

Della Commissione speciale sanitaria sul messaggio 31 agosto 1994 concernente il potenziamento e la ristrutturazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio, nonché una nuova modalità di ripartizione degli oneri e delle competenze tra il Cantone e i Comuni nei campi degli ospedali pubblici (EOC), degli istituti per anziani (CPA) e dei servizi di assistenza e cura a domicilio; (SACD) in risposta all'iniziativa parlamentare dell'onorevole Carlo Donadini del 18 dicembre 1988

### Introduzione

"Lo scopo di Spitex è anzitutto quello di offrire la massima autonomia alle persone che sono dipendenti dall'aiuto degli altri".  
"(Tuttavia) nel settore delle cure di lunga durata la comunità - Confederazione, cantoni o comuni - sarebbe superata se volesse garantire una presa a carico completa. In effetti, questo tipo di cure richiede spesso un rapporto di stretta fiducia fra la persona che dispensa le cure e la persona che le riceve. Tocca dunque ai poteri pubblici, incoraggiare l'aiuto che possono dare la famiglia, i vicini o altre persone".

**Ruth Dreifuss, Consigliera federale**

"Le cure volontarie e gratuite prestate da privati (parenti o conoscenti) risparmiano alla società costi dell'ordine di 10 - 12 miliardi"

**prof. François Höpflinger**

Queste citazioni tratte dalla documentazione del 3° Congresso delle cure a domicilio (Spitex - Profili per l'avvenire) svoltosi a Berna il 28 agosto scorso per iniziativa dell'Associazione svizzera dei Servizi di cure a domicilio, riassumono gli intendimenti che hanno guidato il lavoro della Commissione speciale sanitaria nell'esame dell'iniziativa popolare (per il promovimento delle cure extraospedaliere e dei servizi a domicilio) (iniziativa Spitex) e del Messaggio del Consiglio di Stato per il potenziamento e la ristrutturazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio).

Un lavoro che la maggioranza della Commissione è fiera di avere concluso con la certezza di proporre al Gran Consiglio una soluzione che, in risposta alle attese della nostra popolazione e delle persone che desiderano mantenere il più a lungo possibile la propria autonomia e la possibilità di vivere al proprio domicilio:

- crea le premesse per un potenziamento dei servizi a domicilio, valorizzando la loro funzione in rapporto ad ospedali e case per anziani;
  - getta le basi per l'organizzazione di servizi più vicini alla popolazione e per una gestione razionale delle risorse (umane e finanziarie) attraverso un migliore coordinamento;
  - sottolinea l'importanza dei Servizi di assistenza e cura a domicilio anche attraverso una più chiara e solida base legale.
- Il presente rapporto invita pertanto il Gran Consiglio ad accogliere il controprogetto all'iniziativa Spitex elaborato dalla Commissione speciale sanitaria ed a raccomandare al popolo di respingere il testo conforme all'iniziativa popolare.

### Sommario

1.....	L' ASSISTENZA E LA CURA A DOMICILIO IN TICINO
1.1.....	Sguardo retrospettivo
1.2.....	L' evoluzione negli anni '90
1.3.....	Gli sforzi per una gestione razionale dei servizi di aiuto
1.4. Aiuto domiciliare e Casse Malati	
1.5.....	Lo Spitex non è solo Servizi di aiuto domiciliare
1.6. Il Volontariato	
1.7. Consorzi profilattici e materni	
2.....	L' INIZIATIVA POPOLARE (SPITEX)
2.1.....	Cronistoria
2.2.....	Proposte e contenuti dell' iniziativa popolare
3.....	L'INIZIATIVA DONADINI
4.....	IL MESSAGGIO 4287 (DOS-DI)
4.1.....	Analisi dei bisogni, proposte operative, risposte all' iniziativa
4.1.1.....	Analisi dei bisogni
4.1.1.1.....	I dati demografici
4.1.1.2.....	Le ricerche puntuali
4.1.1.3. I dati dei servizi	
4.1.2.....	Le risorse
4.2.....	Proposte operative
4.3.....	Conclusione

5.....	LE SCELTE DELLA COMMISSIONE SANITARIA
5.1. In generale	
5.2.....	Gli scenari di sviluppo
5.3.....	Aspetti particolari
5.3.1. Prestazioni e beneficiari	
5.3.2.....	Il ruolo dei Comuni
5.3.3.....	Le modalità organizzative
5.3.3.1.....	L'associazione di diritto privato
5.3.3.2.....	Le regioni di montagna
5.3.3.3.....	Un' (associazione mantello) cantonale?
5.3.4.....	(Direzione), équipes polyvalenti, partecipazione del personale
5.3.5.....	La forma giuridica dei rapporti di lavoro
6.....	GLI ASPETTI FINANZIARI
6.0. Premessa	
6.1.....	I servizi di assistenza e cura a domicilio
6.1.1.....	La possibile evoluzione futura dei costi SCD
6.1.2.....	La possibile evoluzione futura dei ricavi SCD
6.1.2.1.....	L'art. 101bis LAVS
6.1.2.2.....	I contributi delle Casse Malati
6.1.3.....	La possibile evoluzione futura dei disavanzi SCD
6.2. Le case per anziani	
6.2.1. La ripartizione degli oneri per le Case per anziani	
6.3.....	I servizi d' appoggio
6.4.....	Il nuovo meccanismo di ripartizione degli oneri tra Cantone e Comuni
6.4.1.....	Valutazione delle tendenze nell' evoluzione dei costi
6.4.2.....	Valutazione dei meccanismi di ripartizione
6.5.....	Conclusioni sugli aspetti finanziari
7. IL (PROGETTO CONFORME) ALL' INIZIATIVA POPOLARE	
7.1.....	Questioni procedurali
7.1.1.....	I margini di manovra del Gran Consiglio
7.2.....	L'operato della Commissione sanitaria nella attuale legislatura
7.3. Il (testo conforme) all' iniziativa popolare	
7.4.....	Le valutazioni della maggioranza (sul testo conforme)
8.....	IL CONTROPROGETTO DELLA MAGGIORANZA
8.0. Premessa	
8.1.....	Commento ai singoli articoli
8.2.....	Commento all'allegato (modifica di altre leggi)
9.....	CONCLUSIONI
10.....	DECRETI LEGISLATIVI
10.1. (Testo conforme) all' iniziativa popolare (e allegato)	
10.2. Legge sull'assistenza e cura a domicilio (e allegato)	
11. ALLEGATI	
.....	- Partecipazione comunale agli oneri socio-sanitari - Consuntivo 1996
.....	- Servizi d' appoggio: dati finanziari 1996
.....	- Servizi d' appoggio: dati finanziari dei preventivi 1997

## **1. L'assistenza e la cura a domicilio in Ticino**

### **1.1. Sguardo retrospettivo**

Fino alla seconda metà degli anni settanta, salvo qualche iniziativa puntuale, la tematica del servizio di aiuto domiciliare era quasi sconosciuta. L' organizzazione della nostra società fino a quegli anni non necessitava di questi servizi poiché la solidarietà all' interno delle famiglie stesse e quella delle comunità locali assicurava aiuto e assistenza alle persone bisognose.

I mutamenti della società (sempre meno famiglie plurigenerazionali riunite in uno stesso edificio o nel medesimo villaggio, forte mobilità delle persone, integrazione della donna nel mercato del lavoro,...), l' immigrazione di famiglie provenienti da altri cantoni e dall' estero e, in alcune aree del Cantone, di persone pensionate d' oltralpe, hanno accentuato le probabilità di doversi confrontare con persone bisognose sole al momento in cui queste cadessero nel bisogno (inabilità temporanea al lavoro, invalidità, vecchiaia,..).

Dall' inizio degli anni settanta si sono sviluppati in Ticino i servizi di aiuto domiciliare.

Scopo di questi servizi è quello di intervenire su due fronti principali:

- l'aiuto infermieristico;
- l'aiuto nei lavori di economia domestica;

Queste prestazioni vengono eseguite da infermiere specializzate in salute pubblica o in cure generali, da assistenti geriatrici, da aiuto familiari che hanno ottenuto il diploma della scuola cantonale o equivalente in altri cantoni e da ausiliarie senza formazione particolare o che vengono formate con corsi specifici (corso Croce Rossa,...).

L'organizzazione di questi servizi si basava su tre consorzi e su un'associazione di comuni di diritto privato e da alcuni servizi privati al livello locale. Va rilevato che nei primi anni non tutti i Comuni avevano aderito a questi servizi per cui esistevano dei vuoti sul territorio. Nonostante queste lacune i servizi operanti hanno sempre fatto fronte a tutte le richieste anche in quei Comuni che non avevano ancora dato la loro adesione.

Nel 1985 il Dipartimento delle Opere sociali eseguiva un'analisi della problematica dell'aiuto domiciliare estendendola a quello che è poi diventato il cosiddetto SPITEX.

Da quell'analisi scaturivano i seguenti aspetti:

- la necessità di un decentramento dei servizi,
- il mantenimento di una pluridisciplinarietà dei servizi,
- la revisione della forma giuridica,
- l'integrazione dei consorzi profilattici materni e pediatrici,
- il coordinamento tra i vari attori, ...

Nella seconda metà degli anni ottanta si procedette al completamento del servizio di aiuto domiciliare su tutto il territorio cantonale facendo aderire tutti i Comuni ai Consorzi o alle Associazioni esistenti.

La situazione all'inizio del 1990 era quindi la seguente:

- Consorzio di Lugano e Dintorni (1))
- Consorzio di Bellinzona
- Consorzio del Locarnese
- Associazione della Valle Maggia
- Regione Tre Valli
- Aiuto domiciliare Minusio (2))

## **1.2. Evoluzione degli anni '90**

Il continuo e significativo aumento delle richieste, ha imposto ai servizi un potenziamento dei propri effettivi di personale e hanno spinto il Cantone e le varie associazioni di categoria professionale ad organizzare un'apposita formazione per coloro che operano in questo settore.

Per motivi di coordinamento i servizi di aiuto domiciliare hanno costituito anche una propria Associazione (ATAD) in cui si discutono i vari aspetti tecnici e finanziari. L'associazione funge anche da rappresentante dei datori di lavoro in questo settore nelle trattative di ordine sindacale e nell'ambito delle convenzioni con le Casse Malati.

I problemi in parte già sollevati dal DOS nel 1985 si sono fatti sentire in modo sempre più evidente nella prima metà degli anni novanta. In particolare ci si è accorti della necessità di un maggior coordinamento tra i vari servizi pubblici o privati onde evitare doppioni, vuoti di prestazione e altre disfunzioni a scapito dell'utenza.

Pure essenziale è diventato il coordinamento con gli ospedali e le case per anziani dove sempre più si fanno sentire gli effetti della razionalizzazione dovuta alla necessità di contenere le spese e gli investimenti.

L'attività principale dei servizi di aiuto domiciliare, pur rimanendo orientata verso gli anziani, si trova a far fronte anche ad altre richieste come quelle di famiglie in difficoltà temporanea per malattia o impedimento di un genitore, dell'accompagnamento alla morte al proprio domicilio e dei casi psico sociali.

I dati statistici elaborati dall'ATAD indicano chiaramente la casistica e l'impegno dei servizi di aiuto domiciliare nel Cantone.

Alcuni dati significativi degli attuali servizi pubblici (statistiche ATAD) 3

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	Aumento%
Popolazione	293122	291318	295277	299630	301984	305088	4,08
Casi (*)	4670	4754	5049	5409	5544	5778	23,73
Casi INF (**)	1149	1895	1959	2019	1940	1923	67,36
Casi AD	2039	2132	2287	2544	2692	2910	42,72
Casi INF+AD	1482	727	803	846	912	945	-36,23
Prestazioni	206447	225040	261985	289568	315236	337924	63,68
Prestazioni INF	96733	108888	130767	145737	157220	168001	73,67
Prestazioni AD (***)	109714	115348	131218	143585	158016	169923	54,88
Ore (****)	263437	112265	123271	309008	322200	342662	30,07
Dipendenti	348	363	388	411	428	438	25,86
Dipendenti in	228	235	248	249	270	281	23,25

UL							
Costo totale	14748005	15881211	17505997	18781764	19755357	21325794	44,60
Disavanzo	11895648	12663903	13888104	14761115	14969893	15997300	34,48

INF= aiuto infermieristico, AD= aiuto familiare, UL= unità lavoro al 100% di impiego

\*) Un caso può corrispondere a più utenti (es. copia anziani)

\*\*\*) Nel 1991 i casi infermieristici erano in parte conglobati nei casi misti (INF+AD)

\*\*\*\*) I dati sulle prestazioni sono parziali (anni 1993, 94, 95) e non comprendono quelli del SAD Tre Valli

\*\*\*\*) Nel 1993 e 1994 non sono comprese le ore del Sottoceneri.

La popolazione del Cantone è aumentata solo del 4,08% mentre i casi hanno visto un incremento del 23,73%.

L' aumento dei casi è riferito all' invecchiamento della popolazione da un lato a alla tendenza da parte degli ospedali a ridurre i periodi di degenza per i pazienti cronici.

Ciò è confermato anche dal maggiore incremento delle prestazioni infermieristiche. Questo significa a sua volta che da un lato i Servizi operano una certa selezione delle domande dando la priorità ai casi più impegnativi cercando dall' altro di limitare invece quelle prestazioni di puro carattere casalingo che hanno comunque avuto un forte incremento.

Le unità lavoro (UL) impiegate sono aumentate, esattamente come i casi, del 23,25 % mentre le ore di impiego diretto all' utente hanno avuto un incremento maggiore. Ciò indica che i Servizi hanno cercato di contenere l' aumento del personale e di razionalizzare il suo impiego.

L' aumento del costo totale è stato maggiore di quello del disavanzo. Ciò è dovuto da all' adattamento delle tariffe a carico dell' utenza e da una maggiore casistica infermieristica che usufruisce di sussidi delle Casse Malati.

L'incremento dei costi non è soltanto collegato al numero dei casi e degli interventi, ma è spiegato anche da uno spostamento qualitativo verso prestazioni più impegnative come quelle di tipo infermieristico.

Alcune cifre chiave indicative (Statistiche ATAD)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Costo netto pro capite	fr 40,58	fr 43,47	fr 47,03	fr 49,26	fr 49,57	fr 52,44
Costo netto per caso	fr 2547	fr 2664	fr 2751	fr 2729	fr 2700	fr 2769
Ore per caso	56,41	*)	*)	57,13	58,12	59,30
Casi per Unità Lavoro	20,46	20,25	20,34	21,74	20,52	20,57
Casi in % popolaz.	1,59%	1,63%	1,71%	1,81%	1,84%	1,89%

Costo netto pro capite = Costo totale del servizio per abitante dedotti i ricavi da fatturazioni all'utente per le prestazioni delle aiuti familiari e alle Casse Malati per le prestazioni infermieristiche

\*) Si è rinunciato al calcolo perché mancano i dati del Sottoceneri.

Il costo netto pro capite a carico di Cantone e Comuni è aumentato di fr 12.- in 6 anni e il costo netto per caso si attesta sui fr 2'769. Con questo costo l' utente riceve mediamente ogni anno quasi 60 ore di prestazioni e ogni unità lavoro impiegata riesce a occuparsi di 20-21 casi. Questi dati sono significativi perché dimostrano che con un costo relativamente molto contenuto si riescono a mantenere a casa un numero cospicuo di persone di cui una buona parte, se non potessero usufruire di questo servizio dovrebbero essere ricoverate in strutture fisse ben più costose per la comunità dell' aiuto domiciliare.

Da questa considerazione male si comprendono le resistenze delle Casse Malati a livello federale e cantonale verso un maggiore sostegno alle cure domiciliari.

I Servizi si occupano del 1,89% della popolazione di cui la gran parte sono anziani.

Costi netti pro capite per servizio di aiuto domiciliare (elaborazione ATAD)

	1991 Sfr.	1992 Sfr.	1993 Sfr.	1994 Sfr.	1995 Sfr.	1996 Sfr.
SAD Bellinzona	39.54	42.35	50.92	54.29	55.11	59.87
SAD Locarnese	31.76	31.91	33.08	34.23	35.09	36.85
SAD Luganese	42.32	44.77	47.15	48.13	48.07	51.42
AVAD	23.00	27.64	33.33	43.18	57.82	63.86
SAD Tre Valli	53.05	63.85	71.64	80.68	78.39	76.68
Cantone	48.58	43.47	47.03	49.26	49.57	52.44

Il costo netto medio pro capite per singolo servizio presenta delle forti variazioni che dipendono da molti fattori che i relatori non hanno potuto valutare nei dettagli. Va tuttavia rilevato che il costo medio pro capite del SAD Locarnese deve essere valutato tenendo conto della presenza nel Comprensorio del servizio aiuto domiciliare di Minusio che opera pure in parecchi comuni del Locarnese. I costi pro capite più elevati nelle aree periferiche del Cantone possono essere spiegati in parte dalla minore offerta di servizi alternativi (ambulatori, servizi di appoggio, servizi privati) e da maggiori costi di trasferta.

Nel contesto svizzero i Servizi di aiuto domiciliari del Ticino si situano in una buona posizione quadro di partenza per una loro

ristrutturazione. Questa differenza è spiegata dalla mancanza nel Ticino rispetto a molti Cantoni (svizzero tedeschi) in particolare negli anni sessanta e settanta di servizi analoghi a livello locale basati su un volontariato o semi volontariato e finanziati, in misura più o meno forte, da Comuni o altre Organizzazioni.

Si può quasi dire che l'essere stati tra gli ultimi a creare i servizi di aiuto domiciliari ha portato il Ticino a costituire unità intercomunali di dimensioni più grandi, magari in certi casi troppo grandi, ma ha anche permesso di organizzare un'offerta uguale su tutto il territorio ciò che non è sempre il caso nel resto della Svizzera. Va anche ricordato che da oltre un anno le due associazioni che raggruppavano i servizi di aiuto domiciliare a livello federale si sono finalmente fuse in una sola dando maggior forza a questo settore che ha attualmente iniziato dure e impegnative trattative con i politici e con le casse malati per un miglior riconoscimento degli attori dello SPITEX.

### **1.3. Gli sforzi per una gestione razionale dei servizi di aiuto domiciliare**

Nonostante le tendenze indicate nei dati 1991-1995 in cui si nota già uno sforzo per contenere le spese e razionalizzare le prestazioni, nel 1996 il DOS ha proceduto ad un'analisi di dettaglio delle singole prestazioni infermieristiche calcolando i loro tempi medi in analogia a studi già effettuati nelle case per anziani e negli ospedali.

Questi dati permettono di conoscere e definire meglio il tempo e il numero di impiegati necessari per seguire una data utenza in un dato comprensorio.

Su iniziativa dell'ATAD con l'appoggio finanziario del DOS, i Servizi hanno introdotto dal gennaio 1997 un nuovo sistema informatico che permette di registrare in modo esatto i tempi e le prestazioni di ogni singolo impiegato (infermiera, aiuto familiare, ausiliaria).

Questa informatizzazione snellisce tutto il lavoro amministrativo semplificando i lavori di fatturazione, contabilità, conteggio dei salari, ecc.

Esso diventa anche uno strumento di gestione del personale in quanto permette di valutare meglio i tempi di impiego nell'ambito della pianificazione settimanale e di individuare eventuali lacune di ordine gestionale o organizzativo per poi migliorarle.

Già fin d'ora esistono buone premesse per affrontare gli anni 2000 con criteri gestionali efficienti senza dimenticare la qualità del servizio.

A livello degli attuali Servizi è pure iniziata una collaborazione con gli altri attori che operano a domicilio sia a livello pubblico (servizio sociale e psico sociale, consorzi profilattico pediatrici e materni, ecc.) sia a livello privato (Pro Senectute, Pro Infirmis, ecc.).

### **1.4. Aiuto domiciliare e Casse malati**

Da quanto si può leggere sulla stampa e nell'ambito delle trattative ai vari livelli per un riconoscimento più equo delle prestazioni di aiuto domiciliare da parte delle Casse Malati sembra che vi siano non poche difficoltà nel capire esattamente il ruolo dello Spitex nel contesto del settore sociosanitario. È comunque indubbio che questo servizio permette il mantenimento delle persone bisognose il più a lungo possibile al proprio domicilio evitando ospedalizzazioni e ricoveri in strutture fisse specializzate molto più costose per la comunità (vedi punto 1.2 dati statistici). Va infatti ricordato che il ruolo delle operatrici o operatori di questi servizi è anche quello di attivare il più possibile tutte le risorse dell'utente e della sua cerchia familiare e sociale prima di intervenire direttamente con il proprio personale. Questo lavoro è troppo spesso dimenticato perché non facilmente quantificabile. Una sua valutazione porterebbe sicuramente a dimostrare un risparmio non indifferente per la comunità e le stesse Casse Malati.

La ristrutturazione dell'offerta ospedaliera e la forte riduzione dei tempi di permanenza in ospedale dei pazienti che si ripercuote direttamente su una maggiore richiesta a livello dello SPITEX, unita alla reticenza delle Casse Malati nel riconoscere in giusta misura le prestazioni infermieristiche e di aiuto domiciliare, solleva giustificate preoccupazioni sulla possibilità di garantire un buon livello di prestazioni all'utente indipendentemente dal suo status economico. Recentemente si cominciano a rilevare casi in cui l'utente tende a rifiutare delle prestazioni che gli necessitano perché non coperte finanziariamente dalla propria Cassa malati. Questo nuovo aspetto che nell'immediato porta a un apparente risparmio, a medio e lungo termine provocherà delle pesanti ricadute sui costi pubblici poiché si dovrà intervenire a sanare situazioni di degrado irreversibili.

Le perplessità nei confronti dell'atteggiamento delle Casse Malati aumentano se si considera l'ordine di grandezza finanziario oggetto delle trattative con i Servizi di aiuto domiciliare e che ammontava nel 1996 a fr 2,6 mio. Si tratta sicuramente di una percentuale minima sul totale dei costi sopportati da queste Società nel settore sanitario per cui un leggero incremento nello Spitex non li mette sicuramente in difficoltà.

Vi sono invece delle tendenze aberranti dovute alle assicurazioni complementari che le stesse Casse Malati offrono ai propri clienti e che provocano un incremento delle richieste di interventi a domicilio per casi meno prioritari e urgenti forzando così un aumento di personale e di costi poco giustificato.

Si auspica pertanto che da parte della Casse Malati ci sia una maggiore visione di insieme e un colloquio più aperto e competente anche sul piano tecnico con i partner dei servizi di aiuto domiciliare.

### **1.5. Lo SPITEX non è solo Servizi di aiuto domiciliare**

Nel campo sociosanitario sul territorio e a domicilio operano tutta una serie di attori pubblici e privati che vanno coordinati tra loro per evitare disfunzioni. Nel progetto di legge essi vengono definiti (Servizi di appoggio).

La mancanza di un coordinamento tra questi attori diversi si esprime su doppie prestazioni all'indirizzo di alcuni utenti accanto a vuoti di prestazioni che colpiscono le persone più emarginate. Vi è pure il rischio che i casi più scabrosi e difficili da risolvere vengano rimbalzati da un'organizzazione all'altra perché nessuno vuole assumersi questa responsabilità.

Fare un elenco completo di tutte le organizzazioni e di tutti i servizi che operano nel Canton Ticino è un'impresa non facile. Pure difficile è distinguere in modo netto tra quelli che sono dei servizi puramente sociali e quelli sanitari. Altrettanto difficile è la distinzione tra volontariato e professionismo. Vi sono inoltre zone più servite da questi attori diversi (e sono solitamente le aree

urbane) e zone meno toccate dove esiste ancora una forte solidarietà interna. Attualmente il Cantone riconosce e sussidia diversi Comuni, enti e associazioni che considera nella categoria dei servizi di appoggio.

La tipologia di questi servizi può essere così suddivisa:

Invalidi (senza gli anziani)	15 servizi
Servizi trasporti	9 servizi
Minorenni	8 servizi
Anziani	23 centri diurni (si sta limitando il sussidio ai centri di importanza regionale) 2 associazioni 1 servizio pedicure 1 distribuzione pasti a domicilio (14 punti) 1 tele soccorso

Quanto indicato nella tabella precedente non rappresenta tutti gli attori che attualmente operano sul territorio. Come già ribadito vi è infatti tutta una serie di organizzazioni che offrono prestazioni senza essere riconosciute in modo specifico dal Cantone e senza usufruire di sussidi statali.

Mancando dati completi su tutta l'attività di questi servizi di appoggio in Ticino è difficile valutare l'offerta sia nella sua distribuzione sul territorio, sia in funzione della casistica reale.

Un aspetto che va esaminato già sin d'ora è la possibile differenza tra aree urbane e periferia. Infatti parecchi servizi di appoggio operano unicamente in ambiente urbano e hanno difficoltà a soddisfare le richieste che vengono dalle aree rurali e montane.

Un'offerta di servizi di appoggio nella periferia oltre che a essere più onerosa (trasferite più lunghe,...) diventa più difficile essendoci meno possibilità di reperire dei fondi. Ciò significa che i Comuni di queste aree potrebbero essere sollecitati a coprire buona parte di questi costi qualora non si volessero creare delle disparità di trattamento dell'utenza.

Un'analisi più completa di questi servizi diventa pertanto molto importante quale base per fissare equi criteri di finanziamento tali da promuovere un'offerta equilibrata sul territorio a uguali costi unitari a carico dei Comuni.

Pure da chiarire, nell'ambito dello SPITEX, sono i criteri per definire il servizio di appoggio. Dai dati finora in possesso si ha l'impressione che vengono classificate come servizi di appoggio delle attività che sono puramente di tipo sociale e non hanno una relazione diretta con il settore sanitario (ad esempio gli 8 servizi che concernono i minorenni e le famiglie). Per il momento va comunque ribadito il principio di riconoscere come servizio di appoggio unicamente quelli che offrono le prestazioni di cui agli articoli 3 e 4 della legge Spitex, lasciando ad altre basi legali le attività di puro carattere sociale, culturale e di prevenzione per la salute.

Il punto 6.3 tratterà gli aspetti finanziari dei servizi di appoggio.

### 1.6. Il Volontariato

Un capitolo che suscita sempre grandi discussioni è quello del volontariato.

Come in tutte le parti del mondo anche in Ticino il volontariato è molto vivo e attivo e opera normalmente nell'ombra e senza pubblicità. Esso va valorizzato ma va anche rispettato nella sua discrezione. Le forme di volontariato sono molteplici e molto spesso evolvono nel loro interno. Volete strutturare a tutti i costi è praticamente impossibile e in certi casi sarebbe perfino irrispettoso e controproducente il farlo.

Nell'ambito del coordinamento dello SPITEX, l'integrazione del volontariato compete, secondo il progetto di legge qui presentato, ai SACD.

Questa integrazione non deve essere imposta al volontariato, essa va ricercata e se necessario stimolata e favorita sulla base del consenso reciproco. La flessibilità è quindi la base per trovare interessanti sinergie tra i servizi professionali e il volontariato.

Già attualmente alcuni Servizi di aiuto domiciliari coordinano la loro attività con altri enti e gruppi attivi sul piano sociosanitario. Ad esempio per i pasti a domicilio si collabora con la Pro Senectute la quale a sua volta fa capo a volontari, per i trasporti si fa capo ai vari servizi basati sul volontariato attivi nel Cantone, in casi singoli il Servizio di aiuto domiciliare assume un ruolo di consulenza ai volontari che si occupano dell'utente,....

### 1.7. Consorzi profilattici materni e pediatrici

Il Cantone è servito da tre consorzi (Lugano, Locarno e Bellinzona) che operano con proprie infermiere pediatriche sia a domicilio sia in sedi diverse situate sul territorio.

L'operato di questi Servizi in appoggio alle mamme e alle famiglie è molto apprezzato e viene sostenuto dal Cantone e dai Comuni.

Già nel 1985 si era ventilata la proposta di integrare questi consorzi a quelli di aiuto domiciliare trovando una certa opposizione da parte degli amministratori di questi enti.

Pur trattandosi di prestazioni indirizzate ai bambini di meno di tre anni, vi sono parecchi punti in comune tra questi due servizi che giustificano il discorso di una loro fusione.

## 2. L'iniziativa popolare Spitex

### 2.1 .Cronistoria

L'iniziativa popolare generica e legislativa (per il promovimento delle cure extraospedaliere e dei servizi a domicilio), divenuta successivamente nota come Spitex venne lanciata ufficialmente l'1.2.1991 e depositata presso la Cancelleria dello Stato il 3 aprile successivo corredata di 11'068 firme.

Il successivo iter è stato particolarmente lungo e travagliato in considerazione della complessità e della vastità del tema in oggetto, malgrado l' art. 16 cpv 1 della Legge sull' iniziativa popolare, sul referendum e sulla revoca del Consiglio di Stato, del 22 febbraio 1954, preveda che il Gran Consiglio debba, nel caso di iniziative presentate in forma generica, elaborare un progetto di legge conforme agli intendimenti dell' iniziativa e, secondo il cpv 4 dello stesso articolo di legge debba in ogni caso pronunciarsi entro un anno dalla pubblicazione del risultato della raccolta delle firme.

Allo scopo di sbloccare la situazione il 4 settembre 1992 la Commissione sanitaria chiese al Dipartimento delle Opere Sociali di elaborare un progetto di legge.

La proposta fu accettata dal Consiglio di Stato e il 9 dicembre dello stesso anno venne istituito un gruppo di lavoro interdipartimentale (con il compito di elaborare delle proposte operative nonché un progetto di legge per il coordinamento e l' organizzazione territoriale delle diverse forme di assistenza socio-sanitaria delle persone anziane compatibilmente con le risorse economiche ed umane disponibili).

Il 13 dicembre 1993 il rapporto di questo gruppo di lavoro interdipartimentale veniva rassegnato alla Commissione sanitaria, in esso era contenuta la formulazione di un testo di legge nel senso dell' iniziativa popolare accompagnato da un rapporto basato sulle ipotesi di un potenziamento quantitativo e qualitativo dei servizi di assistenza e cura a domicilio e della loro estensione a tutta la popolazione, di un loro decentramento e coordinamento nonché della promozione di misure a sostegno dei famigliari e del volontariato. In esso era inoltre contenuta l' elaborazione di scenari di possibile evoluzione dei servizi nel periodo 1992-2010 con relativa valutazione di costi e finanziamento.

Il rapporto, presentato in conferenza stampa il 13 gennaio 1994, venne sottoposto all' attenzione di tutte le cerchie interessate. In una fase successiva il Consiglio di Stato, tenuto conto delle osservazioni emerse durante la fase di consultazione, ha provveduto ad elaborare il messaggio 4287, licenziato il 5.9.1994.

## **2.2 Proposte e contenuti dell'iniziativa popolare**

L'iniziativa chiedeva al Gran Consiglio l' elaborazione di (una legge sul promovimento delle cure extraospedaliere e dei servizi a domicilio che preveda una riforma strutturale degli attuali consorzi di aiuto domiciliare e l'assunzione dei compiti di intento territoriale oggi previsti da altre leggi).

In altre parole, secondo gli iniziativaisti, le esigenze fondamentali della popolazione a cui l'iniziativa doveva rispondere erano di tre ordini:

1. il potenziamento dei servizi a domicilio per rapporto a soluzioni istituzionali quali ospedali e case per anziani, da loro ritenute troppo costose e non rispondenti adeguatamente ai bisogni dell' utenza;
2. integrare le leggi già esistenti (legge anziani, legge integrazione invalidi e legge maternità e infanzia) in un unica legge che desse una base più solida ed unitaria al servizio;
3. la ristrutturazione del sistema organizzativo in modo da rendere il servizio più vicino alla popolazione e nel contempo rendendo più efficace il coordinamento delle risorse.

Da un punto di vista pratico veniva richiesto quanto segue (cito dalla lettera degli iniziativaisti alla commissione sanitaria del 26.6.1996):

1. il potenziamento dei servizi sul territorio di cura e di aiuto a domicilio allargandone i settori di intervento in modo da rispondere ai bisogni di tutte le fasce di età della popolazione;
2. il rafforzamento quantitativo e qualitativo del personale da raggiungere tramite una politica di formazione e perfezionamento adeguate e un più ampio riconoscimento del suo ruolo e della sua funzione;
3. un decentramento dei servizi che tenga conto della specificità del territorio e delle caratteristiche delle zone. Dal profilo quantitativo si può pensare a comprensori di circa 15'000 abitanti dove cooperano équipes composte da più figure professionali a stretto contatto con le strutture socio-sanitarie usufruendo di tutte le risorse locali, pubbliche e private, disponibili;
4. un coordinamento cantonale dei servizi che definisca gli obiettivi delle cure sul territorio in Ticino e ne assicuri l' esecuzione efficace e coerente;
5. l' assunzione più ampia delle spese di prevenzione e di cura da parte delle casse malati;
6. l' introduzione di misure che favoriscano l' aiuto da parte dei famigliari e dei vicini;
7. la promozione e il sostegno dell' aiuto volontario e del mutuo aiuto.

## **3. L'iniziativa Donadini**

Il 19 dicembre 1988 l' Ono Carlo Donadini presentò una iniziativa parlamentare generica per il gruppo PPD concernente la revisione della legge sugli ospedali pubblici del 20.12.1982.

L' iniziativa chiedeva la soppressione delle (norme che prevedono la partecipazione dei Comuni al finanziamento parziale ed alla gestione (indiretta) degli ospedali).

Essa si basava su due presupposti principali:

- la situazione finanziaria dell' epoca (1988) era favorevole al punto di permettere al cantone la possibilità di assumere tutto l' onere necessario al finanziamento del sistema ospedaliero pubblico cantonale;
- la constatazione che la costituzione di assemblee distrettuali, con competenze molto ridotte, non era giustificata nell' ambito di una corretta ripartizione dei compiti fra Cantone e Comuni e non era neppure compatibile con una gestione razionale del sistema ospedaliero.

Quale corollario l'iniziativa chiedeva inoltre:

- di rivedere la nomina dei Consiglio ospedalieri (stabilendo per legge l' autorità di nomina e i requisiti da osservare);
- di riconsiderare i criteri di ripartizione degli oneri fra Cantone e Comuni per l' assunzione di compiti statuali in termini di equità.

Il 22 febbraio 1990 la Commissione della Gestione licenziava un rapporto contenente precise indicazioni all' indirizzo del Consiglio di Stato, previa approvazione da parte del Gran Consiglio.

In particolare la commissione formulava le seguenti considerazioni:

(Riteniamo giunto il momento di stabilire che all' Ente ospedaliero cantonale spetta la piena competenza nella gestione degli ospedali pubblici e che pertanto spetta al Cantone, portatore della competenza e della responsabilità sovrana, sopportare tutti i disavanzi dell' Ente.)

La Commissione era però conscia del fatto che l' aggravio previsto per le finanze cantonali (circa 40 milioni) sarebbe stato eccessivo anche per quei tempi (ove ricordiamo la gestione corrente del bilancio cantonale chiudeva con avanzi di esercizio). Per questo motivo formulava l' invito al Consiglio di Stato a voler procedere ad (altre modifiche di legge che permettano di meglio regolare alcune competenze comunali e pertanto anche l'assunzione da parte dei Comuni di oneri attualmente a carico del Cantone).

Nel rapporto venivano anche formulate indicazioni riguardanti possibili ambiti nei quali sarebbe stato verosimilmente possibile procedere nella direzione di una, almeno parziale, redistribuzione di oneri e competenze:

- a) settore degli anziani (case per anziani, centri diurni, aiuto domiciliare)
- b) settore dell'insegnamento primario (case dei bambini e scuole elementari)
- c) settore della pianificazione
- d) assistenza pubblica

Da ultimo la commissione invitava il CdS ad evadere il tutto entro la fine del 1991.

Il 20 marzo successivo il Gran Consiglio accoglieva (con una sola astensione) le conclusioni del rapporto commissionale e quindi i postulati dell' iniziativa Donadini.

Allo scopo di dare seguito alla decisione parlamentare il CdS istituì un apposito gruppo di lavoro le cui conclusioni vennero fatte proprie dal governo nel rapporto del 2 giugno 1993.

In questo rapporto il CdS, premettendo che premesse finanziarie che avevano portato il Gran Consiglio ad accettare l' iniziativa erano profondamente peggiorate, esprimeva la sua chiara intenzione di non dar seguito ai postulati in essa contenuta. In particolare veniva sottolineata la generale difficoltà della redistribuzione di competenze e oneri tra Cantone e Comuni in considerazione del fatto che già a quel momento diversi comuni si trovavano in (evidenti e chiare difficoltà nello svolgere per ragioni amministrative, tecniche e anche finanziarie, compiti che la legislazione federale, cantonale ed autonoma riservano loro). Il governo riteneva quindi che una larga fetta dei comuni non sarebbe stata in grado di fornire (adeguata garanzia della qualità del servizio, di parità di accesso allo stesso e di suo finanziamento).

Le preoccupazioni contenute nel rapporto erano anche di carattere finanziario veniva, in fatti, menzionato il pericolo che questi cambiamenti avrebbero danneggiato in particolare i comuni finanziariamente più deboli incidendo pesantemente sull' istituto di compensazione intercomunale.

Da ultimo si ricordava come lo (status quo) avrebbe preservato i Comuni dal pericolo di doversi assumere integralmente la gestione degli anziani, il cui onere finanziario diveniva sempre più gravoso.

L'avvento dell' iniziativa popolare Spitex ha modificato questa situazione, a tal punto che il Consiglio di Stato provvedeva il 12 gennaio 1994 a ritirare questo rapporto negativo in quanto i postulati in essa contenuti avrebbero potuto trovare realizzazione nella proposta di legge a quel momento in fase di elaborazione. Nell' ambito delle procedure di consultazione i rappresentanti del DOS si sono incontrati con i rappresentanti della Lega dei Comuni rurali e montani (che rappresenta oltre 200 comuni ticinesi); da parte dei rappresentanti di questa associazione il principio di distinguere meglio i compiti di Stato e Comuni, togliendo ogni partecipazione dei Comuni al deficit ospedaliero e aumentando la loro partecipazione ai costi delle case per anziani e dell' aiuto domiciliare, è stato accettato a condizione che non vi sia un aggravio ulteriore degli enti locali. Una ulteriore condizione posta è stata quella della cantonalizzazione dei costi al fine di evitare che le aree periferiche debbano pagare un importo superiore ai Comuni urbani e suburbani. Va infatti ricordato che la chiave di riparto della partecipazione comunale all' EOC tiene conto della forza finanziaria dei singoli enti e mette un limite massimo del 6% del gettito fiscale cantonale.

## **4. Il messaggio 4287 (DOS-DI)**

### **4.1 Analisi dei bisogni, proposte operative, risposte all'iniziativa**

#### **4.1.1 Analisi dei bisogni**

Il primo passo operato dal Consiglio di Stato è stato quello di verificare l' esistenza di un bisogno effettivo di aiuto domiciliare non coperto dalle strutture già operanti sul territorio.

A questo scopo sono stati utilizzati tre indicatori principali: l' evoluzione e le previsioni demografiche; i dati raccolti in ricerche puntuali e i dati raccolti dai servizi stessi.

4.1.1.1 I dati demografici - Le proiezioni effettuate in questo ambito mostrano inequivocabilmente che la popolazione anziana è destinata ad aumentare in maniera considerevole nei prossimi anni sia in termini assoluti (nel 2000 ca. 54'000 ultrasessantacinquenni e ca. 14'100 ultraottantenni; nel 2010 ca. 62'000 ultrasessantacinquenni e ca. 16'300 ultraottantenni) che in termini percentuali (nel 2000 18% di ultrasessantacinquenni e 4,7% di ultraottantenni, nel 2010 19,9% di ultrasessantacinquenni e 5,2% di ultraottantenni).

Da un punto di vista pratico questo rappresenta:

- l'incremento delle patologie cronico degenerative (malattie cardiovascolari, tumori, polipatologie degli anziani)
- l'aumento dei pazienti anziani e della longevità delle persone andicappate
- l'aumento delle patologie fortemente correlate con i modi di vita: alimentazione eccessiva o non equilibrata, sedentarietà, stress, uso di sostanze che creano dipendenza, (consumo) di cure mediche.



Rispetto al passato vi è inoltre una sostanziale modifica della struttura del nucleo familiare con famiglie più piccole e frammentate, questo comporta quale conseguenza una minore possibilità di aiuto e sostegno all' interno della famiglia. A livello pratico vi è una maggiore necessità di aiuto esterno non soltanto per le persone anziane ma anche per le fasce più giovani della popolazione.

4.1.1.2 Le ricerche puntuali - A livello cantonale sono state eseguite numerose ricerche in questo ambito, il messaggio ne cita alcune.

Sugli anziani:

Gerosa (1988): le cui conclusioni indicano come la gran parte dei bisogni di questa fascia, sia a livello di aiuti domestici che di cure di base, siano soddisfatti. Resterebbero tuttavia scoperti il 7-8% (3'500 persone) dei bisogni in fatto di aiuti domestici e ca. l' 1% (600 persone) di quelli di cure di base.

Vaucher de la Croix (1992): svolta in alcuni comuni del cantone evidenziava come ca. il 50% degli anziani fosse interessato al servizio pasti, ai servizi ausiliari e al soggiorno temporaneo in casa per anziani, e ca. l' 84% fosse interessato alle prestazioni infermieristiche del servizio di aiuto domiciliare.

Sugli invalidi:

Gerosa (1989): un' inchiesta svolta presso gli handicappati fisici ha evidenziato come sia sentito il bisogno di un maggiore aiuto per quanto riguarda la distribuzione di pasti a domicilio, i servizi di trasporto pubblici, una maggiore flessibilità di intervento da parte dei servizi di aiuto domiciliare.

Pro Infirmis (1992): evidenzia come sia sentita la necessità del mantenimento a domicilio delle persone disabili. A questo scopo importante è l' aiuto alle famiglie che spesso devono provvedere da sole al lavoro di assistenza e di educazione.

Sulle comunità famigliari:

Ricerche effettuate in questo ambito hanno messo in evidenza la necessità di un aiuto alle famiglie monoparentali nelle quali improvvisamente il genitore non è più in grado, per un certo, tempo di provvedere all' assistenza e cura dei figli. Evidenziata pure la necessità di un sostegno a quelle persone che, dimesse da un ospedale richiedono, per un certo periodo, una presa a carico onerosa della quale la famiglia non è in grado di farsi carico.

4.1.1.3 I dati dei servizi - Dai dati statistici raccolti dai vari servizi (p 10 del messaggio) emergono alcune esigenze importanti. Innanzitutto la necessità di un miglior coordinamento dei servizi stazionari e di appoggio con l' aiuto domiciliare vero e proprio; quindi la possibilità di assicurare interventi su lunghi periodi e, da ultimo, la necessità di poter intervenire anche fuori orario.

#### 4.1.2 Le risorse

Il messaggio constata che a causa dell' eterogeneità delle strutture presenti sul territorio sia pressoché impossibile avere un quadro completo ed esaustivo della situazione. Da qui emerge la necessità, innanzitutto, di provvedere ad una migliore coordinazione di queste strutture e delle loro potenzialità.

Per quanto riguarda i possibili scenari di evoluzione futura dei bisogni della popolazione e delle risorse da sviluppare in questo senso rinviamo a quanto esposto nel messaggio (pp. 14-20), puntualizzando unicamente che quanto auspicato a livello federale (p 14) con una maggiore assunzione delle cure domiciliari da parte delle casse malati nell' ambito della revisione dell' assicurazione malattia non è avvenuto e che a tutt' oggi buona parte delle prestazioni domiciliari non beneficia di alcuna copertura assicurativa.

## **4.2 Proposte operative**

L'elaborazione da parte del Consiglio di Stato del testo dell' iniziativa è incentrata su alcuni postulati fondamentali.

Innanzitutto la ripartizione territoriale che avrebbe dovuto aver luogo essenzialmente in 2 modi:

a) Mediante il decentramento da attuarsi su due livelli. Un primo livello geografico in modo tale da garantire una sufficiente vicinanza delle strutture sul territorio ai potenziali beneficiari, evitando il più possibile una eccessiva burocratizzazione dei servizi. Su un secondo livello allo scopo di ottimizzare la collaborazione dei membri delle varie équipes utilizzando il concetto di progetto comune da perseguire.

b) Da un profilo giurisdizionale il territorio cantonale verrebbe suddiviso in comprensori. Mentre da un punto di vista pratico il servizio verrebbe suddiviso in unità operative responsabili ognuna di una zona di intervento di circa 15'000 abitanti (adattabile a seconda di esigenze particolari). Questa idea, ripresa dal CdS come proposta dagli iniziativaisti, ha lo scopo di garantire all' interno di ogni unità operativa la presenza delle figure professionali necessarie al servizio e avere dei territori con dei bisogni relativamente omogenei. Il CdS aveva inoltre previsto la possibilità di dotare, in casi particolari, le zone di intervento di sottosedì.

A pagina 30 e 31 del messaggio ritroviamo un esempio di come questa suddivisione avrebbe potuto essere attuata. Dal punto di vista pratico della fornitura delle prestazioni il concetto associato all'unità operativa è stato quello di équipe polivalente. In questa ottica si era previsto di ampliare l' attuale ventaglio di figure professionali che attualmente opera all' interno dei servizi di aiuto domiciliare (infermiera diplomata CRS, infermiera CRS specializzata in salute pubblica, assistente geriatrica, aiuto familiare e ausiliaria) aggiungendo le figure di assistente sociale, medico fiduciario, fisioterapista, ergoterapista e operatore psichiatrico. Inoltre, da un punto di vista dirigenziale ed amministrativo, venivano introdotte le figure di Direttore del SACD, con il compito di rispettare la pianificazione cantonale, organizzare, impostare le attività, gestire il personale preparare preventivi e consuntivi nonché provvedere alla gestione finanziaria, al coordinamento con altri enti e servizi, a promuovere la formazione e l'aggiornamento del personale, e del Capo-équipe, con il compito di coordinare e di supervisionare l'attività dei collaboratori delle unità operative. Prevista inoltre la creazione di un responsabile del settore aiuto familiare con funzione di sostegno al Capo-équipe. Il messaggio contiene alle pagine 38 e 39 delle ipotesi riguardanti il fabbisogno di personale dei servizi tenuto conto di questo ampliamento.

Prevista pure l'integrazione degli attuali poliambulatori profilattici, materni e pediatrici nei servizi di aiuto e cura a domicilio, fermo

restando il principio della gratuità di tali servizi.

Da un punto di vista del coordinamento e della pianificazione il CdS sottolineava il principio che le stesse dovessero essere compito del Cantone sia per ciò che riguarda le scelte pianificatorie, che la verifica e la valutazione dei modi di attuazione, che l'esame delle richieste di sussidio da parte dei Comuni, Consorzi e altre associazioni. Tutto questo per il tramite di Ufficio dell' aiuto domiciliare creato a questo scopo.

Da ultimo il CdS ha inserito il principio dell'attivazione delle risorse famigliari e del volontariato, affermando il concetto di sussidiarietà dell'opera dei SACD. A livello pratico si riteneva fondamentale questa attivazione sia incoraggiando tutte le forme di auto-aiuto che migliorando la collaborazione tra famigliari e volontari con gli operatori professionali che, se del caso, fornendo una formazione adeguata.

#### **4.3 Conclusione**

Sulla base di quanto esposto ai punti precedenti il CdS ha provveduto ad elaborare un testo di legge che gli iniziattivisti hanno dichiarato conforme ai postulati dell' iniziativa Spitex.

### **5. Le scelte della Commissione Sanitaria**

#### **5.1 In generale**

L'esame del messaggio da parte della Commissione sanitaria ha permesso di raggiungere un sempre più solido consenso attorno alla volontà di dare una base legale più solida ai servizi di assistenza e cura a domicilio ricercando una struttura organizzativa che permetta una maggiore vicinanza alla popolazione e un più efficace coordinamento delle risorse. La Commissione condivide anche la necessità di riconoscere l' importanza dei servizi a domicilio nei confronti delle soluzioni istituzionali (ad esempio ospedali e case per anziani) (4).

Il progetto di legge allegato al presente rapporto concretizza questa volontà. Esso crea una chiara base legale per i servizi di assistenza e cura a domicilio e i servizi d' appoggio, pone le premesse per un rinnovamento organizzativo e indica nel coordinamento delle risorse e nel principio della sussidiarietà i principi che devono guidarlo. Inoltre, attraverso una chiara ripartizione degli oneri finanziari tra Cantone e Comuni, getta le basi per un potenziamento dei servizi a domicilio. L' entità e la portata di questo potenziamento dovranno essere precisati dalla pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio (art. 7 cpv. 2 lett. a).

Il lavoro della Commissione ha inoltre sempre tenuto conto che il (progetto Spitex Ticino) dovrà inserirsi e migliorare una realtà nella quale:

a) sono attivi 5 servizi pubblici di aiuto domiciliare e un servizio privato che negli ultimi anni hanno sviluppato il loro intervento e aumentato l' offerta di prestazioni (5);

b) vi sono flussi di compensazione finanziaria tra Cantone e Comuni e tra i Comuni stessi molto complessi (e in parte contestati da chi paga);

c) il Gran Consiglio ha indicato la volontà di sgravare i Comuni dagli oneri dell' Ente Ospedaliero Cantonale (6).

In questo contesto vi è stata una costante preoccupazione - alla luce anche delle richieste dell'iniziativa popolare e delle aspettative dei cittadini che l' hanno sottoscritta - di trovare un equilibrio accettabile tra esigenze diverse e in parte contrapposte quali ad esempio:

- la volontà di garantire su tutto il territorio un' offerta adeguata di servizi e il rispetto dell' autonomia comunale;

- la necessità di garantire anche in futuro la solidarietà interregionale e la volontà di applicare il principio (chi paga, comanda);

- l'aspirazione del personale a potere svolgere il proprio servizio nelle migliori condizioni possibili e senza ingerenze (politiche) e la necessità di assicurare ai rappresentanti di chi assicura la copertura dei disavanzi d' esercizio la possibilità di controllare almeno le scelte organizzative (e i costi ad esse collegati)

La Commissione ritiene di avere trovato un equilibrio accettabile. È però anche cosciente che le soluzioni adottate dovranno costantemente essere oggetto di una attenta valutazione che dovrà portare, se del caso, ai necessari adattamenti. È questo il significato della richiesta al Consiglio di Stato di un rapporto di valutazione dei risultati dell' attività degli enti sussidiati e delle conseguenze del (progetto Spitex) e dell' (iniziativa Donadini) sulle finanze comunali.

La Commissione ha inoltre voluto semplificare, ove possibile, il progetto di legge. Un obiettivo perseguito attraverso una chiara suddivisione delle norme organizzative (Titolo II) da quelle relative al sussidiamento e alla copertura dei fabbisogni finanziari (Titolo III) ma anche, e soprattutto, con la scelta di non inserire nella legge norme e indicazioni che sono piuttosto materia di regolamento d' applicazione o di disposizioni organizzative che dovranno essere adottate dai diversi servizi.

#### **5.2 Gli scenari di sviluppo**

Come già ricordato, l' iniziativa popolare (Spitex) chiede fra l'altro un potenziamento dei servizi di cura e di aiuto a domicilio, un rafforzamento quantitativo e qualitativo del personale e un decentramento dei servizi che tenga conto delle specificità del territorio e delle caratteristiche delle zone di intervento. Obiettivi che - anche secondo il progetto di legge elaborato dal Consiglio di Stato - devono essere concretizzati nell' ambito della pianificazione. Il messaggio (7)) indica comunque, riprendendo le indicazioni del Gruppo di lavoro, alcuni possibili scenari elaborati tenuto conto di alcuni parametri quantitativi e qualitativi.

Tali parametri sono:

a) a livello quantitativo:

1. la percentuale di anziani in istituti (ospiti in case per anziani e in reparti di lungodegenza);

2. la percentuale di popolazione presa a carico a domicilio;

3. il numero di (casi seguiti per operatore) (cioè il rapporto tra il totale degli utenti seguiti in un anno dai servizi diviso per il numero di infermieri, aiuto familiari diplomati e personale ausiliari);

- b) a livello qualitativo:  
 4. il rapporto numerico tra il personale qualificato e quello ausiliario;  
 5. l'inserimento di nuove figure professionali nelle équipes;  
 6. il decentramento dei servizi sul territorio.

Sulla base di questi parametri, sono stati definiti quattro possibili scenari:

- a) non evoluzione dei SACD;  
 b) Scenario 0: (SACD come risposta parziale);  
 c) Scenari 1 e 2: (potenziamento del SACD).

Come già ricordato, questi parametri e le loro conseguenze pratiche nell'organizzazione dei servizi dovranno essere precisati nell'ambito della pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio che il Consiglio di Stato dovrà adottare (art. 40 cpv. 1) dopo averla elaborata con la partecipazione dei Comuni e in collaborazione con gli enti interessati (art. 7 cpv. 1 lett. a; art. 8 cpv. 1). Fra questi enti non dovranno essere dimenticate le associazioni che rappresentano il personale, singolarmente o per il tramite della Conferenza dei presidenti delle Associazioni sanitarie ticinesi (nella quale sono in particolare presenti le associazioni di: infermiere/i, aiuto familiari, fisioterapisti, levatrici).

Per l'importanza che la legge assegna a questa pianificazione, è necessario che la stessa possa essere elaborata sulla base di una conoscenza aggiornata della realtà attuale dei SAD, dei servizi di appoggio, delle risorse disponibili sul territorio. Per gli interventi di assistenza e cura a domicilio sarà importante sapere chi sono gli utenti, dove abitano, che tipo di prestazioni richiedono, in quali momenti della giornata e della settimana e quali sono le figure professionali che intervengono per rispondere ai loro bisogni. Una buona base di partenza è certamente rappresentata dai dati che, a partire dal 1 gennaio 1997 sono raccolti con il sistema Dorothee e l'apparecchio (denominato Barman) in dotazione al personale.

In vista di questa pianificazione, la maggioranza della Commissione ritiene tuttavia importante esprimere alcune indicazioni all'indirizzo del Consiglio di Stato. Il dibattito parlamentare permetterà così al Gran Consiglio di accompagnare l'approvazione della nuova Legge sull'assistenza e cura a domicilio con un chiaro orientamento circa lo sviluppo futuro dei servizi.

Alla luce di queste premesse e richiamate le decisioni in merito all'inserimento di nuove figure professionali (8)), la Commissione condivide la necessità di un potenziamento dei SACD secondo le indicazioni dello (Scenario 2).

Concretamente - e rispetto alla situazione del 1992 - la Commissione ritiene pertanto necessario:

- un aumento dell'offerta globale di cure per la popolazione ultra ottantenne attraverso un aumento della quota di presa a carico da parte dei SACD;
- una maggiore attenzione ai bisogni di tipo domestico familiare.

In termini quantitativi, la ripartizione della presa a carico della popolazione anziana fra istituti per anziani e SACD - riservate le verifiche nell'ambito della pianificazione - è stata ipotizzata come segue:

		0-64 anni	65 - 79 anni			80 e + anni			
		SACD	Anziani ospiti	SACD	offerta di cure	Anziani ospiti	SACD	offerta di cure	le età SACD
<b>1992</b>	Valori assoluti in % pop. corr.	1'314 0.54 %	1'227 3.5 %	1'750 4.9%	2'977 8.4%	2'492 18.5 %	1'547 11.4 %	4'039 29.9 %	4'610 1.6%
<b>2000</b>	Valori assoluti in % pop. corr.	1'477 0.60 %	1'181 3.0 %	2'197 5.5 %	3'378 8.5 %	3'037 21.5 %	2'260 16.0 %	5'297 37.5 %	5'934 2.1 %
<b>2010</b>	Valori assoluti in % pop. corr.	1'651 0.66 %	1'112 2.4 %	2'737 6.0 %	3'849 8.4 %	3'006 18.4 %	3'269 20.0 %	6'275 38.4 %	7'657 2.5 %

La verifica di questa ripartizione nella presa a carico per il 1996 indica i seguenti risultati:

		0-64 anni	65 - 79 anni			80 e + anni			
		SACD	Anziani ospiti	SACD	offerta di cure	Anziani ospiti	SACD	offerta di cure	le età SACD

<b>1996</b>	Valori assoluti in % pop. corr.	1'577 0.63	1'036 2.8 %	1'916 5.2 %	2'952 8.0 %	3'374 22.3 %	2'285 15.0 %	5'659 37.4 %	5'778 9) 1.9 %
-------------	---------------------------------	---------------	----------------	----------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-------------------

Rispetto alla situazione nel 1992 - cioè un anno dopo il lancio dell' iniziativa popolare - si costata anzitutto un potenziamento dell' offerta di prestazioni di assistenza e cura a domicilio (+ 25.3 %). In valori assoluti e relativi (e per le diverse fasce d' utenza), le prestazioni dei SAD avvicinano già le ipotesi indicate per l' anno 2000.

Interessanti appaiono i dati relativi agli anziani ospiti di case per anziani (10) Rispetto alla situazione del 1992, si assiste ad un forte aumento degli ospiti ultra ottantenni (il cui numero ha già superato quello previsto dallo Scenario). Poiché il numero dei posti letto è rimasto stabile, all' aumento degli ultra ottantenni corrisponde una diminuzione della quota delle persone fra i 65 e i 79 anni. Troviamo qui la conferma di una delle ipotesi poste alla base dei diversi scenari: i posti letto nelle case per anziani saranno viepiù occupati da persone con più di ottant' anni. Per gli altri, l' assistenza e la cura dovranno essere assicurati attraverso il potenziamento delle cure a domicilio.

Anche alla luce di queste osservazioni, le indicazioni quantitative indicate dallo scenario 2 appaiono pertanto realistiche. La pianificazione dovrà verificarle - alla luce anche dell' evoluzione in atto nel settore ospedaliero - e soprattutto vegliare su eventuali differenze regionali. La Commissione ritiene infatti importante che, attraverso la pianificazione, su tutto il territorio cantonale venga garantito uno standard minimo di prestazioni. Il confronto fra questi obiettivi e le risorse già disponibili sul territorio dovrà indicare anche le necessità di eventualmente ampliare - in determinate zone - il numero delle figure professionali presenti nelle équipes polyvalenti.

In merito al decentramento dei servizi sul territorio, il Messaggio indica l' intenzione di suddividere il territorio cantonale in 8 comprensori: Tre Valli, Bellinzonese, Verzasca e Gambarogno, Locarnese, Vedeggio, Malcantone, Luganese e Mendrisiotto. A loro volta questi comprensori dovrebbero suddividersi in 17 zone di intervento (ciascuna con la propria équipe polyvalente) dotandosi, ove necessario, di sotto-sedi (11). La definizione dei comprensori, nell' ambito della pianificazione, resta di competenza del Consiglio di Stato (art. 9). La Commissione ha ancorato nella legge il principio della suddivisione in zone di intervento (art. 18) ma non ha ritenuto di inserire anche le regole per tale la suddivisione.

La Commissione ritiene necessaria una riorganizzazione degli attuali 5 comprensori (12) che permetta la costituzione di unità territoriali più piccole. L' obiettivo deve essere quello di avvicinare i Comuni (e la popolazione) alla direzione del servizio e creare le premesse per una migliore impostazione integrata delle attuali équipes infermieri - aiuto domiciliare - ausiliarie con l' aggiunta, ove necessario di altre figure professionali, e per un migliore coordinamento con i servizi di appoggio e il volontariato attivi localmente. In quest' ottica è importante considerare le realtà locali, la presenza sul territorio di istituti (in particolare le case per anziani) con i quali sono possibili sinergie e razionalizzazioni e anche le esperienze acquisite nel settore dell' aiuto a domicilio (in particolare in Valle Maggia e nel Malcantone).

Questo decentramento non significa escludere la possibilità di razionalizzare i lavori amministrativi e l' elaborazione di dati. Gli attuali strumenti informatici permettono infatti una grande flessibilità e offrono l' opportunità di centralizzare tutti i lavori di routine. Per la direzione tecnica e la conduzione del personale si giustifica invece il mantenimento di organizzazioni decentrate, più piccole, più vicine al territorio e all' utenza e più facili da gestire sulla base della motivazione e responsabilità individuale e dei gruppi.

L' ultimo elemento degli scenari di sviluppo ipotizzati dal Messaggio riguarda la dotazione di personale. In particolare, lo (Scenario 2) auspica una diminuzione del numero dei casi seguiti da ciascun operatore.

Le indicazioni numeriche contenute nel messaggio (e corrette secondo le indicazioni della Commissione per quanto riguarda le nuove figure professionali) sono le seguenti:

Figure professionali	Fabbisogno unità di personale					n. abitanti per unità di pers.		
	1992	1996	2000	2010	1992	1996	2000	2010
personale infermieristico	56.1	63.1	99	128	5'165	4'833	3'037	2'446
personale di aiuto familiare	152.8	188.5	297	383	1'895	1'618	1'012	816
di cui formato ausiliario	69.0	96.1	169	219	4'194	3'173	1'772	1'427
	83.8	92.4	127	164	3'457	3'300	2'362	1'903
Sub totale figure già esistenti	208.9	251.6	396	511	1'386	1'212	911	734
Nuove figure professionali - capo-équipe - infermiere pediatriche (13))	(8.3)	(8.7)	17 10	17 10	34'903	35'048	17'665 30'000	18'361 31'200

Direzione / amministrazione	11.3	11.8	20.5	20.5	25'663	25'847	14'635	15'268
<b>Totale completo</b>	<b><u>220.2</u></b>	<b><u>263.4</u></b>	<b><u>443.5</u></b>	<b><u>558.5</u></b>	<b><u>1'234</u></b>	<b><u>1'085</u></b>	<b><u>680</u></b>	<b><u>560</u></b>

Anche per quanto riguarda gli effettivi del personale, rispetto al momento del lancio dell' iniziativa si costata un aumento del personale ma anche un miglioramento del rapporto tra le figure professionali e la popolazione del Cantone (criterio indicato dal messaggio). Anche in quest' ambito, e in attesa delle necessarie verifiche in sede di pianificazione, le indicazioni dello scenario 2 appaiono realistiche.

La Commissione condivide pertanto l'opportunità di un aumento del personale a disposizione secondo le indicazioni dello Scenario 2, e in particolare l' obiettivo di un miglioramento del numero di (casi seguiti per operatore). Ciò dovrebbe permettere una migliore attenzione ai bisogni dell' utenza e alla possibilità di dedicare il tempo necessario alla valorizzazione delle risorse personali e familiari. A mente della Commissione una maggiore disponibilità di personale dovrà però anche permettere ai servizi di meglio fronteggiare eventuali urgenze e di ridurre eventuali tempi di attesa.

### **5.3 Aspetti particolari**

La Commissione ha condiviso le indicazioni quantitative e qualitative indicate dallo (Scenario 2) proposto dal messaggio.

Tuttavia, su alcuni punti, la Commissione ha adottato soluzioni in parte diverse dal progetto di legge elaborato dal Consiglio di Stato e riconosciuto dai promotori quale (testo conforme) alle proposte dell' iniziativa popolare (presentata nella forma generica).

#### 5.3.1 Prestazioni e beneficiari

La Commissione ha, nella sostanza, condiviso l' analisi dei bisogni presentata nel Messaggio (cf. pag. 6 - 9). Di conseguenza la (Parte generale) del progetto di legge riprende le proposte del Consiglio di Stato.

La Commissione non ha tuttavia ritenuto di seguire le proposte del Governo per quanto riguarda un' estensione del campo di intervento dei SACD anche alle condizioni di (disagio sociale) includendo fra le prestazioni gli (aiuti sociali) (cfr. art. 3 e 4). Non si tratta però di una chiusura assoluta. Infatti alle ragioni che giustificano un intervento dei SACD sono state aggiunte (oggettive difficoltà socio-familiari) (14) includendo fra le prestazioni "l'informazione sulle risorse disponibili sul territorio" .

Fra le ragioni alla base di queste scelte, due meritano una particolare menzione:

- la difficoltà di definire in modo sufficientemente preciso le nozioni di (disagio sociale) e di (aiuti sociali);
- la mancanza di chiare indicazioni in merito al futuro del servizio sociale cantonale e alla ripartizione di responsabilità e competenze fra i servizi cantonali, quelli comunali e, se si fosse seguita l'indicazione del messaggio, quelli che sarebbero stati integrati nei SACD.

A media o lunga scadenza è innegabile la necessità di una verifica della ripartizione dei compiti tra Cantone e Comuni anche nel settore degli interventi di carattere sociale. La Commissione è tuttavia dell'avviso che le soluzioni che dovessero scostarsi dalla situazione attuale dovranno essere oggetto di una aperta e franca discussione fra Cantone, Comuni e Servizi sociali interessati. Discussione che non potrà evitare anche le conseguenze finanziarie.

Nel frattempo, la Commissione ritiene importante che queste indicazioni siano tenute in considerazione nel momento in cui si dovrà decidere quali (servizi d' appoggio) dovranno essere finanziati secondo il modello della Legge sull' assistenza e cura a domicilio. Per i servizi che non hanno una stretta relazione con i beneficiari e le prestazioni previste dagli articoli 3 e 4 dovrà comunque essere assicurata una base di finanziamento indipendente.

#### 5.3.2 Il ruolo dei Comuni

Con la nuova ripartizione degli oneri finanziari - conseguenza dell' accettazione dell' (Iniziativa Donadini) - i Comuni sono chiamati ad assumere i 4/5 dei disavanzi dei SACD, dei Servizi d' appoggio e delle Case per anziani.

La Commissione ha perciò voluto assicurare ai Comuni sufficienti spazi decisionali al momento della scelta della forma organizzativa e, in seguito, di controllo sull' evoluzione del servizio.

La Commissione ricorda tuttavia che lo Spitex è una prestazione di servizio che offre all'utente prestazioni che richiedono la professionalità e la competenza di personale appositamente formato. Pertanto, il controllo dei Comuni sarà limitato alle linee direttrici e agli aspetti organizzativi. Esso non può invece essere esteso fino a giustificare un intervento diretto sulle scelte relative all' assunzione o meno di un determinato caso: decisione, questa, che spetta unicamente al personale responsabile della conduzione del servizio (in primis il/la capo-équipe).

Con questi obiettivi la Commissione ha pertanto:

- rafforzato il ruolo dei Comuni nell' elaborazione della pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio. Essi hanno il diritto/dovere di partecipare alla sua elaborazione (art. 8 lett. a) e, se del caso anche di ricorrere contro la decisione con la quale il Consiglio di Stato - dopo la discussione in Gran Consiglio - approva la pianificazione.

La possibilità per i Comuni di partecipare attivamente alle scelte di carattere pianificatorio appare particolarmente importante alla luce della decisione di privilegiare - secondo l' indirizzo del Consiglio di Stato - la forma organizzativa dell' associazione di diritto privato. Una soluzione che limiterà le possibilità di intervento e di controllo dei Comuni alle forme previste dallo statuto dell' Associazione e/o dalla convenzione con la quale il servizio di assistenza e cura a domicilio sarà affidato all' associazione stessa. Si ricorda che una volta definiti lo scenario di sviluppo e i comprensori, tutti i Comuni saranno chiamati a contribuire al finanziamento dei SACD e dei Servizi d' appoggio per una quota proporzionale al gettito fiscale cantonale e ciò indipendentemente dai loro rapporti con la struttura che assumerà l' organizzazione dei servizi nel loro comprensorio;

- assegnato ai Comuni il compito di garantire l' offerta delle prestazioni previste dalla legge e di scegliere una delle forme organizzative previste (associazione di diritto privato, convenzione tra Comuni o Consorzio). Questa libertà di scelta è tuttavia moderata dalla volontà di fare beneficiare i servizi Spitex ticinesi dei sussidi previsti dall' art. 101 bis LAVS e dalle modalità

previste per il finanziamento dei fabbisogni;

- meglio definito i rapporti tra i Comuni e le associazioni di diritto privato. Questi rapporti dovranno essere retti da una convenzione la quale dovrà, tra l' altro, regolare le modalità attraverso le quali i Comuni potranno verificare i preventivi e i consuntivi. La Commissione indica quale possibile modalità quella prevista dalla convenzione tra i Comuni e la Croce Verde di Lugano: l' approvazione dei preventivi e consuntivi è competenza dell' assemblea dei soci ma ai Comuni è riconosciuto un chiaro diritto di esprimersi in merito. La convenzione regola anche le procedure per superare eventuali divergenze d' opinione.

### 5.3.3 Le modalità organizzative

Per quanto attiene alle forme istituzionali possibili si conferma la possibilità per i Comuni di scegliere tra l' associazione di diritto privato (art. 60 e ss. del Codice civile svizzero), il Consorzio di Comuni o la convenzione con un Comune polo.

Nella pratica, però, tale possibilità di scelta appare solo teorica. Aderendo alle richieste del Consiglio di Stato (15) la Commissione ha infatti accettato di condizionare il versamento della quota parte del Cantone alla copertura del fabbisogno, all' organizzazione dei futuri servizi sulla base del diritto privato quale premessa per ottenere i sussidi federali previsti dall' art. 101 bis LAVS. Ciò significa che i comprensori che - facendo uso della possibilità loro concessa dalla legge - dovessero optare per un consorzio o una convenzione di diritto pubblico dovranno assumere a proprio carico gli importi corrispondenti al sussidio federale e al contributo del Cantone.

5.3.3.1 L'associazione di diritto privato - La struttura delle associazioni alle quali affidare l' esercizio dei SACD dovrà essere definita dagli statuti. È opportuno che il Cantone in collaborazione con le Associazioni dei Comuni, l' ATAD e gli altri interessati elabori uno statuto tipo che possa essere adattato alle realtà locali.

Alcune indicazioni in merito possono tuttavia essere tratte dalla documentazione presentata alla Commissione e, in particolare, dalla circolare dell' Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) relativa ai (sussidi alle organizzazioni di aiuto alla vecchiaia).

Secondo queste direttive - in vigore dal 1 gennaio 1991 - hanno diritto ai sussidi previsti dall' art. 101bis LAVS le organizzazioni di diritto privato riconosciute di pubblica utilità che:

- hanno lo scopo di offrire prestazioni d' aiuto agli anziani;
- svolgono un' attività di interesse pubblico;
- presentano una contabilità annuale chiara e irreprensibile che indichi la provenienza e l' utilizzazione di tutte le risorse;
- sottopongono annualmente i conti ad un organo di controllo che offra tutte le garanzie di una verifica irreprensibile;
- in caso di scioglimento destinano l' eventuale patrimonio - dopo avere onorato tutti gli impegni - a un' organizzazione di diritto privato o pubblico, riconosciuta di interesse pubblico e che persegue scopi analoghi (un' indicazione in questo senso deve essere contenuta nello statuto).

Inoltre (16):

- gli statuti devono indicare brevemente e con precisione lo scopo dell'associazione, cioè quello di offrire i servizi di base (cure a domicilio, aiuto familiare e aiuto domiciliare);
- ogni persona fisica o giuridica può diventare membro dell' associazione. Gli enti di diritto pubblico quali i Comuni e le Parrocchie possono essere rappresentati in seno al comitato in quanto membri;
- gli enti di diritto pubblico e i membri individuali hanno lo stesso diritto di voto (art. 67 cpv. 1 CCS);
- la direzione deve essere composta da almeno 5 membri. I membri individuali devono avere la maggioranza del comitato.

Gli impiegati dell' associazione hanno diritto di voce consultiva e hanno il diritto di formulare proposte;

L' UFAS e più recentemente le Conferenze dei direttori cantonali degli affari sanitari e sociali (17) e il Concordato degli Assicuratori Malattia Svizzeri (18) hanno sottolineato l' importanza del coordinamento delle organizzazioni di aiuto domiciliare quale premessa per il riconoscimento dei sussidi dell' art. 101 LAVS e delle prestazioni della LAMal. In particolare è resa esplicita la necessità di definire in modo chiaro la cerchia degli utenti, le prestazioni, i comprensori di intervento, le qualifiche del personale, i rapporti con altri servizi presenti sul territorio e le misure per il controllo e la garanzia della qualità degli interventi.

Il progetto di legge accoglie queste esigenze che dovranno trovare una precisa risposta attraverso lo strumento della pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio e nella procedura di riconoscimento ai sensi della OAMal. Su questo aspetto si richiamano espressamente le indicazioni inserite nel commento al testo di legge (art. 24).

5.3.3.2 Le regioni di montagna - Con riferimento alla forma giuridica di diritto privato, in Ticino, non possono essere dimenticate le Regioni di montagna LIM. Si tratta infatti di associazioni di Comuni fondate sul diritto privato. Due di esse (la Regione Tre Valli e la Regione Malcantone) già hanno assunto compiti importanti nell' ambito degli attuali SAD.

In quanto costituite soltanto da membri di diritto pubblico l' UFAS le aveva però finora escluse dal diritto ai sussidi dell' art. 101bis LAVS. Per il tramite dell' UFIAML, la Regione Tre Valli ha richiesto un parere giuridico volto a verificare la decisione dell' UFAS. Recentemente, con lettera 9 settembre 1997, l' UFAS ha annunciato di (essere disposto a subsidiare) ai sensi dell' art. 101bis LAVS il (Servizio di aiuto a domicilio della Regione Tre Valli), Pollegio e la (Associazione Valmaggese di aiuto domiciliare), Cevio. Una decisione che apre nuove ed interessanti prospettive. Su buona parte del territorio del Cantone, infatti, il problema della riorganizzazione degli attuali Consorzi potrebbe essere rapidamente risolto usufruendo delle strutture delle Regioni e senza dovere rinunciare ai sussidi federali.

5.3.3.3 Un' (associazione mantello) cantonale? - La Commissione ha pure discusso l' opportunità di ancorare nella legge una (Federazione ticinese dei servizi di assistenza e cura a domicilio - FTCAD) alla quale affidare il compito di coordinare gli interventi dei SACD, dei servizi d' appoggio, degli operatori sanitari e delle associazioni che collaborano al raggiungimento degli scopi della legge. In altre parole, si tratta di riunire attorno ad un tavolo e sulla base di un rapporto paritetico i diversi attori che collaborano allo Spitex per ricercare il necessario coordinamento degli interventi a livello cantonale e locale. Una Federazione

che - è bene sottolinearlo - avrebbe avuto compiti diversi da quelli della attuale Associazione Ticinese di Aiuto Domiciliare (ATAD) la quale riunisce gli attuali servizi di aiuto domiciliare per coordinare aspetti di interesse comune: dai rapporti di lavoro con il personale ai rapporti con le Casse Malati fino a soluzioni organizzative che permettano, ad esempio, di ridurre i costi amministrativi. Compiti che dovranno essere svolti anche in futuro sia pure con il necessario adattamento alle nuove realtà organizzative.

Al termine della discussione, la Commissione ha preferito non ancorare nella legge la costituzione della FTCAD pur esprimendo l'auspicio che la stessa possa nascere per iniziativa delle associazioni interessate. Se la stessa dovesse nascere e svilupparsi fino a potere essere in grado di assumere l'auspicato ruolo di coordinamento, il Consiglio di Stato potrà ulteriormente rafforzarla delegandole - tutto o in parte - questo compito che la legge espressamente gli affida (art. 7, cpv. 2, lett. b).

#### 5.3.4 (Direzione), équipes polivalenti, partecipazione del personale

Come già indicato, la maggioranza della Commissione ha deciso di non inserire nella legge le norme che, in quanto disposizioni organizzative, possono trovare posto in un regolamento di applicazione e/o nei (cahiers des charges) che i servizi affideranno ai propri collaboratori.

Così, ad esempio, non si ritiene necessario inserire nella legge una descrizione dettagliata dei compiti che devono essere affidati al responsabile qualificato della Direzione (art. 23 cpv. 3 del Messaggio). È infatti evidente che l'organo esecutivo del SACD deve garantire un servizio che si svolga nel rispetto della pianificazione cantonale e in stretto coordinamento con altri enti e servizi presenti sul territorio. Altrettanto irrinunciabile è l'esigenza di assicurare una corretta impostazione generale dell'attività, la gestione del personale (compresa la formazione continua e l'aggiornamento), la gestione finanziaria e l'allestimento dei preventivi e dei consuntivi. Questi compiti possono però essere attribuiti anche a più persone nell'intento di valorizzare le specifiche competenze professionali.

In quest'ottica, la Commissione ritiene importante che fra i compiti affidati al responsabile del coordinamento tecnico-amministrativo vi sia una prevalenza degli aspetti legati all'organizzazione del servizio in funzione dei bisogni dell'utente. Solo così sarà possibile compiere un ulteriore salto di qualità nell'organizzazione dei SACD con l'obiettivo di sempre meglio rispondere ai bisogni che si manifestano sul territorio. Gli aspetti amministrativi e finanziari si prestano invece anche ad uno sforzo di razionalizzazione e centralizzazione. D'altra parte, con l'introduzione del nuovo sistema informatico, gli attuali SAD hanno già posto le necessarie premesse operative. Senza dimenticare che ulteriori stimoli potranno giungere anche dalla necessità di costituire (un'istanza di compensazione) che dovrà ricevere i contributi del Cantone e dei Comuni e versare ai SACD gli importi dovuti per la copertura dei disavanzi d'esercizio (art. 32 cpv. 3).

In merito alla composizione delle unità operative, la Commissione ha confermato il principio delle équipes polivalenti. Si ritiene infatti importante che le diverse figure professionali collaborino in modo stretto negli interventi necessari per la presa a carico dei bisogni dell'utente. Collaborazione che deve fondarsi sul riconoscimento della pari dignità dei compiti svolti ma anche su una chiara distinzione delle responsabilità legate alle rispettive competenze professionali.

La Commissione ha invece ritenuto di limitare alle tre figure professionali attuali (infermieri, aiuto familiari e ausiliari dell'assistenza a domicilio) la composizione minima delle équipes polivalenti. Rispetto al Messaggio si è pertanto ritenuto di non inserire nella legge le figure dell'assistente sociale, del fisioterapista, dell'ergoterapista e del medico fiduciario.

#### Alla base di questa decisione stanno le seguenti riflessioni:

- l'inserimento nelle équipes di assistenti sociali avrebbe comportato il rischio di una sovrapposizione di compiti con quelli affidati all'Ufficio sociale e all'Ufficio dell'assistenza sociale del DOS e/o agli operatori sociali attivi in diversi Comuni. Sarà compito delle équipes trovare le modalità di collaborazione e coordinamento con questi servizi in modo che anch'essi possano contribuire alla presa a carico dei bisogni dell'utente.

- per quanto riguarda i fisioterapisti e gli ergoterapisti, la Commissione ritiene che debba essere ricercata anzitutto la collaborazione di queste figure professionali già presenti sul territorio con attività svolte nell'ambito del libero esercizio o di ospedali o case per anziani. Si ritiene infatti che, nella maggior parte dei casi, gli interventi di questi professionisti possano essere svolti in ambulatorio. All'utente dovrà semmai essere assicurato un adeguato servizio di trasporto.

- la figura del medico fiduciario avrebbe invece comportato il rischio di incomprensioni o tensioni nei rapporti con il medico di fiducia dell'utente. In un'organizzazione Spitex che ponga al centro delle sue preoccupazioni l'utente e i suoi bisogni, è in primo luogo compito e responsabilità del medico curante valutare e prescrivere le cure mediche e infermieristiche di cui la persona necessita e valutare se le stesse possono essere prestate a domicilio.

La formulazione dell'articolo 19 lascia aperta la possibilità di inserire nelle équipes polivalenti altre figure professionali che si rendessero necessarie per far fronte ai bisogni che si manifestano sul territorio. La scelta della maggioranza commissionale vuole pertanto essere un ulteriore richiamo alla necessità di conoscere e coordinare quanto già oggi può essere associato ad un'organizzazione Spitex prima di procedere ad un potenziamento delle risorse e dei mezzi a disposizione dei SACD.

La volontà di non inserire disposizioni di carattere organizzativo ha poi portato la Commissione a non vincolare nella legge la necessità per il/la capo-équipe di tenere conto del parere dei membri dell'équipe nell'ambito della decisione di presa a carico degli utenti. Prevalente è risultata essere la preoccupazione che tale vincolo potesse risultare un elemento di tensione all'interno dell'équipe stessa.

La Commissione sottolinea tuttavia l'importanza del coinvolgimento del personale interessato nelle decisioni del/la capo-équipe. Risulta del resto difficilmente immaginabile che la decisione in merito alla presa a carico degli utenti possa essere presa senza sentire il parere delle persone che poi dovranno concretamente assumere gli interventi necessari. D'altra parte il principio stesso della équipe polivalente rende esplicita la necessità di considerare le competenze professionali proprie delle singole figure e impone al/la capo-équipe uno sforzo particolare per considerare i diversi aspetti di un intervento che vuole essere di presa a

carico globale dell' utente. La consultazione del personale interessato è però ben diversa dall' obbligo di tenere conto del suo parere.

In quest'ottica, la Commissione sottolinea l' importanza che dovrà essere riconosciuta alla formazione del/la capo-équipe. Le persone chiamate ad assumere questo compito dovranno disporre - accanto a quelle proprie della loro formazione professionale di base - di competenze specifiche nell' ambito della conduzione di un gruppo multidisciplinare, nel coinvolgimento e nella motivazione dei componenti dell' équipe. Senza dimenticare la conoscenza del territorio e la capacità di riconoscere e attivare le risorse (personali, familiari e del volontariato) che possono cooperare nella presa a carico globale dei bisogni dell' utente. Le occasioni di formazione oggi offerte sono del resto già orientate al raggiungimento di questi obiettivi.

### 5.3.5 La forma giuridica dei rapporti di lavoro

Il progetto di legge, così come quello allegato al Messaggio, non contiene alcuna norma in merito alla forma giuridica dei rapporti di lavoro con il personale. Alla luce della chiara scelta a favore di forme organizzative fondate sul diritto privato non dovrebbero sussistere dubbi sul fatto (oltre che sull' opportunità) che i contratti di lavoro dovranno fondarsi sulle norme del Codice delle Obbligazioni. È questa, del resto, la realtà attuale che vede i rapporti di lavoro dei dipendenti dei SAD regolati sulla base di un contratto collettivo (CCL). La Commissione auspica che, anche in futuro i rapporti di lavoro tra i SAD e i loro dipendenti possano essere fondati su un CCL unico per tutti i servizi del Cantone.

## 6. Gli aspetti finanziari

### 6.0 Premessa

L'approvazione, da parte del Gran Consiglio, di una nuova Legge sull' assistenza e cura e domicilio deve fare i conti anche con le sue conseguenze di carattere finanziario. Tanto più quando una più solida e chiara base legale appare come la premessa per un potenziamento dei servizi a domicilio e per il riconoscimento della loro importanza nei confronti delle soluzioni (intra muros) (ospedali e case per anziani). Anche per questo la Commissione ha mantenuto una costante attenzione alle possibili conseguenze finanziarie delle diverse ipotesi di sviluppo (in particolare per quanto riguarda la composizione delle équipes polifunzionali).

Nell' introdurre questo capitolo dedicato agli aspetti finanziari è tuttavia necessario ribadire le seguenti premesse:

- le indicazioni e le verifiche che seguono sono fondate su possibili tendenze evolutive. Si tratta dunque di dati che dovranno successivamente essere verificati e precisati nell' ambito della pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio. Sarà solo in quell' ambito che si potranno definire nei dettagli le effettive necessità di potenziamento e i conseguenti oneri finanziari;
- il potenziamento dei servizi a domicilio deve essere la premessa per una diversa distribuzione dei costi del (conto sanitario cantonale): in questo senso un aumento dei costi per le cure a domicilio dovrebbe avere quale conseguenza una diminuzione (o più realisticamente un più contenuto aumento) dei costi per le cure ospedaliere e nelle case per anziani. La possibilità che questa ipotesi si realizzi dipenderà però dalla capacità dei responsabili politici a livello cantonale e comunale di coordinare le diverse pianificazioni. A loro volta gli operatori sanitari dovranno sapere scegliere, di fronte alle esigenze della persona bisognosa di cure, la soluzione più efficace, più appropriata e più economica per assicurare all' utente la migliore qualità di vita e di cura (19).

### 6.1 I Servizi di assistenza e cura a domicilio

Sulla base dei Consuntivi (approvati dal DOS) dei cinque servizi pubblici attualmente attivi sul territorio cantonale, la struttura dei costi dei servizi di aiuto domiciliare è illustrata dalla Tabella a pagina 30.

La ripartizione dei costi e la loro evoluzione per unità di personale è invece la seguente:

Costi per unità di personale	1992		1996		Aumento%
Effettivo medio (dati DOS)	220.17		263.44		19.65%
Retribuzione	53'522	74.51%	59'066	73.36%	10.36%
Prestazioni sociali	11'232	15.64%	13'770	17.10%	22.59%
Totale costi del personale	64'755	90.15%	72'837	90.47%	12.48%
Totale altri costi	7'078	9.85%	7'677	9.53%	8.46%
Totale costi per unità	71'833		80'514		12.08%
Indice del costo della vita (media annuale)	133.9		143.2		6.95%

L' aumento totale dei costi per unità di personale è stato del 12.08%; quello delle retribuzioni del 10.36%, mentre l' inflazione è stata di poco inferiore al 7%. Questa evoluzione può essere compresa alla luce della tabella sulla dotazione di personale presentata al p.to 5.2. Dalla stessa risulta che tra il 1992 e il 1996 l' aumento delle unità lavorative è stato del 12.4% per il personale infermieristico e del 23.4% per il personale di aiuto familiare.

Evoluzione dei costi 1992 - 1996 nei 5 servizi pubblici di aiuto domiciliare

	1992		1996		Aumento%
<u>Costi del personale</u>					
Retribuzione	11'783'873	74.51%	15'560'416	73.36%	32.05%
Prestazioni sociali	2'473'133	15.64%	3'627'663	17.10%	46.68%



<b>Totale costi del personale</b>	<b>14'257'006</b>	<b>90.15%</b>	<b>19'188'079</b>	<b>90.46%</b>	<b>34.59%</b>
<u>Altri costi</u>					
Fabbisogno medico	83'096	0.53%	79'332	0.37 %	- 4.53%
Trasferte	713'387	4.51%	856'612	4.04%	20.08%
Km percorsi	1'173'407		1'443'889		23.05%
Cts / Km	0.61		0.59		- 3.28%
Immobili e mobili	134'918	0.85%	225'669	1.06%	67.29%
Energia	15'134	0.10%	14'713	0.07%	- 2.78%
Affitti	103'759	0.66%	158'376	0.75%	52.64%
Interessi passivi	62'419	0.39%	69'808	0.33%	11.84%
Altre spese	445'775	2.82%	617'915	2.91%	38.62%
<b>Totale altri costi</b>	<b>1'558'488</b>	<b>9.85%</b>	<b>2'022'455</b>	<b>9.54%</b>	<b>29.77%</b>
<b>Totale costi</b>	<b><u>15'815'494</u></b>		<b><u>21'210'534</u></b>		<b><u>34.11%</u></b>
<u>Ricavi</u>					
Contributi delle Casse Malati	1'549'419	47.91%	2'302'649	43.58%	48.61%
Importi fatturati agli utenti	1'566'575	48.44%	2'877'846	54.47%	83.70%
Di cui per cure infermieristiche	189'870	5.87%	277'923	5.26%	46.38%
Per interventi di aiuto familiare	1'376'705	42.57%	2'599'923	49.21%	88.85%
Altri ricavi	118'257	3.66%	102'927	1.95%	- 12.96%
<b>Totale ricavi</b>	<b>3'234'251</b>		<b>5'283'422</b>		<b>63.36%</b>
Disavanzo d'esercizio	12'581'243		15'927'112		26.59%
A carico del Cantone	5'620'864	44.70%	7'209'870	45.30%	28.27%
A carico dei Comuni	6'960'379	55.30%	8'717'242	54.70%	25.25%

Fonte: Consuntivi approvati dall' Ufficio attività sociali del DOS

Fra le aiuto familiare è però aumentata la quota del personale formato che è passata dal 45.1% al 51%. Importante appare invece l'aumento delle prestazioni sociali (+ 22.59%) condizionato da un adeguamento delle prestazioni della previdenza professionale.

Sull'aumento degli (altri costi) hanno inciso in particolare i costi per (immobili e mobili) (+ 67.3%) e per gli affitti (+ 52.6%). Nel gruppo (immobili e mobili) sono però compresi anche, a partire dal 1996, gli ammortamenti del nuovo sistema informatico. Una spesa che è dunque segno della volontà di razionalizzazione così come l' aumento degli affitti conferma gli sforzi per un decentramento delle sedi. L'aumento delle spese di trasferta (+ 20.1 %) appare invece parallelo all' amento del numero delle unità di personale.

Importante risulta essere stato anche l' aumento dei ricavi (+ 63.4%) con un forte aumento degli importi direttamente fatturati agli utenti (+ 83.7%). I contributi versati direttamente dalle Casse malati ai SAD sono aumentati di quasi il 50% ma la loro quota parte sul totale dei ricavi è rimasta praticamente invariata (diminuendo anzi dal 48% al 43.6 %).

Grazie all' andamento dei ricavi, l' aumento del disavanzo d' esercizio coperto da Cantone e Comuni (+ 26.6%) è risultato inferiore all'aumento dei costi complessivi (+ 34.1 %).

#### 6.1.1 La possibile evoluzione futura dei costi SACD

Nella premessa a questo capitolo già abbiamo ricordato i limiti del tentativo di indicare quali potrebbero essere, nel prossimo futuro, i costi dei SACD. I dati che seguono rappresentano pertanto solo una possibile evoluzione e vogliono indicare soltanto gli ordini di grandezza degli oneri a carico degli enti pubblici. Una più precisa valutazione deve essere rinviata alla fase di pianificazione.

Per l' aggiornamento delle ipotesi indicate dal Messaggio (20)) appare opportuno applicare lo stesso metodo di stima, richiamando, dove necessario, le indicazioni del Rapporto 13 dicembre 1993 del Gruppo di lavoro interdipartimentale (Assistenza e cura a domicilio). Un metodo che è stato basato (sul numero di unità di personale previste in organico e sull' assunto che esse generino dei costi diversi a seconda delle categorie professionali alle quali appartengono).

In particolare, le stime proposte sono state fondate su due ipotesi:

- 2 livelli di (costo medio): uno relativo alla categoria degli infermieri e uno relativo a quello dell' aiuto familiare;
- tutte le altre figure vengono introdotte sulla base di un (costo medio generato da un' unità di infermiere), eventualmente ponderato per alcune categorie professionali.

Il (costo medio) generato da l'una o l'altra figura professionale è comprensivo non solo degli stipendi e delle diverse indennità, ma anche degli oneri sociali e di una corrispondente quota parte degli altri costi. I (costi medi) adottati dal Gruppo di lavoro nel 1992 erano di fr. 90'000.- per gli infermieri e il personale amministrativo e fr. 64'000.-- per gli aiuto familiari.

Applicati alle unità di personale del 1992 questi parametri, applicati per la simulazione dei costi avrebbero dato il seguente esito:

Settore Unità di personale	Costo medio	Costo del settore
Infermieristico 56.1	90'000	5'049'000
Aiuto familiare 152.8	64'000	9'779'000
Amministrativo e direzione 11.3	90'000	1'017'000
Totale 220.0		15'845'000
Costo effettivo		15'815'494

Gli stessi parametri, applicati alla situazione effettiva del 1996 avrebbero dato il seguente esito:

Settore Unità di personale	Costo medio	Costo del settore
Infermieristico 63.1	90'000	5'679'000
Aiuto familiare 188.5	64'000	12'064'000
Amministrativo e direzione 11.8	90'000	1'062'000
Totale 263.4		18'805'000
Costo effettivo		21'210'534

La differenza fra i costi ipotizzati sulla base del (costo medio) 1992 e i costi effettivi è pari al 12.8%. Accettando l' impostazione schematica del Gruppo di lavoro è così possibile aggiornare (aumentandolo della stessa percentuale) il (costo medio) per figura professionale ai costi 1996 e, su questa base, ipotizzare l' evoluzione dei costi dei SACD secondo le indicazioni dello Scenario 2 (21).

Il (costo medio per figura professionale - base 1996 - viene pertanto fissato come segue:

Figura professionale	Coefficiente	Costo medio
Infermiere	1.0	101'500
Infermiere pediatriche	1.0	101'500
Assistenti sociali	1.0	101'500
Medici fiduciari	2.0	203'000
Fisioterapisti	1.0	101'500
Ergoterapista	1.0	101'500
Capo-équipe e direzione	1.5	152'200
Personale amministrativo	1.0	101'500
Aiuto familiare		72'200

L' applicazione di questi (costi medi) ai dati effettivi 1996 porta ad un risultato molto vicino ai costi del Consuntivo 1996 (22).

Prima di indicare la possibile evoluzione dei costi dei SACD nei prossimi anni, sulla base dello Scenario 2 e tenuto conto delle divergenze tra maggioranza e minoranza per quanto attiene alla composizione delle équipes, il relatore - riprendendo testualmente le osservazioni del Gruppo di lavoro - ribadisce che:

- I valori assunti quali (costo medio) non sono assolutamente da intendere quali valori pianificatori. I rapporti tra i (costi medi) generati dalle diverse figure professionali devono inoltre essere intesi soltanto quali grossolani indicatori dei rapporti fra le differenti fasce di stipendio. Si è infatti preferito evitare una più precisa scala di (costi medi) per due precisi motivi:
- da un lato per evitare un eccessivo numero di parametri da calibrare;
- d'altra parte qualsiasi scala più raffinata sarebbe risultata comunque teorica e avrebbe corso il rischio di nascondere il vero scopo di questo metodo: sottolineare, senza la pretesa di precise previsioni, come la composizione delle équipes abbia inevitabilmente un riflesso sui costi generati (Rapporto del Gruppo di lavoro, pag. 57).

Con queste premesse - sottolineati nuovamente i limiti e le pretese puramente indicative di questo esercizio - la stima dei costi del potenziamento dei SACD per gli anni 2000 e 2010 può così essere aggiornata:

Possibile evoluzione dei costi SACD (secondo lo Scenario 2) - (in milioni di franchi)

	1992	1996	2000		2010	
			Magg.	(Mino)	Magg.	(Mino)
Infermieri	5.049	6.404	10.048		12.992	
Aiuto familiare	9.779	13.609	21.443		27.652	
Direzione / amministrazione	1.017	1.197	2.486		2.486	
<u>Nuove figure professionali</u>						
- Capo-équipe			2.587		2.587	
- Infermiere pediatriche			1.015		1.015	
- Altre figure (secondo la minoranza)				5.785		5.887
<b>Totale (arrotondato)</b>	<b><u>15.8</u></b>	<b><u>21.2</u></b>	<b><u>37.6</u></b>	<b><u>43.3</u></b>	<b><u>46.7</u></b>	<b><u>52.6</u></b>

#### Osservazioni:

1. I costi 1992 e 1996 sono stati calcolati applicando il "costo medio" alle unità di personale riconosciute dal DOS in sede di Consuntivo.

2. Per il numero delle figure professionali negli anni 2000 e 2010 si veda la tabella al capitolo 5.2 del presente rapporto; per il "costo medio" si rimanda alle osservazioni che precedono. Si rende attenti che si tratta di ipotesi fondate sui costi effettivi 1996 e quindi senza considerare l'incidenza dell'inflazione.

In merito ai costi per la Direzione e l'amministrazione l'introduzione dell'informatica permetterà di contenerne l'evoluzione. Si ricordano inoltre i "risparmi" resi possibili dal volontariato delle persone che si sono messe a disposizione per la conduzione degli esecutivi degli attuali servizi.

3. Rispetto alle tabelle del Messaggio (tab. 13, pagina 51) il/la capo-équipe è inserita fra le nuove figure.

4. Le infermiere pediatriche non sono, propriamente delle "nuove figure" in quanto già oggi attive nei Consorzi profilattici e materni che si propone di integrare nei SACD.

5. Per il numero delle altre figure professionali, auspiccate dalla minoranza, si veda la Tabella 9 a pagina 39 del Messaggio. Si ricorda che si tratta dell'indicazione massima, nel caso di assunzione di tutte le nuove figure (che peraltro, accettando il "testo conforme" sarebbero obbligatorie). Nella quantificazione dei costi si è però già tenuto conto della possibilità di occupazioni a tempo parziale.

#### 6.1.2 La possibile evoluzione futura dei ricavi SACD

Accanto alla possibile evoluzione dei costi occorre tuttavia fornire qualche indicazione in merito alla possibile evoluzione dei ricavi.

Già abbiamo visto come, tra il 1992 e il 1996, i ricavi siano cresciuti più rapidamente dei costi. La quota di copertura dei costi è così passata dal 20.4 % del 1992 al 24.9 % del 1996. La tendenza sembra confermarsi anche per i prossimi anni. Su tale positiva evoluzione incidono, l'adeguamento del tariffario per l'aiuto familiare (attualmente in fase di revisione) e un aumento delle prestazioni che le Casse Malati riconoscono direttamente ai Servizi per le prestazioni infermieristiche e dal 1998 per quelle di aiuto familiare.

È così ipotizzabile che anche nei prossimi anni i ricavi per le prestazioni degli utenti e delle Casse Malati coprano almeno il 25 % dei costi.

L'evoluzione futura dei ricavi sarà tuttavia determinata anche dalla possibilità di usufruire dei sussidi di cui all'art. 101 bis LAVS e dal futuro impegno delle Casse Malati nel settore dell'assistenza e cura a domicilio.

##### 6.1.2.1 L'art. 101 bis LAVS

Secondo l'art. 101bis LAVS l'Assicurazione AVS può accordare sussidi alle spese per il personale e per l'organizzazione alle istituzioni private riconosciute di utilità pubblica (per l'esecuzione dei seguenti compiti a favore delle persone anziane):

- consulenza, assistenza e occupazione;
- corsi che servono a mantenere oppure migliorare le facoltà intellettuali o fisiche, a permettere di attendere autonomamente alla propria persona e a stabilire contatti con il proprio ambiente;
- prestazioni di assistenza, come l'aiuto domestico, l'aiuto per l'igiene personale e il servizio pasti;
- formazione e perfezionamento professionale per il personale insegnante, specializzato e ausiliario).

Per avere diritto al sussidio le istituzioni private riconosciute (23) devono dedicare la loro attività interamente o in larga misura all'aiuto alle persone anziane e assicurare la formazione e il perfezionamento del proprio personale (art. 222 RAVS). Il sussidio è versato tenuto conto dei salari e degli oneri sociali per il personale che presta assistenza e cura alle persone anziane, che assume compiti di segretariato e di documentazione e che organizza corsi di formazione e perfezionamento (art. 223 RAVS). In Ticino beneficiano attualmente di sussidi ai sensi dell'art. 101 bis LAVS l'Associazione Ticinese della Terza Età (ATTE) e l'Associazione anziani, pensionati e invalidi dell'OCST per le loro attività di consulenza, animazione e formazione delle persone anziane. Per le prestazioni di assistenza e cura a domicilio, il sussidio è riconosciuto all'Aiuto Domiciliare Minusio. Recentissima (del 9 settembre 1997) è poi la decisione che ammette al beneficio di questi sussidi anche il Servizio di aiuto a domicilio della Regione Tre Valli e la (Associazione Valmaggese di aiuto domiciliare).

Per i servizi che contribuiscono ad assicurare il mantenimento a domicilio delle persone anziane, il sussidio può essere, al massimo, pari ad un terzo del totale dei salari del personale che si occupa delle persone anziane. Per i servizi che - come nel caso delle Tre Valli e della Vallemaggia - offrono prestazioni a tutte le fasce della popolazione, il calcolo del sussidio tiene conto soltanto della quota parte destinata alle persone anziane.

Il calcolo del sussidio per i SAD delle Tre Valli e della Vallemaggia dovrebbe dare, nei prossimi mesi, indicazioni più precise. Attualmente è ipotizzabile che, per i SACD che saranno ammessi al beneficio del sussidio di cui all' art. 101bis LAVS, lo stesso possa essere, al massimo, pari ad 1/3 dei 4/5 dei salari e degli oneri sociali, cioè al massimo il 26.6 % del totale.

Una stima dei possibili ricavi derivanti da questo sussidio impone tuttavia di considerare le modalità con le quali lo stesso viene distribuito. Determinante è infatti il totale dei sussidi che il Consiglio federale mette annualmente a disposizione. L' importo attribuito ai singoli servizi è in seguito condizionato anche dal numero e dall' entità delle richieste. Con queste riserve - e tenuto conto dei sussidi effettivamente versati negli ultimi anni - appare ragionevole ipotizzare un sussidio complessivo prudenziale fissato al 20% del totale dei salari SACD.

Su questo sussidio pesa comunque anche la "spada di Damocle" della nuova compensazione finanziaria tra la Confederazione e i Cantoni. Nel progetto posto in consultazione dalla Confederazione lo scorso anno, il settore dell' aiuto alle persone anziane e le cure a domicilio (Spitex) figura infatti fra quelli che dovrebbero essere posti sotto l' intera responsabilità dei Cantoni. In tal caso, la Confederazione rinunciarebbe ad ogni competenza materiale in materia di direzione e non dovrebbe più partecipare direttamente al finanziamento.

#### 6.1.2.2 I contributi delle Casse Malati

Uno dei postulati dell' iniziativa popolare Spitex chiedeva (l' assunzione più ampia delle spese di prevenzione e di cura da parte delle Casse Malati). Questa richiesta non ha potuto essere accolta in quanto l' entrata in vigore (1. gennaio 1996) della nuova Legge federale sull' assicurazione malattia (LAMal) ha sottratto ai Cantoni la loro competenza di legiferare in materia di prestazioni.

La nuova LAMal prevede tuttavia nel suo catalogo di prestazioni anche l' assunzione da parte dell' assicurazione obbligatoria delle cure a domicilio (art. 25 LAMal e art. 7 dell' Ordinanza sulle prestazioni). Sono però andate deluse le attese di chi auspicava un contributo anche per tutte le prestazioni di aiuto domiciliare che, quasi sempre, sono una delle premesse necessarie per il mantenimento a domicilio di un paziente.

Negli ultimi mesi non sono però mancate le critiche da parte delle Casse Malati per (presunti) costi eccessivi della cure a domicilio. Davanti alle Camere federali è pendente una proposta che vuole limitare nel tempo il diritto di ricevere queste prestazioni (iniziativa Rychen). Una proposta dal carattere antisociale sulla quale le Camere federali dovranno pronunciarsi in merito.

Nello stesso tempo alcune Casse Malati propongono ai propri assicurati assicurazioni complementari che garantiscono la copertura dei costi per cure e assistenza a domicilio. Un' offerta assicurativa che, per i Servizi, si è in parte già tradotta in un aumento delle richieste di intervento.

Questa evoluzione pone due problemi. Anzitutto i Servizi sono chiamati ad una più rigida selezione delle richieste anche per evitare il rischio di un eccessivo aumento delle risorse a disposizione. In secondo luogo, stante gli attuali accordi tariffali con le Casse Malati e il tariffario per le prestazioni, gli importi incassati non coprono tutti i costi generati: si giunge così al paradosso di un sussidio pubblico (attraverso la copertura dei disavanzi) distribuito indiscriminatamente, anche a coloro che hanno sottoscritto le assicurazioni complementari.

Di fronte a questa situazione la Commissione formula le seguenti osservazioni:

- determinante nella decisione dei SACD in merito all' assunzione di un caso resta la valutazione della situazione dell' utente alla luce del principio della sussidiarietà e delle risorse a disposizione (art. 1 e 2 del progetto di legge). In questo senso la conclusione di un' assicurazione complementare che copra i costi dell' assistenza e cura a domicilio non garantisce all' assicurato un diritto supplementare alle prestazioni dei servizi e non potrà essere considerata motivo per un trattamento privilegiato;

- gli sforzi in atto (anche grazie al nuovo sistema informatico adottato dall' ATAD) per una sempre più precisa determinazione del costo delle singole prestazioni dovrebbero permettere ai Servizi di impostare le discussioni con le Casse Malati sulla base di dati oggettivi e di avvicinare sempre più gli importi riconosciuti ai costi effettivi. Con gli stessi intendimenti devono essere rivisti i tariffari, almeno per quanto riguarda i redditi e la sostanza più elevati.

La Commissione - unanime - auspica che possano essere al più presto superate tutte le incomprensioni tra Casse Malati e SACD e che ogni discussione possa essere fondata sul riconoscimento dell' importanza e del valore delle cure a domicilio. La LAMal indica del resto in modo chiaro la necessità che, nel rispetto della qualità delle cure, vengano scelte le prestazioni che appaio più efficaci, appropriate ed economiche.

In Ticino, la nuova Legge sull' assistenza e cura a domicilio crea le basi per uno sviluppo coordinato e razionale di questo settore. Anche sul piano nazionale non mancano però stimoli e indicazioni positive.

A seguito di una modifica dell' OAMal, lo scorso 18 settembre il Dipartimento federale dell' interno ha fissato nuove tariffe di riferimento per la presa a carico delle prestazioni a domicilio (e nelle case per anziani) da parte dell' assicurazione obbligatoria (24). In tal modo si è resa concreta la volontà del Consiglio federale di controllare l' evoluzione dei costi nel settore Spitex e degli Istituti medico-sociali e di intervenire in un ambito nel quale manca ancora un accordo completo fra gli assicuratori malattia e chi fornisce le prestazioni.

Per il settore dell'assistenza e cura a domicilio (Spitex) i valori di riferimento validi a partire dal 1. gennaio 1998 sono le seguenti:

1. Cure di base in situazioni semplici e stabili	<b>da 30 a 45 fr. all'ora</b>
2. Cure di base in situazioni complesse e instabili e cure infermieristiche	<b>da 45 a 65 fr. all'ora</b>

3. Determinazione delle cure richieste e consigli	da 50 a 70 fr. all'ora
---	------------------------

Sulla base di questi valori di riferimento sono in corso trattative con le Casse Malati. Le richieste della Sezione degli istituti e dell' aiuto domiciliare hanno sollecitato gli assicuratori malattia a riconoscere un importo di fr. 52 orari per le prestazioni infermieristiche (attualmente fr. 48), rispettivamente fr. 55 (attualmente 48) per gli interventi di valutazione e di verifica delle cure. Inoltre, a partire dal 1998, sarà possibile disporre di una statistica nazionale dei servizi di assistenza e cura a domicilio, elaborata dall' UFAS con la collaborazione dei Cantoni. Per la prima volta si disporrà così di dati che comprendono il settore pubblico e quello privato e saranno possibili confronti in merito, ad esempio, alle qualifiche e alle funzioni del personale ma anche l' età dei pazienti, il tempo dedicato alle cure e l' aiuto che è stato fornito.

#### 6.1.3 La possibile evoluzione futura dei disavanzi d' esercizio SACD

Alla luce delle considerazioni che precedono, l' evoluzione dei costi, dei ricavi e dei disavanzi dei SACD a carico degli enti pubblici può così essere ipotizzata:

	1992	1996	2000	2010	
Costi		15.8	21.2	37.6	46.7
Ricavi					
- Dall'utenza e dalle Casse Malati		3.2	5.3	9.4	11.7
- Sussidio art. 101bis LAVS				6.8	8.4
Disavanzi SACD a carico degli enti pubblici		12.6	15.9	21.4	26.6

#### Osservazioni:

1. I ricavi dall'utenza e dalle Casse Malati sono valutati nel 25 % del totale dei costi. Non si è dunque tenuto conto dei possibili aumenti ancora oggetto di trattative.
2. Il sussidio secondo l' art. 101bis LAVS è calcolato in ragione del 20% dei costi per il personale che, alla luce dei Consumativi 1992 e 1996 sono pari al 90% del totale dei costi
3. Sull'entità del sussidio federale dopo il 2000, si vedano le riserve indicate al p.to 6.1.2.1

#### 6.2 Le case per anziani

Come ricorda il Messaggio (pag. 78 e ss.) la stima dell' evoluzione dei costi nel settore delle case per anziani appare particolarmente complessa. Essa dipende infatti non soltanto dall' andamento dei costi riconosciuti e da possibili aumenti delle entrate ma anche dalla completazione del programma di costruzione di nuove case per anziani e dal numero di posti letto finora non sussidiati per i quali nei prossimi anni verrà chiesto di potere beneficiare del contributo degli enti pubblici alla copertura dei deficit.

Negli ultimi anni, l'evoluzione degli oneri a carico degli enti pubblici (Cantone e Comuni) per il settore delle case per anziani è stato il seguente (in milioni di franchi):

Esercizio	Onere totale per gli enti pubblici (in mio di fr.)	Aumento % rispetto all'esercizio precedente	Contributo comunale per giornata di presenza (in franchi)	Aumento % rispetto all'esercizio precedente
1992	39.1		30.11	
1994	57.5	+ 47.05 %	32.52	+ 8.00 %
1995	65.6	+ 14.08 %	33.84	+ 4.05 %
1996	56.0	- 14.63 %	36.--	+ 6.38 %
1997 P	55.1	- 1.60 %		
1998 P	60.0	+ 8.89 %		

L'incremento dell'onere complessivo tra il 1992 e il 1995 è da collegare all' entrata in funzione delle case per anziani di Agno (72 posti letto), Sementina (80), Valcolla (42), Paradiso (84) e Loreto (69) nonché all' adesione al sistema cantonale delle case sussidiate dell' Istituto Cinque Fonti di San Nazzaro (120), delle due case Riziero Rezzonico a Lugano (50) e dell' Istituto Tusculum di Arogno (32).

La riduzione degli anni successivi è invece la conseguenza di maggiori entrate in particolare a seguito dell' entrata in vigore della nuova LAMal (1. gennaio 1996) ed all' aumento delle rette calcolate in base al reddito e alla sostanza dell' anziano in istituto. Con la nuova LAMal le Casse Malati riconoscono infatti un maggiore importo giornaliero (comprensivo della cura e dei medicinali) che, per i casi più gravi, è al massimo di fr. 43.-. In precedenza, invece, venivano riconosciute unicamente le singole prestazioni.

Sull'aumento delle rette hanno invece influito sia l' aumento della retta minima da fr. 70.-- a fr. 75.-- sia l'aumento dei redditi degli ospiti che in misura sempre maggiore possono contare anche su rendite della previdenza professionale. Inoltre, dal 1 gennaio 1997, sono entrate in vigore nuove direttive concernenti il calcolo delle rette che, per la determinazione del reddito determinante, hanno aumentato la quota della sostanza computabile (da 1/15 a 1/10) e ridotto lo spillatico (il cosiddetto "argent de poche") dal 20 % al 15 %.

L'evoluzione dei costi è invece rappresentata dall' aumento del contributo comunale giornaliero che, come noto, viene calcolato in ragione del 20% del costo medio cantonale, indipendentemente dall' evoluzione delle entrate.

Per quanto riguarda l'evoluzione futura dei costi del settore case per anziani restano attuali le considerazioni del messaggio:

"Tra il 1995 e il 2000 avverrà l' edificazione delle ultime quattro case consortili previste nel programma cantonale: Claro (50 posti letto), Massagno (70), Torriani II a Mendrisio (50) e Novazzano (54) per un totale di 224 nuovi posti letto sussidiati. Non è invece possibile prevedere quante e quali case per anziani private chiederanno il sussidio cantonale. Sui 911 letti non sussidiati nel 1995 si può dare quale indicazione un minimo di 0 ed un massimo di 300".

I dati del Preventivo 1998 indicano un aumento dell' onere totale per gli enti pubblici. Principale ragione di questo aumento è l' entrata in funzione delle case per anziani di Claro (50 posti letto) e Novazzano (54) per le quali il 1998 sarà il primo anno intero d' esercizio. È inoltre previsto il riconoscimento dei sussidi cantonali alla casa per anziani Beltramonto di Ascona (55). Sull' aumento preventivato incidono poi anche i normali aumenti dei costi e l' esigenza contabile di avvicinare sempre più i dati di cassa a quelli di competenza. È invece previsto che il costo medio per giornata di presenza resti praticamente invariato (tra fr. 176 e 180).

Sul fronte delle entrate, la già citata decisione del Dipartimento federale dell' Interno di fissare nuove tariffe di riferimento per la presa a carico cure da parte dell' assicurazione obbligatoria potrà avere effetti positivi anche per le Case per anziani (non ancora considerati nel Preventivo).

I nuovi valori di riferimento - stabiliti a secondo del livello di cure richieste (grado di dipendenza) e comprendenti anche le prestazioni mediche - sono i seguenti:

1°	livello di cure richieste	da 10 a 20 fr. al giorno
2°	livello di cure richieste	da 15 a 40 fr. al giorno
3°	livello di cure richieste	da 30 a 60 fr. al giorno
4°	livello di cure richieste	da 40 a 70 fr. al giorno

Immediatamente dopo decisione del Dipartimento (18 settembre 1997) la Sezione degli Istituti e dell'aiuto domiciliare ha proposto alle Casse Malati (lettera del 22 ottobre) di discutere le modalità per determinare il quarto livello di dipendenza e di fissare come segue gli importi riconosciuti dal prossimo 1 gennaio 1998: livello 1 fr. 10 al giorno; livello 2, fr. 22; livello 3, fr. 43; livello 4, fr. 54. L' accettazione da parte delle Casse malati di questi importi comporterebbe maggiori introiti per i livelli 1 e 2 (attualmente fr. 9 al giorno) e per il livello 4 (oggi parificato al livello 3 con fr. 43 al giorno). Si ricorda che le proposte formulate alle Casse Malati tengono conto del fatto che le tariffe ticinesi non comprendono le prestazioni mediche.

6.2.1 La ripartizione degli oneri per le case per anziani

L'approvazione della modifica della Legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore delle presone anziani (cfr. il punto V dell' Allegato) introdurrà una nuova ripartizione di oneri tra Cantone e Comuni e renderà definitivo il limite del 6% del gettito d' imposta cantonale quale tetto massimo per la partecipazione dei Comuni alla parte dei costi delle case per anziani ripartita sulla base delle giornate di presenza.

È questa una nuova tappa di un'evoluzione che può così essere brevemente riassunta:

- fino al 1990 la partecipazione del Cantone alla copertura dei disavanzi delle case per anziani era limitata da un massimo di fr. 35.- per ospite e per giornata di presenza. La rimanenza era a carico dei Comuni (o Consorzi), rispettivamente delle Fondazioni private. I Comuni non proprietari erano tenuti al versamento di un importo di fr. 10.- per ospite e giorno;  
- con la riforma approvata dal Gran Consiglio il 21 ottobre 1991, a partire dagli esercizi 1991 e 1992, il Cantone ha invece assunto la copertura integrale del disavanzo di tutte le case per anziani riconosciute (di proprietà di Comuni, Consorzi o Fondazioni private). A carico dei Comuni è stato posto un contributo massimo del 20% del costo medio per giornata di presenza da fissare annualmente dal Consiglio di Stato; tale contributo è dovuto dai Comuni per ospite e per giornata di presenza. Obiettivo di questa riforma era quello di assicurare il finanziamento dei costi di gestione degli istituti riconosciuti dallo Stato. La partecipazione dei Comuni era proporzionale al costo medio mentre il Cantone assumeva a suo carico il disavanzo residuo (= costi - entrate - contributi comunali).

A carico dei proprietari degli Istituti pubblici restavano gli interessi e gli ammortamenti derivanti dagli investimenti già sussidiati:

- successivamente, con il messaggio 4017 del 10 novembre 1992, veniva proposto, ed accettato, di limitare il contributo comunale calcolato sulla base delle giornate di presenza ad un massimo del 6% del gettito fiscale cantonale. Si trattava di una norma transitoria, in vigore per la prima volta per il biennio 1991/92 e successivamente rinnovata in attesa dell' approvazione della soluzione "definitiva" proposta da questo messaggio. L'ultimo rinnovo è stato proposto con il messaggio 4601 del 3 dicembre 1996, approvato dal Gran Consiglio nella sessione di metà ottobre 1997. In questo messaggio sono indicati anche gli effetti di questa limitazione che, nel 1995 ha comportato una differenza a carico del Cantone di franchi 2'275'268.-- in diminuzione degli oneri di 78 Comuni;

- infine, con messaggio 4142 del 24 agosto 1993 è stata proposta ed accettata la possibilità di mettere a carico dei Comuni non proprietari una quota parte degli oneri finanziari. Questa possibilità viene confermata (nell' Allegato) all' art. 6c della Legge anziani.

## **6.3 I servizi d'appoggio**

Una valutazione dei costi per le prestazioni di supporto all' assistenza e cura a domicilio implica la necessità di definire con precisione i Servizi d' appoggio che potranno essere ammessi al beneficio della copertura del disavanzo ai sensi della nuova legge. L' elenco potrà essere allestito soltanto nell' ambito della pianificazione. In merito si richiama quanto già indicato punti 1.5 e 5.3.1 del presente rapporto in particolare a quel che concerne i criteri che dovranno essere applicati per definire e riconoscere i Servizi d' appoggio. La pianificazione dovrà inoltre indicare ove vi siano, se del caso, delle lacune che devono essere colmate. Una valutazione indicativa può tuttavia essere tentata a partire dalla situazione attuale. Per il 1997 il Cantone considera come (Servizi di appoggio) le seguenti categorie di associazioni (per i dettagli, vedi tabelle allegate)

Servizi di appoggio (preventivo 1997)

Categorie	Costo totale riconosciuto	Ricavi	Deficit	Sussidio	Deficit residuo
Centri diurni e servizi ambulatoriali e domiciliari per anziani	8'044'737,36	5'042'963,77	3'001'773,59	2'236'950,14	764'823,45
LISPI-Assoc. per invalidi adulti	4'267'406,95	2'864'985,70	1'402'421,25	1'266'446,85	135'974,40
Assoc. settore minorenni	1'724'52, --	618'194, --	1'106'258, --	1'004'107, --	02'151, --
<b>Totale</b>	<b>14'036'596,31</b>	<b>8'526'143,47</b>	<b>5'510'452,84</b>	<b>4'507'503,99</b>	<b>1'002'948,85</b>
<u>%</u>	<u>100%</u>	<u>60.75%</u>	<u>39.25%</u>	<u>32,11%</u>	<u>7,14%</u>

Complessivamente i (Servizi d'appoggio) comportano un costo annuale riconosciuto dal DOS di circa 14 mio di franchi; il sussidio riconosciuto a parziale o totale copertura del disavanzo d' esercizio ammonta, in totale, a 4.5 mio. Un importo che, in media, corrisponde all' 81% del disavanzo, rispettivamente al 32 % dei costi riconosciuti.

Questi dati indicano l'ordine di grandezza del possibile onere per i servizi di appoggio a carico di Comuni e Cantone nell'ambito dello Spitex.

Un'indicazione più precisa dei costi per i Servizi di appoggio è difficile per i seguenti motivi:

- alcuni servizi riescono finora a fare a meno dei sussidi pubblici e si autofinanziano altrimenti;
- non sono stati fissati i criteri per il riconoscimento dei servizi di appoggio secondo una precisa pianificazione cantonale;
- negli elenchi esaminati mancano alcuni servizi di appoggio che attualmente sono finanziati in modo più o meno ricorrente dal Cantone attraverso fondi non gestiti dal DOS (ad esempio il Fondo lotteria intercantonale).

La Commissione ribadisce che potranno essere ammessi alla copertura del disavanzo d' esercizio prevista dalla legge soltanto i servizi di appoggio che svolgono un' attività direttamente collegate alle prestazioni indicate agli articoli 3 e 4 del progetto. È questa un' indicazione che per il momento esclude enti la cui attività è puramente di carattere sociale senza una relazione con gli aspetti sanitari.

Con questa limitazione, si può valutare il costo lordo dei Servizi d' appoggio in circa 12 milioni di franchi all' anno. Mantenendo l' attuale quota di ricavi, il disavanzo a carico di Comuni e Cantone può essere valutato in circa 3.5 - 4 mio all' anno

#### **6.4 Il nuovo meccanismo di ripartizione degli oneri tra Cantone e Comuni**

Con il messaggio 4287, il Consiglio di Stato propone di accogliere l' iniziativa Donadini e di introdurre una nuova ripartizione degli oneri tra Cantone e Comuni nel settore degli anziani e dell' assistenza e cura a domicilio.

Attualmente il contributo dei Comuni alle spese per Ente Ospedaliero (EOC), Case per anziani (CPA) e Servizi di aiuto domiciliare (SAD) avviene come segue:

EOC 1/3 del fabbisogno finanziario,	ripartito sulla base del gettito fiscale <hr/> 1/5 dei costi distribuito in base all' interessenza (giornate di presenza), ritenuto un massimo del 6% del gettito fiscale. Nota: Il 20% dei costi riconosciuti corrisponde a circa il 50% dei disavanzi d' esercizio, nel 1996. <hr/> ripartito in base alla popolazione e alla forza finanziaria.
CPA	
SAD 55 % (media cantonale)	

La partecipazione effettiva dei comuni (1996) varia da un minimo del 33.7% (Vallemaggia) ad un massimo del 60.6% (Lugano e

dintorni).

Per i sussidi ai Servizi d' appoggio non esiste un meccanismo di ripartizione unico. Così, ad esempio, nel 1995 a fronte di un fabbisogno di 2.18 mio il Cantone si è assunto il 67 % e i Comuni il rimanente 33 %.

Con il nuovo meccanismo proposto dal messaggio, i Comuni dovranno assumersi:

- 80% del fabbisogno finanziario per le Case per anziani e per i Servizi di assistenza e cura a domicilio (SACD);

- 80 % del fabbisogno finanziario dei servizi di appoggio (Centri diurni, servizi pasti a domicilio);

La ripartizione fra i Comuni avviene come segue:

- 1/2 CPA: sulla base dell' interessenza (max. 6 %);

- 1/2 CPA (+ eccedenza del 6%) + SACD + Servizi d' appoggio: su base cantonale, secondo il gettito fiscale cantonale.

In compenso, secondo quanto auspicato dall' iniziativa Donadini, il Cantone assume a suo carico la totalità dei costi per l' EOC.

Gli effetti del nuovo meccanismo di ripartizione dei fabbisogni finanziari fra Cantone e Comune sono illustrati dalle tabelle seguenti:

a) (statu quo) nei meccanismi di ripartizione del finanziamento:

	Cantone					Comuni			
	C1994	C1995	C1996	P1997		C1994	C1995	C1996	P1997
CPA	32.8	38.6	27.7	26.1	CPA	24.8	27.0	28.3	29.0
SAD	6.6	6.4	7.2	7.8	SAD	8.0	8.5	8.6	9.2
EOC	85.1	89.2	94.4	97.2	EOC	42.6	4.6	47.1	48.6
<b>Totale</b>	<b>124.6</b>	<b>134.1</b>	<b>129.2</b>	<b>131.1</b>	<b>Totale</b>	<b>75.3</b>	<b>80.1</b>	<b>84.1</b>	<b>86.9</b>

b) secondo i nuovi meccanismi di ripartizione del finanziamento:

	Cantone					Comuni			
	C1994	C1995	C1996	P1997		C1994	C1995	C1996	P1997
CPA	11.5	13.1	11.2	11.0	CPA	46.0	52.5	44.8	44.1
SAD	2.9	3.0	3.2	3.4	SAD	11.7	11.9	12.6	13.6
EOC	127.7	133.8	141.5	145.8	EOC				
<b>Totale</b>	<b>142.1</b>	<b>149.9</b>	<b>155.9</b>	<b>160.2</b>	<b>Totale</b>	<b>57.7</b>	<b>64.4</b>	<b>57.4</b>	<b>57.7</b>

c) aggravio, rispettivamente sgravio derivante dai nuovi meccanismi:

	Cantone					Comuni			
	C1994	C1995	C1996	P1997		C1994	C1995	C1996	P1997
CPA	-21.3	-25.5	-16.5	-15.1	CPA	21.3	25.5	16.5	15.1
SAD	-3.7	-3.4	-4.0	-4.4	SAD	3.7	3.4	4.0	4.4
EOC	42.6	44.6	47.2	48.6	EOC	-42.6	-44.6	-47.2	-48.6
<b>Totale</b>	<b>17.6</b>	<b>15.7</b>	<b>26.6</b>	<b>29.1</b>	<b>Totale</b>	<b>-17.6</b>	<b>-15.7</b>	<b>-26.6</b>	<b>-29.1</b>

Per una completa valutazione di questi risultati, occorre ancora considerare che, con i nuovi meccanismi di ripartizione i Comuni dovranno assumersi anche l' 80% del disavanzo dei Servizi profilattici e materni (minore sgravio per 0.20 - 0.25 mio.) e dei servizi d' appoggio (minore sgravio per 1.6 - 1.9 mio).

La Commissione ha chiesto al Dipartimento di elaborare anche i dati relativi allo sgravio per i singoli Comuni.

I risultati sono riportati nelle tabelle allegate. In merito si possono formulare le seguenti osservazioni:

- per tutti i Comuni il nuovo meccanismo di ripartizione dei costi ("iniziativa Donadini"), applicato sui dati 1996, avrebbe comportato un minor costo rispetto allo statu quo;

- la ripartizione di questo minor costo non è però uniforme per tutti i Comuni.

Calcolando lo sgravio in % del gettito d' imposta cantonale (dati 1995) si va da un massimo del 4.63% per Biasca, ad un minimo del 1.29% per Indemini e del 1.69% per Sonogno

Lo sgravio in franchi pro-capite va da un massimo di fr. 168 per Bioggio ad un minimo di fr. 31.-- per Auressio, Frasco e Indemini:

- questa ripartizione a (pelle di leopardo) rispecchia la situazione attuale che, sia per il costo pro-capite, sia per la percentuale del gettito d' imposta vede un' incidenza differenziata a seconda delle situazioni comunali. Così, ad esempio, la percentuale del gettito cantonale varia da un massimo del 13.35 % per Mairengo, al 5.90 % di Sonogno

Con il nuovo meccanismo di ripartizione, questa differenza diminuisce. Sui dati 1996 si va infatti da un massimo del 10.21 % (6% CPA per giornate di presenza; 2.73% CPA per la parte rimanente, 1.47 % SAD) ad un minimo del 4.2 % (parte rimanente CPA e SAD).

6.4.1 Valutazione delle tendenze nell' evoluzione dei costi



Una valutazione degli effetti del nuovo meccanismo di ripartizione degli oneri non può essere limitata alla (fotografia) dei dati realtivi agli anni trascorsi. Più importanti appaiono le tendenze in atto.

Complessivamente, gli oneri per gli enti pubblici negli ultimi anni nei settori interessati dalla riforma sono stati i seguenti (in mio di franchi):

	C1994		C1995			C1996		P1997
CPA	57.5	28.8%	65.6	30.6%	56.0	26.3%	55.1	25.3%
SAD	14.6	7.3%	14.9	7.0%	15.8	7.4%	17.0	7.8%
EOC	127.7	63.9%	133.8	62.4%	141.5	66.3%	145.8	66.9%
<b>Totale</b>	<b><u>199.8</u></b>	<b><u>100%</u></b>	<b><u>214.3</u></b>	<b><u>100%</u></b>	<b><u>213.3</u></b>	<b><u>100%</u></b>	<b><u>217.9</u></b>	<b><u>100%</u></b>

Nell' arco dei tre anni qui considerati in base ai dati di Consuntivo, l' onere totale per gli ospedali pubblici è aumentato di 13.8 mio (+ 10.8%), quello per i Servizi di Aiuto Domiciliare di 1.2 mio (+ 8.2 %) mentre gli oneri per gli enti pubblici delle Case per anziani sono diminuiti di 1.5 mio (- 9.7 %).

La ripartizione dei costi fra i tre settori, nei tre anni considerati registra un aumento della quota parte ospedaliera (+ 2.4%), il mantenimento di quella per i SAD (+ 0.1 %) e la diminuzione di quella per le case per anziani (- 2.5 %).

Queste tendenze vanno relativizzate alla luce del breve periodo di tempo preso in considerazione.

Esse confermano tuttavia che:

- nel settore della Case per anziani, l'evoluzione dei costi appare sotto controllo mentre si assiste ad un aumento delle entrate (rette e contributi delle Casse Malati). Con il passaggio al nuovo meccanismo di ripartizione anche i Comuni beneficiano dell' aumento delle entrate (mentre attualmente il loro contributo è calcolato nel 20% del costo medio per giornata di presenza).

Per l'evoluzione futura si ricordano l'entrata in funzione delle ultime case per anziani e l'incognita relativa al numero dei posti letto per i quali verrà chiesto di potere beneficiare del sussidio cantonale:

- nel settore dei Servizi di assistenza e cura a domicilio, l' evoluzione degli oneri per gli enti pubblici riflette gli sforzi di potenziamento in atto. Le possibili evoluzioni future sono state valutate al p.to 6.1.1 e 6.1.3: entro l'anno 2000 è ipotizzabile un forte aumento dei costi (+ 77.3%, inflazione esclusa). Grazie però all'aumento delle entrate (in particolare i sussidi dell' art. 101bis LAVS) l' aumento dei disavanzi potrebbe risultare più contenuto (+ 34.6%).

Anche con questi aumenti, la quota parte dei costi per lo Spitex sul totale dei costi della salute resta contenuta: in Svizzera, solo il 2% secondo le stime dell' Associazione svizzera dei servizi di cure a domicilio. In Ticino, nel 1993, i costi per le cure a domicilio hanno rappresentato l' 1.4 % della spesa sanitaria totale. Per il 1996, limitatamente ai costi interessati dal nuovo meccanismo di ripartizione tra Cantone e Comuni, i costi dei SAD rappresentano il 3.9% (21.2 mio su un totale di 543.9).

Lo sviluppo dell'assistenza e cura a domicilio conferma però la necessità di uno sforzo di coordinamento e di una pianificazione dell'auspicato potenziamento:

- malgrado gli sforzi di contenimento delle spese e dei disavanzi gli oneri degli ospedali pubblici risultano in aumento. Sull' evoluzione futura pesano numerose incognite, in particolare quelle dei ricoveri fuori Cantone, degli effetti della pianificazione ospedaliera e dei nuovi rapporti di collaborazione con il settore privato.

È tuttavia evidente che i bisogni sociosanitari non soddisfatti dalle strutture ospedaliere si riverseranno su altri servizi quali le Case per anziani e i Servizi di assistenza e cura a domicilio. Del resto, la pianificazione dell' EOC ha sempre posto fra le premesse anche un potenziamento dei servizi che intervengono a domicilio.

Per tutte queste incognite, il tentativo di ipotizzare gli effetti complessivi del nuovo meccanismo di ripartizione degli oneri tra Cantone e Comuni nei prossimi anni avrebbe potuto avere soltanto un valore indicativo. La Commissione ribadisce tuttavia la necessità che questi aspetti sia costantemente valutati e costituiscano uno degli elementi centrali della verifica richiesta all' art. 44 del progetto di Legge.

#### 6.4.2 Valutazione dei meccanismi di ripartizione

Nel corso dell' esame del progetto di legge la Commissione ha valutato altre possibili modalità di ripartizione dei costi fra i Comuni. In particolare si è ipotizzata una parziale ripartizione per comprensori - moderata da un tetto massimo per gli oneri comunali - che potesse maggiormente responsabilizzare i Comuni sulla necessità di una costante verifica dell' evoluzione dei costi.

Questa ipotesi è poi stata lasciata cadere anche perché la (cantonalizzazione) degli oneri (cioè la ripartizione fra i Comuni sulla base di una percentuale del gettito d' imposta) è stata ritenuta giustificata da un parallelismo con l' attuale partecipazione ai costi ospedalieri (onere che risulta indipendente dalle giornate di ricovero).

La Commissione ribadisce tuttavia la necessità di applicare modalità di gestione che responsabilizzino gli amministratori dei Servizi di assistenza e cura a domicilio e dei Servizi d' appoggio: ad esempio un sistema di gestione basato sulle (enveloppes budgetaire) o, per usare una definizione della LAMal, su (stanziamenti globali di bilancio).

La Commissione auspica inoltre che la raccolta dei dati necessari per la verifica legislativa consideri anche l' opportunità di una verifica dei meccanismi di ripartizione degli oneri alla ricerca di un migliore equilibrio tra solidarietà fra tutte le regioni del Cantone e responsabilità diretta nella gestione delle risorse a disposizione.

### **6.5 Conclusioni sugli aspetti finanziari**

L'accettazione della nuova Legge sull'assistenza e cura a domicilio e delle conseguenti modifiche dei meccanismi di ripartizione dei costi fra Cantone e Comuni nei settori EOC, Case per anziani e Servizi di aiuto domiciliare si traduce, a breve - medio

termine, in maggiori costi per il Cantone. Un trasferimento di oneri a favore dei Comuni che è stato previsto dalle Linee direttive e dal Piano finanziario per questa Legislatura. Il primo aggiornamento delle LD e PF (ottobre 1996) ha indicato in 30.0 mio il costo di questo (nuovo compito) per il 1999.

Le conseguenze di questa nuova impostazione andranno tuttavia valutate nell'ottica della possibile evoluzione futura alla luce delle scelte che si imporranno per il settore ospedaliero. È infatti evidente che la politica ospedaliera avrà un influsso sia sulle case per anziani che sui Servizi di assistenza e cura a domicilio, ma sarà a sua volta influenzata dalle scelte effettuate nell'ambito degli interventi a domicilio.

Questa constatazione ripropone la necessità che il potenziamento delle cure a domicilio sia la premessa per una diversa distribuzione dei costi del (conto sanitario cantonale). In merito nel commento al (Conto sanitario 1993) (25) si costata che in Svizzera l'importanza delle cure intra-muros ha cessato di crescere ed ha iniziato a diminuire passando dal 50.4% del 1991 al 50.3% nel 1992 e al 50.0% nel 1993. A livello federale, ci si chiede se questo è il primo effetto del maggior uso dei servizi "Spitex".

Nello stesso periodo le spese per i Servizi Spitex è aumentata da 488.2 milioni nel 1991 a 519.2 nel 1992. Ciò corrisponde ad una quota, per entrambi gli anni, dell' 1.6%. In Ticino la spesa totale (ndr. compresi anche il Servizio di Minusio e il servizio pasti a domicilio di Pro Senectute) è passata da 13 a 20 milioni dal 1990 al 1993, ossia dall' 1.1% all' 1.4 % della spesa sanitaria. In Ticino, non si è (però) ancora giunti al punto in cui le spese intra-muros smettono di acquistare importanza rispetto agli altri settori delle cure, come invece sembra capitare a livello svizzero).

Queste sommarie indicazioni confermano che l'obiettivo di una diversa distribuzione del (Conto sanitario cantonale) può essere raggiunto. Condizioni necessarie sono però la coerenza e il coordinamento delle diverse pianificazioni sociosanitarie (obiettivo sancito anche dalla Legge sull'assistenza e cura a domicilio) e, soprattutto, la capacità e la disponibilità degli operatori sanitari ad applicare con rigore la scelta della soluzione più efficace, più appropriata e più economica.

L'evoluzione futura del (Conto sanitario) andrà considerata anche per quanto riguarda una valutazione del saldo positivo per i Comuni dei nuovi meccanismi di ripartizione dei costi per gli ospedali pubblici, le case per anziani e i servizi a domicilio. È infatti evidente che il raggiungimento dell'obiettivo di una diminuzione dei costi intra-muros (EOC ma anche strutture psichiatriche) a favore delle cure a domicilio si tradurrà in minori costi per il Cantone e in maggiori oneri per i Comuni. Anche per questo l'attuale saldo a favore dei Comuni dovrà essere valutato nei prossimi anni e dovrà essere uno dei punti centrali della verifica legislativa da attuarsi entro 5 anni dall'entrata in vigore.

In ogni caso, l'esito di questo travaso di oneri e competenze dovrà essere valutato nel contesto generale dei flussi finanziari fra il Cantone e i Comuni, ritenuto che se si dovesse confermare un saldo globale a favore dei Comuni, lo stesso potrà essere considerato quale spazio di manovra per ulteriori ripartizioni di competenze da discutere sulla base di precise proposte e di dati (anche finanziari) aggiornati.

## **7. Il progetto conforme all'iniziativa popolare**

### **7.1 Questioni procedurali**

L'iniziativa popolare (per il promovimento delle cure extra ospedaliere e dei servizi a domicilio) (iniziativa Spitex) è stata presentata nella forma generica. Secondo la Legge sull' iniziativa, il referendum e la revoca del Consiglio di Stato (Lirr) il Gran Consiglio è perciò tenuto ad elaborare un progetto di legge nel senso della domanda (art. 16 cpv. 1).

L' iniziativa è stata dichiarata riuscita il 18 maggio 1991: il Gran Consiglio avrebbe dunque dovuto esprimersi in merito entro il 18 maggio 1992. Il capitolo 2 del presente rapporto illustra le ragioni del ritardo accumulato. Giova comunque ricordare che i promotori dell' iniziativa hanno dato il loro consenso ad un protrarsi dell' esame parlamentare dell' iniziativa oltre i termini previsti dalla legge per dare modo alla Commissione sanitaria di (procedere ad un esame congiunto dell' iniziativa popolare, del rapporto del Gruppo di lavoro e del messaggio del Consiglio di Stato) (26).

Prima della pubblicazione del Messaggio 4287 (31 agosto 1994) - ma alla luce delle proposte del Gruppo di lavoro - il progetto di Legge sull' assistenza e cura a domicilio elaborato dal Consiglio di Stato è stato riconosciuto dai promotori come un testo che (interpreta adeguata-mente i postulati espressi dall' iniziativa) con proposte che (corrispondono a quanto chiesto) in relazione al potenziamento del servizio, al rafforzamento quantitativo e qualitativo del personale, il decentramento sul territorio, il coordinamento, il rafforzamento dell' autonomia dell' utenza e la promozione dell' aiuto da parte dei familiari e dei vicini nonché del volontariato (27).

#### 7.1.1 I margini di manovra del Gran Consiglio

Secondo la giurisprudenza, il Gran Consiglio è tenuto a elaborare un progetto conforme ai postulati dell' iniziativa generica, in modo che esso risponda alle intenzioni degli iniziativaisti ed esprima il loro pensiero.

Nell' elaborare il testo conforme, il Gran Consiglio gode di un margine di manovra che è limitato soltanto dall' obbligo di adottare norme di contenuto analogo a quelle propugnate dagli autori dell' iniziativa. Da parte loro, i promotori dell' iniziativa scegliendo la forma generica rinunciano alla possibilità di proporre soluzioni concrete atte a realizzarne gli obiettivi: essi si rimettono alla scelta del Gran Consiglio il cui margine di manovra deve essere rispettato. Tale margine è maggiore se gli obiettivi dell' iniziativa sono formulati in modo generale oppure complessi e parzialmente contraddittori. In questo caso, le scelte del Gran Consiglio non possono essere contestate adducendo che non convengono agli autori dell' iniziativa se, da un punto di vista oggettivo, esse appaiono come un mezzo ragionevole per realizzarne l' oggetto.

Infine, il Tribunale Federale ha precisato che il testo di un' iniziativa deve essere interpretato in modo oggettivo, ossia come potevano comprenderlo i cittadini ai quali era destinato. Di contro, l' interpretazione personale dei promotori e redattori dell' iniziativa non è determinante, soprattutto se essa è data a posteriori (28)

Elaborato il testo conforme, il Gran Consiglio può raccomandare al popolo l' accettazione o la reiezione dell' iniziativa oppure

proporgli di accettare un suo controprogetto sulla stessa materia. Il controprogetto deve ottenere l'adesione del Consiglio di Stato (art. 16 cpv. 2 e 3 Lirr).

## **7.2 L'operato della Commissione speciale sanitaria nella attuale legislatura**

Visto quanto precede, la Commissione speciale sanitaria ha affrontato l'esame del progetto di Legge allegato al Messaggio considerandolo un possibile (testo conforme) ma senza voler rinunciare ai margini di manovra che la legge e la giurisprudenza assegnano al Gran Consiglio. L'ambizione (o la speranza) è sempre stata quella di giungere alla redazione di un progetto che raccogliesse un ampio consenso e che potesse (ancora) essere riconosciuto come conforme alle richieste dell'iniziativa.

Al termine della prima lettura, il progetto è stato nuovamente sottoposto ai promotori dell'iniziativa.

Riportiamo qui la loro valutazione:

"Riteniamo che la posizione finora assunta dalla Commissione non abbia per nulla valorizzato gli elementi positivi che riscontravamo nel messaggio, anzi si sono fatti sostanziali passi indietro) In particolare, gli iniziativaisti non hanno riscontrato (alcun tentativo di soluzione) delle difficoltà strutturali dell'istituzione consortile (ma perfino rischi maggiori di confusione tra livello politico e livello tecnico".

In particolare gli iniziativaisti hanno chiesto un ripensamento dei seguenti punti: chiara separazione dei livelli tecnici e politici; conferma del principio delle équipes polivalenti; importanza del coordinamento tecnico e migliore considerazione del volontariato. Dai Gruppi del Gran Consiglio la Commissione ha però anche ricevuto l'invito a rafforzare il principio della sussidiarietà e il ruolo dei Comuni, semplificare le norme organizzative e permettere la flessibilità delle soluzioni locali. Non è mancato neppure l'invito a valorizzare la ricchezza del contributo del volontariato.

Sulla base di queste indicazioni, la Commissione ha affrontato la seconda lettura apportando al progetto del Consiglio di Stato numerose modifiche formali ma sempre con la preoccupazione di dare una risposta positiva e convincente alle tre richieste principali dell'iniziativa popolare (29)). Un lavoro portato avanti con impegno e con la ricerca, ove possibile, di soluzioni concordate nell'ambito di una sottocommissione nella quale erano rappresentati tutti i Gruppi.

A conclusione della seconda lettura, il progetto veniva nuovamente sottoposto ai promotori dell'iniziativa dai quali è giunta la richiesta di (introdurre dei correttivi nel testo di legge che riprendano i principali postulati dell'iniziativa). Caso contrario, gli iniziativaisti si sono riservati il diritto di sollecitare il voto del popolo sull'oggetto in quanto (la legge che dovrebbe essere presentata al Gran Consiglio non fa altro che dare una veste apparentemente nuova all'attuale sistema di aiuto domiciliare) (30). A questo punto è apparso chiaro, per la Commissione, che il progetto del Consiglio di Stato sarebbe stato presentato al Gran Consiglio quale (testo conforme) all'iniziativa popolare con l'invito a respingerlo e ad approvare, quale (controprogetto), il testo elaborato dalla Commissione.

Alcuni giorni dopo - 21 gennaio 1997 - il Consiglio di Stato, alla luce della situazione finanziaria del Cantone, chiedeva alla Commissione di:

"prevedere nella legge una clausola che condizioni il versamento del 20% da parte del Cantone alla trasformazione di futuri servizi di aiuto e cura a domicilio da organizzazione di diritto pubblico in organizzazioni di diritto privato nei termini previsti dall'UFAS per il riconoscimento del sussidio LAVS. Nelle condizioni attuali, molto diverse da quelle del 1991 (anno dell'iniziativa) e anche da quelle del 1994 (anno del Messaggio), appare indispensabile, per poter aderire a nuovi importanti impegni finanziari per il Cantone, che vengano utilizzati tutti gli strumenti adeguati a una riduzione dei costi a Carico di Cantone e Comuni".

La richiesta del Consiglio di Stato ha trovato una risposta nella formulazione degli art. 33 e 34 del progetto della Commissione. Una formulazione concordata fra tutti i Gruppi con l'impegno che lo stesso meccanismo sarebbe stato inserito anche nel (testo conforme).

A conclusione dei lavori della Commissione, e mentre era in corso la redazione del rapporto, i redattori di maggioranza hanno nuovamente chiesto agli iniziativaisti se potevano confermare che (il progetto di legge allegato al messaggio del Consiglio di Stato rappresenta un testo conforme alle esigenze dell'iniziativa popolare ritenuto che il meccanismo per la ripartizione del fabbisogno finanziario sarà adeguato alla richiesta del Consiglio di Stato di privilegiare le forme organizzative di diritto privato.

Concretamente, gli articoli 34 e 35 del progetto del Messaggio saranno sostituiti dagli articoli, 33 e 34 del progetto commissionale) (31).

Lo scorso 7 ottobre, per il tramite dei rappresentanti del Gruppo Socialista, la Commissione sanitaria veniva informata del desiderio degli iniziativaisti di vedere elaborato un (testo conforme) che, abbandonando il progetto del Consiglio di Stato, riprendesse la struttura del (controprogetto) integrandolo però, su alcuni punti, con le modifiche necessarie per renderlo conforme alle richieste dell'iniziativa.

A questa richiesta la Commissione ha dato seguito, approvando, nella seduta successiva del 21 ottobre, un progetto di (testo conforme) elaborato secondo le indicazioni contenute nel progetto di rapporto di minoranza. Il testo è stato nuovamente sottoposto ai promotori dell'iniziativa con l'invito a (comunicare al più presto una decisione in merito al testo conforme che, nella vostra ottica, meglio risponde alle esigenze dell'iniziativa popolare).

Come ricordato al p.to 7.1.1 il Gran Consiglio non sarebbe tenuto a considerare il parere dei promotori dell'iniziativa ma unicamente a giudicare se i progetti elaborati dalla propria Commissione (compreso quello proposto quale "controprogetto") rispondono in modo oggettivo alle richieste dell'iniziativa popolare. La Commissione ha comunque ritenuto, visto anche il lungo tempo trascorso dalla presentazione dell'iniziativa e dalla scadenza dei termini per l'evasione della stessa (18 maggio 1992) di dovere concedere ai promotori l'opportunità di esprimersi in merito. Appare infatti opportuno evitare, nel momento in cui il Gran Consiglio può finalmente esprimersi nel merito, che il dibattito venga rovinato da inutili discussioni su aspetti formali e procedurali. Le attese dei cittadini richiedono invece che la discussione e la ricerca delle migliori soluzioni siano animate dalla comune volontà di consolidare e potenziare i servizi di assistenza e cura a domicilio.

### **7.3 Il testo conforme all'iniziativa popolare**

Come già ricordato, il (testo conforme) all' iniziativa popolare allegato al presente rapporto - con l' invito a respingerlo - è stato elaborato dalla Commissione sanitaria integrando, nel progetto di legge scaturito dalla seconda lettura, le proposte degli iniziattivisti fatte proprie dal rapporto di minoranza. L' adesione dei promotori dell' iniziativa popolare al (testo conforme) è giunta dapprima in forma indiretta in occasione della seduta del 28 ottobre (32)) e successivamente con lettera 6 novembre 1997 alla Commissione sanitaria.

Per il commento al (testo conforme) e l' indicazione delle ragioni per le quali esso appare più aderente alle proposte dell' iniziativa popolare si rimanda al capitolo 3 del Rapporto di minoranza.

### **7.4 Le valutazioni della maggioranza della Commissione sanitaria**

In merito al (testo conforme) ed alle ragioni che non hanno permesso alla maggioranza di raccomandare la sua accettazione, la maggioranza della Commissione formula le seguenti osservazioni:

#### **TITOLO I - PARTE GENERALE**

Gli articoli da 1 a 6 dei due progetti sono, nella sostanza equivalenti e riprendono le proposte del Consiglio di Stato.

In merito all'estensione del campo di intervento dei SACD alle difficoltà sociali (art. 2 cpv. 1) si richiamano le ragioni già espresse al capitolo 5.3.1 del presente rapporto. La Commissione precisa tuttavia che non si tratta di una chiusura assoluta: il commento all' articolo 2 del controprogetto indica in modo chiaro la volontà di dare una risposta alle situazioni originate dall' improvvisa assenza di un familiare (indipendentemente dalle cause) e a quelle che, a volte con scopi preventivi, richiedono un intervento anche quando non ricorrano gli estremi di una "malattia" in senso stretto. Si precisa inoltre che il concetto di "malattia" è indipendentemente dalle sue cause (fisiche o psichiche).

Per quanto attiene invece alle prestazioni di assistenza e cura a domicilio di cui all' art. 3 cpv. 1, si ribadisce che il principio della sussidiarietà e l' impegno a valorizzare in primo luogo le risorse personali e familiari comportano anche la formazione delle persone interessate. Allo stesso modo la consulenza igienica, sanitaria e sociale così come l' informazione in merito alle risorse disponibili sul territorio comportano anche i necessari contatti affinché queste risorse abbiano ad attivarsi. Non è invece ipotizzabile che i SACD possano anche imporre a queste "risorse" di assumersi compiti e responsabilità nei confronti di un utente.

Le definizioni di volontario proposte dai due testi appaiono equivalenti. Il "testo conforme" sembra tuttavia volerla estendere a tutte le realtà del volontariato (mentre già il progetto del Consiglio di Stato la limitava al settore dell' assistenza e cura a domicilio), comprese quelle che non assumono responsabilità nei confronti del SACD e dell' utente.

Le divergenze fra il (testo conforme) e il controprogetto sono invece importanti e sostanziali per quanto riguarda la ripartizione delle competenze fra Cantone e Comuni (articoli da 7 a 10).

Secondo le proposte del (testo conforme) la futura organizzazione dell' assistenza e cura a domicilio deve fondarsi su un rapporto diretto fra il Cantone (e per esso il Consiglio di Stato) e i SACD. Un rapporto fondato sulla decisione del Cantone in merito alla forma istituzionale (art. 7 cpv. 2 lett. d) e sulla convenzione mediante la quale si riconoscono enti e prestazioni (lett. c). In questo schema i Comuni - che pure dovranno pagare l' 80% dei disavanzi d' esercizio - si ritrovano praticamente privi di ogni competenza decisionale. A loro è infatti riservata unicamente la possibilità di esprimersi sulla forma istituzionale dei SACD e dei servizi d' appoggio (art. 8, lett. b).

Lo stesso schema si riproporrà anche per quanto riguarda l'approvazione dei preventivi e consuntivi con i Comuni che partecipano alla verifica senza tuttavia vedersi riconoscere una reale possibilità di intervento.

In altri termini, il (testo conforme) mette i Comuni in un ruolo subalterno e riconosce agli stessi competenze appena simili a quelli loro riconosciuti dalla Legge sugli ospedali pubblici nell' ambito delle assemblee dei delegati dei Comuni o dei Consigli ospedalieri regionali. Una realtà che non viene sostanzialmente corretta nemmeno dall' obbligo per le associazioni o le cooperative di permettere un' adeguata rappresentanza dei Comuni del comprensorio: in ogni caso si tratterà infatti di una presenza minoritaria.

La soluzione proposta dalla maggioranza affida invece ai Comuni un ruolo centrale. Spetta infatti ai Comuni la responsabilità di garantire l'offerta della prestazioni previste dalla legge e di scegliere la forma istituzionale del SACD. I rapporti tra quest' ultimo e i Comuni saranno retti da una convenzione che dovrà regolare anche le modalità attraverso le quali i Comuni possono partecipare all' elaborazione dei preventivi e all' approvazione dei consuntivi. Si richiama il commento agli articoli 8 e 11 del controprogetto. In questo schema il Cantone mantiene un ruolo determinante in quanto chiamato a coordinare l' intervento dei diversi attori, riconoscere gli enti e le prestazioni e a ratificare le convenzioni (art. 7 cpv. 2 lett. b e c).

Accanto a questi aspetti sostanziali, che in definitiva hanno portato alla scelta di un controprogetto, la maggioranza formula inoltre le seguenti osservazioni:

1. L'articolo 7 cpv. 2 pone i seguenti problemi:

- la lett. g) conferisce al Consiglio di Stato il compito di decidere la promozione e la gestione di servizi e programmi specifici: potrebbe contenere i germi per pericolosi conflitti di competenze o al rischio di doppij;
- la lett. h) sembra avere dimenticato che ogni concetto di formazione che si vuole adeguato alle esigenze attuali deve comprendere anche l' offerta di occasioni per la formazione continua e il perfezionamento.

2. L'articolo 9 del (testo conforme) appare praticamente superfluo, infatti:

- la collaborazione degli enti riconosciuti all' elaborazione della pianificazione è già prevista all' art. 7 cpv. 2, lett. a) e ribadita anche all' art. 12;
- non si vede come gli enti riconosciuti possano esprimersi sulla loro forma istituzionale: l' essere costituiti secondo una delle forme previste è infatti la premessa per chiedere il riconoscimento;

- la collaborazione alla formazione del personale è pure già prevista dall' art. 7 cpv. 2 lett. h);  
Resta la competenza attribuita agli enti riconosciuti di organizzare programmi specifici, supplementari o sperimentali: competenza che il controprogetto ha attribuito ai SACD al momento di definirne il campo di intervento (cfr. art. 15 del controprogetto).

## **TITOLO II - CARATTERISTICHE E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI**

L'articolo 10 prevede che i comprensori possano essere decisi al di fuori della pianificazione: i presunti vantaggi procedurali sono tali solo nell' ottica di un' impostazione che vuole ridurre le competenze dei Comuni.

L'articolo 11 limita le forme istituzionali all' associazione e alla cooperativa di diritto privato (cpv. 1) imponendo però anche, nella legge, il principio che la maggioranza dei membri deve essere formata da persone fisiche (cpv. 2). La maggioranza ritiene opportuno che questo aspetto venga regolato dagli statuti dei SACD e nell' ambito della procedura per il riconoscimento dei sussidi dell' art. 101 bis LAVS. La formulazione proposta esclude però anche la possibilità che i SACD siano gestiti da associazioni di Comuni (rette dal diritto privato) quali le Regioni LIM: una decisione incomprensibile alla luce della recente decisione con la quale l' UFAS ha riconosciuto i servizi organizzati dalla Regione Tre Valli e dall' Associazione dei Comuni di Vallemaggia.

Così come formulato, il (testo conforme) non prevede inoltre alcuna soluzione nel caso in cui non fosse possibile costituire un' associazione o una cooperativa.

L'articolo 12 ripropone l' obbligo per i servizi di contribuire all'elaborazione della pianificazione cantonale: lo stesso è già previsto agli articoli 7 cpv. 2 lett. a) e all' art. 9. Esso aggiunge però anche l'obbligo di associarsi per razionalizzare la propria attività.

Anche il presente rapporto ribadisce a più riprese la necessità che i servizi abbiano a centralizzare le attività (in particolare amministrative) che permettono un uso più razionale delle risorse. Si ritiene tuttavia eccessivo introdurre addirittura un obbligo legale che, trattandosi di organizzazioni di diritto privato, potrebbe addirittura risultare in contrasto con la libertà di associazione garantita a livello costituzionale.

In merito alla organizzazione dei Servizi di assistenza e cura a domicilio (articoli da 16 a 20) il (testo conforme) ripropone a livello di legge disposizioni che la maggioranza ritiene debbano essere materia di regolamento e/o di norme organizzative interne (ad esempio dei cahiers des charges delle diverse figure del responsabile della direzione o del/la capo-équipe). La maggioranza ricorda inoltre che il (testo conforme) - così come il controprogetto e le proposte del Consiglio di Stato - rinvia alla pianificazione le decisioni concrete in merito al potenziamento qualitativo e quantitativo dei Servizi.

La soluzione proposta nel (testo conforme) risulta - a mente della maggioranza della Commissione - in evidente contraddizione con la scelta di forme organizzative esclusivamente basate sul diritto privato. Non si può infatti auspicare la ricchezza delle motivazioni e la flessibilità proprie di queste organizzazioni e poi pretendere di imbrigliarle in norme troppo rigide e dettagliate. Tanto più quando attraverso gli strumenti delle convenzioni, della procedura di riconoscimento e dell' approvazione di preventivi e consuntivi l' ente pubblico già dispone di sufficienti strumenti per verificarne il funzionamento e tutelare i diritti degli utenti.

Accanto a questi aspetti sostanziali, la maggioranza formula inoltre le seguenti osservazioni:

1. la volontà di stabilire requisiti professionali e compiti minimi per il responsabile qualificato della direzione (art. 16) riduce le possibilità di tenere conto della realtà dei diversi servizi e delle opportunità offerte dalla centralizzazione di determinate attività;

2. la definizione dei comprensori di intervento deve tenere conto delle realtà locali alle quali deve adattarsi per assicurare un intervento capillare. L' inserimento nella legge (art. 17) di criteri precisi (sia pure solo a titolo indicativo) potrebbe portare a situazioni irrazionali. Così, ad esempio, le ipotesi di riorganizzazione dei SACD presentate dal messaggio prevedono - per raggiungere il criterio delle 15'000 abitanti - l' integrazione dell' attuale comprensorio della Vallemaggia con una parte del Locarnese. Anche per questo è opportuno che la definizione dei comprensori e della necessità di sedi e sottosedì per le unità operative avvenga a livello di pianificazione e di organizzazione dei servizi. Il presente rapporto ha peraltro esplicitamente ripreso i criteri indicati dal messaggio e dal (testo conforme) (cfr. commento all' art. 18);

3. l'elenco delle figure professionali obbligatorie per le équipes polivalenti di tutte le zone di intervento (art. 18) è uno dei punti di maggiore contrasto tra il (testo conforme) e il controprogetto. Le ragioni delle scelte della maggioranza sono indicate al p.to 5.3.4 del presente rapporto. Si precisa tuttavia che la formulazione dell' art. 19 del controprogetto lascia aperta la possibilità di integrare nelle équipes le figure professionali (in particolare fisioterapisti e ergoterapisti) che si rendessero necessari in determinate zone di intervento;

4. in merito alle competenze e ai metodi di lavoro del/la capo-équipe (art. 19 e 20), la maggioranza richiama le osservazioni al p.to 5.3.4 del presente rapporto. Si riafferma inoltre l' importanza - secondo lo spirito e la lettera della nuova legge (art. 1 e 2) - del coordinamento e della collaborazione dei SACD con le autorità cantonali e comunali, i servizi d' appoggio, gli istituti, gli ospedali e tutti gli enti presenti sul territorio. La maggioranza ribadisce tuttavia che le modalità di questa collaborazione devono essere ricercate (sul terreno) e adattate alla realtà evitando di inserire nella legge soluzioni rigide e uniche.

In merito al coinvolgimento del volontariato (art. 21) i due testi sembrano equivalenti. Il (testo conforme) affida tuttavia al SACD tale compito. A mente della maggioranza, la valutazione di associare il volontariato deve essere lasciata alla unità operativa che meglio può giudicare le diverse situazioni e assicurare la qualità dell' intervento (cfr. art. 22 del controprogetto). È inoltre opportuno che nel caso in cui il volontario assuma compiti nell' ambito della presa a carico dell' utente la portata e i limiti del suo intervento siano definiti in modo chiaro in un apposito accordo (o mandato). In questo senso la formulazione del (testo conforme) (il SACD può concludere..) appare insufficiente per tutelare le esigenze degli utenti. Si richiama inoltre il commento all' art. 22 del controprogetto.

La maggioranza della Commissione ritiene invece eccessivi i requisiti per il riconoscimento dei servizi d' appoggio (art. 22) indicati dal (testo conforme). I Servizi d' appoggio sono infatti un ambito nel quale meglio possono esprimersi le iniziative locali e

la creatività del volontariato. In questo senso non possono essere imposti gli obblighi di: associarsi per razionalizzare la propria attività, permettere una rappresentanza dei Comuni del comprensorio e accettare la rappresentanza del Cantone negli organi esecutivi. Lo stesso vale per l'obbligo di stipulare una convenzione con il Consiglio di Stato: secondo la maggioranza, le procedure per il riconoscimento e per il sussidiamento, unite all'obbligo di partecipare al coordinamento delle attività sono strumenti sufficienti per garantire un impiego razionale delle risorse rappresentate dai Servizi d'appoggio. Anche se attenuata dal (di regola) appare inoltre limitativa l'indicazione della associazione e della cooperativa di diritto privato quali possibili forme organizzative.

### **TITOLO III - FINANZIAMENTO E SUSSIDI**

Gli articoli 24 e 25 del (testo conforme) sono equivalenti agli art. 25 e 26 del controprogetto con le seguenti precisazioni:

- anche nel (testo conforme) il sussidio per le spese d'esercizio (art. 25 cpv. 1 lett. a) assume la forma della copertura dei disavanzi d'esercizio;

- la regola secondo la quale i sussidi di cui all'art. 24 cpv. 1 lett. a), b), c) possono essere concessi solo a persone giuridiche senza scopo di lucro è prevista anche dal controprogetto (art. 27 cpv. 1, rispettivamente art. 11 per i SACD e art. 23 per i servizi d'appoggio)

Per quanto riguarda i contributi degli utenti (art. 27) il testo conforme non può essere accettato per i seguenti motivi:

- appare opportuno limitare ai soli SACD l'obbligo di commisurare i contributi degli utenti alle condizioni finanziarie dell'utente e della sua famiglia. Per i servizi d'appoggio l'applicazione di un tariffario differenziato comporterebbe eccessive difficoltà burocratiche (si richiama il commento all'art. 28 del controprogetto);

- per ragioni pratiche la maggioranza ritiene più corretto che il tariffario sia elaborato dagli enti sussidiati ed approvato dal Consiglio di Stato. Si ammette tuttavia che la proposta del (testo conforme) è coerente con lo schema organizzativo proposto nel Titolo I;

- il principio secondo il quale (per i redditi e la sostanza più elevati il contributo degli utenti può essere pari al costo della prestazione) è, per la maggioranza, irrinunciabile in un momento in cui lo Stato e i Comuni devono ripensare i loro compiti e destinare le risorse a disposizione alle fasce di popolazione più bisognose. Si ricorda che, stante il principio della copertura dei disavanzi, la messa a disposizione di prestazioni a prezzi inferiori al costo effettivo rappresenta una forma di sussidiamento (a pioggia);

- la gratuità dell'assistenza igienica e sanitaria e delle prestazioni di prevenzione a favore di gestanti, puerpere e bambini in età prescolastica rappresenta un'estensione delle prestazioni rispetto alla situazione attuale.

In merito ai limiti della verifica dei bilanci e dei preventivi dei SACD e dei servizi d'appoggio (art. 28) si richiama il commento all'art. 29 del controprogetto.

### **TITOLO IV - RIMEDI DI DIRITTO**

Si ribadisce che, anche nel testo del controprogetto, i ricorsi in materia di pianificazione non hanno effetto sospensivo. In mancanza di indicazioni contrarie vale infatti la regola generale fissata dall'art. 78 Lpamm. La maggioranza non condivide invece l'estensione del diritto di ricorso anche agli enti riconosciuti.

La maggioranza respinge anche l'estensione delle possibilità di ricorso a tutte le decisioni dei SACD e dei Servizi d'appoggio nonché la possibilità di adire il Tribunale amministrativo. L'obiettivo di tutelare i diritti degli utenti (accolto dall'art. 41 cpv. 2 del controprogetto) nasconde infatti il rischio di una paralisi dell'attività degli enti riconosciuti. Possibilità di ricorso così estese appaiono inoltre incompatibili con la struttura di diritto privato voluta per i SACD e i Servizi d'appoggio.

#### **ALLEGATO (modifica di altre leggi):**

Per le ragioni indicate nel commento all'art. 19 del (testo conforme) e ribadite in sede di commento al controprogetto (cfr. in particolare l'art. 16 e, nell'allegato, la modifica della Losp) la maggioranza non condivide l'inserimento nella Legge sugli ospedali pubblici e nella Legge sociopsichiatrica della figura del (responsabile del coordinamento).

## **8. Il controprogetto della maggioranza**

### **8.0 Premessa**

Nei capitoli che precedono - in particolare al capitolo 5 - il presente rapporto ha già ampiamente illustrato le scelte della maggioranza della Commissione rispetto alle proposte dell'iniziativa popolare e del Messaggio del Consiglio di Stato. Scelte che, venute mancare il consenso dei promotori, hanno fatto assumere al progetto elaborato dalla Commissione il carattere di un (controprogetto) all'Iniziativa popolare Spitex).

Prima di presentare il commento ai singoli articoli del progetto di legge, la Commissione ritiene tuttavia utile confermare, in particolare, quanto segue:

- nell'elaborazione del progetto si è voluto, per quanto possibile, semplificare il testo della nuova legge. Un obiettivo perseguito in particolare attraverso una più chiara distinzione delle norme organizzative (Titolo II) da quelle relative al sussidiamento e la copertura dei disavanzi d'esercizio (Titolo III).

Inoltre, si è deciso di non inserire nella legge norme e indicazioni che sono piuttosto materia di regolamento di applicazione o di disposizioni organizzative ("cahiers des charges" che dovranno essere adottate dai diversi servizi. Così, ad esempio, la Commissione non ha ritenuto di ancorare nella legge i compiti del/la responsabile qualificato/a della direzione (art. 17), i criteri per la suddivisione del comprensorio in zone di intervento (art. 18) o le modalità con le quali il/la capo-équipe dovrà consultare il personale nel momento in cui è chiamato a decidere l'assunzione di un caso;

- alla luce di quanto precede, le decisioni con le quali la Commissione ha escluso dal progetto di legge determinati aspetti previsti dal progetto elaborato dal Consiglio di Stato non possono essere interpretate quale chiusura o volontà di andare nella direzione opposta. Le eccezioni a questa interpretazione sono chiaramente indicate nel commento ai singoli articoli, in particolare

per quanto concerne l' ampliamento dell' intervento dei SACD anche alle casistiche di carattere sociale;

- poiché il controprogetto modifica la struttura del progetto allegato al messaggio (e la numerazione di diversi articoli), la Commissione ha ritenuto utile proporre un commento a tutti gli articoli del progetto. Commento che, in gran parte, riprende quello del Messaggio completandolo, ove necessario, con le osservazioni della Commissione.

## **8.1 Commento ai singoli articoli**

### **TITOLO I - PARTE GENERALE**

#### **Art. 1**

##### Scopo

L' art. 1 sottolinea i due obiettivi della legge:

- permettere alle persone che necessitano di assistenza e cure in periodi particolari della loro vita la scelta della permanenza a domicilio;
- coordinare le risorse disponibili sul territorio.

Il coordinamento dell' intervento di attori diversi a sostegno della persona o della comunità domestica diventa così uno degli obiettivi della legge e il motivo conduttore dei diversi capitoli della stessa. Esso è anche la tela di fondo sulla quale dovrà essere costruita una rete di contatti e relazioni che permettano di porre al centro dell' attenzione la persona-utente e i suoi bisogni dando ad essi la risposta più adeguata.

Il termine (sul territorio) può indicare sia tutto il Cantone, sia il tessuto locale nel quale la persona vive.

Il cpv. 2 specifica tuttavia che l' offerta di assistenza e cure a domicilio è sussidiaria rispetto alle risorse personali e familiari degli utenti. L' intento più evidente è quello di evitare che la presenza sul territorio dei servizi diventi il pretesto per una pura e semplice delega e per una deresponsabilizzazione dei potenziali beneficiari e dei loro familiari.

L' aggettivo (sussidiaria) ha però anche un ulteriore - e altrettanto importante - significato. Esso inserisce tra i temi dominanti della legge - accanto all' obiettivo del coordinamento - il principio della sussidiarietà. Principio che, come noto, presenta due aspetti. Da un lato esso vuole tutelare l' autonomia e la vita del singolo e dei gruppi (o enti) minori di fronte all' invadenza degli organismi sociali maggiori. Dall' altro il principio della sussidiarietà impone però anche all' ente superiore un (aiuto dall' alto) per mettere in atto tutto quanto necessario affinché i singoli e gli enti inferiori possano assumere le proprie responsabilità e svolgere il proprio ruolo.

Nell' ambito dei servizi di assistenza e cura a domicilio, il principio della sussidiarietà si applica nei confronti degli utenti, dei loro familiari, delle associazioni di volontariato ed impone anche uno sforzo per valorizzare le risorse disponibili a livello personale e locale. Così, ad esempio, il principio della sussidiarietà impone ai servizi una costante attenzione alle risorse presenti nella cerchia familiare e locale ma anche un particolare impegno nell' attivazione di queste risorse a favore delle persone che richiedono un intervento di assistenza e cura a domicilio (33)). Determinante saranno anche gli sforzi di informazione alla popolazione.

Per quanto attiene la scelta delle strutture organizzative, il principio della sussidiarietà dovrà invece reggere i rapporti tra il Cantone e i Comuni e tra gli enti pubblici e le associazioni private e di volontariato.

#### **Art. 2**

##### Beneficiari

La definizione della cerchia dei possibili beneficiari del Servizio di assistenza e cura a domicilio (in seguito SACD) intende indicare una linea di guida che - alla luce dei principi della sussidiarietà e del coordinamento - permetta di valutare con una certa oggettività quali sono i bisogni di cui farsi carico. La commissione ha confermato una definizione analitica che elenca i bisogni che permettono al cittadino di fare ricorso al SACD. La definizione è comunque abbastanza ampia ed è stata estesa a tutta la comunità domestica: è questo un segnale di particolare sostegno alla famiglia (senza tuttavia escludere altre forme di comunità domestica). Così, ad esempio, si è reso esplicitamente possibile il ricorso al SACD in caso di impedimento del genitore e conseguente necessità di aiuto in casa per accudire i figli, così come pure in caso di malattia del figlio in particolare in famiglie monoparentali.

La Commissione precisa che per (oggettive difficoltà socio-familiari) occorre intendere tutte le situazioni originate dall' improvvisa assenza di un familiare o quelle che, a volte con scopi soprattutto preventivi, richiedono un intervento di sostegno anche quando non ricorrono situazioni parificabili in senso stretto ad una malattia, ad esempio in caso di manifesta incapacità della persona ad autogestirsi.

Si richiamano inoltre le osservazioni espresse al p.to 5.3.1 del presente rapporto in merito alle ragioni e alle conseguenze della scelta di non estendere il campo di intervento dei SACD e dei Servizi d' appoggio al (disagio sociale).

Così come formulati, gli articoli 1 e 2 (combinati con la possibilità di ricorrere contro le decisioni del SACD relative alla presa a carico - art. 41 cpv. 2) creano le premesse per un (diritto alle prestazioni di assistenza e cura a domicilio). La Commissione ha perciò voluto chiarire il significato e le conseguenze di questa scelta interpellando in merito il giurista del Consiglio di Stato Guido Corti.

Dall' audizione del giurista (e dalle note allegare al verbale della seduta del 26 novembre 1996) è in particolare emerso che:

- gli articoli 1 e 2 sanciscono un (diritto sociale) alle prestazioni dei SACD, cioè un diritto (giustiziabile), a prestazioni positive da parte dello Stato, compatibilmente con le risorse disponibili (umane, finanziarie e logistiche). L' ottenimento di queste prestazioni dipende comunque e sempre dalle disponibilità.

La legge circoscrive del resto in modo preciso i limiti entro i quali il (diritto alle prestazioni del SACD) può essere fatto valere: il principio della sussidiarietà (art. 1 cpv. 2) e la disponibilità di risorse (art. 2 cpv. 1: "compatibilmente con le risorse esistenti sul territorio"):

- l' autorità di ricorso dovrà pertanto rispettare la compatibilità con le risorse disponibili e vegliare al rispetto del principio di sussidiarietà. Di conseguenza un eventuale obbligo di presa a carico di un determinato caso potrà essere imposto al SACD solo se esso dispone delle necessarie risorse. Caso contrario l' autorità di ricorso verrebbe meno ad un principio fondamentale della legge.

### **Art. 3 a 5**

#### Prestazioni

Questi articoli presentano la definizione delle diverse prestazioni che rientrano nel campo di applicazione della legge. In particolare vi è la distinzione tra le prestazioni di assistenza e cura a domicilio cioè prestate all' abitazione dell' utente e finalizzate a mantenerlo e le cosiddette prestazioni di supporto cioè quelle che senza un intervento diretto al domicilio dell' utente lo aiutano e lo sostengono nella scelta di continuare a vivere nel proprio ambiente familiare e sociale. Un elenco indicativo - e non esaustivo - delle prestazioni di supporto comprende i diversi centri diurni (e le attività di sostegno e di animazione da essi proposte), i soggiorni temporanei che permettono di offrire alla famiglia brevi periodi di recupero, il servizio pasti a domicilio, o i servizi di trasporto per persone con difficoltà motorie.

Le prestazioni a domicilio possono avere un carattere di cura, di sostegno alla riabilitazione o di prevenzione, cioè atte a migliorare la situazione dell' utente (cfr. anche il commento all' art. 2). In questo contesto si richiamano i concetti ancorati nella Legge sanitaria (compresi quelli di educazione e promozione della salute) e si precisa che le prestazioni di (consulenza igienica, sanitaria e sociale) comprendono anche la formazione delle persone (in primis nella cerchia familiare) chiamate ad assumersi la responsabilità del mantenimento a domicilio di una persona. L' informazione sulle risorse disponibili sul territorio persegue lo stesso obiettivo: la sua importanza è del resto sottolineata anche dal richiamo al principio della sussidiarietà di cui all' art. 1 cpv. 2.

Per gli aiuti diretti, l' art. 5 riprende nella Legge sull' assistenza e cura a domicilio gli aiuti oggi già previsti nella Legge sull' integrazione sociale e professionale degli invalidi (Lispi) e dalla Legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane (Legge anziani). Dopo ampia discussione, la Commissione ha condiviso l' opportunità - per motivi di sistematica legislativa - di trasferire questi aiuti nella nuova legge. Il versamento degli aiuti diretti resta in ogni caso a carico del Cantone e non soggiace ai meccanismi di finanziamento di cui al Titolo III.

Questa soluzione dovrà tuttavia essere verificata al momento dell' elaborazione di una (Legge sociale mantello) sollecitata da una mozione di Urbano Bizzozzero (9.11.1981) e/o delle proposte che il Consiglio di Stato intende presentare per (garantire a tutta la popolazione un reddito minimo attraverso strumenti più omogenei, più trasparenti e meglio coordinati) (34)). È infatti evidente la necessità che anche questi "aiuti diretti" siano coordinati e armonizzati con le diverse forme di aiuto sociale previste dalle nostre leggi.

### **Art. 6 cpv. 3**

#### Il volontariato

Fra i (fornitori di prestazioni) l' art. 6 cpv. 3 indica in modo esplicito il volontariato nelle sue diverse forme di espressione: la persona singola o il volontariato organizzato in forma associativa.

È bene ricordare che nell' ambito di una organizzazione "Spitex" che pone al centro dell' attenzione la persona-utente e i suoi bisogni dando ad essi la risposta più adeguata per permetterne il mantenimento a domicilio, la persona volontaria può assumere compiti diversi: dall' aiuto nei quotidiani lavori domestici alla compagnia in alcuni momenti della giornata fino all' assunzione di precisi compiti e responsabilità nell' ambito delle prestazioni che la legge intende assicurare. In questo contesto la legge si applica soltanto ai volontari che partecipano all' offerta delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio (art. 3) o di prestazioni di supporto (art. 4). La decisione di associare il volontariato nella distribuzione di prestazioni di assistenza e cura a domicilio compete in ogni caso all' unità operativa ed è subordinato alla conclusione di un preciso accordo (o mandato) che definisca chiaramente i compiti affidati alla persona volontaria (cfr. art. 22).

La Commissione ha discusso a lungo l' opportunità di inserire nella legge un esplicito richiamo alla necessità che i volontari che partecipano attivamente allo Spitex ricevano un' adeguata formazione. Formazione che non può essere soltanto "tecnica", cioè in funzione dei compiti che sono assegnati, ma deve considerare anche gli aspetti umani e psicologici dell' intervento del volontario e dei suoi rapporti con l' utente. Aspetti che concernono la necessità di riconoscere e considerare le attese e i bisogni espressi dalle persone ma anche la capacità del volontario di tutelare la propria "igiene mentale". La Commissione è unanime nel sottolineare l' importanza di questa formazione ma, a maggioranza, ha deciso di non farne un esplicito accenno nella legge nel timore che tale esigenza potesse tradursi in una limitazione della ricchezza delle motivazioni e delle forme di organizzazione del volontariato.

Si precisa inoltre che la locuzione "senza ricavarne alcun profitto" non impedisce il riconoscimento al volontario di un rimborso per le spese vive sostenute.

### **Art. 7**

#### Competenze del Cantone

Fra le competenze assegnate al Cantone, le più importanti sono quelle di allestire, in collaborazione con i Comuni e gli enti interessati, una pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio (cpv. 2, lett. a) e del coordinamento delle attività dei vari enti presenti sul territorio (lett. b).

La Commissione ribadisce l' importanza della pianificazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio, che rappresenta la base sulla quale fondare il riconoscimento e il sussidiamento dei SACD e dei servizi d' appoggio ai sensi della presente legge. Essa è però anche lo strumento che dovrà permettere di allestire un catalogo preciso non solo dei bisogni ma anche, e soprattutto, delle risorse già oggi disponibili sul territorio. Sulla base di questa conoscenza si potranno meglio definire gli obiettivi quantitativi e



qualitativi per lo sviluppo dei SACD, gli standard di prestazione che devono essere garantiti su tutto il territorio cantonale, i comprensori dei SACD (e le zone di intervento), le possibilità e le modalità del coordinamento, il fabbisogno di personale (35). Anche per questo è importante che la pianificazione sia elaborata con il coinvolgimento di tutti gli interessati. Tra questi, in particolare, i Comuni, i servizi già attivi (nell' ambito dei SAD e dei servizi di appoggio), il personale e le Casse Malati. Analogamente a quanto previsto per le altre pianificazioni del settore socio-sanitario (in particolare la pianificazione ospedaliera e quella degli interventi sociopsichiatrici) il Gran Consiglio è chiamato a discutere, ogni quattro anni, i principi generali della pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio.

La Commissione ha discusso anche l' opportunità che il Parlamento non solo discuta ma anche approvi questa pianificazione. La questione - ormai ricorrente e sollevata anche da appositi atti parlamentari - mantiene tutta la sua attualità. Nel caso concreto si è tuttavia ritenuto di non doversi scostare dalla prassi attualmente vigente. La discussione in merito alle competenze del Gran Consiglio in materia di pianificazione deve infatti essere affrontata con un approccio globale che coinvolga tutte le pianificazioni (o perlomeno quelle che si riferiscono, ad esempio, al settore socio-sanitario).

Già si è detto delle ragioni che hanno convinto la Commissione dell' opportunità di riconoscere ai Comuni un diritto di ricorso in materia di pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio (cfr. p.to 5.3.1). Decisione rafforzata anche dal fatto che - secondo quanto previsto all' art. 11 - la maggioranza dei Comuni di un comprensorio (e non più, come proposto dal Consiglio di Stato, la totalità) potrà determinare la scelta dell' associazione privata quale forma istituzionale del SACD.

La scelta del Gran Consiglio quale autorità di ricorso è invece stata determinata dal parere del giurista del Consiglio di Stato. Interpellato in merito a quale potesse essere l' istanza di ricorso (Gran Consiglio, Tribunale amministrativo o Tribunale della pianificazione), Guido Corti ha senza esitazioni indicato il Gran Consiglio per ragioni giuridiche e di opportunità politica. Infatti, (Un ricorso del Comune in materia di pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio esige un controllo dell' adeguatezza e dell' opportunità della decisione del Consiglio di Stato: di questo potere cognitivo non dispone invece il TRAM che non può sostituire il proprio apprezzamento a quello del Consiglio di Stato (cfr. gli art. 61 e 62 LPamm con l' art. 76 LPamm in comb. con l' art. 56; Relazione della Commissione speciale per la riforma nel settore della giurisdizione e della procedura amministrativa allegata al messaggio 2.6.1964 del Consiglio di Stato concernente l' istituzione del TRAM e il disegno di legge di procedura per le cause amministrative, pag. 174/75; Sergio Bianchi, Il ricorso al Gran Consiglio in tema di piani regolatori, RDAT 1984, pag. 244).

Un ricorso al Tribunale della pianificazione territoriale, come ipotizzato, è manifestamente escluso: questo tribunale si occupa infatti e unicamente della pianificazione territoriale) (36)

Per quanto riguarda il coordinamento la Commissione ribadisce che esso è compito che spetta al Consiglio di Stato.

Gli strumenti che permettono di perseguire questo obiettivo sono:

- la pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio;
- il riconoscimento delle associazioni (e delle altre forme istituzionali) chiamate a gestire i SACD e i servizi d' appoggio (Titolo II);
- l' ammissione alla copertura dei disavanzi d' esercizio secondo le modalità previste dalla legge (Titolo III). Si veda in particolare l' art. 27.

In merito alle altre competenze del Consiglio di Stato, la Commissione ha confermato, nella sostanza, le proposte del Messaggio con le seguenti eccezioni:

- lett. h): la scelta del verbo "sostenere" invece di "promuovere" vuole riconoscere che la formazione è uno dei campi privilegiati in cui si manifesta la diversità delle associazioni di volontariato. Diversità che, fatta salva la qualità dell' intervento dei volontari e la preoccupazione di assicurare loro una adeguata formazione (cfr. commento all' art. 6 cpv. 3), deve essere considerata una ulteriore ricchezza a disposizione dell' organizzazione Spitex;
- la Commissione ritenuto evidente che il Consiglio di Stato possa mettere a disposizione degli Enti determinati servizi generali. L' affermazione di questa evidenza nella legge (art. 7 cpv. 2 lett. I del Messaggio) è perciò apparsa ridondante. Lo stralcio non deve pertanto essere inteso come chiusura di fronte a questa possibilità che dovrà essere valutata anche alla luce delle nuove modalità di gestione dell' amministrazione pubblica.

Con il nuovo cpv. 4, la Commissione ha invece voluto offrire al Consiglio di Stato la possibilità di delegare, totalmente o in parte, ad enti esterni attivi nel settore dell' assistenza e cura a domicilio il compito di coordinamento dei diversi interventi. Una delega che appare ipotizzabile solo se tale compito potrà essere svolto con la stessa efficacia; il giudizio di merito resta in ogni caso di competenza del Governo. Quale possibile "ente esterno" la Commissione pensa in particolare ad una auspicata Federazione Ticinese di Assistenza e Cura a Domicilio - FTACD (37).

## **Art. 8**

### Competenze dei Comuni

La Commissione ha voluto rafforzare il ruolo dei Comuni sia al momento della pianificazione (lett. a), sia nell' impegno necessario per garantire l' offerta delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio e di servizi d' appoggio (lett. b).

È stata inoltre confermata la possibilità per i Comuni di definire, per il proprio comprensorio SACD, progetti specifici o supplementari che vadano oltre lo standard minimo previsto dalla pianificazione (lett. c). Per questi progetti, la ripartizione dell' onere supplementare sarà a carico solo dei Comuni del comprensorio mentre una partecipazione del Cantone rimane possibile per i progetti di interesse regionale ma pur sempre ritenuti conformi ad una pianificazione che vada oltre lo standard minimo (cfr. art. 35).

Con la nuova ripartizione degli oneri tra Cantone e Comuni (con l' assunzione da parte del Cantone dell' intero onere ospedaliero) appare giustificata la norma (lett. d) secondo la quale tutti i Comuni partecipano al finanziamento degli enti riconosciuti dal Cantone indipendentemente dalla loro adesione (diretta e/o nella forma della convenzione) all' associazione (o ad

altra forma istituzionale) incaricata di assicurare le prestazioni SACD nel rispettivo comprensorio.

Questa realtà, unita al fatto che per il riconoscimento di un' associazione di diritto privato è sufficiente l' accordo della maggioranza dei Comuni del comprensorio (art. 11 cpv. 1 lett. d), costituisce una ulteriore giustificazione delle scelte con le quali la Commissione ha voluto rafforzare il ruolo dei Comuni nell' ambito della pianificazione (partecipazione e diritto di ricorso).

## **TITOLO II - CARATTERISTICHE E ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO**

### **Art. 9**

#### Definizione dei comprensori

Spetta al Consiglio di Stato, nell' ambito della pianificazione, stabilire le giurisdizioni dei comprensori dei SACD. Lo scopo è quello di permettere la suddivisione del territorio cantonale in comprensori razionali, gestibili e che tengano conto delle specificità locali o regionali, nonché delle risorse già esistenti (38).

### **Art. 10**

#### Forma istituzionale dei SACD

L' art. 10 stabilisce le possibili forme istituzionali dei SACD. La scelta fra l' associazione ai sensi degli art. 60 e ss. del CCS, della convenzione con un Comune polo o del Consorzio di Comuni è la premessa per il riconoscimento da parte del Cantone. Per motivi pianificatori è inoltre stabilito il principio secondo il quale ogni comprensorio viene affidato ad un solo SACD, che deve assumersi il servizio per l' intera zona.

La Commissione sottolinea che le modifiche apportate - su richiesta del Consiglio di Stato - alle norme sul finanziamento (in particolare agli art. 33 e 34) rappresentano una chiara indicazione a favore della scelta di un' associazione di diritto privato. In questo senso il progetto di legge accoglie anche le indicazioni dei promotori dell' iniziativa popolare favorevoli ad una forma organizzativa diversa dal consorzio di Comuni.

Il mantenimento della possibilità di organizzare il SACD secondo modalità di diritto pubblico (convenzione con un Comune polo o Consorzio) appare giustificata per assicurare ai Comuni la possibilità di adempiere l' obbligo di (garantire l' offerta delle prestazioni di assistenza e cura a domicilio e dei servizi d' appoggio) nel caso in cui, per ragioni diverse, non fosse possibile organizzare il servizio sulla base del diritto privato (che, per sua natura e nel rispetto della libertà di associazione, impedisce di obbligare chicchessia a costituire un' apposita organizzazione). Una possibilità che deve essere prevista anche se comporta la rinuncia al sussidio dell' art. 101 bis LAVS e, di conseguenza, anche al contributo del Cantone (cfr. art. 33 e 34).

### **Art. 11/13**

#### Requisiti particolari

Le associazioni di diritto privato che intendono assumere la gestione di un SACD di un determinato comprensorio dovranno in particolare: non avere scopo di lucro, partecipare al coordinamento delle attività, assicurare ai Comuni un' adeguata rappresentanza in seno ai propri organi e avere stipulato una convenzione con la maggioranza dei Comuni del comprensorio. Lo statuto dell' associazione dovrà inoltre adempiere alle condizioni fissate dall' UFAS per il riconoscimento dei sussidi federali ai sensi dell' art. 101 bis LAVS (39).

Rispetto alle indicazioni del messaggio, la Commissione ha sostituito l' obbligo di (avere fra i loro membri tutti i Comuni del comprensorio) con quello di (avere stipulato una convenzione). Lo strumento della convenzione appare infatti più adeguato per assicurare una chiara distinzione delle competenze e fissare le possibilità (e i limiti) del controllo dei Comuni sull' attività delle associazioni.

Inoltre - con l'accordo del Consiglio di Stato - si è stabilito che per il riconoscimento è sufficiente che alla convenzione abbia aderito la maggioranza dei Comuni del comprensorio. Infatti, considerate le conseguenze finanziarie che la scelta di una forma istituzionale diversa dall' associazione avrebbe sui singoli Comuni (perdita del sussidio federale e di quello cantonale) si è ritenuto opportuno evitare che un solo Comune (avvalendosi di una sorta di "diritto di veto") possa condizionare la decisione del comprensorio.

Per le forme organizzative fondate sulla convenzione con un comune polo (art. 12) o su un consorzio di Comuni (art. 13) la legge fa riferimento alla Legge organica comunale, rispettivamente alla Legge sul consorzio dei Comuni, con la precisazione che le decisioni di competenza del Consiglio di Stato (ad esempio la ratifica della convenzione o l' approvazione dello Statuto del Consorzio) devono essere adottate dopo avere sentito anche il parere del Dipartimento competente per l' applicazione della Legge.

Sia l'associazione di diritto privato che la convenzione con un Comune polo perdono il riconoscimento nel momento in cui viene loro a mancare l' adesione della maggioranza dei Comuni del comprensorio. A questo punto, spetta comunque ai Comuni l' obbligo di garantire l' offerta di prestazioni di assistenza e cura a domicilio. Essi dovranno farvi fronte attraverso una delle forme organizzative previste dalla legge. In caso di inadempienza resta impregiudicata la possibilità di un consorzio coattivo così come previsto dalla Legge sul consorzio dei Comuni.

Al fine di garantire la continuità del servizio, il venir meno delle condizioni minime richieste dalla legge non porta alla revoca immediata del riconoscimento cantonale; questa interverrà solo al momento in cui sarà riconosciuto un nuovo ente.

### **Art. 15**

#### Campo di intervento e prestazioni

L'art. 15 ribadisce le prestazioni che i SACD dovranno proporre per garantire ai cittadini un' offerta minima necessaria per raggiungere gli scopi indicati all' art. 1. La possibilità per un SACD di gestire direttamente uno o più servizi d' appoggio è inoltre ancorata all' art. 23.

Il controprogetto conferma il ruolo centrale di SACD nel settore dell' assistenza e cura a domicilio. In questo senso, il cpv. 3 prevede che siano i SACD stessi a decidere quali servizi, tra quelli che dovrebbero offrire in base all' art. 3, delegare a enti

esterni. In questo ordine di idee rientra anche l' affidamento ai SACD della gestione dei mandati affidati a volontari di cui si dirà più diffusamente nel commento all' art. 22.

Rispetto al testo del messaggio, la Commissione non ha ritenuto di dovere limitare questa possibilità di delega ai soli "enti senza scopo di lucro". Questa scelta è motivata dalla volontà di non escludere dalla possibilità di partecipare all' offerta dei servizi di assistenza e cure a domicilio a nuove forme di autoimprenditorialità, ma anche dalla difficoltà di definire in modo preciso dove e quando si possa parlare di "lucro". Determinanti dovranno in ogni caso essere la qualità del servizio offerto e il confronto tra i costi derivanti dalla delega esterna rispetto a quelli di una soluzione "in proprio". Inoltre, nel caso di delega a entità che occupano personale, il SACD dovrà assicurarsi che le stesse assicurino ai propri dipendenti condizioni salariali e prestazioni sociali corrispondenti almeno ai contratti collettivi di lavoro.

#### **Art. 16**

##### Rapporti con gli altri enti

Fra i requisiti necessari per il riconoscimento, questo articolo inserisce anche la necessità di concludere con gli altri enti operanti sul territorio apposite convenzioni che definiscano la distribuzione dei compiti e dei rispettivi oneri finanziari.

In particolare appaiono necessari accordi (convenzioni) con le case per anziani, gli ospedali, le organizzazioni che assicurano i servizi d' appoggio e, eventualmente, le strutture dell' Organizzazione sociopsichiatrica cantonale. Scopo di questi accordi è quello di garantire, anche sul terreno, quel coordinamento "strutturale" che vuole essere uno dei motivi conduttori dei diversi capitoli della legge. Si richiama inoltre quanto previsto all' art. 19 cpv. 2.

In questo contesto dovranno essere definite anche le modalità per il coordinamento delle attività pratiche nell' ambito, ad esempio, della presa a carico e del trasferimento degli utenti da una struttura ad un' altra (ad esempio in caso di dimissioni dall' ospedale per tornare a domicilio o in caso di richiesta di ammissione in una casa per anziani).

La Commissione sottolinea infatti l' importanza del collegamento tra i vari Servizi e Istituti al fine di garantire un passaggio ideale dell' utente da un servizio all' altro, evitando ricoveri in Istituti che siano inutilmente lunghi e dovuti unicamente alla mancanza di una continuità nelle cure di base a domicilio. Per questo è importante che le persone attive nei Servizi e negli Istituti si conoscano e sappiano con precisione a chi rivolgersi a seconda delle necessità.

La Commissione ha tuttavia ritenuto che questi aspetti organizzativi possono essere risolti nell' ambito degli accordi oggetto del presente articolo senza dovere inserire, in questa legge ma anche nella Legge sugli ospedali e nella Legge sociopsichiatrica) la figura del (responsabile del coordinamento) (cfr. articolo 30 del progetto del Messaggio e relativo commento a pag. 107).

#### **Art. 17**

##### Direzione

Il controprogetto si limita a fissare nella legge la necessità per ogni SACD di nominare un/a responsabile qualificato/a determinandone i compiti. La formulazione dell' articolo (ed in particolare il verbo "nomina") vuole tuttavia precisare che "la direzione" è subordinata direttamente all' organo esecutivo del SACD.

Fra i compiti che dovranno essere assegnati "alla direzione" la Commissione ricorda in particolare:

- il rispetto della pianificazione cantonale;
- l'organizzazione generale del servizio;
- la gestione del personale, compresa una particolare attenzione alle necessità di formazione continua, di aggiornamento e di perfezionamento;
- la gestione finanziaria e la preparazione dei preventivi e dei consuntivi annuali;
- la collaborazione e il coordinamento del SACD con altri enti e servizi operanti nel comprensorio.

Si tratta qui di un elenco indicativo (e non esaustivo). La Commissione ribadisce tuttavia la convinzione secondo la quale fra i compiti affidati al/la responsabile qualificato/a vi sia una prevalenza degli aspetti legati all' organizzazione del servizio in risposta ai bisogni dell' utenza (40).

#### **Art. 18**

##### Zone di intervento

La suddivisione del comprensorio in zone di intervento deve assicurare un' adeguata offerta di servizi su tutto il comprensorio, tenendo conto della situazione geografica e demografica, nonché dell' ubicazione delle infrastrutture sanitarie (in particolare: ospedali, case per anziani, gabinetti medici). La scelta del verbo devono vuole marcare la preoccupazione di assicurare un intervento capillare.

La valutazione dell' estensione delle zone di intervento è però lasciata ai SACD che meglio conoscono le singole realtà locali. L'obiettivo deve essere una gestione ottimale delle risorse presenti sul territorio.

A titolo di esempio, si riprendono qui i criteri indicativi del progetto del Consiglio di Stato ( a loro volta ripresi dai postulati dell' iniziativa popolare):

- popolazione di circa 15'000 persone per zona di intervento;
- particolarità topografiche e distanze utili per una gestione razionale del servizio;
- presenza di servizi di supporto, Istituti e Ospedali.

La Commissione ribadisce che questi criteri dovranno essere interpretati alla luce delle realtà locali e delle esigenze professionali. Queste realtà potrebbero anche consigliare la rinuncia ad una suddivisione del comprensorio del SACD: in questo caso le eccezioni dovranno essere approvate dal Consiglio di Stato.

Ogni zona di intervento è dotata di una propria unità operativa che disporrà di una sede di servizio e, se giustificato dalla situazione geografica, demografica o dalla morbilità locale, di una o più sotto-sedi. La scelta del verbo "è dotata" (anziché "è gestita" secondo le proposte del Messaggio) vuole ribadire la necessità che la gestione del SACD sia retta da criteri uniformi per

tutto il comprensorio.

#### **Art. 19**

##### Équipes polyvalenti

L'articolo accoglie il principio delle équipes polyvalenti ma limita a tre le figure professionali obbligatorie: l' infermiere/a (nelle diverse formazioni di base e nelle specializzazioni in salute pubblica, pediatria e oncologia), l' aiuto familiare e l' ausiliario/a dell' assistenza a domicilio. Per le ragioni di questa scelta si rinvia al p.to 5.3.4 del presente rapporto.

La Commissione ribadisce tuttavia che la formulazione dell' articolo e la volontà di assicurare su tutto il territorio cantonale prestazioni adeguate e di qualità permettono, ove ciò appaia necessario alla luce della pianificazione cantonale, l' inserimento nelle équipes di fisioterapisti e ergoterapisti. Queste figure non dovranno necessariamente essere alle dipendenze dirette dal SACD ma, secondo quanto previsto al cpv. 2, potranno invece essere incaricate su mandato secondo le effettive necessità del servizio.

#### **Art. 20**

##### Funzionamento

L'articolo sottolinea l'importanza del ruolo attribuito al/la capo-équipe soprattutto per quanto riguarda l'esigenza di un intervento coordinato e razionale dei vari operatori.

La ripetizione della necessità che i membri dell' équipe collaborino tra di loro e con le autorità comunali e cantonali (ad esempio la delegazione tutoria, la magistratura, ecc.) è apparsa ridondante: la collaborazione e il coordinamento fra tutte le risorse presenti sul territorio sono infatti gli obiettivi di tutta la legge.

La rinuncia ad inserire nella legge la figura del/la capo servizio degli/le aiuto familiari e degli/le ausiliarie dell' assistenza a domicilio è il seguito coerente dell' adesione al principio delle équipes polyvalenti e del riconoscimento della pari dignità (pur nell' ambito di precise e diverse responsabilità) delle figure professionali.

È inoltre evidente che per l' esercizio delle professioni sanitarie fanno stato gli articoli 53 e seguenti, in particolare l' art. 64, della Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (legge sanitaria), per altro esplicitamente richiamata nell' ingresso del progetto di legge.

#### **Art. 21**

##### Modalità di intervento

Questa norma disciplina il rapporto tra l' unità operativa e l' utente. Essa affida al/la capo-équipe la decisione in merito alla presa a carico. Sulla necessità che in tale decisione sia consultato anche il personale interessato, si rimanda alle considerazioni espresse al p.to 5.3.4 del presente rapporto.

L'articolo prevede inoltre che tra l' unità operativa e l' utente si giunga alla conclusione di un accordo che contempa una presa a carico globale. Tale accordo deve essere costantemente aggiornato.

Il cpv. 3 impone inoltre al SACD di organizzare l' unità operativa in modo da potere intervenire anche al di fuori degli orari d' ufficio per garantire prestazioni inderogabili o urgenti (si pensi ad esempio alle cure medico-terapeutiche necessarie tutti i giorni, o all' assistenza socio-familiare come nel caso dei bisogni di un handicappato improvvisamente privato, per una delle ragioni previste dall' art. 2, del sostegno del coniuge o della persona che normalmente lo assiste).

#### **Art. 22**

##### Coinvolgimento del volontariato

Questo articolo regola i rapporti fra l' unità operativa e il volontario che, direttamente o per il tramite di un' organizzazione, assume compiti diretti nella distribuzione delle prestazioni previste dalla legge (in particolare quelle di cui all' art. 3).

La decisione di associare o meno il volontariato spetta all' unità operativa (rappresentata dal/la capo-équipe) che dovrà vegliare affinché ciò avvenga soltanto dove questo è possibile e compatibile con la qualità dell' intervento degli operatori professionisti del servizio. Spetterà quindi all' unità operativa discernere tra collaborazioni spontanee ma non inseribili nel piano generale di presa a carico (cfr. art. 21) e interventi svolti da persone volontarie che, grazie alla loro specifica formazione, possono entrare a fare parte a pieno titolo dei piani di cura stabiliti dall' équipe.

Così, ad esempio, si dovrà operare una chiara distinzione tra compiti di appoggio (preparazione di pasti, accompagnamento per gli acquisti o per le visite mediche, trasporti, ecc.) specie nelle regioni dove non è attivo un apposito servizio di appoggio ai sensi della legge e compiti di cura (ad esempio delle iniezioni) che potranno invece essere affidati soltanto a persone che dispongono della formazione necessaria.

Solo a queste condizioni - un mandato chiaro e una formazione adeguata (si richiamano in particolare le disposizioni della Legge sanitaria per eventuali prestazioni di cura) - il volontariato diventa un partner che si assume in modo esplicito una parte dell' assistenza o delle cure ritenute necessarie dall' équipe del servizio.

Preso atto delle decisioni della équipe del servizio, il SACD concluderà con il/la volontario/a o la sua organizzazione un preciso accordo su base temporale e che dovrà prevedere i compiti assunti dal/la volontario/a, la formazione richiesta, i tempi e le modalità di intervento. Tale accordo preciserà anche le condizioni alle quali il SACD si assume la responsabilità nell' impiego di un/a volontario/a.

In questo contesto saranno anche definite le indennità riconosciute al/la volontario/a o alla sua organizzazione a titolo di rimborso delle spese vive sostenute. Questi indennizzi rientrano fra le spese riconosciute che determinano il disavanzo da ripartire tra i Comuni e il Cantone.

Resta inteso che gli interventi del volontariato che non coinvolgono la responsabilità del SACD restano liberi da ogni vincolo e non possono essere limitati.

#### **Art. 23**

### Servizi d'appoggio

L'articolo precisa le condizioni necessarie per il riconoscimento dei servizi d'appoggio. Si sottolinea in particolare l' esigenza di partecipare (accettandone le conseguenze) al coordinamento degli interventi.

Allo scopo di tenere conto della molteplicità delle forme organizzative dei servizi d'appoggio, l'articolo non indica condizioni particolari: potranno così essere riconosciute, ad esempio, associazioni (art. 60 e ss. del CCS), fondazioni, attività organizzate da enti di diritto pubblico (ad esempio Parrocchie o Patriziati), ecc.

I servizi d'appoggio potranno anche essere gestiti direttamente da uno o più Comuni e, in casi di necessità, direttamente dai SACD.

È evidente che potranno essere riconosciuti ai sensi della presente legge (e di conseguenza beneficiare degli aiuti finanziari previsti dal Titolo III) soltanto i servizi di appoggio che svolgono un'attività direttamente connessa con gli scopi, i beneficiari e le prestazioni di cui agli artt. 1, 2 e 3 della Legge. Si richiamano in particolare le considerazioni e le decisioni della Commissione per quanto attiene la questione del "disagio sociale".

### **Art. 24**

#### Revoca del riconoscimento

Nessun commento particolare. Si ribadisce tuttavia che il riconoscimento ai sensi della Legge sull' assistenza e cura a domicilio ha quale unico effetto la possibilità di essere ammessi al beneficio delle prestazioni previste dal Titolo III, in particolare all' art. 25. Resta invece aperto - e dovrà trovare soluzione in altra sede - il riconoscimento ai sensi dell' art. 51 OAMal (41)) - dei SACD e di tutte le organizzazioni (ma anche degli operatori privati, ad esempio gli infermieri) che dispensano cure e aiuto a domicilio.

Riconoscimento che appare necessario per potere ricevere dalle Casse Malati le prestazioni previste dalla LAMal. Ricordiamo che la Conferenza dei direttori cantonali degli affari sanitari e sociali ha raccomandato ai Cantoni di mettere in atto le disposizioni dell' art. 51 OAMal mentre il Concordato degli Assicuratori Malattia Svizzeri (CAMS) esige la definizione di un chiaro "mandato di prestazioni" quale premessa per la conclusione delle convenzioni con i servizi di cura e aiuto a domicilio (42).

In questo senso, la Commissione ritiene di dovere precisare che il riconoscimento e il mandato di prestazioni ai sensi dell' art. 51 OAMal non potrà essere riservato esclusivamente agli enti riconosciuti ai sensi della presente legge. Sarebbe infatti assurdo che le organizzazioni (ad esempio un servizio privato) e/o le persone (ad esempio gli infermieri con il libero esercizio) che pur senza richiedere il finanziamento della copertura dei disavanzi ai sensi della presente legge desiderano e sono nella condizione di offrire cure e assistenza a domicilio si trovino, de facto, impediti di operare perché esclusi dalla possibilità di usufruire dei contributi delle Casse Malati.

## **TITOLO III - FINANZIAMENTO E SUSSIDI**

### **Art. 25/27**

#### In generale

Dopo avere indicato le diverse forme di aiuto finanziario possibili nell' ambito dell' assistenza e cura a domicilio e dei servizi d' appoggio, l' articolo 25 fissa il principio secondo il quale il sussidio previsto dalla legge rappresenta il tetto massimo per la somma dei diversi sussidi eventualmente concessi. Si vuole così evitare che i medesimi servizi e le medesime strutture vengano sussidiati più volte dal Cantone.

L'articolo 26 assegna in particolare al Consiglio di Stato la competenza di determinare i criteri per la commisurazione dei sussidi e per l' adeguamento al rincaro dei preventivi. La norma è destinata a trovare applicazione in particolare per quanto riguarda le spese d' investimento (art. 31), il contributo ai progetti specifici ai sensi dell' art. 8 lett. c) (art. 35), i sussidi particolari (art. 38) e gli aiuti diretti (art. 39). Per quanto riguarda le spese annuali ricorrenti, la Commissione sottolinea che l' evoluzione del rincaro dovrà essere considerata già nell' ambito del preventivo annuale.

L'articolo 27 indica nel rispetto della pianificazione e nella collaborazione per la realizzazione degli scopi della legge - tra i quali si ricordano in particolare il coordinamento e l' applicazione del principio della sussidiarietà (43)) - le condizioni che, con il rispetto delle altre disposizioni della legge, devono essere adempiute per ricevere gli aiuti finanziari previsti dall' art. 25 alle lettere a), b) e c). Ciò significa che il Cantone potrà rifiutare il sussidiamento a enti che, pur rispettando i requisiti formali, non rientrano nella pianificazione o non si conformano alle indicazioni date dal Cantone per un servizio coordinato ed efficiente su tutto il territorio del cantonale.

Una deroga al principio del rispetto della pianificazione è ancorata all' art. 26 cpv. 2 e riguarda unicamente per i progetti specifici o supplementari che possono essere promossi dai Comuni ai sensi dell' art. 8 lett. c). Trattandosi di progetti promossi dai Comuni e finanziati con un meccanismo diverso da quello previsto agli artt. 33 e 34, la conformità alla pianificazione cantonale non può essere pretesa. Si ricorda che il Cantone può partecipare al finanziamento di questi progetti nella misura massima del 20 % (art. 35).

Per (dati necessari per l' elaborazione della pianificazione e per le verifiche) ai sensi dell' art. 27 cpv. 3, non si intendono soltanto le statistiche amministrative, ma pure i dati relativi alle prestazioni effettuate che gli attuali SAD raccolgono, dal 1 gennaio 1997, grazie al sistema Dorothee.

### **Art. 28**

#### Contributi degli utenti

L'articolo stabilisce il principio secondo il quale gli enti e i servizi sussidiati non possono mettere a disposizione dell' utente le loro prestazioni in modo del tutto gratuito. Per le prestazioni di assistenza e cura a domicilio tale contributo deve essere commisurato alle condizioni finanziarie (reddito e sostanza) dell' utente e delle persone che vivono nella stessa comunità domestica. Per le prestazioni di supporto si è invece rinunciato a pretendere un tariffario differenziato anche perché la verifica delle condizioni di reddito e di sostanza sarebbe amministrativamente troppo onerosa in riferimento a interventi puntuali quali il servizio pasti a

domicilio o il servizio trasporti. In ogni caso, gli enti sussidiati dovranno allestire un tariffario che dovrà essere approvato dal Consiglio di Stato. Il regolamento di applicazione dovrà precisare l' esigenza, per gli interventi di assistenza e cura a domicilio, di tariffe uniformi su tutto il territorio cantonale.

In deroga al principio generale, il cpv. 5 conferma la gratuità della consulenza igienica, sanitaria e sociale in materia di maternità e infanzia in età prescolastica. Il tenore letterale della norma riprende quello dell' art. 3 della Legge sulla protezione della maternità (44)) ampliando tuttavia la consulenza anche agli aspetti igienici e sociali. Il concetto di consulenza è più restrittivo rispetto a quello di assistenza: ciò significa che se la consulenza dovesse rivelare la necessità di un piano di assistenza e di cura specifico potrà essere richiesto un contributo dell' utente secondo il principio generale sancito al cpv. 1.

Rispetto al progetto del Consiglio di Stato, la Commissione ha introdotto due novità.

Il cpv. 3 precisa infatti che, (per i redditi e la sostanza più elevati, il contributo può essere pari al costo della prestazione). In ossequio al principio della sussidiarietà appare infatti equo che gli utenti (o le comunità domestiche) che dispongono dei mezzi finanziari necessari possano essere chiamati a sopportare interamente il costo degli interventi prestati a loro favore. L' intervento degli enti pubblici (Comuni e Cantone) andrà così prioritariamente a favore delle fasce più deboli della popolazione. Si osserva che la norma ha carattere potestativo: ai servizi e al Consiglio di Stato è così lasciato un sufficiente margine di valutazione.

Dopo lunga discussione, a maggioranza, la Commissione ha pure voluto inserire il principio di un diritto di regresso nei confronti dei parenti tenuti all' obbligo di assistenza ai sensi del CCS. Anche in questo caso, in ossequio al principio della sussidiarietà, si vuole evitare che l' eventuale disinteresse dei parenti possa gravare su tutta la comunità. In questo senso, la maggioranza della Commissione ha ritenuto di potere anticipare un' indicazione che appare coerente con la volontà, indicata dal Consiglio di Stato nell' aggiornamento delle Linee direttive, di introdurre fra le norme per la graduazione dell' intervento sociale dello stato concetti quali la definizione di (nucleo familiare di riferimento) e degli obblighi di mantenimento e di assistenza fra parenti.

#### **Art. 29**

##### Verifica dei bilanci e dei preventivi

La necessità per gli enti sussidiati di sottoporre ogni anno al Consiglio di Stato i conti d' esercizio e i bilanci patrimoniali (così come i preventivi per l' anno successivo) è incontrastata. Una vivace discussione è tuttavia sorta a sapere se tale obbligo dovesse riguardare tutta l' attività degli enti o potesse essere limitato alla parte di attività sussidiata.

Il problema si pone in particolare nel settore dei servizi d' appoggio nel quale, verosimilmente, si troveranno ad operare organizzazioni che hanno campi d' attività più vasti, alcuni addirittura su scala nazionale (ad esempio, Pro Senectute o Pro Infirmis). La maggioranza della Commissione ha raggiunto la convinzione che non si possa chiedere a questi enti, per i quali i servizi di appoggio all' assistenza e la cura a domicilio rappresentano soltanto una parte della loro attività, di sottoporre anche alla verifica del Consiglio di Stato i conti d' esercizio e i bilanci patrimoniali relativi a tutta la loro attività. Sarebbe un' indebita ingerenza in un' attività privata (anche se di interesse pubblico) che verrebbe a sovrapporsi ad altre verifiche interne e/o dell' ente pubblico (ad esempio nell' ambito del sussidiamento di altre attività o della sorveglianza sulle fondazioni).

#### **Art. 30**

##### Restituzione del sussidio

Per chiarezza e semplicità si rimanda alle norme della Legge cantonale sui sussidi.

#### **Art. 31**

##### Sussidi per spese d'investimento

Si tratta di una norma destinata a colmare eventuali lacune di tipo logistico dei SACD e dei servizi d' appoggio, senza che si voglia per questo dare un (taglio di struttura stazionaria) ai servizi. Si noti che i sussidi alle spese di investimento non rientrano nella nuova ripartizione degli oneri tra il Cantone e i Comuni: il Cantone si assumerà anche in futuro il sussidio di investimento fino ad un massimo del 70%.

#### **Art. 32/34**

##### Spese d'esercizio

L'articolo 32 stabilisce il principio secondo il quale, anche in futuro, il sostegno pubblico alle attività dei SACD avviene con la copertura del disavanzo d' esercizio da parte di Cantone e Comuni. Rispetto alla situazione attuale, aumenta però la quota parte a carico dei Comuni che si fissa all' 80% (art. 34 cpv. 1); il finanziamento dei costi di gestione dei SACD rientra infatti nella compensazione da parte dei Comuni dell' assunzione da parte del Cantone dell' intero fabbisogno finanziario dell' Ente Ospedaliero Cantonale. Per gli effetti di questo cambiamento, si rimanda alle considerazioni già espresse al capitolo 6 del presente rapporto.

La garanzia della copertura del disavanzo d' esercizio da parte dei Comuni e del Cantone viene estesa anche alle associazioni di diritto privato: una soluzione che appare equa e opportuna considerato gli importanti compiti di utilità pubblica che queste associazioni saranno chiamate ad assumere nell' ambito della struttura socio-sanitaria del Cantone. Si osserva che tale garanzia è comunque subordinata al rispetto di numerose disposizioni ancorate nella legge e, soprattutto, al rispetto della pianificazione cantonale ed alla partecipazione ai necessari sforzi di coordinamento dell' intervento dei diversi attori.

La Commissione si è chiesta se la garanzia della copertura del deficit fosse compatibile con la volontà di fare capo ai sussidi di cui all' art. 101 bis LAVS. Secondo l' UFAS (e per esso il capo della Sezione prestazioni complementari e problemi della vecchiaia signor F. Huber) - interpellato dal DOS su richiesta della Sottocommissione "Spitex", (già ora l' UFAS sussidia tramite l' art. 101 bis più servizi (in più Cantoni) per i quali vige il principio della copertura del fabbisogno finanziario da parte di un ente pubblico: nulla osta dunque una richiesta di sussidiamento da parte di servizi ticinesi al beneficio della copertura del fabbisogno finanziario) (45).

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, la Commissione ha condiviso la proposta del Consiglio di Stato volta a designare un'

istanza di compensazione, esterna all'Amministrazione cantonale, la quale riceverà dai Comuni e dal Cantone i contributi necessari per la copertura del disavanzo riversandoli poi ai singoli SACD (art. 32 cpv. 3). La Commissione sottolinea nuovamente come questa "istanza di compensazione" potrà (dovrà) offrire ai SACD ulteriori stimoli per rendere più razionali, centralizzandoli, determinati compiti amministrativi quali ad esempio la fatturazione e l'incasso dei contributi dovuti dagli utenti e dalle Casse Malati.

L'articolo 33 stabilisce come viene determinato il disavanzo riconosciuto ai fini del sussidiamento. Rispetto al Messaggio, il cpv. 1 lett. d) inserisce tra i ricavi anche il sussidio federale - effettivo o potenziale - ai sensi dell'art. 101 bis LAVS. La Commissione ha così accolto la richiesta formulata dal Consiglio di Stato con lettera del 21 gennaio 1997.

La possibilità di calcolare un sussidio "potenziale" secondo i parametri dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali è resa possibile dal fatto che (l'UFAS subsidia i servizi tramite l'art. 101 bis LAVS in base ad un parametro basato sui costi del personale; questo parametro viene fissato anno per anno ed è identico per tutta la Svizzera e per tutti i servizi sussidiati). Questo parametro può variare di anno in anno (a dipendenza anche dalle richieste di sussidio che pervengono all'UFAS): di conseguenza non è possibile ancorare nella legge un valore esplicito (46).

La formulazione dell'articolo 34 prevede la cantonalizzazione del contributo dei Comuni: lo stesso viene calcolato in ragione dei 4/5 del totale dei disavanzi d'esercizio riconosciuti, ripartito in base ad una percentuale uniforme del gettito d'imposta cantonale. Nel caso in cui, nell'ambito di un comprensorio, non fosse possibile giungere alla costituzione di un'associazione di diritto privato (cfr. art. 11) e si rinunciasse di conseguenza ai sussidi federali di cui all'art. 101 bis LAVS, i Comuni di quel comprensorio dovranno inoltre assumersi gli importi corrispondenti al sussidio potenziale e al contributo di 1/5 normalmente a carico del Cantone. La ripartizione di questo importo fra i Comuni del comprensorio sarà stabilita proporzionalmente al gettito d'imposta cantonale dei Comuni interessati (art. 34, cpv. 4).

La Commissione ha inoltre voluto precisare che i Comuni possono essere chiamati ad assumere anche la parte di disavanzo non riconosciuta dal Cantone (e non coperta da altre entrate) solo se la stessa è stata approvata nell'ambito dei preventivi: questa norma (cpv. 5) vuole essere un monito agli organismi esecutivi dei diversi servizi.

#### **Art. 35**

##### Progetti specifici secondo l'art. 8 lett. c)

Questa norma permette al Cantone di subsidiare dei progetti proposti dai Comuni in base all'art. 8 lett. c) e, di regola, messi in atto dai rispettivi SACD. Il sussidiamento cantonale (fino ad un massimo del 20% del disavanzo) presuppone comunque che il progetto risulti essere coerente con gli obiettivi della pianificazione cantonale, anche se lo stesso supera gli standard minimi previsti e sussidiati in base agli art. 32 - 34. I progetti oggetto di questa norma sono finanziati unicamente dai Comuni del comprensorio promotore degli stessi.

#### **Art. 36 e 37**

##### Servizi d'appoggio

Per raggiungere gli scopi previsti dalla nuova legge non è evidentemente sufficiente potenziare unicamente i SACD. Per potere rimanere a domicilio l'utente necessita infatti anche di una serie di prestazioni di supporto, offerte prevalentemente dai Servizi d'appoggio, che pur non essendo dispensate direttamente presso l'abitazione dell'utente ne favoriscono il mantenimento a domicilio. Questi servizi necessitano a loro volta di un sussidiamento che, analogamente ai SACD, si propone di riconoscere nella forma di un contributo alla copertura del disavanzo d'esercizio.

È evidente che potranno beneficiare della copertura del disavanzo d'esercizio - ripartita tra Comuni e Cantone secondo le modalità degli art. 33 e 34 (cantonalizzazione) - soltanto i servizi d'appoggio che offrono prestazioni direttamente connesse con gli articoli 1, 2 e 3 della Legge. Altre associazioni o servizi dovranno trovare altrove la base legale per un contributo dello Stato alla loro attività. Così, ad esempio, l'attività di associazioni di genitori o di famiglie (ad esempio l'Associazione delle famiglie monoparentali o l'Associazione della famiglie diurne) dovranno anche in futuro essere sostenute dal Cantone in base all'art. 9 e 10 della Legge sulla protezione della maternità senza alcuna ripartizione di oneri a carico dei Comuni.

#### **Art. 38**

##### Sussidi particolari

Questa disposizione permette al Cantone - che se ne assume anche l'onere - di riconoscere e subsidiare anche attività particolari nell'ambito dell'assistenza e cura a domicilio, senza per questo dovere riconoscere l'ente che offre tali prestazioni. In questo modo è garantita la necessaria flessibilità nell'affidare per esempio alcune attività ad enti che non si occupano prevalentemente di assistenza e cura a domicilio.

#### **Art. 39**

##### Aiuti diretti

Come già ricordato nel commento all'articolo 5, il progetto di legge riprende la possibilità di aiuti individuali oggi già previsti dalla Legge sull'integrazione degli invalidi e dalla Legge anziani. La competenza per determinare i criteri ed i parametri sui quali fondare il riconoscimento di tali aiuti ed il loro ammontare resta al Cantone che si assume anche il relativo onere per il quale non si applicano i meccanismi di ripartizione con i Comuni di cui al Titolo III.

## **TITOLO IV - RIMEDI DI DIRITTO**

#### **Art. 40**

##### Ricorsi in materia di pianificazione

Nel commento all'art. 7 sono state indicate le ragioni che hanno condotto la Commissione a riconoscere ai Comuni un diritto di ricorso in materia di pianificazione e alla designazione del Gran Consiglio quale istanza chiamata ad esprimersi in merito. Il presente articolo si limita a precisare la procedura di approvazione (dopo la discussione da parte del Gran Consiglio dei principi

generali, il Consiglio di Stato adotta la pianificazione e la intima a tutti i Comuni del Cantone), nonché i possibili contenuti dei ricorsi che dovranno limitarsi ai contenuti della pianificazione e alle modalità di adozione (nel caso in cui non fosse stato rispettato il diritto di partecipazione dei Comuni alla fase di elaborazione).

In assenza di indicazioni esplicite contrarie, il semplice rinvio alla Legge di procedura per le cause amministrative evita l'effetto sospensivo di eventuali ricorsi. L' art. 78 della Lpamm precisa infatti che (Il ricorso non ha effetto sospensivo salvo decisione contraria del Consiglio di Stato adottata d' ufficio o su istanza di parte).

#### **Art. 41**

##### Ricorsi in materia di presa a carico

Si richiama il commento all' art. 2 per quanto riguarda i margini di apprezzamento dell' autorità di vigilanza.

## **TITOLO V - DISPOSIZIONI TRANSITORIE E SPECIALI**

#### **Art. 42**

##### Disposizioni abrogate

Con l' entrata in vigore della Legge sull' assistenza e cura a domicilio sono abrogate le disposizioni concernenti l' assistenza e cura a domicilio sparse nelle altre leggi cantonali e in particolare nella Legge per la protezione della maternità, dell' infanzia, della fanciullezza e dell' adolescenza, nella Legge sull' integrazione professionale degli invalidi e nella Legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane.

#### **Art. 43**

##### Disposizioni transitorie

I tempi per la messa in atto della nuova legge saranno stabiliti dal Consiglio di Stato, tenuto conto della pianificazione degli interventi di assistenza e cura a domicilio, in particolare della definizione dei comprensori e dei tempi necessari per adeguare i servizi attualmente esistenti alle nuove esigenze.

Al fine di evitare la farraginoso procedura di scioglimento degli attuali Consorzi, in deroga alla Legge sul consorzio dei Comuni del 21 febbraio 1974, l' art. 43 conferisce al Consiglio di Stato la competenza di scioglierli con un decreto governativo. Si sottolinea comunque come i Legislativi comunali (o almeno quelli della maggioranza dei Comuni dei rispettivi comprensori) dovranno comunque esprimersi in merito alla convenzione con i rispettivi SACD.

Il cpv. 3 regola le modalità per il trasferimento dei rapporti di lavoro dagli attuali consorzi alle nuove entità organizzative. Si rivela che il fatto di avere introdotto fra le diverse forme organizzative anche l' associazione di diritto privato (forma che è anzi indirettamente auspicata e promossa dalle norme relative alla ripartizione dei disavanzi d' esercizio) non permette di garantire per legge un passaggio del personale dagli attuali consorzi ai futuri servizi; si tratterebbe infatti di un' imposizione contraria al diritto privato.

#### **Art. 44**

##### Valutazione legislativa

La nuova Legge sull' assistenza e cura a domicilio crea le basi per una ristrutturazione degli attuali servizi e per una diversa ripartizione degli oneri tra i Comuni e il Cantone. La Commissione ritiene necessario che entro 5 anni dall' entrata in vigore della Legge il Consiglio di Stato abbia a sottoporre al Gran Consiglio un rapporto sui risultati ottenuti e sulle conseguenze per le finanze comunali. Il rapporto dovrà essere accompagnato, se del caso, da proposte di modifica o di adattamento del testo di legge.

### **8.2 Commento all' Allegato**

La Commissione ritiene utile richiamare brevemente le conseguenze delle modifiche proposte e il loro legame con il progetto di Legge sull'assistenza e cura a domicilio.

#### **I. Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria)**

La modifica dell' art. 4 cpv. 2 comporta lo stralcio della possibilità per lo Stato di sussidiare, partecipare alla gestione e , ove ve ne sia necessità, gestire in modo autonomo servizi e strutture di assistenza domiciliare. La materia è infatti regolata dalla nuova Legge sull' assistenza e cura a domicilio. Si evitano così doppioni e confusione nell' applicazione di due leggi differenti.

#### **II. Legge per la protezione della maternità, dell' infanzia, della fanciullezza e dell' adolescenza**

La modifica dell' art. 3 cpv. 1 affida ai SACD il compito di fornire la consulenza sanitaria gratuita, cancellando i poliambulatori profilattici materni e pediatrici fondati o riconosciuti dallo Stato) (in pratica gli attuali Consorzi) e, con l' abrogazione degli art. 12 e 13 (cfr. art. 42), sancisce per legge l' integrazione degli attuali Consorzi profilattico-materni nei nuovi SACD.

La Commissione richiama la particolarità del lavoro delle infermiere pediatriche e la necessità che - pur nell' ambito del coordinamento e di una stretta collaborazione all' interno delle équipes polivalenti - il loro lavoro possa essere organizzato nel rispetto delle positive esperienze acquisite in questi anni di apprezzata attività.

#### **III. Legge sugli ospedali pubblici**

La modifica dell' art. 10 cpv. 3 impone anche nella Losp il coordinamento tra le diverse pianificazioni.

La modifica degli art. 34 e 39 relativi alla copertura e ai limiti del fabbisogno del settore ospedaliero e delle ospedalizzazioni fuori Cantone libera i Comuni dalla partecipazione al finanziamento di questi costi. Si tratta dell' applicazione delle richieste dell' iniziativa Donadini. Il tenore letterale dei due articoli riprende la modifica della Losp approvata dal Gran Consiglio il 24 giugno 1997 e già entrata in vigore con la pubblicazione sul FUCT (ris. 5 agosto 1997, n. 157 della Segreteria del Gran Consiglio).

La Commissione non ha invece accolto la proposta di inserire, all' art. 11 cpv. 9 (nuovo) della Losp la figura del (responsabile dei contatti con gli Istituti, i Servizi di assistenza e cura a domicilio, i Servizi d' appoggio, i servizi dell' OSC, l' Ufficio sociale cantonale e gli enti privati attivi nel settore). Questa decisione deve essere interpretata tenuto conto della volontà - espressa in modo esplicito - di un coordinamento dei diversi interventi a favore dell' utente e fra i diversi attori che vi partecipano (si veda in



particolare il commento all' art. 1).

Il compito di coordinamento è inoltre fissato in modo chiaro all' art. 7 cpv. 2 lett. b) (competenze del Consiglio di Stato) ma anche all' art. 16 che, tra i requisiti per il riconoscimento dei SACD annovera la necessità di stipulare convenzioni con gli enti operanti sul territorio per definire la distribuzione dei compiti e degli oneri finanziari. La Commissione ribadisce che è in questo ambito che devono essere concordate le modalità di coordinamento e indicate le persone di riferimento.

In quest' ottica, il mancato inserimento nella Losp della nuova figura del "responsabile dei contatti" non dovrà impedire agli Ospedali di designare al loro interno la persona di riferimento per i rapporti con i SACD.

#### **IV. Legge sull'integrazione sociale e professionale degli invalidi**

La modifica dell' art. 8 cpv. 1 lett. b) comporta lo stralcio dalla Losp della possibilità di sussidiare delle soluzioni individuali poiché la stessa è stata trasferita alla Legge sull' assistenza e cura a domicilio (art. 5 e 39).

#### **V. Legge concernente il promovimento, il coordinamento ed il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane**

Il nuovo art. 1 cpv. 3 affida al Cantone la possibilità di stabilire una quota minima di posti letto (in Istituto) che i Comuni devono garantire ai propri domiciliati anziani. La norma dovrebbe permettere di evitare casi di prolungate degenze in istituti ospedalieri dovute unicamente alla mancanza di strutture più adeguate. A mente della Commissione, la messa in atto di tale norma (che ha peraltro solo valore potestativo) dovrà essere preceduta da un' attenta valutazione della possibilità di "integrazione" delle diverse Case per anziani esistenti nel rispetto del loro statuto giuridico. Si dovranno inoltre considerare i costi che derivano ai diversi Comuni che hanno stipulato accordi con Istituti per anziani non sussidiati.

Con gli stralci e la modifica proposti all' art. 2 sono tolti dalla Lanz (perché trasferiti alla Legge sull' assistenza e cura a domicilio):

- l'istituzione e la gestione di servizi ambulatoriali e domiciliari di assistenza specialistica, di aiuto infermieristico, terapeutico, domestico e ricreativo (= i nuovi SACD);
- 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 di familiari (= aiuti individuali di cui agli art. 5 e 39);
- la creazione di soluzioni individuali di abitazione (idem); sono invece mantenute le soluzioni collettive.

Con gli articoli 6, 6a, 6b, 6c, 6d si introducono nella Lanz le nuove modalità di finanziamento del fabbisogno delle Case per anziani (cfr. p.to 6. 2 del presente rapporto). Si tratta della nuova ripartizione resa possibile dal fatto che i Comuni sono stati liberati dall' obbligo di partecipare al finanziamento dei deficit degli ospedali pubblici (cfr. modifica della Losp). In particolare viene definitivamente ancorato nella legge il principio secondo il quale la quota parte a carico di un Comune in base alle giornate di presenza di ciascun ospite domiciliato non può superare il 6 % del suo gettito d' imposta cantonale.

Come noto, questa norma era finora inserita nella Lanz solo a titolo transitorio (cfr. Messaggio 4601 e recente decisione del Gran Consiglio).

Le modifiche degli art. 8a e 19a sono conseguenze delle abrogazioni decise con la modifica dell' art. 2.

#### **VI. Legge sull'assistenza sociopsichiatrica**

La modifica dell' art. 13 cpv. 1 impone anche nella Lasp il coordinamento tra le diverse pianificazioni.

Si rimanda alle osservazioni già espresse in merito al mancato inserimento nella legge della figura del "responsabile dei contatti" per ogni singola Unità terapeutica riabilitativa (UTR) (nuovo art. 11 cpv. 3).

### **9. Conclusioni**

Per i motivi illustrati dal presente rapporto, la maggioranza della Commissione speciale sanitaria invita il Gran Consiglio a:

1. elaborare secondo il progetto di "testo conforme" (ed il relativo allegato) l' iniziativa popolare (per il promovimento delle cure extra ospedaliere e dei servizi a domicilio) (iniziativa Spitex) del 18 maggio 1991;
2. invitare il popolo a respingerla;
3. approvare il progetto di Legge sull' assistenza e cura a domicilio, elaborato dalla Commissione quale controprogetto all' iniziativa.

La maggioranza è convinta che in tal modo il Gran Consiglio darà una risposta positiva e convincente alle attese della popolazione ticinese delle quali si è fatta interprete l' iniziativa popolare.

Il controprogetto tiene però conto dello sviluppo avuto dai Servizi di aiuto domiciliare in questi anni grazie all' impegno del personale e delle persone che si sono assunte responsabilità nella conduzione dei Consorzi e delle Associazioni. Un impegno che ha potuto contare anche sul sostegno e il coordinamento del Dipartimento delle Opere Sociali. Si può così affermare che l' iniziativa ha già ottenuto, nei fatti, una risposta positiva alle sue richieste.

Nello stesso tempo, il progetto di Legge sull' assistenza e cura a domicilio (e l' allegato per la modifica di altre leggi) danno seguito alla proposta principale dell' "iniziativa Donadini" accolta dal Gran Consiglio il 20 marzo 1990. I Comuni vengono così sollevati dalla partecipazione alla copertura dei costi degli ospedali pubblici accettando nel contempo una diversa ripartizione dei disavanzi delle Case per anziani, dei Servizi di assistenza e cura a domicilio e dei Servizi d' appoggio.

**Per la maggioranza della Commissione speciale sanitaria:**

Matteo Oleggini - Giuseppe Plebani - Daniele Ryser, relatori  
Albisetti - Colombo - Dafond, con riserva - Donadini - Ferrari F. -  
Gemnetti - Gilardi, con riserva - Moccetti, con riserva - Pantani,  
con riserva - Righinetti, con riserva.