

**Revisione parziale della legge
sulla cura degli ammalati
(attuazione delle misure del
rapporto relativo al
finanziamento degli ospedali e
delle cure nel
Cantone dei Grigioni)
Rapporto esplicativo**

16 novembre 2016

Indice

1. Situazione di partenza.....	4
1.1 Incarico della Commissione per la sanità e la politica sociale (CSPS)	4
1.2 Rapporto relativo al finanziamento degli ospedali e delle cure nel Cantone dei Grigioni e dibattito in Gran Consiglio	4
1.3 Incarico Pfenninger concernente l'adeguamento del finanziamento dello Spitex	6
2. Verifica relativa all'inclusione dei criteri indicati nell'incarico Pfenninger nell'adeguamento del finanziamento dello Spitex	8
2.1 Confronto delle graduatorie	8
2.2 Evoluzione del grado di copertura dei costi tra il 2006 e il 2014.....	10
2.3 Effetti dovuti alla vicinanza alla frontiera delle organizzazioni Spitex	12
2.4 Conclusione.....	13
3. Punti chiave della revisione parziale	14
3.1 Soppressione della categoria di prestazioni "riparazione e rinnovo" (misura 2)	14
3.2 Competenza del Governo per la formazione di regioni di pianificazione (misura 5) .	15
3.3 Obbligo per i comuni di partecipare ai sussidi agli investimenti conformemente all'art. 21 cpv. 1 LCA (misura 5).....	15
3.4 Adeguamento della base per la determinazione delle spese riconosciute e della partecipazione alle spese massima (misura 6)	16
3.5 Finanziamento dei costi generati da ospiti straordinariamente bisognosi di cure e/o di assistenza nelle case di cura	16
3.6 Promozione di brevi degenze presso case per anziani e di cura nonché presso unità di cura allo scopo di sgravare i familiari che prestano cure e assistenza mediante differenziazione delle spese di pensione riconosciute	18
4. Spiegazioni relative al progetto di revisione parziale della LCA	19
5. Conseguenze della revisione parziale della LCA.....	22
5.1 Onere in termini di personale.....	22
5.2 Conseguenze finanziarie per il Cantone	22
5.3 Conseguenze finanziarie per i comuni	23
5.4 Conseguenze finanziarie per i beneficiari di prestazioni	24

5.5	Conseguenze finanziarie per i fornitori di prestazioni.....	24
6.	Entrata in vigore della revisione parziale della LCA.....	26
Allegato		27

1. Situazione di partenza

1.1 Incarico della Commissione per la sanità e la politica sociale (CSPS)

Con l'incarico della Commissione per la sanità e la politica sociale (CSPS) accolto dal Gran Consiglio nella sessione di ottobre 2011 con 104 voti a 0, il Governo è stato incaricato di sottoporre il sistema di finanziamento degli ospedali e delle cure esistente a una verifica approfondita e a presentare rapporto in merito. In tale contesto, le regolamentazioni decise dal Governo nelle ordinanze avrebbero in particolare dovuto essere verificate ed esaminate riguardo a un loro eventuale effetto di aumento dei costi. Inoltre, il Governo è stato incaricato di presentare rapporto in merito alle condizioni alle quali sarebbe attuabile un finanziamento degli ospedali esclusivamente da parte del Cantone e un finanziamento delle cure esclusivamente da parte dei comuni, mantenendo invariati gli enti responsabili, nonché in merito alle relative conseguenze.

1.2 Rapporto relativo al finanziamento degli ospedali e delle cure nel Cantone dei Grigioni e dibattito in Gran Consiglio

Nel rapporto del 1° marzo 2016 relativo al finanziamento degli ospedali e delle cure nel Cantone dei Grigioni (M 2015-2016, p. 1035 segg.) presentato dal Governo al Gran Consiglio, il Governo ha dapprima illustrato le conseguenze finanziarie dell'introduzione del nuovo finanziamento degli ospedali e delle cure, nonché il margine di manovra di cui dispongono Cantone e comuni in relazione a misure per la riduzione dei costi. In seguito il Governo si è confrontato con il modello di un finanziamento separato degli ospedali da parte del Cantone e delle cure da parte dei comuni e, dopo aver valutato i relativi vantaggi e svantaggi, ha chiesto di mantenere il finanziamento comune degli ospedali e delle cure da parte del Cantone e dei comuni, eliminando i difetti dell'attuale regolamentazione del finanziamento delle cure mediante sei misure.

Il 16 giugno 2016 il Gran Consiglio ha preso atto del rapporto relativo al finanziamento degli ospedali e delle cure nel Cantone dei Grigioni e con 109 voti a 0 e 0 astensioni si è pronunciato a favore del mantenimento della regolamentazione vigente relativa al finanziamento degli ospedali e delle cure, ovvero del mantenimento del loro finanziamento comune da parte di Cantone e comuni (PGC 2015/2016 p. 1115).

Riguardo alle misure prospettate dal Governo, nel quadro del dibattito sul rapporto il Gran Consiglio ha preso le seguenti decisioni:

N.	Difetto	Misura	Risultato
1	<i>Possibilità insufficiente di differenziare l'offerta per via delle direttive relative al calcolo delle tariffe massime.</i>	L'art. 21b LCA deve essere adattato nel senso che la determinazione delle spese massime riconosciute e della partecipazione alle spese massima degli ospiti che non percepiscono prestazioni complementari deve tenere conto delle differenti offerte delle case per anziani e di cura nelle categorie di prestazioni "pensione e assistenza".	Respinta (con 79 voti contro 36 e 0 astensioni)
2	<i>I contributi per le spese di riparazione e di rinnovo e le spese di utilizzazione delle infrastrutture non sono trasparenti.</i>	L'art. 21b cpv. 1 lett. b LCA, secondo cui devono essere fissate spese massime riconosciute di riparazione e di rinnovo deve essere abrogato. Dopo l'abrogazione dell'art. 21b cpv. 1 lett. b LCA, le spese di utilizzazione delle infrastrutture saranno indennizzate tramite la categoria di prestazioni "pensione".	Accolta
3	<i>La competenza per il finanziamento di spese non coperte non è più disciplinata.</i>	La legge sulla cura degli ammalati viene completata con una disposizione concernente la competenza dei comuni della corrispondente regione ospedaliera o di pianificazione per il finanziamento di eventuali disavanzi dei fornitori di prestazioni.	Respinta (con 91 voti contro 22 e un'astensione)
4	<i>Insufficiente possibilità per i comuni di influire sulla gestione aziendale dei fornitori di prestazioni.</i>	Nell'accordo di prestazioni con i fornitori di prestazioni, l'eventuale assunzione delle spese non coperte deve essere vincolata alla condizione che questi attuino le misure volte alla riduzione delle spese prescritte dai comuni.	Respinta
5	<i>Non tutti i comuni fanno parte di un ente responsabile di una casa di cura.</i>	Nella legge sulla cura degli ammalati si stabilisce che tutti i comuni di una regione di pianificazione devono partecipare alle spese d'investimento per offerte di cura e assistenza stazionarie a pazienti lungodegenti e persone anziane nella loro regione. Nell'ordinanza della legge sulla cura degli ammalati, in base all'art. 31 cpv. 2 in unione con l'art. 20 cpv. 3 LCA vengono definite le regioni di pianificazione per le offerte di cura e assistenza stazionarie a pazienti lungodegenti e persone anziane e per i servizi di cura e assistenza a domicilio e viene stabilita l'appartenenza dei comuni alle singole regioni di pianificazione. Nell'ordinanza, tutti i comuni vengono obbligati a stipulare un accordo di prestazioni con almeno una struttura per la cura e l'assistenza stazionarie e un'organizzazione di cura e assistenza a domicilio.	Accolta
6	<i>Se ci si basa solo su un anno (secondo anno precedente), le spese riconosciute dal Cantone possono variare in misura importante.</i>	Nella legge sulla cura degli ammalati viene stabilita quale base per le spese riconosciute la media dei tre anni precedenti la decisione.	Accolta

Tabella 1: panoramica dei difetti della vigente regolamentazione del finanziamento degli ospedali e delle cure elencati nel rapporto relativo al finanziamento degli ospedali e delle cure nel Cantone dei Grigioni e delle misure prospettate per la loro eliminazione, nonché risultati delle votazioni in Gran Consiglio

Il Gran Consiglio ha rifiutato di abbandonare l'odierno sistema di tariffe massime per ospiti che non percepiscono prestazioni complementari e di concedere in tal modo alle case per anziani e di cura maggiore margine di manovra per quanto riguarda l'organizzazione dell'of-

ferta (misura 1). Il rifiuto è stato motivato in particolare con il temuto onere necessario per determinare le prestazioni supplementari di pensione e assistenza, il rischio di una "società a due classi" tra beneficiari di PC e non beneficiari di PC, nonché con un presumibile aumento dei costi per gli ospiti.

Il Gran Consiglio ha altresì respinto il completamento della LCA con una disposizione relativa alla competenza dei comuni per il finanziamento di eventuali disavanzi dei fornitori di prestazioni e, di conseguenza, ha respinto anche l'estensione delle possibilità per i comuni di influire sulla gestione aziendale dei fornitori di prestazioni (misure 3 e 4). Vi sarebbe il timore che in questo modo verrebbe reintrodotta un finanziamento del disavanzo come quello esistente prima dell'entrata in vigore del nuovo finanziamento delle cure il 1° gennaio 2011. Il Gran Consiglio ha sostenuto l'idea secondo cui l'attuale definizione a livello di legge della competenza dei comuni per la cura e l'assistenza semistazionarie e stazionarie conformemente all'art. 20 cpv. 1 LCA nonché per la cura e l'assistenza a domicilio conformemente all'art. 31 cpv. 1 LCA sarebbe sufficiente.

1.3 Incarico Pfenninger concernente l'adeguamento del finanziamento dello Spitex

Con l'incarico presentato il 17 febbraio 2016 dal granconsigliere Pfenninger, il Governo è stato pregato di sottoporre a revisione la legge cantonale sulla cura degli ammalati e la relativa ordinanza, allo scopo di garantire a lungo termine il finanziamento delle prestazioni Spitex. Quale motivazione dell'incarico, il granconsigliere Pfenninger ha spiegato che il finanziamento dello Spitex oggi in vigore comporterebbe lo sviluppo sempre maggiore di una spirale negativa la quale produrrebbe l'effetto per cui, secondo il preventivo 2016, presumibilmente solo sette organizzazioni Spitex su 19 sarebbero in grado di coprire le spese unicamente con i contributi previsti dalla LAMal, i contributi del Cantone e quelli dei comuni. Le rimanenti dodici organizzazioni necessiterebbero di contributi aggiuntivi da parte dei comuni per coprire il disavanzo residuo. Nel quadro della revisione parziale sarebbe immaginabile sia un adeguamento dell'attuale base di calcolo, sia un calcolo dei contributi completamente nuovo, ad esempio per abitante e area di cura (PGC 2015/2016, p. 632).

Nella sua risposta del 18 aprile 2018, il Governo ha osservato che il nuovo sistema di finanziamento, contrariamente alle argomentazioni contenute nell'incarico, non avrebbe generato nessuna spirale negativa e, secondo il suo punto di vista, si sarebbe sostanzialmente dimostrato valido. Nel rapporto relativo al finanziamento degli ospedali e delle cure nel Cantone dei Grigioni del 1° marzo 2016 avrebbe spiegato quali sarebbero, secondo il Go-

verno, i difetti esistenti nel settore del finanziamento delle cure e quali misure avrebbe prospettato per la loro eliminazione. Durante la fase di organizzazione delle misure bisognerebbe inoltre valutare se e in quale misura i criteri formulati (topografia, estensione e vicinanza alla frontiera) vadano considerati nell'adeguamento del sistema di finanziamento. In questo senso il Governo si sarebbe dichiarato disposto ad accogliere l'incarico.

Nella sessione di agosto 2016 il Gran Consiglio ha accolto l'incarico con 96 voti contro 9 e un'astensione (PGC 2016/2017 p. 34, 197 segg.).

2. Verifica relativa all'inclusione dei criteri indicati nell'incarico Pfenninger nell'adeguamento del finanziamento dello Spitex

Nel quadro dell'elaborazione dell'incarico Pfenninger, l'Ufficio dell'igiene pubblica ha valutato se tra i risultati delle organizzazioni Spitex con mandato di prestazioni comunale e le caratteristiche geografiche (topografia, estensione e vicinanza alla frontiera) delle rispettive regioni Spitex esistessero delle correlazioni.

2.1 Confronto delle graduatorie

Quale base per la verifica sono stati considerati i seguenti dati di ciascuna organizzazione Spitex, rispettivamente regione Spitex:

- gradi di copertura dei costi delle organizzazioni Spitex secondo i contributi degli assicuratori malattia, dei beneficiari delle prestazioni, dei comuni e del Cantone per gli anni 2012 – 2014 (dati dell'Ufficio dell'igiene pubblica)
- dati relativi alla superficie dell'insediamento, al numero di abitanti e ai chilometri di strada di ciascuna regione Spitex (dati del centro di competenze SIG per il 2014).

Quale metro per la densità demografica, per tutte le regioni Spitex è stato calcolato il numero di abitanti per km² di superficie dell'insediamento. Quale metro per la raggiungibilità è stato calcolato il numero di abitanti per chilometro di strada.

La distinta dei dati utilizzati per la verifica si trova nella tabella 7 in allegato.

In una seconda fase, le organizzazioni Spitex sono state classificate secondo il numero di abitanti per km² di superficie dell'insediamento, rispettivamente secondo il numero di abitanti per chilometro di strada della corrispondente regione Spitex (cfr. tabelle 2 e 3).

	Abitanti per km ² di superficie dell'insediamento	Posizione	Grado di copertura dei costi con i sussidi previsti dalla legge (2012)	Posizione 2012	Grado di copertura dei costi con i sussidi previsti dalla legge (2013)	Posizione 2013	Grado di copertura dei costi con i sussidi previsti dalla legge (2014)	Posizione 2014
Spitex Verein Chur	4'585	1	95%	9	99%	9	105%	6
Spitex Imboden	2'416	2	97%	8	102%	6	99%	11
Spitex Fünf Dörfer	2'295	3	105%	3	106%	3	104%	7
Spitex Verein Kreis Maienfeld	1'868	4	91%	11	86%	15	101%	9
Spitex Davos	1'764	5	98%	7	96%	10	91%	16
Spitex Prättigau (Flury-Stiftung)	1'404	6	91%	12	88%	13	98%	12
Spitex Oberengadin	1'303	7	86%	14	94%	11	93%	15
Spitex Selva	1'229	8	94%	10	102%	7	100%	10
Spitex Viamala	1'109	9	84%	15	90%	12	97%	13
Spitex Foppa	1'077	10	89%	13	87%	14	88%	17
Spitex Valle Poschiavo	1'051	11	103%	5	108%	2	115%	2
Spitex Cadi	995	12	106%	2	102%	5	103%	8
ACAM Moesano	955	13	114%	1	109%	1	113%	3
Spitex Engiadina Bassa	920	14	79%	16	84%	16	95%	14
Spitex Albula/Churwalden	819	15	101%	6	105%	4	105%	5
Spitex Val Müstair	774	16	104%	4	100%	8	112%	4
Spitex Valle Bregaglia	729	17	72%	17	79%	17	117%	1

Tabella 2: confronto tra la graduatoria delle regioni Spitex secondo gli abitanti per km² di superficie dell'insediamento e la graduatoria delle corrispondenti organizzazioni Spitex secondo il grado di copertura dei costi per gli anni 2012 – 2014

Dal confronto tra la graduatoria delle organizzazioni Spitex secondo gli abitanti per km² di superficie dell'insediamento delle rispettive regioni Spitex e la graduatoria secondo il grado di copertura dei costi per gli anni 2012 – 2014 risulta che non sussiste una correlazione rilevante tra la densità demografica e il grado di copertura dei costi.

	Popolazione per km di strade	Posizione	Grado di copertura dei costi con i sussidi previsti dalla legge (2012)	Posizione	Grado di copertura dei costi con i sussidi previsti dalla legge (2013)	Posizione	Grado di copertura dei costi con i sussidi previsti dalla legge (2014)	Posizione
Spitex Verein Chur	872	1	95%	9	99%	9	105%	6
Spitex Fünf Dörfer	334	2	105%	3	106%	3	104%	7
Spitex Imboden	286	3	97%	8	102%	6	99%	11
Spitex Selva	232	4	94%	10	102%	7	100%	10
Spitex Oberengadin	217	5	86%	14	94%	11	93%	15
Spitex Davos	198	6	98%	7	96%	10	91%	16
Spitex Verein Kreis Maienfeld	155	7	91%	11	86%	15	101%	9
Spitex Prättigau (Flury-Stiftung)	107	8	91%	12	88%	13	98%	12
Spitex Cadi	84	9	106%	2	102%	5	103%	8
Spitex Valle Poschiavo	82	10	103%	5	108%	2	115%	2
Spitex Albula/Churwalden	68	11	101%	6	105%	4	105%	5
Spitex Engiadina Bassa	55	12	79%	16	84%	16	95%	14
Spitex Foppa	55	13	89%	13	87%	14	88%	17
Spitex Valle Bregaglia	50	14	72%	17	79%	17	117%	1
ACAM Moesano	47	15	114%	1	109%	1	113%	3
Spitex Viamala	45	16	84%	15	90%	12	97%	13
Spitex Val Müstair	34	17	104%	4	100%	8	112%	4

Tabella 3: confronto tra la graduatoria delle regioni Spitex secondo gli abitanti per km di strade e la graduatoria delle corrispondenti organizzazioni Spitex secondo il grado di copertura dei costi per gli anni 2012 – 2014

Nemmeno dal confronto tra la graduatoria delle organizzazioni Spitex secondo gli abitanti per chilometro di strade (quale metro per la raggiungibilità) e la graduatoria secondo il grado di copertura dei costi per gli anni 2012 – 2014 risultano elementi a sostegno dell'ipotesi di una correlazione rilevante tra questi indicatori.

2.2 Evoluzione del grado di copertura dei costi tra il 2006 e il 2014

Sull'asse verticale, l'illustrazione seguente mostra la graduatoria delle organizzazioni Spitex con mandato comunale secondo il grado di copertura dei costi negli anni 2008 e 2014:

Graduatoria per grado di copertura dei costi

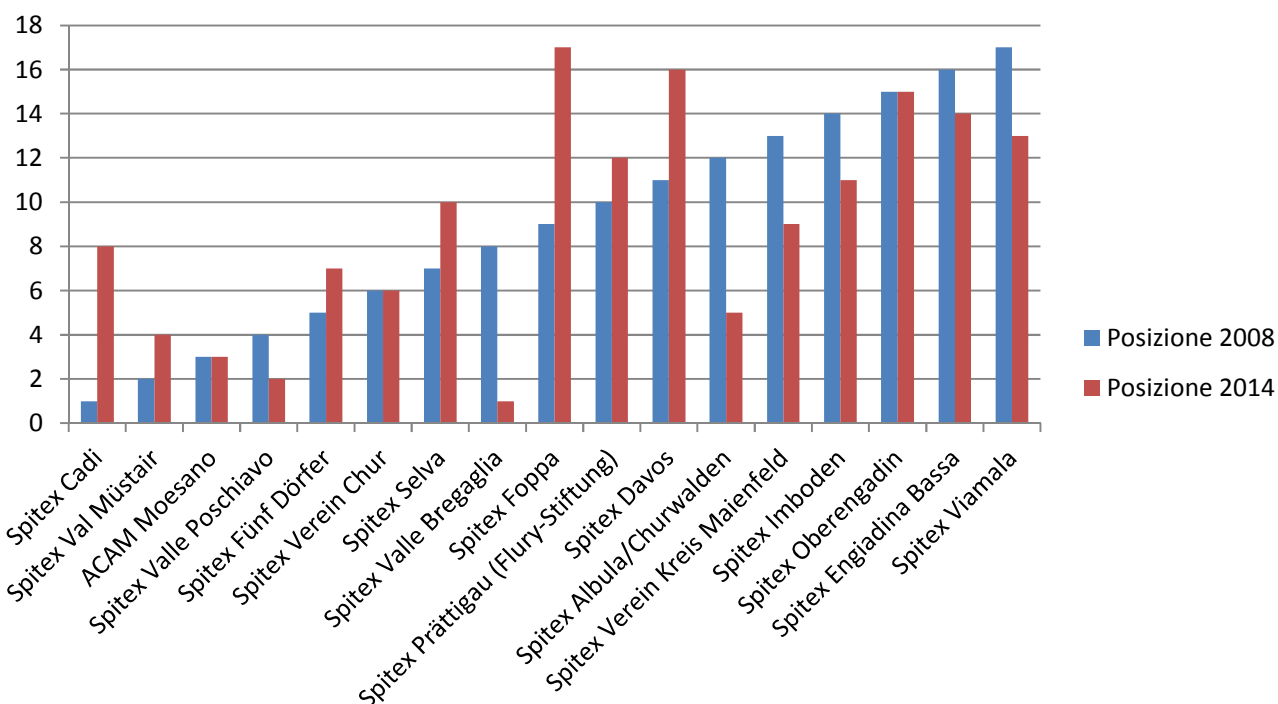


Illustrazione 1: graduatoria delle organizzazioni Spitex relativa ai costi per gli anni 2006 e 2014

Di seguito, i risultati vengono riassunti in una tabella. Nell'ultima colonna è indicato il cambiamento di posizione in graduatoria.

	2008	2014	Differenza di posizione
Spitex Cadi	1	8	-7
Spitex Val Müstair	2	4	-2
ACAM Moesano	3	3	-
Spitex Valposchiavo	4	2	+2
Spitex Fünf Dörfer	5	7	-2
Spitex Verein Chur	6	6	-
Spitex Selva	7	10	-3
Spitex Valle Bregaglia	8	1	+7
Spitex Foppa	9	17	-8
Spitex Prättigau (Flury-Stiftung)	10	12	-2
Spitex Davos	11	16	-5
Spitex Albula Churwalden	12	5	+7
Spitex Verein Kreis Maienfeld	13	9	+4

Spitex Imboden	14	11	+3
Spitex Oberengadin	15	15	-
Spitex Engiadina Bassa	16	14	+2
Spitex Engiadina Viamala	17	13	+4

Tabella 4: graduatoria delle organizzazioni Spitex relativa ai costi per gli anni 2008 e 2014 e differenza di posizione tra gli anni 2008 e 2014

La graduatoria delle organizzazioni Spitex secondo il grado di copertura dei costi nel 2008 si differenzia fortemente dalla graduatoria del 2014. Qualora i differenti gradi di copertura dei costi delle organizzazioni Spitex fossero dovuti ai fattori geografici (topografia ed estensione), che in questo periodo non sono cambiati o sono cambiati solo leggermente, nel corso del tempo non risulterebbero simili differenze.

Anche questo risultato è contrario all'ipotesi di un influsso determinante di fattori geografici sui risultati delle organizzazioni Spitex.

2.3 Effetti dovuti alla vicinanza alla frontiera delle organizzazioni Spitex

È stato inoltre verificato se esistano eventuali vantaggi di cui beneficerebbero organizzazioni vicine alla frontiera rispetto a organizzazioni non vicine alla frontiera. Questi vantaggi risulterebbero dalla possibilità esistente per le organizzazioni vicine alla frontiera di reclutare personale di cura straniero a condizioni più vantaggiose. La tabella seguente presenta i gradi di copertura dei costi medi delle organizzazioni vicine alla frontiera e di quelle non vicine alla frontiera per gli anni 2008 – 2015.

	Grado di copertura dei costi 2008	Grado di copertura dei costi 2009	Grado di copertura dei costi 2010	Grado di copertura dei costi 2011	Grado di copertura dei costi 2012	Grado di copertura dei costi 2013	Grado di copertura dei costi 2014	Grado di copertura dei costi 2015
Media delle organizzazioni vicine alla frontiera	96%	100%	99%	102%	93%	96%	107%	111%
Media delle organizzazioni non vicine alla frontiera	94%	95%	93%	94%	95%	97%	99%	102%

Tabella 5: gradi di copertura dei costi medi delle organizzazioni vicine alla frontiera (Spitex Engiadina Bassa, Spitex Valle Bregaglia, ACAM Moesano, Spitex Val Müstair, Spitex Valposchiavo e Spitex Oberengadin) e delle organizzazioni non vicine alla frontiera per gli anni 2008 – 2015

In sei anni su otto il grado di copertura dei costi medio delle organizzazioni vicine alla frontiera è stato superiore a quello delle organizzazioni non vicine alla frontiera. Ciò indica che vi sono determinati vantaggi per queste organizzazioni. Tuttavia, il quadro non è uniforme. Il grado di copertura dei costi medio delle organizzazioni non vicine alla frontiera è stato superiore soltanto nel 2012 e nel 2013. Sulla base di questi risultati non si deve ritenere che la vicinanza alla frontiera sia un fattore determinante per l'economicità delle organiza-

zioni. Si tratta piuttosto soltanto di un criterio tra molti altri (non da ultimo anche il tipo di gestione aziendale e di organizzazione dei servizi) che si riflettono sull'economicità.

2.4 Conclusione

Come illustrato sopra, le differenze nei gradi di copertura dei costi delle organizzazioni Spitex non possono essere spiegate con nessuno dei criteri (topografia, estensione e vicinanza alla frontiera) indicati dal Governo nella sua risposta all'incarico Pfenninger.

Per tale ragione si rinuncia a considerare i criteri geografici menzionati nell'incarico Pfenninger nella regolamentazione relativa al finanziamento dei servizi Spitex.

Nel quadro dell'elaborazione dell'incarico Pfenninger, l'Ufficio dell'igiene pubblica ha infine invitato l'Associazione Spitex Grigioni a prendere posizione in merito alle questioni sollevate relative a eventuali correlazioni tra topografia, estensione e vicinanza alla frontiera da un lato ed economicità delle singole organizzazioni Spitex dall'altro. Nella propria presa di posizione, l'Associazione Spitex ha in sostanza spiegato che sussisterebbero fondate ipotesi secondo le quali la topografia, l'estensione e la vicinanza alla frontiera influirebbero sull'economicità. Per allestire un'analisi più consistente sarebbero necessari accertamenti approfonditi. L'Associazione Spitex ha suggerito all'Ufficio dell'igiene pubblica di svolgere uno studio su questo tema.

Poiché in base alle precedenti spiegazioni non risultano indizi circa una dipendenza dell'economicità delle organizzazioni Spitex dalla situazione topografica delle rispettive regioni Spitex, si rinuncia a svolgere ulteriori studi.

3. Punti chiave della revisione parziale

La presente revisione parziale della LCA prevede i seguenti punti chiave (le indicazioni relative alle misure si riferiscono al rapporto relativo al finanziamento degli ospedali e delle cure nel Cantone dei Grigioni [M 2015-2016, p. 1033 segg.]).

3.1 Soppressione della categoria di prestazioni "riparazione e rinnovo" (misura 2)

Conformemente all'art. 21b cpv. 1 LCA, per le case per anziani e di cura e per le unità di cura che figurano nell'elenco delle case di cura il Governo fissa le spese riconosciute e la partecipazione alle spese massima degli ospiti graduate secondo l'entità delle prestazioni per la retta per la pensione, le spese di riparazione e di rinnovo, le spese di assistenza, nonché le spese di cura.

Le spese riconosciute per la categoria "riparazione e rinnovo" ammontano a 25 franchi per giorno di cura (cfr. allegato 1 OLCA). La tariffa massima di 25 franchi si basa sui sussidi del Cantone e dei comuni e su una durata di ammortamento di 33 anni. In base all'art. 21 cpv. 1 lett. a LCA, il Cantone e i comuni concedono alla regione di pianificazione per ogni posto letto di cura supplementare creato conformemente alla pianificazione quadro cantonale in case per anziani e di cura un sussidio per investimenti di 160'000 franchi ciascuno, ossia di 320'000 franchi in totale.

I costi d'investimento delle case per anziani e di cura costruite negli ultimi anni si sono sovente situati nettamente sopra i 320'000 franchi. Di conseguenza, queste case per anziani e di cura presentano spese di utilizzazione delle infrastrutture più elevate, ragione per cui la tariffa massima di 25 franchi con una durata di ammortamento di 33 anni non è sufficiente per il rifinanziamento. Il resto delle spese di utilizzazione delle infrastrutture viene oggi considerato nella determinazione delle spese riconosciute e della partecipazione massima alle spese di pensione da parte degli ospiti. Non è perciò opportuno suddividere le spese di utilizzazione delle infrastrutture dichiarate dalle case per anziani e di cura nella contabilità analitica tra le categorie "spese di riparazione e di rinnovo" da una parte e "spese di pensione" dall'altra.

La categoria di prestazioni "riparazione e rinnovo" (art. 21b cpv. 1 lett. b LCA) deve perciò essere soppressa con la presente revisione della LCA. In futuro, le spese di utilizzazione delle infrastrutture dovranno essere ripartite tra le altre unità finali d'imputazione (pensione,

cure e assistenza) in conformità alle direttiva di Curaviva per il calcolo dei costi delle case per anziani e di cura.

3.2 Competenza del Governo per la formazione di regioni di pianificazione (misura 5)

Conformemente all'art. 20 cpv. 3 LCA rispettivamente all'art. 31 cpv. 2 LCA in unione con l'art. 20 cpv. 3 LCA, il Governo può, dopo aver interpellato i comuni, definire regioni di pianificazione nel settore delle cure e dell'assistenza stazionarie, rispettivamente ambulatoriali.

Diversamente da quanto avviene per le regioni ospedaliere, che sono definite nell'art. 5 LCA, l'appartenenza dei comuni alle regioni delle case di cura e Spitex non è stabilita né nella legge, né nell'ordinanza. Per la cura e l'assistenza stazionarie, le regioni di pianificazione e l'appartenenza dei comuni alle singole regioni di pianificazione sono oggi stabilite nella pianificazione quadro cantonale per le case di cura e quindi non in un atto normativo. Per quanto riguarda le regioni Spitex non esiste una corrispondente determinazione da parte del Governo.

Con la presente revisione parziale della LCA si intende attribuire al Governo la competenza per definire a livello di ordinanza le regioni di pianificazione e per attribuire i comuni a una regione di pianificazione.

3.3 Obbligo per i comuni di partecipare ai sussidi agli investimenti conformemente all'art. 21 cpv. 1 LCA (misura 5)

Conformemente all'art. 20 cpv. 1 LCA, i comuni provvedono a un'offerta sufficiente per la cura e l'assistenza semistazionarie e stazionarie a pazienti lungodegenti e persone anziane. La maggior parte dei comuni del Cantone dei Grigioni partecipa all'ente responsabile di almeno una casa di cura. Vi sono però anche comuni che non fanno parte di alcun ente responsabile. Di conseguenza, singoli comuni non partecipano ai sussidi agli investimenti secondo l'art. 21 LCA e nemmeno a un eventuale finanziamento di altre spese.

Con la presente revisione parziale della LCA si intende impedire che i comuni si sottraggano al loro obbligo di partecipare alle spese d'investimento delle strutture per la cura e l'assistenza stazionarie. Il presente progetto di revisione parziale della LCA prevede quindi, per tutti i comuni di una regione di pianificazione, l'obbligo di partecipare ai sussidi agli investimenti per offerte di cura e assistenza stazionarie a pazienti lungodegenti e persone anziane

nella rispettiva regione. La ripartizione avviene secondo una chiave che deve essere definita dagli enti responsabili e dai comuni.

3.4 Adeguamento della base per la determinazione delle spese riconosciute e della partecipazione alle spese massima (misura 6)

La regolamentazione vigente, secondo cui la base per la determinazione delle spese riconosciute e della partecipazione alle spese massima degli ospiti nonché degli utenti è costituita dalle spese medie secondo la contabilità analitica dell'anno precedente quello della decisione delle case per anziani e di cura e delle unità di cura economiche, rispettivamente dei servizi Spitex economici, con un'autorizzazione d'esercizio senza condizioni (art. 21b cpv. 2 rispettivamente art. 31c cpv. 3 LCA), fa sì che le variazioni nel tasso di sfruttamento si ripercuotano sulle spese riconosciute con un ritardo di due anni. Per attenuare questo effetto, sia per la determinazione delle spese riconosciute, sia per la determinazione della partecipazione alle spese massima degli ospiti delle case per anziani e di cura e delle unità di cura, nonché degli utenti Spitex, in futuro ci si dovrà basare, anziché sui dati relativi alle spese dell'anno precedente la decisione, sulla media dei dati relativi alle spese dei tre anni precedenti la decisione. Ciò porterà a un livellamento nello sviluppo delle spese riconosciute e quindi delle tariffe. Picchi temporanei avranno effetti minori sulle tariffe. La pianificazione finanziaria risulterà agevolata sia per le aziende, sia per il Cantone (sussidi e prestazioni complementari) e per i comuni (sussidi). Infine, anche gli ospiti di case per anziani e di cura, rispettivamente gli utenti dei servizi Spitex, saranno confrontati a variazioni meno importanti delle tariffe.

3.5 Finanziamento dei costi generati da ospiti straordinariamente bisognosi di cure e/o di assistenza nelle case di cura

Nel quadro della revisione parziale della LCA entrata in vigore il 1° gennaio 2011, quale conseguenza dell'aumento dei livelli di cura da 12 a 16, i sussidi per ospiti straordinariamente bisognosi di cure che il Cantone erogava separatamente alle case di cura dietro presentazione di specifiche prove sono stati integrati nel sistema dei bisogni di cure (cfr. M 2010-2011, p. 133).

Le esperienze raccolte dall'introduzione del sistema a 16 livelli di cura hanno mostrato che con questo sistema non è sempre possibile rilevare e rappresentare adeguatamente i costi generati da ospiti straordinariamente bisognosi di cure e/o assistenza. Di conseguenza, le case per anziani e di cura che accolgono ospiti straordinariamente bisognosi di cure e/o

assistenza vengono indennizzate soltanto in misura insufficiente per i costi a ciò associati. Ciò può comportare che, per via del loro bisogno di cure e assistenza straordinariamente elevato, i pazienti facciano molta fatica a trovare un posto in una casa per anziani e di cura grigionese.

I casi straordinariamente impegnativi in termini di onere per le cure e/o l'assistenza sono principalmente costituiti da ospiti affetti da patologie muscolari e neurologiche a decorso progressivo (ad es. sclerosi laterale amiotrofica, malattia di Huntington), da demenza, da MRSA (stafilococco aureo meticillino-resistente), da malattie psichiche, da gravi handicap visivi o uditivi oppure da casi di pazienti che richiedono importanti cure palliative. Si può anche trattare di casi che richiedono l'intervento contemporaneo di più di una persona. Queste situazioni complesse di cura e di assistenza hanno in comune l'impossibilità di distinguere chiaramente tra prestazioni di assistenza e prestazioni di cura. Le prestazioni di assistenza presentano sovente una relazione diretta con le prestazioni di cura. Prima, durante e dopo la cura di un paziente affetto da MRSA devono ad esempio essere rispettate misure di protezione più severe (ad es. indumenti di protezione, disinfezione, ecc.). Tali prestazioni sono associate a un onere elevato, non vengono tuttavia adeguatamente indennizzate alla casa per anziani e di cura in questione.

La presente revisione parziale della LCA propone di limitare il sistema dei bisogni di cure ai 12 livelli previsti dall'art. 7a cpv. 3 dell'ordinanza sulle prestazioni (RS 832.112.31, OPre). In cambio, il Governo deve poter riconoscere spese supplementari in caso di persone straordinariamente bisognose di cure e/o assistenza. Le spese riconosciute dovranno essere fissate nell'appendice 1 dell'ordinanza della legge sulla cura degli ammalati. Le case per anziani e di cura potranno fatturare tali spese in aggiunta alle spese riconosciute della loro classificazione SCCP soltanto dopo l'approvazione da parte dell'Ufficio dell'igiene pubblica dell'onere di cura o di assistenza supplementare dimostrato nel singolo caso. I costi dovuti a uno straordinario bisogno di cure e/o assistenza dovranno essere finanziati proporzionalmente dai comuni (75 per cento) e dal Cantone (25 per cento).

Al fine di evitare che i costi risultanti in relazione a persone straordinariamente bisognose di cure e/o di assistenza vengano rimborsati due volte (una volta tramite i costi riferiti al singolo caso e approvati dall'Ufficio dell'igiene pubblica e poi una seconda volta tramite la considerazione di questi costi nel calcolo delle spese riconosciute per l'anno successivo al prossimo), i sussidi cantonali e comunali erogati per finanziare i costi dovuti a uno straordinario

bisogno di cure e/o assistenza devono essere dedotti a livello di contabilità analitica nella procedura volta alla determinazione delle spese riconosciute.

3.6 Promozione di brevi degenze presso case per anziani e di cura nonché presso unità di cura allo scopo di sgravare i familiari che prestano cure e assistenza mediante differenziazione delle spese di pensione riconosciute

Le case per anziani e di cura hanno già oggi la possibilità di mettere a disposizione posti letto di cura per brevi degenze. Brevi degenze di persone con un elevato bisogno di cure (ad es. durante le vacanze) in case per anziani e di cura servono in particolare per sgravare i familiari che prestano cure e assistenza. In considerazione del principio di politica sanitaria "ambulatoriale prima di stazionario" e di un'assistenza sanitaria adeguata ai bisogni, tali offerte di sgravio sono molto importanti. Esse possono contribuire a ritardare o addirittura a evitare un trasferimento in una casa di cura. Già oggi sono numerose le case per anziani e di cura che mettono a disposizione posti letto di cura per brevi degenze volte a sgravare i familiari che prestano cure e assistenza.

Al fine di favorire ulteriormente simili offerte, con la presente revisione parziale della LCA si intende creare la possibilità per il Governo di differenziare le spese di pensione riconosciute a seconda dei giorni di cura dichiarati dalle case per anziani e di cura costituiti da brevi degenze volte a sgravare i familiari che prestano cure e assistenza.

Per evitare che in relazione alla differenziazione delle spese di pensione riconosciute vengano indennizzate due volte le spese risultanti, le spese supplementari di pensione causate da un'elevata offerta di brevi degenze devono essere dedotte a livello di contabilità analitica nella procedura per la determinazione delle spese riconosciute.

Si prevede una differenziazione delle spese di pensione riconosciute che può raggiungere i 4 franchi. Sulla base delle spese di pensione riconosciute per il 2016, per le case per anziani e di cura con un numero di giorni di cura per brevi degenze superiore alla media, ciò significherebbe spese di pensione riconosciute di 102 franchi, rispettivamente di 98 franchi per quelle con un numero di giorni di cura per brevi degenze inferiore alla media.

Per via della scarsa differenza, pari a 4 franchi, la fatturazione di spese di pensione riconosciute superiori per tutti gli ospiti di una casa per anziani e di cura si giustifica quale contributo di solidarietà.

4. Spiegazioni relative al progetto di revisione parziale della LCA

Art. 17 cpv. 2

Secondo il Tribunale federale, le decisioni con le quali i governi cantonali fissano la quota cantonale al finanziamento delle prestazioni stazionarie nonché delle cure acute e transitorie (partecipazioni ai costi conformemente all'art. 49a cpv. 2 e all'art. 25a cpv. 2 LAMal) possono essere impugnate dinanzi al Tribunale amministrativo federale. Di conseguenza, il cpv. 2 deve essere stralciato.

Art. 18f cpv. 3, art. 21g cpv. 2, art. 31f cpv. 2

In futuro, gli importi in misura dei quali i sussidi per prestazioni economicamente di interesse generale vengono ridotti poiché i fornitori di prestazioni mettono a disposizione un numero di posti di formazione per professioni sanitarie e sociali inferiore a quanto prescritto dal Governo nell'ordinanza relativa alla legge sull'igiene pubblica dovranno essere versati proporzionalmente ai fornitori di prestazioni che hanno messo a disposizione un numero superiore di tali posti rispetto a quanto prescritto nell'ordinanza relativa alla legge sull'igiene pubblica.

Art. 20 cpv. 3

La disposizione permette al Governo, sentiti i comuni, di definire a livello di ordinanza regioni di pianificazione nel settore delle cure e dell'assistenza stazionarie e di attribuire i comuni a una regione di pianificazione.

Art. 21 cpv. 5

Mediante la presente disposizione si intende garantire che in futuro tutti i comuni partecipino alle spese d'investimento conformemente all'art. 21 cpv. 1 LCA per la creazione di posti letto di cura nella loro regione di pianificazione.

Art. 21b cpv. 1

L'attuale categoria di prestazioni "spese di riparazione e di rinnovo" viene soppressa. A titolo di novità, le spese di utilizzazione delle infrastrutture saranno considerate nelle categorie "spese di pensione, cure e assistenza".

Art. 21b cpv. 2

Per la determinazione delle spese riconosciute, in futuro ci si dovrà basare sulla media dei tre anni precedenti la decisione, anziché come finora sulle spese medie secondo la contabilità analitica dell'anno precedente quello della decisione delle case per anziani e di cura e delle unità di cura economiche con un'autorizzazione d'esercizio senza condizioni.

Art. 21b cpv. 5

La disposizione consente al Governo di riconoscere, in aggiunta alle spese fatturabili in base alla classificazione SCCP, altre spese di cura e assistenza per gli ospiti straordinariamente bisognosi di cure e assistenza. Queste spese supplementari possono essere fatturate soltanto previa approvazione dell'onere di cura e di assistenza supplementare dimostrato nel singolo caso da parte dell'Ufficio dell'igiene pubblica. Le spese supplementari vengono finanziate in misura del 25 per cento dal Cantone e del 75 per cento dai comuni tenuti a versare sussidi conformemente all'art. 21c cpv. 4. In cambio, il sistema dei bisogni di cure viene ridotto dagli attuali 16 a 12 livelli.

Art. 21b cpv. 6

Con questa disposizione, il Governo può differenziare le spese di pensione riconosciute secondo il rapporto tra i giorni di cura dichiarati dalle case per anziani e di cura per brevi degenze volte a sgravare i familiari che prestano cure e assistenza e il totale dei giorni di cura dichiarati.

Art. 21f cpv. 2

Il cpv. 2 va abrogato con la medesima motivazione dell'art. 17 cpv. 2.

Art. 31 cpv. 5

La disposizione permette al Governo, sentiti i comuni, di definire a livello di ordinanza regioni di pianificazione nel settore dello Spitex e di attribuire i comuni a una regione di pianificazione.

Art. 31c cpv. 3

Per la determinazione dei sussidi riferiti alle prestazioni, in futuro ci si dovrà basare sulla media dei tre anni precedenti la decisione, anziché come finora sui dati relativi alle spese e alle prestazioni secondo la contabilità analitica dell'anno precedente quello della decisione dei servizi economici con un'autorizzazione d'esercizio.

Art. 31d cpv. 1

Conformemente all'art. 49 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal; RS 832.102), gli infermieri diplomati sono ammessi all'attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie se sono ammessi secondo il diritto cantonale e se soddisfano gli ulteriori presupposti di ammissione stabiliti dall'OAMal.

Invece di presupposti di ammissione, attualmente nell'art. 17 dell'ordinanza della legge sulla cura degli ammalati sono stabiliti presupposti per il riconoscimento. Questa designazione richiede un adeguamento terminologico. In considerazione della loro portata, i presupposti di ammissione devono essere disciplinati a livello di legge. I presupposti di ammissione sono intesi a garantire un'assistenza permanente di elevata qualità e conforme ai bisogni degli utenti nel corso del rapporto di mandato. A tale scopo, gli infermieri devono essere obbligati a garantire che sia possibile raggiungerli durante gli orari di intervento ordinari e devono provvedere a una supplenza in caso di assenza. Degli attuali presupposti per il riconoscimento contenuti nell'art. 17 cpv. 1 dell'ordinanza della legge sulla cura degli ammalati vengono di conseguenza riprese le lettere b – e nonché g. La lettera a è già disciplinata dal diritto federale.

Il trasferimento dei presupposti per il riconoscimento nei presupposti per l'ammissione all'attività a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie richiede inoltre adeguamenti terminologici al titolo marginale e al cpv. 1.

5. Conseguenze della revisione parziale della LCA

5.1 Onere in termini di personale

Conformemente alla bozza di revisione, per poter fatturare spese supplementari in caso di persone straordinariamente bisognose di cure e/o assistenza è richiesta un'approvazione del singolo caso da parte dell'Ufficio dell'igiene pubblica.

Negli anni dal 2006 al 2010, i casi di persone straordinariamente bisognose di cure e/o assistenza sono stati compresi tra 10 e 19 all'anno. Dopo che nel 2010, con l'introduzione del nuovo sistema di finanziamento delle cure, questi casi sono stati integrati nel sistema dei bisogni di cure SCCP, per gli anni successivi non sono disponibili cifre corrispondenti.

	2006	2007	2008	2009	2010
Casi	10	17	19	14	19

Tabella 6: numero di casi di persone straordinariamente bisognose di cure e/o assistenza per gli anni 2006 – 2010

In considerazione del basso numero di casi, l'onere supplementare provocato dall'approvazione caso per caso delle spese supplementari per persone straordinariamente bisognose di cure e/o assistenza può essere fronteggiato con le capacità attualmente esistenti presso l'Ufficio dell'igiene pubblica.

5.2 Conseguenze finanziarie per il Cantone

- *Media triennale dei dati relativi alle spese quale base per la determinazione delle spese riconosciute e della partecipazione alle spese massima degli ospiti*

Poiché nella determinazione delle spese riconosciute e della partecipazione alle spese massima degli ospiti (case per anziani e di cura), rispettivamente degli utenti (servizi di cura e assistenza a domicilio), ci si basa sulla media delle spese dei tre anni precedenti anziché sulle spese medie dell'anno precedente, le spese riconosciute ogni anno sono soggette a variazioni di minore entità. Di conseguenza, anche i sussidi cantonali variano in misura inferiore. La modifica non comporta un aumento o una riduzione sistematici dei sussidi cantonali. La revisione parziale della LCA non comporta un aumento o una riduzione sistematici nemmeno con riguardo alle prestazioni complementari.

- *Spese riconosciute supplementari per persone straordinariamente bisognose di cure e/o di assistenza*

Al fine di evitare che i costi risultanti in relazione a persone straordinariamente bisognose di cure e/o assistenza vengano rimborsati due volte (una volta tramite i costi riferiti al singolo caso e approvati dall'Ufficio dell'igiene pubblica e poi una seconda volta tramite la considerazione di questi costi nel calcolo delle spese riconosciute per l'anno successivo al prossimo), i sussidi supplementari per persone straordinariamente bisognose di cura e di assistenza possono essere dedotti a livello di contabilità analitica nella determinazione delle spese riconosciute (cfr. n. 3.5).

Grazie a questo modo di procedere, la misura non è nell'insieme associata a conseguenze finanziarie per l'ente pubblico. La considerazione dei sussidi supplementari per persone straordinariamente bisognose di cure e/o assistenza nella determinazione delle spese riconosciute conduce infatti nell'anno successivo al prossimo a spese di cura e di assistenza riconosciute più basse. Nel tempo, la misura risulta quindi neutrale dal profilo dei costi.

- *Promozione di brevi degenze presso case per anziani e di cura nonché presso unità di cura allo scopo di sgravare i familiari che prestano cure e assistenza mediante differenziazione delle spese di pensione riconosciute*

Il Governo deve poter differenziare le spese di pensione riconosciute secondo il rapporto tra i giorni di cura dichiarati dalle case per anziani e di cura per brevi degenze volte a sgravare i familiari che prestano cure e assistenza e il totale dei giorni di cura dichiarati. Deve essere possibile un adeguamento delle spese di pensione riconosciute sia verso l'alto (per case per anziani e di cura che presentano un numero di giorni di cura per brevi degenze superiore alla media), sia verso il basso (per case per anziani e di cura che possono presentare un numero di giorni di cura per brevi degenze solo inferiore alla media). Per tale ragione non sono da attendersi conseguenze finanziarie per il Cantone.

5.3 Conseguenze finanziarie per i comuni

- *Obbligo di ciascun comune di una regione di pianificazione di versare sussidi agli investimenti conformemente all'art. 21 cpv. 1 LCA*

Questa misura interessa finanziariamente soltanto i comuni che attualmente non fanno parte di alcun ente responsabile e che finora non hanno versato sussidi agli investimenti.

- *Media triennale dei dati relativi alle spese quale base per la determinazione delle spese riconosciute e della partecipazione alle spese massima degli ospiti*

Come per il Cantone, questo punto non comporta conseguenze finanziarie nemmeno per i comuni.

- *Spese riconosciute supplementari per persone straordinariamente bisognose di cure e/o di assistenza*

Analogamente alle spiegazioni formulate riguardo al Cantone, questa misura risulta nell'insieme neutrale dal profilo dei costi anche per i comuni. I comuni che in base all'art. 21c cpv. 4 LCA sono tenuti a versare sussidi per persone straordinariamente bisognose di cure e/o assistenza dovranno tuttavia attendersi spese superiori.

5.4 Conseguenze finanziarie per i beneficiari di prestazioni

- *Promozione di brevi degenze presso case per anziani e di cura nonché presso unità di cura allo scopo di sgravare i familiari che prestano cure e assistenza mediante differenziazione delle spese di pensione riconosciute*

Gli ospiti di case per anziani e di cura che non percepiscono PC saranno interessati da spese di pensione inferiori o superiori, a seconda del fatto se la casa per anziani e di cura in cui si trovano presenta un numero di giorni di cura per brevi degenze volte a sgravare familiari che prestano cure e assistenza superiore o inferiore alla media.

5.5 Conseguenze finanziarie per i fornitori di prestazioni

- *Spese riconosciute supplementari per persone straordinariamente bisognose di cure e/o di assistenza*

Le case per anziani e di cura che ospitano persone straordinariamente bisognose di cure e/o assistenza beneficiano di un adeguato indennizzo per l'onere associato alla cura e/o all'assistenza di queste persone.

- *Spese riconosciute*

Le spese riconosciute per la cura e l'assistenza stazionarie risultano inferiori a seguito delle deduzioni delle spese riferite al singolo caso per persone straordinariamente bisognose di cure e/o assistenza.

- *Promozione di brevi degenze presso case per anziani e di cura nonché presso unità di cura mediante differenziazione delle spese di pensione riconosciute*

A seconda del numero di giorni di cura dichiarati per brevi degenze volte a sgravare i familiari che prestano cure e assistenza, le case per anziani e di cura possono fatturare spese di pensione riconosciute superiori o inferiori.

6. Entrata in vigore della revisione parziale della LCA

L'attuazione della presente revisione parziale della legge sulla promozione della cura degli ammalati e dell'assistenza alle persone anziane e bisognose di cure è prevista con effetto al 1° gennaio 2018.

Allegato

	Popolazione	Superficie dell'insediamento (km2)	Abitanti per km2 di superficie dell'insediamento	Km di strade	Popolazione per km di strade	Grado di copertura dei costi con i sussidi previsti dalla legge (2012)	Grado di copertura dei costi con i sussidi previsti dalla legge (2013)	Grado di copertura dei costi con i sussidi previsti dalla legge (2014)
Spitex Engiadina Bassa	8'033	8.73	920	145.5	55	79%	84%	95%
Spitex Imboden	15'921	6.59	2'416	55.7	286	97%	102%	99%
Spitex Valle Bregaglia	1'589	2.18	729	32.0	50	72%	79%	117%
Spitex Verein Chur	35'669	7.78	4'585	40.9	872	95%	99%	105%
Spitex Davos	11'290	6.40	1'764	57.1	198	98%	96%	91%
Spitex Cadi	7'682	7.72	995	91.6	84	106%	102%	103%
Spitex Prättigau (Flury-Stiftung)	15'735	11.21	1'404	147.1	107	91%	88%	98%
Spitex Fünf Dörfer	17'602	7.67	2'295	52.8	334	105%	106%	104%
Spitex Selva	7'425	6.04	1'229	32.0	232	94%	102%	100%
Spitex Albula/Churwalden	10'962	13.39	819	161.4	68	101%	105%	105%
Spitex Verein Kreis Maienfeld	6'723	3.60	1'868	43.4	155	91%	86%	101%
ACAM Moesano	8'530	8.93	955	183.1	47	114%	109%	113%
Spitex Val Müstair	1'579	2.04	774	47.0	34	104%	100%	112%
Spitex Viamala	13'526	12.20	1'109	297.4	45	84%	90%	97%
Spitex Valle Poschiavo	4'752	4.52	1'051	57.7	82	103%	108%	115%
Spitex Foppa	10'694	9.93	1'077	193.8	55	89%	87%	88%
Spitex Oberengadin	17'555	13.47	1'303	80.7	217	86%	94%	93%

Tabella 7: gradi di copertura delle spese delle organizzazioni Spitex per gli anni 2012 – 2014 (senza organizzazioni Spitex Arosa e Schanfigg). Indicatori geografici selezionati delle regioni Spitex per il 2014.