



# Qualità, sostenibilità economica, responsabilità sociale e sicurezza nel settore dell'assistenza e delle cure a domicilio



Per una maggior trasparenza, consapevolezza, correttezza, professionalità, sicurezza e vera possibilità di scelta.

*Realizzato da Roberto Mora, Direttore di ABAD  
- maggio 2018 -*

## Sommario

Obiettivi.....	4
<b>Strategia cantonale</b> .....	5
Nei confronti dell'utenza.....	11
<b>Struttura utilizzata: l'approfondimento dei punti e delle problematiche presentati in precedenza</b> .....	12
<b>Strategia cantonale</b> .....	13
<b>Pianificazione di settore</b> .....	14
<b>Ruolo dei SACD di interesse pubblico</b> .....	16
<b>Appropriatezza delle prestazioni</b> .....	17
<b>Verifiche a campione da parte delle casse malati</b> .....	19
<b>Verifiche a campione da parte dell'UMC</b> .....	20
<b>Efficienza</b> .....	21
<b>Possibile partecipazione ai costi da parte degli utenti</b> .....	23
<b>Disponibilità e tempestività della presa a carico – Copertura del territorio</b> .....	25
<b>Qualità e sicurezza nell'ambito delle cure e dell'assistenza</b> .....	26
<b>Composizione del personale (skill-mix)</b> .....	27
<b>Economicità e pari opportunità di presa a carico per gli anziani</b> .....	30
<b>Formazione del personale</b> .....	33
<b>Inchiesta di soddisfazione del personale</b> .....	37
<b>Impiego di eventuali utili/avanzi di esercizio</b> .....	38
<b>Contratto collettivo di lavoro</b> .....	39
<b>Rispetto della legge sul lavoro</b> .....	41
<b>Provenienza del personale</b> .....	43
Conclusioni.....	44

## Allegati:

A.1 Die Schweiz wird zum Sozialfall NZZ 21.01.17	A.6 Non riuscito più a fare la frontiera
A.2 Le spese aumentano sempre 19.11.2017	A.7 Salario minimo - risparmio per il Cantone 17.09.2017
A.2.a Millionenbetrug durch Spitex	A.8 Votazioni del 12.02.2017
A.2.b Spitex-Verein	A.9 Spremuta, licenziata e beffata
A.2.c Stellungnahme Sonntagszeitung	A.10.a Spitex Magazin 3. 2015
A.2.d Spitex_Magazin_01_2018_IT_GzD3	A.10.b Spitex Magazin 4. 2015
A.3 Iniziativa Comune di Biasca	A.10.c Spitex Magazin 5. 2015
A.4.a Dati Canton TI	A.11 Prof. S. Cavalli
A.4.b Stat. ore per età	A.12 Sì alla preferenza indigena 22.02.2018
A.4.c Stat. Ore e costi per utente	A.13 Dove vanno i SACD pubblici e privati - VPOD
A.4.d Stat. per Cantone	A.14 Diskriminierungen müssen aufhören
A.5 Let. di acc. contratti di prest. SACD 2018	

## Lecture consigliate:

-Il mercato delle case di cura: quale futuro?

<https://www.credit-suisse.com/media/assets/private-banking/docs/ch/unternehmen/unternehmen-unternehmer/publikationen/gesundheitswesen-schweiz-it.pdf>

-Aide et soins à domicile en Suisse VPOD - 03.2013

<https://ssp-vpod.ch/downloads/brochures/aide-et-soins-a-domicile-en-suisse-etat-des-lieux-2013.pdf>

- Prix coûtant des organisations d'aide et de soins à domiciles (ASD), organisations de droit public et à but non lucratif

<https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=3581>

La riproduzione e la divulgazione di questo documento deve essere espressamente autorizzata da:

ABAD, Associazione Bellinzonese per l'assistenza e la cura a domicilio

Roberto Mora, Direttore - Telefono 091 850 40 80 \ Fax 091 821 50 39 - e-mail: roberto.mora@abad.ch

## Introduzione

È un dato di fatto incontestabile che quello dell'assistenza e della cura a domicilio in Ticino e nel resto della Svizzera è considerato un settore chiave, sempre più importante nell'attuale e nella futura politica socio-sanitaria e ciò per due ragioni principali. La prima, perché permette a un numero crescente di persone di essere preso a carico a casa loro, luogo preferito dalla maggior parte della popolazione, soprattutto di quella anziana e dalle persone affette da malattie croniche o incurabili (vedi per es. strategie a livello svizzero sulla demenza e cure palliative) che, in particolare nell'ultima fase della vita, apprezzano il fatto di poter rimanere nella propria abitazione.

La seconda è legata al finanziamento delle cure. È risaputo che si tratta di un'importante sfida per tutte le società occidentali. L'assistenza e la cura a domicilio rappresentano senza dubbio un tassello fondamentale della "soluzione".

L'evoluzione demografica, l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della richiesta di prestazioni da una parte, unitamente alla sostenibilità finanziaria<sup>1</sup> e a un oculato, quanto razionale utilizzo delle risorse dall'altra, impongono infatti nel breve tempo un ripensamento e una revisione **efficace, efficiente ed economicamente sostenibile<sup>2</sup> della pianificazione e della strategia** a medio-lungo termine del settore.

Nelle cure a domicilio tale obiettivo richiede la definizione di **criteri quantitativi, qualitativi e di sicurezza** delle prestazioni da erogare da una parte e le **condizioni di impiego e le qualifiche del personale sanitario** dall'altra. Solo in un quadro generale di questo tipo ci si può aspettare che la concorrenza porti un reale beneficio alla collettività.

Non siamo infatti confrontati con un settore classico, retto dalla domanda e dall'offerta, dove vigono normali regole di mercato. Il settore della salute, ritenuto da sempre un bene meritorio (tutta la popolazione ne ha pieno diritto, almeno nel nostro paese), è infatti solo un "quasi mercato", poiché il costo del servizio viene sopportato in buona parte dalle assicurazioni sociali, segnatamente dalla LAMal e dall'ente pubblico (Cantone e Comuni). A quest'ultimi pertanto non incombe solo la definizione di **standard quantitativi**, ma anche **qualitativi** e di **sicurezza**.

L'obiettivo di questa presentazione è di illustrare alcuni aspetti problematici dell'attuale situazione, tipici di questo settore, di suscitare una serie di interrogativi e di formulare proposte di soluzione, tali che possano contribuire a **garantire uno sviluppo sostenibile, corretto e responsabile** a tutti i livelli.

La libertà economica (la cui applicabilità in questo settore andrebbe comunque chiarita), può essere **limitata se vi sono interessi di pubblica utilità** e se la limitazione risulta giustificata e **proporzionale**. Le misure proposte in questo documento tengono conto di entrambi i criteri.

Per trovare valide risposte a questa problematica, occorre avere il coraggio di uscire dagli schemi mentali sin qui adottati, evitando in particolare di trincerarsi dietro le attuali leggi. La posta in gioco è così alta che, se sarà necessario, occorrerà rivederle o prevederne di nuove. D'altro canto la società e i suoi bisogni cambiano costantemente, ragion per cui sembra logico e legittimo adeguarvisi con una certa regolarità.

---

<sup>1</sup> Articolo NZZ - Die Schweiz wird zum Sozialfall -21.01.2017 – A.1

<sup>2</sup> Vedi il Caffè del 19.11.2017 – A. 2

## Obiettivi

Negli ultimi anni nel nostro Cantone si è registrato un aumento molto importante dei Servizi di assistenza e cura a domicilio a scopo di lucro<sup>3</sup>, collocando il Ticino fra quelli con il maggior numero di Spitex commerciali a livello svizzero. Questo incontrollato incremento sta generando **non poca confusione e costi difficilmente controllabili** sia per lo Stato che per le CM. Contrariamente a quanto avviene in vista dell'apertura di una CPA o di un ospedale, in questo ambito, oggi non è previsto infatti né un valido strumento per la verifica **del fabbisogno complessivo di settore, né per il controllo e la gestione dell'offerta** (pianificazione di settore). L'ente pubblico non può più limitarsi ad assegnare risorse finanziarie senza sapere come queste vengono impiegate, accollando la responsabilità dei controlli qualitativi e quantitativi a vari Uffici o ad altri Enti finanziatori (CM o AI). Il problema del controllo esiste (vedi A.2.a *Millionenbetrug durch Spitex*- Tagesanzeiger del 15.07.2017<sup>4</sup>) e i dati statistici<sup>5</sup>, che da sempre evidenziano un'enorme differenza fra i costi per paziente e fra il numero di ore per caso erogate dai Servizi commerciali, rispetto ai SACDip, lo evidenziano inequivocabilmente.

La problematica è tutt'altro che semplice da affrontare, in quanto inserita in un sistema che coinvolge diversi attori: ente pubblico, assicurazioni sociali, fornitori di prestazioni, utenti, medici, ..., e viene complicata dal fatto che ci si ritrova in un contesto legale che si riallaccia a normative federali e cantonali spesso desuete e quindi superate.

Tenuto conto di tale complessità, per tentare di ovviare in tempi relativamente brevi a questa situazione, si dovrebbe poter agire su due fronti: attraverso **la via politica e istituzionale** da una parte e dall'altra attraverso **l'autoregolazione e la definizione di regole di comportamento e di standard qualitativi** basati sulla **trasparenza e la responsabilità sociale**, una sorta di certificazione o di marchio di qualità.

Ci si aspetta che lo Stato non segua semplicemente e unicamente la logica del minor costo, fatto che, un giorno non troppo lontano - se non si interviene tempestivamente -, si vedrebbe costretto a dover invece accettare come logica finanziaria per far fronte ai sempre maggiori oneri. È altrettanto importante però che definisca chiaramente il livello qualitativo delle prestazioni e metta a disposizione le necessarie risorse.

Per una visione complessiva della problematica e per conoscere rapidamente i vari punti critici, nelle pagine seguenti vengono elencati e illustrati brevemente i temi ritenuti prioritari rispetto all'obiettivo dichiarato. Nelle successive, seguendo la struttura della tabella riportata a pagina 12, a ogni punto è dedicato un approfondimento, con interrogativi, affermazioni e costatazioni, ma anche proposte di soluzione. Il tutto va comunque considerato come punto di partenza e non di arrivo. Un documento sul quale riflettere, dibattere, fare degli approfondimenti e perché no, anche contestare o criticare, tutto o in parte. L'importante è affrontare seriamente e al più presto la problematica, possibilmente però in modo costruttivo e propositivo.

---

<sup>3</sup> Vedi il Caffè del 19.11.2017 – A. 2

<sup>4</sup> <http://www.tagesanzeiger.ch/sonntagszeitung/millionenbetrug-durch-spitex/story/26953007>

<sup>5</sup> Vedi statistiche federali – A.4

## Panoramica delle principali criticità riscontrabili nel settore dell'assistenza e cura a domicilio in Ticino:

Ogni punto riportato nella tabella è interconnesso con altri, a dimostrazione della complessità e della necessità di affrontare tutta la tematica nel suo insieme.

<b>1</b>	<b>Strategia cantonale</b> (pag. 13)	L'assenza di una <b>chiara</b> , quanto <b>esplicita</b> strategia cantonale in ambito socio-sanitario, in particolare per quanto concerne la lungo-degenza, non permette di fissare obiettivi e priorità in termini di <b>salute pubblica</b> , di investimenti e di risorse da allocare. <i>Interconnesso con: 2</i>
<b>2</b>	<b>Pianificazione di settore</b> (pag.14)	Senza una <b>pianificazione</b> di settore <b>chiara e vincolante</b> , non è possibile <b>prevedere, gestire e controllare la spesa a carico dell'ente pubblico</b> e assicurare così <b>l'efficacia e l'efficienza</b> delle prestazioni nel medio-lungo periodo. <i>Interconnesso con:1</i>
<b>3</b>	<b>Ruolo dei SACDip</b> (pag.16)	I Comuni <b>pagano l'80% della spesa</b> dei Servizi di assistenza e cura a domicilio e degli Enti di appoggio. I SACDip sono Associazioni senza scopo di lucro, nei cui Comitati, su 7 membri, almeno 4 sono rappresentanti dei Comuni. Tenendone conto, sarebbe più che logico e legittimo che ai SACDip venga riconosciuto anche in futuro un <b>ruolo e un mandato specifici</b> , in particolare quelli legati al coordinamento. La <b>libertà economica</b> degli Spitex commerciali potrebbe essere limitata per ragioni di interesse pubblico, in particolare se ciò venisse fatto in maniera <b>proporzionale</b> . <i>Interconnesso con: 2</i>
<b>4</b>	<b>Appropriatezza delle prestazioni</b> (pag.17)	Attualmente non vi sono <b>criteri chiari, condivisi e vincolanti</b> per quanto attiene l'appropriatezza delle prestazioni necessarie alla presa a carico dei pazienti. In altre parole ognuno può valutare e stabilire in <b>modo più o meno soggettivo</b> il fabbisogno di cura degli utenti. Manca una sorta di DRG ( <i>Diagnosis Related Group – modello di finanziamento per caso applicato in ospedale</i> ) nelle cure a domicilio che possa garantire <b>un'equità di trattamento</b> a tutti gli utenti. Anche per i medici sarebbe molto utile <b>disporre di parametri standard</b> di riferimento, in modo da certificare con maggior oggettività il fabbisogno di cura.

		<i>Interconnesso con: 1,2,4,5,12</i>
<b>5</b>	<b>Verifiche a campione da parte delle CM</b> <i>(pag. 19)</i>	<p><b>La burocrazia</b> legata alla richiesta di copertura dei costi presso le Casse malati <b>è già molto gravosa</b> per i Servizi ed è in continuo aumento, soprattutto in caso di contestazioni o di modifica del fabbisogno di cura. Eppure l'effetto sul <b>contenimento dei costi è praticamente inesistente o quasi</b>. Il sistema di verifica va pertanto ripensato. Per permettere alle CM di adempiere al proprio obbligo di valutazione delle prestazioni e contemporaneamente di <b>ridurre i relativi costi</b>, si potrebbe ipotizzare una più stretta collaborazione, anziché un'inutile contrapposizione.</p> <p><i>Interconnesso con: 3,5</i></p>
<b>6</b>	<b>Verifiche da parte dell'UMC</b> <i>(pag. 20)</i>	<p>Il Contratto di prestazione, stipulato ogni anno con l'UACD, prevede un controllo della documentazione e delle ore erogate da parte dell'UMC. Ciò ha avuto un effetto positivo sul primo punto, nella misura in cui i Servizi sono stati chiamati a prestare più <b>attenzione e a dare maggiore importanza alla redazione della documentazione sanitaria</b>. Per quanto riguarda il secondo invece (voluta proprio per controllare e limitare il volume di prestazioni erogate), <b>l'effetto è stato praticamente nullo</b>. Anzi, vi è stato un <b>inutile incremento della burocrazia</b> per i Servizi e un aumento <b>non indifferente delle spese</b> per l'Ente pubblico (per es.: collaboratori dell'UMC, pers. amm. per i SACD, ...).</p> <p><i>Interconnesso con: 3,4,12</i></p>
<b>7</b>	<b>Efficienza</b> <i>(pag. 21)</i>	<p>È un dato di fatto che le risorse non sono infinite. In un momento di difficoltà economiche, come quello che stanno attraversando da diversi anni le finanze di Comuni e Cantone, si richiede che tutti gli attori attivi nel settore socio-sanitario facciano il possibile per lavorare in modo <b>coordinato, efficiente ed economico</b>. L'economicità non può essere valutata <b>unicamente in base al contributo riconosciuto</b> dallo Stato ai Servizi, ma <b>considerando il costo complessivo per ogni singolo utente a carico della collettività</b>, ossia anche l'importo che viene coperto dalla LAMal.</p> <p><i>Interconnesso con: 3,8,9,11,12</i></p>
<b>8</b>	<b>Possibile partecipazione ai costi da parte degli utenti</b> <i>(pag. 24)</i>	<p>In diversi Cantoni è stata introdotta una partecipazione ai costi da parte dell'utente per le cure e l'assistenza prestate a domicilio. Il 12.02.2017 il popolo ticinese ha rifiutato questa</p>

		<p>misura. Si potrebbe tuttavia nuovamente riflettere <b>su un possibile contributo</b>, recuperando <b>parte</b> dell'Assegno per grandi invalidi (AGI) percepito dall'utente, se per la sua cura viene prevalentemente richiesto l'intervento di uno Spitex. Giova ricordare che l'importo ricevuto gli viene versato proprio per sostenerlo nell'assistenza quotidiana.</p> <p><i>Interconnesso con: 12</i></p>
9	<p><b>Disponibilità e tempestività della presa a carico – Copertura del territorio</b> (pag. 25)</p>	<p>Si dovrebbe tener conto della capacità del Servizio di rispondere in <b>modo tempestivo</b> alle richieste di presa a carico provenienti dagli ospedali, in particolare considerando <b>il luogo di residenza e il fabbisogno di cura dell'utente</b> (nessuna selezione dei rischi).</p> <p><i>Interconnesso con: 2,3,7</i></p>
10	<p><b>Qualità e sicurezza nell'ambito delle cure e dell'assistenza</b> (pag. 26)</p>	<p>Come è possibile valutare la qualità delle cure a domicilio? Chi ne è garante e sulla base di quali criteri può essere comprovato? Sarebbe utile definire dei criteri che permettano ai vari Servizi di profilarsi, ad esempio attraverso la presenza di gruppi <b>infermieristici specializzati</b> nell'ambito delle cure palliative, della demenza o sulla base della definizione di percorsi terapeutici specifici.</p> <p><i>Interconnesso con: 10</i></p>
11	<p><b>Composizione del personale (skill-mix)</b> (pag. 27)</p>	<p><b>La qualità</b> delle cure è, o <b>dovrebbe essere direttamente correlata</b> al profilo professionale e all'esperienza del personale impiegato da un Servizio. Se così non fosse, ci si dovrebbe interrogare riguardo all'esigenza di disporre di diverse scuole in ambito sanitario in Ticino (assistenti di cura, OSS, OSA, infermieri, ...) Attualmente, eccezion fatta per quanto è previsto nella convenzione amministrativa con le CM, contrariamente a quanto avviene per gli ospedali e le CPA, <b>non vi sono standard vincolanti fissati dal Cantone</b>. La maggior parte degli utenti e dei loro famigliari non conosce o non è in grado di valutare il grado di preparazione del personale che interviene. Neppure i medici o altri segnalanti <b>sono al corrente dei profili del personale impiegato da un SACD</b>.</p> <p><i>Interconnesso con: 9</i></p>
12	<p><b>Economicità e pari opportunità di presa a</b></p>	<p>L'aumento della spesa complessiva in questo settore, sia per <b>lo Stato che per le CM</b>, rispettivamente <b>il cittadino-</b></p>

	<p><b>carico degli anziani</b> (pag. 30)</p>	<p><b>contribuente</b> è fonte di crescente preoccupazione (vedi A.2 <i>Le spese aumentano sempre 19.11.2017</i>).</p> <p>L'economicità di un Servizio non risulta quindi essere una questione secondaria. La questione più delicata da definire è come calcolarla, visto che è determinata da più fattori che possono avere effetti diretti (costi sulla sanità), ma anche indiretti (costi per le casse pubbliche in caso di salari non adeguati alla funzione). È pertanto necessario considerare <b>la media dei costi per caso</b> (vedi allegato A.4.a). Indirettamente si dovrebbe inoltre tener conto se e in che misura le risorse degli utenti e dei loro familiari (sussidiarietà) vengono inglobate nelle cure (non fare per, ma con).</p> <p>Dalle statistiche federali emerge chiaramente che gli Spitex commerciali erogano più del doppio delle ore rispetto ai SACDip. Questa <b>differenza crea disparità di trattamento fra gli utenti</b>. Le motivazioni possono essere diverse: gli Spitex commerciali <b>selezionano i casi più interessanti</b> dal punto di vista economico o <b>calcolano un fabbisogno di cura e assistenza superiore</b> rispetto ai SACDip? È poco verosimile che si occupino di casi più complessi, anche perché ci sarebbe un'incomprensibile contraddizione con il fatto che gli Spitex commerciali dispongono di personale meno formato di quello dei SACDip.</p> <p><i>Interconnesso con: 3,4,7,8,10,11,12</i></p>
<p><b>13</b></p>	<p><b>Formazione</b> (pag. 33)</p>	<p>Secondo un recente studio<sup>6</sup> commissionato dal Credito Svizzero, il fabbisogno di personale formato in ambito socio-sanitario crescerà in futuro in maniera esponenziale, parallelamente all'aumento di persone anziane. I Servizi che si impegnano nella formazione di personale socio-sanitario, andrebbero convenientemente sostenuti pure finanziariamente.</p> <p>Anche il personale formato andrebbe riconosciuto correttamente. <b>L'assenza di standard e di qualifiche minime differenziate, non costituisce certamente un segnale positivo</b> in questa direzione. La mancanza di un adeguato riconoscimento <b>sociale e salariale</b>, non farà di certo accrescere l'interesse e l'attrattività per la professione.</p>

<sup>6</sup> Il mercato delle case di cura: quale futuro? Sistema sanitario svizzero 2015, Swiss Issues Settori, Investment Strategy & Research, Economic Research, Credit Suisse, giugno 2015



		<p>Bisogna inoltre considerare le conseguenze di un eventuale <b>afflusso massiccio di personale</b> poco qualificato dall'estero, che si renderebbe necessario per rispondere ai bisogni di cura.</p> <p><i>Interconnesso con: 10,11</i></p>
<b>14</b>	<b>Inchiesta di soddisfazione degli utenti</b> (pag. 35)	<p>La SUPSI, a scadenza regolare (ogni 4-5 anni) effettua <b>un'indagine sulla soddisfazione o meno degli utenti</b> nei confronti dei Servizi di assistenza e cura a domicilio. Al di là di quanto percepito dall'utenza, <b>andrebbe indagato e approfondito meglio</b> da parte di esperti se e in che modo effettivamente uno Spitex offra o meno un <b>servizio di qualità</b>. Per un confronto sostenibile è tuttavia indispensabile che vengano fissati <b>chiari standard qualitativi</b>, in modo da rendere <b>uniformi le regole</b> "del gioco".</p> <p><i>Interconnesso con: 9,10,11,13,17, ...</i></p>
<b>15</b>	<b>Inchiesta di soddisfazione del personale</b> (pag. 37)	<p>La SUPSI, ogni 4-5 anni, effettua anche <b>un'indagine sulla soddisfazione o meno del personale</b>. Anche in questo caso non ci si dovrebbe limitare alla percezione del grado soggettivo di soddisfazione, ma andrebbero messe in luce anche le condizioni di impiego dei vari Servizi. In particolare si potrebbero inserire delle <b>domande mirate, relative al rispetto della legge sul lavoro</b> (per es. se hanno dovuto lavorare per più di 6 giorni consecutivi, come avviene il riconoscimento delle trasferte, se viene rispettato il riposo giornaliero, ... ).</p> <p><i>Interconnesso con: 10,11,13,17,18</i></p>
<b>16</b>	<b>Impiego di eventuali utili/avanzi di esercizio</b> (pag. 38)	<p>I SACDip sono autorizzati a capitalizzare eventuali avanzi di esercizio. È <b>importante spiegare come vengono (re)investiti e a favore di chi</b>. Uguale trasparenza andrebbe richiesta ai Servizi commerciali. Come vengono investiti o a chi vanno i loro utili?</p> <p><i>Interconnesso con: 3,7,13</i></p>
<b>17</b>	<b>Contratto collettivo di lavoro</b> (pag. 39)	<p>Il riconoscimento professionale passa non solo, ma in particolare attraverso le condizioni di impiego e salariali. Ci si aspetta che siano in linea con quelle applicate nel settore e devono permettere al collaboratore di vivere in modo dignitoso, evitando che debba far capo ad aiuti o a sussidi dell'Ente pubblico (per es. disoccupazione parziale, sussidi per premi di CM, assistenza, ...).</p> <p><i>Interconnesso con: 3,11,13,18</i></p>
<b>18</b>	<b>Rispetto della legge del</b>	<p>L'applicazione della legge del lavoro, oltre che rispettare i</p>

	<p><b>lavoro</b> (pag. 41)</p>	<p><b>diritti dei lavoratori</b>, rappresenta un <b>importante</b> elemento per <b>la sicurezza dei pazienti</b>. Per esempio senza un adeguato riposo, aumenta infatti il rischio di errori professionali.</p> <p>In mancanza del rispetto delle principali regole della legge da parte di tutti i Servizi di assistenza e cura a domicilio, si viene a creare una situazione di <b>concorrenza sleale e di sfruttamento del personale</b> per puri fini economici.</p> <p><i>Interconnesso con: 13,14,15,...</i></p>
<p><b>19</b></p>	<p><b>Provenienza del personale</b> (pag. 43)</p>	<p>Senza voler discriminare i lavoratori provenienti dall'estero, si dovrebbe comunque considerare in che percentuale sono presenti all'interno di un'organizzazione rispetto ai residenti. È noto che, in particolare in assenza di un CCL, è possibile proporre condizioni di impiego che non <b>attragono il personale autoctono o addirittura lo escludono</b>.</p> <p><i>Interconnesso con: 13,14,15,...</i></p>

I punti elencati nella tabella devono anzitutto poter **essere definiti, ma in seguito anche verificati, valutati e resi noti**. Tale prassi, oltre a favorire la qualità del lavoro svolto nel settore, permetterebbe agli utenti, ai loro famigliari, ai medici e ad altri partner della rete di avere un accesso trasparente all'organizzazione dei vari enti e di poter scegliere consapevolmente un Servizio invece che un altro.

**La certificazione annuale** richiederebbe la verifica da parte di più Enti e Servizi (per es.: UACD, Sindacati, UMC, rapporto dei medici, CM, ...).

**Notifica o pubblicazione:**

Consultando il sito del Cantone, queste informazioni dovrebbero essere accessibili a tutti gli interessati. Ogni Servizio potrebbe inoltre pubblicarli direttamente sui propri portali, allo scopo di informare l'utenza e gli altri portatori di interesse.

Nel caso in cui non vi fosse la volontà politica o la procedura di implementazione dei criteri fin qui esposti dovesse richiedere un lasso di tempo troppo lungo, si potrebbe agire contemporaneamente anche **in modo volontario**, attraverso l'autoregolazione, nell'ottica di un **label o di un marchio di qualità**.

**In sintesi gli obiettivi delle proposte, rispettivamente i possibili criteri di un label/marchio di settore**

- definire regole uguali per tutti i SACD, OACD e infermieri indipendenti per evitare distorsioni della concorrenza e/o favorire il mantenimento/sviluppo di cure a due velocità;
- permettere ai medici e agli altri partner della rete di sapere se i Servizi a cui affidano i loro pazienti **rispettano i criteri qualitativi e di sicurezza richiesti**;
- raggiungere un effettivo controllo dell'offerta delle prestazioni per evitare che gli sprechi di oggi si trasformino in un **taglio delle risorse domani**;

- *consentire agli utenti di poter scegliere consapevolmente;*
- *assicurare **corrette condizioni di impiego** a tutto il personale impiegato nei SACD/OACD.*

I punti più importanti, riportati nella tabella precedente, andrebbero inseriti nel Contratto di prestazione che ogni anno viene sottoscritto con l'UACD e che oltre agli aspetti finanziari legati al budget, dovrebbe includere e rivedere anche quelli quantitativi, legati al volume di prestazioni da erogare e quelli qualitativi, proprio per ovviare alle diverse criticità riscontrabili nel settore.

L'esistenza di questo documento, **agli occhi dell'opinione pubblica dovrebbe infatti equivalere a una garanzia di qualità delle prestazioni**, di gestione corretta delle risorse e di trasparenza sull'operato del Servizio. Solo in questo modo si possono creare i presupposti per una sana, quanto stimolante concorrenza, evitando che le risorse finanziarie destinate all'assistenza e cura degli utenti, siano il vero motivo di interesse di chi opera in questo campo.

Nei confronti dell'utenza la libera scelta dell'utente è e deve rimanere un sacrosanto diritto, che deve tuttavia fondarsi su dati e informazioni chiare e trasparenti. Solo in questo modo gli utenti e i loro familiari **possono scegliere correttamente e in maniera consapevole.**

## Struttura utilizzata per l'approfondimento dei punti e delle problematiche presentati in precedenza

Per l'approfondimento di ogni singola tematica, viene utilizzata la seguente struttura.

<b>N</b>	<b>Titolo</b>
<b>Situazione attuale/ Considerazioni generali</b>	Esposizione della tematica.
<b>Domande/ Considerazioni</b>	Interrogativi/Considerazioni relative alla tematica.
<b>Possibili soluzioni</b>	Formulazione di proposte di cambiamento o introduzione di nuove ipotesi di lavoro.
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	Si tratta di proposte relative ai valori attesi oppure ai criteri di controllo da considerare nella verifica
<b>Valori attesi</b>	Indicatori di raggiungimento degli obiettivi

<b>1</b>	<b>Strategia cantonale</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	Finora non esiste un documento (almeno non è noto al pubblico) che definisca una chiara strategia nell'ambito della sanità ticinese. Sarebbe fortemente raccomandabile averne uno, ancorché limitato alla lungodegenza (CPA, SACD, Enti di appoggio, ...) grazie al quale poter definire chiaramente <b>le priorità, gli obiettivi e le risorse necessarie</b> da mettere in campo, soprattutto per sgravare il più possibile il settore acuto che, come noto, è in testa alla classifica per quanto attiene il volume di spesa sanitaria.
<b>Domande/ Considerazioni</b>	È normale che in un campo così importante non vi sia una visione chiara e complessiva? In ogni caso non è nota o resa pubblica. Come si pensa di pianificare il settore della lungodegenza, senza una strategia cantonale? Non si corre il rischio di sperperare preziose risorse finanziarie?
<b>Possibili soluzioni</b>	Definire una visione di insieme del settore, prevedendo obiettivi e priorità. Il Cantone e la politica in particolare, devono poter pianificare e controllare la spesa, onde evitare l'esplosione dei costi e la totale perdita di controllo del settore.
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	Assegnazione di un numero di ore da definire a ogni Servizio in base allo storico, alle competenze e alle caratteristiche del Servizio (SACDip o Servizi commerciali).
<b>Valori attesi</b>	L'attività svolta dal Servizio rientra nei limiti assegnati.

2	<b>Pianificazione di settore</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p>Una volta definita la strategia, diventa fondamentale, non solo <b>stimare e pianificare il fabbisogno di cura</b> del settore, ma anche dotarsi di validi strumenti per <b>gestirlo e controllarlo</b>. Attualmente l'ente pubblico non dispone di alcun <b>strumento efficace per controllare sia il fabbisogno, sia la spesa</b>. Ci si limita a coprire i costi alla fine dell'anno e a negoziare con i fornitori di prestazioni <b>il costo per ora erogata</b> per quello successivo. Così, come avviene già per gli studi medici, si dovrebbe prendere in seria considerazione la possibilità di limitare l'apertura di nuovi Spitex commerciali, che non solo concorrono all'aumento dell'offerta e quindi della spesa, ma generano maggiori costi per l'ente pubblico che deve riconoscere ai medesimi spese fisse (per es. per direttore amministrativo, direttore sanitario, sede, personale amministrativo), contro la logica di economia di scala. Non va sottaciuto che i costi amministrativi e la burocrazia a carico dello Stato, derivanti <b>dalla contrattualizzazione e dal controllo</b> di un numero crescente di Servizi, sono destinati ad aumentare (Ufficio anziani e cure a domicilio e Ufficio del medico cantonale). Parallelamente o in alternativa, si dovrebbero rivedere i criteri che danno diritto all'apertura di un nuovo Servizio, anche per garantire al cittadino la <b>qualità e la sicurezza</b> delle prestazioni erogate, che dovrebbero essere un compito imprescindibile dello Stato, prima di qualsiasi logica economica. Secondo una recente dichiarazione del ministro Claudio Zali (in relazione alla LIA), quest'ultima può essere limitata se vi è <b>un provato interesse pubblico</b> e se le misure proposte <b>sono proporzionali</b>.</p> <p><i>Allegati: A.2.d – Spitex Magazin 01.2018.</i></p>
<b>Domande</b>	<p>Come si pensa di regolare il settore? Il numero di Spitex commerciali e di infermieri indipendenti può crescere senza alcun limite?</p> <p>Le cliniche, gli ospedali e le CPA sottostanno a una chiara pianificazione e a regole di autorizzazione giustamente severe. Per gli Spitex non si pensa di dover adottare regole simili, promuovendo per esempio la modifica della LAMal attraverso un'iniziativa cantonale?</p> <p>È mai possibile che lo Stato non possa dotarsi di validi strumenti per controllare una spesa che si aggira attorno ai 37 milioni di franchi l'anno?</p> <p>I Comuni, che pagano l'80% della spesa, non hanno nulla da dire?</p> <p>I costi amministrativi per l'Ente pubblico inevitabilmente cresceranno sia per l'UMC (necessità di aumentare i controlli), sia per l'UACD (incremento del numero dei funzionari per gestire i Contratti di prestazione), senza che</p>

	<p>l'aumento dei Servizi sia effettivamente verificato e necessario.</p> <p>Crescita dei costi per l'ente pubblico legati alle diseconomia di scala.</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Modifica della LAMal affinché al Cantone venga riconosciuta la possibilità di <b>pianificare il settore</b> e di <b>controllare la spesa</b>.</p> <p>Definizione di standard di spesa (vedi anche punto 3).</p> <p>Prevedere un numero pre-definito di ore per l'organizzazione, sulla falsariga di quanto si fa con il numero di letti in ospedale. In questo modo i Servizi sarebbero tenuti a collaborare maggiormente fra loro.</p> <p>Rivedere i criteri di autorizzazione cantonale.</p>
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Rispetto delle ore previste nel contratto.</p> <p>Possibilità di limitare il riconoscimento delle ore prestate in caso di superamento ingiustificato della media cantonale.</p>
<b>Valori attesi</b>	<p>Scostamento massimo del 5-10%</p>

<b>3</b>	<b>Ruolo dei SACDip</b>
<b>Situazione attuale/ Considerazioni generali, approfondimento</b>	<p>I Comuni <b>pagano l'80% della spesa</b> dei Servizi di assistenza e cura a domicilio e degli Enti di appoggio.</p> <p>I SACDip sono Associazioni senza scopo di lucro, nei cui Comitati, su 7 membri, almeno 4 sono rappresentanti dei Comuni. Tenendone conto, sarebbe più che logico e legittimo che ai SACDip venga riconosciuto anche in futuro un <b>ruolo e un mandato specifici</b>, in particolare quelli legati al coordinamento.</p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>È normale e accettabile che i Comuni continuino ad assumersi costi sui quali non possono avere alcun controllo?</p> <p>Fra i diversi compiti dei SACDip vi potrebbe essere quello della valutazione del fabbisogno di cura. Anche se limitato a un solo SACDip in Ticino, questo genere di esperienza e di collaborazione con i Servizi commerciali, seppur in minima parte, è già una realtà. I SACDip, in collaborazione con l'UMC e i rappresentanti delle CM, potrebbero assumere un ruolo di valutazione e verifica dell'erogazione delle prestazioni, sia per quanto attiene la quantità che la qualità.</p> <p>La collaborazione con i Servizi commerciali, qualora basate su condizioni corrette, permetterebbe di ottimizzare le risorse, soprattutto per quanto concerne la copertura del territorio.</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Definire un mandato particolare per i SACDip.</p> <p>I SACDip collaborerebbero solo con i Servizi commerciali che rispettano i criteri qualitativi previsti dal Contratto di prestazione.</p>
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Necessità per i SACD commerciali di collaborare con i SACDip, per es. per quanto attiene alla definizione del fabbisogno.</p>
<b>Valori attesi</b>	



4	<b>Appropriatezza delle prestazioni</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p>Così come avviene già per le CPA (RUG) o in ospedale (DRG), sarebbe necessario definire <b>standard relativi al fabbisogno</b> di cura correlati alle condizioni del paziente e al suo grado di dipendenza. Ciò permetterebbe <b>ai Servizi, ma anche ai medici curanti, di avere un parametro di riferimento</b> per confermare la richiesta di prestazioni presentate dagli Spitex o dagli infermieri indipendenti.</p> <p>Contrariamente allo strumento RAI-NH, il RAI-HC non fornisce chiaramente gli elementi utili per quantificare il fabbisogno di cura degli utenti. In alcuni casi esistono delle raccomandazioni, purtroppo per nulla esaustive. <b>Tale lacuna e la mancanza di standard di presa a carico</b> fanno sì che a dipendenza del valutatore, per la medesima persona vi possono essere notevoli differenze per quanto attiene al volume delle prestazioni stimate e offerte. Proprio questo elemento può essere utilizzato per attirare gli utenti.</p> <p>Anche grazie all'esperienza acquisita dagli infermieri dell'UMC, il cui preavviso tuttavia finora non ha carattere vincolante e quindi risulta inutile, sarebbe fortemente raccomandabile, se non indispensabile, definire al più presto degli standard. Non è noto se ve ne siano in altri cantoni, ma potrebbe essere una prima utile a livello svizzero.</p> <p>Nelle verifiche dell'UMC si potrebbero evidenziare gli scostamenti dagli standard definiti e procedere con le verifiche e gli approfondimenti del caso, in maniera più <b>mirata, efficace e vincolante</b>.</p> <p>Si tratterebbe di considerare <b>maggiormente</b> anche le risorse personali e familiari che contribuiscono al fabbisogno di cura.</p> <p>Sia a livello svizzero che ticinese, da sempre esistono grosse differenze riguardanti il numero di ore erogate per caso dai SACDip e dalle organizzazioni for profit. La natura stessa dei Servizi, i primi senza, i secondi a scopo di lucro, fanno pensare che non utilizzino lo stesso metro per misurare il fabbisogno e la necessità di prestazioni.</p>
<b>Domande</b>	<p>Nelle CPA, in base ai risultati che emergono dal RAI-NH, è possibile definire il fabbisogno di cura secondo criteri prestabiliti. Perché a domicilio non è possibile avere analoghe regole e direttive?</p> <p>Come mai i SACDip erogano mediamente la metà delle ore rispetto ai Servizi commerciali?</p> <p>È possibile che i Servizi commerciali non abbiano alcun interesse ad applicare il principio della sussidiarietà come i SACDip?</p>

	<p>È possibile che i Servizi commerciali scelgano o selezionino i casi? Come si spiega altrimenti l'enorme differenza (oltre il 100%) di ore erogate in più dagli stessi?</p> <p>Non è un diritto dei pazienti di poter beneficiare di un medesimo trattamento, indipendentemente dal fatto che il Servizio venga erogato da un SACDip o da un servizio commerciale?</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Definire degli standard in base allo stato di dipendenza risultante dal RAI-HC, sul modello dei RUG, già applicati nelle CPA. Tali standard andrebbero definiti da un gruppo di lavoro composto da diversi rappresentanti (UACD, Spitex, UMC, CM).</p> <p>Andrebbero <b>riconosciute solo le ore corrispondenti al "RUG domiciliare"</b>. <b>Le ore eccedenti andrebbero considerate come "confort"</b> e messe a carico dell'utente (effetto di limitazione dell'offerta) oppure andrebbero riconosciute dopo un accertamento/approfondimento da tenersi presso l'utente.</p>
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Verifica regolare dello scostamento fra ore pianificate, erogate e quelle previste dallo standard.</p>
<b>Valori attesi</b>	<p>Ore medie per caso più uniformi fra Servizi commerciali e SACDip.</p>

5	<b>Verifiche a campione da parte delle CM</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p><b>La burocrazia</b> legata alla richiesta di garanzia di copertura dei costi da parte delle CM <b>è assai gravosa</b> per i Servizi e in continuo aumento, soprattutto in caso di contestazioni. Non tutte le CM dispongono delle medesime risorse e competenze per verificare le richieste di garanzia dei SACDip e, anche quando le hanno, non è per nulla scontato verificarne l'appropriatezza.</p> <p>Per permettere alle CM di adempiere al proprio obbligo di verifica delle prestazioni e di contemporaneamente <b>ridurre i relativi costi</b>, si potrebbe ipotizzare una più stretta collaborazione, ad esempio con <b>verifiche a campione presso la sede dell'Organizzazione o, se necessario, al domicilio del paziente</b> (questa possibilità è già prevista dall'attuale Convenzione amministrativa, che però non viene praticamente mai applicata).</p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>Sulla base di quali criteri le singole CM prendono decisioni riguardanti le richieste di copertura dei costi generati dagli Spitex?.</p> <p>Si potrebbe sviluppare un modello analogo a quello del "Case manager in ospedale", in fase di sperimentazione presso l'Ospedale Regionale di Bellinzona e Valli. Come in questo caso, chi si occupa delle verifiche non dovrebbe limitarsi a farlo per gli utenti della propria CM, ma dovrebbe valutare anche quelli delle altre (per es. i casi più onerosi). Tale proposta dovrebbe essere <b>sottoposta ai rappresentanti di Santésuisse e Tariffsuise</b>, con i quali sarebbe opportuno unire le forze per concretizzare un modello di verifica del fabbisogno di cura, condiviso possibilmente anche con l'UMC.</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Sarebbe auspicabile una più stretta collaborazione fra CM e Servizi, tramite incontri regolari fra CE, infermieri e CM.</p> <p>Si dovrebbe chiedere la disponibilità di Santésuisse/Tariffsuise a unire le forze per definire un pool di infermieri che potrebbe verificare la necessità delle prestazioni presso il Servizio e/o l'utente.</p> <p>Questo genere di collaborazione potrebbe avvenire su base volontaria. Sia nei confronti dell'ente pubblico che dei partner della rete, medici in particolare, verrebbe presentato come una reale e concreta disponibilità a collaborare, con la chiara volontà di creare la massima trasparenza.</p>
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	Scostamento riscontrato fra quanto prestabilito dal Servizio e quanto emerso dalla valutazione del gruppo misto di professionisti.
<b>Valori attesi</b>	Quantificare il grado di scostamento.

<b>6</b>	<b>Verifiche a campione da parte dell'UMC</b>
<b>Situazione attuale/ Considerazioni generali</b>	<p>Attualmente l'UMC effettua una verifica a posteriori delle prestazioni. Sulla base dei dati statistici si evince che questo metodo di verifica e controllo dell'offerta non è assolutamente efficace. Le medie dei Servizi commerciali e di quelli senza scopo di lucro, relative al numero di ore erogate per caso, evidenzino infatti un'enorme, quanto difficilmente spiegabile, differenza. I primi erogano quasi il doppio delle ore rispetto ai SACDip.</p> <p>Per ovviare a questa problematica, si dovrebbe ripensare in modo coraggioso alla modalità di verifica del fabbisogno di cura, che sia effettivamente efficace. Il continuo aumento delle Organizzazioni commerciali, imporrà verosimilmente di aumentare ulteriormente le risorse dell'UMC, ciò che farà lievitare ulteriormente i costi dello Stato e ciò senza portare alcun beneficio.</p> <p>La documentazione (RAI-HC, i piani di cura, la completezza del catalogo delle prestazioni, l'aderenza al modello standard – vedi punto 3) dovrebbe essere lo specchio di una cura ben organizzata e strutturata. I controlli della documentazione, effettuati già da qualche anno dall'UMC, dovrebbero pure essere un elemento di valutazione della qualità del servizio erogato.</p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>Quanto costano allo Stato i controlli effettuati dall'UMC presso gli Spitex?          Che effetto hanno sul controllo e sulla gestione della spesa?          Si ritiene necessario aumentare le risorse dell'UMC?          Non si potrebbe immaginare un altro modello di controllo/verifica che porti effettivamente a risultati concreti? Per esempio con l'attribuzione del mandato di valutazione del bisogno ai SACDip, si potrebbe ipotizzare una più stretta collaborazione fra gli infermieri "valutatori" e i collaboratori dell'UMC, soprattutto per i casi con un numero di ore di prestazione particolarmente elevato (per es. oltre le 80 ogni mese).</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Per ogni SACDip si dovrebbero designare uno o più infermieri coordinati dall'UMC, che avrebbero l'obbligo di applicare le direttive definite da quest'ultimo o da un gruppo misto CM /SACD. Lo Stato e le CM si dividerebbero i costi relativi ai controlli.</p>
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Ai Servizi che accettano questo tipo di collaborazione, verrebbero riconosciute le ore che oltrepassano la media svizzera. Agli altri si riconoscerebbe solo il Restfinanzierung fino al raggiungimento della media nazionale.</p>
<b>Valori attesi</b>	<p>Indicatori di raggiungimento degli obiettivi</p>

7	<b>Efficienza</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p>I risultati riguardanti l'impiego delle risorse dovrebbero essere presentati in modo trasparente. Pure gli standard andrebbero fissati in ragione dei diversi mandati (SACDip e SACD for profit). La differenziazione si giustificerebbe per esempio per il fatto che i primi, contrariamente ai secondi, sono tenuti a intervenire in tutte le situazioni (non c'è alcuna selezione dei casi) e su tutto il territorio. A questo proposito basta la semplice constatazione riguardante la collocazione e il raggio di attività effettivo dei Servizi commerciali, che si concentrano quasi esclusivamente nelle zone urbane, tralasciando le più periferiche, come le valli.</p> <p>L'efficienza andrebbe pure valutata in base ad esempio ai tempi amministrativi e di coordinamento. Sarebbe tuttavia opportuno prevedere "una forchetta" con valori minimi e massimi. Se sono troppo contenuti, significa che non vengono eseguiti oppure messi a carico delle CM (indicati come ore erogate). In caso di tempi eccessivi, i costi rimarrebbero in ogni caso a carico dei Servizi.</p> <p>L'efficienza non deve andare a discapito della qualità delle prestazioni, in particolare nel caso di presa a carico di pazienti con problematiche particolari (patologie oncologiche, demenze, ...).</p> <p>Il professor Dr. Matthias Wächter dell'<i>Institut für Betriebs- und Regionalökonomie IBR, Hochschule Luzern</i>, su mandato dello <i>Spitex Verband Schweiz (Associazione mantello)</i>, a livello nazionale ha realizzato uno studio comparativo dei costi orari delle prestazioni erogate all'utenza (<i>Prix coûtant, des organisations d'aide et de soins à domicile – ASD - organisations de droit public et à but non lucratif</i>).</p> <p><a href="https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=3581">https://www.hslu.ch/de-ch/hochschule-luzern/forschung/projekte/detail/?pid=3581</a></p> <p>L'unico SACDip ticinese valutato, che per livello di costi nel nostro Cantone si situa nella media, risulta essere il terzo più economico delle venticinque organizzazioni svizzere di assistenza e cura a domicilio prese in esame. Da notare che, come si potrebbe supporre di primo acchito, non è il livello dei salari a concorrere al raggiungimento di questo ottimo risultato.</p> <p>L'UACD dovrebbe tener conto di questi dati, al fine di stabilire e mantenere un equilibrato rapporto costo-prestazione. Un'eccessiva pressione sul "prezzo" avrebbe infatti degli effetti negativi e controproducenti a più livelli (per es. sicurezza e qualità della prestazione, pressione sul personale, ...).</p>

	Sarebbe infine corretto e importante riconoscere ed evidenziare, anche a livello politico, l'ottimo grado di efficienza raggiunto dai SACDip in Ticino negli ultimi anni, in particolare da quando è stato introdotto il modello di finanziamento tramite contratto di prestazione.
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>L'efficienza misura il rapporto fra risorse investite e risultati ottenuti (<i>output</i> e <i>outcome</i>). I risultati che si discostano troppo dal valore atteso (sia in eccesso che in difetto) andrebbero analizzati, per capirne le ragioni.</p> <p>Il Cantone, in qualità di importante ente finanziatore, non dovrebbe disporre costantemente di dati di confronto inter-cantonale con altri spitex di interesse pubblico?</p> <p>Il grado di efficienza e di economicità (vedi punto 12) deve essere equilibrato e regolarmente verificato.</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	Definizione quantitativa e qualitativa dei valori attesi, da stabilire in base al tipo di SACD e al rispettivo mandato.
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	Rapporto fra ore erogate e altre prestazioni (vedi tempi e percentuali previsti dal Contratto di prestazione).
<b>Valori attesi</b>	Rispetto/raggiungimento dei valori/indicatori previsti dal Contratto di prestazione.

8	<b>Possibile partecipazione ai costi da parte degli utenti</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p>Solo per quanto attiene le cure di base, si potrebbe valutare una partecipazione ai costi da parte dell'utente, in particolare per chi è a beneficio di un <b>Assegno per grandi invalidi</b> (AGI). Questo è infatti pensato proprio per ovviare ai costi che può generare lo stato di dipendenza negli atti di vita quotidiana di una persona.</p> <p>Si tratterebbe di una partecipazione che verrebbe applicata non in modo indiscriminato e contro produttivo, come previsto dalla Legge sul finanziamento delle cure (opzione bocciata dal popolo ticinese in occasione della votazione del 12.02.2017), ma <b>in rapporto all'ammontare dell'AGI e all'effettiva partecipazione all'assistenza</b> da parte delle persone di referenza (per es. congiunti, badanti, vicini, ...). Se malgrado il riconoscimento dell'AGI gli Spitex vengono chiamati a intervenire in modo importante, sarebbe logico e comprensibile <b>chiedere il riversamento di parte dell'AGI ai Servizi</b>. Tale prassi potrebbe avere un effetto calmierante anche sulla domanda e renderebbe maggior giustizia alle persone che effettivamente si assumono buona parte delle cure, senza attivare in modo importante i SACD. Proprio a queste figure, nell'ambito del <b>programma di sostegno ai famigliari curanti</b>, si potrebbe ipotizzare di riversare parte degli introiti, rendendo così questa misura meno onerosa per il Cantone. Nel caso di assunzione di una badante o di rinuncia parziale o totale da parte di un familiare a un'attività lucrativa, l'AGI non verrebbe preso in considerazione, nella misura in cui almeno buona parte delle prestazioni previste dall'assegno verrebbero assunte da una di queste persone. L'attivazione dell'antenna badanti o la frequentazione di corsi specifici da parte di un familiare (vedi "Uno per tutti, tutti per uno") dovrebbe permettere un sostegno adeguato ai famigliari.</p> <p>Giova ricordare che quando un beneficiario AGI si trasferisce definitivamente in CPA, l'assegno viene incamerato dall'istituto, senza che vi sia una deduzione della retta a carico dell'utente.</p> <p><i>Allegati: A.8 Votazioni del 12.02.2017</i></p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>Fino a che punto è giusto che l'AGI venga incamerato dall'utente o dalla sua famiglia se allo stesso tempo necessita di interventi <b>regolari e importanti</b> di uno Spitex per le attività di cura alla persona (esami e cure codice 1002)?</p>

	<p>In caso di versamento dell'AGI, non si potrebbe ipotizzare una <b>partecipazione parziale e graduale</b> da parte degli utenti (ritenendo un tetto massimo), considerando pure il numero degli interventi effettuati dai SACD? Apparentemente ai pazienti invalidi alcune casse deducono già dalle proprie prestazioni una parte dell'AGI (coll. con Lara B – di Pro Infirmis).</p> <p>Non è forse legittimo che lo Stato si assicuri che le risorse attribuite vengano utilizzate per gli scopi per i quali sono state riconosciute?</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Il contributo potrebbe essere calcolato in modo progressivo a partire da 20 ore mensili, fino a un massimo del 75% dell'AGI. Una parte non dovrebbe infatti essere presa in considerazione in quanto gli interventi dei SACD non coprono tutti i bisogni (per es. sorveglianza).</p>
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Al di sopra di una media mensile di ore di prestazione, il SACD è tenuto a richiedere all'utente il versamento di parte dell'AGI in base a una scala ancora da definire.</p>
<b>Valori attesi</b>	<p>Rapporto fra ore mensili erogate e recupero dell'AGI.</p>



9	<b>Disponibilità e tempestività della presa a carico – Copertura del territorio</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p>I Servizi andrebbero differenziati anche per la loro capacità/disponibilità a prendere a carico in tempi brevi (soprattutto al momento della dimissione) qualsiasi paziente (per tipologia di intervento e per collocazione sul territorio). In particolare va verificato se i Servizi adottano la strategia della selezione dei casi (scelta dei casi più interessanti e redditizi).</p> <p>La presa a carico solo per qualche ora o settimana (per es. medicazione, eparina, ...), soprattutto se i pazienti abitano in zone discoste, non è finanziariamente interessante (apertura del dossier, adempimento dei compiti amministrativi, lunghe trasferte, interventi brevi, ...). I SACDip sono tenuti a intervenire in qualsiasi situazione, quelli commerciali no. La concentrazione di quest'ultimi, quasi esclusivamente nelle città e negli agglomerati, ne è la prova (vedi anche punto 7).</p> <p><i>Tenere conto della “distribuzione” dei pazienti sul territorio; Quanti per paese (corto, medio, lungo periodo).</i></p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>Perché nelle zone periferiche gli Spitex sono praticamente inesistenti?</p> <p>Il doppio delle ore da loro erogate rispetto ai SACDip è forse riconducibile anche alla selezione di pazienti?</p> <p>Gli Spitex commerciali selezionano i casi in base a criteri economici?</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Raccogliere informazioni riguardanti la distribuzione degli utenti sul territorio.</p> <p>Differenziare e riconoscere i costi dei servizi in base alla reale disponibilità di garantire i propri interventi su tutto il territorio.</p>
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Verificare alla fine di ogni anno, la distribuzione degli utenti sul territorio.</p>
<b>Valori attesi</b>	<p>Verificare se il Servizio risponde al principio di universalità degli interventi.</p> <p>Lista dei pazienti per località; no. di ore per paziente; media per intervento.</p>

<b>10</b>	<b>Qualità e sicurezza nell'ambito delle cure e dell'assistenza</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p>Attualmente non vi sono criteri <b>chiari, trasparenti e confrontabili</b> in merito alla qualità delle cure che un Servizio può erogare, su chi ne è garante e sulla base di quali indicatori può essere misurata. Né i medici, né gli utenti, né i loro familiari sanno se il personale impiegato dispone di una formazione adeguata al tipo di presa a carico richiesta.</p> <p>I Servizi che dispongono di gruppi specializzati (per es. nell'ambito delle cure palliative o della demenza, oppure che hanno sviluppato dei percorsi terapeutici specialistici) dovrebbero ottenere un riconoscimento particolare da parte dello Stato o dovrebbero essere abilitati a prendere a carico determinati pazienti (coerenza con le varie strategie nazionali e cantonali).</p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>Sulla base di quali criteri oggettivi è possibile dimostrare la qualità delle cure erogate da un Servizio?</p> <p>La presa a carico di pazienti con problemi e patologie particolari non dovrebbe essere fatta unicamente dai Servizi che dimostrano di avere le risorse e le competenze adeguate? Negli ospedali vi è una differenziazione in base alle diagnosi e alle specializzazioni. Anche nelle CPA per la presa a carico di persone affette dal morbo di Alzheimer vengono allestiti dei reparti specialistici, gestiti da personale appositamente formato.</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	Definire dei criteri qualitativi e di processo vincolanti per essere abilitati a prendere a carico determinati pazienti (vedi per es. strategie nazionali e cantonali nel campo della demenza o delle cure palliative).
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	Per poter prendere a carico determinati pazienti occorre dimostrare di avere le necessarie competenze e aver definito percorsi terapeutici adeguati.
<b>Valori attesi</b>	Numero di collaboratori qualificati, percorsi diagnostico-terapeutici, ... .

11	<b>Composizione del personale (skill-mix)</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p>I compiti e le responsabilità richiesti anche in questo settore sono sempre più delicati. Per questa ragione occorre differenziare il grado di preparazione e di approfondimento in tutti i settori. Quello a domicilio non fa eccezione, anzi per certi versi può addirittura richiedere più competenze, ritenuto che i collaboratori si trovano a dover gestire da soli situazioni di cura, non di rado complesse (vedi studio prof. Stefano Cavalli – A.11).</p> <p>Attualmente infatti, contrariamente a quanto avviene in ospedale e soprattutto nelle CPA, non vi sono criteri vincolanti richiesti dall'ente pubblico, per quanto attiene la composizione del personale curante impiegato da un SACD. Tale scelta (<i>skill-mix</i>) viene lasciata ai singoli Servizi che possono decidere il tipo di figura da impiegare. Nella convenzione amministrativa, stipulata con le casse malati, è previsto un elenco delle diverse professioni con le competenze minime richieste e auspicabili. Non essendoci un allineamento con l'ente finanziatore, la classificazione risulta avere nessun impatto, anche perché le CM non verificano più le qualifiche e il grado di formazione di chi eroga le prestazioni.</p> <p>La composizione del personale dovrebbe comunque risultare bilanciata: né personale troppo qualificato per mansioni "semplici", né troppo poco qualificato per le più complesse, soprattutto se ci si occupa di pazienti afflitti da malattie che richiedono una preparazione particolare (per es.: Alzheimer, cure palliative, casi psichiatrici, ...).</p> <p>L'equilibrio si rende necessario anche per evitare di scontrarsi con il principio di economicità, trattato al punto precedente.</p> <p><i>Allegati:</i>  A.2.a - <i>Milionebetrug durch Spitex</i>  A.2.b - <i>Milionebetrug durch Spitex – Stellungnahme vom Spitex-Verein</i>  A.2.c - <i>Stellungnahme Sonntagszeitung</i>  A.11 - <i>Prof. S. Cavalli</i></p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>È normale che l'ente finanziatore non stabilisca le qualifiche minime necessarie per la presa a carico di utenti, con particolari patologie?  Non sarebbe questo un compito dello Stato, anche per valorizzare e sostenere gli sforzi formativi che da sempre vengono fatti nel settore?  L'assenza di questi criteri non potrebbe portare al disimpegno dei SACD</p>

	<p>a formare o ad assumere personale qualificato che notoriamente è più costoso?</p> <p>Per quali ragioni non è possibile prevederli come viene già fatto nelle CPA?</p> <p>L'UACD ha una visione complessiva della composizione del personale operante nei vari Servizi?</p> <p>Chiari criteri qualitativi non dovrebbero essere vincolati al rilascio e al mantenimento dell'autorizzazione di esercizio?</p> <p>Cosa comporta l'assenza di chiare indicazioni riguardanti il livello di formazione del personale, livellando verso il basso le sue competenze e la non assunzione di determinate figure professionali (per es. OSS e ACSS)?</p> <p>Perché mai un Servizio dovrebbe assumere personale più qualificato, rispettivamente più costoso, se questo non viene ritenuto necessario da parte dell'ente finanziatore?</p>
<p><b>Possibili soluzioni</b></p>	<p>Sarebbe opportuno e importante che UACD e UMC definissero delle "forchette" con minimi e massimi, sia per garantire la presenza di personale con adeguate competenze sia per ragioni legate ai costi delle figure professionali.</p> <p>I Servizi che assumono casi complessi o che richiedono parecchi interventi a causa dello stato di dipendenza, dovrebbero disporre di diverse figure professionali, in modo da rispondere alle diverse situazioni con personale adeguato e non solo con CRS 120 ore o assistenti di cura, ma anche OSS/OSA o aiuto famigliari. Si devono stabilire formazione e competenze necessarie, in funzione della complessità della presa a carico.</p> <p>Così, come viene fatto da tempo nelle CPA, anche per gli Spitex si dovrebbe definire uno skill-mix vincolante, né troppo, né troppo poco, in rapporto al tipo di presa a carico richiesta (per es. pazienti affetti da demenza o polimorbide).</p>

<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Qualifiche minime correlate alla complessità e alla specificità della presa a carico.</p> <p>Rispetto di una chiara suddivisione del grado di formazione del personale (differenziazione e ponderazione dello <i>skill-mix</i>), per esempio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fra il 20 e il 35% infermieri diplomati</li> <li>✓ Fra il 15 e 40% OSS, aiuto familiari o assistenti geriatrici</li> <li>✓ Fra il 20 e il 40% assistenti di cura o ACSS</li> <li>✓ Fra il 10 e il 15 % ausiliari di cura CRS 120 ore</li> <li>✓ Nei casi complessi (in presenza di malattie gravi o degenerative) si dovrebbe far capo a personale adeguatamente preparato;</li> <li>✓ Il personale viene impiegato secondo le competenze indicate nella convenzione amministrativa, sottoscritta con i rappresentanti delle CM.</li> </ul>
<b>Valori attesi</b>	<p>Rispetto dello skill-mix pre-definito nel Contratto di prestazione.</p>

12	<b>Economicità e pari opportunità di presa a carico per gli anziani</b>																								
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p>Dalle statistiche federali emerge chiaramente che gli Spitex commerciali erogano più del doppio delle ore rispetto ai SACDip. Questa <b>differenza crea disparità di trattamento fra gli utenti</b>. Le motivazioni possono essere diverse: gli Spitex commerciali <b>selezionano i casi più interessanti</b> dal punto di vista economico o <b>calcolano un fabbisogno di cura e assistenza superiore</b> rispetto ai SACDip? È poco verosimile che si occupino di casi più complessi, anche perché ci sarebbe un'incomprensibile contraddizione con il fatto che gli Spitex commerciali dispongono di personale meno formato di quello dei SACDip.</p> <p>La sanità ha un costo, ma non ha prezzo. L'economicità nelle cure è un tema molto delicato e complesso. Il costo dipende soprattutto dalla spesa relativa al personale (fra il 90 e il 95% dei costi per i SACDip). Ciò è fortemente influenzato dal profilo professionale delle figure impiegate e soprattutto dall'esistenza e dalla reale applicazione di un CCL di settore. Tuttavia non si deve incorrere nel grossolano errore di valutare i costi dei SACD e degli Spitex commerciali unicamente sulla base del finanziamento residuo a carico dell'Ente pubblico. Occorre infatti considerare che, anche se notoriamente il costo per ora erogata dei SACDip è superiore a quella degli Spitex commerciali, complessivamente la spesa di quest'ultimi è notevolmente superiore, se la si considera nel suo insieme (costi per caso per l'ente pubblico e per le CM). Per quest'ultime il costo è sempre superiore, ritenuto che le tariffe pagate sono le medesime per entrambe le tipologie di servizio.</p> <table border="0" data-bbox="459 1440 1412 1720"> <tr> <td>Media per caso:</td> <td>SACDip CH</td> <td>SACDip TI</td> <td>Spitex comm TI</td> </tr> <tr> <td>Ore</td> <td>54</td> <td>56</td> <td>110</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Esempio:</td> </tr> <tr> <td>Costi orari cure di base OSS</td> <td></td> <td>fr 77.74</td> <td>58.83</td> </tr> <tr> <td>Costo per caso</td> <td></td> <td>fr. 4353.44</td> <td>6471.30</td> </tr> <tr> <td>Maggior costo per caso spitex comm.</td> <td></td> <td><b>fr. 2'117.86</b></td> <td></td> </tr> </table> <p>La media delle ore per caso dovrebbe essere considerata. Si potrebbe ad esempio verificare in che modo e con che frequenza i familiari, ancora in grado di farlo, intervengono nell'assistenza e nella cura del proprio congiunto. Il fatto di avere una media molto alta di ore erogate, non forzatamente significa che i casi siano complessi. Se così fosse, verrebbe senza dubbio messa in atto una selezione dei casi. Altra ipotesi</p>	Media per caso:	SACDip CH	SACDip TI	Spitex comm TI	Ore	54	56	110	Esempio:				Costi orari cure di base OSS		fr 77.74	58.83	Costo per caso		fr. 4353.44	6471.30	Maggior costo per caso spitex comm.		<b>fr. 2'117.86</b>	
Media per caso:	SACDip CH	SACDip TI	Spitex comm TI																						
Ore	54	56	110																						
Esempio:																									
Costi orari cure di base OSS		fr 77.74	58.83																						
Costo per caso		fr. 4353.44	6471.30																						
Maggior costo per caso spitex comm.		<b>fr. 2'117.86</b>																							

	<p>è quella che viene effettuata un'eccessiva proposta di sgravio rispetto a quanto potrebbe ancora essere garantito dai parenti o dall'utente stesso (principio di sussidiarietà). D'altro canto non va dimenticato che i Servizi vengono pagati in base alle ore erogate all'utente.</p> <p><i>Allegati: A.2 Un aiuto domiciliare diventato carissimo</i></p> <p><i>A.2.a Milionebetrug durch Spitex</i></p> <p><i>A.2.b Milionebetrug durch Spitex – Stellungnahme vom Spitex-Verein</i></p> <p><i>A.2.d Spitex Magazin 01.2018</i></p> <p><i>A.4.a Dati Canton TI</i>                      <i>A.4.c Stat. per utente</i></p> <p><i>A.4.b Stat. Ore per età</i>                      <i>A.4.d Stat. per Cantone</i></p>
<p><b>Domande/ Considerazioni</b></p>	<p>È vero che i SACDip, pur avendo un costo orario superiore per paziente sono nettamente più economici degli Spitex commerciali (vedi scheda presentata nell'analisi)?</p> <p>L'UACD dispone di dati relativi ai costi per caso dei vari Servizi commerciali?</p> <p>Il maggior numero di ore per utente erogate dagli Spitex commerciali è dovuto a una maggiore complessità dei casi, a una valutazione diversa del fabbisogno oppure a un mero interesse del Servizio (più si offre, più fattura)? Il principio di sussidiarietà degli interventi viene applicato da tutti gli Spitex?</p> <p>Tale applicazione non è in contraddizione con lo scopo degli Spitex commerciali?</p> <p>È accettabile che un anziano possa beneficiare di più o meno ore a dipendenza del Servizio che lo prende a carico?</p> <p>Vista tale differenza, non si configura una disparità di trattamento o addirittura una sanità a due velocità nelle cure a domicilio?</p> <p>La disponibilità a offrire un maggior numero di ore crea un evidente vantaggio economico per gli Spitex commerciali. Il fatto di offrire più prestazioni di quanto non farebbe un SACDip (che è tenuto, spesso a giusta ragione, ad applicare la sussidiarietà degli interventi) genera di fatto una concorrenza sleale e un ingiustificabile aumento dei costi a carico della collettività.</p>
<p><b>Possibili soluzioni</b></p>	<p>Considerare e valutare il costo per caso e non per ora.</p> <p>Applicare dei correttivi (vedi per es. punto 7), controlli sistematici o limitazione delle ore riconosciute dal Cantone. Per il riconoscimento delle ore che oltrepassano la media svizzera, occorre chiedere una valutazione congiunta esterna (per es. infermieri SACDip o UMC, CM, oppure fare una valutazione da parte di un'équipe mista a carico delle CM).</p>

<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Numero di ore per caso in linea con quello della media svizzera.</p> <p>Definire una <b>mediana</b> a livello ticinese.</p> <p>Quantificare il numero di pazienti che presentino le ore per caso al di sopra della media svizzera.</p>
<b>Valori attesi</b>	<p>Rispetto delle mediane stabilite. (scostamento max 5/10%).</p> <p>Obiettivo: allineamento delle ore erogate per caso secondo quanto fatto a livello svizzero.</p>



<b>13</b>	<b>Formazione del personale</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p>Attualmente vi è già una certa penuria di personale specializzato, in particolare di quello infermieristico e ciò non farà che accentuarsi in futuro, tenuto conto che tutte le statistiche demografiche indicano chiaramente che vi sarà un importante aumento delle persone anziane, rispetto al resto della popolazione.<sup>7</sup></p> <p>La formazione di personale in questo specifico settore rappresenta un investimento necessario che richiede il mantenimento del sostegno finanziario da parte dello Stato e il giusto riconoscimento per il ruolo assunto dai Servizi che si impegnano in questo compito.</p> <p>La formazione interna, quella continua e la possibilità di seguire vari tipi di specializzazioni, danno pure un'indicazione del grado di professionalità del personale di un SACD. Si tratta di un elemento molto importante per valutare la disponibilità dei Servizi a investire risorse nella formazione continua e nell'aggiornamento professionale.</p> <p><i>Vedi studio :Il mercato delle case di cura: quale futuro?</i></p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>L'impegno dei Servizi nel mettere a disposizione posti di apprendistato o di stage per le scuole infermieristiche va riconosciuto e sostenuto finanziariamente anche in futuro.</p> <p>La formazione continua deve essere sostenuta anche finanziariamente tramite il Contratto di prestazione. L'aggiornamento professionale è di fondamentale importanza per poter rispondere in modo adeguato ai bisogni degli utenti.</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Stabilire un numero annuo minimo di posti di apprendistato che ogni Servizio deve mettere a disposizione.</p> <p>Definire un numero minimo e massimo di ore da dedicare alla formazione.</p> <p>Verificare che le ore vengano effettivamente effettuate e pagate al personale.</p>
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Stabilire il numero di posti di apprendistato (personale infermieristico, OSS, ACSS, ass. di cura, stagisti, ...) che annualmente ogni Servizio deve mettere a disposizione in base alla sua grandezza.</p> <p>Definire il numero di ore di aggiornamento professionale e/o di formazione continua</p>

<sup>7</sup> Sistema sanitario svizzero 2015, Il mercato delle case di cura : quale futuro ? Swiss Issues Settori, Credit Suisse, giugno 2015

	Alcune formazioni continue dovrebbero essere rese obbligatorie, in particolare quelle legate a determinate patologie.
<b>Valori attesi</b>	Numero di nuove leve, formate in base agli obiettivi per ogni Organizzazione; Numero di ore di formazione continua e di aggiornamento professionale effettuati dal personale durante l'anno.

14	Inchiesta di soddisfazione degli utenti
<p><b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b></p>	<p>La SUPSI, a scadenza regolare (ogni 4-5 anni) effettua un'indagine di soddisfazione o meno presso gli utenti dei Servizi di assistenza e cura a domicilio. Al di là della soddisfazione percepita dall'utenza, <b>andrebbe indagato e capito meglio</b> se e in che modo effettivamente uno Spitex offre un <b>servizio di qualità</b>. Per fare sì che gli enti valutati siano paragonabili, (vedi per es. punto 3, 12 e 13) è tuttavia imperativo che vengano fissati dei chiari standard qualitativi, validi per tutti.</p> <p>Difficilmente un familiare riesce ad individuare quali siano i criteri qualitativi legati alla formazione e alle conoscenze professionali degli operatori oppure all'organizzazione del Servizio (per es. percorsi terapeutici, équipes specializzate, ...). Questa valutazione non dovrebbe/potrebbe essere fatta dall'UMC?</p>
<p><b>Domande/ Considerazioni</b></p>	<p>Pur essendo specificato che si tratta di qualità <b>percepita</b> dall'utente, i risultati non rischiano di essere limitativi e usati a fini propagandistici, senza che effettivamente si possa valutare la reale professionalità e qualità del Servizio?</p> <p>Parallelamente alle domande da sottoporre agli utenti, si dovrebbe indagare maggiormente sugli aspetti che effettivamente concorrono alla qualità del Servizio.</p> <p>Non è pericoloso confrontare Servizi che agiscono con principi e criteri molto diversi fra loro? Per es. è normale che l'utente apprezzi il fatto di poter avere sempre o quasi il medesimo collaboratore. Andrebbe capito se questo avviene per bravura organizzativa oppure perché a quest'ultimo viene chiesto di lavorare oltre i 6 giorni consentiti dalla legge, oltre il limite di riposo consentito, o se la maggior parte dei collaboratori è impiegata a ore, ... . Solo a queste condizioni un'inchiesta esterna, che ha dei costi molto importanti, ha un senso e può portare a qualcosa di utile.</p>
<p><b>Possibili soluzioni</b></p>	<p>Introdurre una parte di verifica delle condizioni organizzative e operative del Servizio. Rispetto delle qualifiche minime, del riposo giornaliero e settimanale, ...</p>
<p><b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b></p>	<p>Nell'inchiesta sulla soddisfazione o meno dell'utenza va introdotta un'analisi dell'organizzazione che deve rispettare la legge e le condizioni del CCL.</p>

	Flessibilità richiesta al personale; No. di collaboratori impiegati a ore; No. di giorni lavorativi consecutivi; Qualifiche del personale impiegato.
<b>Valori attesi</b>	I valori attesi rispettano quelli previsti dalla legge o da regole di settore.

<b>15</b>	<b>Inchiesta di soddisfazione del personale</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p>Analogamente all'indagine sulla soddisfazione o meno dell'utenza, anche in questo caso non ci si dovrebbe limitare a valutare la soddisfazione soggettiva dei collaboratori. Occorrerebbe valutare infatti anche le condizioni di impiego (salari, tipo di contratto, modalità di impiego, rispetto della legge sul lavoro, possibilità di carriera, ...).</p> <p>A dipendenza delle possibilità di impiego, della necessità di dover lavorare, del profilo professionale, dello statuto o della provenienza dei collaboratori, ..., i dipendenti possono essere più o meno soddisfatti. Vi può inoltre essere una certa pressione da parte del datore di lavoro sui collaboratori, affinché si esprimano più favorevolmente.</p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>Il personale protetto effettivamente da un CCL e quello impiegato dai SACDip si sente più libero di esprimere la propria soddisfazione, in quanto ha maggiori garanzie di protezione?</p> <p>Sarebbe molto importante valutare e mettere a confronto le condizioni di impiego applicate dai vari Servizi (tipo di contratto, salario, riposo giornaliero e settimanale, tipo di flessibilità richiesta dal Servizio, ...).</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Anche in questo caso, parallelamente all'inchiesta di soddisfazione percepita, andrebbero poste domande riguardanti l'organizzazione del lavoro (per es. se è già capitato di dover lavorare per più di 6 giorni consecutivi, come vengono riconosciute le trasferte, ...).</p> <p>Tale verifica potrebbe essere svolta dai ricercatori direttamente con la CPCC.</p>
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Specifiche delle condizioni di impiego di ogni Servizio, limitatamente agli elementi più importanti (per es. rapporto del personale impiegato a ore sul totale, rapporto fra parte fissa e variabile del salario, suddivisione del lavoro sull'arco della giornata e della settimana, ...).</p>
<b>Valori attesi</b>	Scostamento dai valori attesi.



16	<b>Impiego di eventuali utili/avanzi di esercizio</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p>Annualmente i SACDip pubblicano i risultati della propria attività, fornendo informazioni anche sui risultati finanziari positivi, che in alcuni casi possono essere non indifferenti. Non sempre però sono capiti a fondo, ragion per cui risulta importante spiegare che in caso di avanzi di esercizio, i medesimi vengono principlamente reinvestiti a favore della collettività e che, contrariamente ai Servizi commerciali, non vengono incamerati dai loro azionisti o dai loro proprietari. Le riserve dei SACD rimangono a favore della popolazione, che ne beneficia ad esempio attraverso iniziative o progetti che migliorano le condizioni delle persone anziane (per es. partecipazione allo sviluppo di nuove forme abitative, custode sociale di paese, ...). Sarebbe utile e necessario fornire un'informazione agli utenti e al grande pubblico più in generale, affinché si possano capire meglio la natura e gli scopi dei vari Servizi per poter scegliere secondo i propri valori.</p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>Gli utenti e i partner della rete dovrebbero essere informati in modo trasparente e comprensibile sugli scopi degli Spitex (commerciali, di interesse pubblico) così come sui risultati finanziari e su come questi vengono impiegati.</p> <p>La Legge sull'informazione e sulla trasparenza dello Stato (Lit) non dovrebbe essere estesa a tutti gli enti finanziati con soldi pubblici?</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Dichiarare pubblicamente gli scopi delle diverse Organizzazioni (not for-profit, for profit).</p> <p>Pubblicare annualmente i risultati finanziari di tutti gli Spitex (i SACDip lo devono già fare) e illustrare i progetti intrapresi.</p> <p>I Servizi devono spiegare chiaramente ai propri utenti il tipo di ragione sociale e gli scopi.</p>
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Rendere pubblici i risultati finanziari, limitatamente alla parte finanziata con soldi pubblici, e pubblicare i progetti e le iniziative intraprese a favore della popolazione.</p> <p>L'informazione avviene tramite l'invio ai Municipi del comprensorio dei commenti ai preventivi e ai consuntivi dell'Associazione.</p>
<b>Valori attesi</b>	<p>Verifica dell'avvenuta informazione riguardante gli scopi dell'ente e i risultati finanziari raggiunti.</p>

17	<b>Contratto collettivo di lavoro</b>
<b>Situazione attuale, riflessioni generali, approfondimento</b>	<p>Fra il 90 e il 95% dei costi di uno Spitem sono costituiti dai salari dei dipendenti, ragion per cui il tipo di CCL o i Contratti individuali influenzano notevolmente questa spesa. Più il numero di collaboratori impiegato a ore sarà elevato, maggiore sarà lo scarico del rischio aziendale sul personale, che lavora solo se c'è richiesta da parte dell'utenza).</p> <p>Grazie a un CCL di settore si contribuisce a dare dignità e riconoscimento a una professione così delicata e importante, svolta dagli operatori dei SACD. È importante garantire interessanti condizioni di impiego anche per assicurare il ricambio di personale, per evitare che si crei una concorrenza intra-settoriale (per es. con CPA o Ente ospedaliero) e per scongiurare l'abbandono della professione da parte di collaboratori (fenomeno già riscontrato un po' in tutto il settore a causa delle condizioni di lavoro sempre più pesanti e a ritmi estremi).</p> <p><i>Allegati: A.1 Die Schweiz wird zum Sozialfall Nzz 21.01.2017).</i></p> <p><i>Vedi studio : Aide et soins à domicile – Etat des lieux – mars 2013 – Beat Ringger – Secrétaire central ssp.</i></p> <p><i>Mozione : del 22.09.2014 di Gianni Guidicelli e Lorenzo Jelmini, approvata dal Gran Consiglio l'8 novembre 2016, volta a rendere vincolate l'adesione a un contratto collettivo di lavoro (CCL) per gli enti beneficiari di contratti di prestazione.</i></p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>È giusto che il rischio aziendale venga scaricato completamente sui collaboratori attraverso il loro impiego con contratti a ore?</p> <p>È normale che in tutti gli altri ambiti del settore socio-sanitario vi sia un CCL unico o comunque un contratto equivalente, mentre nelle cure a domicilio no?</p> <p>Il personale dei SACD non merita forse di avere condizioni di impiego simili agli altri settori?</p> <p>La presa a carico individuale a casa del paziente non espone forse il collaboratore a maggiori pressioni?</p> <p>Contrariamente a quanto eventualmente si potrebbe accettare nel settore economico (quello della salute non lo è), le Assicurazioni sociali e il Cantone, attraverso il finanziamento residuo non creano una pressione sui salari. La medesima è tutt'al più applicata dai dirigenti dei Servizi con scopo di lucro.</p> <p>Al fine di evitare un'ingiustificabile pressione sui prezzi, urge che gli Spitem</p>

	<p>commerciali si allineino alle condizioni salariali applicate dai SACDip, anche per evitare un disinteresse o un abbandono della professione oppure un afflusso massiccio di personale dall'estero per compensare la richiesta di manodopera.</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Prevedere un CCL di settore, tramite dichiarazione di obbligatorietà.</p> <p>Rendere pubblico l'esistenza di un CCL di settore o di pari livello, in modo che gli utenti e l'opinione pubblica in generale conoscano anche le condizioni di impiego del personale.</p> <p>La spesa legata al personale rappresenta per il SACD il 90/95% dei costi complessivi. Notoriamente i SACDip ricevono un contributo per ora superiore (anche di parecchio per alcuni profili professionali) proprio a causa dei salari più alti (in linea tuttavia con quelli dell'EOC e delle CPA).</p>
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Il Servizio dispone e applica correttamente il CCL di settore o un contratto aziendale parificabile. Le verifiche vengono effettuate dai membri della CPPC.</p> <p><i>Valori attesi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ lo scostamento dei salari minimi e massimi non deve superare il 2-3%...;</li> <li>✓ il 90% dei contratti deve prevedere una percentuale fissa;</li> <li>✓ nei contratti misti (percentuale fissa + ore) la parte a ore non deve superare il 20% del tempo lavorativo (40-42 ore settimanali);</li> <li>✓ indennità per picchetti, serali e festivi sono da riconoscere;</li> <li>✓ lo scatto annuale deve di regola essere riconosciuto;</li> <li>✓ la giornata lavorativa non può di regola essere suddivisa su più di tre turni;</li> </ul>
<b>Valori attesi</b>	<p>Applicazione del CCL e in particolare dei criteri sopraccitati.</p>



18	<b>Rispetto della legge sul lavoro</b>
<b>Situazione attuale/ Considerazioni generali</b>	<p>Regolarmente si sente parlare di collaboratori dei Servizi commerciali che hanno dovuto lavorare ben oltre il massimo di 6 giorni consecutivi consentiti dalla legge. In alcuni casi l'impegno richiesto si è protratto fino a 14 giorni. Oltre alla palese violazione della legge, a mettere a repentaglio la salute degli utenti per l'accresciuto rischio di errore e a sovraccaricare fortemente il personale curante, questa risulta essere una delle strategie e delle scelte organizzative alla base della concorrenza sleale. La continuità del personale (stesso operatore) nella presa a carico è un fattore particolarmente apprezzato da utenti e famigliari. Essi però spesso ignorano che questa richiesta può essere esaudita unicamente violando la legge sul lavoro oppure impiegando principalmente personale a ore o con contratto fisso, ma con una <b>disponibilità lavorativa dalle 14 alle 15 ore</b> sull'arco della medesima giornata.</p> <p>I fatti di cronaca emersi a febbraio 2017 (Argo 1), relativi alla violazione dei contratti e della legge sul lavoro, devono far riflettere e richiedono misure incisive affinché enti finanziati con soldi pubblici non violino spudoratamente le leggi vigenti. <b>Non si tratta ovviamente di creare dei cartelli, bensì regole valide per tutti</b> (vedi anche il settore edile), ritenuto che la <b>posta in gioco è la salute del paziente</b> (rischi di errore) e la protezione dei lavoratori. A quest'ultimi si devono garantire condizioni di impiego adeguate per evitare che cambino settore o addirittura professione.</p> <p><i>Allegati: A.6 Non riuscivo più a fare la frontaliera A.9 Spremuta, licenziata e beffata.</i></p> <p><i>Vedi studio:Aide et soins à domicile – Etat des lieux – mars 2013 – Beat Ringger – Secrétaire central ssp.</i></p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>È normale e accettabile che gli enti finanziati con soldi pubblici (LAMal e Finanziamento residuo dello Stato) non rispettino le leggi, in particolare quella sul lavoro?</p> <p>Lo Stato non deve farsi garante, nei confronti degli utenti e dei loro famigliari, del fatto che i Servizi da lui finanziati siano a norma di legge?</p> <p>Il fatto di lavorare ben oltre i giorni consentiti dalla Legge sul lavoro non aumenta i rischi di errori in un settore particolarmente delicato, come pure lo stress e la pressione sui collaboratori?</p> <p>Se il settore non viene chiaramente regolamentato e convenientemente monitorato, sussiste il rischio che anche quei Servizi, principalmente i SACDip, debbano adottare misure organizzative non compatibili con le</p>

	<p>leggi vigenti, per evitare che i propri pazienti scelgano i Servizi commerciali.</p> <p><i>Allegati: A.13 Dove vanno i SACD pubblici e privati - VPOD</i></p>				
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Ogni Servizio si impegna esplicitamente, tramite sottoscrizione del Contratto di prestazione a rispettare le leggi vigenti, con particolare riferimento ad alcuni articoli specifici.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <i>riposo settimanale (max 6 giorni)</i></li> <li>o <i>riposo giornaliero; (max. 11 ore)</i></li> <li>o <i>interruzione del lavoro durante il giorno;</i></li> <li>o <i>picchetti; (max. due al mese ...)</i></li> <li>o <i>domeniche e giorni festivi (max. 2 al mese)</i></li> <li>o <i>frammentazione della giornata di lavoro.</i></li> <li>o ...</li> </ul> <p>Nelle direttive interne o del <b>CCL occorre esplicitare che il collaboratore è tenuto a segnalare</b>, la prima volta ai propri superiori e in seguito ai membri della CPPC l'eventuale violazione di queste regole.</p>				
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>		Valore atteso/di riferiment o	Valore		
	Salari per categoria (mediane)				
	Percentuale di personale impiegato a ore		<b>3%</b>		
	Percentuale di personale con contratto fisso + ore ( <b>max. 20%</b> )				
	Percentuale di personale con contratto fisso + ore ( <b>oltre 20%</b> )				
<b>Valori attesi</b>	Raggiungimento dei valori fissati.				

19	<b>Provenienza del personale</b>
<b>Situazione attuale/ Considerazioni generali</b>	<p>Al personale, svizzero o straniero, residente in Ticino o nel Moesano viene data la priorità in caso di assunzione di nuovi operatori. Si ritiene infatti importante agevolare, nel limite del possibile e a parità di competenze, le persone che vivono e pagano le tasse nel nostro territorio. Senza voler discriminare i lavoratori provenienti dall'estero, si dovrebbe comunque considerare in che percentuale sono presenti all'interno di un'Organizzazione rispetto ai residenti. È noto che, in particolare in assenza di un CCL, è possibile proporre condizioni di impiego che non <b>attragono il personale autoctono o addirittura lo escludono</b>. Occorre contrastare il fenomeno della loro sostituzione con personale <b>residente all'estero</b>, favorendo la riqualifica di personale proveniente da altri settori anche per evitare i relativi costi sociali a carico dello Stato (disoccupazione, sussidi, assistenza, ...).</p> <p><i>Allegati:</i></p> <p>A.1 Die Schweiz wird zum Sozialfall Nzz 21.01.2017)</p> <p>A.3 Iniziativa del Comune di Biasca</p> <p>A.5 Let. acc. contratti di prest. SACD 2018</p> <p>A.12 Sì alla preferenza indigena 22.02.2018</p>
<b>Domande/ Considerazioni</b>	<p>Per l'utente e i partner della rete potrebbe essere interessante sapere in che proporzione viene impiegato personale proveniente dall'estero. Un Servizio che dà la possibilità ai residenti di avere un'attività lavorativa oppure di riqualificarsi, contribuisce al benessere della collettività, riducendo i costi sociali a carico dello Stato, dovuti in particolare alla disoccupazione.</p>
<b>Possibili soluzioni</b>	<p>Mantenere condizioni di impiego attrattive nel settore, al fine di evitare l'abbandono della professione da parte del personale autoctono e per favorire la riqualifica professionale di persone provenienti da altri ambiti lavorativi.</p>
<b>Possibili criteri da inserire nel Contratto di prestazione</b>	<p>Fissare una percentuale di frontalieri sul totale.</p>
<b>Valori attesi</b>	<p>Rilevare il dato di frontalieri effettivi, rispetto alla percentuale indicata. Tale dato probabilmente andrebbe semplicemente reso pubblico, per es. tramite la pagina internet, da ogni Servizio e non andrebbe inserito nel Contratto di prestazione.</p>

## Conclusioni

È importante ribadire e ricordare che lo scopo di questo lavoro non è di puntare il dito contro qualcuno o di limitarsi a critiche generiche, ma serve a mettere in evidenza, in modo trasparente e senza timori, quelli che possono essere considerati gli aspetti problematici o le distorsioni dell'attuale sistema che nuocciono all'intero settore e di conseguenza ai fruitori delle prestazioni. L'auspicio è che susciti l'interesse e la reazione di tutte le parti, direttamente o indirettamente, coinvolte, affinché attraverso un confronto e uno scambio di idee e di opinioni costruttive, si possa affrontare seriamente la problematica. Il senso di responsabilità dei quadri direttivi e dei membri di Comitato di ABAD indistintamente e quindi non solo dei rappresentanti dei Comuni (4) e del Cantone (1), li spinge a prendere posizione su diversi aspetti che concernono la cura e l'assistenza a domicilio.

Per queste ragioni tutti i membri del Comitato auspicano che ci si possa chinare quanto prima su tutti i problemi sollevati, coinvolgendo i partner istituzionali interessati, se del caso anche quelli politici. Lo scopo è di definire al più presto criteri vincolanti applicabili a tutti i Servizi per evitare che il settore sfugga definitivamente di mano.

Idealmente i cambiamenti necessari per raggiungere gli obiettivi indicati andrebbero attuati e decisi dall'ente finanziatore mediante l'introduzione di normative adeguate e con la modifica di quelle già esistenti (per. es UACD, ma anche LAMal).

Se ciò non fosse possibile o i tempi prospettati fossero particolarmente lunghi, oppure non vi fosse né l'interesse né la volontà politica, buona parte delle proposte potrebbero essere realizzate su base volontaria, per esempio attraverso **l'introduzione di un marchio di qualità**. Grazie a quest'ultimo, i medici, gli ospedali, i partner più importanti per i SACD, ma anche gli utenti e i loro famigliari, così come il resto dell'opinione pubblica, potrebbero scegliere con maggiori trasparenza e consapevolezza.

Il presente lavoro è stato realizzato dal Direttore di ABAD, signor Roberto Mora, su mandato dei membri di Comitato dell'Associazione.

### Legenda:

AGI:	Assegno per grandi invalidi
CM:	Cassa malati
CPA:	Casa per anziani
CPCC:	Commissione paritetica consultiva e conciliativa
D.R.G.:	<i>Diagnosis Related Group (modello di finanziamento per caso)</i>
LACD:	Legge sull'assistenza e cura a domicilio
LAMal:	Legge sull'assicurazione malattia obbligatoria
LIT:	Legge sull'informazione e la trasparenza
Organizzazioni for profit:	Servizi privati a scopo di lucro/commerciali

Restfinanzierung	Finanziamento residuo. Si tratta della parte di costi del settore dell'assistenza e cura a domicilio non coperti dalle CM
SACDip:	Servizi di assistenza e cura a domicilio di interesse pubblico
SACD for profit:	Servizi di assistenza e cura a domicilio a scopo di lucro o commerciali
UACD:	Ufficio Anziani e Cure a Domicilio
UMC:	Ufficio del Medico Cantonale