

# Rapporto

numero

**6619 R**

data

6 giugno 2013

Dipartimento

**SANITÀ E SOCIALITÀ**

Concerne

## **della Commissione speciale sanitaria sul messaggio 21 marzo 2012 concernente la Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2011-2014**

*La vecchiaia (è questo il nome che gli altri le danno) può essere il  
tempo della nostra felicità. L'animale è morto o quasi morto.  
Rimangono l'uomo e la sua anima.*

*(da Elogio dell'ombra, di Jorge Luis Borges)*

### **1. UNA SOCIETÀ PER TUTTI<sup>1</sup>**

Entro il 2030 nei paesi industrializzati un terzo della popolazione avrà un'età superiore ai 60 anni. In Svizzera la speranza di vita è una delle più elevate al mondo (80 anni per gli uomini e 82 anni per le donne). Attualmente una persona su cinque ha più di 64 anni di età. Si stima che in Ticino tra poco più di vent'anni 113'000 persone avranno più di 64 anni, ossia il 31% della popolazione (1 su 3) e tra queste 39'000 saranno ultraottantenni.

L'allungamento della vita e l'invecchiamento della popolazione sono fenomeni mondiali che hanno ripercussioni tangibili sul corso della vita dei singoli individui, come pure sull'organizzazione e il funzionamento di tutta la società.

Ciò implica un ripensamento della società tutta intera, perché a lungo termine interventi settoriali e correttivi di tipo quantitativo non basteranno più.

Sarà necessario considerare l'invecchiamento come parte integrante di ogni fase della vita e nel contempo come una dimensione trasversale ad ogni ambito di società (sociale, sanitario, educativo, culturale ed economico) con l'obiettivo di creare una società per tutte le età.

Questa è anche l'idea di fondo della politica della vecchiaia promossa dal Consiglio federale, che nel rapporto 2007 ribadisce la necessità di considerare la dimensione dell'invecchiamento in tutti i settori della politica tenendo conto di tutte le generazioni.

L'invecchiamento della popolazione è un cambiamento di tipo strutturale della società che non va visto solo per le conseguenze in termini di spesa previdenziale, sanitaria e assistenziale, ma anche come opportunità di sviluppo dei sistemi di supporto sociali ed

---

<sup>1</sup> L'introduzione è stata mutuata dall'interessante ed esaustivo contributo di Michele Egloff, Nuovi orizzonti per Pro Senectute Ticino e Moesano, su mandato del Consiglio di Fondazione di Pro Senectute Ticino e Moesano (2012)

economici (nuovi percorsi formativi, nuovi posti di lavoro nell'ambito dei settori che si occupano di persone bisognose, ricerca e sviluppo nella medicina e nelle nuove tecnologie, mobilità, quartieri abitativi, appartamenti protetti, ...).

*“Una società per tutte le età è una società che non considera gli anziani come pensionati, ma come agenti e beneficiari dello sviluppo.” (Kofi Annan, Segretario generale delle Nazioni Unite, 1° ottobre 1998)*

## **2. LA POLITICA CANTONALE DEGLI ANZIANI**

Nel corso dell'ultimo decennio, la politica degli anziani perseguita dal nostro Cantone si è progressivamente allontanata da una visione globale dei problemi connessi all'invecchiamento demografico, per concentrarsi solo sugli aspetti problematici della popolazione anziana con l'obiettivo di prolungare il più possibile la permanenza dell'anziano al proprio domicilio.

La strategia adottata s'ispira al principio di sussidiarietà e di adeguatezza e si basa su quattro pilastri: il sostegno intra-familiare, l'aiuto volontario e l'auto-aiuto, l'assistenza e cura a domicilio e la presa a carico residenziale in istituti medicalizzati per anziani.

La qualità e l'accessibilità delle prestazioni a favore degli anziani sul piano sociale e territoriale sono garantite dallo Stato tramite la Legge anziani (Lanz), la Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LCAD) e la pianificazione dei settori di intervento.

## **3. PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO**

La Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 30 novembre 2010 ha per scopo quello di permettere ad ogni persona domiciliata o dimorante nel Cantone di ricevere cure e assistenza a domicilio (art. 1 cpv. 1 lett. a) e di coordinare le risorse disponibili sul territorio (art. 1 cpv. 1 lett. b). L'offerta di cure e assistenza a domicilio è sussidiaria rispetto alle risorse personali e familiari degli utenti (art. 1 cpv. 2).

Dal 1.1.2011 con l'entrata in vigore dell'art. 25a della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal), il finanziamento pubblico, per le prestazioni di cura, è stato esteso anche agli enti ed operatori privati attivi nell'assistenza e cura a domicilio. Oltre ai 6 servizi di interesse pubblico<sup>2</sup> istituiti con la Legge del 16 dicembre 1997 saranno finanziati - ma solo per le prestazioni di cura secondo la LAMal - i servizi d'assistenza e cura a domicilio privati (25 servizi - raggruppati sotto l'acronimo OACD) e gli infermieri indipendenti (150 operatori).

**D'ora innanzi tutto il settore ambulatoriale - pubblico e privato - sarà quindi sottoposto alla pianificazione.**

---

<sup>2</sup> Servizio cure a domicilio SCuDo, Lugano Associazione per l'assistenza e la cura a domicilio del Comprensorio Malcantone-Veduggio (MAGGIO) Agno, Associazione per l'assistenza e la cura a domicilio del Mendrisiotto e Basso Ceresio, Mendrisio, Associazione Bellinzonese per l'assistenza e la cura a domicilio (ABAD), Servizio d'assistenza e cura a domicilio della Regione Tre Valli, Biasca, Associazione Locarnese e Valmaggese di assistenza e cura a domicilio (ALVAD), Locarno

L'art. 7 LACD dà mandato al Consiglio di Stato, sentiti i Comuni e gli enti interessati, pubblici e privati, di rilevare i bisogni esistenti e di fissare l'ordine di priorità degli interventi da sostenere con una pianificazione cantonale. La pianificazione è sottoposta all'approvazione del Gran Consiglio, ogni 4 anni. In virtù dell'art. 8 lett. a) LACD il Parlamento cantonale discute i principi generali 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. In caso di rinvio totale o parziale, il Consiglio di Stato deve modificare la pianificazione degli interventi nel senso indicato dalla discussione parlamentare (art. 9 lett. b LACD).

È bene qui ricordare che la pianificazione deve essere intesa come un processo in evoluzione, fondato su quattro pilastri: pianificazione preliminare, sperimentazione, adattamento progressivo degli obiettivi e delle risorse in collaborazione con gli attori di tutto il Cantone.

Dall'entrata in vigore della LACD, avvenuta per gradi e nella sua totalità il 1 gennaio 2000, sono stati presentati all'attenzione del Gran Consiglio diversi rapporti. L'ultimo si riferiva al periodo di pianificazione 2006-2009 ed è stato oggetto del rapporto della Commissione speciale sanitaria del 28 giugno 2007. Il Gran Consiglio lo ha approvato nella seduta del 22 ottobre 2007.

#### **4. I CONTENUTI DELLA PROPOSTA DI AGGIORNAMENTO PIANIFICATORIO IN SINTESI**

Riguardo agli obiettivi e contenuti del progetto di pianificazione il Consiglio di Stato sottolinea come esso "si concentra sui *tre tasselli* dell'assistenza e cura a domicilio:

- servizi d'assistenza e cura a domicilio (differenziati in SACD d'interesse pubblico, SACD privati e infermieri indipendenti);
- servizi d'appoggio;
- aiuti diretti per il mantenimento a domicilio.

Tenuto conto del bilancio relativo al periodo di pianificazione precedente (2006-2009), il Messaggio espone il loro sviluppo quantitativo nel periodo 2011-2014 oltre ad una serie di obiettivi qualitativi.

La metodologia utilizzata per la previsione dell'offerta riprende quella della precedente pianificazione (utilizzo del modello di previsione Balance of care (BoC) per la popolazione anziana e applicazione del modello di finanziamento del contratto di prestazione). Viene quindi presentata una fotografia del settore comprensivo anche degli attori privati (servizi ed operatori indipendenti).

Dall'analisi della quantità delle prestazioni offerte dai servizi e operatori d'interesse pubblico e privati è emersa una situazione di sovra offerta, riconducibile essenzialmente al fatto che i servizi privati erogano una quantità media annua di ore per caso più che doppia rispetto alla media nazionale e ai servizi d'interesse pubblico. Il progetto di pianificazione propone quindi delle misure per controllare l'offerta di prestazioni, tra cui l'obbligo di verifica dell'UMC - valido tanto per i SACD che per gli OACD - per le ore di prestazione che superano un determinato importo (attualmente 240 ore all'anno).

In sintesi la visione pianificatoria del Consiglio di Stato, si può riassumere come segue:

- Nell'ambito dei SACD commerciali, è stata ipotizzata una diminuzione delle ore di prestazione, che comporta tuttavia un aumento della spesa di ca. il 10% annuo, per il medesimo meccanismo di adeguamento dei costi standard valido per gli infermieri indipendenti.
- Per quel che concerne gli infermieri indipendenti è stato ipotizzato il mantenimento dell'attuale livello delle ore erogate, ciò che comporta comunque un forte aumento della spesa pari ad oltre il 20% annuo, a causa della necessità di adeguare i costi standard del contratto di prestazione all'evoluzione dei livelli salariali definiti nel contratto collettivo del settore privato.
- Nell'ambito dei SACD di interesse pubblico, è stata stimata una crescita del 3.2% annuo in termini di ore di cura e del 2.4% annuo per le prestazioni di economia domestica. La spesa per garantire tale livello di crescita è stata stimata in un tasso del 5.8% sui 4 anni del periodo di pianificazione.
- Per quel che concerne i servizi d'appoggio, lo sviluppo è stato previsto sotto forma di sostegno a singoli progetti che implicano l'attivazione di 2-3 unità di personale, mentre fra gli obiettivi qualitativi è stata menzionata l'analisi svolta nel settore dei centri diurni, che ha lo scopo di definire dei criteri comuni di riconoscimento e un più equo sistema di finanziamento e di ripartizione dell'offerta sul territorio.
- Da ultimo sono stati quantificati l'evoluzione del numero di utenti e della spesa nell'ambito degli aiuti diretti. La crescita è rallentata rispetto ai primi anni dopo l'entrata in vigore della LACD, tuttavia è difficile prevedere l'effetto dell'assegno per grandi invalidi di grado lieve a favore degli anziani a domicilio, introdotto da gennaio 2011 nel contesto del nuovo regime federale di finanziamento delle cure.

La previsione di spesa annua a fine 2014 per settore di intervento è la seguente:

- Per il settore dell'assistenza e cura a domicilio in CHF 30'592'280
- Per i contributi ai servizi d'appoggio in CHF 12'582'370
- Per gli aiuti diretti in CHF 7'249'500
- Per l'eliminazione delle barriere architettoniche in CHF 100'000

Il mantenimento a domicilio evidenzia un'evoluzione dei costi importante nel periodo di pianificazione 2011-2014; la spesa è però anche da valutare in termini di benefici sociali rispetto all'istituzionalizzazione, in termini di benessere dell'utente e della famiglia. Una grossa incognita rimangono le Cure Acute Transitorie (CAT) di tipo ambulatoriale, che sono state escluse dal calcolo dell'offerta.

Da ultimo, gli obiettivi che scaturiscono dalla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio dovranno sempre fare i conti con quelli di politica finanziaria enunciati nell'ambito del piano finanziario. Se i due obiettivi potranno conciliarsi lo sapremo a fine pianificazione.

## 5. I LAVORI DELLA COMMISSIONE

In marzo 2012 la Commissione ha ricevuto tre rapporti di pianificazione: quello oggetto di questo rapporto (Messaggio 6619), quello relativo all'aggiornamento della pianificazione ospedaliera (parte pianificazione case di cura - 1° fase: Anziani e invalidi) (Messaggio 6620) e quello relativo alla pianificazione 2010-2020 della capacità d'accoglienza degli istituti per anziani del Cantone Ticino (Messaggio 6621).

La Commissione ha rinunciato alla costituzione di una sottocommissione, decidendo di procedere compatta nell'esame dei tre rapporti.

Qui di seguito l'elenco delle audizioni esperite dalla Commissione con una sintesi delle risultanze di tali audizioni limitatamente al tema oggetto di questo rapporto.

## 6. LE AUDIZIONI COMMISSIONALI

La Commissione ha proceduto alle seguenti audizioni:

### ➤ 24 maggio 2012, audizione del Consigliere di Stato Paolo Beltraminelli e dei funzionari dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio

- **Le risorse sono limitate.** Il Consigliere di Stato Paolo Beltraminelli ha ricordato che gli interventi dell'ente pubblico sono **sempre subordinati alle risorse finanziarie di cui può avvalersi**. votare la pianificazione non significa ancora disporre dei mezzi finanziari per realizzarla.
- Il Consigliere di Stato ha ricordato che il riconoscimento delle casse malati al settore ambulatoriale che presta cure specialistiche è comunque assicurato. Solo l'aiuto statale è **subordinato alla pianificazione e a chi accetta di farne parte** con le condizioni qualitative e quantitative che questa comporta.
- **Centri diurni** Il Consigliere di Stato si è poi soffermato sulla necessità di trasformare i centri ricreativi (come quelli dell'ATTE) in centri diurni di tipo socio assistenziale o terapeutico
- **Badanti.** La Commissione è stata edotta della sperimentazione in corso.

### ➤ 15 novembre 2012, audizione dei rappresentanti dei SACD di interesse pubblico (Bellinzonese e Mendrisiotto)

I rappresentanti di ambedue i servizi, hanno espresso le loro preoccupazioni **relativamente al plafonamento** delle ore di intervento LAMal con possibili ripercussioni negative sull'utenza e sulla rete socio-sanitaria e sulla mancanza di un **coordinamento cantonale** tra ospedale, territorio (medici) e case anziani..

I Sacd audizionati hanno fatto pervenire alla Commissione un complemento scritto alle domande dei Commissari.

Le questioni emerse nel corso dell'audizione così come quelle emerse con le risposte scritte saranno riprese e sviluppate nel capitolo dedicato ai punti critici del rapporto pianificatorio.

➤ **15 novembre 2012 audizione dei rappresentanti dell'Associazione ticinese servizi di assistenza e cure a domicilio privati**

L'audizione è stata richiesta dalla stessa associazione con lettera 26 giugno 2012. I rappresentanti degli OACD si lamentano di una disparità di trattamento rispetto ai SACD pubblici. In particolare si lamentano per il **mancato coinvolgimento nel progetto di pianificazione, per il plafonamento delle prestazioni riconosciute, negando** che si possa imputare ai servizi privati una sovra offerta delle prestazioni erogate.

All'audizione ha fatto seguito uno scritto del 22 novembre 2012 con cui l'Associazione ribadisce le critiche sopra esposte e formula una serie di proposte di cui diremo in seguito nel capitolo riservato ai punti critici di questa pianificazione.

➤ **6 dicembre 2012 audizione dei rappresentanti dell'Associazione Ticinese Terza Età (ATTE)**

**L'associazione in breve.** Il Presidente dell'associazione, Pietro Martinelli, presenta l'associazione che conta 11'500 soci, 5 sezioni regionali e 17 gruppi locali. L'ATTE organizza molte attività, in parte autofinanziate dai contributi dei soci. Tutte le attività si basano sul lavoro di 300 volontari. L'ATTE gestisce anche dei centri diurni di tipo socio-ricreativo. Il Cantone partecipa al loro finanziamento con un contributo annuale. Nel 2011 è stato di CHF 474'600 franchi, nel 2012 è sceso di circa 10'000 franchi. L'associazione **critica** la pianificazione 2011-2014 nella misura in cui è troppo rigida e non ha un approccio globale ed interdipartimentale della politica della vecchiaia. L'associazione si oppone alla proposta di pianificazione nella misura in cui rimette in discussione il ruolo dei centri diurni socio-ricreativi e quindi li priva di finanziamento.

Per concludere l'ATTE informa la commissione di aver elaborato, insieme a Dipartimento, una proposta di modifica della pianificazione in punto ai centri socio-ricreativi, e chiede alla Commissione di sollecitarne l'adozione da parte del Dipartimento.

Le critiche dell'ATTE sono riprese al punto 9.2.4 di questo rapporto.

➤ **6 dicembre 2012 audizione del Consiglio degli anziani**

**Il Consiglio in breve.** Costituito 10 anni fa, è un organo consultivo e beneficia di un finanziamento da parte del Cantone (1 franco per ogni persona di più di 65 anni). Uno degli obiettivi del Consiglio degli anziani è quello di evitare, per quanto possibile, il ricovero in casa anziani. Il Consiglio si lamenta di non essere stato **coinvolto dal progetto di pianificazione**. Il Consiglio ritiene che la pianificazione manca di una **visione globale** sulla politica degli anziani. Sull'**aiuto e l'assistenza a domicilio** il Consiglio chiede di potenziare i servizi pubblici, insistere sulla formazione, in particolare per il personale di economia domestica, coordinare, vigilare e formare le badanti.. Il Consiglio sottolinea l'importanza di eliminare le barriere architettoniche, di implementare il trasporto pubblico e di prevedere alloggi a misura di anziano. Il Consiglio si lamenta per la totale mancanza di strutture intermedie che fungano da cuscinetto tra la permanenza a domicilio e la casa anziani. Il Consiglio ritiene importante mantenere il finanziamento dei centri socio-ricreativi e inserire nella pianificazione il sostegno a progetti come quello IDA GRANNO ( appartamenti domotici) della SUPSI.

➤ **10 gennaio 2013 audizione del Presidente, Dr. W. Pertoldi, della società ticinese dei medici geriatrici (STiMeGer)**

L'associazione si lamenta per la **mancata consultazione della STiMeGer**. Per la **pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio** la STiMeGer insiste sull'esigenza di coordinazione, di cui diremo in seguito nel capitolo riservato ai punti critici di questa pianificazione.

All'audizione del Dr. Pertoldi ha fatto seguito un incontro avvenuto il 25 gennaio 2013, tra il Direttore del DDS ed i suoi collaboratori e una delegazione della Società Ticinese di Medicina Geriatrica. Sulle risultanze di questo questi aspetti si rimanda ai rapporti sui Messaggi n. 6620 e n. 6621.

➤ **10 gennaio 2013 visita degli appartamenti protetti e domotici promossi dalla Città di Lugano in collaborazione con la Casa dei Ciechi e SUPSI**

La Commissione sanitaria, in un incontro con i responsabili del progetto IDA INGRANNO, ha potuto approfondire i contenuti del progetto sperimentale e, grazie alla visita di un appartamento domotizzato, ha potuto osservare gli ottimi risultati della fase sperimentale e le importanti potenzialità del progetto.

A seguito di questo incontro, alcuni membri della Commissione sanitaria hanno presentato una mozione con cui si chiede al Consiglio di Stato di definire un meccanismo di finanziamento pubblico del progetto IDA GRANNO, per un sistema integrato di assistenza domiciliare grazie all'installazione di nuovi pacchetti domotici e di servizi nelle abitazioni degli utenti<sup>3</sup>.

➤ **28 marzo 2013 audizione del signor Paolo Bianchi, Direttore della Divisione della salute pubblica e coordinatore del Dipartimento della sanità e socialità (DSS) e Claudio Blotti, Direttore della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie**

L'audizione ha permesso di chiarire alcuni quesiti posti dai commissari.

## **7. LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE COMMISSIONALI RIFERITE ALLA PRECEDENTE PIANIFICAZIONE**

Nel rapporto del 28 giugno 2007 (punto 6. Conclusioni) approvato dal GC il 22 ottobre 2007 la Commissione aveva chiesto al Consiglio di Stato di meglio inserire nella pianificazione 2006-2009 - o di aggiungerli, nel caso non ci fossero - gli aspetti ed ambiti qui appresso evidenziati:

- **L'inserimento sistematico e organico nell'attività di assistenza e cura a domicilio dei volontari, vedendo l'intervento di tutti gli attori come complementare e non come alternativo**

A questo proposito, si può affermare che l'intervento di familiari e volontari è ben radicato, in varie forme, nella presa a carico domiciliare. In moltissimi servizi d'appoggio (in particolare centri diurni e servizi di trasporto) i volontari affiancano i professionisti nell'erogazione delle prestazioni. Nel sostegno a casa dell'utente, a fianco di infermieri, operatori socio-assistenziali e ausiliari di economia domestica molto lavoro viene svolto dai familiari, da amici, conoscenti e vicini di casa. L'intervento informale è fondamentale

---

<sup>3</sup> Mozione 21 febbraio 2013

per il mantenimento a domicilio, tanto da costituire uno dei principali motivi d'istituzionalizzazione nel momento in cui viene a mancare. Gli aiuti diretti vengono erogati proprio per dare un piccolo riconoscimento finanziario alle persone che si occupano di un congiunto o conoscente anziano o invalido che necessita di assistenza.

- **L'approfondimento della problematica dei costi in un contesto di comparazione fra la degenza a domicilio e la degenza in casa per anziani**

Tale approfondimento è stato oggetto di uno studio commissionato all'Osservatorio svizzero della salute (OBSAN) in collaborazione con Ecoplan "Soins de longue durée. Comparaison des coûts par cas dans le Canton du Tessin", gennaio 2010<sup>4</sup>. Lo studio conclude che la strategia adottata dal Cantone Ticino è coerente e conveniente. Il rapporto conclude che per i casi complessi il mantenimento a domicilio è più caro rispetto a una presa a carico in istituto:

*"Confrontando i costi e tenendo conto del fabbisogno di cure dei pazienti nonché dei costi complessivi, si nota che i costi dipendono in primo luogo dal fabbisogno di cure del beneficiario e non dal tipo di presa a carico.*

*I costi delle cure sono più elevati per una presa a carico a domicilio per via dei costi di spostamento, ma anche a causa dello skill-mix più elevato del personale coinvolto. Prendendo in esame i costi complessivi, includendo i costi di pensione (vitto, alloggio e pulizie) e di sostegno sociale, per i casi complessi la presa a carico in un istituto per anziani medicalizzato è più efficiente di quella a domicilio.*

*Per i casi leggeri, invece, vale il contrario.*

*I risultati presentati lasciano supporre che la strategia adottata dal Cantone Ticino nell'ambito delle cure di lunga durata sia coerente. Da un lato, permette a casi relativamente complessi di restare a domicilio, purché abbiano a disposizione un importante aiuto informale. Dall'altro, offre ai casi più complessi una presa a carico più efficiente, ossia in un istituto per anziani medicalizzato". (pag. 8 versione internet)*

- **L'ulteriore creazione di appartamenti protetti, incrementando il numero di quelli già esistenti (attualmente oltre un centinaio in Ticino) e esaminando anche altri possibili modelli per ospitare persone anziane (e non) psichicamente e fisicamente dipendenti, con particolare riguardo a coloro che sono colpiti da demenza senile e dal morbo di Alzheimer**

Questa tematica della presa a carico in strutture intermedie è trattata dal rapporto sulla Pianificazione anziani.

- **Il potenziamento e l'incremento numerico dei centri diurni in generale e dei centri diurni terapeutici che accolgono persone affette da demenze e offrono occasioni di soggiorni temporanei**

A questo suggerimento il CdS ha risposto con la riorganizzazione dei centri diurni, di cui si dirà nel seguito di questo rapporto.

- **La generalizzazione dello strumento di valutazione multimediale**

Il RAI è ora uno strumento consolidato nella pratica quotidiana degli operatori dei SACD di interesse pubblico, come pure di quelli attivi nella case anziani. Oltre a valutare la situazione dell'utente il RAI permette di allestire il piano di cura. Il RAI-HC è utilizzato in maniera sistematica, tuttavia non costituisce l'ideale per i pazienti psichiatrici ed oncologici. Per questa categoria di pazienti è stato messo a punto un modulo apposito che è attualmente in fase di introduzione.

---

<sup>4</sup> [http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DASF/UACD/images/ANZIANI/Studi\\_e\\_ricerche/Studio\\_Obsan\\_2010.pdf](http://www4.ti.ch/fileadmin/DSS/DASF/UACD/images/ANZIANI/Studi_e_ricerche/Studio_Obsan_2010.pdf)

Nel 2011 il RAI-HC è stato adottato anche dalle OACD, e costituisce un requisito per il riconoscimento e il finanziamento pubblico.

Il sistema bonus-malus riguardante gli aspetti qualitativi posti nel contratto di prestazione non è ancora stato introdotto.

- **Una migliore copertura nel periodo serale e notturno e durante i fine settimana da parte dei SACD**

Dai dati riportati a pag. 22 del Rapporto di pianificazione si può concludere che l'obiettivo pianificatorio per rapporto all'estensione della copertura alle ore serali, del fine settimana e dei giorni festivi è stato raggiunto. Sommando i dati 2009 dei SACD di interesse pubblico si oltrepassano abbondantemente le 40'000 ore stabilite come obiettivo nella precedente pianificazione.

Per il 2011-2014 resta ancora da definire meglio le modalità d'esecuzione del servizio serale, notturno e festivo, in particolare per ovviare all'aumento della pressione lavorativa sugli operatori sanitari dovute anche all'introduzione delle CAT, i cui effetti non si possono ancora valutare, ma che di certo rappresentano la grande incognita di questa pianificazione.

- **Il miglioramento qualitativo e quantitativo dell'assistenza alla prima infanzia, con estensione della prestazione ai bambini fino all'età di 6 anni**

Questo aspetto è trattato alle pagine 23/24 del Rapporto di pianificazione 2011-2014.

L'estensione della fascia di età si è concretizzato ovunque anche se limitato ai bambini da 0 a 3 anni, ovvero quella fascia di età per la quale il servizio era stato originariamente creato, che costituisce pure l'utenza delle consulenti materno-pediatrie dei SACD d'interesse pubblico.

L'allargamento del progetto alle fasce d'età oltre i 3 anni rimane quindi un obiettivo da valutare in un prossimo futuro, mentre per i bambini in età scolastica vi è un limite posto dalla Legge sull'assistenza e cura a domicilio (l'art. 30 cpv. 5 LACD limita la consulenza igienica, sanitaria e sociale alle gestanti e all'infanzia in età prescolastica).

Per il resto, gli sforzi di miglioramento di questo servizio non sono conclusi ma sembrano ben avviati. Durante il precedente periodo di pianificazione si è sviluppato un progetto sperimentale di coordinamento con gli asili nido - con un bilancio "chiaroscuro" - e si è messo mano alla reimpostazione dei servizi in base alle risultanze di uno studio commissionato alla SUPSI, che ha permesso di mettere in evidenza i punti deboli di questo servizio. Nello studio della SUPSI ha occupato uno spazio di rilievo la carenza di indirizzi cantonali nella formazione delle infermiere consulenti materno-pediatrie (ICMP). Per questo la SUPSI ha elaborato un modello di formazione "ad hoc" introdotto nell'autunno 2011. La nuova impostazione dovrebbe concludersi prima del 2014.

A livello generale si è cercato di consolidare la collaborazione tra i vari servizi e di posizionare le ICMP all'interno di una rete sociosanitaria, in particolare tramite i SACD di interesse pubblico è stata attivata la collaborazione delle ICMP con delle pedagogiste ed altre associazioni attive nell'ambito della prima infanzia.

Il coordinamento a livello cantonale dei vari servizi decentrati non è ancora concluso ma dovrebbe esserlo per fine anno.

- **Un ulteriore miglioramento del *coordinamento tra SACD e altre strutture sanitarie***

Il coordinamento tra SACD, strutture sanitarie e case anziani è un punto dolente anche nella pianificazione 2011-2014. Sulle critiche emerse in corso di audizione si dirà nel seguito di questo rapporto.

- **Un ulteriore sforzo organizzativo - se necessario con un adeguamento della dotazione di personale - per *incrementare le possibilità di mantenimento a domicilio***

Questo punto è l'oggetto della parte quantitativa.

- **Le misure necessarie per *mantenere l'attuale livello qualitativo, oltre che quantitativo, delle prestazioni dei SACD***

L'aspetto della qualità percepita è oggetto di un apposito studio, ancora in corso, commissionato alla SUPSI ed indirizzato al personale ed agli utenti dei SACD e dei centri diurni terapeutici.

- ***Un miglioramento sostanziale nel processo di presa a carico che permetta all'utente in uscita da una struttura acuta di disporre a tempo debito delle adeguate informazioni sulle modalità di proseguimento della convalescenza/riabilitazione***

Questo aspetto non è ancora risolto ed è trattato nei punti critici della pianificazione

I SACD del Mendrisiotto hanno sperimentato e poi consolidato la figura dell'infermiera di legame, che si occupa di valutare il bisogno di presa a carico a domicilio del paziente quando si trova ancora in ospedale.

Gli altri SACD hanno consolidato i contatti con gli istituti di cura per organizzare le dimissioni dei pazienti.

- ***Una previsione allestita con sufficiente anticipo e attendibilità sull'ulteriore aumento dell'utenza che farà ricorso ai SACD***

La previsione sull'aumento dell'utenza è oggetto della parte principale quantitativa della pianificazione 2011-2014.

- ***Una proposta di coordinamento della pianificazione sull'assistenza e cura a domicilio, da una parte, e di quella delle case per anziani e dei servizi rivolti alla popolazione anziana, dall'altra parte, elaborando proposte normative e operative al riguardo***

Il coordinamento non ci sembra ancora pienamente realizzato anche se la Commissione apprezza il fatto che le due pianificazioni, pur avendo basi legali differenti, sono state coordinate nei contenuti e sono state presentate contemporaneamente

- ***Un'analisi sui motivi che hanno portato allo sviluppo rilevante dei servizi privati nel nostro Cantone, rispettivamente sulle conseguenze che derivano da questa situazione. Un'analisi approfondita delle conseguenze sui SACD della Nuova impostazione della perequazione finanziaria e della ripartizione dei compiti tra Confederazione e Cantoni (NPC)***

I punti sono ampiamente trattati nella pianificazione in oggetto, in particolare quello riguardante i servizi privati.

## 8. BILANCIO DELLA PIANIFICAZIONE PRECEDENTE

Gli obiettivi quantitativi per rapporto all'utenza sono stati più o meno raggiunti mentre sono stati sottostimati per rapporto alle prestazioni di cura e sono sovrastimati per rapporto alle prestazioni di economia domestica (pag. 9/10 del rapporto di pianificazione).

Nei SACD si è confermata la tendenza alla specializzazione dell'offerta, che in parte ha compensato la mancanza di posti letti in casa anziani, soprattutto nei comprensori del Luganese, del Bellinzonese, del Malcantone e delle Tre Valli.

Anche l'obiettivo finanziario è stato rispettato. Tra la previsione di spesa (fr. 25'279'000) e la spesa effettiva lo scarto è minimo +1,3% (fr. 25'430'400).

## 9. I PUNTI CONTROVERSI DELLA PIANIFICAZIONE 2011-2014

### 9.1 Sugli obiettivi quantitativi

#### 9.1.1 Quantificazione dei bisogni e SACD di interesse pubblico

I SACD di interesse pubblico del Mendrisiotto e del Bellinzonese hanno fatto pervenire un documento scritto con il quale ribadiscono le critiche ed i suggerimenti già sollevati in sede di audizione.

Ambedue gli scritti concludono che il progetto di pianificazione sovrastima leggermente le ore di economia domestica, mentre sottostima la necessità di ore di cura LAMal.

**Per le prestazioni di economia domestica** tutti i SACD, tranne quelli delle Tre Valli, fanno ricorso all'*outsourcing*, delegando il lavoro a organizzazioni *not for profit* come Opera Prima<sup>5</sup>. Questo ha permesso di risparmiare sui costi (un risparmio che i SACD del Mendrisiotto quantificano in circa 250'000 franchi all'anno).

I SACD confermano tuttavia che il servizio delle loro ausiliare di economia domestica rimane garantito per gli interventi complessi che necessitano di un lavoro d'équipe e che sono definiti da patologie e situazioni sociali complesse.

**Per le cure sanitarie**, i SACD audizionati ne confermano l'importante evoluzione.

I fabbisogni variano a dipendenza della quantità di strutture intermedie di post-degenza, del numero di posti letto in casa anziani, del grado di penetrazione del territorio da parte dei SACD e infine del peso della concorrenza delle organizzazioni commerciali. Tuttavia è un dato condiviso il peggioramento della casistica dei fabbisogni e l'aumento dell'utenza dovuto all'abbreviazione del tempo di degenza (dimissioni più rapide) negli istituti di cura. Il SACD del Mendrisiotto ha evidenziato un aumento della percentuale dei pazienti presi a carico dai Servizi di aiuto domiciliare: dal 40% nel 2001 al 60% nel 2012. Anche SCuDo (Servizio Cure a Domicilio del Luganese) constata che le dimissioni "precoci" da ospedali e cliniche hanno subito un costante incremento negli ultimi anni quantificabile con l'aumento degli utenti seguiti annualmente (passati da 2200 nel 2009 a 2700 nel 2012).

Ai SACD preoccupano gli effetti che avranno sull'utenza l'introduzione delle cure acute transitorie (CAT) a livello ambulatoriale e l'impatto dei DRG per tutto il settore ospedaliero (per l'OSG di Bellinzona lo strumento è già in vigore dal 2003).

---

<sup>5</sup> Associazione attiva nel reintegro delle donne nel mondo del lavoro

Per questo i SACD del Bellinzonese e del Mendrisiotto ritengono che il sentiero di sviluppo stimato dal DSS per le ore di cura LAMal è nettamente inferiore alle reali esigenze.

Le ore LAMal erogate dai SACD del Mendrisiotto superano le previsioni del progetto di pianificazione di ca. 12'000 ore per il 2011 e di circa 20'000 ore per il 2012. La stessa tendenza la registrano anche i SACD del Bellinzonese dove le ore LAMal erogate per il 2011 e 2012 sono superiori al previsto.

Per far fronte a quella che definiscono “*la rigidità della pianificazione*” la tendenza dei SACD è quella di trasformarsi: da ente socio-assistenziale ad ente con forte priorità sanitaria, pur essendo contrari ad uno scorporamento delle ausiliarie di economia domestica dai loro servizi.

Ciò comporta una riorganizzazione del lavoro e una maggiore formazione del personale occupato.

## **9.1.2 Quantificazione dei bisogni e SPITEX privati**

### **9.1.2.1 Le lamentele**

Con lettera 22 novembre 2012 indirizzata alla Commissione sanitaria, l'Associazione ticinese servizi di assistenza e cure a domicilio ha confermato le critiche espresse in corso di audizione.

In sostanza gli Spitex privati lamentano una disparità di trattamento per rapporto ai SACD di interesse pubblico, declinandola in 5 punti:

- negano che l'esistenza di una “sovrà offerta” di prestazioni non sia causale alle reali esigenze dell'utenza;
- contestano la quantificazione dei bisogni sulla base dei dati 2010 e ne chiedono l'attualizzazione annuale;
- ritengono che il meccanismo di finanziamento non compensi adeguatamente le perdite sul personale infermieristico;
- contestano le differenze tariffarie sul costo del personale infermieristico (per i SACD costo orario riconosciuto CHF 130, per gli OACD costo orario riconosciuto nel 2011 CHF 80.32);
- lamentano l'esclusione dal finanziamento pubblico dei costi di sede e del personale amministrativo.

### **9.1.2.2 La legge e il progetto di pianificazione**

La Legge sull'assistenza e la cura a domicilio subordina il finanziamento pubblico dei SACD privati a due condizioni cumulative: l'autorizzazione<sup>6</sup> all'esercizio e il riconoscimento a livello cantonale.

Quest'ultimo è fondato su criteri quantitativi e qualitativi elencati all'art. 11 della LACD, che recita:

---

<sup>6</sup> I criteri di autorizzazione sono regolati nel Regolamento sui requisiti essenziali di qualità per i servizi di assistenza e cura a domicilio del 22 maggio 2007 (BU nr. 27, pag. 415-417), a cui sottostanno sia i SACD di interesse pubblico che gli OACD

## Requisiti

**Art. 11** <sup>1</sup>Ogni SACD può essere riconosciuto se soddisfa cumulativamente i seguenti requisiti:

- a) è in possesso dell'autorizzazione d'esercizio ai sensi degli art. 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.

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

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

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

Gli Spitex privati sono organizzazioni commerciali a scopo di lucro<sup>7</sup>. L'OACD che non vuole sottomettersi alla pianificazione può continuare ad esercitare - se a ciò autorizzato - ma non sarà riconosciuto e quindi non sarà finanziato dall'ente pubblico. In tal caso la copertura delle prestazioni è limitata al contributo delle casse malati (80% della spesa di prestazione).

Il finanziamento è subordinato non solo all'accertamento di un **bisogno di prestazioni** - accertato dalla pianificazione - ma anche dal **principio di economicità**. Le prestazioni devono limitarsi a quanto **necessario** per le prestazioni di cura LAMal e l'intervento deve **mantenersi sussidiario** rispetto a tutte le altre risorse disponibili per il mantenimento a domicilio (per esempio le risorse personali dell'utente e l'aiuto informale da parte dei familiari o di personale volontario, art. 1 cpv. 2 LACD).

L'Associazione imputa la sovraofferta alle prestazioni serali e festive offerte, fino a poco tempo fa, solo dagli OACD.

Un'affermazione che però non trova riscontro PROBATORIO nella realtà.

L'ampliamento della fascia oraria d'intervento era uno degli obiettivi qualitativi della precedente pianificazione. Dai dati riportati a pagina 22 del rapporto di pianificazione risulta che l'obiettivo della precedente pianificazione è stato portato avanti anche dai SACD pubblici. Per il 2009 il 9.9% delle prestazioni dei SACD del Sopraceneri venivano svolte la sera e nei giorni festivi, mentre per i SACD del Sottoceneri la percentuale si attestava all'11%. In totale le prestazioni erogate dai SACD hanno superato l'obiettivo pianificatorio di 40'000 ore.

Secondo la stima del messaggio (pag. 22) le prestazioni del servizio pubblico sono equiparabili a quelle erogate dai servizi privati, per cui i servizi pubblici hanno camminato

---

<sup>7</sup> Gli Spitex privati sono e restano organizzazioni a scopo di lucro (Messaggio 6390, pag. 18):

*"...la 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...."*

E 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"

appaiati ai servizi privati, anche se questo non significa che i fabbisogni dell'utenza per queste ore di intervento siano state tutte soddisfatte.

Nemmeno si può condividere l'accusa di una disparità di trattamento tra settore pubblico e settore privato relativamente ai dati raccolti a fondamento della pianificazione. La quantificazione dei bisogni dell'utenza si è basata per tutti - SACD e OACD - sui dati disponibili a fine 2009/2010.

D'altra parte, proprio per evitare esclusioni discriminatorie nei confronti del settore privato, il progetto pianificatorio ha introdotto un'unità di verifica: i SACD e gli OACD hanno la possibilità di comprovare il bisogno di prestazioni eccedenti la quantificazione pianificata dell'offerta tramite l'accertamento dell'Ufficio del medico cantonale (UMC). Se il bisogno esiste verrà finanziato. Secondo i dati aggiornati l'81,6% delle ore sottoposte al controllo dell'Ufficio del medico cantonale sono state confermate. Le ore non confermate possono essere comunque finanziate se il medico curante le ritiene necessarie.

Quanto al meccanismo di finanziamento, il progetto pianificatorio è fondato su principi intangibili come quello dell'economicità e di sussidiarietà già metabolizzati nell'attività del settore pubblico. La quantificazione degli obiettivi pianificatori per i SACD privati si è fondata su una media di ore per caso riferita alle ore erogate dai SACD cantonali e federali. Non si vede ragione per ritenere che la media di cure per caso è quella di 108 ore dei servizi privati che ubbidiscono a logiche di profitto estranee al settore pubblico e all'obbligo di finanziamento pubblico.

Per il costo del personale infermieristico la differenza tariffale è dovuta da una parte alle prestazioni salariali del CCL a cui sono sottoposti gli operatori dei SACD di interesse pubblico (che incidono per ca. l'85% sui costi generali) dall'altra agli obblighi imposti ai servizi pubblici.

Per l'art. 36 cpv. 2 LACD il contributo globale ai SACD di interesse pubblico è calcolato annualmente sulla base dei compiti attribuiti al servizio finanziato e della relativa attività mediante contratto di prestazione. Il finanziamento tiene conto che i SACD di interesse pubblico non possono scegliere né l'utenza né le zone d'intervento (che per gli OACD è limitata ai centri urbani). Per tale ragione nella tariffa oraria riconosciuta ai servizi pubblici rientrano anche le spese dovute agli spostamenti nelle zone discoste dai centri urbani e le spese per le incombenze amministrative - tra cui il coordinamento della rete socio-sanitaria - del personale occupato.

Da ultimo l'esclusione dei costi di investimento (i costi amministrativi sono coperti) degli OACD privati non dipende dalla volontà dei funzionari del DSS ma dall'esclusione di tali costi dal finanziamento pubblico: LAMal, Opre (art. 7), e infine la stessa LACD, che all'art. 34 recita: possono beneficiare di contributi per spese di investimenti unicamente i SACD d'interesse pubblico e i servizi d'appoggio riconosciuti, ricordano che il finanziamento degli Spitex privati è limitato alle sole prestazioni di cura per la parte eccedente il contributo delle Casse malati (20%).

### **9.1.2.3 La modifica del progetto di pianificazione: lo sblocco degli utenti OACD**

Con lettera 14 maggio 2013, allegata a questo rapporto, il Consiglio di Stato ha sbloccato il numero di utenti per le OACD finanziate per quanto attiene gli anni 2014 e 2015, mentre ha confermato le altre misure volte a contenere l'offerta di prestazioni.

Il dietrofront del CdS è motivato dalla constatazione che la *"recente evoluzione della media delle ore di presa in carico annuale da parte delle OACD"* attesta una *"diminuzione rispetto a*

*quanto registrato prima dell'entrata in vigore del nuovo ordinamento del finanziamento delle cure dal 1.1.2011, ciò anche grazie all'unità di verifica delle ore di cura in ambito ambulatoriale ... attiva presso l'Ufficio del medico cantonale dal 2011."*

L'abbandono del blocco del numero degli utenti, sia per i SACD che per gli OACD, ha carattere provvisorio ed è soggetto a verifiche trimestrali. Con la nuova pianificazione si valuterà se reintrodurre tale sistema, o altri tipi di provvedimenti, qualora si constatasse una situazione di sovra offerta

## **9.2 Sugli obiettivi qualitativi della pianificazione**

### **9.2.1 Il coordinamento tra le strutture socio-assistenziali: il parere dei SACD di interesse pubblico e della Società Ticinese dei medici geriatri**

Nella precedente pianificazione il tema del coordinamento tra SACD e strutture stazionarie aveva interessato due aspetti:

- **Il coordinamento con le strutture ospedaliere**

Questo tema è stato sviluppato da un apposito gruppo di lavoro composto da rappresentanti della DASF, dell'EOC e dei SACD. Il gruppo ha sviluppato un protocollo per la procedura di trasmissione di informazione ai SACD di pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere. Tuttavia queste informazioni non comprendono i dati medici ma solo quelli infermieristici. Per i dati medici è stato concordato di riferirsi alla lettera d'uscita consegnata ai pazienti.

- **Il coordinamento con le case anziani**

Un miglioramento è avvenuto grazie all'adozione del medesimo strumento di valutazione dei bisogni dell'utente: il RAI versione *home care* per i SACD e OACD e versione *nursing home* per le case anziani. Oltre a valutare la situazione dell'utente il RAI permette di allestire il piano di cura. Tuttavia lo strumento RAI-HC non è adeguato ai pazienti psichiatrici ed oncologici, anche se per i primi è già stato sviluppato ed implementato un modulo apposito.

Per i SACD audizionati il coordinamento tra le diverse strutture socio-sanitarie, segnatamente con gli istituti di cura, è ancora insufficiente.

A loro parere manca la condivisione delle sinergie e delle potenzialità esistenti in termini di formazione e di personale tra i diversi attori della pianificazione anziani, come pure tra SACD, Spitex specializzati nella cura dell'infanzia e OACD, che costituiscono pur sempre una riserva importante di personale formato, in grado, se necessario, di coprire rapidamente i picchi di richieste di intervento a cui non sempre può rispondere il servizio pubblico.

A parere dei SACD, sono pochi i ponti/progetti/iniziative di collegamento tra i vari settori, se esistono, sono il frutto delle singole iniziative degli Enti, come per esempio l'infermiera di legame - figura ponte tra istituti di cura, case anziani e SACD - istituita dai SACD del Mendrisiotto e da Maggio, ma limitatamente al settore geriatrico (Clinica Luganese).

Per il SACD del Mendrisiotto (dove si sono registrate 24 mila ore di intervento infermieristico per un bacino di utenza di 50 mila abitanti) è indispensabile creare una rete con i medici curanti, con il territorio e l'ospedale.

Problemi particolari si riscontrano nella comunicazione dei dati e delle dimissioni da parte degli Ospedali e delle Cliniche private.

Per la trasmissione della documentazione medica lo scoglio della protezione dati crea molte difficoltà ai SADC anche perché i casi di cui si occupano sono sempre più complessi. La documentazione d'uscita consegnata ai pazienti non è un'alternativa valida, anche perché gli utenti non sempre la conservano o la comunicano agli operatori sanitari. Anche la trasmissione dei dati, per il tramite del medico curante, non è una soluzione. Spesso gli orari di intervento degli operatori sanitari non coincidono con gli orari di attività dello studio medico. Problematico rimane il rapporto con l'Organizzazione Socio-Psichiatrica, dove non è ancora stato possibile attivare delle figure di collegamento.

I SADC si lamentano per dimissioni anticipate, annunciate all'ultimo momento, che impediscono loro di programmare dimissioni sicure per familiari e pazienti. Manca anche una sistematica comunicazione da parte degli operatori SADC agli istituti di cura dei problemi già in essere a domicilio.

Anche i medici geriatri ritengono necessario migliorare il coordinamento tra i diversi attori socio-sanitari, in particolare caldeggiando la creazione di un ente di coordinamento regionale sul modello dei BRIO<sup>8</sup> romandi con una infermiera di legame e conseguente possibilità di migliorare il coordinamento della rete. Inoltre auspicano un'analisi della fattibilità del concetto "UNICO" discusso nella precedente pianificazione.

### **9.2.2 Estensione delle prestazioni nelle fasce serali, notturne e del fine settimana**

Questo obiettivo qualitativo già introdotto nella precedente pianificazione è ancora problematico.

Sebbene le prestazioni per queste fasce temporali siano state implementate, l'organizzazione del servizio condizionata dalla Legge federale sul lavoro - a cui si aggiunge il CCL per il personale dei servizi pubblici - in particolare nelle prescrizioni sulla durata del lavoro e le ore di riposo, che ostacolano la programmazione dei turni lavorativi.

La conseguenza pratica delle norme federali sul lavoro è che il personale si trova a dover fare dei turni spezzettati - intervallati da tempi di riposo obbligatori - e ciò causa non solo problemi di organizzazione della turnistica, ma anche insoddisfazione nel personale e nell'utenza. La discontinuità dei rapporti tra personale curante e utente mette in pericolo non solo la qualità della prestazione ma anche la necessaria relazione personale e di fiducia sottesa al tipo di prestazione erogata dai SADC.

Il problema si fa in particolare sentire per i SADC di piccole o medie dimensioni, non tanto però per le ore notturne (le richieste sono poche e il servizio 144 permette già un triage delle necessità), ma piuttosto per le ore serali, il fine settimana e i giorni festivi. In questo senso, anche per ottemperare al criterio di economicità ed evitare di gonfiare il personale impiegato, appare di primaria importanza trovare e creare forme di collaborazione con altri servizi ed istituzioni (p.es. utilizzando il personale infermieristico di riserva), soprattutto nella prospettiva di un aumento delle necessità di intervento conseguente all'introduzione delle cure acute transitorie (CAT).

Per garantire la copertura notturna degli utenti il SADC del Mendrisiotto ha già organizzato un servizio di picchetto, instaurato una collaborazione con la centrale Ticino Soccorso

---

<sup>8</sup> <http://www.boum-brio.ch>, [http://www.arcosvd.ch/arcos\\_home/arcos\\_presentation.htm](http://www.arcosvd.ch/arcos_home/arcos_presentation.htm)

Le BRIO a pour mission d'évaluer des personnes en perte d'autonomie - à domicile et à l'hôpital principalement - et à les orienter vers l'établissement correspondant à leur état ou vers leur domicile.

Son action vise à optimiser la coordination des soins et à utiliser de façon adéquate les disponibilités des établissements de soins.

(144) e istituito una collaborazione permanente con il Servizio Ambulanze del Mendrisiotto (SAM) (vedi CdT del 24 aprile 2013). Tuttavia il SACD del Mendrisiotto ritiene che la pianificazione dei servizi e l'accompagnamento formativo debbano essere organizzati a livello cantonale.

In questo senso si sono espressi anche gli altri servizi, che pure ricorrono alle prestazioni di Ticino Soccorso per le chiamate notturne.

### **9.2.3 L'offerta badanti**

La figura delle badante è diventata un tassello importante nella cura degli anziani, non solo perché sgrava le famiglie (soprattutto figlie e nuore) dagli oneri di cura, ma perché permette di assecondare il legittimo desiderio dell'anziano di rimanere al proprio domicilio il più a lungo possibile. In questi ultimi anni il fenomeno badanti ha assunto anche in Ticino dimensioni inaspettate, che spesso e ancora recentemente hanno interessato la cronaca cantonale, portando alla luce situazioni di disagio e di sfruttamento. A fine 2010 sono state censite 150 badanti, ma se ne stimavano attive sul territorio cantonale almeno il doppio, parte delle quali in "nero".

Quello delle badanti è ancora un mondo sommerso che, proprio perché importante e in via di espansione, merita di essere monitorato e regolamentato.

Proprio per questa ragione sono stati avviati dei progetti di penetrazione del mercato, prevalentemente in mano ad agenzie di collocamento private, da parte dei SACD di interesse pubblico. Lo scopo era quello di verificare se fosse opportuno integrare questo servizio nell'offerta dei SACD, e semmai con quali modalità.

Da un'indagine del mercato esperita da un gruppo di lavoro, istituito dal DSS nel dicembre 2008<sup>9</sup>, è emerso che le badanti sono nel 70-80% dei casi straniere (oltre il 95% se si tratta di coprire il servizio sulle 24 ore) e sono assunte prevalentemente tramite segnalazione di parenti/conoscenti o agenzie di collocamento. Gli utenti SACD che si avvalgono del loro servizio sono prevalentemente donne ultraottantenni con figli. Sono soprattutto le famiglie con redditi bassi (meno di 25'000 fr./anno) e quelle con redditi superiori ai 40'000 fr./anno ad assumere badanti. Questa distribuzione delle fasce di reddito è dovuta al fatto che le fasce di reddito inferiori dispongono di aiuti finanziari come le prestazioni complementari AVS-AI e gli aiuti diretti per il mantenimento a domicilio. L'intervento della badante rimane complementare a quello dei SACD, che continuano a fornire prestazioni sanitarie (esami e cure, cure di base) riducendo le ore di economia domestica. La propensione degli utenti SACD ad assumere badanti è pari al 40% ca. ed è positivamente correlata alla presenza di figli e a redditi superiori ai 40'000 franchi. Il ricorso alla badante è per il 34% degli utenti conseguente ad un soggiorno acuto presso un istituto di cura.

Dal medesimo studio erano anche emersi alcuni problemi, tra questi la fatica delle famiglie a gestire i tempi di assenza della badante (per vacanze, malattia, ecc.), la scarsa percezione dei costi totali effettivi che devono essere sostenuti per una badante e la mancanza di riferimenti istituzionali per gli aspetti burocratici (calcolo del salario, permesso di lavoro ecc.)

La remunerazione delle badanti è regolata dal Contratto normale di lavoro per il personale domestico (CNL) ma per le famiglie è difficile calcolare il salario e le deduzioni (sociali e

---

<sup>9</sup> Messaggio 6430

per vitto e alloggio). È importante per l'utenza disporre di informazioni appropriate e corrette.

Oltre ai problemi salariali le badanti soffrono anche per le condizioni di lavoro, che si possono riassumere nelle considerazioni del sindacalista CALABRETTA della VPOD, riportate in un articolo apparso sul CdT del 13 febbraio 2013:

*“Non è raro che lavorino sette giorni su sette, restando a disposizione 24 ore al giorno, anche se il normale contratto di lavoro per il personale domestico non lo consentirebbe. Spesso le badanti non sono a conoscenza dei loro diritti. Quando poi se ne accorgono possono nascere i conflitti perché i datori di lavoro (figli o nipoti dell'anziano accudito) non vogliono, o magari per ragioni economiche non possono, cambiare la situazione. «Se non si trova un accordo, capita che le badanti vengano licenziate in tronco e allontanate da casa. Così si ritrovano sole, abbandonate al loro destino, senza una dimora. Qualche anno fa ci è capitato di aiutare una di loro a tornare in Polonia, pagandole l'albergo e il biglietto del treno per tornare a casa». Fortunatamente queste lavoratrici si sono organizzate e si aiutano come possono a superare le tante difficoltà. Calabretta ci racconta che hanno affittato degli appartamenti in tutto il cantone - uno dei quali si trova a Massagno - in cui accolgono le compaesane in difficoltà. «Ma chi perde l'impiego, e non ha i contatti, deve arrangiarsi o tornare al Paese di origine», conclude Calabretta”.*

Dopo la prima fase di indagine, accertato l'interesse dell'utenza ad un servizio badanti, che integrasse i servizi di assistenza e cura a domicilio, e che permettesse di rimanere al più a lungo al proprio domicilio, il gruppo di lavoro aveva valutato le possibili modalità di interazione fra SACD e servizio badanti.

Si era quindi dato avvio ad una sperimentazione con la finalità di definire una proposta strutturata d'introduzione a livello cantonale di un servizio badanti che, in un contesto di complementarità e di lavoro di rete, desse adeguate garanzie sui piani della qualità e della continuità.

A conclusione della sperimentazione (fine 2011) che aveva coinvolto due servizi: quello del Mendrisiotto e Basso Ceresio e quello del Locarnese e Vallemaggia (ALVAD), i vari attori sul territorio sembrano orientati alla mediazione. Ai SACD sarebbe affidata la mediazione tra famiglie e badanti (valutazione del bisogno, istruzione, formazione e controllo delle badanti), mentre del collocamento (ricerca del personale, collocamento nelle famiglie e, se richiesto dall'utenza, l'espletamento delle procedure burocratiche) continuerebbero ad occuparsene gli utenti, direttamente o tramite agenzie private o tramite Opera Prima, che in questi ultimi anni ha incorporato questo servizio nella sua offerta.

Nel 2011 Opera Prima ha già collocato 130 badanti sia a titolo permanente che a titolo sostitutivo.

Il collocamento richiesto ad Opera Prima è autofinanziato tramite la fatturazione all'utente ciò che evita di creare una situazione di concorrenza sleale verso le agenzie private. Le altre attività usufruibili da tutti gli utenti SACD (valutazione del bisogno, istruzione e formazione della badante e controllo), che, come detto, costituiscono il valore aggiunto rispetto all'attività delle agenzie di collocamento private e la caratteristica dell'intervento pubblico, sono svolte dal personale del SACD e finanziate tramite il contratto di prestazione con il Cantone.

#### **9.2.4 I servizi di appoggio - I centri diurni**

Un'analisi sui centri diurni esperita dall'UACD ha evidenziato diverse disomogeneità qualitative e quantitative nell'offerta dei servizi a favore degli anziani come pure un'iniqua ripartizione territoriale (in alcune zone del cantone il fabbisogno non era coperto).

Da qui è nata l'esigenza di allestire un progetto di pianificazione fondato su criteri qualitativi omogenei dei centri diurni sussidiati.

D'ora innanzi il finanziamento dei centri diurni cantonali dipenderà dall'adempimento di tali criteri (orari di apertura (almeno 8 ore al giorno e 4 ore nel fine settimana, personale formato, offerta quotidiana di pasti, servizio trasporto da e per il centro diurno, ecc) e terrà conto anche del principio di equità territoriale.

La priorità del finanziamento pubblico è ora orientata maggiormente a coprire i bisogni degli anziani che necessitano di assistenza e cure. Per questo il finanziamento pubblico nella forma usuale verrà concesso solo ai centri diurni socio-assistenziali e ai centri diurni terapeutici, ritenuti come le sole strutture in grado di garantire il mantenimento al domicilio il più a lungo possibile e di alleviare l'impegno delle famiglie nei confronti dei propri parenti anziani.

La riorganizzazione dei centri diurni, così come illustrata dal progetto di pianificazione, esclude pertanto dal finanziamento pubblico i centri diurni ricreativi, che d'ora innanzi dovranno autofinanziarsi, anche se potranno usufruire di aiuti mirati al coordinamento di attività di animazione e di ricreazione per anziani.

Gli attuali centri diurni ricreativi dovranno quindi decidere se adeguare le loro strutture ai requisiti previsti per i centri diurni socio-assistenziali, e godere del finanziamento pubblico, oppure accontentarsi di aiuti mirati al coordinamento di attività ricreative.

Tranne per i centri ATTE, tutti gli altri centri - quelli non sussidiati e il Centro di Generazione Più (sussidiato) - la trasformazione è già avvenuta od è in corso.

L'ATTE comunque sta lavorando ad un progetto di trasformazione dei propri centri in centri socio-assistenziali, di cui riconoscono l'esigenza, ma è una trasformazione che non potrà avvenire in tempi brevi e per questo chiede un periodo di transizione di almeno 5 anni.

Proprio in questo senso l'associazione ha concordato con la Divisione dell'azione sociale e delle famiglie una modifica del capitolo 5 del rapporto di pianificazione, con cui viene in sostanza confermata l'importanza dei centri ricreativi (punto 5.2.1.1), e garantito un periodo di adattamento di durata indeterminata (punto 5.2.1), ma che ATTE si è impegnata a limitare in 5 anni (2013-2017)<sup>10</sup>

Come diremo nelle conclusioni l'accordo è stato ratificato dal Consiglio di Stato con lettera 24 aprile 2013.

## **10. LE CONCLUSIONI DELLA COMMISSIONE**

### **10.1 In generale**

#### ***I Messaggi ci sono arrivati dopo l'inizio del periodo di pianificazione***

Come per la precedente pianificazione (vedi rapporto commissionale del 28 giugno 2007, pag. 2), la Commissione ribadisce le critiche al mancato rispetto della tempistica nell'aggiornamento della pianificazione per il periodo 2011-2014. La Commissione ritiene che la complessità della materia, il tempo necessario all'elaborazione del progetto di pianificazione ed al suo esame da parte della Commissione siano un motivo sufficiente per decidere un prolungamento del periodo delle prossime pianificazioni.

---

<sup>10</sup> Allegato progetto di modifica

## **Non sono stati coinvolti tutti gli attori della pianificazione**

La Commissione ha potuto appurare che non tutti gli attori attivi sul territorio cantonale sono stati coinvolti nella procedura di allestimento del progetto di pianificazione. La Commissione auspica che questa dimenticanza non si riproduca nell'ambito della prossima pianificazione.

## **10.2 In particolare**

### **Sugli aspetti quantitativi della pianificazione**

- La crescita del numero di utenti anziani è confermata e dipende non solo dall'invecchiamento della popolazione ma anche dalla mancanza regionale di strutture di appoggio e letti in casa anziani. Confermato è pure l'aumento della complessità delle patologie dell'utenza.
- La pianificazione dell'offerta si basa su un modello di stima, e come tale comporta un margine di errore. Tuttavia lo scarto irrisorio che appare dal confronto tra le previsioni del precedente periodo di pianificazione e i dati di consuntivo permette alla Commissione di supportare serenamente il modello di stima proposto dal progetto di pianificazione.
- La possibilità per i servizi di assistenza e cura a domicilio - privati e pubblici - di sottoporre al vaglio dell'UMC le ore di cura che eccedono un determinato parametro, rappresenta un buon correttivo delle previsioni di pianificazione, a condizione che questo strumento non diventi un modo per far rientrare dalla finestra una sovra offerta di prestazioni.
- Sulla quantificazione dei bisogni e dell'offerta pesa l'incognita relativa agli effetti dell'introduzione delle CAT stazionarie e ambulatoriali e dell'estensione dei DRG<sup>11</sup> a tutti gli istituti di cura. Queste sono variabili che dovranno essere attentamente monitorate, coordinate e se del caso supportate da interventi mirati quale l'aumento del personale o la messa in atto di forme di condivisione di personale qualificato con istituti di cura o altre organizzazioni attive in ambito socio-sanitario. In questo senso la Commissione ritiene opportuno che le problematiche connesse alle CAT ambulatoriali vengano discusse ed affrontate parallelamente alla pianificazione ospedaliera e alle CAT stazionarie, nello specifico messaggio che verrà presentato nei prossimi mesi.
- Sull'outsourcing delle prestazioni di economia domestica la Commissione invita alla prudenza. In particolare preoccupa la tendenza alla trasformazione dei SACD da enti socio-assistenziali a enti con forte contenuto sanitario. La Commissione è di principio contraria a scorporare le prestazioni di economia domestica dai servizi offerti dai SACD di interesse pubblico, poiché ritiene che la cura dell'utente comprende anche la cura del suo ambiente, che ne influenza la guarigione ed il benessere psico-fisico.
- Sulle tariffe applicate per le prestazioni di economia domestica la Commissione invita il DSS a verificare se non sia auspicabile introdurre una tariffa fissa, evitando in tal modo

---

<sup>11</sup> *"Le variabili su cui esiste un consenso sostanziale sono : a) tempo di dimissione e durata della degenza (si riscontrano dimissioni più rapide, ma non è chiaro in che misura la riduzione della durata di degenza sia stata determinata dai DRG o se sia invece dovuta al progresso tecnologico....e) maggior volume di servizi offerti in regime ambulatoriale e post-acuto...Anche in Svizzera è pertanto opportuno che l'introduzione del nuovo sistema sia accompagnata ...una specifica valutazione di impatto per poter prendere le necessarie contromisure qualora gli effetti indesiderati prevalgano su quelli virtuosi e sperati"* Luca Crivelli, *I DRG nel contesto internazionale: quali lezioni per la Svizzera, Rivista per le Medical Humanities, nr. 21 (2012), pag.16*

ai SACD di dover verificare il reddito dell'utente. Gli utenti con redditi modesti potrebbero poi rivolgersi agli sportelli LAPS ed ottenere gli aiuti del caso

- Per il momento non è ancora possibile definire eventuali effetti negativi dell'aumento delle tariffe a carico dell'utenza per le ore di economia domestica, decisi dal Parlamento cantonale nel dicembre 2012<sup>12</sup>. La Commissione invita il CdS a monitorare attentamente gli effetti di questa misura, anche per evitare che la stessa favorisca il lavoro in nero.
- La Commissione chiede di analizzare gli effetti di tutte le spese aggiuntive per gli anziani (letti elettronici, pannolini ecc.)
- La Commissione chiede di approfondire la necessità di investire in un accompagnamento formativo degli operatori SACD che vada in parallelo all'aumento dei casi complessi e alle nuove sfide epidemiologiche.
- Il problema delle cure acute transitorie (CAT), è particolarmente sentito nella regione del Mendrisiotto dove non ci sono strutture "cuscinetto" che possono intervenire a momento delle dimissioni dall'ospedale.
- Da ultimo la Commissione auspica che nella prossima pianificazione venga indicato il risparmio finanziario sul settore stazionario ottenuto grazie ai servizi di aiuto a domicilio.

## **OACD**

- In generale la Commissione condivide la necessità di controllare e contenere l'offerta di prestazioni domiciliari. Offerta che deve rimanere funzionale al reale fabbisogno della popolazione, la cui copertura deve però essere garantita. D'altro canto la Commissione non può esimersi dal constatare che anche i SACD di interesse pubblico hanno riferito di un crescente fabbisogno dell'utenza, ciò che sembra comprovare anche la tabella allegata alla lettera del 14 maggio 2013 del CdS. Le ore sussidiate nel 2011 hanno sforato le previsioni della pianificazione: per i SACD del 6% e per gli OACD del 17,5%.
- La Commissione esprime quindi la sua preoccupazione per la futura pianificazione e in particolare sulla possibilità di trovare una giusta misura di equilibrio tra la necessità di contenere i costi e controllare il mercato e dall'altra di dare una risposta adeguata ai bisogni della popolazione.
- La Commissione auspica che sia trovato un equilibrio dell'offerta tra pubblico e privato in modo da garantire una corretta copertura del fabbisogno comprovato.
- In attesa delle risultanze delle verifiche operate dai servizi competenti, la Commissione auspica che la rimozione del blocco degli utenti sia accompagnata da una valutazione anche qualitativa delle prestazioni offerte dai servizi privati e dall'implementazione di forme di collaborazione tra servizi pubblici e privati, atti a sopperire, semmai ve ne fosse la necessità, alla carenza di personale qualificato.
- Da ultimo la Commissione sollecita una particolare attenzione agli Spitex privati che operano a favore dei minori da 0 a 18 anni (attualmente ve ne sono due: SPIPED e un collettivo di infermieri indipendenti). Anche questi Spitex, esclusi dal sistema di finanziamento duale previsto dalla nuova LAMal, meritano di partecipare agli aiuti statali.

---

<sup>12</sup> <http://www.ti.ch/CAN/SegGC/comunicazioni/GC/odg-mes/pdf/m6697.pdf>

### ***Sugli aspetti qualitativi della pianificazione***

- Nel progetto di pianificazione mancano indicazioni sull'accertamento continuativo dell'adempimento delle condizioni di autorizzazione all'esercizio dei SACD pubblici e commerciali. La Commissione chiede che nella prossima pianificazione sia inserito un capitolo dedicato all'organizzazione dell'accertamento e alle risultanze di tali accertamenti.
- La copertura nel periodo serale, notturno e festivo pone un problema di compatibilità con la Legge sul lavoro. La Commissione chiede che l'obiettivo qualitativo sia monitorato e se del caso supportato da un potenziamento del personale o dall'organizzazione a livello cantonale di un migliore coordinamento tra i diversi attori sul territorio, se del caso anche tramite la condivisione del personale.
- Per le stesse ragioni la Commissione chiede che il DSS verifichi la possibilità di estendere anche ai SACD le eccezioni relative al tempo di lavoro previste dalla Legge federale del lavoro per gli istituti ospedalieri.
- Il coordinamento della rete socio-sanitaria (SACD/medici/istituti di cura/spitex privati/case anziani/istituti di cura) è ancora carente. La Commissione chiede che si metta mano al coordinamento nel senso auspicato dai SACD e dai medici geriatri, in particolare che si verifichi la possibilità di introdurre un modello come il BRIO.
- Le procedure di ammissione e dimissione dagli istituti di cura ed in particolare il passaggio delle informazioni - segnatamente dei dati medici - da questi ai Servizi di assistenza e cura a domicilio sono ancora problematiche. La Commissione auspica che vengano definite e regolamentate al più presto. Beneficiare delle indicazioni sulla terapia ed effettuare per tempo una verifica del relativo grado di affidabilità dell'utente nell'assunzione della stessa sono elementi fondamentali per un rientro stabile e sicuro dopo un'ospedalizzazione.
- La Commissione auspica che il DSS crei un sistema di conoscenza e di informazione reciproca tra i due settori (privato e pubblico) così da poter attivare delle collaborazioni, a condizione che i SACD di interesse pubblico continuino a regolare il flusso di lavoro per gli utenti in uscita dagli istituti di cura e che esista una trasparenza sul soddisfacimento dei requisiti di qualità stabiliti dall'UMC.
- La Commissione auspica che il CdS si faccia parte attiva nella promozione e nel sostegno di progetti innovativi come per esempio il Progetto IDA INGRANNO o nella realizzazione di strutture protette e intergenerazionali.
- La Commissione chiede inoltre che nella prossima pianificazione si dia ragione della destinazione degli utili realizzati dai SACD di interesse pubblico.

### ***Badanti***

- La figura della badante o meglio della collaboratrice domestica, è un importante tassello nella cura a domicilio degli anziani. Il fenomeno è in espansione e merita quindi di essere monitorato e regolamentato.
- La sostituzione della badante nei periodi di vacanza è ancora problematico poiché costa troppo (salario alla persona occupata, salario alla persona occupata temporaneamente oltre alla tassa di collocamento)
- Merita una riflessione il controllo del rispetto delle condizioni lavorative, in particolare per il calcolo salariale. Per il calcolo del salario gli utenti possono rivolgersi all'Ufficio per la sorveglianza del mercato del lavoro sul cui sito si trovano anche le indicazioni di

calcolo (<http://www4.ti.ch/dfe/de/usml/sportello/condizioni-di-lavoro/economia-domestica-privata/>). Tuttavia non tutti gli utenti lo sanno e non tutti gli utenti sono in grado di comprenderle.

- La Commissione si preoccupa per il controllo e l'istruzione delle badanti per chi non è utente SACD, sebbene il DSS abbia assicurato a questi utenti sarà garantita la mediazione dei SACD.
- Il costo della badante (a tempo pieno CHF 3100/3500) è ancora inaccessibile per alcune fasce di reddito della popolazione anziana (tra i CHF 25'000 e i 40'000 di reddito). La Commissione chiede al CdS di valutare la possibilità di un aiuto.
- La deduzione fiscale del costo riferito alla badante dovrebbe essere ammessa senza certificato medico per i beneficiari AGI ma non sempre è così. Il certificato medico è un costo (CHF 100) che dovrebbe, se possibile, essere evitato.
- Per ridurre il costo della badante sarebbe opportuno favorire la condivisione del servizio badanti in strutture collettive come gli appartamenti protetti. In questo senso la Commissione chiede che nel prontuario messo a disposizione degli imprenditori immobiliari interessati alla costruzione di appartamenti protetti venga inserito anche questo suggerimento.

### **CAT**

- La Commissione è preoccupata per le modalità e le conseguenze dell'introduzione delle CAT, sia a livello stazionario che ambulatoriale. Le perplessità espresse tanto dai medici geriatri che dalla stessa commissione sanitaria sembrano aver calamitato l'attenzione del DSS. Infatti, con lettera 24 aprile 2013 il Consiglio di Stato ha invitato la Commissione speciale sanitaria a voler scorporare la tematica dei posti letto CAT e delle CAT ambulatoriali dalla trattazione dei messaggi n. 6619, 6620 e 6621, assicurando che tale questione verrà ripresa nell'ambito del messaggio che concernerà la pianificazione ospedaliera. Sulle motivazioni di questa decisione si rimanda al rapporto relativo al Messaggio 6620 (pag. 13) e 6621 (pag. 11).  
La Commissione avrà quindi modo e tempo di esprimersi sulle nuove proposte del DSS.

### **Centri diurni ATTE**

- Con lettera 24 aprile 2013 il Consiglio di Stato ha confermato la modifica del capitolo 5 del Rapporto di pianificazione 2011-2014 dell'assistenza e cura a domicilio così come concordato dalla Divisione dell'azione sociale e delle famiglie con la Presidenza dell'Associazione Ticinese Terza Età (ATTE). Pure modificato nel senso dell'accordo il rapporto di pianificazione 2010-2020 degli istituti per anziani (pag. 62).
- La Commissione ne prende atto e auspica che l'adeguamento dei centri diurni dell'ATTE avvenga al più presto, senza attendere la scadenza della proroga di 5 anni concessa dal DSS. Pur concordando sulla funzione preventiva dei centri ATTE, la Commissione ritiene che le difficoltà finanziarie in cui versa il Cantone impongano a tutti di fare il possibile per diminuire l'onere finanziario a carico dello Stato, soprattutto se si tratta di attività non strettamente necessarie agli anziani più bisognosi di cura e assistenza verso i quali l'attività di uno stato sociale non può abdicare.

## 11. CONCLUSIONI

Il grado di civiltà di un popolo si misura sempre dall'attenzione e dalla cura che riserva ai più deboli. L'assistenza e la cura a domicilio è un servizio di cui avremo sempre più bisogno ed è indubbiamente un tassello importante del nostro stato sociale. Ma non è l'unico. Trovare il modo di mantenere il servizio a domicilio e di implementarne la qualità in un contesto economico sfavorevole come quello che stiamo vivendo è un compito difficile. Per questo la Commissione ritiene indispensabile che tutti gli attori - privati e pubblici - ne assumano la responsabilità, anche accettando le limitazioni necessariamente connesse allo strumento della pianificazione.



Con queste premesse, pur con tutte le preoccupazioni e le critiche espresse in questo rapporto, la Commissione invita il Gran Consiglio ad adottare la presente pianificazione conformemente agli art. 7 cpv. 2 e 8 lett. a) LACD.

Per la Commissione speciale sanitaria:

Michela Delcò Petralli, relatrice  
Campana - Cereghetti - Del Don - Denti -  
Galusero - Jelmini (con riserva) - Lepori -  
Pagani (con riserva) - Peduzzi - Polli -  
Ramsauer - Robbiani - Sanvido - Steiger

Allegata: lettera del CdS del 14 maggio 2013

Disegno di

## **DECRETO LEGISLATIVO**

### **concernente la Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2011-2014**

Il Gran Consiglio  
della Repubblica e Cantone Ticino

- visto il Rapporto del settembre 2011 del Consiglio di Stato, Dipartimento della sanità e della socialità;
- richiamati gli articoli 7, 8 cpv. 1 lett. a) e 9 cpv. 1 lett. a) e b) della Legge sull'assistenza e cura a domicilio (LACD) del 30 novembre 2010;
- visto il messaggio 21 marzo 2012 n. 6619 del Consiglio di Stato;
- visto il rapporto 6 giugno 2013 n. 6619R della Commissione speciale sanitaria,

**d e c r e t a :**

#### **Articolo 1**

La Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio 2011-2014 è approvata nel senso dei considerandi e delle conclusioni del rapporto commissionale e della discussione parlamentare.

#### **Articolo 2**

Il presente decreto legislativo è pubblicato nel Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi ed entra immediatamente in vigore.