantone può partecipare al finanziamento di progetti specifici o supplementari decisi da singoli enti per il proprio comprensorio in base all'art. 10 lett. c) della presente legge con un contributo fisso stabilito annualmente a preventivo dal Consiglio di Stato.

²Il contributo fisso non può superare il 25% dell'importo stanziato dai Comuni del comprensorio interessato per il progetto specifico; il Cantone finanzia unicamente progetti conformi alla pianificazione.

³Il finanziamento di questi progetti non può essere accolto ai servizi di altri comprensori senza il loro accordo

Sezione III - Servizi d'appoggio

Art. 41

A. Principio

¹Il finanziamento dei servizi d'appoggio necessari al conseguimento degli scopi della legge e coerenti con gli indirizzi della pianificazione cantonale è assicurato da tutte le entrate d'esercizio e dal contributo fisso composto dalla partecipazione del Cantone da una parte e da quella dei Comuni dall'altra.

²Il contributo fisso è stabilito annualmente a preventivo mediante decisione del Consiglio di Stato.

Art. 42

B. Determinazione e ripartizione

¹Alla determinazione del contributo fisso e alla ripartizione dello stesso tra Cantone e Comuni si applicano per analogia gli artt. 38 e 39 della presente legge.

²Nel calcolare il contributo fisso il Consiglio di Stato tiene in particolare conto delle seguenti entrate:

- a) i contributi corrisposti dagli utenti secondo l'art. 31 della presente legge;
- b) eventuali finanziamenti federali;
- c) i costi funzionali al perseguimento degli scopi previsti dalle disposizioni della presente legge e del suo regolamento d'applicazione, secondo criteri ritenuti dall'autorità competente

Capitolo quarto - Finanziamenti particolari

Art. 43

Finanziamenti particolari

¹Il Cantone può finanziare, nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio e nei limiti posti dall'art. 27 della presente legge, le attività conformi alla pianificazione erogate da enti pubblici o privati d'interesse pubblico e senza scopo di lucro.

²È comunque escluso un finanziamento dell'attività individuale di assistenza e cura prestate direttamente presso l'abitazione dell'utente da parte di membri e operatori/trici di detti enti, oltre a quanto previsto all'art. 21 cpv. 2 della presente legge.

³Il finanziamento viene erogato nella forma del contributo fisso e stabilito annualmente a preventivo dal Consiglio di Stato. Il contributo fisso non può superare il 75% delle spese preventivate.

⁴Il Consiglio di Stato stabilisce i requisiti necessari per l'ottenimento del finanziamento e la procedura da seguire.

Capitolo quinto - Aiuti diretti

Art. 44

Aiuti diretti

¹L'aiuto diretto è concesso unicamente alle persone domiciliate o dimoranti nel Cantone da almeno tre anni che adempiono precisi requisiti inerenti alla loro situazione finanziaria. Tale aiuto è commisurato alla situazione finanziaria degli utenti e al loro grado di dipendenza.

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

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

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

TITOLO IV - Rimedi di diritto

Art. 45

A. In ambito di riconoscimento

Contro le decisioni concernenti il riconoscimento dei servizi ambulatoriali e dei servizi d'appoggio è data facoltà di ricorso al Tribunale cantonale amministrativo secondo quanto previsto dalla Legge di procedura per le cause amministrative del 19 aprile 1966.

Art. 46

B. In ambito di finanziamento

¹Contro le decisioni concernenti il finanziamento è data facoltà di reclamo all'autorità che ha emesso la decisione nel termine di 30 giorni; il reclamo deve essere presentato per iscritto e motivato. La procedura di reclamo è gratuita.

²Contro le decisioni su reclamo è dato ricorso al Consiglio di Stato nel termine di 15 giorni, le cui decisioni sono impugnabili davanti al Tribunale cantonale amministrativo nel termine di 15 giorni, secondo quanto previsto dalla Legge di procedura per le cause amministrative del 19 aprile 1966.

Art. 47

C. In ambito di prestazioni

¹Contro le decisioni concernenti l'erogazione delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio finanziate ai sensi della presente legge è dato ricorso al Dipartimento nel termine di 15 giorni.

²Contro le decisioni del Dipartimento è dato ricorso al Consiglio di Stato nel termine di 15 giorni, le cui decisioni sono impugnabili davanti al Tribunale cantonale amministrativo nel termine di 15 giorni, secondo quanto previsto dalla Legge di procedura per le cause amministrative.

TITOLO V - Disposizioni transitorie e finali

Art. 48

A. Norma transitoria

I SACD che beneficiano per la prima volta di un finanziamento delle prestazioni enunciate all'art. 3 cpv. 2 lettera a della presente legge devono adeguarsi entro un termine stabilito dal Consiglio di Stato ai requisiti per ottenere il finanziamento (art. 29 della presente legge).

Art. 49

B. Norma abrogativa

La Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997 è abrogata.

Art. 50

C. Entrata in vigore

¹Decorsi i termini per l'esercizio del diritto di referendum, la presente legge è pubblicata nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi.

²Il Consiglio di Stato ne stabilisce l'entrata in vigore.

ALLEGATI

1. Risoluzione del Consiglio di Stato n. 5326 del 21 ottobre 2008, istitutiva del Gruppo di lavoro.
2. Nuova normativa federale:
 - Legge federale concernente il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, del 13 giugno 2008;
 - Ordinanze di applicazione del 24 giugno 2009 con i relativi commenti.
3. Recommandations sur la mise en œuvre du nouveau régime de financement des soins, approuvées par le Comité directeur de la CDS le 22.10.2009.
4. Rappresentazione grafica e correlazioni tra le cure “acute e transitorie” (modello federale) e i “soggiorni terapeutici temporanei”.