

*Modalità e forme di impiego del sussidio per il  
mantenimento a domicilio*



# Indice

<b>Lista abbreviazioni .....</b>	<b>2</b>
<b>Prefazione .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Aspetti normativi.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Descrizione dell'indagine .....</b>	<b>9</b>
2.1. Obiettivo.....	9
2.2. Metodologia .....	9
2.3. Raccolta dati .....	11
<b>3. Caratteristiche demografiche della popolazione di riferimento.....</b>	<b>12</b>
3.1. Sesso .....	12
3.2. Classe di età .....	13
3.3. Distribuzione territoriale .....	13
<b>4. Caratteristiche popolazione intervistata .....</b>	<b>16</b>
4.1. Composizione economia domestica.....	16
4.2. Persone che forniscono l'assistenza.....	18
4.2.1 Rete assistenziale.....	22
4.2.2 Assistenza erogata dai "caregiver" in termini di ore, anni di assistenza, rinuncia ad impieghi di lavoro .....	27
4.3 Assistenza e cure richieste.....	33
4.4 Modalità di impiego del sussidio.....	36
<b>5. Aspetti qualitativi e informativi .....</b>	<b>37</b>
<b>6. Conclusioni.....</b>	<b>41</b>
6.1 Osservazioni dell'utenza emerse dall'indagine.....	41
6.1 Riflessioni .....	42
<b>Allegati .....</b>	<b>44</b>

## Lista abbreviazioni

ABAD	Associazione Bellinzonese per l'assistenza e cura a domicilio
AGI	Assegno per grandi invalidi
AI	Assicurazione invalidità
ALVAD	Associazione Locarnese e Valmaggese di assistenza e cura a domicilio
ATTE	Associazione ticinese terza età
AVS	Assicurazione vecchiaia e superstiti
IAS	Istituto delle assicurazioni sociali
LA	Legge anziani
LACD	Legge sull'assistenza e cura a domicilio
LISPI	Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi
PC	Prestazione complementari all'AVS e all'AI
SACD	Servizi di assistenza e cura a domicilio
SACD MENDRISIO	Servizio di assistenza e cura a domicilio Mendrisiotto e Basso Ceresio
SSEAS	Sezione del sostegno a enti e attività sociali
SCUDO	Servizio cure a domicilio del Luganese
SACD MAGGIO	Servizio di assistenza e cure a domicilio del Malcantone e Vedeggio
SACD TRE VALLI	Servizio di assistenza e cure a domicilio della Regione Tre Valli
UACD	Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio
USTAT	Ufficio di statistica
USSI	Ufficio sostegno sociale e inserimento

## Prefazione

A distanza di un decennio dall'indagine promossa dalla Sezione del sostegno a enti e attività sociali (SSEAS), attualmente Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio (UACD), con la collaborazione dell'Ufficio di statistica (USTAT)<sup>1</sup>, la Sezione ha ritenuto opportuno procedere ad un'ulteriore analisi al fine di comprendere l'evoluzione del sussidio per il mantenimento a domicilio e di valutarne le forme di impiego.

L'indagine ha considerato tutti coloro che ad ottobre 2009 risultavano beneficiari correnti<sup>2</sup> del sussidio per il mantenimento a domicilio; si tratta di persone anziane o invalide alle quali il Cantone riconosce un aiuto diretto in quanto il loro stato di dipendenza esige l'assistenza da parte di altri per poter rimanere al proprio domicilio ed evitare il collocamento definitivo in istituti specializzati. Il contributo cantonale presenta quale peculiarità di essere sussidiario ad altre prestazioni concesse per il medesimo scopo, quali ad esempio l'assegno per grandi invalidi (AGI), i contributi riconosciuti dalle Prestazioni complementari per cure infermieristiche, i contributi giornalieri concessi dalle casse malati per cure a domicilio. Quindi affinché un soggetto possa usufruire di tale intervento cantonale deve essere beneficiario (o potenziale beneficiario) dell'assegno grande invalidi, ovvero deve trattarsi di persone che a causa della loro infermità devono dipendere in modo durevole dall'aiuto di terzi per compiere gli atti ordinari della vita quotidiana oppure necessitare di cure permanenti o di sorveglianza continua.

La prestazione finanziaria erogata è commisurata alla situazione economica del richiedente ed è determinata in base alla tabella di calcolo allestita per la decisione della prestazione complementare.

Nel computo dell'importo dell'aiuto a domicilio versato è inclusa anche la quota di oneri sociali che il beneficiario di aiuti diretti deve pagare in qualità di datore di lavoro.

I principali obiettivi dell'indagine sono stati quelli di valutare le modalità di impiego del contributo, eventuali nuove modalità di presa a carico (ad es. permanenza al domicilio durante il giorno e ingresso in istituto durante la notte), il ricorso ai Servizi di assistenza e cure a domicilio (in seguito Sacd) e ad enti d'appoggio, l'evoluzione del fenomeno delle badanti, la regolarizzazione dei contratti di lavoro di coloro che si occupano dell'assistenza domiciliare (familiari o badanti).

Dal confronto con i dati del 1998 si evince un notevole incremento di coloro che beneficiano di tale sussidio; si è passati, infatti da 181 persone anziane a ben 347 nel 2009 e da 49 invalidi nel 1998 a 106 nel 2009.

Se osserviamo le tabelle seguenti è possibile notare il trend che ha subito la spesa e la numerosità dei beneficiari. In particolare si osserva una crescita proporzionale delle persone in AVS, con relativa crescita della spesa, mentre per quanto riguarda le persone in AI si assiste ad una crescita altalenante con relativa riduzione della spesa.

---

<sup>1</sup> "Quanto costa restare a casa: valutazione del contributo cantonale per il mantenimento a domicilio di anziani e invalidi", del 1999.

<sup>2</sup> Con il termine "beneficiari correnti" si intende coloro che alla data di riferimento risultano beneficiari attivi del sussidio, quindi escludendo coloro che hanno acquisito il diritto in data successiva a quella oggetto di analisi. Il numero di persone che beneficiano del contributo, infatti, è legato alla variabilità delle entrate o delle uscite che si verifica in un anno.

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
<b>Anziani</b>								
Beneficiari	20	44	91	124	154	181	225	269
Costo	177'471	536'119	1'156'939	1'666'720	2'074'230	2'432'986	2'820'169	3'336'781
Costo per beneficiario	8'874	12'185	12'714	13'441	13'469	13'442	12'534	12'404
<b>Invalidi</b>								
Beneficiari	3	18	26	39	39	49	45	67
Costo	32'877	205'484	205'484	359'201	602'353	690'499	616'746	976'637
Costo per beneficiario	10'959	11'416	7'903	9'210	15'445	14'092	13'705	14'577

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Anziani</b>									
Beneficiari	299	333	347	351	342	343	361	335	347
Costo	3'724'188	4'488'743	4'705'662	4'681'053	4'553'937	4'578'988	4'706'791	4'645'178	4'969'368
Costo per beneficiario	12'455	13'480	13'561	13'336	13'316	13'350	13'038	13'866	14'321
<b>Invalidi</b>									
Beneficiari	113	130	165 <sup>1</sup>	140	136	125	109	108	106
Costo	1'568'780	1'886'662	2'331'686	1'113'773	1'121'129	1'119'494	947'111	867'622	774'533
Costo per beneficiario	13'883	14'505	14'131	7'779	8'244	8'956	8'689	8'033	7'307

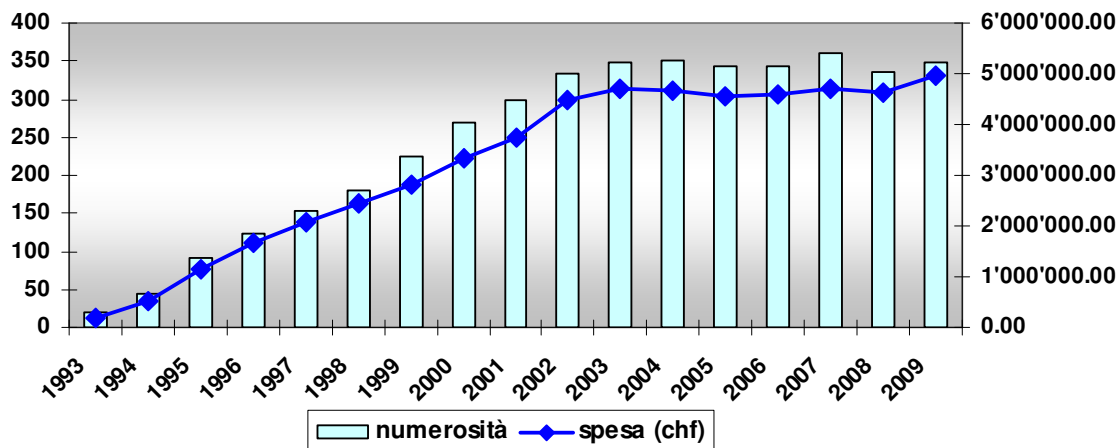
<sup>1</sup> Compresi 19 persone invalide minorenni.

Fonte: Divisione dell'azione sociale e delle famiglie, Sezione del sostegno a enti e attività sociali. Dati aggiornati al 1° febbraio 2010.

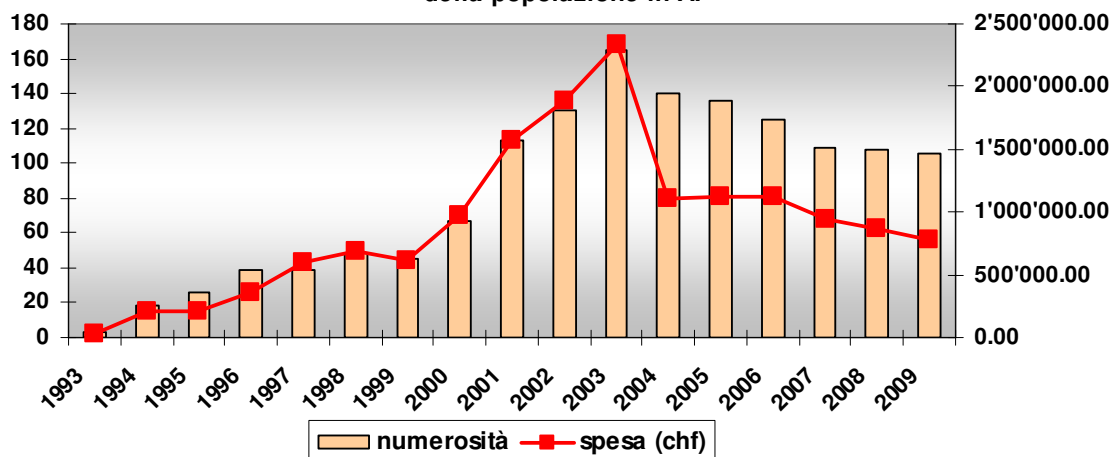
La fluttuazione del costo complessivo dell'aiuto diretto (contributo complessivo erogato) è attribuibile all'aumento delle rendite AVS/PC ed all'assegno di grande invalido (grado medio e grado elevato). Fa eccezione il 2003 con l'estensione a titolo provvisorio di un anno dell'aiuto diretto anche ai minorenni, causa l'abrogazione di un articolo della Legge federale sull'AI.

I grafici seguenti mostrano, per tipologia di beneficiari (persone in AI e persone in AVS), l'evoluzione subita dal fenomeno del sussidio per il mantenimento a domicilio.

**Evoluzione della numerosità e della spesa della popolazione in AVS**



Evoluzione della numerosità e della spesa della popolazione in AI



Con l'entrata in vigore della 4<sup>a</sup> revisione della Legge AI, 1<sup>o</sup> gennaio 2004, sono state introdotte alcune modifiche:

- il *non* riconoscimento dell'assegno per grandi invalidi ai minorenni qualora necessitano soltanto di essere accompagnati nell'organizzazione della vita quotidiana. La revisione ha riconosciuto ai minorenni un assegno per grandi invalidi dalla nascita; inoltre per coloro che necessitano per un certo lasso di tempo di un'assistenza intensa e non si trovano in istituto viene concesso, a determinate condizioni, un supplemento per cure intense.
- con l'**art. 42** LAI è stata prevista una modifica dell'assegno per grandi invalidi legata all'accompagnamento pratico nella vita quotidiana e il raddoppiamento dell'assegno per le persone che vivono a domicilio;
- l'**art. 19** prevede che: *"gli assicurati che vivono **in casa** e necessitano di assistenza percepiscono una prestazione calcolata in base all'importo massimo della rendita di vecchiaia AVS, ovvero l'80% in caso di assistenza molto importante, il 50% in caso d'intensità media e il 20% in caso di assistenza poco intensa. Le percentuali applicate agli assicurati che vivono **in un istituto** corrispondono alla metà di quelle summenzionate"*.

Inoltre, la diminuzione del contributo per gli invalidi adulti è correlata anche alle misure aggiuntive messe in atto a loro favore nell'ambito delle Prestazioni complementari (PC), finalizzate a sostenere il loro mantenimento a domicilio.

L'andamento in diminuzione della spesa per il sussidio del mantenimento a domicilio rispetto al numero di beneficiari in AI, che si registra dal 2004, quindi, troverebbe giustificazione nei cambiamenti legislativi intervenuti successivamente a tale data.

## 1. Aspetti normativi

L'entrata in vigore del contributo cantonale per il mantenimento a domicilio risale al 1° gennaio del 1993 a seguito della modifica di due leggi.

In primo luogo, la Legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore degli anziani del 25 giugno 1973 (LA), che **all'art. 2** definisce quali sono le attività sociali a favore delle persone anziane. Tale articolo è stato integrato con due nuove lettere *f* e *g* che, ampliando il campo di intervento, hanno permesso l'introduzione della nozione di mantenimento a domicilio. L'**art. 2** alle lettere sopra menzionate cita quanto segue:

*“Sono considerate attività sociali a favore delle persone anziane:*

**f)** *l'assunzione di costi supplementari, che non possono essere sostenuti dagli interessati o altrimenti finanziati, causati dalla presa a carico di anziani ammalati o invalidi a domicilio da parte dei famigliari;*

**g)** *la creazione di soluzioni individuali o collettive d'abitazione idonee al mantenimento a domicilio di anziani dipendenti”.*

Con tale modifica si è voluto riconoscere alle famiglie che si assumono l'onere di mantenere al domicilio la persona anziana non autosufficiente, un sostegno per le spese supplementari che da esso ne derivano, riconoscendo alla persona anziana, che versi in stato di bisogno, una somma per remunerare coloro che si occupano della sua assistenza al domicilio.

L'altra legge oggetto di revisione è la Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi del 14 marzo 1979 (LISPI). Per analogia è stato riconosciuto il sussidio per il mantenimento a domicilio alle persone invalide non autosufficienti che decidono di restare al domicilio piuttosto che usufruire degli istituti sussidiati dall'Al.

A tal proposito, l'**art. 8**, cpv. 1 lett. b), della suddetta legge stabilisce che:

*“Sono considerati provvedimenti particolari d'integrazione sociale e professionale degli invalidi l'organizzazione di soluzioni individuali o associative d'abitazione, di sostegno e di ricreazione”.*

Con tale articolo di legge è stata riconosciuta la base legale per la concessione del contributo a sostegno di persone invalide.

Tali principi sono stati ripresi, successivamente, nella Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997 (LACD), in cui il Cantone all'**art. 5** riconosce quale aiuto diretto il contributo finanziario versato all'utente e destinato all'organizzazione di soluzioni individuali di sostegno e d'abitazione, mentre all'**art. 40** ne definisce l'ammontare massimo (pari al 75%) di spese riconosciute e documentabili.

Le modalità di concessione e di calcolo del sussidio sono stabilite da direttive specifiche emanate dalla Sezione del sostegno ad enti e attività sociali (allegato n. 1).

Affinché un soggetto possa beneficiare di tale sussidio deve presentare le seguenti caratteristiche:

- essere beneficiario o potenziale tale di assegno per grandi invalidi (AGI);
- avere una situazione economica che non permette di attivare risorse finanziarie proprie per retribuire chi fornisce l'assistenza necessaria al mantenimento a domicilio.

Il sussidio, come detto in precedenza, presenta quale caratteristica fondamentale di essere sussidiario ad altre prestazioni come l'Assegno per grandi invalidi (AGI), i contributi Prestazioni complementari (PC) per cure infermieristiche e i contributi giornalieri concessi dalle casse malati per cure a domicilio. L'aiuto diretto, quindi, verrà solo concesso dopo aver verificato che non sia stata tralasciata nessuna possibilità per usufruire delle altre prestazioni sopra citate.

Il sussidio cantonale per il mantenimento a domicilio nasce per rispondere alle esigenze delle persone anziane e invalide che desiderano rimanere al proprio domicilio. La Sezione del sostegno a enti e attività sociali ha introdotto un metodo di sussidio per sostenere in particolare i familiari delle persone invalide che spesso si occupano della persona non autosufficiente giorno e notte per 365 giorni l'anno.

Il metodo di riconoscimento del contributo è stato messo a punto in modo che fosse flessibile e semplice contrapponendosi alle PC che rimborsano difficilmente i familiari che prestano l'assistenza.

Inoltre il sussidio per il mantenimento a domicilio si inserisce in quel periodo transitorio, in cui i richiedenti il riconoscimento dell'assegno AGI devono attendere un anno dopo l'intervenuta invalidità per poter essere beneficiare del diritto. In tal caso affinché la persona non autosufficiente possa usufruire del sussidio per il mantenimento a domicilio, sin dal momento in cui è intervenuta l'infermità, con l'ausilio della consulente in cure infermieristiche dell'Ufficio del medico cantonale, è stata creata una griglia di valutazione (allegato n. 2) che, in base a quanto indicato nel certificato medico, permette di stabilire il grado di dipendenza dell'utente sulla base di quanto previsto per il riconoscimento dell'assegno per grande invalidi.

Solitamente possono beneficiare del sussidio per il mantenimento a domicilio le persone in AVS che hanno ricevuto il riconoscimento di un grado medio o elevato di AGI, mentre per le persone beneficiare di una rendita AI hanno diritto anche se è stato loro riconosciuto un grado esiguo.

Per ovviare alla disparità di trattamento tra persone invalide e persone anziane, a coloro che posseggono i requisiti per problemi di cecità o ipovedenza viene attualmente riconosciuto un contributo per il mantenimento a domicilio, per un importo pari a quanto riconosciuto per il grado esiguo.

Il riconoscimento del grado esiguo AGI per le persone in AVS sarà introdotto solo a partire dal 2011.



## 2. Descrizione dell'indagine

### 2.1 Obiettivo

Obiettivo della ricerca è quello di valutare come i beneficiari del sussidio del mantenimento a domicilio utilizzino il contributo cantonale per curarsi al domicilio.

Attraverso l'indagine si cerca di comprendere se attorno al beneficiario si crea una rete assistenziale di persone, al fine di quantificare il numero necessario (che varia a seconda del grado di dipendenza dell'assistito) per una corretta presa a carico.

La ricerca, inoltre, ha voluto sottolineare aspetti non solo quantitativi, ma soprattutto qualitativi legati alla qualità di vita dei beneficiari e di coloro che si occupano dell'assistenza, ma anche per valutare il grado di soddisfazione degli stessi legati alla permanenza a domicilio.

### 2.2 Metodologia

Da un punto di vista metodologico il principale approccio della ricerca è stato quello di analizzare l'intera popolazione di riferimento e non unicamente un sotto-campione di essa. La popolazione iniziale era costituita da tutti i beneficiari attivi al 1 novembre 2009<sup>3</sup>, pari a 389 persone (di cui 107 in AI e 282 in AVS).

La modalità utilizzata per la ricerca si è basata sulla creazione di un questionario da somministrare alla popolazione di riferimento. Lo strumento di indagine comprende le seguenti sezioni:

1. Nella prima parte del questionario si cerca di comprendere la composizione dell'economia domestica per rilevare, in particolar modo, quei casi in cui l'assistito vive solo e per comprendere quali sono i principali atti di vita quotidiana per i quali l'utente necessita di assistenza e/o sorveglianza.
2. La seconda parte tende ad evidenziare se vi sono persone, appartenenti alla stessa economia domestica e non, quali ad es. familiari, terze persone e/o servizi domiciliari che si assumono l'onere della presa a carico, al fine di comprendere la rete sanitaria che si crea attorno a coloro che necessitano di assistenza.
3. Nella terza parte si cerca di far emergere, nel caso in cui siano i familiari ad occuparsi dell'assistenza e/o sorveglianza, se essi hanno rinunciato ad eventuali impieghi di lavoro e soprattutto si cerca di valutare se essi necessitano di essere coadiuvati da terze persone per la presa a carico del congiunto a causa di problemi di salute, stanchezza e/o affaticamento o per semplice mancanza di tempo per sé. Questi aspetti qualitativi tendono ad evidenziare le principali difficoltà riscontrate dai familiari nell'assistenza per evitare e/o ritardare il collocamento in istituto del congiunto.
4. La quarta parte sottolinea il livello di soddisfazione dell'utenza rispetto al sussidio che ricevono per il mantenimento a domicilio, cercando di evidenziare ulteriori atti, oltre quelli di vita quotidiana come ad es. disbrigo pratiche amministrative, trasporti, gestione economia domestica, etc. Anche per quanto riguarda questi aspetti, già evidenziati in una precedente ricerca, sono stati ripresi alcuni concetti per capire anche in che modo l'aiuto diretto migliori aspetti sociali quali: sicurezza, solitudine, valorizzazione di sé stessi, sostegno familiare, etc.

---

<sup>3</sup> Alla data di inizio dell'indagine, ovvero 1° ottobre 2009 la popolazione era costituita da 400 persone tra anziani ed invalidi, ma 11 persone sono decedute o entrate in casa anziani prima dell'inizio della ricerca.

5. Inoltre viene chiesto agli utenti da chi avessero ricevuto l'informazione in merito all'esistenza del sussidio per il mantenimento a domicilio al fine di valutarne il grado con cui tale forma di intervento cantonale risulti nota sul territorio. Per quanto riguarda questo aspetto, legato alle informazioni a disposizione dell'utenza, è stata proposta una griglia in cui l'utente doveva indicare, tra i servizi presenti sul territorio, di quali usufruisse.
6. Nell'ultima parte è stata prevista una domanda aperta *"ci aiuti a migliorare"* in cui è stato chiesto all'utenza di indicare eventuali consigli o suggerimenti per comprendere quali sono le principali difficoltà che essi incontrano sul territorio e per evidenziare eventuali aspetti, su cui bisogna ancora chinarsi, per permettere a coloro che decidono di restare a domicilio, di usufruire di tutti i servizi territoriali necessari per una corretta presa a carico.
7. Un ultimo aspetto evidenziato è di conoscere chi ha provveduto alla compilazione del questionario al fine di comprendere il grado di dipendenza degli utenti che beneficiano del sussidio.

Il questionario è stato somministrato attraverso tre modalità distinte: interviste personali, telefoniche o mediante l'invio presso il domicilio degli utenti. Per la selezione delle persone da attribuire ai 3 gruppi, sono stati stabiliti alcuni criteri che permettessero di rappresentare, quanto più fedelmente, la popolazione di riferimento, considerando quali aspetti meritevoli di interesse: la distribuzione territoriale, l'età, il grado AGI, la composizione e tipologia dell'economia domestica e non per ultimo la suddivisione tra persone in AI e persone in AVS.

Volontà dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio è stata quella di dare una prerogativa indispensabile alle interviste personali al domicilio degli utenti, per evitare errori nei dati, connessi al grado di dipendenza della popolazione esaminata, al fine di far emergere aspetti più qualitativi e statisticamente più significativi. Infatti le interviste personali rappresentano circa il 50% del totale (tabella n. 1).

<b>Tab. n. 1 Distribuzione delle interviste , seconde le diverse modalità prescelte</b>			
<b>Legenda</b>		<b>%</b>	<b>N</b>
1	interviste telefoniche	25	97
2	invio questionari	25	96
3	interviste personali	50	196
<b>Totale popolazione</b>		<b>100</b>	<b>389</b>

### 2.3 Raccolta dati

La fase di raccolta dati è stata svolta nei mesi di novembre e dicembre (per la tempistica è possibile osservare diagramma di Gantt<sup>4</sup>, allegato n. 3).

È importante evidenziare la numerosità della popolazione oggetto di analisi e le percentuali di suddivisione delle interviste al fine di poter effettuare un benchmark (confronto) a posteriori per verificare: il tasso di risposta dell'utenza, le eventuali difficoltà di eseguire le interviste secondo le modalità stabilite a priori (ad es. difficoltà di contatto con utenti per mancata reperibilità, opposizione da parte dell'utenza di ricevere visite a domicilio, volontà di non voler partecipare all'inchiesta, etc.).

Nella tabella n. 2 è possibile osservare come si distribuisce la popolazione ed avere un'idea delle difficoltà riscontrate e del numero di utenti che hanno risposto all'indagine.

<b>Tab. n. 2 Distribuzione della popolazione, secondo la partecipazione e il tipo di beneficiario</b>			
<b>Situazione finale</b>	<b>Beneficiari AI</b>	<b>Beneficiari AVS</b>	<b>Totale</b>
Risultati non indagabili	0	2	2
Deceduti	1	8	9
Non reperibili	3	10	13
Entrati in Case per anziani (Cpa)	0	5	5
Non hanno risposto	9	16	25
Indagati	94	241	335
<b>Totale persone contattate</b>	<b>107</b>	<b>282</b>	<b>389</b>

Le motivazioni delle due persone risultate non indagabili sono una per rinuncia al sussidio e l'altra a causa di sospensione del sussidio per sopravvenuta mancanza dei requisiti.

Il numero di beneficiari raggiunti dalle interviste è pari a **335**; la percentuale di coloro che hanno partecipato all'indagine, è pari a circa l'86%.<sup>5</sup>

Se escludiamo le persone risultate non indagabili, decedute e non reperibili, il tasso di risposta è stato del 92% per AVS e del 96% per AI.

Il tasso di risposta conferma che le modalità di intervista utilizzate durante l'indagine sono state simili a quelle previste:

<sup>4</sup>Da un punto di vista organizzativo, si è proceduto mediante invio di una lettera informativa presso il domicilio degli utenti, nella quale veniva comunicato ai beneficiari la decisione dell'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio di voler procedere all'inchiesta oggetto di studio, lo strumento di analisi utilizzato per il rilevamento dei dati e il successivo contatto per fissare gli eventuali appuntamenti presso i loro domicili.

<sup>5</sup> Per verificare la rappresentatività del campione rispetto agli attributi dell'intera popolazione, è stato effettuato un test sulla bontà di adattamento (goodness-of-fit test) del tipo Chi-quadrato, rispetto alle variabili di cui era nota la distribuzione per l'universo (genere, età, residenza, stato civile, formazione ed anno di fine diritto).

Dai risultati della statistica emerge che il campione di chi ha partecipato all'indagine è rappresentativo della popolazione intervistata rispetto a tutte le variabili, ad eccezione del grado AGI. Si nota, infatti, un tasso di risposta inferiore di coloro che hanno un grado elevato AGI; ciò potrebbe trovare giustificazione nella complessità dei casi o nell'eventuale decesso o ingresso in istituti per anziani.

Situazione finale		Modalità interviste			Totale
		Interviste telefoniche	Invio questionari	Interviste personali	
Indagati	N	76	91	168	335
	%	23%	27%	50%	100%

Per quanto concerne le interviste personali e quelle telefoniche, solitamente sono state condotte con le persone che per la maggior parte si occupano dell'assistenza del congiunto e non direttamente con il beneficiario del sussidio, a causa soprattutto del grado di dipendenza e quindi dell'incapacità di rispondere al questionario.

### 3. Caratteristiche demografiche della popolazione di riferimento

Di seguito, si riportano le caratteristiche socio-demografiche della popolazione di riferimento (quali il genere, l'età e la distribuzione territoriale).

#### 3.1 Sesso

Tra la popolazione di riferimento, si conferma una prevalenza femminile. Se analizziamo tale dato scindendo coloro che sono in AI da coloro che sono in AVS emergono i seguenti dati:

- I beneficiari anziani sono rappresentati dal 72.5% da donne e dal 27.5% da uomini;
- I beneficiari in invalidità sono rappresentati dal 54.2% da donne e dal 45.8% da uomini (tabella n. 4), a differenza del passato in cui il risultato mostrava una prevalenza maschile rispetto a quella femminile, anche se il numero di beneficiari notevolmente inferiore non ci permette di stabilire se significativo rispetto alla popolazione.

Genere		Beneficiari AI	Beneficiari AVS	Totale
Donne	N	58	203	260
	%	54.2%	72.5%	67.2%
Uomini	N	49	77	127
	%	45.8%	27.5%	32.8%
<b>Totale</b>	N	<b>107</b>	<b>280<sup>6</sup></b>	<b>387</b>
	%	100%	100%	100%

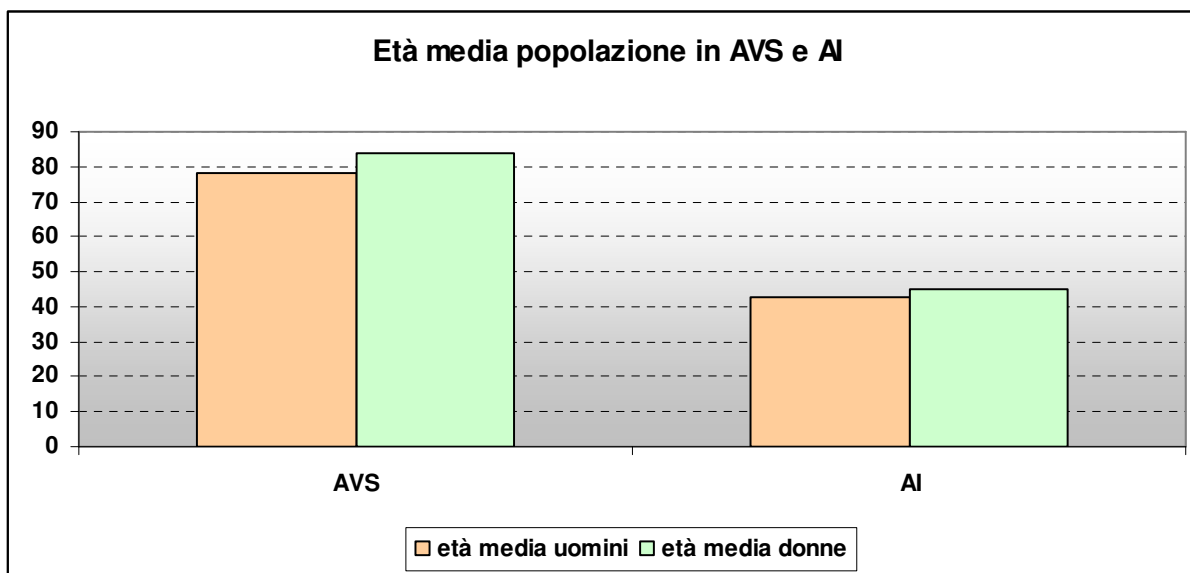
<sup>6</sup> Da ora in poi non considereremo nella statistica le persone non indagabili, pari a due in AVS.

Questo dato trova riscontro anche con la popolazione residente in case per anziani in cui il 76,46% è costituito da donne e il restante 23,54% da uomini<sup>7</sup>. Anche i dati legati alle attività svolte dai Sacd rilevano che il 69% degli assistiti è costituito da donne contro il 31% degli uomini<sup>8</sup>.

### 3.2 Classe di età

Aspetto interessante della popolazione è costituito dalle fasce di età; si riscontra che tra i beneficiari anziani la media dell'età femminile è pari ad 84 anni, mentre l'età media maschile si attesta sui 78 anni. Rispetto al decennio precedente notiamo una crescita dell'età media della popolazione femminile ed una riduzione di quella maschile (82 anni per le donne e 81 per gli uomini).

L'universo delle persone in AI presenta un'età media delle donne pari a 45 anni contro i 43 per gli uomini. Anche in questo caso si rileva una differenza rispetto al passato con una riduzione dell'età media per le rispettive classi (49 anni donne e 44 anni uomini).



### 3.3 Distribuzione territoriale

È importante sottolineare il peso attribuito alle interviste effettuate personalmente in relazione alla distribuzione territoriale, anche per comprendere le difficoltà di accesso alle strutture, quali ad es. centri diurni, legate ad aspetti di dislocazione geografica o di difficoltà nei trasporti, che possono essere causa di mancato utilizzo da parte dei beneficiari, la cui presa a carico, in tal modo, grava in maniera sostanziale sull'entourage familiare.

A tal proposito appare opportuno suddividere il territorio per comprensori Sacd (Servizi di assistenza e cure a domicilio), ovvero distinguere i dati in relazione ai campi di intervento

<sup>7</sup> Dati rilevati dall'Annuario statistico ticinese anno 2009.

<sup>8</sup> Dati complessivi dei Sacd operanti nel sopraceneri e nel sottoceneri (2008-2009).

dei servizi pubblici presenti in Ticino: Abad, Alvad, Sacd Tre Valli, Maggio, Scudo e Sacd del Mendrisiotto e Basso Ceresio.

Nella tabella n. 5 è rappresentata la distribuzione territoriale della popolazione, in riferimento ai comprensori Sacd e secondo le modalità di intervista.

<b>Tab. n. 5 Suddivisione territoriale, per comprensori Sacd della popolazione esaminata secondo le diverse modalità di interviste</b>				
<b>Comprensori Sacd</b>	<b>Modalità interviste</b>			<b>Totale</b>
	<b>Interviste telefoniche</b>	<b>Invio questionari</b>	<b>Interviste personali</b>	
Bellinzonese	10	10	19	39
Locarnese e Valle Maggia	12	20	31	63
Tre Valli	4	8	13	25
Malcantone e Vedeggio	10	12	18	40
Luganese	34	34	61	129
Mendrisiotto e Basso Ceresio	24	24	43	91
<b>Totale</b>	<b>94</b>	<b>108</b>	<b>185</b>	<b>387</b>

Se focalizziamo l'attenzione sulle interviste personali rispetto alla numerosità per comprensorio Sacd è possibile osservare le seguenti percentuali:

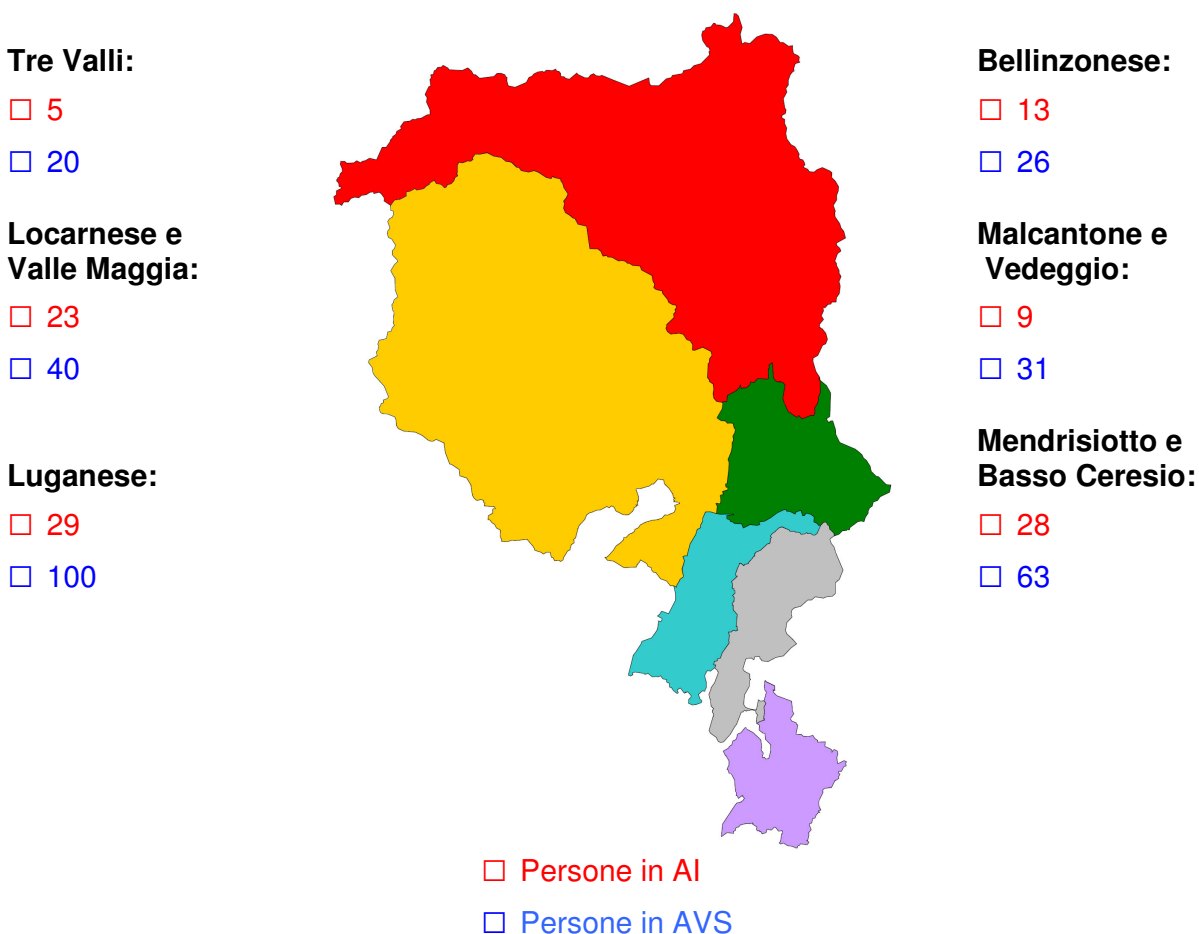
- Bellinzonese: 48.7%;
- Locarnese e Valle Maggia: 49.2%;
- Tre Valli: 52%;
- Malcantone e Vedeggio: 45%;
- Luganese: 47.2%;
- Mendrisiotto e Basso Ceresio: 47.2%.

Nella tabella n. 6 è possibile osservare, invece, la ripartizione per comprensorio di appartenenza territoriale delle persone in AI e in AVS:

<b>Tab. n. 6 Ripartizione della popolazione, secondo i comprensori di appartenenza e il tipo di beneficiario</b>			
<b>Comprensorio Sacd</b>	<b>Beneficiari AI</b>	<b>Beneficiari AVS</b>	<b>Totale</b>
	Bellinzonese	13	
Locarnese e Valle Maggia	23	40	63
Tre Valli	5	20	25
Malcantone e Vedeggio	9	31	40
Luganese	29	100	129
Mendrisiotto e Basso Ceresio	28	63	91
<b>Totale</b>	<b>107</b>	<b>280</b>	<b>387</b>

Nella cartina seguente è possibile avere una visione dell'estensione territoriale, della copertura per comprensorio e della numerosità delle persone in AI e in AVS:

### Distribuzione territoriale per comprensorio Sacd



Altrettanto interessante è verificare la percentuale di copertura territoriale dell'intervento cantonale relativa al sussidio per il mantenimento a domicilio rispetto al numero di beneficiari ai quali è stato riconosciuto, in Ticino, un grado AGI<sup>9</sup>.

Se osserviamo i dati che emergono nell'Annuario statistico ticinese del 2009, possiamo notare che nel 2008 sono stati riconosciuti 2937 AGI a persone in AVS, contro 1139 AGI a persone in AI. Se consideriamo il numero di beneficiari in nostro possesso con tali dati emerge che il Cantone riconosce il sussidio per il mantenimento a domicilio:

- al 9.6% delle persone in AVS, cui è riconosciuto un grado AGI;
- al 9.4% delle persone in AI, cui è riconosciuto un grado AGI.

<sup>9</sup> I dati dei beneficiari di assegni grandi invalidi sono tratti dal Dipartimento della sanità e della socialità, Istituto delle Assicurazioni sociali, Ufficio delle prestazioni, Bellinzona 2008.

È importante osservare che nel calcolo sono compresi i decessi avvenuti prima e durante l'inizio dell'indagine e coloro entrati in Cpa, quindi bisogna tener presente della variabilità delle entrate e delle uscite della rosa di beneficiari del sussidio, che solitamente si verifica nell'arco di un anno.

## 4. Caratteristiche popolazione intervistata

### 4.1 Composizione economia domestica

Da un'attenta analisi della composizione dell'economia domestica risulta che sia per i beneficiari in AI che per quelli in AVS vi è una prevalenza di coloro che vivono in economie composte da due persone. In particolare la tabella seguente mostra che dei 335 indagati:

- Il 37.2% delle persone in AI vivono in economie domestiche composte da 2 persone;
- Il 50.6% delle persone in AVS vivono in economie domestiche composte di 2 persone (tabella n. 7).

Composizione economia domestica		Beneficiari AI	Beneficiari AVS	Totale
1	N	5	72	77
	%	5.30%	29.90%	23.00%
2	N	35	122	157
	%	37.20%	50.60%	46.90%
3	N	28	32	60
	%	29.80%	13.30%	17.90%
4	N	21	12	33
	%	22.30%	5.00%	9.90%
5	N	4	2	6
	%	4.30%	0.80%	1.80%
6	N	0	1	1
	%	0.00%	0.40%	0.30%
7	N	1	0	1
	%	1.10%	0.00%	0.30%
Totale	N	94	241	335
	%	100.00%	100.00%	100.00%

Il 67% della popolazione in AI presenta un'economia domestica costituita da due o tre persone; il 63.9% delle persone in AVS si distribuisce nel seguente modo: la metà della popolazione (50.6%) vive in economie domestiche di due persone, il 13.3% di tale popolazione vive in economie domestiche di tre persone.

Delle 35 persone in AI che vivono in economie domestiche di due persone è possibile osservare quanto segue:

- 16 vivono con il coniuge (45.7%);
- 9 con la madre (25.7%);
- 5 con fratello e/o sorella (14.3%);
- 2 con il padre (5.7%);
- 2 con altri non parenti (5.7%);
- 1 con badante (2.9%).



Per quanto riguarda le 122 persone in AVS che vivono in economie domestiche costituite da due persone, osserviamo che:

- 61 vivono con il coniuge (50%);
- 46 con figlio/a (37.7%);
- 8 con badante (6.6%);
- 5 con fratello/sorella (4.1.%);
- 1 con genero/nuora (0.8%)
- 1 con altro non parente (0.8%).

Un dato alquanto interessante che viene evidenziato dalla tabella precedente riguarda le persone in AVS, per le quali si riscontra che il 29.9%, pari a 72 beneficiari vivono soli, mentre per coloro che sono in AI notiamo un tasso irrisorio pari al 5.3%, corrispondente a sole 5 persone.

Dall'analisi emerge che delle 77 persone che vivono sole l'86% è costituito da donne e il restante 14% da uomini (tabella n.8, le percentuali sono commisurate al totale complessivo per genere). Tale dato era già stato evidenziato nella ricerca del 1999. Delle 5 persone in AI tre sono donne e due sono uomini, mentre delle 72 persone in AVS 62 sono donne e 10 uomini.

<b>Tab. n. 8 Suddivisione composizione economia domestica, secondo il genere</b>				
<b>Composizione economia domestica</b>		<b>Donne</b>	<b>Uomini</b>	<b>Totale</b>
1	N	<b>66</b>	11	77
	%	<b>29.90%</b>	9.60%	23.00%
2	N	91	66	157
	%	41.20%	57.90%	46.90%
3	N	41	19	60
	%	18.60%	16.70%	17.90%
4	N	18	15	33
	%	8.10%	13.20%	9.90%
5	N	5	1	6
	%	2.30%	0.90%	1.80%
6	N	0	1	1
	%	0.00%	0.90%	0.30%
7	N	0	1	1
	%	0.00%	0.90%	0.30%
<b>Totale</b>	N	221	114	335
	%	100.00%	100.00%	100.00%

Solitamente si osserva che le persone in AI che sono in età adolescenziale vivono con i genitori, mentre gli invalidi adulti vivono con il coniuge e i figli; le persone in AVS vivono per la maggior parte con il coniuge, con i figli o all'interno del nucleo familiare dei figli stessi.

La presa a carico dei familiari evidenzia l'importanza sociale che la famiglia attribuisce alla cura a domicilio del proprio congiunto.

Inoltre un dato interessante, anche se di valore poco significativo, riguarda il fenomeno delle badanti, che vivono all'interno delle economie domestiche di ben 9 persone in AVS e di 1 in AI (tabella n. 9).

Componenti economia domestica	Beneficiari in AI	Beneficiari in AVS	Totale
	N	N	
Coniuge/convivente	29	73	102
Figlio/a	21	93	114
Padre	33	0	33
Madre	44	0	44
Fratello/sorella	32	6	38
Genero/nuora	2	24	26
Altro parente	6	18	24
Badante	1	9	10
Altro non parente	10	13	23
<b>Totale</b>	<b>178</b>	<b>236</b>	<b>414</b>

#### 4.2 Persone che forniscono l'assistenza

Dall'analisi delle persone che si occupano della presa a carico dei beneficiari del sussidio emerge che le 241 persone anziane sono assistite da 582 persone, di cui il 50% è costituito da parenti, il 34% da Sacd (pubblici e privati) e infermiere/i privati e il 16% da terze persone quali: badanti, amici, vicini di casa, volontari, etc.

	Beneficiari in AI		Beneficiari in AVS	
	N	%	N	%
Parenti	119	70.0	292	50.2
Terze persone	26	15.3	92	15.8
Servizio di aiuto domiciliare/infermieri privati	25	14.7	198	34.0
<b>Totale</b>	<b>170</b>	<b>100</b>	<b>582</b>	<b>100</b>

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

Le persone in invalidità, invece, ricevono assistenza da 170 persone, di cui il 70% è costituito da parenti, il 15.3% da terze persone e il restante 14.7% da Sacd (pubblici e privati) e infermiere/i privati (tabella n. 10).

Rispetto alle persone anziane si assiste ad una prevalente presa a carico da parte dei familiari e di terze persone (in particolare amici) ed ad un minor intervento da parte dei servizi di assistenza domiciliare.

Se osserviamo in dettaglio chi si occupa della presa a carico delle persone in AI notiamo una prevalenza della figura della madre (44.7%), seguita dalla figura paterna (19.1%), dalla moglie (17%) e dal marito (11.7%).

È possibile, inoltre, osservare in dettaglio le persone che si occupano dell'assistenza, distinguendo la tipologia di beneficiari (persone in AI e in AVS), il grado di parentela e l'intervento di terze persone (tabella n. 11).

	Beneficiari in AI		Beneficiari in AVS	
	N	%	N	%
Madre	42	44.7	0	0
Padre	18	19.1	0	0
Figlia	6	6.4	124	51.5
Figlio	2	2.1	47	19.5
Moglie	16	17.0	43	17.8
Marito	11	11.7	19	7.9
Sorella	8	8.5	6	2.5
Fratello	6	6.4	3	1.2
Cognata	2	2.1	3	1.2
Cognato	1	1.1	0	0.0
Nuora	2	2.1	20	8.3
Genero	0	0.0	10	4.1
Nipote	2	2.1	12	5.0
Altro parente	3	3.2	5	2.1
Badante	5	5.3	34	14.1
Aiuto domestico	5	5.3	53	22.0
Amica	8	8.5	1	0.4
Amico	3	3.2	1	0.4
Vicino di casa	1	1.1	0	0.0
Volontari	1	1.1	2	0.8
Non parente	3	3.2	1	0.4
<b>Totale</b>	<b>145</b>		<b>384</b>	

Se osserviamo con attenzione la tabella sopra riportata notiamo una percentuale superiore di assistenza da parte delle donne rispetto agli uomini sia per i beneficiari in AI che in AVS.

Questo dato viene osservato anche in diversi contesti internazionali, come in Italia, dove esiste l' "assegno di cura"<sup>10</sup>, ovvero un contributo economico fornito agli anziani (o ai loro familiari) per finanziare l'assistenza, che viene erogato dai Comuni o dalle ASL e trasmesso ai caregiver oppure utilizzato per acquistare assistenza privata, e dove si assiste ad una prevalente presa a carico dei congiunti da parte delle donne.

Per quanto concerne l'intervento assistenziale fornito dai Sacd (pubblici e privati) e dalle infermiere private, le seguenti tabelle (tabelle n. 12 e 13) permettono di avere una visione della copertura fornita da tali servizi sul territorio, sia per quanto riguarda le cure infermieristiche che l'aiuto domestico prestato ai beneficiari del sussidio.

<sup>10</sup> "Gli assegni di cura in Italia" – Cristiano Gori.

Tab. n. 12 Sacd (pubblici e privati) e infermieri privati che prestano cure infermieristiche ed igiene, secondo il tipo di beneficiario				
	Beneficiari in AI		Beneficiari in AVS	
	N	%	N	%
Alvad	1	1.1	16	6.6
Abad	3	3.2	10	4.1
Scudo	5	5.3	27	11.2
Mendrisiotto e Basso Ceresio	4	4.3	16	6.6
Maggio	1	1.1	9	3.7
Tre Valli	0	0.0	7	2.9
Hannelore Pieroni	1	1.1	10	4.1
Sole	0	0.0	2	0.8
Internursing	0	0.0	8	3.3
TiCure	0	0.0	2	0.8
Blumagnolia	0	0.0	1	0.4
Artemide	0	0.0	1	0.4
Ticinomed	0	0.0	1	0.4
Spitex (pubblici o privati)	2	2.1	16	6.6
Infermiere/i privati	1	1.1	13	5.4
<b>Totale</b>	<b>18</b>		<b>139</b>	

Dalla tabella sopra riportata emerge che le persone in invalidità sono assistite per il 15% da Sacd pubblici e per il 4.3% da Sacd ed infermieri privati, mentre le persone anziane sono assistite per il 35.1% da Sacd pubblici e per il 18.1% da Sacd ed infermieri privati. Dalle interviste effettuate, sembrerebbe che la presenza di un intervento consistente dei Sacd privati per le cure infermieristiche trova giustificazione nella maggior disponibilità di intervento da parte dei servizi privati, con interventi che si estendono non solo nelle fasce serali e nei week end, ma soprattutto perché tali servizi permettono la presenza di una figura costante, nella presa a carico dell'utente, a differenza dei Sacd pubblici dove si assiste ad un maggior turnover del personale.

Tab. n. 13 Sacd (pubblici e privati) che prestano interventi di aiuto domestico, secondo il tipo di beneficiario				
	Beneficiari in AI		Beneficiari in AVS	
	N	%	N	%
Alvad	0	0.0	4	1.7
Abad	4	4.3	4	1.7
Scudo	0	0.0	15	6.2
Mendrisiotto e Basso Ceresio	0	0.0	9	3.7
Maggio	0	0.0	4	1.7
Tre Valli	1	1.1	4	1.7
Hannelore Pieroni	0	0.0	3	1.2
Sole	0	0.0	1	0.4
Internursing	1	1.1	0	0.0
TiCure	0	0.0	1	0.4
Blumagnolia	0	0.0	1	0.4
Accompagna	0	0.0	1	0.4
Opera prima	0	0.0	6	2.5
Spitex (pubblici o privati)	1	1.1	5	2.1
Sacd privati non identificati	0	0.0	1	0.4
<b>Totale</b>	<b>7</b>		<b>59</b>	

La precedente tabella, invece, mostra l'intervento legato all'aiuto domestico da parte dei Sacd pubblici e privati. Anche per tale prestazione notiamo che l'intervento dei Sacd pubblici è pari al 5.4%, mentre i Sacd privati intervengono solo nella misura del 2.2%. Per le persone anziane, invece, assistiamo ad un intervento pubblico pari al 16.6%, mentre i servizi privati intervengono nella misura del 7.9%.

Se consideriamo però che oltre all'intervento dei Sacd privati per l'aiuto domestico intervengono anche persone private, che vengono pagate direttamente dai beneficiari del sussidio, le percentuali sopra riportate subiranno le seguenti oscillazioni:

- le persone in invalidità sono seguite nella gestione della casa dal 7.4% di aiuto domestico (Sacd privati e persone private);
- le persone anziane, invece, presentano il 29.9% di interventi privati (Sacd privati e aiuto domestico).

Se adesso confrontiamo l'intervento dei Sacd pubblici con tutto il settore privato osserviamo che quest'ultimo prevale notevolmente sul primo. Anche tale risultato sembrerebbe trovare giustificazione nella maggior flessibilità in termini di orari concessi dal settore privato rispetto a quello pubblico e che più collimano con le esigenze di coloro che necessitano di assistenza al domicilio.

#### 4.2.1 Rete assistenziale

Dalla complessità di gestione al domicilio di chi vive una situazione di dipendenza deriva la creazione, intorno alla persona non autosufficiente, di una rete assistenziale di interventi incrociati da parte di più figure, professionali e non.

A tal proposito, appare opportuno osservare qual è l'organizzazione della rete assistenziale, al fine di prender coscienza del numero di persone che sono necessarie per permettere la permanenza al domicilio delle persone dipendenti.

L'organizzazione della rete assistenziale, in particolare, mostra che per le persone in AI il 69.1% presenta una rete costituita da soli parenti, il 12.8% da parenti e Sacd, il 6.4% da parenti e terze persone e il 5.3% dall'insieme delle tre categorie assistenziali (tabella n. 14).

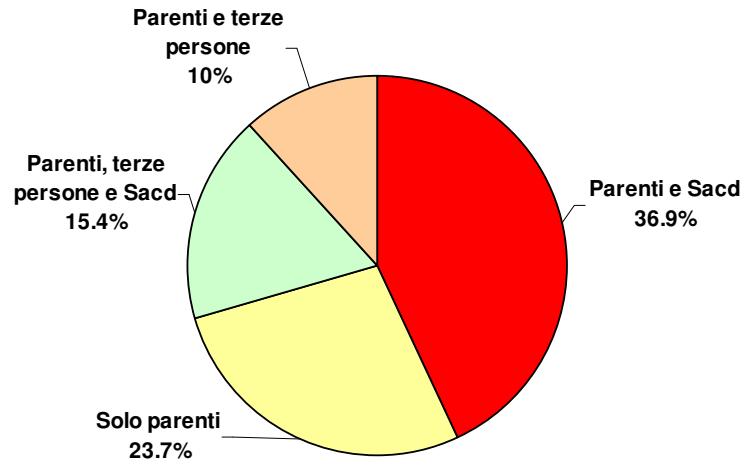
Le persone in AVS presentano, invece, una rete assistenziale più complessa che per il 36.9% è costituita da parenti e Sacd, il 23.7% da soli parenti, il 15.4% da parenti, terze persone e Sacd e infine il 10% da parenti e terze persone.

Ciò potrebbe trovare giustificazione in un declino fisiologico maggiore delle persone anziane rispetto a quelle in invalidità, legata ai maggiori interventi di cure infermieristiche osservati nel paragrafo precedente.

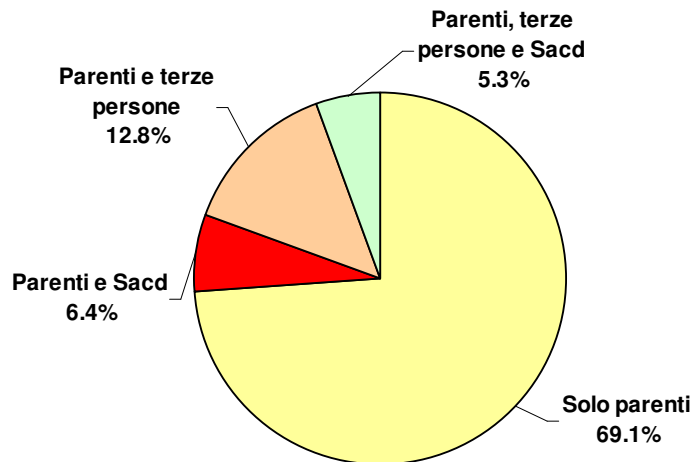
	Beneficiari in AI		Beneficiari in AVS	
	N	%	N	%
Solo parenti	65	69.1	57	23.7
Solo terze persone	2	2.1	5	2.1
Solo Sacd	1	1.1	6	2.5
Solo infermiere/i privati	0	0.0	0	0.0
Parenti e terze persone	6	6.4	24	10.0
Parenti e Sacd	12	12.8	89	36.9
Parenti e infermiere/i privati	0	0.0	6	2.5
Terze persone e Sacd	2	2.1	15	6.2
Parenti, terze persone e Sacd	5	5.3	37	15.4
Parenti, terze persone e infermiere/i privati	1	1.1	1	0.4
Parenti, Sacd e infermiere/i privati	0	0.0	1	0.4
<b>Totale</b>	<b>94</b>		<b>241</b>	

I grafici seguenti mostrano l'organizzazione della rete assistenziale che si crea intorno ai beneficiari del sussidio:

### Organizzazione rete assistenziali persone in AVS



### Organizzazione rete assistenziale persone in AI



Se valutiamo il numero medio di persone necessarie per la presa a carico delle persone dipendenti osserviamo che gli anziani sono assistiti in media da 2.4 persone, in lieve riduzione rispetto ai dati del 1999 (2.87 persone curanti), mentre gli invalidi sono assistite da circa 1.8 persone, anche tale dato risulta ridotto rispetto al 1999 (2.65 persone curanti). La tabella n. 15 mostra nel dettaglio il numero di persone necessarie per la presa a carico della popolazione di riferimento secondo la tipologia di beneficiari.

	Beneficiari in AI		Beneficiari in AVS	
	N	%	N	%
1	47	50%	54	22%
2	33	35%	84	35%
3	7	7%	64	27%
4	4	4%	29	12%
5	0	0%	7	3%
6	1	1%	3	1%
7	2	2%	0	0%
<b>Totale</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>	<b>241</b>	<b>100%</b>

Le persone anziane che sono seguite da un solo curante sono 54 pari al 22% della popolazione esaminata, in leggera riduzione rispetto alla ricerca precedente (23%). Le persone anziane seguite da 4 persone sono pari a 29 persone, ovvero il 12%, mentre 10 persone richiedono l'intervento di 5-6 persone per la propria presa a carico pari al 4% della popolazione esaminata. Tali outlier (valori eccezionali) sono rappresentati da quei casi di maggior complessità.

Per quanto riguarda le persone in invalidità notiamo che il 50%, pari a 47, persone è preso a carico da una sola persona, mentre solo 4 sono seguiti da 4 persone e una da 6 persone.

Nel paragrafo dedicato alla composizione dell'economia domestica abbiamo osservato che 5 persone in invalidità e 72 persone anziane vivono sole.

A tal proposito, risulta interessante esaminare la rete assistenziale che si crea attorno a tale parte della popolazione per comprendere se ad attivarsi sono sempre persone appartenenti all'entourage familiare o intervengono maggiormente terze persone e servizi domiciliari (vedi tabella n. 16)

	Beneficiari in AI		Beneficiari in AVS	
	N	%	N	%
Solo parenti	1	1.1	11	4.6
Solo terze persone	1	1.1	4	1.7
Solo Sacd	1	1.1	6	2.5
Solo infermiere/i privati	0	0.0	0	0.0
Parenti e terze persone	1	1.1	8	3.3
Parenti e Sacd	0	0.0	20	8.3
Parenti e infermiere/i privati	0	0.0	1	0.4
Terze persone e Sacd	1	1.1	7	2.9
Parenti, terze persone e	0	0.0	15	6.2
Parenti, terze persone e	0	0.0	0	0.0
Parenti, Sacd e infermiere/i	0	0.0	0	0.0
<b>Totale</b>	<b>5</b>		<b>72</b>	



Nella tabella sopra riportata, notiamo che il numero esiguo di persone in AI che vivono sole presenta una rete assistenziale costituita in prevalenza da parenti e terze persone e in modo meno influente dai Sacd. Per quanto concerne, invece, le persone anziane, osserviamo che in circa la metà dei casi la rete è costituita da parenti e Sacd, mentre assume un ruolo importante la figura delle badanti ed aiuto domestici nella categoria delle terze persone.

Inoltre, per le persone anziane emerge che il 23.6% delle persone che vivono sole non hanno familiari che si occupano della loro presa a carico e che devono ricorrere a terze persone o servizi domiciliari.

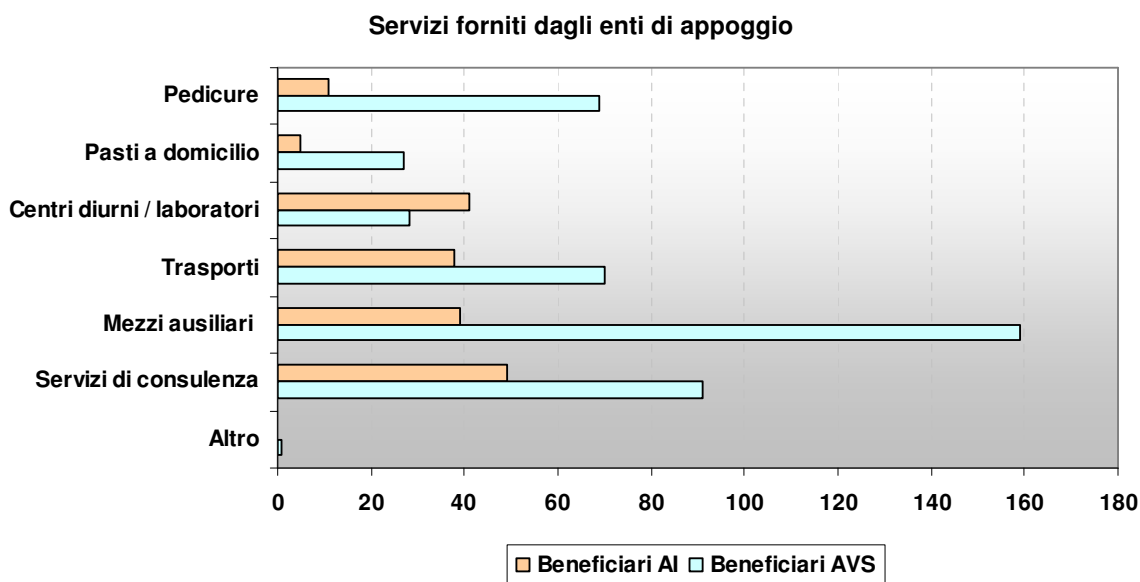
Tale aspetto assumerà particolare rilievo quando si affronteranno concetti legati alla qualità di vita, in quanto viene sottolineato l'aspetto della solitudine che spesso accomuna questa tipologia di soggetti.

Oltre alle figure sopra enunciate che costituiscono la rete assistenziale, dobbiamo evidenziare l'esistenza di enti di appoggio, il cui intervento contribuisce alla presa a carico della persona non autosufficiente al domicilio.

Si tratta, in particolare, di servizi ed istituti che operano sul territorio cantonale e che fungono da tramite tra la collettività e le istituzioni, contribuendo, in tal modo, a sollevare i familiari dalla presa a carico del congiunto.

Se osserviamo il grafico seguente possiamo notare in che misura i beneficiari del sussidio ricorrono a tali enti per la loro presa a carico, ovvero:

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



La maggior parte delle persone in AI e in AVS che hanno risposto di non usufruire dei servizi degli enti di appoggio hanno dichiarato di non averne bisogno, in percentuale inferiore dichiarano di non essere a conoscenza dei servizi, di non sapere a chi rivolgersi, di non usufruirne a causa del costo eccessivo o in quanto non presente dove abitano.

La spiegazione del mancato utilizzo di alcuni di questi servizi quali: pedicure, pasti a domicilio, trasporti troverebbe giustificazione nel fatto che, per la maggior parte dei beneficiari, sono i familiari che se ne occupano o coloro che prendono a carico il beneficiario.

Per quanto riguarda, invece, la mancata frequenza dei centri diurni/laboratori, le principali risposte che sono state fornite dai beneficiari in AI e in AVS sono:

- mancata esistenza di strutture idonee per la complessità del caso e/o rifiuto di accoglimento da parte delle strutture;
- problemi di trasporto e di dislocazione geografica dei centri;
- presenza di liste di attesa;
- mancato interesse da parte del beneficiario o difficoltà di allontanarsi dall'ambiente familiare.

Dall'analisi dei dati si osserva che l'onere della presa a carico della maggior parte della popolazione esaminata ricade sulla famiglia. Sarebbe interessante approfondire i motivi di non necessità di tali servizi per comprendere se si tratta di complessità dei casi o volontà/rifiuto da parte dei beneficiari.

#### 4.2.2 Assistenza erogata dai “caregiver” in termini di ore settimanali, anni di assistenza e rinuncia ad impieghi di lavoro

La presa a carico di una persona dipendente richiede sacrifici in termini di tempo e di rinunce ad impieghi di lavoro da parte dei familiari che si assumono la cura al domicilio del proprio congiunto.

A tal proposito si può evidenziare il numero di ore di assistenza che vengono prestate dai caregiver per comprendere la mole di lavoro che deriva dalla presa a carico al domicilio.

Le tabelle seguenti mostrano le ore di assistenza erogate dalla rete assistenziale, distinguendo la tipologia di soggetti che intervengono.

<b>Tab. n. 17 Ore di assistenza settimanali, per tipo di beneficiario e persone che prestano assistenza</b>		
	<b>Beneficiari AI</b>	<b>Beneficiari AVS</b>
	<b>N</b>	<b>N</b>
<b>Parenti</b>	<b>119</b>	<b>292</b>
<b>Ore di assistenza</b>	<b>7931</b>	<b>20249</b>
< 9	3	16
Da 10 a 39	27	73
Da 40 a 79	19	64
Più di 80	39	80
24h su 24	16	28
Non risposta	15	31
<b>Terze persone</b>	<b>26</b>	<b>92</b>
<b>Ore di assistenza</b>	<b>382</b>	<b>1769</b>
< 9	15	41
Da 10 a 39	7	33
Da 40 a 79	1	9
Più di 80	2	4
24h su 24	0	0
Non risposta	1	5
<b>Servizi di aiuto domiciliare/infermieri</b>	<b>25</b>	<b>198</b>
<b>Ore di assistenza</b>	<b>107</b>	<b>787</b>
< 9	15	160
Da 10 a 39	4	21
Da 40 a 79	0	0
Più di 80	0	0
24h su 24	0	0
Non risposta	6	17
<b>Totale</b>	<b>170</b>	<b>582</b>

Dalla tabella emerge che, per entrambe le tipologie di beneficiari, la maggior parte dell’assistenza viene svolta dai familiari.

<b>Tab. n. 18 Ore settimanali di assistenza prestate dalle singole persone, per tipo di beneficiario e grado di parentela</b>				
	<b>Beneficiari in AI</b>		<b>Beneficiari in AVS</b>	
	<b>Ore</b>	<b>Non risposte</b>	<b>Ore</b>	<b>Non risposte</b>
Parenti	7931	15	20249	31
Terze persone	382	1	1769	5
Servizio di aiuto domiciliare/infermieri privati	107	6	787	17
<b>Totale</b>	<b>8420</b>	<b>22</b>	<b>22805</b>	<b>53</b>

Delle oltre 8000 ore di cura fornite settimanalmente ai beneficiari in AI possiamo notare che il 94% è erogato dai parenti, il 4.5% da terze persone e solo 1.2% dai Sacd e infermieri privati.

Se analizziamo nel dettaglio le ore di assistenza notiamo che:

- il 24% delle persone erogano più di 80 ore settimanali;
- il 22% dalle 10 alle 39 ore;
- il 19% meno di 9 ore;
- il 12% dalle 40 alle 79 ore;
- il 9% presta assistenza 24 ore su 24.

Quest'ultimo dato è stato ponderato, in quanto alcune persone che hanno risposto di avere una presa a carico di 24h su 24 non hanno considerato la frequenza da parte della persona in invalidità presso centri diurni e nemmeno l'intervento di terze persone o Sacc nella presa a carico globale.

Non è stato semplice attribuire le ore di intervento erogate dai vari caregiver, soprattutto nei casi in cui si trattava di familiari, in quanto risulta difficile quantificare le ore di assistenza che prestano al congiunto.

Un altro aspetto interessante riguarda, invece, coloro che non frequentando centri diurni sono effettivamente presi a carico 24h su 24 dalla famiglia. I motivi di una presa a carico così importante possono essere molteplici, dall'elevato grado di dipendenza, al rifiuto da parte dei beneficiari di frequentare centri diurni o dalle difficoltà riscontrate nel raggiungimento delle strutture.

Le restanti percentuali di presa a carico trovano giustificazione nella presenza di persone che frequentando centri diurni trascorrono in media dalle 3 alle 8 ore settimanali in strutture come laboratori, dove prestano attività lavorativa, o in strutture ad hoc consentendo alla famiglia di avere un po' di tempo per sé.

Per quanto riguarda le persone anziane, invece, delle oltre 22000 ore di assistenza settimanali l'89% sono erogate da parenti, l'8% da terze persone e il 3% dai Sacd e infermieri privati. Nel dettaglio si osserva che:

- il 37% eroga meno di 9 ore settimanali;
- il 22% dalle 10 alle 39 ore di assistenza;
- il 14% eroga più di 80 ore settimanali;
- il 13% dalle 40 alle 79 ore;
- il 5% presta assistenza 24 ore su 24.

Nella tabella seguente (tabella n. 19) vengono mostrate le ore medie di assistenza settimanale secondo la tipologia di caregiver, nella quale è possibile notare che la maggioranza delle ore sia per le persone in invalidità che in assistenza sono erogate da parenti.

<b>Tab. n. 19 Ore medie settimanali di assistenza prestate dalle singole persone, per tipo di beneficiario e grado di parentela</b>				
	<b>Beneficiari AI</b>		<b>Beneficiari AVS</b>	
	<b>Ore</b>	<b>Non risposte</b>	<b>Ore</b>	<b>Non risposte</b>
Parenti	66.64	15	69.34	31
Terze persone	14.69	1	19.22	5
Servizio di aiuto domiciliare/infermieri privati	4.28	6	3.97	17
<b>Totale</b>	<b>85.61</b>	<b>22</b>	<b>92.53</b>	<b>53</b>

Come è possibile osservare la media delle ore di presa a carico da parte dei familiari risulta alquanto elevata, ciò risiede nel fatto che, a differenza della ricerca precedente, in cui la presa a carico 24h su 24 era stata considerata come 42 ore settimanali, in questa indagine si è voluto considerare tale presa a carico pari alle 168h settimanali, per far comprendere che vi sono complessità di casi che richiedono non solo un'assistenza diurna ma anche una sorveglianza notturna (vedi casi di Alzheimer, Parkinson, grado elevato di invalidità, etc). Inoltre si osserva che delle persone che si occupano della presa a carico dei beneficiari, il 9% di coloro che assistono persone anziane e il 13% di coloro che si occupano di persone in invalidità, non hanno indicato nei questionari le ore di assistenza che erogano, quindi le medie prima indicate potrebbero, a completezza dei dati, subire delle variazioni.

Se osserviamo, invece, da quanti anni le persone che erogano assistenza si occupano della cura a domicilio possiamo notare che:

- la maggior parte dei parenti delle persone in invalidità si occupano del congiunto da 20-30 anni, mentre coloro che si occupano delle persone anziane lo fanno da 1 a 9 anni. La spiegazione risiede nel fatto che molte persone in invalidità lo sono dalla nascita e per questo necessitano di cure sin dall'inizio, a differenza delle persone anziane che diventano non autosufficienti in tarda età;
- le terze persone che si occupano di persone in AI e in AVS lo fanno da 1 a 9 anni; per la prima tipologia di assistiti si tratta per la maggior parte di amici, mentre per la seconda tipologia si evidenzia la diffusione del fenomeno delle badanti e degli aiuti domestici privati;
- infine, per quanto concerne i servizi di assistenza e cura a domicilio e la categoria di infermieri/e privati/e, si osserva che essi intervengono da 1 a 9 anni per entrambi i tipi di beneficiari (vedi tabella n. 20).

Tab. n. 20 Anni di assistenza, per tipo di beneficiario e persone che erogano l'assistenza		
	Beneficiari in AI	Beneficiari in AVS
	N	N
<b>Parenti</b>	<b>119</b>	<b>292</b>
<b>Anni assistenza</b>		
< 1	1	11
Da 1 a 9	25	183
Da 10 a 19	18	55
Da 20 a 29	28	14
Da 30 a 39	17	1
Da 40 a 49	12	0
Da 50 a 59	1	0
Non risposta	17	28
<b>Terze persone</b>	<b>26</b>	<b>92</b>
<b>Anni assistenza</b>		
< 1	2	14
Da 1 a 9	14	65
Da 10 a 19	6	4
Da 20 a 29	1	0
Da 30 a 39	1	0
Da 40 a 49	0	0
Da 50 a 59	0	0
Non risposta	2	7
<b>Servizi di aiuto domiciliare/infermieri privati</b>	<b>25</b>	<b>198</b>
<b>Anni assistenza</b>		
< 1	1	30
Da 1 a 9	10	128
Da 10 a 19	5	25
Da 20 a 29	3	7
Da 30 a 39	2	0
Da 40 a 49	0	0
Da 50 a 59	0	0
Non risposta	4	8
<b>Totale</b>	<b>170</b>	<b>582</b>

Un altro aspetto che merita particolare attenzione nella presa a carico delle persone non autosufficienti, riguarda la rinuncia da parte dei familiari di un impiego (vedi tab. n. 21). Tale elemento evidenzia come spesso i familiari rinuncino ad un impiego lavorativo per prendersi cura del proprio congiunto. Ciò è stato reso possibile grazie al riconoscimento del beneficiario quale datore di lavoro e quindi in grado di assumere persone per la propria assistenza al domicilio. In tal modo la legge ha voluto riconoscere non solo un diritto al beneficiario di poter regolarizzare, da un punto di vista contrattuale, le persone che si occupano della presa a carico, ma ha anche permesso alle persone che rinunciano ad un impiego e, quindi, soprattutto ad un salario più adeguato, di vedersi riconosciuti gli oneri sociali necessari, in futuro, per il riconoscimento del diritto all'AVS.

<b>Tab. n. 21 Persone che hanno rinunciato ad un impiego per assistere il congiunto, secondo il tipo di beneficiario</b>				
		<b>Beneficiari AI</b>	<b>Beneficiari AVS</b>	<b>Totale</b>
Non hanno rinunciato	N	56	136	192
	%	59.6%	56.4%	57.3%
Hanno rinunciato	N	32	80	112
	%	34.0%	33.2%	33.4%
Non dovevano rispondere	N	1	23	24
	%	1.1%	9.5%	7.2%
Non risposta	N	5	2	7
	%	5.3%	0.8%	2.1%
<b>Totale</b>	N	94	241	335
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Nella tabella seguente (tabella n. 22) è invece possibile osservare la tipologia di lavoro cui hanno rinunciato i familiari per occuparsi dell'assistenza, ovvero se si trattava di un lavoro a tempo pieno, tempo parziale o se hanno ridotto semplicemente la percentuale di lavoro.

<b>Tab. n. 22 Persone che hanno rinunciato ad un impiego per assistere il congiunto, secondo il tipo di beneficiario</b>				
		<b>Beneficiari AI</b>	<b>Beneficiari AVS</b>	<b>Totale</b>
Rinuncia tempo pieno	N	19	32	51
	%	59.4%	40.0%	45.5%
Rinuncia tempo parziale	N	5	18	23
	%	15.6%	22.5%	20.5%
Rinuncia % di lavoro	N	7	28	35
	%	21.9%	35.0%	31.3%
Non risposta	N	1	2	3
	%	3.1%	2.5%	2.7%
<b>Totale</b>	N	32	80	112
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Se, invece, volessimo calcolare la rinuncia economica sopportata dai familiari potremmo osservare i seguenti dati (tabella n. 23) i quali evidenziano le fasce reddituali che percepivano prima di assistere il congiunto.

<b>Tab. n. 23 Ammontare del salario mensile (chf) oggetto di rinuncia da parte dei familiari, secondo il tipo di beneficiario</b>				
<b>Salario mensile (chf)</b>		<b>Beneficiari AI</b>	<b>Beneficiari AVS</b>	<b>Totale</b>
Da 100 a 1000	N	5	9	14
	%	15.6%	11.3%	12.5%
Da 1001 a 2000	N	5	9	14
	%	15.6%	11.3%	12.5%
Da 2001 a 3000	N	6	27	33
	%	18.8%	33.8%	29.5%
Da 3001 a 4000	N	7	11	18
	%	21.9%	13.8%	16.1%
Da 4001 a 5000	N	2	8	10
	%	6.3%	10.0%	8.9%
Oltre 5000	N	1	8	9
	%	3.1%	10.0%	8.0%
Non risposta	N	6	8	14
	%	18.8%	10.0%	12.5%
<b>Totale</b>	N	32	80	112
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Dalla tabella è possibile osservare che il 56% dei familiari che si occupano di assistere persone in AI percepivano un salario mensile che oscilla tra i 1000 e i 4000 chf, mentre il 59% di coloro che assistono persone anziane percepiva un salario compreso nella stessa fascia sopra considerata.



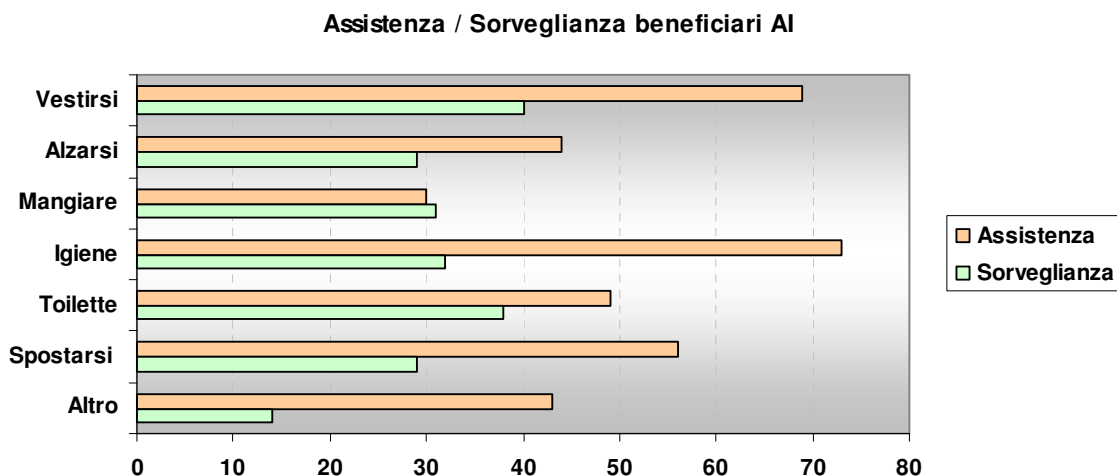
### 4.3 Assistenza e cure richieste

Dal questionario sottoposto ai beneficiari e/o a chi, per la maggior parte, si assume l'onere della presa a carico, sono state poste delle domande volte a conoscere il grado di dipendenza di ciascuno di essi (dal quale discende il riconoscimento del grado AGI), al fine di comprendere per quali atti ordinari della vita quotidiana essi necessitano di maggiore assistenza.

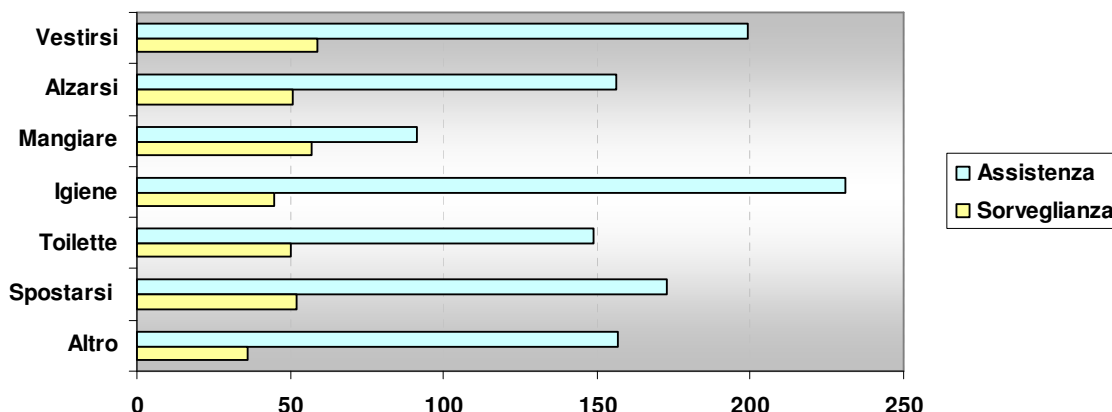
A tal proposito, abbiamo ritenuto opportuno distinguere i concetti di **assistenza**, intesa come aiuto fisico diretto con partecipazione minima o assente da parte dell'assistito, e di **sorveglianza** intesa come aiuto indiretto alla persona mediante stimolazione verbale, accompagnamento, organizzazione della realtà quotidiana e controllo/supervisione delle mansioni casalinghe. Il motivo per cui abbiamo ritenuto opportuno effettuare tale distinzione risiede nel giustificare la presa a carico di 24h su 24, al fine di far comprendere che per quei casi di maggior complessità i familiari, spesso, sono tenuti ad occuparsi dei congiunti durante tutto l'arco della giornata. La tabella n. 24 mostra quali sono i principali atti per cui i beneficiari necessitano di assistenza e/o sorveglianza:

Tab. n. 24 Principali bisogni della popolazione, secondo il tipo di beneficiario e la tipologia di intervento								
	Beneficiari in AI				Beneficiari in AVS			
	Assistenza		Sorveglianza		Assistenza		Sorveglianza	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vestirsi	69	73.4	40	42.6	199	82.6	59	24.5
Alzarsi	44	46.8	29	30.9	156	64.7	51	21.2
Mangiare	30	31.9	31	33.0	91	37.8	57	23.7
Igiene	73	77.7	32	34.0	231	95.9	45	18.7
Toilette	49	52.1	38	40.4	149	61.8	50	20.7
Spostarsi	56	59.6	29	30.9	173	71.8	52	21.6
Altro	43	45.7	14	14.9	157	65.1	36	14.9

Dai grafici seguenti è possibile prendere visione dei principali bisogni dei beneficiari in AI e in AVS.



### Assistenza / Sorveglianza beneficiari AVS



Dai dati sopra riportati emerge che sia le persone in invalidità che le persone anziane necessitano di un aiuto diretto per compiere atti quali: igiene personale, vestirsi e spostarsi. Per quanto riguarda, invece, la sorveglianza nel compimento di determinati atti, ovvero un aiuto indiretto da parte di terze persone, osserviamo che le persone in invalidità richiedono interventi per provvedere a: vestirsi, recarsi in toilette, igiene personale. Le persone anziane, invece richiedono aiuti indiretti per atti quali vestirsi, mangiare e spostarsi.

La maggior parte delle persone che hanno indicato quale bisogno assistenziale la categoria "altro", hanno evidenziato la necessità di assistenza e/o sorveglianza nella preparazione e somministrazione dei medicinali, ciò rende attenti sul grado di dipendenza della popolazione oggetto di analisi.

Inoltre, a differenza della ricerca precedente, in questa indagine è stato chiesto alla popolazione se necessitasse di assistenza durante la notte, e se il grado di assistenza ricevuto durante il giorno e la notte fosse sufficiente per i propri bisogni.

Il 55% della popolazioni in AI e in AVS mostra la necessità di assistenza durante la notte e oltre il 90% si ritiene soddisfatto dell'assistenza ricevuta sia durante il giorno che durante la notte (tabella n. 25)

		Beneficiari AI	Beneficiari AVS	Totale
Giorno	N	87	233	320
	%	92.6%	96.7%	95.5%
Notte	N	85	224	309
	%	90.4%	92.9%	92.2%

Inoltre abbiamo chiesto alla popolazione intervistata di indicare i principali motivi per cui necessitano di assistenza durante la notte ed emerge che i principali bisogni sono legati al sonno perturbato e a toilette ed igiene (tabella n. 26).

<b>Tab. n. 26 Bisogni assistenziali durante la notte, secondo il tipo di beneficiario</b>				
		<b>Beneficiari AI</b>	<b>Beneficiari AVS</b>	<b>Totale</b>
Sonno perturbato	N	36	74	110
	%	38.3%	30.7%	32.8%
Toilette/igiene	N	25	63	88
	%	26.6%	26.1%	26.3%
Somministrazione medicinali	N	13	17	30
	%	13.8%	7.1%	9.0%
Altro	N	10	23	33
	%	10.6%	9.5%	9.9%
<b>Totale</b>	N	<b>94</b>	<b>241</b>	<b>335</b>

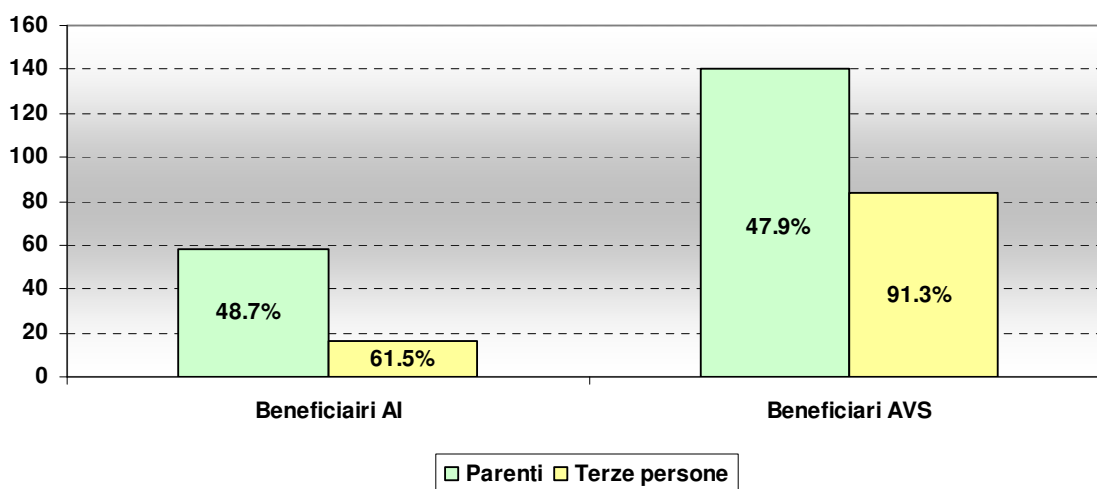
Tra la categoria “altro” risultano in particolare bisogni legati a: cambiamenti di posizione a letto per evitare formazioni di decubito, soprattutto per le persone anziane, rischio di caduta e problemi di panico o paura.

#### 4.4 Modalità di impiego del sussidio

Come si evince dai paragrafi precedenti la principale forma di impiego del sussidio da parte dei beneficiari è legata al riconoscimento economico delle persone che si occupano della loro assistenza, sia che si tratta di familiari che di terze persone. È importante sottolineare che i beneficiari titolari di PC coprono le spese di cura infermieristica e di aiuto domestico tramite questi mezzi, mentre coloro che hanno una situazione reddituale tale da non aver diritto alla PC, utilizzano il sussidio cantonale per far fronte alle spese necessarie al loro mantenimento.

Dall'analisi della popolazione globale emerge che 76% è titolare di PC mentre il restante 24% utilizza il sussidio percepito per coprire l'intera assistenza, sia essa infermieristica che di aiuto domestico, facendo ricorso anche alle entrate personali.

Se prendiamo in esame i parenti e le terze persone, che forniscono assistenza e che ricevono un compenso economico per la prestazione erogata, osserviamo che le persone in invalidità riconoscono un compenso al 49% dei parenti (su 119) e al 62% delle terze persone (su 26). Le persone anziane, invece, retribuiscono il 48% dei parenti (su 292) e il 91% delle terze persone (su 92).



Le percentuali emerse mostrano che non tutto il sussidio versato ai beneficiari viene speso per l'assunzione tramite un contratto di lavoro formale che preveda il pagamento di oneri sociali, ciò trova giustificazione nel fatto che non sempre per i familiari si prevede un regolare contratto di lavoro, ma ciò non toglie che essi comunque percepiscano un contributo economico. Se pensiamo, di fatto, alle coppie anziane in AVS è logico comprendere l'assenza di un contratto di lavoro, in quanto essendo anche il congiunto in AVS non necessita di ulteriori contributi per il raggiungimento dei requisiti pensionistici (ad eccezione di quei casi in cui la persona pur essendo in AVS percepisce un salario annuale superiore a 16800 chf, in tal caso è tenuta a versare i relativi contributi), mentre per le persone in invalidità si osserva che la maggior parte di coloro che si assumono l'onere della presa a carico sono le madri, che sono prevalentemente casalinghe o che comunque non hanno rinunciato al lavoro.

Inoltre non bisogna dimenticare che la cura a domicilio prevede anche il ricorso ad enti di appoggio presenti sul territorio, la cui spesa, seppur minima, ricade sul sussidio percepito dai beneficiari, ad eccezione di coloro che beneficiano di PC. Basti pensare ad esempio

all'acquisto di mezzi ausiliari, alle spese di trasporto per visite mediche o ai pasti a domicilio che sono pagati di tasca propria da coloro che non dispongono di PC.

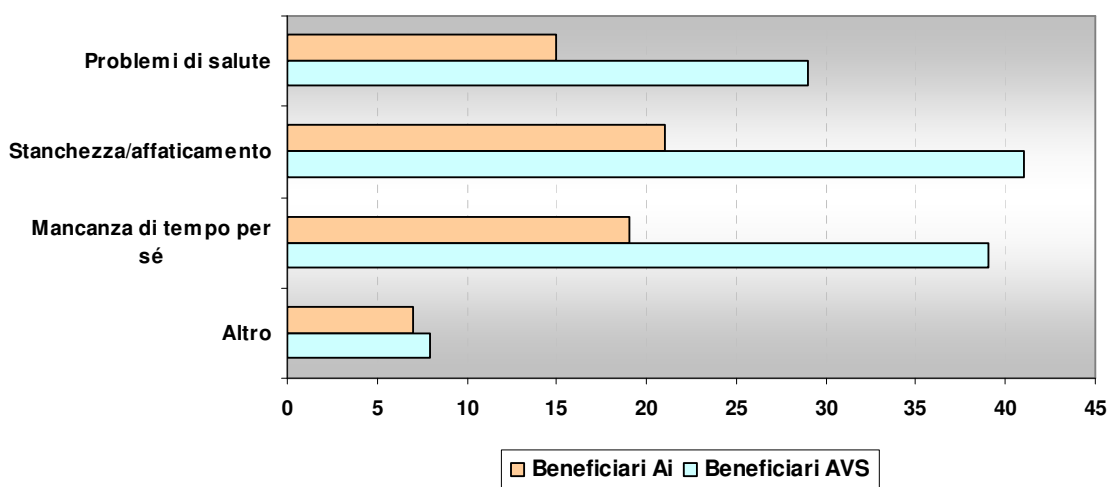
## 5. Aspetti qualitativi ed informativi

Nell'attuale ricerca si è ritenuto opportuno evidenziare alcuni aspetti legati alla qualità di vita non solo dei beneficiari, ma anche dei caregiver, al fine di comprendere lo stato psicologico, emotivo e fisico di coloro che prestano assistenza a chi necessita di assistenza e/o sorveglianza al domicilio.

Innanzitutto è stato chiesto ai familiari che si occupano dell'assistenza se necessitassero di essere affiancati da altre persone per prendersi cura del congiunto. Hanno risposto di aver bisogno di aiuto il 37% di chi assiste persone in AI e il 33% di chi si occupa di persone anziane (tabella n. 27).

		AI	AVS	Totale
Non necessita di aiuto	N	50	131	181
	%	53.2%	54.4%	54.0%
Necessita di aiuto	N	35	79	114
	%	37.2%	32.8%	34.0%
Non ha risposto	N	8	7	15
	%	8.5%	2.9%	4.5%
Totale	N	94	241	335
	%	100.0%	100.0%	100.0%

Interessanti sono i dati che emergono dalle motivazioni fornite dai familiari; il grafico seguente mostra nel dettaglio i principali motivi:

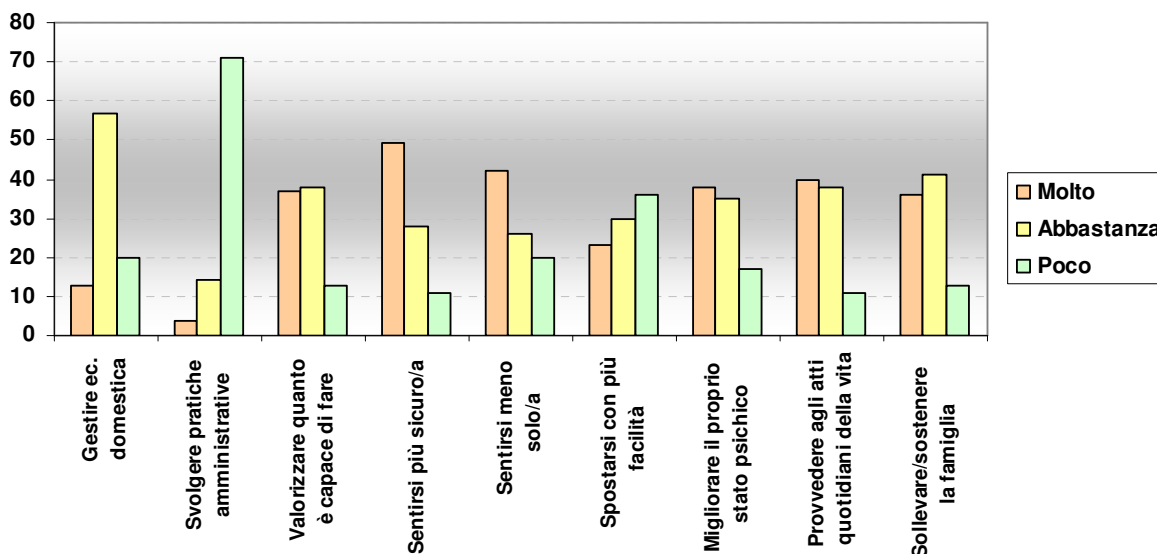


Come è possibile osservare la maggioranza dei familiari, che hanno dichiarato di aver bisogno di essere affiancati, dichiara di essere stanco/affaticato e di non avere tempo

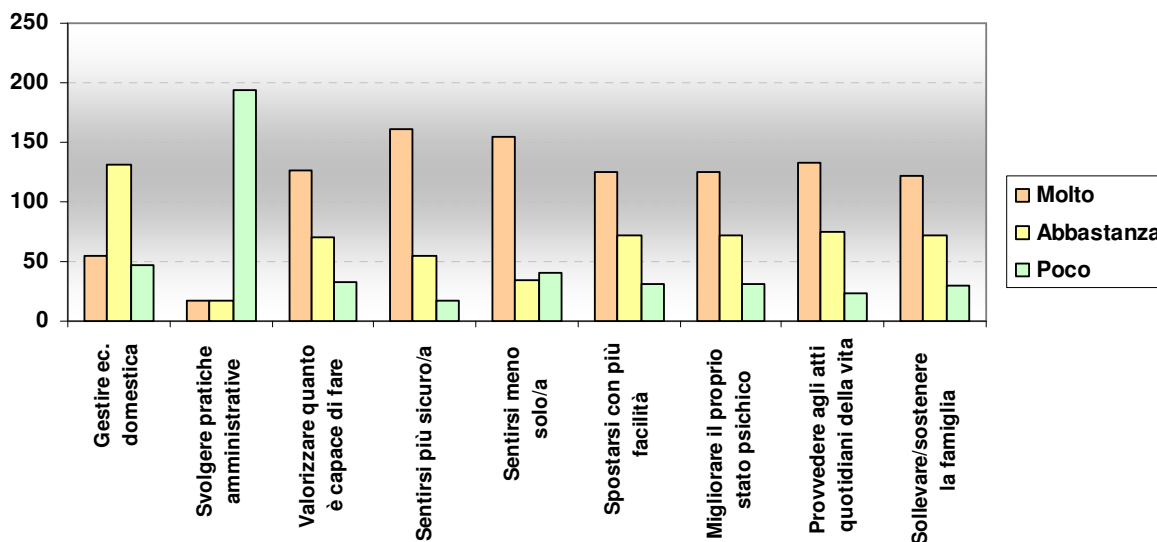
libero da dedicare a sé. Tali motivazioni assumono particolare importanza se si pensa allo stress fisico e psichico che un familiare sopporta per far fronte alla presa a carico del congiunto soprattutto quando ci troviamo dinnanzi a casistiche di particolare complessità (grandi invalidi, affetti da Alzheimer, Parkinson, etc.).

Successivamente si è provveduto a chiedere ai beneficiari se il sussidio per il mantenimento a domicilio migliorasse la loro qualità di vita, ovvero permettesse loro di gestire meglio alcuni atti della vita quotidiana e di sentirgli di sentirsi più sicuri o meno soli.

**Livello di miglioramento della qualità di vita dei beneficiari in AI**



**Livello di miglioramento della qualità di vita dei beneficiari in AVS**



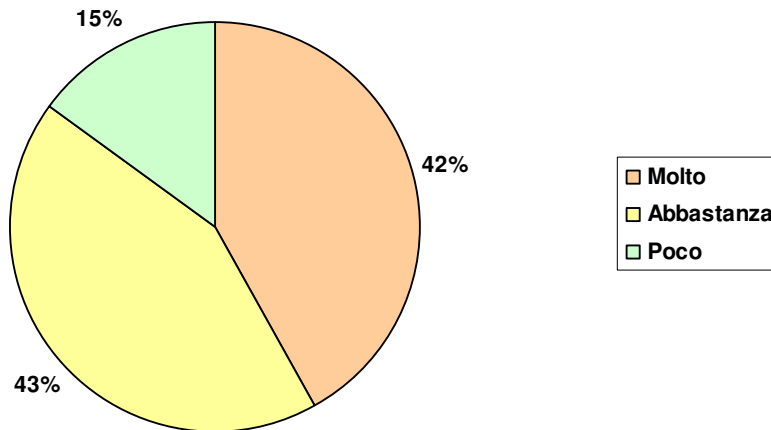
Dai grafici sopra riportati emerge che per le persone in invalidità il contributo cantonale non è di aiuto per lo svolgimento di pratiche amministrative o per spostarsi, in quanto, nella maggior parte, tali attività vengono svolte dai familiari. Aspetto interessante riguarda la capacità del sussidio di far sentire i beneficiari più sicuri, da un punto di vista economico, meno soli, in quanto possono chiedere l'intervento di terze persone per i propri

bisogni, e aiuta a migliorare lo stato psichico. Infine contribuisce abbastanza per la gestione dell'economia domestica, per valorizzare quanto l'utente è ancora capace di fare e per sollevare/sostenere la famiglia.

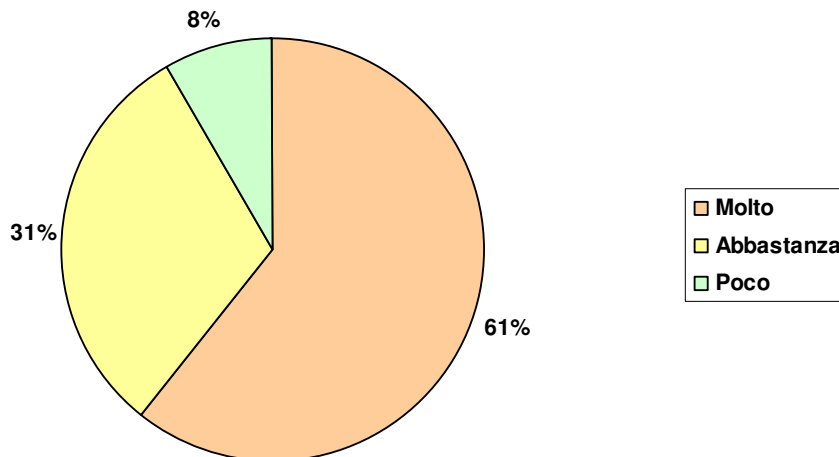
Anche per le persone anziane notiamo una bassa incidenza da parte del sussidio per il disbrigo di pratiche amministrative, mentre vi è molta soddisfazione da parte dell'utenza di ricevere tale aiuto diretto in quanto permette loro di: valorizzare quanto ancora capaci di fare, sentirsi più sicuri, meno soli, spostarsi con più facilità, migliorare lo stato psichico e sostenere/sollevare la famiglia.

Se consideriamo, invece, il livello complessivo di soddisfazione da parte dell'utenza avremo i seguenti risultati:

**Livello di soddisfazione dei beneficiari in AI**



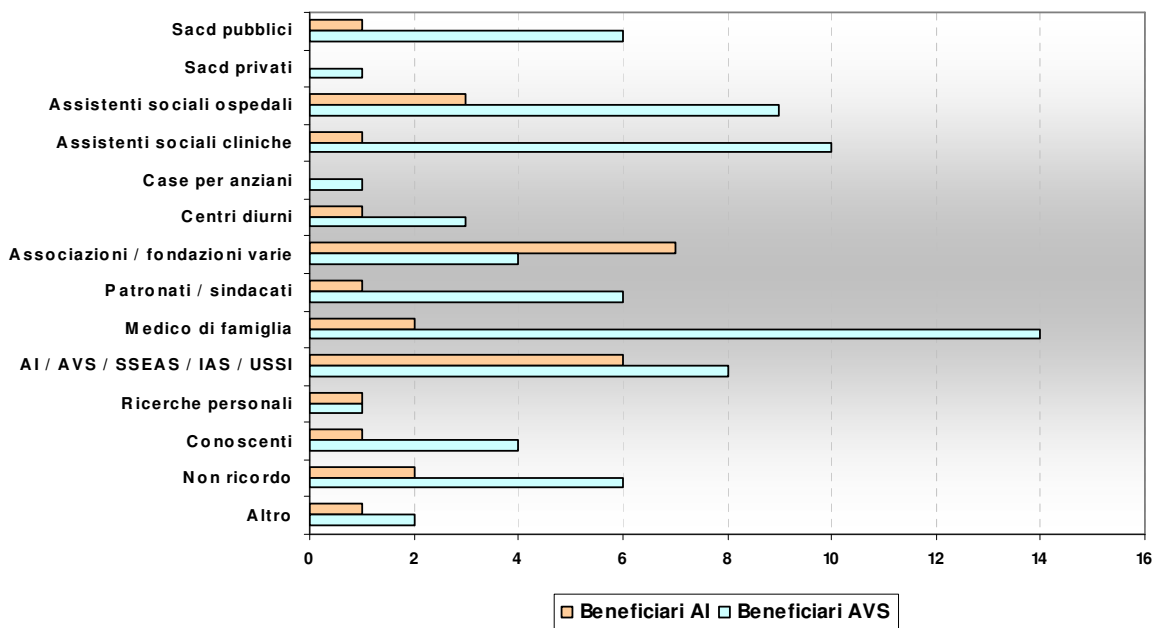
**Livello di soddisfazione dei beneficiari in AVS**



Dai dati rilevati dall'indagine emerge che il livello di soddisfazione dei beneficiari in invalidità si attesta sull'85%, mentre per le persone anziane si aggira sul 90%. Tali percentuali mostrano il senso di gratitudine della popolazione intervistata nei confronti del Cantone, in quanto ritengono moralmente lodevole l'intervento delle istituzioni a favore di coloro che vivono in uno stato di difficoltà e di non autosufficienza.

Ciò che è emerso dalle motivazioni espresse dalla popolazione è che essi riconoscono nel sussidio un contributo economico, anche se non sempre sufficiente per coprire le spese necessarie al loro mantenimento a domicilio, ma il solo fatto che il Cantone intervenga con un contributo finanziario permette alle persone di non sentirsi abbandonate a sé stesse e di sentirsi più sicure.

Inoltre, per comprendere se i canali informativi presenti sul territorio svolgano un ruolo attivo nella diffusione dell'informazione sull'esistenza del sussidio, è stato chiesto ai beneficiari di indicare da chi avevano ottenuto una simile notizia. Il grafico seguente mostra quali sono le principali fonti informative:



Se analizziamo il grafico osserviamo che le persone in invalidità hanno ricevuto l'informazione dell'esistenza del sussidio, nella maggior parte dei casi, da associazioni e fondazioni, uffici come AI, SSEAS, IAS, etc., e da assistenti sociali di ospedali.

Per quanto concerne le persone anziane notiamo una forte informazione fornita dai medici di famiglia, seguiti dagli assistenti sociali di cliniche ed ospedali, da istituti come AVS, SSEAS, IAS, etc., Sacd pubblici, patronati e sindacati.

Infine abbiamo ritenuto opportuno chiedere ai beneficiari di indicare chi avesse compilato il questionario, da noi somministrato, al fine di valutare il grado di dipendenza della popolazione esaminata. Dall'analisi emerge che:

- per il 59% della popolazione in AI e in AVS il questionario risulta compilato da una persona vicina, in quanto l'utente non è più in grado di rispondere;
- il 20% delle persone in AI e il 27% di quelle in AVS hanno compilato da soli il questionario;
- per il 19% delle persone in invalidità e per il 12% di quelle in AVS il questionario è stato compilato con l'aiuto di una persona vicina, in quanto l'utente presenta difficoltà a leggere e/o scrivere;
- il restante 2% non ha indicato chi ha provveduto alla compilazione del questionario.

Da tali percentuali si evince l'elevato grado di dipendenza della maggior parte della popolazione oggetto di analisi e quindi la necessità di avere accanto qualcuno che si occupi dei suoi atti ordinati della vita quotidiana.



## 6. Conclusioni

Dall'indagine è emersa l'importanza che i beneficiari attribuiscono al sussidio considerandolo un aiuto economico per rimanere nel proprio ambiente familiare ed evitare l'ingresso in istituti specializzati, anche se, come ribadito in precedenza, non sempre sufficiente per la copertura delle spese necessarie per il mantenimento a domicilio. A livello sociale il contributo consente ai beneficiari di migliorare l'aspetto legato alla qualità di vita, in quanto rimanendo in un contesto familiare e non istituzionale permette loro di sentirsi "ancora parte attiva" e di godere dell'affetto dei propri congiunti. Tale aspetto, ritenuto di meritevole importanza, è stato più volte sottolineato dagli utenti esprimendo la non volontà di entrare in istituti in quanto l'ingresso in struttura costituisce per loro un declino fisiologico.

### 6.1 Osservazioni emerse dall'indagine

L'indagine ha avuto anche come obiettivo quello di "dar voce" a coloro che vivono una situazione di dipendenza, al fine di far emergere le principali difficoltà che i beneficiari riscontrano sul territorio e di cercare, nei limiti del possibile, di proporre eventuali azioni di miglioramento. Analizziamo, a tal proposito, le osservazioni emerse dall'utenza.

Spesso sono state sollevate critiche legate a spese sanitarie che non essendo riconosciute dalle casse malati restano a carico dei beneficiari. Si tratta di coloro, però, che non beneficiano di PC.

Per quanto concerne le principali criticità sollevate dall'utenza emergono i seguenti aspetti meritevoli di attenzione:

- 1 **Complessità burocratica:** molte persone hanno sollevato le enormi difficoltà che riscontrano nel compilare i formulari, data soprattutto l'età dell'utenza e le condizioni psico-fisiche;
- 2 **Lentezza burocratica:** aspetto critico per chi necessita di assistenza e cura a domicilio è il periodo del rinnovo del sussidio, in quanto si registrano ritardi nell'emissione degli assegni che creano delle difficoltà nella gestione delle spese necessarie all'assistenza;
- 3 **Scarsa informazione:** è emersa poca informazione sul territorio, non solo legata al diritto del sussidio, ma anche ai servizi attivi che costituiscono la rete assistenziale necessaria per il mantenimento a domicilio. Inoltre molte persone hanno lamentato anche la scarsa informazione legata alla possibilità di avere sostegni finanziari per l'acquisto di mezzi ausiliari;
- 4 **Difficoltà di accesso alle strutture:** alcuni beneficiari, invece, hanno lamentato la difficoltà di frequentare centri diurni a causa della dislocazione geografica degli stessi o dell'inesistenza di strutture idonee alla complessità della loro casistica;
- 5 **Spese eccessive:** viene contestato dalla popolazione l'assoggettabilità del sussidio ad imposizione fiscale con relativo pagamento dei contributi qualora venga utilizzato per "assumere" una o più persone che si occupino dell'assistenza. La richiesta della popolazione, invalida ed anziana, è di non sottoporre ad imposizione fiscale il sussidio, ma è stato loro spiegato che essendo tale prestazione non considerata una prestazione sociale, ma un reddito, deve essere sottoposta a tassazione. In tale occasione è stata riscontrata una carenza di informazione, dovuta alla mancata richiesta, da parte dei beneficiari agli organi competenti, di ulteriori spiegazioni in

merito; infatti, si deduce dalle richieste effettuate dai familiari di non essere a conoscenza che nell'importo riconosciuto ai beneficiari è inclusa anche la quota di oneri sociali che il beneficiario dell'aiuto diretto deve pagare in qualità di datore di lavoro.

Inoltre sono stati sottolineati i costi eccessivi legati alle collocazioni temporanee e alla scarsa disponibilità di posti all'interno delle strutture presenti sul territorio.

Alcuni beneficiari in AI, la cui invalidità è legata ad aspetti puramente motori, hanno invece lamentato l'assenza sul territorio di strutture "ricreative" nelle quali poter trascorrere delle ore in compagnia per alleviare il peso che grava sul nucleo familiare.

La maggior parte dei beneficiari hanno proposto un aumento del sussidio in quanto non sufficiente per coprire le spese necessarie per il mantenimento a domicilio, per poter partecipare alle spese familiari legate alla loro permanenza a casa e per poter pagare qualcuno per avere maggiore compagnia e non sentirsi soli.

## 6.2 Riflessioni

Da quanto si evince, nel paragrafo precedente, la maggior parte delle criticità sono legate ad aspetti informativi sui quali bisognerebbe agire, per permettere a coloro che decidono di rimanere al domicilio di entrare in contatto con la rete assistenziale presente sul territorio e, di conseguenza, sentirsi meno soli.

Per quanto riguarda l'informazione legata ai servizi presenti sul territorio, è noto che parte di tale informazione dovrebbe essere fornita dai Sacd, nei casi in cui essi siano attivati, e da istituzioni quali Pro Senectute e Pro Infirmis.

Per migliorare tale aspetto si potrebbe pensare alla creazione di un volantino informativo da distribuire: agli assistenti sociali di ospedali o cliniche, in quanto si presume che una persona che decida di farsi curare a casa sia passata da una struttura ospedaliera; ai medici di famiglia, in quanto rappresentano uno dei principali fulcri di contatto tra popolazione e servizi territoriali, agli assistenti sociali dei comuni, in quanto spesso parte attiva nel fornire simili informazioni e ai Sacd, Pro Senectute e Pro infirmis.

In tal modo, a nostro avviso, la persona che necessita di assistenza domiciliare è consapevole che al di fuori delle mura domestiche ci sono una serie di servizi territoriali a cui potersi rivolgere in caso di necessità.

Un'altra difficoltà emersa dall'indagine è legata all'impossibilità di usufruire dei servizi territoriali. Tale aspetto merita un'analisi più approfondita al fine di meglio comprendere quali siano i servizi di trasporto presenti sul territorio, nonché i requisiti necessari per accedere a strutture quali centri diurni/laboratori. Alcuni beneficiari, infatti, hanno evidenziato difficoltà legate alla dislocazione geografica dei centri e all'impossibilità di accedervi per complessità dei casi.

Altri hanno sollevato la mancata apertura dei centri durante il week end. L'estensione della fascia oraria permetterebbe di sollevare la famiglia che si prende carico di un familiare nell'arco di un'intera settimana. Anche per tale aspetto sarebbe interessante verificare il fabbisogno territoriale al fine di poter intraprendere eventuali azioni di miglioramento e di effettuare una pianificazione molto più accurata. Una soluzione alternativa potrebbe essere legata ad associazioni di volontariato che diano vita a momenti ricreativi durante i week end, ma è noto che il numero di volontari sul territorio è molto esiguo rispetto alle reali necessità.

Altri hanno sollevato la difficoltà di trovare un'occupazione in relazione alle proprie capacità. Quest'ultimo aspetto andrebbe osservato in quanto permetterebbe non solo alla

famiglia di sentirsi più sollevata, ma anche al beneficiario di sentirsi parte attiva di una società.

Per quanto concerne la questione badanti molti beneficiari hanno espresso la volontà di avere una persona al domicilio, ma i costi di una simile figura risultano eccessivi e quindi non possibili in quanto graverebbero sulla famiglia. Anche tale aspetto è stato oggetto di indagine da parte della Sezione, al fine di comprenderne il fabbisogno e di individuare soluzioni ottimali.

Un aspetto che meriterebbe un'attenzione maggiore riguarda la possibilità di ricevere il sussidio mensilmente e non bimestralmente, date le spese fisse che i beneficiari sostengono per la permanenza a domicilio. Inoltre è stata sollevata la problematica legata al rinnovo del sussidio che crea disagi durante i primi mesi dell'anno. A tal proposito si potrebbe provare a creare una collaborazione con gli uffici coinvolti nell'erogazione del sussidio, ricordando, però che parte del ritardo è legato anche agli stessi beneficiari che fanno pervenire in data successiva o non completi i formulari del rinnovo e che sono parte attiva, in quanto sono loro che devono indicare delle informazioni indispensabili, come i giorni di ospedalizzazione, al fine di una corretta erogazione del sussidio per l'anno corrente.

# ALLEGATI

**Aiuti diretti**  
**Direttive concernenti le prestazioni cantonali per il mantenimento**  
**a domicilio di persone anziane o invalide non autosufficienti**  
(del 24 novembre 2006)

IL DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ

Richiamati gli art. 5 e 40 della Legge sull'assistenza e cura a domicilio del 16 dicembre 1997 e l'art. 2 lett. d) del relativo Regolamento di applicazione del 27 ottobre 1999, nonché gli art. 15, 16 e 17 della Legge sui sussidi cantonali del 22 giugno 1994, sono stabilite le seguenti direttive per la concessione delle prestazioni cantonali per il mantenimento a domicilio.

**Beneficiari**

Possono ricevere gli aiuti diretti le persone il cui stato di dipendenza esige l'assistenza da parte di altri per poter rimanere al proprio domicilio ed evitare quindi il collocamento in istituti specializzati.

La frequenza di un centro diurno medicalizzato sussidiato o di un laboratorio protetto non è considerato quale collocamento in istituto specializzato. Essa comporta tuttavia la riduzione della prestazione proporzionalmente alla frequenza della struttura stessa.

Chi trascorre la maggior parte delle notti in un istituto specializzato è considerato come persona collocata e non ha pertanto diritto al contributo per il mantenimento a domicilio; in particolare non sarà possibile cumulare il contributo riconosciuto dalle Prestazioni complementari per il pagamento della retta dell'istituto e gli aiuti diretti.

Lo stato di dipendenza è ritenuto provato nel caso di beneficiari dell'Assegno per grandi invalidi; in caso contrario esso verrà determinato mediante un formulario di accertamento delle condizioni di dipendenza, sentito il parere del medico di fiducia.

Il diritto all'aiuto diretto ha inoltre validità territoriale, nel senso che le prestazioni di aiuto e assistenza devono avvenire nel Cantone.

I richiedenti devono pure essere residenti nel Cantone Ticino da almeno 3 anni.

I soggiorni fuori Cantone di breve durata (non più di tre mesi, anche non consecutivi, per anno) non interrompono il diritto al contributo per le spese di mantenimento a domicilio.

A seguito dell'entrata in vigore della 4° revisione della Legge AI, gli aiuti diretti non vengono più concessi a persone minorenni.

**Sussidiarietà della prestazione**

Il contributo cantonale per le spese di mantenimento a domicilio è sussidiario ad altre prestazioni sociali concesse al medesimo scopo, quali ad esempio l'assegno per grandi invalidi, i contributi riconosciuti dalla PC per cure infermieristiche, i contributi giornalieri concessi dalle casse malati per cure a domicilio.

L'aiuto diretto verrà concesso dopo aver verificato che non sia stata tralasciata nessuna possibilità per usufruire di questi mezzi; essi sono conteggiati nel calcolo per la determinazione della prestazione cantonale.

Gli aiuti soggettivi dei Comuni, se espressamente erogati per il mantenimento a domicilio, sono conteggiabili ai fini della determinazione della prestazione cantonale.

**Calcolo della prestazione**

La prestazione è commisurata alla situazione finanziaria del richiedente ed è determinata in base alla tabella di calcolo allestita per la decisione della prestazione complementare, secondo lo schema seguente:

- Fabbisogno secondo la tabella di calcolo PC
- + Stipendio minimo di un aiuto domestico x percentuale rapportata al grado di dipendenza
- ./. Totale redditi secondo la tabella di calcolo PC
- ./. PC
- ./. AGI
- ./. Eventuali altre entrate per spese di mantenimento a domicilio (se non già conteggiate nel calcolo PC)
- = Spesa sussidiabile
- x percentuale da stabilire, entro un massimo del 75% come previsto dalla legge
- ./. AGI (per beneficiari di rendita AI a domicilio)
- = Prestazione cantonale

=====

=

La prestazione è concessa annualmente ed è rinnovabile unicamente su specifica richiesta.

La prestazione cantonale è calcolata proporzionalmente per le persone che frequentano un centro diurno o un laboratorio protetto.

Per ogni giorno di frequenza del centro o del laboratorio verrà dedotto:

- il 25% del contributo giornaliero per il mantenimento a domicilio, se la durata della permanenza al centro non supera le 4 ore giornaliere,
- il 50% del contributo giornaliero per il mantenimento a domicilio se la durata della permanenza al centro supera le 4 ore giornaliere.

### **Casi particolari**

Se nella medesima economia domestica vivono più persone aventi diritto alla prestazione per il mantenimento a domicilio, la percentuale dello stipendio per l'aiuto domestico riconosciuta a ogni singolo richiedente può essere modificata a dipendenza delle reali condizioni di presa a carico.

Per coloro che non possono richiedere le prestazioni complementari viene allestita una tabella di calcolo applicando per analogia le direttive valide per il calcolo delle prestazioni complementari.

### **Decorrenza ed estinzione del diritto alla prestazione**

Il diritto all'aiuto diretto nasce il primo giorno del mese in cui è stata presentata la richiesta e se sono adempite tutte le premesse per la sua assegnazione; è in ogni caso esclusa la retroattività.

Esso si estingue il giorno in cui una di queste premesse non è più adempiuta.

### **Sospensione temporanea del diritto alla prestazione**

Nel caso di cessazione temporanea della prestazione di assistenza a domicilio a causa di ospedalizzazione, soggiorno in clinica o istituto, per un periodo superiore ai 30 giorni annui anche non consecutivi, il diritto alla prestazione viene a cadere a contare dal trentunesimo giorno e potrà essere riattivato a partire dal primo giorno del rientro a domicilio.

### **Versamento ed eventuale restituzione della prestazione**

L'aiuto diretto sarà versato in rate bimestrali anticipate.

Nel caso di cessazione definitiva della prestazione di assistenza l'aiuto diretto sarà ridefinito pro rata; se gli anticipi versati dovessero superare l'importo spettante, la

Sezione del sostegno a enti e attività sociali si riserva di chiedere, al beneficiario o ai suoi eredi, la restituzione del maggior importo versato.

### **Imposizione fiscale**

La prestazione per il mantenimento a domicilio è soggetta all'imposizione fiscale.

La stessa è infatti considerata quale reddito per quelle persone a cui viene riversata per le prestazioni di cura e assistenza alla persona anziana o invalida.

Il beneficiario dell'aiuto diretto è considerato quale datore di lavoro e come tale tenuto al versamento dei contributi AVS/AI/IPG/AD/AF.

La Sezione del sostegno a enti e attività sociali informa la Divisione delle contribuzioni e l'Istituto delle assicurazioni sociali, Ufficio dei contributi dell'avvenuta concessione del contributo.

### **Richiesta di assegnazione dell'aiuto diretto**

Per ottenere l'aiuto diretto occorre presentare una richiesta scritta alla Sezione del sostegno a enti e attività sociali, viale Officina 6, 6501 Bellinzona, allegando la tabella di calcolo PC, la decisione di attribuzione dell'AGI o in sua assenza un certificato medico che attesti il bisogno di cure e assistenza, e una dichiarazione sull'incasso o meno di altri contributi relativi all'invalidità versati da istituti assicurativi (assegni INSAI, contributi Cassa malati, ecc.).

### **Informazioni**

Ulteriori informazioni si possono ottenere telefonando alla Sezione del sostegno a enti e attività sociali, viale Officina 6, 6501 Bellinzona, tel. 091/ 814.70.46.

### **Entrata in vigore**

La presente direttiva è pubblicata sul Bollettino ufficiale delle leggi e degli atti esecutivi, entra in vigore immediatamente e si applica a tutte le richieste pendenti.

---

Publicato nel BU **2006**, 503 e 545.

**DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ E DELLA SOCIALITÀ**  
**SEZIONE DEL SOSTEGNO A ENTI E ATTIVITÀ SOCIALI**

Data della richiesta: .....

Nome e cognome: .....

Data di nascita: .....

Domicilio: .....

Tipo di convivenza:

Numero dei componenti del nucleo familiare: .....

Membri della famiglia/parenti che collaborano nell'assistenza: .....

Osservazioni:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Allegare:



- certificato medico
- tabella di calcolo PC

Allegato n.2

GRIGLIA PER LA VALUTAZIONE DEL GRADO DI AUTONOMIA DI PERSONE ANZIANE O INVALIDE CHE VIVONO A DOMICILIO

	Descrizione	Grado				Periodo		
		1	2	3	4	1	2	3
Fattori	1. Età	tra 20 e 50 anni	tra 12 e 19 anni o tra 51 e 70 anni	tra 4 e 11 anni o tra 71 e 80 anni	meno di 4 anni o più di 80 anni			
	2. Peso	meno di 40 kg	tra 41 e 60 kg	fra 61 e 80 kg	più di 80 kg			
I bisogni fondamentali comuni a tutti i malati secondo Virginia Henderson	3. Respirare normalmente	senza problemi, o autogestiti (per es. inalazioni)	occorre attenzione: - movimenti più lenti - stimolazione - posizionamento - esercizi	necessita di interventi terapeutici: - inalazioni - ossigenoterapia - fisioterapia - aspirazione	occorre mantenere la pervietà delle vie: - tracheotomia - crisi asmatiche			
	4. Alimentarsi e bere in modo adeguato	indipendente con alimentazione normale o con sonda gastrica autogestita o gestita da un familiare	necessita di essere installato, dieta da sorvegliare, ha bisogno di aiuto fisico parziale	mangia e beve sorvegliato o aiutato in modo importante, presenza continua durante i pasti (imboccato)	assistenza totale: - con difficoltà nella deglutizione - con sonda naso-gastrica - con gastrostomia			
	5. Prendere i farmaci	autonomo	bisogno di sorveglianza per essere certi che prende i farmaci come prescritto	prende i farmaci solo se sono preparati in anticipo in modo ordinato	bisogna essere presenti nel momento in cui prende i farmaci			
	6. Eliminare	indipendente o con stomia autogestita	necessita di mezzi ausiliari: - padella, pappagallo - occorre ricordargli di urinare	incontinenza urinaria, utente che collabora, catetere vescicale, condom, stomie da sorvegliare, deve essere accompagnato al WC, necessita di aiuto per pulirsi	incontinenza doppia, senza collaborazione dell'utente, portatore di pannolini			
	7. Muoversi e mantenere la posizione adatta	autonoma, ev. con mezzi ausiliari, bastone, stampella, arto artificiale adatta	necessita di un aiuto occasionale: - per il bagno in vasca - per salire le scale - per andare a letto - per accomodarsi nella carrozzella	necessita sempre dell'aiuto di una persona, l'utente può collaborare; viene trasferito mediante carrozzella	totalmente dipendente dall'aiuto di due persone o più, l'utente non può collaborare			
	8. Dormire e riposare	nessun aiuto necessario, sonno regolare con o senza farmaci	aiuto per andare a letto, sonno tranquillo	sonno irregolare, sorveglianza occasionale	sonno perturbato, sorveglianza regolare			
	9. Scegliere il vestiario adatto (vestirsi/spogliarsi) Mantenere la temperatura corporea	nessuna aiuto necessario	aiuto per vestirsi o spogliarsi da 1 a 3 capi o per protesi semplice, si veste da solo ma ha bisogno di essere stimolato e occorre preparargli in ordine i vestiti o dare certi tocchi finali (bottoni, scarpe)	aiuto per 4-6 capi o per protesi complessa, ha bisogno di aiuto fisico ma partecipa attivamente	aiuto per più di 6 capi, non partecipa attivamente, totalmente dipendente			
	10. Provvedere all'igiene personale e	1) igiene personale indipendente	necessita di essere aiutato parzialmente o per il bagno	necessita stimolazione importante anche per lavarsi le mani	totalmente dipendente			

	proteggere i tegumenti	2) nessuna prevenzione ulcere da decubito	massaggio solo una parte del corpo	massaggio, ghiaccio, föhn, lampada	massaggio profondo, prolungato, ghiaccio, föhn, lampada			
		3) nessuna cura particolare	necessita di aiuto per una medicazione semplice o per evitare complicazioni o piaghe	necessita di aiuto per medicazione di dimensione media	necessita di aiuto per medicazione complessa, drenaggi			
	11. Proteggersi dai pericoli dell'ambiente ed evitare di essere fonte di pericolo per altri Se sì, mettere X	1) organo dei sensi: vista, udito, parola, sensibilità tattile, equilibrio, nessuna difficoltà o compensata da una protesi	disabilità a carico di un organo di senso non compensata vista " udito " parola " tatto "	disabilità a carico di due organo di senso non compensata vista " udito " parola " tatto "	sordità e cecità o afasia, importante compromissione della sensibilità tattile o dell'equilibrio			
		2) stato di coscienza: è orientato nel tempo, spazio, luogo, nella sua persona	disorientamento fluttuante o disorientamento contenuto o inerente solo uno dei 4 aspetti	disorientamento importante, che necessita l'intervento di altre persone, ma non in modo costante	disorientamento totale, aiuto e sorveglianza costante			
		3) comportamento psichico: non dà problemi	disturbi caratteriali, disturbi affettivi, stimolazione occasionale, lamento ipocondriaco	personalità accaparrante, idee fisse o deliranti, comportamento incoerente, aggressività marcata, rischio di fuga	aiuto costante per stato depressivo grave, angoscia, agitazione, minaccia o tentativo di suicidio			
		4) contagio: nessun pericolo	precauzioni limitate: ferita infetta di piccole dimensioni	precauzioni importanti: tutta la persona	isolamento protettore: persona, ambiente			
	12. Entrare in comunicazione e comunicare con gli altri	con facilità, senza problemi o assenza di comunicazione	con difficoltà e ostacoli nella comunicazione; - leggera sordità - diversità di lingua - non conoscenza della diagnosi	difficoltà importanti a comunicare per ostacoli difficili d evidenziare: risposte monosillabiche: sì, no	comunicazione estremamente difficile, decodificazione del linguaggio verbale o non verbale			
	13. Sostegno spirituale, ad es. praticare la propria religione o integrarsi nella cultura	autonomo	richiede partecipazione, ascolto	richiede sostegno o conoscenze particolari	necessita di importante aiuto			
	14. Occupazione gratificante Attività ricreative Necessità di informazioni	autonomo	stimolazione e incoraggiamento; deve essere aiutato per salire e scendere da un mezzo di trasporto	necessita di aiuto regolare; deve essere accompagnato per ogni spostamento all'esterno	aiuto importante a lunga scadenza; deve essere accompagnato da due persone o necessita di mezzo ausiliario			
Attività strumentali	15. Uso del telefono	si serve da solo del telefono	risponde al telefono ma non compone i numeri	non stacca la cornetta ma parla al telefono	non comunica al telefono			
	16. Cucinare pasti caldi	può preparare pasti completi semplici senza particolare difficoltà	ha bisogno di essere guidato e stimolato	può preparare solo spuntini o riscaldare pasti confezionati	totalmente dipendente da altri			
	17. Fare compere	progetta ed esegue da solo le sue compere	fa gli acquisti ma ha bisogno che quelli pesanti gli vengano consegnati a domicilio	fa gli acquisti ma ha bisogno di aiuto per la gestione del denaro o per scegliere oggetti adatti o può fare acquisti solo in ambienti protetti	non può fare acquisti per problemi cognitivi o fisici			
	18. Gestione denaro	si occupa da solo delle sue finanze senza difficoltà	ha bisogno di guida e di sorveglianza per alcune operazioni (banca, acquisti importanti)	da solo riesce soltanto a fare piccoli pagamenti, tutto il resto deve essere fatto da altri	totalmente dipendente ad altri anche per le piccole spese personali			

Adeguatezza dell'ambiente domestico	19. Uso dei mezzi di trasporto normali	si sposta da solo sui mezzi pubblici e usa la propria auto senza particolari problemi	si sposta da solo in taxi	deve essere aiutato a salire e scendere per usare un mezzo di trasporto, anche se adattato	deve essere accompagnato per utilizzare un mezzo di trasporto			
	20. Lavori domestici leggeri (spolverare, fare il letto, rigovernare le stoviglie, spazzare)	li f senza particolari difficoltà	ha bisogno di essere stimolato e aiutato per mantenere pulizia e ordine accettabili	bisogno di aiuto parziale	totalmente dipendente da altri			
	<b>Totale</b>							

Firma del richiedente

.....

Firma dell'intervistatore

.....

Luogo e data

.....

Diagramma di Gantt

SSEAS: Indagine sulle modalità e le forme di impiego del sussidio per il mantenimento a domicilio																																			A	approva	C	collabora												
Lista delle attività																																			D	decide	E	esegue												
																																			P	propone	I	informato												
Settimana	Inizio													Nr fase	Descrizione attività	Scadenza	Capo progetto	Responsabile progetto	Gruppo di lavoro	Persone da informare																														
	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52								53	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13																
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>OTTOBRE 2009</span> <span>NOVEMBRE 2009</span> <span>DICEMBRE 2009</span> <span>GENNAIO 2010</span> <span>FEBBRAIO 2010</span> <span>MARZO 2010</span> </div>																																																	
														1	Organizzazione e pianificazione																																			
01.01.09														1.1	Analisi di settore	02.10.09	A	P/D	C/E	I																														
05.10.09														1.2	Definizione della metodologia	05.10.09	A	P/D	C/E	I																														
05.10.09														1.3	Preparazione documentazione	05.10.09	A	P/D	C/E	I																														
05.10.09														1.4	Definizione del campione da analizzare	09.10.09	A	P/D	C/E	I																														
Milestone																Approvazione da parte del gruppo di lavoro	15.10.09																																	
														2	Inizio attività																																			
12.10.09														2.1	Invio questionari	16.10.09	A	P/D	C/E	I																														
12.10.09														2.2	Interviste telefoniche	31.12.09	A	P/D	C/E	I																														
19.10.09														2.3	Interviste personali	15.01.10	A	P/D	C/E	I																														
Milestone																Raccolta dati	15.01.10																																	
														3	Analisi statistica																																			
18.01.10														3.1	Redazione rapporto di ricerca	15.03.10	A	P/D	C/E	I																														
15.02.10														3.2	Approvazione da parte del gruppo di lavoro	26.03.10	A	P/D	C/E	I																														
Milestone																Presentazione risultati progetto di ricerca	31.03.10																																	