

**BENESSERE E SALUTE DEGLI UTENTI  
DELL'ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO**

*VALUTAZIONE D'IMPATTO DELLA LACD*

*PRIMA PARTE*

NICOLETTA MARIOLINI\*, BORIS WERNLI\*\*

\* ECONOMISTA, COLLABORATRICE SCIENTIFICA PRESSO IL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ DEL CANTON TICINO

\*\* POLITOLOGO E CONSULENTE, DOCENTE PRESSO L'UNIVERSITÀ DI NEUCHÂTEL

BELLINZONA, NOVEMBRE 2003

## IL GRUPPO DI PROGETTO

<b>Direzione di progetto</b>	Nicoletta Mariolini, DSS
<b>Consulenze alla direzione di progetto</b>	Kurt Frei, DSS Boris Wernli, ricercatore
<b>Supporto logistico-organizzativo</b>	Rita Gianascio, DSS Antonella Mastrovito, DSS
<b>Rappresentanti dei servizi</b>	<i>Per i Servizi di Assistenza e Cura a Domicilio (SACD)</i> Gabriele Balestra (ALVAD) Fabio Maestrini (SACD Mendrisiotto&Basso Ceresio)  <i>Per i Servizi d'Appoggio</i> Membri del Gruppo Operativo Servizi d'Appoggio
<b>Gruppo Esperti</b>	Sandra Aprile, Associazione Hospice Ticino Dimensione cure palliative  Fiorenzo Bianchi, Direzione OSC Dimensione psichiatria e salute mentale  Sarita Capra, Pro Infirmis Dimensione invalidità  Carla Invernizzi, Aiuti diretti, DSS Dimensione autonomia a domicilio  Marco Macchi e Nunzia Orlando, capi-équipes SACD Dimensione multidimensionale dell'intervento Dimensione universalità dell'utenza e prima infanzia  Patrick Morger, Scuola Superiore Cure Infermieristiche Dimensione salute pubblica  Dr. Pierluigi Quadri, OBV Dimensione geriatria  Marilù Zanella, ATTE Dimensione autonomia e mezzi ausiliari

Un ringraziamento va a tutte queste persone, senza dimenticare tutte le collaboratrici e tutti i collaboratori dei servizi sul territorio che hanno partecipato con grande entusiasmo alla preparazione e all'organizzazione dell'inchiesta.

Un particolare ringraziamento va agli utenti e alle persone a loro vicine che hanno contribuito in modo determinante alla realizzazione del nostro studio.

Ringraziamo infine Michele Albertini, Responsabile per la protezione dei dati del Canton Ticino, e Stefano Salvadé del Centro dei Sistemi informativi per la preziosissima collaborazione nell'ambito della protezione dei dati e dello sviluppo del programma di codifica dei dati sensibili.

## SOMMARIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUZIONE</b>	<b>4</b>
1.1.	OBIETTIVI PIANIFICATORI	4
1.2.	IL PROGRAMMA VALUTATO	4
1.3.	I CAMBIAMENTI ATTESI	7
1.4.	OBIETTIVI DEL PROGETTO	7
<b>2.</b>	<b>METODI DI VALUTAZIONE</b>	<b>9</b>
2.1.	UNIVERSO DI RIFERIMENTO PER L'INCHIESTA	10
2.2.	IL PASSAGGIO DALL'UNIVERSO DI RIFERIMENTO ALLA "POPOLAZIONE TARGET"	10
2.3.	PREPARAZIONE OPERATIVA DELL'INCHIESTA: UNIVERSO DI RIFERIMENTO E POPOLAZIONE TARGET	11
<b>3.</b>	<b>LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI DELL'UNIVERSO DI RIFERIMENTO E LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI</b>	<b>13</b>
3.1.	BILANCIO DELL'ESPERIENZA DI CODIFICA	13
3.2.	I BENEFICI INDOTTI DALLA CODIFICA	14
<b>4.</b>	<b>LA MESSA A PUNTO DEL MATERIALE D'INCHIESTA</b>	<b>15</b>
4.1.	IL RUOLO DI ESPERTI E SERVIZI EROGATORI	15
4.2.	IL COINVOLGIMENTO DELL'UTENZA	15
4.3.	LE CARATTERISTICHE DEL MATERIALE D'INCHIESTA	16
<b>5.</b>	<b>L'UTENZA DELL'ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO: UNA PRIMA FOTOGRAFIA</b>	<b>17</b>
5.1.	DAI DATI CODIFICATI ALLA DESCRIZIONE DELL'UTENZA COMPLESSIVA	17
5.2.	LA DESCRIZIONE DELL'UTENZA PER SESSO, ETÀ E MACROCATEGORIE DI PRESTAZIONI	19
5.3.	DISTRIBUZIONE DELL'UTENZA ED INTERVENTI MULTIPLI	21
5.4.	ANALISI DELLE DEVIAZIONI PIÙ IMPORTANTI	22
5.5.	MODELLI ESPLICATIVI DEL TIPO D'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI	24
<b>6.</b>	<b>CONCLUSIONI</b>	<b>26</b>

## 1. INTRODUZIONE

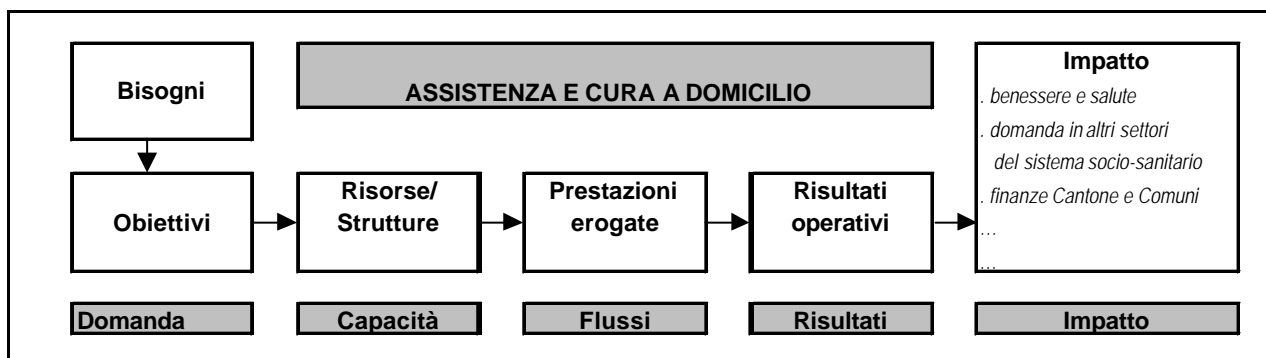
### 1.1. OBIETTIVI PIANIFICATORI

La LACD, entrata in vigore il 1° gennaio 2000, conferisce un nuovo assetto al settore dell'assistenza e cura a domicilio e costituisce la base della riorganizzazione e del potenziamento dei servizi di assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio nell'ambito del sistema socio-sanitario cantonale. Essa rappresenta pure la base per la valorizzazione degli aiuti diretti.

Le notevoli potenzialità della legge, la sua complessa articolazione e il processo di cambiamento richiesto dalla sua introduzione hanno indotto il Consiglio di Stato a seguire da vicino la fase di transizione dal vecchio al nuovo assetto, fornendo una valutazione intermedia dell'andamento dell'assistenza e cura a domicilio già alla fine del primo biennio<sup>1</sup>.

La valutazione intermedia si è ispirata al modello di valutazione riassunto nello schema qui sotto.

SCHEMA 1: MODELLO DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI



Esso illustra come la relazione tra i bisogni e gli obiettivi dell'intervento dell'assistenza e cura a domicilio –*la domanda*– stia alla base della valutazione del processo di cambiamento, e come il benessere e la salute dei beneficiari figurino tra le prime componenti dell'impatto atteso.

Nell'ambito della pianificazione complementare dell'assistenza e cura a domicilio, il Consiglio di Stato ha perciò inserito tra i compiti del Cantone 2002-2003 la valutazione dell'impatto sul benessere e sulla salute degli utenti, derivante dall'implementazione della legge.

Essa completa le dimensioni valutative della fase intermedia. Si otterranno così gli elementi per adempiere all'art. 45 della LACD che prevede la valutazione dei risultati anche dal profilo socio-sanitario.

### 1.2. IL PROGRAMMA VALUTATO

#### GLI SCOPI DELLA LACD

La LACD è stata concepita per permettere ad ogni persona di ricevere cure ed assistenza a domicilio; per garantire quindi un sostegno, un aiuto, alla singola persona e anche alla sua famiglia.

L'assistenza e la cura a domicilio appartengono ad un sistema che riconosce ai cittadini una *responsabilità* personale e collettiva in materia di salute e un *diritto* a restare e a farsi seguire in un ambiente a loro familiare, a condizione che esso sia sostenibile.

<sup>1</sup> Vedi pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio, rapporto complementare, agosto 2002 e sito <http://www.ti.ch/acd>, capitolo "valutazione intermedia".

Nel concretizzare a livello operativo tale orientamento, il mandato principale degli enti preposti all'erogazione di prestazioni nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio è quello di fare in modo che la loro utenza di riferimento sia in grado di fornire la risposta più adeguata ai propri bisogni sociosanitari, sia a titolo individuale che collettivo, in funzione delle proprie potenzialità e ciò con lo scopo di renderla e mantenerla il più indipendente possibile dalle strutture sociosanitarie stazionarie (per brevi o lunghi soggiorni)<sup>2</sup>.

Nel contempo, gli enti erogatori svolgono un'attività d'interesse pubblico. Ciò significa che:

- la loro attività è vicina al bacino d'utenza (principio di prossimità);
- la loro attività è sempre facilmente accessibile a tutti i cittadini (principio di accessibilità);
- l'ente preposto ha l'obbligo di ricevere e trattare ogni domanda in modo equo (principio d'equità), senza possibilità di scelta della sua clientela (come può avvenire nel settore privato).

Il Cantone ha la responsabilità d'integrare la politica di assistenza e cura a domicilio nella politica globale sociosanitaria e di fare in modo che i principi di prossimità, accessibilità ed equità siano rispettati a livello cantonale.

Il mandato dell'assistenza e della cura a domicilio si realizza quindi tramite azioni effettuate sia a livello regionale che a livello cantonale.

Esso si concretizza anche grazie all'intervento di numerose figure sociosanitarie il cui operato converge progressivamente dapprima verso un intervento d'équipe, poi verso un intervento di rete.

Il ruolo centrale dell'assistenza e cura a domicilio nella politica sociosanitaria, il mandato d'interesse pubblico degli enti erogatori e l'intervento di numerosi attori hanno necessitato la definizione di un quadro di riferimento comune ai diversi livelli.

I lavori svolti nell'ambito della sperimentazione hanno permesso di tracciare la prima versione delle linee guida per una **concezione comune di presa a carico** e per le sue modalità di applicazione, passi essenziali per assicurare:

- coerenza nelle azioni.
- qualità delle prestazioni.
- coesione tra gli operatori.

Oltre ai principi di **prossimità**, di **accessibilità** e di **equità** soggiacenti al mandato d'interesse pubblico degli enti erogatori di prestazioni e al mandato più generale del Cantone, il **principio dell'autonomia** costituisce il fondamento di una concezione comune di presa a carico. Esso si traduce nel fatto che le prestazioni di assistenza e cura a domicilio promuovono, mantengono o ristabiliscono lo stato di salute bio-psico-sociale dell'individuo mirando al massimo recupero e al mantenimento dell'autonomia, principio sancito dalla LACD (art.1, sussidiarietà rispetto alle risorse personali)<sup>3</sup>. In tal modo l'assistenza e la cura a domicilio rappresentano una valida alternativa ad eventuali ricoveri "impropri".

---

<sup>2</sup> Tratto da: Autori diversi (2001)/Autore responsabile: N. Mariolini. *Concezione comune di presa a carico - Principi, contenuti, modalità d'applicazione - Linee guida per i SACD*. Bellinzona: DOS/DAS/SSEAS.

Il contenuto, conosciuto da tutti gli enti riconosciuti dalla LACD, è stato esteso anche ai servizi d'appoggio che nel frattempo si sono chinati sulle stesse questioni nell'ambito dei lavori pianificatori.

Il documento è stato realizzato a partire dai risultati dell'esperienza delle équipes della regione pilota del Mendrisiotto e Basso Ceresio che integrano anche i contenuti sviluppati in due moduli formativi sull' "accompagnamento al processo di cambiamento" (P. Gander; A. Nuzzo e F. Pirozzi). Inoltre ci si è ispirati alle pubblicazioni seguenti:

- *Aide et soins à domicile en Suisse romande, Berne et Tessin. Mesure de la charge de travail*, ISP, Lausanne, 1996.
- *Manuel sur la qualité*, Association suisse des services d'aide e soins à domicile, Berne, 8.2000.
- *Politique d'aide et de soins à domicile du Canton de Vaud*, OMSV, Lausanne, 2000.

<sup>3</sup> Questo principio si riferisce pure alle definizioni tratte da *Aide et soins à domicile en Suisse romande, Berne et Tessin. Mesure de la charge de travail*, ISP, 1996, pp.18-19.

Come l'offerta di prestazioni di assistenza e cura a domicilio è sussidiaria rispetto alle risorse personali dell'individuo, così essa lo deve essere anche rispetto alle sue risorse familiari. Il **principio di sussidiarietà**, sancito dalla LACD (art.1, cpv 2), è pure alla base di una concezione comune di presa a carico.

La famiglia e l'entourage del soggetto fragile giocano un ruolo fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi della presa a carico a domicilio.

È opportuno ricordare che questo principio è rispettato realizzando due azioni simultanee. La prima scaturisce dalle competenze dell'unità operativa dell'ente erogatore: l'analisi approfondita delle risorse primarie (famiglia, vicini e conoscenti) rispetto alle loro potenzialità; la seconda scaturisce dalle competenze del Cantone: l'erogazione del sussidio diretto per il mantenimento a domicilio.

### **I BENEFICIARI DELLA LACD<sup>4</sup>**

Secondo la LACD (art. 2) *“le persone singolarmente, o le comunità domestiche per un loro membro, compatibilmente con le risorse esistenti sul territorio, possono beneficiare dell'assistenza e della cura a domicilio ai sensi di questa legge per malattia, infortunio, disabilità, maternità, vecchiaia o difficoltà socio-familiari”*.

In tal senso la legge introduce il criterio di universalità, poiché i diritti che essa sancisce si riferiscono ad una popolazione generale (uguale diritto di accesso, senza alcuna distinzione di età, sesso, condizione sociali o altri fattori discriminanti) che può usufruire di un intervento di breve o lunga durata (assistenza puntuale o continuativa).

Ciò permette d'individuare alcune delle possibili categorie dell'utenza di riferimento della LACD<sup>5</sup>, segnatamente:

- persone anziane dipendenti;
- persone in fin di vita (per esempio: casi terminali che necessitano cure palliative);
- persone affette da malattie degenerative;
- persone con handicap fisici permanenti;
- persone con handicap momentanei (incidenti, dimissione da strutture ospedaliere, ecc.);
- persone con problemi dello stato cognitivo;
- persone con handicap mentali;
- persone che rischiano di perdere la loro autonomia (gradualmente o improvvisamente);
- donne in gravidanza a rischio, donne in fase pre-parto, donne in fase post-parto;
- genitori-bambini: assistenza alla famiglia e all'infanzia;
- famiglie in situazioni di crisi con bisogno d'aiuto per la cura ai bambini o per la cura ad altri membri del nucleo familiare.

### **LE MISURE DELLA LACD**

Le misure contemplate dalla LACD per rispondere ai bisogni dell'utenza di riferimento si compongono:

- *di prestazioni di assistenza e cura a domicilio*, erogate dai Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD) che si impegnano a garantire le prestazioni presso l'abitazione dell'utente;
- *di prestazioni di supporto* erogate dai servizi d'appoggio. Le prestazioni dei servizi di appoggio, pur non essendo eseguite presso l'abitazione dell'utente, favoriscono il mantenimento a domicilio.

È il caso per esempio dei centri diurni, della distribuzione dei pasti a domicilio, del servizio telesoccorso, dei servizi di trasporto, dei servizi di pédicure, dei servizi per ammalati e per alcolisti, dei servizi di sostegno a utenti e famiglie.

---

<sup>4</sup> Vedi nota 2.

<sup>5</sup> Lista non esaustiva e categorie non esclusive.

La LACD prevede una terza misura: l'*aiuto diretto* quale strumento di promozione di un aiuto finanziario individuale che facilita la permanenza a domicilio di persone con un reddito modesto e fortemente dipendenti dalla presenza costante di terze persone.

- *Le prestazioni erogate dai SACD e dai servizi d'appoggio come pure la misura degli aiuti diretti concorrono quindi a raggiungere l'obiettivo comune che si prefigge la **promozione dell'autonomia** dei beneficiari e della loro famiglia, come pure il conseguente **miglioramento del loro benessere e della loro qualità di vita**.*

### 1.3. I CAMBIAMENTI ATTESI<sup>6</sup>

Il nuovo disegno di legge avrà un impatto diretto sull'autonomia, sul benessere e quindi sulla salute dei beneficiari e della loro famiglia.

I nuovi servizi, per i quali è previsto uno sviluppo, sono chiamati a rivedersi, a cambiare la loro offerta, tenendo conto anche dei *nuovi bisogni*. Un altro importante cambiamento per gli utenti è generato dalla necessità di *prestazioni più personalizzate*.

La LACD ha inoltre lo scopo di coordinare i servizi che operano sul territorio. L'utente richiede più tipi d'intervento, più tipi di prestazioni. *Proprio per questo l'intervento deve essere integrato nel rispetto dei bisogni dell'utente*. Gli operatori devono organizzare assieme tutte le prestazioni a beneficio della singola persona, per evitare che essa debba chiedere più volte o debba rispondere alle stesse domande più volte.

I lavori in corso nell'ambito dell'applicazione della legge si orientano quindi verso l'immagine della *singola persona maggiormente coinvolta nel valutare, nel capire e nel definire con gli operatori potenzialità e bisogni, per elaborare assieme ai servizi un progetto d'assistenza e cura*.

### 1.4. OBIETTIVI DEL PROGETTO

L'oggetto principale della valutazione d'impatto comprende le tre misure LACD. Esso è scomposto in tre dimensioni volte a quantificarne gli effetti:

- *la promozione, il mantenimento o il recupero dell'autonomia;*
- *il miglioramento della qualità di vita;*
- *il processo d'intervento.*

La misurazione dell'impatto sul grado di autonomia, per esempio tramite la stima dell'autonomia funzionale, relazionale o cognitiva, traduce la percezione dei beneficiari delle prestazioni LACD rispetto ai vantaggi o agli svantaggi delle nuove modalità d'intervento per la loro salute.

La misurazione dell'impatto per esempio sul sentirsi sicuro, sentirsi autonomo, sentirsi a casa piuttosto che altrove, sul sentirsi seguito dalla famiglia, sul sentirsi valorizzato rispetto alle proprie risorse, traduce la percezione dei beneficiari delle prestazioni LACD rispetto ai vantaggi o agli svantaggi delle nuove modalità d'intervento per la loro qualità di vita.

La misurazione dell'impatto generato dal processo d'intervento sul tipo di contatto o di relazione, sull'effettivo coinvolgimento nella valutazione dei bisogni e nella definizione dell'intervento, sulla personalizzazione quale fattore qualificante dell'intervento traduce la percezione dei beneficiari di prestazioni LACD rispetto all'adeguatezza della prossimità relazionale o operativa del servizio erogatore.

---

<sup>6</sup> Tratto dal sito <http://www.ti.ch/acd>.

La valutazione che si intende realizzare è soprattutto tesa ad acquisire *informazioni* sull'intervento offerto agli utenti LACD. La raccolta d'informazioni sarà strutturata e analizzata anche in un'ottica *pianificatoria*: l'effetto del cambiamento dovrà infatti essere valutato rispetto agli obiettivi della LACD e della pianificazione e rispetto alla loro attuazione operativa.

Il progetto si prefigge quindi:

- di valutare l'efficacia degli interventi indotti dalle misure LACD (prestazioni di assistenza e cura a domicilio, prestazioni di supporto, aiuti diretti) in relazione alla promozione o al mantenimento dell'autonomia e alla qualità di vita che ne deriva;
- di fornire alcune piste per valutare gli indirizzi legali e pianificatori di un mantenimento a domicilio correlato ad una miglior qualità di vita;
- di valutare la sussidiarietà delle misure LACD (valutazione d'impatto in relazione alle risorse personali e familiari);
- di valutare indirettamente anche il mandato degli enti sussidiati LACD.

I risultati attesi dalla valutazione sono:

- la valutazione dell'efficacia delle tre misure in termini di *adeguatezza della risposta al bisogno* dal punto di vista degli utenti e delle loro famiglie;
- l'analisi dell'esperienza 2000-2002 che fornirà alcuni degli elementi valutativi dal punto di vista degli utenti e delle loro famiglie;
- la stima delle probabilità d'impatto delle misure LACD dal punto di vista degli utenti e degli esperti;
- l'indicazione di raccomandazioni ed eventuali correttivi per il periodo 2005-2009.



## 2. METODI DI VALUTAZIONE

La scelta dei metodi di valutazione d'impatto della LACD è stata determinata da molteplici fattori.

Innanzitutto, dagli stessi obiettivi legali e pianificatori valutati, quindi obiettivi di utilità generale, coniugati con il carattere universale della LACD, è scaturita una prima conseguenza: coinvolgere il maggior numero di beneficiari attivi delle tre misure previste dalla LACD, garantendo prioritariamente una buona rappresentatività dell'utenza coinvolta dall'inchiesta.

Inoltre, è stato posto l'accento sul tipo di informazione raccolta: essa avrebbe dovuto permettere di lavorare con categorie di utenti esclusive tra di loro.

A partire da questi due presupposti sono poi stati valutati i metodi di valutazione in funzione del costo che essi avrebbero generato e delle risorse umane che avrebbero attivato.

Sono così stati immaginati tre metodi d'inchiesta tra loro complementari, adottati in modo distinto durante le diverse fasi del progetto e combinati tra loro alla fine dei lavori.

1. *Inchiesta quantitativa-qualitativa tramite un questionario strutturato.*  
Il questionario pone domande di natura qualitativa con un orientamento di analisi quantitativa (stima delle proporzioni, importanza cifrata di alcuni parametri, ecc.).  
Esso, autocompilato dalla popolazione intervistata, formula per la maggior parte domande a risposta chiusa. Tuttavia è stato riservato uno spazio anche all'espressione di pareri aperti.
2. *Inchiesta qualitativa tramite interviste approfondite semi-strutturate (metodo "focus group").*  
Dall'analisi dei dati raccolti tramite il questionario cartaceo strutturato si individuano le "situazioni-tipo" più significative.  
Facendo capo alle "situazioni-tipo" più significative si approfondiscono le risposte alle domande poste nel questionario cartaceo autocompilato, esplorando la questione dei meccanismi e dei processi e arricchendo con informazioni di carattere soggettivo la raccolta dati standardizzata.
3. *Coinvolgimento di un panel di esperti per sperimentare l'uso di una griglia d'inchiesta volta a valutare in modo prospettivo l'impatto sulla salute.* Alle misure LACD, alle loro dimensioni e ai loro determinanti sono assegnati dei punteggi rispetto alla natura dell'impatto previsto (impatto positivo o negativo), alla probabilità e alla durata dell'impatto. Questo metodo dovrebbe sperimentare anche il coinvolgimento degli utenti (tramite le interviste) per una valutazione d'impatto sulla salute.

Ai tre metodi di valutazione sarà possibile abbinare anche analisi puntuali condotte durante due fasi particolari del progetto:

- fase di test del questionario cartaceo strutturato: quest'ultimo è somministrato ad un target ristretto di utenti tramite un'intervista "faccia a faccia";
- fase di permanenza telefonica durante la realizzazione dell'inchiesta: durante questa fase la direzione del progetto offre agli intervistati una consulenza per la compilazione del questionario.

Un'alternativa metodologica consisterebbe nel definire a priori le "situazioni-tipo" più significative. Dopo un'attenta analisi, questa scelta è stata scartata. Essa si fonderebbe infatti su profili e bisogni di presa a carico definiti a partire da raccolte dati sistematiche e standardizzate ancor oggi inesistenti. In mancanza di queste informazioni essenziali la determinazione a priori della "popolazione target" in funzione di "situazioni-tipo" sarebbe arbitraria e non garantirebbe una buona rappresentatività dell'utenza di riferimento.

La "popolazione target" definita in funzione di "situazioni-tipo" non permetterebbe inoltre di lavorare con categorie di utenti esclusive tra di loro. I registri attualmente disponibili non forniscono quindi una base di partenza sufficiente per determinare le "situazioni-tipo" in modo preciso e univoco.

**La prima parte della valutazione, oggetto del presente rapporto, sviluppa la fase di preparazione dell'inchiesta in vista dell'invio del questionario cartaceo strutturato. Essa sarà completata dall'analisi puntuale relativa alla fase di test.**

## **2.1. UNIVERSO DI RIFERIMENTO PER L'INCHIESTA**

La valutazione dell'efficacia degli interventi considera il *livello soggettivo*, ossia quello delle persone implicate nel processo di erogazione dell'intervento: gli "utenti" e le "famiglie".

L'universo di questa valutazione è quindi composta dagli utenti LACD, considerati in funzione del tipo di misura (utente SACD, utente SA, utente AD, utente "misto") e della loro situazione anagrafica (p.e. sesso e età).

Uno degli aspetti innovativi del progetto consiste nell'associare al "gruppo utenti" il "gruppo caregivers"<sup>7</sup>, costituito dalle persone di fiducia. La persona di fiducia rappresenta per l'utente la persona a lui più vicina, sulla quale si appoggia maggiormente. Questa persona di fiducia può essere un familiare, un amico o un vicino che non necessariamente vive sotto lo stesso tetto dell'utente.

Dal profilo metodologico, il poter fare capo ad una coppia intervistata "utente-caregiver" rende più solida la scelta degli strumenti di valutazione.

I risultati che ne derivano, rispetto alla soddisfazione generata dalle misure LACD, si fondano infatti su un *approccio speculare* e, ancor più importante, su una *verifica incrociata*.

Infine va ricordato che la valutazione del cambiamento e dell'impatto necessita di un universo di riferimento composto da utenti "recenti". Il riferimento temporale, *che nel caso specifico ha limitato il coinvolgimento degli utenti attivi durante i primi sei mesi del 2003*, si giustifica dalla recente entrata in vigore della LACD.

Questa scelta si spiega per almeno i motivi seguenti:

- mancanza di pertinenza nel valutare una prestazione erogata molto tempo prima dell'entrata in vigore della LACD poiché nel frattempo la situazione ha certamente subito dei cambiamenti;
- difficoltà nel realizzare una valutazione affidabile rispetto a prestazioni erogate molti anni prima;
- difficoltà nel ritrovare le persone (continuità dei registri, traslochi, tasso di mortalità di alcune sotto-popolazioni, ecc.).

## **2.2. IL PASSAGGIO DALL'UNIVERSO DI RIFERIMENTO ALLA "POPOLAZIONE TARGET"**

Prima della realizzazione dell'inchiesta, la quantificazione dell'universo di riferimento, ossia il numero totale di utenti LACD, era possibile solo attraverso un intervallo che situava i beneficiari delle misure LACD tra un minimo di 10'000 persone ed un massimo di 14'000 persone. La difficoltà della quantificazione risiedeva nel fatto che molti utenti si rivolgono contemporaneamente a più servizi.

A questo proposito, l'inchiesta assume una particolare rilevanza solo per il fatto di fornire una stima relativamente precisa del numero totale di persone interessate dalle misure LACD come pure della loro ripartizione in tipologie di beneficiari, in tipi di servizi utilizzati e in appartenenza geografica.

Per ragioni di carattere organizzativo e finanziario, si è giunti immediatamente alla conclusione che non era opportuno condurre un'inchiesta presso l'intero universo, bensì era necessaria una campionatura rappresentativa del totale dei beneficiari LACD per determinare *la "popolazione target" intervistata*.

---

<sup>7</sup> Il "caregiver" è la persona più importante per l'utente, quella sulla quale deve fare maggior affidamento. Può essere un familiare, un amico o un vicino, purché non retribuito. Non è necessario che conviva con l'utente, quanto lo vada a visitare regolarmente o ne soddisfi i bisogni (Da: RAI-Home Care. VAOR-ADI. *Manuale d'istruzione*, p. 53).

Un campione sufficientemente numeroso e rappresentativo permette infatti la stima quasi precisa dei parametri utili per l'analisi della situazione. La grandezza del campione deve essere tale da poter effettuare analisi regionali e analisi per categoria di servizi utilizzati.

Va ricordato che sono due i campioni dell'inchiesta: il campione di partenza, al quale è spedito il questionario, e quello di arrivo, che invia le risposte considerate nell'analisi dei risultati.

Il tasso di risposta all'inchiesta determina la differenza tra la grandezza dei due campioni. Esso risulta difficile da stimare: da una parte i tassi di risposta sono molto fluttuanti rispetto a ricerche effettuate in Ticino, dall'altra il tipo di popolazione intervistata, malgrado una certa motivazione nel rispondere, lascia pensare ad un tasso di risposta poco elevato a causa del suo stato di salute.

Si stima che il tasso di risposta alla nostra inchiesta potrebbe situarsi tra il 25% e il 40%<sup>8</sup>.

Da qui l'importanza di una "popolazione target" abbastanza numerosa per raggiungere una massa critica di risposte sufficientemente rappresentativa per l'analisi delle "situazioni-tipo".

L'ordine di grandezza della "popolazione target" è stato quindi fissato a 4'000 persone tra utenti e "caregivers", per poter garantire un tasso di risposta corrispondente a circa 1'000-1'600 questionari.

### 2.3. PREPARAZIONE OPERATIVA DELL'INCHIESTA: UNIVERSO DI RIFERIMENTO E POPOLAZIONE TARGET

Le indicazioni metodologiche sviluppate nei capitoli precedenti sono all'origine del lavoro concreto che ha condotto a determinare l'universo di riferimento e la popolazione target.

L'inchiesta in quanto tale si è svolta tra il 15 settembre e il 15 ottobre 2003.

Innanzitutto, vale la pena ricordare che essa coinvolge tutti gli *utenti dell'assistenza e cura a domicilio, attivi durante il primo semestre 2003*.

Sono quindi inseriti nell'universo complessivo sia gli utenti che continuano ad usufruire di prestazioni al momento della compilazione dei questionari sia gli utenti per i quali l'intervento è già terminato. Ciò permette di valutare sia la situazione di utenti "puntuali" sia quella di utenti "regolari".

**L'universo di riferimento dell'inchiesta** è stato creato considerando:

- tutti i beneficiari del sussidio cantonale per il mantenimento di persone anziane e invalide;
- tutti gli utenti dei Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD);
- tutti gli utenti dei Servizi d'appoggio.

La tabella seguente mostra la ripartizione totale dei casi seguiti dall'assistenza e cura a domicilio. Va rilevato che i dati presentati qui sotto includono anche quelle persone contemporaneamente presenti in più categorie di servizi di appartenenza, da noi definite "*utenti multi-servizi*".

Tale fenomeno si spiega dal fatto che le macro-categorie di Servizi non sono esclusive tra di loro.

Servizi / Prestazioni di appartenenza	Numero di casi seguiti
Aiuti diretti	383
SACD	8'265
Servizi d'appoggio	8'678
<i>Totale</i>	<i>17'326</i>

Se gli "utenti multi-servizi" fossero contati una sola volta, il totale effettivo di utenti sarebbe di 15'624 persone.

<sup>8</sup> Per ulteriori dettagli si veda Wernli Boris (2002). *Analisi preliminare*, Viganello.

**La popolazione target** degli intervistati scaturisce da questo universo di riferimento, tenuto conto delle indicazioni seguenti:

- il campione degli utenti conterà circa 2'000 persone<sup>9</sup>;
- saranno inseriti tutti i beneficiari degli aiuti diretti. Il numero complessivo di 383 persone contribuisce così ad una valutazione mirata all'unica misura di sola competenza cantonale;
- vista la grande motivazione di tutti gli enti nel partecipare ai lavori di preparazione dell'inchiesta, si decide di inserire nella popolazione target almeno 10 utenti di ogni singolo ente.

Da qui si è proceduto ad una stratificazione della popolazione complessiva per rendere la popolazione target rappresentativa rispetto alle categorie sesso, età e servizi di provenienza.

La definizione della popolazione è però stata condizionata da tre errori, due dei quali corretti in un secondo tempo:

- ca 300 utenti del settore materno-pediatrico dei SACD non facevano parte degli utenti registrati inizialmente. L'universo di riferimento ha potuto nel frattempo essere corretto;
- per una ragione di tipo tecnico l'utenza del centro diurno OCST non ha potuto essere considerata fin dall'inizio. Anche in questo caso l'universo di riferimento ha potuto essere completato. Il margine d'errore sulla popolazione target è tuttavia marginale poiché tra gli utenti degli altri enti ne sono stati individuati 15 che frequentano anche il centro OCST;
- gli utenti del Centro diurno di Tesserete, il cui mandato era in corso di verifica al momento della preparazione dell'inchiesta, non ha potuto essere inserito né nell'universo di riferimento né nella popolazione target.

---

<sup>9</sup> In realtà, il campione di partenza effettivo al quale è stato spedito il questionario conta 1'961 persone. La differenza si spiega dal fatto che dalle codifiche dei singoli enti sono stati estratti più volte gli stessi utenti multi-servizi.

### 3. LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI DELL'UNIVERSO DI RIFERIMENTO E LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI<sup>10</sup>

Nella prima versione, il progetto di valutazione prevedeva l'organizzazione dell'inchiesta presso gli utenti delle misure LACD ed il loro coinvolgimento diretto, così come la costituzione di una lista di utenti comune a tutte le misure LACD, tramite la raccolta dei registri degli utenti presso i singoli settori (Servizi di assistenza e cura a domicilio, Servizi d'appoggio, Amministrazione cantonale). Si trattava quindi di lavorare con i nominativi, gli indirizzi ed eventualmente un codice d'identificazione personale. Ne era comunque garantita la confidenzialità e l'analisi anonimizzata dei dati.

Il Responsabile cantonale per la protezione dei dati ha verificato la liceità dell'iter prospettato<sup>11</sup>. In sintesi ha ritenuto che la trasmissione dei dati degli utenti, da parte degli enti sussidiati alla direzione del progetto in questione, non risultava del tutto conforme alla Legge cantonale sulla protezione dei dati.

Il Responsabile per la protezione dei dati ha richiesto di utilizzare un supporto informatico che permetta di elaborare i dati, proteggendo l'identità degli utenti dei servizi coinvolti nel progetto. A tal fine, la proposta scaturita suggerisce di utilizzare un supporto informatico che codifichi nome, cognome e data di nascita degli utenti dei servizi in un codice. I servizi, invece di trasmettere alla direzione del progetto i dati personali dei loro utenti (oltre ai dati da aggregare), forniranno solo il codice come identificatore di un utente.

Nel corso del mese di dicembre del 2002 il Responsabile per la protezione dei dati, d'intesa con la Sezione del sostegno a enti e attività sociali del DSS, ha dunque richiesto la consulenza del CSI allo scopo di riprodurre un algoritmo di codifica su MS Excel partendo da un supporto MS Access messo a disposizione dall'Ufficio federale della salute pubblica. La richiesta nasce dal fatto che MS Excel è uno strumento più semplice da utilizzare rispetto a MS Access.

Con l'approvazione del Responsabile per la protezione dei dati, questo supporto è stato perfezionato dal CSI come segue: l'algoritmo è stato internazionalizzato, e per ogni tripletta "nome – cognome - data di nascita" produce un codice indipendente dal linguaggio d'installazione del PC.

***È importante sottolineare il carattere pilota di questa esperienza che, in funzione dell'esito finale, potrà essere d'esempio per altri progetti dell'amministrazione che necessitano dati sensibili.***

#### 3.1. BILANCIO DELL'ESPERIENZA DI CODIFICA

Il materiale necessario, ossia il programma di codifica e il manuale d'utilizzo, è stato messo a disposizione dal Centro dei Sistemi Informativi (CSI) nel corso del mese di aprile 2003. Esso è stato presentato ai rappresentanti degli enti designati nell'ambito del progetto che hanno definito il programma di codifica chiaro e semplice. Sempre agli occhi dei rappresentanti degli enti, il grado di fattibilità per la sua implementazione è sembrato essere molto elevato.

La procedura di trasmissione dei dati si articola attorno a tre diverse tappe.

**La prima tappa** prevede l'inserimento da parte degli enti dei dati personali protetti dei loro utenti attivi, nel caso specifico quelli attivi tra gennaio e giugno 2003, e dei dati che completano, per ragioni statistiche e di stratificazione, il codice utente, ossia il sesso e l'anno di nascita.

---

<sup>10</sup> Estratto da Salvadé Stefano (2003). *DAS - Sezione del sostegno a enti e attività sociali: programma di codifica. Approvato dal Responsabile per la protezione dei dati del Canton Ticino.* CSI, Bellinzona.

<sup>11</sup> Pareri SPD.2002.CA.3 del 9 e del 30 ottobre 2002.

La conversione dei dati personali in un codice è effettuata dal **calcolo automatico** a partire dalla formula già prevista dal programma. La realizzazione di questo lavoro è stata pensata nel modo più semplice possibile. Il programma di codifica è così stato preparato in formato Excel ed è stato accompagnato da un manuale d'utilizzo.

La **seconda tappa** prevede la consegna dei dati alla direzione del progetto. La consegna è effettuata tramite supporto informatico.

La **terza tappa e quelle successive** prevedono, a partire dai codici degli utenti, la determinazione del campione di utenti coinvolto nell'inchiesta e l'invio del materiale.

La direzione del progetto definisce il campione di utenti (popolazione target), i relativi codici ed il servizio di provenienza.

Successivamente sono trasmessi i codici degli utenti del campione (popolazione target) ed il materiale d'inchiesta agli enti di provenienza. Gli enti inviano direttamente ai loro utenti inseriti nel campione il materiale dell'inchiesta.

Il bilancio di quest'esperienza pilota è nel complesso molto positiva. Essa, malgrado celasse rischi e difficoltà soprattutto legati alla mancanza di registrazioni regolari da parte dei servizi dei dati personali dei loro utenti, ha dimostrato la sua utilità e la sua ragione d'essere anche in futuro, riservate alcune migliorie da apportare al programma (lettura e conversioni di alcune date) e alla procedura di ritorno dei codici (automatizzare la corrispondenza codice iniziale-codice campione).

Infine, va rilevato che la fattibilità di una tale procedura è strettamente legata alla partecipazione degli enti ai lavori di codifica. Senza il loro diretto coinvolgimento non sarebbe possibile l'implementazione di questo sistema.

### **3.2. I BENEFICI INDOTTI DALLA CODIFICA**

Realizzare la codifica dei dati personali degli utenti ha condotto tutti gli enti a strutturare e raccogliere al loro interno queste informazioni. Ciò era fonte di preoccupazione soprattutto per quegli enti che non registrano regolarmente i dati.

L'esperienza ha mostrato agli enti altre utilità, indipendenti dalla realizzazione dell'inchiesta. Infatti, alcuni enti, quelli con più antenne, hanno potuto osservare che gli stessi utenti talvolta partecipano alle attività in diverse sedi del Cantone. Questo esempio ha evidenziato che il non disporre nemmeno di questa informazione minima ostacola la comprensione del funzionamento interno e soprattutto impedisce una corretta valutazione della corrispondenza "domanda-offerta".

Gli enti non escludono di utilizzare il sistema di codifica come rilevamento regolare. Se così fosse, sarebbe un'opportunità anche per il Cantone che potrebbe, con pochi dati di natura impersonale, monitorare l'evoluzione dell'utenza dell'assistenza e cura a domicilio rispetto alle caratteristiche anagrafiche e agli interventi "multi-servizi".

È già stato detto più sopra che l'inchiesta assume una particolare rilevanza solo per il fatto di fornire una stima relativamente precisa del numero totale di persone interessate dalle misure LACD come pure della loro ripartizione in tipologie di beneficiari, in tipi di servizi utilizzati e in appartenenza geografica.

In assenza di un sistema informativo integrato e globale, questo beneficio indotto dalla codifica, con lo stesso processo di codifica e con l'approccio speculare "utente-caregiver", rientra tra gli aspetti innovativi legati alla realizzazione del progetto di valutazione.

È infatti la prima volta che si potrà descrivere l'utenza complessiva dell'assistenza e cura a domicilio, intesa come l'utenza dell'insieme delle misure LACD.

Inoltre, l'analisi del fenomeno degli utenti "multi-servizi" fornirà utili spunti rispetto alla collaborazione tra i diversi enti e i diversi settori d'intervento.

## 4. LA MESSA A PUNTO DEL MATERIALE D'INCHIESTA

### 4.1. IL RUOLO DI ESPERTI E SERVIZI EROGATORI

Innanzitutto sono state raccolte le raccomandazioni generali dei servizi erogatori delle prestazioni che compongono il ventaglio dell'offerta dell'assistenza e cura a domicilio per l'impostazione.

A tal fine sono stati organizzati, in modo distinto, degli incontri di consultazione con tutti i Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD), con tutti i Servizi d'Appoggio e con i servizi dell'amministrazione cantonale.

Inoltre, vista l'importanza della partecipazione dei servizi erogatori al progetto, sono stati designati i loro rappresentanti nelle due istanze che li hanno coinvolti direttamente:

- da una parte i “*rappresentanti dei servizi*”, il cui mandato è stato di affiancare la direzione di progetto per l'organizzazione pratica delle tappe di realizzazione. I membri dei “*rappresentanti dei servizi*” hanno quindi operato a livello delle direzioni. Essi hanno avuto un ruolo di collegamento tra l'organizzazione dell'inchiesta e gli stessi servizi;
- dall'altra il “*gruppo esperti*”, il cui mandato è stato di accompagnare i lavori di carattere tecnico-metodologico volti a mettere a punto gli strumenti d'inchiesta e di partecipare alla valutazione d'impatto delle misure LACD sui determinanti della salute.

Il “*gruppo esperti*” ha coinvolto principalmente operatori ed esperti attivi nel settore socio-sanitario. Oltre a competenze specifiche nell'ambito della geriatria, della psichiatria, della salute pubblica, della maternità e dell'infanzia, gli esperti avevano in comune una conoscenza approfondita dell'utenza a domicilio che usufruisce di prestazioni dirette a domicilio (SACD), prestazioni di supporto (servizi d'appoggio) oppure di aiuti diretti (sussidio cantonale) e una padronanza della valutazione multidimensionale dei bisogni dell'utenza (in particolare RAI-Home Care e TI-DOCC).

È importante rilevare che la presenza di esperti esterni agli stessi servizi erogatori ha permesso di concepire strumenti d'inchiesta orientati sui profili dell'utenza e sulle percezioni di quest'ultima piuttosto che sulle esigenze tecniche del progetto o delle esigenze dei servizi erogatori.

In tal senso è stato minimizzato il rischio di autoreferenzialità degli strumenti d'inchiesta.

### 4.2. IL COINVOLGIMENTO DELL'UTENZA

L'utenza è stata direttamente coinvolta nell'elaborazione della versione definitiva del materiale tramite una simulazione dell'inchiesta. La direzione del progetto ha coordinato e gestito questa fase.

Sono state prescelte 10 coppie “*utenti-caregivers*” individuando casi eterogenei tra di loro e sufficientemente rappresentativi dei profili della futura popolazione target. La fase del test, che si è articolata attorno alle attività di contatto, informazione, recapito del materiale e intervista, è durata complessivamente due settimane.

La documentazione messa a punto dagli esperti è stata recapitata ad una decina di utenti e relativi caregivers, nello stesso formato e nella stessa presentazione del futuro invio.

Una sola differenza con la futura inchiesta risiedeva nel fatto che il personale dei servizi di riferimento degli utenti prescelti ha dato un'informazione preliminare cercando il loro consenso.

Gli utenti e i loro caregivers hanno poi avuto 24 ore per leggere il materiale e dare il loro riscontro in un'intervista faccia a faccia con la direzione del progetto e il rappresentante del loro servizio di appartenenza.

Dal test è emerso che la presentazione del materiale era chiara, le informazioni contenute nella lettera di accompagnamento e nel prospetto esplicativo erano sufficienti.

Gli utenti hanno inoltre apprezzato l'iniziativa di creare una linea telefonica dedicata unicamente all'inchiesta. A loro avviso l'offerta di consulenza alla compilazione del questionario e l'esistenza di una permanenza telefonica erano indispensabili per il buon esito della valutazione.

Per quanto concerne gli items e la struttura del questionario, sono state individuate alcune perplessità rispetto alla colonna "non concerne" e ad alcuni sforzi quantitativi richiesti a chi riempiva il questionario.

L'intervista faccia a faccia ha inoltre permesso di modificare alcuni termini rendendo il questionario ancora più accessibile.

La questione più ricorrente ha toccato il senso e la formulazione delle domande riassuntive sulla qualità di vita. Invece, nessuna osservazione particolare è stata espressa rispetto alle sotto-categorie che compongono la valutazione complessiva sulla qualità di vita. Ciò ha orientato gli esperti che in un'ultima analisi hanno deciso di non modificare l'item concernente la dimensione della qualità.

Già durante il test del materiale è emerso che il solo questionario veicola informazioni ai destinatari dell'inchiesta: in alcuni casi gli utenti hanno "scoperto" l'esistenza di altri servizi o altre prestazioni. Questo fenomeno sarà analizzato nella seconda parte del presente rapporto, rispetto ai benefici indotti dall'inchiesta.

### **4.3. LE CARATTERISTICHE DEL MATERIALE D'INCHIESTA**

Il carattere universale della LACD, la trasversalità delle misure LACD nella popolazione generale, i profili bio-psico-sociali dell'utenza e la multidimensionalità dei bisogni e degli interventi hanno orientato la concezione del materiale.

Durante tutto il percorso di messa a punto degli strumenti la complessità contenutistica ed organizzativa ha dovuto essere coniugata con la semplicità della modulistica.

L'accento è stato quindi messo in egual misura sia sull'aspetto metodologico del materiale d'inchiesta (corrispondenza tra items e oggetto della valutazione, struttura del questionario, indicazioni per la compilazione, costruzione di indicatori di soddisfazione e di qualità, ecc.) sia sulla sua presentazione (formulazione delle domande, presentazione grafica, ecc.).

Queste premesse, combinate con un lavoro rigoroso di metodo che ha poggato sul contributo di tutti gli attori interessati (utenza, servizi erogatori, esperti), hanno condotto all'elaborazione dei questionari e del prospetto esplicativo utilizzati poi nell'inchiesta (allegati 1 e 2).

L'obiettivo di semplicità spiega anche la scelta delle scale di valutazione della soddisfazione e della qualità di vita. Da una prima proposta che prevedeva una scala di valutazione di 10 punti, si è passati a una seconda variante che prevedeva una scala ridotta a 5 punti.

Dopo un'attenta analisi della fattibilità presso l'utenza, gli esperti si sono orientati verso la versione allegata che prevede una scelta di sole tre risposte accompagnate da un'illustrazione che facilita la comprensione al momento della compilazione.

Le conseguenze statistiche di tale scelta, soprattutto rispetto ai soli tre tipi di risposta e all'eventuale bias indotto dalla risposta verso il centro (così-così), saranno affrontate e spiegate nella seconda parte del presente rapporto, di prossima pubblicazione, nella quale verranno illustrati i lavori della fase di realizzazione dell'inchiesta: il processo di accompagnamento dell'inchiesta (consulenza alla compilazione), gli aspetti organizzativi dell'inchiesta, la presentazione dei risultati, le raccomandazioni per l'implementazione dei sistemi di qualità che prevedono la valutazione della soddisfazione degli utenti.



## 5. L'UTENZA DELL'ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO: UNA PRIMA FOTOGRAFIA

Va sottolineato che con la scelta adottata è oggi possibile, per la prima volta, descrivere e analizzare la distribuzione degli utenti rispetto alle tre misure dell'assistenza e cura a domicilio: gli aiuti diretti, i SACD e i Servizi d'appoggio. Questa informazione è interessante per i diversi livelli:

- per il Cantone può essere utile conoscere questa distribuzione per approfondire aspetti fondamentali quali il principio di equità e di accessibilità dei servizi;
- per i Comuni questa fotografia può essere importante per meglio visualizzare la ripartizione territoriale dell'utenza, rivolgendo un'attenzione particolare alla copertura del bisogno all'interno dei singoli comprensori;
- per i servizi sul territorio è invece l'occasione per approfondire la questione del flusso inter-servizi e inter-settori, uno dei molti indicatori di una presa a carico globale in seno alla rete sociosanitaria.

Va inoltre detto che la ricerca effettuata si inserisce in un set di ricerche innovative sia per il numeroso campione ritenuto dall'inchiesta sia per l'iter adottato nel processo di messa a punto degli strumenti d'inchiesta.

Ha sicuramente giovato alla ricerca il fatto che il gruppo di progetto e la sua direzione disponevano di una conoscenza molto approfondita del settore, dell'utenza e degli operatori, senza dimenticare l'esperienza nei metodi d'inchiesta e di comunicazione.

### 5.1. DAI DATI CODIFICATI ALLA DESCRIZIONE DELL'UTENZA COMPLESSIVA

Il passaggio dai dati codificati alla loro analisi si fonda su un lavoro tecnico rigoroso di raccolta dei dati, di controlli incrociati e di aggregazione dei numerosi registri elaborati dagli enti coinvolti nella preparazione dell'inchiesta. Questi ultimi hanno infatti creato i registri dei loro utenti attivi dal 1° gennaio al 30 giugno 2003. Tutti i registri sono poi stati raccolti in modo centralizzato dal ricercatore. Ne è seguita una fase di verifica dei dati, procedendo a controlli incrociati. I registri dei dati codificati sono poi stati aggregati in un unico elenco.

L'aggregazione dei registri qualifica in modo particolare il nostro studio poiché per la prima volta permette di costituire un'unica base d'informazione concernente l'utenza complessiva dell'assistenza e cura a domicilio. Essa permette inoltre di distinguere i casi seguiti, conteggiati in doppio nelle singole categorie di servizi non esclusive tra di loro (aiuti diretti, SACD, Servizi d'appoggio) dal totale effettivo di persone, il numero di utenti, che fa capo all'assistenza e cura a domicilio, beneficiando di una o più misure.

Come lo mostra la tabella 5.1.A, i casi seguiti sono 17'326, mentre gli utenti effettivi 15'624. I casi dell' "utenza multi-servizi" sono invece 3'168, rappresentati da 1'466 persone.

**Tabella 5.1.A: la ripartizione dell'utenza in seno alle tre macro-categorie di servizi**

	<b>Numero casi seguiti</b>	<b>% rispetto ai casi seguiti</b>	<b>% rispetto agli utenti effettivi</b>
<b>Aiuti diretti</b>	383	2.2%	2.5%
<b>SACD</b>	8'265	47.7%	52.9%
<b>Servizi d'appoggio</b>	8'678	50.1%	55.5%
<i>Totale dei casi seguiti</i>	<i>17'326</i>	<i>100%</i>	<i>110.9%</i>
<i>Totale degli utenti effettivi</i>	<i>15'624</i>		
<i>Casi Utenza multi-servizi</i>	<i>3'168</i>		

Per "utenza multi-servizi" si intende l'insieme degli utenti che fanno capo contemporaneamente sia agli aiuti diretti, sia ai SACD, sia alle singole famiglie dei servizi d'appoggio. Se una persona ricorre, per esempio, al servizio di telesoccorso e ai pasti a domicilio è un utente multi-servizio, poiché lo stesso utente è stato rilevato da due servizi distinti, il cui dettaglio è illustrato nella tabella qui sotto. In modo analogo, una persona che ricorre alle prestazioni di un SACD e ai pasti a domicilio è un utente multi-servizio.

I casi seguiti dagli aiuti diretti rappresentano il 2.2% del totale dei casi, rispettivamente il 2.5% degli utenti effettivi. I SACD servono il 47.7% dei casi seguiti, rispettivamente il 52.9% degli utenti effettivi. I servizi d'appoggio coprono invece il fabbisogno del 50.1% dei casi seguiti, rispettivamente il 55.5% degli utenti effettivi.

Da questi dati emerge quanto siano importanti gli interventi sia dei SACD sia dei Servizi d'appoggio che rispettivamente prendono a carico la metà dell'utenza complessiva.

Lo sforzo del Cantone nell'erogare il contributo per favorire il mantenimento a domicilio di persone anziane e invalide, la cui autonomia è gravemente ridotta, si concentra su 383 persone.

**Tabella 5.1.B: la ripartizione dell'utenza rispetto a gruppi di "famiglie" di servizi**

	<b>Numero casi seguiti</b>	<b>% rispetto ai casi seguiti</b>	<b>% rispetto agli utenti effettivi</b>
<b>Aiuti diretti</b>	<b>383</b>	<b>2.2%</b>	<b>2.5%</b>
<b>SACD</b>	<b>8'265</b>	<b>47.7%</b>	<b>52.9%</b>
Mendrisiotto	2'035	11.7%	13.0%
SCuDo	1'923	11.1%	12.3%
MAGGIO	786	4.5%	5.0%
ALVAD	1'283	7.4%	8.2%
AVAD	101	0.6%	0.6%
ABAD	1'160	6.7%	7.4%
Tre Valli	977	5.6%	6.3%
<b>Servizi d'appoggio</b>	<b>8'678</b>	<b>50.1%</b>	<b>55.5%</b>
Servizi trasporto	1'272	7.3%	8.1%
Servizio Carozzelle	428	2.5%	2.7%
Servizio Telesoccorso	875	5.1%	5.6%
Servizio Pédicure	1'018	5.9%	6.5%
Servizio pasti a domicilio	1'900	11.0%	12.2%
Centri diurni	1'932	11.2%	12.4%
Servizi per ammalati	90	0.5%	0.6%
Servizi di sostegno all'utente e alle famiglie	393	2.3%	2.5%
Servizi per alcolisti	770	4.4%	4.9%
<b>Totale dei casi seguiti</b>	<b>17'326</b>		
<i>Totale degli utenti effettivi</i>	<i>15'624</i>		

La tabella 5.1.B mostra che il 27.3% del totale dei casi è seguito dai SACD del Sottoceneri, il 20.3% dai SACD del Sopraceneri, mentre l'11% riceve pasti a domicilio e un altro 11% frequenta regolarmente i Centri diurni.

Dopo aver conteggiato gli utenti multi-servizi, si constata che il 30.3% del totale degli utenti effettivi è preso a carico dai SACD del Sottoceneri, il 22.5% dai SACD del Sopraceneri, mentre il 12.2% riceve pasti a domicilio e un altro 12.4% frequenta i Centri diurni.

Interessante rilevare che da questa prima analisi di dettaglio, oltre ad un bisogno di ricorrere ai SACD e alle loro prestazioni di economia domestica, cure di base e cure infermieristiche, gli utenti dell'assistenza e cura a domicilio puntano molto sulla loro integrazione nella vita sociale, frequentando i Centri diurni la cui finalità è essenzialmente l'offerta di prestazioni di socializzazione. Si nota inoltre che i pasti a domicilio rappresentano un servizio molto importante per coloro che scelgono di rimanere a casa propria.

Tra le prestazioni di supporto maggiormente richieste figurano pure i trasporti e la pedicure, all'origine della promozione della mobilità degli utenti e quindi della loro autonomia.

I servizi per ammalati seguono 90 casi che corrispondono allo 0.6% degli utenti effettivi. All'apparenza sembrerebbe una parte irrilevante rispetto all'utenza complessiva, tuttavia lo studio "Servizi d'appoggio LACD. Prestazioni e mandati"<sup>12</sup> ha già messo in evidenza quanto questi utenti siano i maggiori consumatori di risorse.

## 5.2. LA DESCRIZIONE DELL'UTENZA PER SESSO, ETÀ E MACRO-CATEGORIE DI PRESTAZIONI

**Tabella 5.2.A: la descrizione anagrafica dell'utenza in seno alle tre "macro-categorie" di servizi**

	% donne	% uomini	% 0-3 anni	% 4-18 anni	% 19-64 anni	% 65+ anni
<b>Aiuti diretti</b>	63.0%	37.0%	0.0%	0.0%	29.5%	70.5%
<b>SACD</b>	65.2%	34.8%	26.6%	0.1%	13.9%	59.4%
<b>Servizi d'appoggio</b>	64.9%	35.1%	0.1%	2.4%	19.8%	77.8%
% rispetto utenti effettivi	65.8%	34.2%	14.1%	1.2%	17.4%	67.2%
% rispetto utenti donne			11.2%	0.7%	14.4%	73.7%
% rispetto utenti uomini			19.7%	2.2%	23.3%	54.8%

L'utenza dell'assistenza e cura a domicilio è donna. L'utenza femminile rappresenta infatti il 65.8% degli utenti effettivi e il 73.7% degli ultra65enni.

L'utenza dell'assistenza e cura a domicilio è anche anziana. Gli ultra65enni rappresentano infatti il 67.2% degli utenti effettivi.

La tabella 5.2.A mostra che la ripartizione tra i sessi è pressoché la stessa nelle tre categorie di servizi.

Per quanto riguarda l'età, si nota che l'utenza dei SACD è relativamente più giovane, a causa del loro mandato di consulenza "genitore-bambino": il 26.6% dell'utenza dei SACD è infatti rappresentata dalla fascia 0-3 anni, mentre il 13.9% della stessa utenza ricopre la fascia 19-64 anni. Gli utenti degli aiuti diretti e dei Servizi d'appoggio si ridistribuiscono quasi esclusivamente tra le fasce 19-64 anni (29.5% per gli aiuti diretti; 19.8% per i Servizi d'appoggio) e di ultra65enni (70.5% per gli aiuti diretti; 77.8% per i Servizi d'appoggio).

Sempre per il fattore "sesso", l'analisi di dettaglio della tabella 5.2.B indica per i SACD le stesse tendenze, ad eccezione per il SACD della Regione Tre Valli che presenta una ripartizione "atipica" della sua utenza rispetto agli altri SACD: 52% sono donne; 48% sono uomini.

Tra le famiglie dei Servizi d'appoggio, le tendenze "atipiche" si trovano invece nei servizi per ammalati (47.8% donne; 52.2% uomini), nei servizi di sostegno all'utente e alle famiglie (53.2% donne; 46.8% uomini), nei servizi per alcolisti (26.4% donne; 73.6% uomini).

L'analisi di dettaglio della ripartizione dell'età ricalca in buona parte quanto già osservato per le macro-categorie.

<sup>12</sup> Mariolini Nicoletta (2001). *Servizi d'appoggio. Prestazioni e mandati*. DOS/DAS/SSEAS, Bellinzona.

Per i SACD è utile osservare una redistribuzione diversa da ente a ente rispetto alla fascia d'età 0-3 anni: le percentuali di riferimento si situano tra un minimo di 14.1% nel SACD della Regione Tre Valli ad un massimo di 39.7% per MAGGIO<sup>13</sup>. La fascia 19-64 anni dell'utenza dei SACD conosce invece un massimo di 21.8% all'AVAD e un minimo di 10.4% alla Regione Tre Valli. La popolazione ultra65enne è la più importante tra l'utenza dei SACD: essa supera il 50% in sei dei sette SACD.

Tra le famiglie dei Servizi d'appoggio solo i servizi di sostegno all'utente e alle famiglie e i servizi per alcolisti concentrano i loro sforzi più importanti nell'intervenire presso le fasce d'età sotto i 65 anni. Tuttavia, i primi ripartiscono i loro interventi tra la fascia 4-18 anni (28.3%) e quella 19-64anni (49.5%), mentre l'utenza dei secondi è rappresentata per il 92.3% dalla fascia 19-64 anni.

**Tabella 5.2.B: la descrizione anagrafica dell'utenza per gruppi di "famiglie" di servizi**

	% donne	% uomini	% 0-3 anni	% 4-18 anni	% 19-64 anni	% 65+ anni
<b>Aiuti diretti</b>	<b>63.0%</b>	<b>37.0%</b>	<b>0.0%</b>	<b>0.0%</b>	<b>29.5%</b>	<b>70.5%</b>
<b>SACD</b>	<b>65.2%</b>	<b>34.8%</b>	<b>26.6%</b>	<b>0.1%</b>	<b>13.9%</b>	<b>59.4%</b>
Mendrisiotto	69.0%	31.0%	19.3%	0.1%	17.0%	63.6%
SCuDo	68.5%	31.5%	26.8%	0.0%	14.9%	58.3%
MAGGIO	64.8%	35.2%	39.7%	0.3%	11.0%	49.0%
ALVAD	64.7%	35.3%	34.5%	0.2%	11.2%	54.1%
AVAD	66.3%	33.7%	0.0% <sup>14</sup>	1.0%	21.8%	77.2%
ABAD	65.1%	34.9%	34.2%	0.3%	13.8%	51.7%
Tre Valli	52.0%	48.0%	14.1%	0.1%	10.4%	75.3%
<b>Servizi d'appoggio</b>	<b>64.9%</b>	<b>35.1%</b>	<b>0.1%</b>	<b>2.4%</b>	<b>19.8%</b>	<b>77.8%</b>
Servizi trasporto	60.0%	40.0%	0.5%	7.2%	25.6%	66.7%
Servizio Carozzelle	65.7%	34.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Servizio Telesoccorso	84.9%	15.1%	0.0%	0.0%	5.4%	94.6%
Servizio Pédicure	82.6%	17.4%	0.0%	0.0%	2.3%	97.7%
Servizio pasti a domicilio	63.2%	36.8%	0.0%	0.0%	8.3%	91.7%
Centri diurni	69.7%	30.3%	0.0%	0.1%	12.1%	87.8%
Servizi per ammalati	47.8%	52.2%	0.0%	0.0%	24.4%	75.6%
Servizi di sostegno all'utente e alle famiglie	53.2%	46.8%	1.3%	28.3%	49.5%	20.9%
Servizi per alcolisti	26.4%	73.6%	0.0%	0.0%	92.3%	7.7%
<i>% rispetto utenti effettivi</i>	<i>65.8%</i>	<i>34.2%</i>	<i>14.1%</i>	<i>1.2%</i>	<i>17.4%</i>	<i>67.2%</i>

<sup>13</sup> L'utenza del comprensorio AVAD è seguita dal servizio dell'ALVAD.

<sup>14</sup> Idem.

### 5.3. DISTRIBUZIONE DELL'UTENZA ED INTERVENTI O PRESTAZIONI MULTIPLE

**Tabella 5.3.A: caratteristiche dell'intervento rispetto alla macro-categorie di servizi**

	Intervento unico	Intervento di due servizi/prestazioni	Intervento di tre o più servizi/prestazioni <sup>15</sup>
<b>Aiuti diretti</b>	66.3%	23.0%	10.7%
<b>SACD</b>	85.5%	12.3%	2.2%
<b>Servizi d'appoggio</b>	84.9%	12.6%	2.4%
% rispetto utenti effettivi	90.4%	8.3%	1.3%
% rispetto utenti donne	91.4%	7.6%	1.0%
% rispetto utenti uomini	88.6%	9.5%	1.9%

Come ricordato più sopra, i casi seguiti di "utenza multi-servizi" sono 3'168. Essi riguardano 1'466 persone.

La Tabella 5.3.A mostra che i beneficiari di aiuti diretti sono pure i maggior utenti multi-servizi: se il 66.3% rappresenta la categoria di utenti che percepiscono unicamente il sussidio per il mantenimento a domicilio, il 23% usufruisce anche di un altro intervento, mentre il 10.7% fa capo a tre o più servizi o prestazioni. L'utenza dei SACD e dei Servizi d'appoggio presenta un'altra tendenza: essa si concentra infatti in modo prevalente tra coloro che usufruiscono di un solo servizio.

L'analisi di dettaglio che emerge dalla tabella 5.3.B presenta una situazione caratterizzata da un tasso elevato di interventi unici. Questi risultati conducono alla necessità di approfondire la questione del flusso inter-servizi e inter-settoriale, tra i più importanti indicatori di una presa a carico globale in seno alla rete socio-sanitaria.

**Tabella 5.3.B: caratteristiche dell'intervento per gruppi di "famiglie" di servizi**

	Intervento unico	Intervento di due servizi/prestazioni	Intervento di tre o più servizi/prestazioni
<b>Aiuti diretti</b>	<b>66.3%</b>	<b>23.0%</b>	<b>10.7%</b>
<b>SACD</b>	<b>85.5%</b>	<b>12.3%</b>	<b>2.2%</b>
Mendrisiotto	92.5%	7.3%	0.2%
SCuDo	91.2%	8.3%	0.5%
MAGGIO	84.3%	14.0%	1.7%
ALVAD	72.1%	22.0%	5.9%
AVAD	80.2%	14.9%	5.0%
ABAD	84.0%	12.5%	3.5%
Tre Valli	57.2%	33.8%	9.0%
<b>Servizi d'appoggio</b>	<b>84.9%</b>	<b>12.6%</b>	<b>2.4%</b>
Servizi trasporto	76.7%	16.8%	6.5%
Servizio Carozzelle	64.7%	26.6%	8.6%

<sup>15</sup> Per una questione di semplicità, e anche di rappresentatività, l'intervento di "tre o più servizi/prestazioni" racchiude tutte le possibili combinazioni dell'erogazione di tre o più servizi/prestazioni, intesi in questo caso come il ventaglio completo delle prestazioni nel loro insieme, comprese le singole famiglie dei Servizi d'appoggio.

**Tabella 5.3.B: caratteristiche dell'intervento per gruppi di "famiglie" di servizi (continua)**

	<b>Intervento unico</b>	<b>Intervento di due servizi/prestazioni</b>	<b>Intervento di tre o più servizi/prestazioni</b>
Servizio Telesoccorso	70.1%	22.2%	7.8%
Servizio Pédicure	89.0%	9.9%	1.1%
Servizio pasti a domicilio	75.0%	21.0%	4.0%
Centri diurni	89.2%	8.5%	2.3%
Servizi per ammalati	66.7%	24.4%	8.9%
Servizi di sostegno all'utente e alle famiglie	72.3%	18.1%	9.7%
Servizi per alcolisti	98.1%	1.7%	0.3%
<i>% rispetto utenti effettivi</i>	<i>90.4%</i>	<i>8.3%</i>	<i>1.3%</i>

#### **5.4. ANALISI DELLE DEVIAZIONI PIÙ IMPORTANTI**

Nei capitoli precedenti è stata presentata la distribuzione dell'utenza dell'assistenza e cura a domicilio secondo le variabili del sesso, dell'età e del tipo d'intervento. Si constata che queste distribuzioni talvolta variano in modo importante tra macro-categorie e tra famiglie di servizi.

Tali variazioni si esprimono in termini di deviazione della distribuzione dell'utenza di una singola categoria o famiglia di servizi rispetto a quella dell'utenza complessiva.

Dalla tabella 5.2.B scaturisce un esempio che parla da sé: il 74% degli utenti dei servizi per alcolisti sono uomini, mentre l'utenza maschile rappresenta solo un terzo dell'utenza complessiva. Gli uomini sono quindi sovra-rappresentati in seno ai servizi per alcolisti. In modo speculare, le donne sono sotto-rappresentate (26% rispetto al 66% dell'utenza complessiva).

Nei prossimi paragrafi sono presentate le deviazioni positive più importanti, ossia le sovra-rappresentazioni, osservate nelle tabelle 5.2 e 5.3.

#### **Le deviazioni secondo la variabile del sesso**

Se confrontate le tre macro-categorie di servizi, non si osservano grandi differenze tra le deviazioni dell'utenza femminile o dell'utenza maschile rispetto alla distribuzione dell'utenza complessiva. Emergono invece alcune deviazioni se si approfondisce l'analisi.

Si constata infatti che gli uomini sono fortemente sovra-rappresentati tra l'utenza dei servizi per alcolisti (74% rispetto al 34% dell'utenza complessiva), dei servizi per ammalati (52%), dei servizi di sostegno all'utente e alle famiglie (47%).

Ancora più in dettaglio (cfr. allegato 5.2) si nota inoltre che gli uomini sono sovra-rappresentati nel centro per persone audiolese e presso la Casa dei ciechi.

Le donne sono invece sovra-rappresentate in seno all'utenza dei servizi di pédicure e di telesoccorso (83% rispettivamente 85% per la media generale del 66%).

## Le deviazioni secondo la variabile dell'età

Per quanto riguarda le deviazioni generate dall'età, i bambini di 0-3 anni sono sovra-rappresentati (27%, rispetto a 14% dell'utenza) presso i SACD, mentre questa categoria di utenti non concerne quasi per niente gli aiuti diretti o i servizi d'appoggio.

La fascia d'età 4-18 anni attiva per la maggior parte i servizi d'appoggio, in particolare i servizi di sostegno all'utente e alle famiglie (28% degli utenti di questa categoria rispetto all'1% in seno all'utenza totale) e i servizi trasporto (7%).

Gli adulti 19-64 anni costituiscono il 30% dell'utenza degli aiuti diretti rispetto al peso di questa fascia d'età in seno all'utenza complessiva (17%). I 19-64 anni si concentrano anche in alcuni servizi d'appoggio. I servizi per alcolisti vedono infatti concentrarsi in questa fascia d'età il 92% dei loro utenti, i servizi di sostegno all'utente e alle famiglie il 50%, i servizi di trasporto il 26% e i servizi per ammalati il 24%.

Gli ultra65enni, che rappresentano il 67% del totale dei beneficiari della LACD, sono sovra-rappresentati tra gli utenti dei servizi d'appoggio, soprattutto per la fornitura di carrozzelle (100%), per la pédicure (98%), il telesoccorso (95%), i pasti a domicilio (92%), i centri diurni (88%) e, in minor misura, i servizi per ammalati (76%).

## Le deviazioni secondo il tipo d'intervento

Gli interventi multipli riguardano soprattutto i beneficiari di aiuti diretti e di certe famiglie di servizi d'appoggio, come la fornitura di carrozzelle, il telesoccorso, i servizi per ammalati, i pasti a domicilio, i servizi di sostegno all'utente e alle famiglie e i servizi di trasporto.

In sintesi, si possono riassumere le deviazioni più importanti come segue:

**Tabella 5.4.A: Sintesi delle deviazioni più importanti**

	<b>Tipo di sovra-rappresentazione</b>	<b>Servizi in ordine di importanza</b>
<b>Sesso</b>	Donne	Servizi di pédicure e di telesoccorso
	Uomini	Servizi per alcolisti e per ammalati Servizi di sostegno all'utente e alle famiglie Centro per persone audiolese; casa dei ciechi
<b>Età</b>	0-3 anni	SACD
	4-18 anni	Sostegno all'utente e alle famiglie; servizi di trasporto
	19-64 anni	Aiuti diretti; servizi per alcolisti; sostegno all'utente e alle famiglie; servizi di trasporto e servizi per ammalati
	65+	Fornitura di carrozzelle; pédicure; telesoccorso; pasti a domicilio; centri diurni; servizi per ammalati
<b>Intervento</b>	Intervento multiplo	Aiuti diretti; fornitura di carrozzelle; telesoccorso; pasti a domicilio; sostegno all'utente e alle famiglie e servizi di trasporto

## **5.5. MODELLI ESPLICATIVI DEL TIPO D'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI**

Questo ultimo capitolo è un tentativo di spiegare in maniera sintetica, a partire dalle variabili sesso e età, il tipo di accesso alle misure della LACD e alle loro prestazioni.

L'approccio proposto si fonda su modelli esplicativi multivariati, utilizzando lo strumento della regressione logistica multivariata di una variabile dipendente che ha ogni volta due posizioni (p.e. 1=accesso alla prestazione; 0=non accesso alla prestazione).

Con i modelli utilizzati si intende innanzitutto determinare quali sono i determinanti che conducono a far capo ad interventi misti piuttosto che ad interventi unici (p.e. in questo caso 1=interventi misti; 0=intervento unico).

Inoltre, si intende concentrare l'attenzione sull'accesso alle diverse misure della LACD, cercando di spiegare come si combinano i diversi interventi rispetto alla misura analizzata tra gli aiuti diretti, i SACD o i servizi d'appoggio.

Nei modelli utilizzati, le variabili esplicative sono sempre le stesse, ossia il sesso e l'età. La strategia adottata per l'analisi permette di differenziare l'effetto dell'età nella popolazione femminile rispettivamente maschile, partendo dal postulato che l'effetto non è identico per i due sessi.

Il vantaggio di tali modelli multivariati e di poter verificare l'impatto di una variabile indipendente (sesso o età) sulla variabile dipendente (accesso alle prestazioni), a prescindere da altre variabili indipendenti.

### **La probabilità di beneficiare di interventi multipli**

È necessario precisare i fattori esplicativi utilizzati dal modello spiegano solo una piccola parte della variazione della nostra variabile dipendente (1=accesso interventi multipli; 0=non accesso a interventi multipli).

Il modello permette tuttavia di mettere in evidenza che l'appartenenza alla popolazione maschile aumenta del 68% la probabilità di beneficiare di interventi multipli. Inoltre, si constata che per i due sessi, l'età aumenta solo di poco la probabilità di essere utente multi-servizi, e ciò nella stessa proporzione sia per le donne che per gli uomini.

Se non si tenesse conto del sesso, si osserverebbe che gli uomini sarebbero sovra-rappresentati nella categoria di utenti multi-servizi, ma solo di un terzo. Questo forte effetto della variabile sesso, sotto il controllo dell'età, è dovuto essenzialmente al fatto che l'età media dei beneficiari di interventi multipli è nettamente più elevata di quella delle persone che fanno capo ad un solo servizio. Inoltre, tra i beneficiari di interventi multipli le donne sono più anziane. Ciò spiega l'effetto nettamente più importante della variabile sesso se considerata anche l'età.

### **La probabilità di ricevere un aiuto diretto**

I risultati del modello mostrano che, a parità di condizioni, gli uomini hanno una probabilità relativa doppia di ricevere un aiuto diretto.

L'età aumenta di molto poco questa probabilità, e ciò un po' di più per la popolazione femminile. Tuttavia questi fattori spiegano solo molto parzialmente il fatto di ricevere un aiuto diretto: il modello spiega solo 70/100 della varianza della variabile dipendente (ricevere un aiuto diretto) a partire da un numero ristretto di casi (383 casi su 15'624 persone).

L'analisi bivariata mostra infatti che gli uomini ricevono più frequentemente un aiuto diretto, ma comunque non due volte più sovente (il 2.7% degli uomini ricevono un aiuto diretto rispetto al 2.4% delle donne).

Si osserva anche che le persone che percepiscono il sussidio per il mantenimento a domicilio sono più anziane, con un conseguente effetto più importante della variabile età.



La spiegazione del forte effetto "uomo" in seno ai beneficiari dell'aiuto diretto sta nel fatto che gli utenti uomini sono nettamente più giovani delle utenti donne (in media 62 anni per gli uomini e 75 anni per le donne).

Il fatto che l'età aumenta la probabilità di ricevere l'aiuto diretto e che gli uomini, malgrado siano più giovani delle donne, ricevono più spesso un aiuto diretto spiegano l'importante aumento dell'effetto della variabile sesso.

### **La probabilità di far capo alle prestazioni dei SACD**

I risultati statistici globali di questo modello sono migliori di quelli precedenti: essi spiegano infatti il 10% della varianza.

In questo caso essere uomo diminuisce di circa la metà la probabilità di utilizzare una prestazione dei SACD. In modo speculare, il fatto di essere donna la raddoppia. Si constata che le donne utilizzano leggermente più spesso i SACD rispetto agli uomini (51.4% rispettivamente 47.9%).

Gli utenti dei SACD sono nettamente più giovani rispetto all'utenza complessiva (età media 57 anni rispettivamente 71 per gli altri utenti).

Gli utenti uomini sono nettamente più giovani delle donne. Inoltre il modello di regressione logistica mostra che, a età uguale, il fatto di essere una donna aumenta la probabilità di accesso ai SACD.

### **La probabilità di far capo ai servizi d'appoggio**

Anche in questo caso il modello è più solido dei primi: esso spiega infatti il 14% della varianza. Si constata che, ceteris paribus, gli uomini utilizzano i servizi d'appoggio quasi due volte più sovente delle donne.

L'età aumenta la probabilità di accesso ai servizi d'appoggio e ciò in modo leggermente più importante per le donne.

Rispetto alle donne, gli uomini utilizzano poco più sovente i servizi d'appoggio, ma la differenza è limitata (55.8% degli uomini sono utenti dei servizi d'appoggio rispetto al 53% per le donne).

Si constata anche che l'età media dell'utenza dei servizi d'appoggio (72 anni) è nettamente più elevata dell'età media dell'utenza di altri servizi (55 anni). Tuttavia, si nota che rispetto all'utenza complessiva quella dei servizi d'appoggio presenta una popolazione femminile nettamente più anziana degli uomini (76 anni rispetto a 66 anni) ciò che spiega l'importante effetto della variabile sesso.

## 6. CONCLUSIONI

In conclusione, i risultati più importanti emersi da questa prima parte dello studio possono essere riassunti come segue:

- I casi seguiti dall'insieme delle misure previste dal dispositivo dall'assistenza e cura a domicilio (aiuti diretti, SACD e servizi d'appoggio) sono complessivamente 17'326, per una popolazione totale di 15'624 persone.  
Le tre misure coprono quindi il 5% della popolazione ticinese<sup>16</sup>, rispettivamente il 28.5% della popolazione anziana.  
Rispetto ai casi seguiti delle singole misure, il tasso di copertura degli aiuti diretti corrisponde a 1.2‰ della popolazione generale, rispettivamente il 7‰ della popolazione anziana.  
I SACD coprono il 2.6% della popolazione generale, rispettivamente il 15.1% della popolazione anziana.  
I Servizi d'appoggio coprono il 2.7% della popolazione generale, rispettivamente il 15.8% della popolazione anziana.
- Dai dati scaturisce una ripartizione assai equilibrata tra l'utenza dei SACD e l'utenza dei Servizi d'appoggio.
- L'analisi evidenzia che l'assistenza e cura a domicilio è in generale donna e anziana.
- Si osserva infine che la proporzione degli interventi unici rispetto agli interventi multipli è molto elevata. Ciò necessita una particolare attenzione ed un approfondimento rispetto al principio dell'intervento di rete.

---

<sup>16</sup> Popolazione generale (2000): 310'174  
Popolazione 65+ (2000): 54'701

## **ALLEGATO 1 - IL MATERIALE D'INCHIESTA**

**IL QUESTIONARIO INDIRIZZATO ALL'UTENTE**

**IL QUESTIONARIO INDIRIZZATO ALLA PERSONA DI FIDUCIA**

## **ALLEGATO 2 - IL MATERIALE D'INCHIESTA**

### **IL PROSPETTO ESPLICATIVO**

### **ALLEGATO 3 - TABELLE DI DETTAGLIO**

**TABELLA 5.1: RIPARTIZIONE DELL'UTENZA**

	<b>Casi seguiti</b>	<b>% dei casi seguiti</b>	<b>% degli utenti seguiti</b>
<b>AUTI DIRETTI</b>	383	2.2%	2.5%
<b>SACD</b>			
Mendrisiotto	2035	11.7%	13.0%
SCuDo	1923	11.1%	12.3%
<b>MAGGIO</b>	786	4.5%	5.0%
ALVAD	1283	7.4%	8.2%
AVAD	101	0.6%	0.6%
ABAD	1160	6.7%	7.4%
Tre Valli	977	5.6%	6.3%
<b>SERVIZI D'APPOGGIO LACD</b>			
<b>Servizi trasporto</b>			
Servizio trasporti rete 2/2 gestito da Pro Infirmis Lugano	55	0.3%	0.4%
Servizio trasporti rete 2/1 gestito da Pro Infirmis Locarno	126	0.7%	0.8%
Servizio trasporti CRS del Luganese e del Mendrisiotto-Basso Ceresio	213	1.2%	1.4%
Servizio trasporti CRS Bellinzona	363	2.1%	2.3%
Servizio trasporti gestito da Società Samaritani, Biasca	208	1.2%	1.3%
Servizio trasporti gestito da Società Samaritani, Bodio-Personico-	77	0.4%	0.5%
Fondazione Trasporti STB Bellinzona	75	0.4%	0.5%
Servizio Trasporti Malcantone gestito dalla Regione Malcantone	112	0.6%	0.7%
Servizio trasporti Altair, Lugano	43	0.2%	0.3%
<b>Servizio Carozzelle</b>	<b>428</b>	<b>2.5%</b>	<b>2.7%</b>
<b>Servizio Telesoccorso</b>	<b>875</b>	<b>5.1%</b>	<b>5.6%</b>
<b>Servizio Pédicure</b>	<b>1018</b>	<b>5.9%</b>	<b>6.5%</b>
<b>Servizio pasti a domicilio</b>	<b>1900</b>	<b>11.0%</b>	<b>12.2%</b>
<b>Centri diurni</b>			
Centro diurno gestito dal Comune di Caslano	118	0.7%	0.8%
Centro diurno gestito dal Comune di Vacallo	201	1.2%	1.3%
Centro sociale Onsernonese, Russo	46	0.3%	0.3%
Centro diurno "La Sosta" gestito dal Comune di Massagno	189	1.1%	1.2%
Centro diurno gestito dal Comune di Riva S. Vitale	33	0.2%	0.2%
Centro diurno gestito dal Comune di Chiasso	73	0.4%	0.5%
Centro "Vita Serena" gestito dalla Fondazione Vita Serena, Giubiasco	66	0.4%	0.4%
Centro gestito dall'Associazione anziani-pensionati-invalidi OCST	243	1.4%	1.6%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Lugano	165	1.0%	1.1%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Locarno	113	0.7%	0.7%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Faido	100	0.6%	0.6%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Bellinzona	237	1.4%	1.5%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Biasca	70	0.4%	0.4%
Centro diurno terapeutico Mendrisio/Balerna gestito da Pro Senectute	24	0.1%	0.2%
Centro diurno terapeutico Bellinzona/Giubiasco gestito da Pro Senectute	35	0.2%	0.2%
Centro diurno terapeutico Lugano gestito da Pro Senectute	34	0.2%	0.2%
Centro diurno terapeutico Locarno gestito da Pro Senectute	27	0.2%	0.2%
Centro diurno terapeutico Faido gestito da Pro Senectute	28	0.2%	0.2%
Centro diurno per ipovedenti Casa Andreina gestito dall'Unitas, Lugano	119	0.7%	0.8%
Centro diurno Casa dei ciechi, Lugano	11	0.1%	0.1%
<b>Servizi per ammalati</b>			
Associazione Hospice Ticino	47	0.3%	0.3%
Associazione Triangolo	43	0.2%	0.3%
<b>Servizi di sostegno all'utente e alle famiglie</b>			
Servizio di sostegno alle famiglie con persone invalide gestito dalla Pro Infirmis, Lugano	85	0.5%	0.5%
Servizio di sostegno alle famiglie con persone invalide gestito dalla Pro Infirmis, Locarno	83	0.5%	0.5%
Servizio di sostegno alle famiglie con persone invalide gestito dalla Pro Infirmis, Bellinzona	108	0.6%	0.7%
Centro per audiolesi gestito dalla Fond. per pers. audiolese, Massagno	45	0.3%	0.3%
Servizio sociale itinerante gestito dall'Unitas, Lugano	72	0.4%	0.5%
<b>Servizi per alcolisti</b>			
Consultori per alcolisti gestiti da INGRADO	770	4.4%	4.9%

**TABELLA 5.2: DESCRIZIONE ANAGRAFICA DELL'UTENZA**

	% donne	% uomini	% 0-3 anni	% 4-18 anni	%19-64 anni	% 65 anni +
<b>AUTI DIRETTI</b>	63.0%	37.0%	0.0%	0.0%	29.5%	70.5%
<b>SACD</b>						
Mendrisiotto	69.0%	31.0%	19.3%	0.1%	17.0%	63.6%
SCuDo	68.5%	31.5%	26.8%	0.0%	14.9%	58.3%
MAGGIO	64.8%	35.2%	39.7%	0.3%	11.0%	49.0%
ALVAD	64.7%	35.3%	34.5%	0.2%	11.2%	54.1%
AVAD	66.3%	33.7%	0.0%	1.0%	21.8%	77.2%
ABAD	65.1%	34.9%	34.2%	0.3%	13.8%	51.7%
Tre Valli	52.0%	48.0%	14.1%	0.1%	10.4%	75.3%
<b>SERVIZI D'APPOGGIO LACD</b>						
<b>Servizi trasporto</b>						
Servizio trasporti rete 2/2 gestito da Pro Infirmis Lugano	69.1%	30.9%	0.0%	7.3%	74.5%	18.2%
Servizio trasporti rete 2/1 gestito da Pro Infirmis Locarno	58.7%	41.3%	0.0%	12.7%	42.9%	44.4%
Servizio trasporti CRS del Luganese e del Mendrisiotto-Basso Ceresio	65.7%	34.3%	0.0%	7.5%	22.5%	70.0%
Servizio trasporti CRS Bellinzona	54.3%	45.7%	0.8%	6.3%	22.3%	70.5%
Servizio trasporti gestito da Società Samaritani, Biasca	59.6%	40.4%	0.5%	1.4%	17.3%	80.8%
Servizio trasporti gestito da Società Samaritani, Bodio-Personico-	58.4%	41.6%	1.3%	7.8%	14.3%	76.6%
Fondazione Trasporti STB Bellinzona	55.4%	44.6%	0.0%	2.7%	21.3%	76.0%
Servizio Trasporti Malcantone gestito dalla Regione Malcantone	74.1%	25.9%	0.0%	5.4%	17.9%	76.8%
Servizio trasporti Altair, Lugano	48.8%	51.2%	2.3%	34.9%	44.2%	18.6%
<b>Servizio Carozzelle</b>	<b>65.7%</b>	<b>34.3%</b>	<b>0.0%</b>	<b>0.0%</b>	<b>0.0%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Servizio Telesoccorso</b>	<b>84.9%</b>	<b>15.1%</b>	<b>0.0%</b>	<b>0.0%</b>	<b>5.4%</b>	<b>94.6%</b>
<b>Servizio Pédicure</b>	<b>82.6%</b>	<b>17.4%</b>	<b>0.0%</b>	<b>0.0%</b>	<b>2.3%</b>	<b>97.7%</b>
<b>Servizio pasti a domicilio</b>	<b>63.2%</b>	<b>36.8%</b>	<b>0.0%</b>	<b>0.0%</b>	<b>8.3%</b>	<b>91.7%</b>
<b>Centri diurni</b>						
Centro diurno gestito dal Comune di Caslano	57.6%	42.4%	0.0%	0.0%	5.1%	94.9%
Centro diurno gestito dal Comune di Vacallo	61.2%	38.8%	0.0%	0.0%	15.4%	84.6%
Centro sociale Onsernonese, Russo	78.3%	21.7%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Centro diurno "La Sosta" gestito dal Comune di Massagno	72.0%	28.0%	0.0%	1.1%	16.4%	82.5%
Centro diurno gestito dal Comune di Riva S. Vitale	72.7%	27.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Centro diurno gestito dal Comune di Chiasso	76.7%	23.3%	0.0%	0.0%	8.2%	91.8%
Centro "Vita Serena" gestito dalla Fondazione Vita Serena, Giubiasco	80.3%	19.7%	0.0%	0.0%	1.5%	98.5%
Centro gestito dall'Associazione anziani-pensionati-invalidi OCST	38.3%	61.7%	0.0%	0.0%	5.3%	94.7%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Lugano	79.4%	20.6%	0.0%	0.0%	12.7%	87.3%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Locarno	69.9%	30.1%	0.0%	0.0%	6.2%	93.8%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Faido	83.0%	17.0%	0.0%	0.0%	13.0%	87.0%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Bellinzona	98.7%	1.3%	0.0%	0.0%	11.8%	88.2%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Biasca	82.9%	17.1%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
Centro diurno terapeutico Mendrisio/Balerna gestito da Pro Senectute	70.8%	29.2%	0.0%	0.0%	16.7%	83.3%
Centro diurno terapeutico Bellinzona/Giubiasco gestito da Pro Senectute	77.1%	22.9%	0.0%	0.0%	2.9%	97.1%
Centro diurno terapeutico Lugano gestito da Pro Senectute	64.7%	35.3%	0.0%	0.0%	8.8%	91.2%
Centro diurno terapeutico Locarno gestito da Pro Senectute	55.6%	44.4%	0.0%	0.0%	14.8%	85.2%
Centro diurno terapeutico Faido gestito da Pro Senectute	64.3%	35.7%	0.0%	0.0%	3.6%	96.4%
Centro diurno per ipovedenti Casa Andreina gestito dall'Unitas, Lugano	58.8%	41.2%	0.0%	0.0%	52.1%	47.9%
Centro diurno Casa dei ciechi, Lugano	27.3%	72.7%	0.0%	0.0%	18.2%	81.8%
<b>Servizi per ammalati</b>						
Associazione Hospice Ticino	61.7%	38.3%	0.0%	0.0%	27.7%	72.3%
Associazione Triangolo	32.6%	67.4%	0.0%	0.0%	20.9%	79.1%
<b>Servizi di sostegno all'utente e alle famiglie</b>						
Servizio di sostegno alle famiglie con persone invalide gestito dalla Pro Infirmis, Lugano	51.8%	48.2%	1.2%	27.1%	64.7%	7.1%
Servizio di sostegno alle famiglie con persone invalide gestito dalla Pro Infirmis, Locarno	51.8%	48.2%	0.0%	43.4%	41.0%	15.7%
Servizio di sostegno alle famiglie con persone invalide gestito dalla Pro Infirmis, Bellinzona	54.6%	45.4%	1.9%	34.6%	57.0%	6.5%
Centro per audiolesi gestito dalla Fond. per pers. audiolese, Massagno	51.1%	48.9%	4.4%	33.3%	60.0%	2.2%
Servizio sociale itinerante gestito dall'Unitas, Lugano	55.6%	44.4%	0.0%	0.0%	23.6%	76.4%
<b>Servizi per alcolisti</b>						
Consultori per alcolisti gestiti da INGRADO	26.4%	73.6%	0.0%	0.0%	92.3%	7.7%

**TABELLA 5.3: UTENZA E TIPI D'INTERVENTO**

	Intervento unico	Intervento di due o più servizi/prestazioni	Intervento di tre o più servizi/prestazioni
<b>AUTI DIRETTI</b>	66.3%	23.0%	10.7%
<b>SACD</b>			
Mendrisiotto	92.5%	7.3%	0.2%
SCuDo	91.2%	8.3%	0.5%
MAGGIO	84.3%	14.0%	1.7%
ALVAD	72.1%	22.0%	5.9%
AVAD	80.2%	14.9%	5.0%
ABAD	84.0%	12.5%	3.5%
Tre Valli	57.2%	33.8%	9.0%
<b>SERVIZI D'APPOGGIO LACD</b>			
<b>Servizi trasporto</b>			
Servizio trasporti rete 2/2 gestito da Pro Infirmis Lugano	56.4%	27.3%	16.4%
Servizio trasporti rete 2/1 gestito da Pro Infirmis Locarno	67.5%	21.4%	11.1%
Servizio trasporti CRS del Luganese e del Mendrisiotto-Basso Ceresio	82.6%	12.7%	4.7%
Servizio trasporti CRS Bellinzona	92.6%	4.7%	2.8%
Servizio trasporti gestito da Società Samaritani, Biasca	70.2%	20.7%	9.1%
Servizio trasporti gestito da Società Samaritani, Bodio-Personico-	57.1%	32.5%	10.4%
Fondazione Trasporti STB Bellinzona	57.3%	33.3%	9.3%
Servizio Trasporti Malcantone gestito dalla Regione Malcantone	63.4%	31.3%	5.4%
Servizio trasporti Altair, Lugano	100.0%	0.0%	0.0%
<b>Servizio Carozzelle</b>	<b>64.7%</b>	<b>26.6%</b>	<b>8.6%</b>
<b>Servizio Telesoccorso</b>	<b>70.1%</b>	<b>22.2%</b>	<b>7.8%</b>
<b>Servizio Pédicure</b>	<b>89.0%</b>	<b>9.9%</b>	<b>1.1%</b>
<b>Servizio pasti a domicilio</b>	<b>75.0%</b>	<b>21.0%</b>	<b>4.0%</b>
<b>Centri diurni</b>			
Centro diurno gestito dal Comune di Caslano	96.6%	2.5%	0.8%
Centro diurno gestito dal Comune di Vacallo	95.5%	4.0%	0.5%
Centro sociale Onsernonese, Russo	97.8%	2.2%	0.0%
Centro diurno "La Sosta" gestito dal Comune di Massagno	95.8%	3.7%	0.5%
Centro diurno gestito dal Comune di Riva S. Vitale	90.9%	9.1%	0.0%
Centro diurno gestito dal Comune di Chiasso	86.3%	13.7%	0.0%
Centro "Vita Serena" gestito dalla Fondazione Vita Serena, Giubiasco	72.7%	16.7%	10.6%
Centro gestito dall'Associazione anziani-pensionati-invalidi OCST	90.5%	7.8%	1.6%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Lugano	93.9%	6.1%	0.0%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Locarno	90.3%	7.1%	2.7%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Faido	88.0%	12.0%	0.0%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Bellinzona	89.5%	6.8%	3.8%
Centro diurno gestito dall'ATTE, Biasca	88.6%	10.0%	1.4%
Centro diurno terapeutico Mendrisio/Balerna gestito da Pro Senectute	79.2%	16.7%	4.2%
Centro diurno terapeutico Bellinzona/Giubiasco gestito da Pro Senectute	48.6%	42.9%	8.6%
Centro diurno terapeutico Lugano gestito da Pro Senectute	82.4%	17.6%	0.0%
Centro diurno terapeutico Locarno gestito da Pro Senectute	74.1%	14.8%	11.1%
Centro diurno terapeutico Faido gestito da Pro Senectute	35.7%	39.3%	25.0%
Centro diurno per ipovedenti Casa Andreina gestito dall'Unitas, Lugano	92.4%	5.0%	2.5%
Centro diurno Casa dei ciechi, Lugano	63.6%	36.4%	0.0%
<b>Servizi per ammalati</b>			
Associazione Hospice Ticino	72.3%	25.5%	2.1%
Associazione Triangolo	60.5%	23.3%	16.3%
<b>Servizi di sostegno all'utente e alle famiglie</b>			
Servizio di sostegno alle famiglie con persone invalide gestito dalla Pro Infirmis, Lugano	55.3%	31.8%	12.9%
Servizio di sostegno alle famiglie con persone invalide gestito dalla Pro Infirmis, Locarno	69.9%	19.3%	10.8%
Servizio di sostegno alle famiglie con persone invalide gestito dalla Pro Infirmis, Bellinzona	65.7%	19.4%	14.8%
Centro per audiolesi gestito dalla Fond. per pers. audiolese, Massagno	93.3%	4.4%	2.2%
Servizio sociale itinerante gestito dall'Unitas, Lugano	91.7%	6.9%	1.4%
<b>Servizi per alcolisti</b>			
Consultori per alcolisti gestiti da INGRADO	98.1%	1.7%	0.3%