

Rapporto di minoranza sul messaggio 4287

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 comuni 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'on. Carlo Donadini del 18 dicembre 1988

Indice

INTRODUZIONE

CAPITOLO 1

1. La situazione attuale dei servizi di assistenza e cura a domicilio

1.1 I bisogni

1.1.1 Gli anziani

1.1.2 I disabili

1.1.3 I malati terminali e le cure palliative

1.1.4 Maternità e infanzia

1.1.5 I compiti dei servizi di assistenza e cura a domicilio

1.2 Le risorse

1.2.1 La spesa sanitaria cantonale

1.2.2 Gli attori

1.2.3 I SAD

1.2.4 Le case per anziani

1.3 I costi

1.3.1 Gli scenari di evoluzione dei SACD

1.3.2 La LAMAL e l' art. AVS 101bis

1.4 Conclusioni

CAPITOLO 2

2.1. L'iniziativa popolare del 1991

2.2. Prese di posizione di associazioni attive in campo sociale e sanitario

CAPITOLO 3

3.1. Il testo di legge sull'assistenza e cura a domicilio conforme all'iniziativa popolare del 1991

3.2. Differenze principali tra testo di legge conforme e controprogetto

TITOLO I - PARTE GENERALE

Articoli 1 - 6

Articoli 7 - 10

TITOLO II - CARATTERISTICHE E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Articoli 11 - 21

TITOLO III - FINANZIAMENTO E SUSSIDI

Articoli 25 - 28

TITOLO IV - RIMEDI DI DIRITTO

Articoli 39 - 40

CAPITOLO 4

4.1. Conclusioni: Spitex parente povero o Spitex da potenziare? La scelta tra controprogetto e testo conforme

4.2. Emendamenti al controprogetto di legge sull'assistenza e cura a domicilio

EMENDAMENTI AL CONTROPROGETTO DI LEGGE SULL'ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO

Introduzione

Discutere di assistenza e cura a domicilio significa non tanto o non solo trattare di prestazioni sanitarie, mediche e paramediche effettuate a domicilio, ma soprattutto vuol dire affrontare diversamente il vivere in situazioni difficili o particolari, siano esse dovute all'età, alla malattia o ad altro.

Alla base di questa concezione deve esserci l'idea che una vita gestita per quanto possibile autonomamente, secondo la propria volontà e le proprie possibilità, nella propria abitazione o nel proprio ambiente, è in genere di qualità migliore rispetto al collocamento in istituto.

Evidentemente ciò non può prescindere da un coordinamento di tutte le forme e le possibilità di intervento, sia di tipo sanitario sia sociale che permettono di migliorare la qualità di vita. E' quindi necessario costruire o rafforzare una rete di intervento tra le varie strutture esistenti e operanti sul territorio, siano esse stazionarie o ambulatoriali (ospedali, case per anziani, servizi di cura e assistenza a domicilio o servizi di appoggio, ecc.).

Inoltre, questa concezione fondamentale e imprescindibile alla base del potenziamento di quelle strutture che favoriscono il mantenimento a domicilio - per noi, come vedremo significa potenziare qualitativamente e quantitativamente l' aiuto domiciliare - permette anche un trasferimento di potenzialità umane e finanziarie dalle cure "istituzionali" a quelle ambulatoriali.

CAPITOLO 1

1. LA SITUAZIONE ATTUALE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO

1.1 I bisogni

Benché i dati a nostra disposizione siano frammentari e parziali, già da una sommaria analisi degli stessi emerge che, soprattutto per quanto riguarda le persone anziane, ma in misura sempre più rilevante anche per persone affette da patologie croniche (handicap, invalidità, malattie oncologiche, AIDS ecc.), i bisogni di assistenza sanitaria e sociale e di sostegno nelle attività quotidiane sono crescenti. Soprattutto se si considera che per una percentuale rilevante di queste persone la permanenza a domicilio sarebbe possibile con un minimo di risorse disponibili. Risorse personali, familiari, ma anche professionali; intese queste ultime, sì come cure infermieristiche e di aiuto familiare, ma come emerge dai dati che seguono, in numerose situazioni e/o malattie anche altre necessità giocano un ruolo determinante nella permanenza o meno a domicilio. La popolazione che potrebbe beneficiare di un potenziamento effettivo delle cure e dell' assistenza a domicilio comprende una casistica assai differenziata, per la quale una soluzione troppo semplicistica o uniforme sarebbe inappropriata. Se è vero che per gli utenti anziani il sostegno a domicilio si traduce spesso in numerosi interventi di economia domestica e familiare o di cure infermieristiche, per persone con importanti patologie questi tipi di prestazioni non sono più sufficienti. Così ad esempio in casi di invalidità o handicap è necessario un ampliamento delle prestazioni in modo da coprire tutta l' area del bisogno con interventi spesso non medicalizzati ma polivalenti e differenziati in grado di garantire i molteplici compiti della vita quotidiana. Soprattutto nel caso di invalidi adulti si tratta di garantire anche adeguate strutture abitative e di trasporto, oltre che la garanzia di un coordinamento delle cure a domicilio in senso stretto, con servizi di riabilitazione quali la fisioterapia o l' ergoterapia.

Come emerge da uno studio effettuato nel 1992 dal medico fiduciario della Federazione Ticinese Casse Malattia dr. A. Ghirlanda e da un rapporto sulle famiglie monoparentali, vi sono sempre più ragioni di ordine familiare-sociale che giustificano un' adeguata assistenza a domicilio. Così è il caso della madre sola che lavora e improvvisamente deve accudire il figlio malato o delle numerose motivazioni prevalentemente di ordine sociale che stanno alla base delle degenze in cliniche o ospedali periferici e che ne rallentano il ritorno a domicilio.

1.1.1 Gli anziani

I dati demografici da soli danno un' idea dell' evoluzione della popolazione residente nel nostro Cantone, con un aumento percentuale della popolazione oltre i 65 anni: dal 7,8% all' inizio del secolo ad oltre il 16% all' inizio degli anni '90 e una previsione per il 2010 di quasi il 20% della popolazione; con però una popolazione ultraottantenne che è passata nello stesso lasso di tempo da 0,8% a oltre il 4%. Proprio per la loro incidenza numerica è evidente come gli anziani rappresentino la fetta più consistente dei beneficiari delle prestazioni di tali servizi.

Evoluzione della popolazione 1900-1990 e previsioni per il 2000 e 2010

Fasce	1900	1980	1990	2000	2010
<u>Di età</u>	<u>Persone %</u>	<u>Persone %</u>	<u>Persone %</u>	<u>Persone %</u>	<u>Persone %</u>
0-64	127808 92,2	225445 84,8	236188 83,7	246300 82,0	250100 80,1
65+	10830 7,8	40404 15,2	45993 16,3	54000 18,0	62000 19,9
Totale	138638 100	265849 100	282181 100	300300 100	312100 100
80+	1114 0,8	7231 2,7	11597 4,1	14100 4,7	16300 5,2

Fonte: Messaggio CdS no. 4287 concernente il potenziamento e la ristrutturazione dei servizi di assistenza e cura a domicilio del 31.8.1994, pag. 7

Dati sui bisogni della popolazione anziana nel nostro Cantone, suffragati anche dalle inchieste citate nel messaggio del CdS alle quali rimandiamo (v. E. Gerosa 1988, C. Vaucher de la Croix 1992), ma che risultano ancora più chiaramente dai consuntivi dei vari consorzi di aiuto domiciliare, in base ai quali appunto la maggioranza delle prestazioni è stata effettuata per casi definiti di senilità.

Questi dati sono ancora più indicativi dei bisogni nell' ambito delle prestazioni a domicilio per la popolazione anziana se considerati in rapporto all' evoluzione della casistica dei residenti nelle case per anziani del Cantone. A questo proposito può servire come parametro l' evoluzione del grado di dipendenza degli ospiti degli istituti per anziani: dato che mostra la diminuzione della popolazione indipendente residente nelle case per anziani rispetto alla popolazione completamente dipendente.

Ciò significa che una percentuale sempre maggiore di popolazione anziana può effettivamente continuare a vivere a domicilio se adeguatamente aiutata.

Ospiti nelle case per anziani del Cantone Ticino per grado di dipendenza dal 1988 al 1993 valori percentuali:

Anno	Dipendente	Semidipendente	Indipendente	N. = totale
1988	42,0	33,0	25,0	2433
1989	47,0	30,0	23,0	3195
1990	49,0	31,0	20,0	3467
1991	52,0	31,0	17,0	3618
1992	52,0	32,0	17,0	3986
1993	52,0	33,0	16,0	4355

Fonte: La salute dei ticinesi, DOS 1995, pag. 166

D'altra parte queste constatazioni, e in particolare il fatto che tra gli anziani che continuano a vivere a domicilio ci sono dei bisogni non coperti, sono suffragate anche da uno studio nazionale dell' Istituto per medicina sociale e preventiva delle Università di Berna e Zurigo. Si tratta di dati che si basano su 2'700 persone con più di 65 anni, che vivono a domicilio. In questo studio gli anziani che vivono in istituti per lungodegenti non sono stati presi in considerazione.

Da questa ricerca risulta che:

- Circa il 10% degli anziani che vivono a domicilio non sono in grado di effettuare 200 m senza doversi fermare. Tra gli ultraottantenni questa percentuale sale addirittura al 30%;
- Circa il 7,7% degli anziani che vivono a domicilio sono dipendenti dal punto di vista fisico o comunicativo dall' aiuto di altre persone. Essi necessitano di aiuto in tre attività della vita quotidiana: nell' alzarsi, nel vestirsi, nel mangiare. Estrapolando in Svizzera ca. 70'000 anziani potrebbero essere considerati "invalidi".
- Tra gli anziani svizzero-tedeschi ca. l' 1,7% degli uomini e il 4,8% delle donne hanno un bisogno di assistenza scoperto. Estrapolando a tutta la Svizzera ciò significa che ca. 30'000 persone anziane hanno un bisogno di assistenza scoperto. Di loro 10'000 sono 65-74enni, 16'000 75-84enni e più di 5'000 ultraottantenni.

Dal canto nostro riteniamo che questi dati e soprattutto le ultime percentuali circa il bisogno di assistenza scoperto valgano anche per il nostro Cantone. In Ticino, come vedremo nel capitolo 1.2.3, ancora oggi i servizi di assistenza e cura a domicilio sono percentualmente meno sviluppati che in altre regioni della Svizzera.

1.1.2 I disabili

Purtroppo rispetto al capitolo precedente i dati a nostra disposizione che evidenziano il bisogno nel settore dell' handicap e degli invalidi sono molto più scarsi. Al proposito val la pena richiamare il documento di lavoro elaborato dalla Commissione consultiva della legge sull' Integrazione Sociale e Professionale degli invalidi adulti su mandato del Dipartimento opere sociali. In particolare una tabella allegata al documento mostra il crescente aiuto finanziario attraverso l' art. 8 della LISPI che permette interventi di sostegno a domicilio.

Interventi di sostegno a domicilio in favore di singole persone (art. 8 LISPI)

Anno	Persone	Franchi
1988	2	30'300
1989	6	95'000
1990	7	111'000
1991	11	246'135

Fonte: DOS - Proposte operative elaborate nell' ambito del mandato attribuito dal Dipartimento alla Commissione consultiva della LISPI, maggio 1992.

Se aggiornati questi aiuti finanziari mettono in rilievo il crescente aiuto ad opera dell' ente pubblico nel favorire il mantenimento a domicilio degli invalidi adulti.

Ciononostante nel documento citato la commissione consultiva già nel 1992 constatava che:

"numerose persone fisicamente o mentalmente handicappate possono vivere "normal-mente" nel loro ambiente o in quello della loro famiglia alla condizione di poter beneficiare di un aiuto esterno che li sostenga nell' esecuzione degli atti ordinari della vita quotidiana. (...) In molti casi, a, causa di una carente offerta regolare di aiuto a domicilio, sono i familiari che si sobbarcano questi impegni. Vi è dunque una forte doppia dipendenza che si instaura all' interno del nucleo di appartenenza della persona portatrice di handicap, con elevati rischi di alterazione dei rapporti interpersonali. Un altro fattore di inquietudine può essere causato dal pericolo che l' aiuto indispensabile possa venire meno improvvisamente a causa di malattia, assenza temporanea, o in (particolari) casi estremi per decesso (genitori anziani) di chi si assume l' onere dell' aiuto ricorrente."

(da DOS - proposte operative elaborate nell' ambito del mandato attribuito dal Dipartimento il 10.2.1989 alla Commissione consultiva della LISPI).

Il gruppo di lavoro conteneva delle proposte atte a "studiare la realizzazione di strutture che rafforzino la possibilità di permanenza al proprio domicilio con le seguenti caratteristiche:

- polivalenza degli interventi non medicalizzati per l' assunzione di molteplici compiti della vita quotidiana;
- ampliamento delle prestazioni in grado di coprire tutta l' area di bisogno (fuori orario, la sera, fine settimana)."

A queste considerazioni si possono affiancare i primi risultati di un' inchiesta interna intrapresa dalla Pro Infirmis, dati che ci sono stati gentilmente messi a disposizione.

Da questi, senza aver la pretesa di effettuare un' analisi scientifica di un' inchiesta ancora in corso, alcune considerazioni possono essere tratte. In particolare quanto evidenziato nel rapporto della commissione consultiva del 1992 sembra essere oggi più che mai valido:

Una grande fetta dell' aiuto domiciliare viene svolta dai familiari. Infatti dai dati mostratici, i SAD intervengono in 75 sui 143 casi tra adulti e minorenni coinvolti dall' inchiesta e che vivono a domicilio, soli o in famiglia. In ben 58 l' aiuto è prestato anche da privati a pagamento. In 34 casi intervengono anche altre figure professionali. In 39 su 143 casi l' inter-vento è considerato insufficiente, in 67 sufficiente.

Possiamo quindi ritenere che l' intervento dei servizi di aiuto domiciliare è più che mai necessario nel settore degli invalidi e dell' handicap ma verosimilmente insufficiente visto il ricorso a privati a pagamento. Inoltre proprio in questo settore svolgono un ruolo importante altre figure professionali oltre a quelle classiche, come scrive proprio la Pro Infirmis nella sua presa di posizione alla commissione sanitaria al termine della 1. lettura del messaggio sull' assistenza e cura a domicilio.

1.1.3 I malati terminali e le cure palliative

Secondo la dottoressa Sessa in un articolo apparso su Tribuna Medica nel luglio 1990 e dedicato a modelli di assistenza domiciliare (... le cure palliative costituiscono uno degli aspetti dell' assistenza domiciliare che, non solo per motivi economici, ma soprattutto per una visione più rispettosa e meno restrittiva dell' individuo e del concetto di salute, è oggi in fase di rivalutazione e sviluppo, costituendo una delle principali attività della Primary Health Care, cioè dell' assistenza sanitaria, sia di primo contatto che continua, agli individui nelle comunità).

Anche nella nostra realtà locale non può più essere misconosciuto il ruolo dell' assistenza a domicilio per pazienti necessitanti di cure palliative, nel senso di un' assistenza continua al malato terminale e alla sua famiglia. Anzi, in un Cantone che ha visto nascere agli inizi degli anni novanta programmi di assistenza a domicilio di pazienti oncologici, sia a carattere pubblico (Bellinzona e Regione Tre Valli, Hospice Mendrisio) sia privato (Hospice Lugano), che ha oggi un caposervizio per le cure palliative all' interno dell' Ente Ospedaliero Cantonale e che prevede la creazione di un' unità di cure palliative per pazienti necessitanti di cure stazionarie, il ruolo dell' assistenza a domicilio in questo ambito particolare non può che essere valorizzato.

1.1.4 Maternità e infanzia

Le cifre apparse proprio in questi giorni nei rapporti delle delegazioni dei consorzi profilattici e materni parlano chiaro: le richieste a questo servizio, visite e consultazioni, sono in aumento.

Motivo	1995	1996
Consultazioni ambulatoriali	6000	6370
Visite a domicilio	4000	4200
Richieste di consigli al telefono	3800	4200

Fonte: Messaggio sull'esercizio della Delegazione del Consorzio profilattico, materno e pediatrico del Sottoceneri 1996

Non solo, nel caso del consorzio del Sottoceneri nel 1996 le richieste sono aumentate al punto tale che lo stesso ha dovuto ricorrere a infermiere "supplenti" supplementari.

Proprio l' affermazione contenuta nel messaggio circa il ricorso a ulteriori infermiere "supplenti" rivela la necessità di disporre di più personale infermieristico per adempiere a compiti che, pur rimanendo in genere di consulenza, informazione e prevenzione, sono molto importanti e apprezzati dalla popolazione.

Ma una constatazione, quella relativa al personale supplementare che deve far riflettere circa le potenzialità di sviluppo anche in termini di creazione di posti di lavoro permessa dal potenziamento dell' assistenza e delle cure a domicilio permette.

1.1.5 I compiti dei servizi di assistenza e cura a domicilio

Da questi dati come detto frammentari e che in parte sono stati sviluppati in precedenza, risulta che i numerosi bisogni sono solo parzialmente coperti e che ne giustificano, rendendolo prioritario un ampliamento delle cure a domicilio. D' altronde le indicazioni principali riguardanti gli obiettivi, i compiti e i principi di base dell' assistenza e cura a domicilio sono contenute nel "profilo 2001" dell' Associazione Svizzera dei Servizi di Aiuto e Cura a Domicilio (ASSASD).

Trattandosi dell' associazione mantello raggruppante le associazioni cantonali che operano in questo settore, quindi anche l' ATAD, il profilo 2001 può valere come linee direttive su cui si fondano appunto i compiti e le attività dei summenzionati servizi.

In particolare riferendosi agli utenti esso prevede che le prestazioni dei servizi di aiuto e cura a domicilio si rivolgono a:

- handicappati, malati, persone vittime di incidenti, convalescenti, persone anziane, persone in fine di vita;
- persone confrontate a una crisi o a una situazione di rischio fisico, psichico e/o sociale;
- donne prima e dopo la nascita di un bambino;
- famiglie e vicini che aiutano le persone in difficoltà.

Riferendoci a questa "descrizione degli utenti" e senza avere il pretesto di voler essere esaustivi, abbiamo voluto elaborare un quadro evidentemente non completo di quelli che sono o possono essere i bisogni nell' ambito della permanenza a domicilio.

Che sempre secondo l'ASSASD ha come compiti:

- mantenere l' ambito di vita quotidiano;
- promuovere ristabilire e mantenere la salute, prevenire la malattia;
- diminuire le sofferenze e accompagnare i morenti;
- assicurare l' inserimento delle famiglie, dell' ambiente circostante, degli amici e dei vicini che portano aiuto o suppliscono quando questa rete non esiste più o non è momentaneamente disponibile;
- raccorciare o evitare il soggiorno in istituti come gli ospedali, cliniche, case per anziani ecc.

1.2. Le risorse

1.2.1 La spesa sanitaria cantonale

Dal conto sanitario cantonale 1993 risulta chiaramente che le spese per le cure a domicilio rappresentano solo 1,4% della spesa sanitaria complessiva, rispetto al 1,1% rilevato nel conto sanitario cantonale del 1990.

Spesa sanitaria cantonale 1990 e 1993, in mio fr.

	Costi totali		Casse mal.		Ass. soc.		Priv. div.		Comuni		Cantone		Confed.	
	1990	1993	1990	1993	1990	1993	1990	1993	1990	1993	1990	1993	1990	1993
Ospedali e altri istituti	519,245 %	709,648%	173,3	274,7	21,1	36,7	161,2	184,3	44,6	71,8	111,4	134,2	1,2	1,8
Istituti non ospitanti	16,8 1,4%	21,1 1,4%	1,6	2,7	1,6	2,5	0,3	0,4	0,4	0,6	12,8	14,8	-	-
Cure a domicilio	13,1 1,1%	20,5 1,4%	1,2	2,2	0,3	0,4	1,6	3,2	5,5	7,6	4,4	6,2	0,1	0,1
Liberi professionisti	310,9 27%	368,4 25%	130,4	167,8	20,3	25,7	159,4	174,9	-	-	0,7	-	-	-
Commercio beni e servizi	186,1 16%	236,5 16%	100,4	143	5,1	7,1	74,2	74,7	1,5	4,3	4,2	6,1	-	-
Prevenzione + Educazione sanitaria	13,2 1,1%	11,8 0,8%	0,4	-	-	-	2,2	2,0	1,1	1,5	8,1	7,6	1,3	0,6
Formazione	13,1 1,1%	19,8 1,3%	-	-	-	-	0,5	0,6	-	-	11,5	17,7	0,8	1,1
Amm. salute pubblica	75,7 6,5%	1,1 6,2%	32,4	35,4	-	20,1	33,6	30,6	6,6	-	3,2	5,0	-	-
Altro	15,0 1,3%	-	-	-	15									
Totale	1163	1479	439,7	625,9	63,7	92,4	433,0	470,8	59,7	85,7	156,2	191,7	3,4	4,3

Fonte: Conto sanitario cantonale 1993.

Anche nella spesa sociale a carico dell' ente pubblico l' assistenza e la cura a domicilio rappresentano una minima percentuale.

Spesa sociale Cantone-Comuni consuntivo 1994, in mio fr.

	Case anziani	SAD	EOC	OSC	Ass. sociali	Assistenza	Invalidi	Mat./Infanzia	Serv. dent.	Autolettigh e	Tossicomanie	Totale
Cantone	37,5	9,9	91,2	33,1	134,6	26,0	19,5	20,8	1,7	3,2	4,1	381,6
Comune	28,5	8,5	45,6	--	72	6,5	--	--	1,3	4,1	--	166,5
Totale	66	18,4	136,8	33,1	206,6	32,5	19,5	20,8	3	7,3	4,1	548,1

%	12,1	3,4	25	6	37,7	5,9	3,6	3,8	0,5	1,3	0,7	100
---	------	-----	----	---	------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

D' altra parte, proprio i recenti dati forniti dall' amministrazione cantonale tramite il documento attualmente in consultazione riguardante il (Progetto di pianificazione ospedaliera), mostrano l' oramai nota eccedenza di posti letto per cure generali acute nel nostro Cantone nel confronto nazionale ed internazionale e l' alto tasso di ospedalizzazioni in Ticino rispetto agli altri Cantoni svizzeri.

Densità di letti acuti e di riabilitazione per 1'000 abitanti, settore pubblico e privato, Svizzera 1995.

(inserire grafico superiore pag. 10)

Fonte: Progetto di pianificazione ospedaliera 4.9.1997, pag. 12.

Tasso di ospedalizzazione per 1000 abitanti, compresi ricoveri fuori Cantone, Svizzera 1995

(inserire grafico inferiore pag. 10)

Fonte: Progetto di pianificazione ospedaliera 4.9.1997, pag. 14 .

Anche dall'analisi superficiale di questi dati, si conferma quanto sostenuto nel capitolo risorse nel messaggio del CdS: Nel nostro Cantone esiste un notevole potenziale riallocativo delle risorse nel settore sanitario cantonale. Analisi e dati ai quali si intende rispondere con le proposte previste dalla pianificazione ospedaliera cantonale, ossia in modo particolare riducendo l' eccedenza di letti nel settore ospedaliero. Evoluzione che dipenderà anche, come afferma lo stesso CdS nel citato progetto di pianificazione ospedaliera, (dalla trasferibilità di cure e prestazioni a livello ambulatoriale). Trasferibilità in parte possibile solo con il potenziamento delle possibilità di permanenza a domicilio. Ma a nostro modo di vedere non si tratta di considerare solo la densità delle cure stazionarie, in particolare il numero di posti letto in eccedenza, bensì l' intera struttura sanitaria cantonale. Se da un lato quindi si tratta di diminuire le eccedenze non giustificate rispetto a Cantoni e Paesi a noi vicini e simili per struttura del sistema sanitario, dall' altro si tratta di verificare ulteriori possibilità di contenimento o riduzione delle cure "istituzionali" se i servizi di cura e assistenza a domicilio vengono potenziati.

Che questo potenziale riallocativo sussista, risulta anche dal confronto con altri Cantoni. In particolare il Canton Vaud il quale proprio per il particolare sviluppo delle cure a domicilio è già stato preso a mo' di paragone dall' amministrazione nel messaggio sull' assistenza e cura a domicilio. Infatti nel rapporto Gilliard sul sistema sanitario ginevrino sono contenuti pure dati riguardanti il Canton Vaud, secondo i quali (l' effetto del rafforzamento dei servizi volti al mantenimento a domicilio) avvenuto negli ultimi anni a permesso di diminuire le persone residenti in istituti, come è illustrato dalla figura che segue:

Vaud: indices des nombres des personnes placées en institution medico-sociale de 1985 a 1995.

(inserire grafico pag. 11)

Fonte: Le rapport Gilliard sur le système de santé genevois, décembre 1996.

Interessante a questo proposito è però l' evoluzione in atto nel Canton Ginevra, sicuramente un Cantone più difficilmente paragonabile al Ticino ma che comunque permette alcune osservazioni dal momento che negli ultimi anni anche qui si è assistito a uno sviluppo relativamente importante dei servizi per la permanenza a domicilio. Dal 1992 al 1995 infatti a Ginevra si è verificata una diminuzione delle giornate di cura dell' Ospedale universitario di 40'000 giornate, pari a meno 9%. Nel contempo i costi d' ospedalizzazione e di residenza (a valori monetari costanti) sono rimasti stabili. A parere degli esperti se (gli effettivi e le prestazioni più numerose dei servizi per la permanenza a domicilio non costituiscono la sola spiegazione, il loro ruolo è sicuramente fuori discussione).

1.2.2 Gli attori

L'elenco più esaustivo dei servizi sociosanitari operanti nel settore delle cure domiciliari in Ticino, se pur non completo è quello fornito nel rapporto della Commissione Spitex dell' OMCT del 1992, che mostra come la realtà ticinese si estenda dai diversi consorzi, agli studi medici, dai servizi sociali comunali a servizi specializzati quali Pro Senectute, Pro Infirmis ecc., passando dai servizi di trasporto ad altri operatori sanitari quali i fisioterapisti, gli ergoterapisti e i logopedisti.

Nonostante questa lunga lista e l' importante offerta, manca però un coordinamento di tutte queste strutture operanti sul territorio cantonale. Se per determinate prestazioni in ambito extraospedaliero possiamo quasi avere un' esuberanza di prestazioni (v. studi medici o farmacie), per altre (ergoterapia, fisioterapia, trasporti ecc.) se ne constata una certa carenza. Ma come detto il problema principale rimane il coordinamento di queste enorme potenzialità già operanti sul territorio cantonale e quindi, come vedremo a livello operativo e strutturale, la necessità di una pianificazione cantonale delle strutture, dei servizi e delle organizzazioni esistenti.

1.2.3 I SAD

Prestazioni eseguite ATAD secondo i casi di intervento dal 1991 al 1996 rispetto alla popolazione

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1991-96%
Popolazione	293122	291318	295277	299630	301984	305088	4,08
Casi	4670	4754	5049	5409	5544	5778	23,73
Prestazioni	243583	225040	261985	327237	315236	337924	38,73

Fonte: Dati statistici ATAD

Nonostante un incremento delle prestazioni eseguite dai servizi di aiuto domiciliare negli ultimi anni (in particolare l' ATAD ha incrementato i casi seguiti dal 1991 al 1996 del 23%), la copertura rispetto alla popolazione residente nel

Cantone rispettivamente la presa a carico da parte dei servizi domiciliari rimane ben al di sotto di altri Cantoni svizzeri. Se infatti il rapporto del 1993 del gruppo di lavoro interdipartimentale e sul quale si basano le estrapolazioni in merito al potenziamento dei servizi, mostrava una percentuale di presa a carico nettamente inferiore rispetto a Cantoni come Zurigo o Vaud, i dati da noi calcolati evidenziano che comunque questa percentuale è aumentata in scarsa misura anche a quattro anni di distanza dalla presentazione del messaggio e dopo un aumento dei casi seguiti e delle prestazioni effettuate.

Copertura data dal servizio a domicilio in TI, VD e ZH per tutte le fasce d'età dell'utenza

TI 1992	TI 1996	VD 1992	ZH 1990
1,6%	1,9% !	3,2%	3,3%

Fonte: Rapporto del 13.12.1993 del gruppo di lavoro interdipartimentale (assistenza e cura a domicilio), ad eccezione dei dati TI 96 calcolati in base alle prestazioni degli attuali servizi in rapporto alla popolazione. Dati comunque confermati dal rapporto dell'ATAD dell'agosto 1997.

Casi in percentuale sulla popolazione seguiti dall'ATAD

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Casi in %	1,59	1,63	1,71	1,81	1,84	1,89

Fonte: ATAD, dati statistici agosto 1997

1.2.4 Le Case per anziani

Precedentemente abbiamo già mostrato come il potenziamento dei servizi di cura e assistenza a domicilio abbia permesso una diminuzione della popolazione residente in istituti nel Canton Vaud. Al proposito vale la pena confrontare ulteriormente la situazione nel Canton Ticino e nel Canton Vaud in rapporto alla popolazione degente presso le case per anziani. Dal confronto emerge chiaramente che, in anni paragonabili (1992), il numero di persone oltre i 65 anni di età degenti in istituto è chiaramente superiore in Ticino, dove appunto i servizi per il mantenimento a domicilio sono meno potenziati.

Percentuale della popolazione ospite in case per anziani per rapporto alla popolazione residente totale in Canton Ticino, divisa per fasce d'età nel 1992

Fasce d'età	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	>89
%	1,1	3,2	7,3	15,9	27,5	32

Fonte: La salute dei ticinesi, 1995 Dipartimento delle opere sociali.

Percentuale della popolazione ospite in case per anziani per rapporto alla popolazione residente totale nel Canton Vaud, divisa per fasce d'età nel 1992

Fasce d'età	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	>89
%	0,9	2	4,1	8,9	20,7	non disponibile

Fonte: Le rapport Gilliland sur le système de santé genevois 1996.

1.3. I costi

1.3.1 Gli scenari di evoluzione dei SACD

Il rapporto del gruppo di lavoro interdipartimentale "assistenza e cura a domicilio" e il messaggio del Consiglio di Stato dell'agosto 1994 mostrano chiaramente quale dovrebbe essere l'evoluzione del fabbisogno di personale, acquisita evidentemente la necessità di potenziare i servizi.

Questa evoluzione è chiaramente presentata sotto forma di tre scenari:

- n. lo scenario 0 come risposta parziale al potenziamento dei SACD (medesima offerta di cure e assistenza per la popolazione ultraottantenne ed un aumentata presa a carico e un aumentata presa a carico a domicilio per la fascia di età dai 65 ai 79 anni).
- n. gli scenari 1 e 2 come potenziamento e riorientamento della presa a carico dei SACD (ulteriore estensione delle figure professionali, aumento della quota di ultraottantenni presi a carico dai servizi e aumento della presa a carico di invalidi non anziani, nuove patologie e bisogni, ecc.). Dove allo scenario 2 corrisponde, rispetto allo scenario 1, un potenziamento del settore dell'aiuto familiare così da riorientare anche le modalità della presa a carico domiciliare. Evidentemente per i bisogni in crescita e le necessità emergenti che abbiamo evidenziato nella prima parte del rapporto, accettiamo un'evoluzione dei servizi di assistenza e cura a domicilio come prevista con lo scenario 2, comprese le nuove figure professionali. Riteniamo infatti che solo con un'evoluzione quantitativa e qualitativa almeno di questo ordine di grandezza si possa effettivamente ed efficacemente riorientare la politica sanitaria tenendo conto dei bisogni di tutte le fasce di età della popolazione e permettendo di sfruttare quel potenziale riallocativo delle risorse sanitarie, sul quale ci siamo espressi precedentemente. Inoltre, solo un potenziamento degli effettivi come previsto dallo scenario 2 permetterebbe di avvicinare il nostro Cantone a una presenza sul territorio dei servizi di assistenza e cura a domicilio paragonabile ad altri Cantoni. Tanto più che secondo il già citato Gilliland, infatti, è possibile evitare un pericoloso razionamento delle cure solo con un potenziamento delle cure domiciliari corrispondente al 5% dell'intera spesa

sanitaria (in Svizzera mediamente circa il 2%). In quest' ottica sarà comunque necessario potenziare i servizi di assistenza e cura a domicilio oltre quanto previsto con lo scenario 2.

SACD, Copertura data dal servizio in TI, VD e ZH per tutte le fasce d'età dell'utenza

TI 1992	TI 1996	TI 2010 scenario 0	TI 2010 scenario 1 e 2	VD 1992	ZH 1990
1,6%	1,9%	2,0% !	2,5%	3,2%	3,3%

Fonte: Messaggio del CdS no. 4287 del 31.8.1994, pag. 84

Evidentemente un potenziamento e un riorientamento della presa a carico da parte dei servizi di assistenza e cura a domicilio significa dal profilo finanziario un maggiore onere per l' ente pubblico. Onere che d' altra parte, non solo è stato quantificato dal messaggio del Consiglio di Stato, bensì è chiaramente inserito nel Piano finanziario del Cantone.

Evoluzione dei costi dei SACD nel 2000 e 2010 rispetto al costo del SAD nel 1996, secondo lo scenario 2, in mio di fr., a prezzi 1996 (considerando un aumento reale del 12,8% dal 1992 al 1996)

1996	2000	2010
21,2 mio	43,3 mio	52,8 mio

Base per i calcoli sulla possibile evoluzione dei costi: messaggio CdS no. 4287 del 31.8.1994 pag. 51.

I costi previsti dal messaggio del Consiglio di Stato sono indicativi. Inoltre, non tengono evidentemente conto di alcune proposte del presente rapporto, in particolare della possibilità da noi inserita al capitolo 2.1 e suggerita anche dagli iniziativisti di creare due sole organizzazioni Spitex in modo da contenere i costi di gestione e amministrazione.

Parlando di costi e finanziamento dei futuri SACD non possiamo non accennare alle conseguenze finanziarie per il Cantone e i Comuni. Volutamente non entriamo nel merito di questo aspetto, perché come la maggioranza commissionale accettiamo l' impostazione data dal CdS al meccanismo di ripartizione degli oneri tra Comuni e Cantone. Ci preme solo sottolineare un aspetto politico importante: gli sgravi nella partecipazione comunale accettando il nuovo meccanismo di ripartizione degli oneri (attribuzione al Cantone dell' intero fabbisogno finanziario dell' EOC, assunzione da parte dei Comuni del 80% del fabbisogno finanziario delle case per anziani e dei SACD). Come si evince dalla tabella seguente:

Sgravio in mio concesso ai Comuni con il riposto meccanismo di ripartizione degli oneri (aggiornamento rispetto al messaggio del CdS del 21.11.1995), senza considerare i servizi di appoggio

1995	2000	2010
17,1	12,2	9,7

Fonte: DOS - aggiornamento degli aspetti finanziari del messaggio no. 4287, note all' indirizzo della Commissione sanitaria 21.11.1995.

1.3.2 La LAMAL e l'art. AVS 101 bis

Con l'entrata in vigore della nuova Legge sull' assicurazione malattia (LAMAL), le casse malattia coprono unicamente i costi per le prestazioni infermieristiche effettuate a domicilio. Le cure prettamente di aiuto domiciliare non sono invece coperte dall' assicurazione malattia di base. Gioco forza entra in considerazione il ruolo svolto dall' ente pubblico, sia esso Comune, Cantone o Confederazione. Proprio quest' ultima dal canto suo interviene finanziariamente in diversi modi per facilitare la permanenza a domicilio, in particolare tramite l' AVS o le prestazioni complementari con aiuti diretti o sovvenzioni agli utenti o ai loro familiari.

L' AVS in particolare tramite l' art. 101 bis della legge AVS permette il versamento di sussidi a quelle associazioni di diritto privato che operano per il mantenimento a domicilio. E' proprio questa possibilità, poco sfruttata dal nostro Cantone finora perché i servizi di aiuto domiciliare sono retti sostanzialmente da organismi di diritto pubblico quali i consorzi, che ha spinto il Consiglio di Stato e la Commissione sanitaria unanime a prevedere l' organizzazione in forme associative. Nel 1996 infatti i sussidi - che corrispondono al massimo al 33% dei salari versati al personale che si occupa degli anziani - per il nostro Cantone avrebbero potuto essere circa 4 milioni.

Al proposito però ci preme sottolineare che le ventilate possibilità di "cantonalizzazione" delle sovvenzioni AVS per la permanenza a domicilio, che nel qual caso sarebbe interamente addossato a Cantoni e Comuni, arrischiano di vedere ulteriormente ridotto il contributo dell' ente pubblico nei confronti dello Spitex. Pur essendo conoscenti che non è questa la sede per simili rivendicazioni, ci preme sottolineare che ci opponiamo a questa forma di riduzione dei contributi pubblici nei confronti delle cure domiciliari. Anche perché come detto poc' anzi il sistema di finanziamento tramite l' assicurazione malattia dello Spitex, si limita a coprire le prestazioni infermieristiche creando una disparità di trattamento per quelle cure che sono invece prettamente di aiuto familiare.

Un settore quello dell' assistenza e cura a domicilio che è il parente povero nel calderone della spesa sanitaria, con una voce di spesa ben al di sotto del 2% della spesa sanitaria globale. E che in Ticino come risulta da i dati seguenti è comunque quello che influisce meno sui costi delle casse malattia:

Confronto Ticino - media Svizzera - costo in fr. per assicurato

Voce di spesa 1996	Costo in fr. per assicurato Ticino	Costo in fr. per assicurato Svizzera	Differenza % TI/CH
Medici (ambulatorio)	549.--	482.--	+ 14%
Ospedale stazionario	683.--	497.--	+ 37%
Ospedale ambulatoriale	177.--	150.--	+ 18%
Medicamenti + pro. Farmacia	437.--	325.--	+ 34%
Case anziani	84.--	92.--	- 7%
SPITEX	11.--	19.--	- 42%
Fisioterapia	83.--	55.--	+ 51%
Laboratori di analisi	80.--	49.--	+ 63%
Altri	73.--	59.--	+ 24%
Totale	<u>2'177.--</u>	<u>1'728.--</u>	<u>+26%</u>

Fonte: Progetto di pianificazione ospedaliera 4.9.1997, pag. 17.

1.4 Conclusioni

Con quanto da noi affermato nel presente rapporto, ma in modo particolare dall'evoluzione dei bisogni e delle risorse oggi disponibili per il settore domiciliare nel nostro Cantone, non possiamo che sostenere la necessità di una riforma globale dei servizi di cura ed assistenza a domicilio. Riforma che a nostro parere è stata richiesta da cittadini e cittadine ticinesi, dagli operatori e le operatrici dei servizi, dagli utenti stessi con l'iniziativa popolare denominata Spitex e all'origine del dibattito politico in corso, sia del messaggio presentato nel 1994 dal Consiglio di Stato, sia dai due rapporti oggi contrapposti.

Due rapporti che divergono nel testo di legge sostenuto come vedremo, ma soprattutto nei contenuti.

Anche dal confronto con altri Cantoni, riteniamo infatti che nonostante un'estensione dei servizi e in particolare un aumento delle prestazioni con la presa a carico di nuovi casi da parte degli attuali Servizi di aiuto domiciliare, l'evoluzione in questo settore sia insufficiente di fronte ai bisogni della popolazione ticinese. Popolazione sempre più confrontata con realtà familiari, sociali e sanitarie nuove. Alla quale si può rispondere con un potenziamento quantitativo dell'offerta, inteso spesso unicamente come aumento delle prestazioni, ma soprattutto anche con un potenziamento qualitativo della stessa.

Come d'altronde richiesto con l'iniziativa popolare "Spitex" da oltre 11'000 cittadini, chiediamo:

- un potenziamento non solo quantitativo bensì anche qualitativo dei servizi di cura e assistenza a domicilio. Inteso in particolare come presa a carico di nuovi utenti e bisogni con nuove figure professionali, un lavoro di équipes con figure polyvalenti, nonché coordinate e in stretta collaborazione tra loro;
- un decentramento dell'assistenza domiciliare sul territorio;
- una pianificazione cantonale elaborata in collaborazione con i Comuni che tenga conto dell'esistente, delle specificità regionali e che sia coordinata con il resto delle strutture sociosanitarie presenti (case per anziani, centri diurni, ospedali ecc.);
- un superamento delle attuali strutture consortili in forme più dinamiche quale può esserlo l'associazione di diritto privato.

Per quanto riguarda il finanziamento dei Servizi di cura e assistenza a domicilio, in particolare la nuova ripartizione degli oneri tra Comuni e Cantone, accettiamo l'impostazione commissionale volta ad approvare cosiddetta iniziativa "Donadini", che permette una notevole possibilità di risparmio per i Comuni.

Riteniamo che la sfida proposta con il presente rapporto sia sicuramente grande ma, per citare un esperto svizzero del settore, Pierre Gilliand (la posta in gioco è etica: si tratta di aggiungere vita agli anni, piuttosto che anni alla vita).

CAPITOLO 2

2.1. L'iniziativa popolare del 1991

L'iniziativa popolare per il promovimento delle cure extraospedaliere e dei servizi a domicilio (SPITEX anche in Ticino) chiede "l'elaborazione da parte del Gran Consiglio 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 intervento territoriale oggi prevista da altre leggi."

Il testo dell'iniziativa popolare è stringato, ma preciso, e chiede:

1. una legge SPITEX;
2. una ristrutturazione dei Consorzi di aiuto domiciliare;
3. il potenziamento e il rinnovamento del modo di operare dei servizi di aiuto domiciliare nel Cantone.

Sul retro del foglio dell'iniziativa sono indicati sette punti che esplicitano ancor più i contenuti della riforma proposta, che ha come scopo di allargare le possibilità di mantenimento a domicilio delle persone ammalate o bisognose.

In primo luogo l' iniziativa chiede il potenziamento e l' allargamento a tutte le fasce d' età dello SPITEX: questo presuppone il rafforzamento del personale, quantitativo (in numero) e qualitativo (maggiore formazione e perfezionamento). Ma un altro presupposto è costituito dal decentramento dello SPITEX, in particolare con comprensori di 15'000 abitanti ca. in cui operino équipes di più figure professionali, che collaborano con le strutture stazionari sociosanitarie (SPITIN). Il modello viene completato dalla richiesta di un coordinamento cantonale dello SPITEX, in particolare nella definizione degli obiettivi di cura e nel controllo dell' esecuzione per raggiungere efficacia e coerenza nell' aiuto e cura a domicilio in Ticino.

Gli ultimi tre punti delineati dagli iniziattivisti concernono una maggiore assunzione da parte delle casse malati delle spese di prevenzione e cura a domicilio, il sostegno all' aiuto a domicilio svolto da familiari e vicini e il sostegno al volontariato e al mutuo aiuto.

Ci pare inoltre importante ricordare che allegato al testo dell' iniziativa si trova un testo che spiega le origini dell' iniziativa e che sottolinea l' esigenza di rafforzare e ristrutturare i Servizi di aiuto domiciliare esistenti: in effetti è dalla realtà dei Consorzi di aiuto domiciliare operanti in Ticino che "bisogna partire per una riforma e per un allargamento dei compiti".

Quest' ultima esigenza è stata realizzata solamente in parte dal messaggio del Consiglio di Stato no. 4287 del 31 agosto 1994. In particolare il messaggio è carente per quanto riguarda la riforma della struttura consortile e lascia aperte tre vie istituzionali per lo SPITEX: il Consorzio, l' associazione e il comune-polo. Gli iniziattivisti hanno espresso il loro disagio su questo punto, suggerendo la creazione in Ticino di due sole organizzazioni SPITEX, una operante nel Sottoceneri, una operante nel Sopraceneri, in modo da contenere i costi di gestione e amministrazione (lettera del 26 giugno 1996 alla Commissione sanitaria).

Questo suggerimento degli iniziattivisti è sorto anche a seguito della polemica innescata da alcuni esponenti della maggioranza della Commissione sul numero eccessivo di direttori dei Servizi d' assistenza e cura a domicilio: essi hanno sostenuto che il messaggio del Consiglio di Stato propone la creazione di 8 posti di direttore, per un costo totale che arriverebbe facilmente al milione di franchi di stipendi (la maggioranza della Commissione ha pertanto trasformato gli 8 direttori in 8 coordinatori, poi diventati "responsabili qualificati" nel testo definitivo, sperando in tal modo di ridurre i loro onorari ...).

Il presente rapporto, in accordo con gli iniziattivisti, si distanzia esplicitamente da questa ipotesi della creazione di 8 Servizi d' assistenza e cura a domicilio nel Cantone, che porterebbe alla creazione di 8 apparati amministrativi e 8 direttori (o coordinatori che di si voglia). Il presente rapporto indica come modello operativo concreto l' organizzazione amministrativa e direzionale centralizzata esistente nel Sottoceneri, che è costituita dal Consorzio aiuto domiciliare Lugano e dintorni: una simile struttura dovrebbe essere creata progressivamente anche nel Sopraceneri, anche perché un simile modello non esclude forme di decentramento e di flessibilità regionale (vedi attuali spazi decisionali della Regione Malcantone nel Consorzio aiuto domiciliare Lugano e dintorni).

2.2. Prese di posizione di associazioni attive in campo sociale e sanitario

Innanzitutto va ricordato che l' iniziativa popolare "per il promovimento delle cure extraospedaliere e dei servizi a domicilio" è stata sostenuta da una serie di associazioni attive in campo sociale e sanitario, tra le quali citiamo Comunità familiare, Associazione ticinese dei genitori di bambini bisognosi di educazione speciale (ATGABBES), Aiuto AIDS Ticino, Associazione svizzera infermieri - Ticino, Associazione ticinese famiglie monoparentali, Associazione svizzera levatrici - Ticino, Movimento per la salute e Gruppo sindacale VPOD del personale dei servizi di aiuto domiciliare.

Tra le prese di posizione scritte espresse dalle associazioni in merito al messaggio del Consiglio di Stato (vedi pag. 4 del messaggio) sottolineiamo le adesioni esplicite dell' Associazione professionale ticinese aiuto familiare, dell' Associazione svizzera infermieri - Ticino, del Gruppo sindacale VPOD del personale dei servizi di aiuto domiciliare, delle Commissioni interne del personale dei servizi di aiuto domiciliare, della Federazione svizzera dei fisioterapisti - Ticino, del Gruppo d' interesse delle infermiere in salute pubblica.

Rileviamo poi le principali prese di posizione giunte alla Commissione sanitaria dopo la prima lettura da parte delle associazioni attive in sociale e sanitario.

L' Associazione svizzera infermiere e infermieri - Ticino ha criticato la maggior parte delle modifiche apportate dalla maggioranza nella prima lettura (mantenute nella seconda lettura), chiedendo in sostanza il ripristino del testo del Consiglio di Stato.

Le Commissioni interne dei Servizi di aiuto domiciliare e infermieristici di Bellinzona, Regione Tre Valli, Lugano e Locarno hanno rilevato nel testo di prima lettura una serie di peggioramenti rispetto al messaggio del Consiglio di Stato.

Questi peggioramenti sostanzialmente rimasti nel testo di maggioranza di seconda lettura sono:

- diritto di regresso nei confronti dei parenti;
- possibilità di delega di compiti ad enti esterni con scopo di lucro;
- impoverimento della composizione professionale dell' équipe interdisciplinare;
- eliminazione della figura responsabile della collaborazione tra SpiteX e altri enti del settore sociosanitario.

L' Associazione delle operatrici domiciliari (che raggruppa le ausiliarie dei Servizi di aiuto domiciliare) ha denunciato alla Commissione sanitaria in una lettera del 10 settembre 1996 il fatto che il Consorzio aiuto domiciliare di Locarno occupa "circa la metà o più del personale ausiliario non formato" per la funzione di aiuto familiare: essa ha rivendicato quindi attenzione da parte della Commissione all' esigenza di formazione del personale ausiliario, in particolare corsi d' introduzione e cours en emploi.

Molto articolata è la presa di posizione di Pro Infirmis Ticino, che ha pure chiesto al termine della prima lettura il ripristino della versione del Consiglio di Stato, più consona ai bisogni della popolazione.

Per Pro Infirmis "la scelta dell'istituzionalizzazione più o meno medicalizzata non sempre è necessariamente frutto di un bisogno di cure mediche particolari, ma piuttosto dell'impossibilità di far fronte a bisogni personali quotidiani (come alzarsi, lavarsi, occuparsi della pulizia della casa) per mancanza di aiuti puntuali (finanziari e di personale)".

Quindi "vivere a casa può essere per una persona handicappata ancora un lusso", perché "l'attuale sussidiamento del sistema sociosanitario penalizza le persone che scelgono di vivere al loro domicilio così come penalizza i familiari che si impegnano a mantenere un handicappato, un ammalato o un anziano a casa."

E più oltre l'associazione sottolinea che "all'interno della famiglia è ancora quasi sempre la donna (madre e/o moglie) ad assumersi il ruolo più difficile, i compiti più delicati".

Di particolare rilievo è quanto scritto da Pro Infirmis a proposito dell'équipe pluridisciplinare nei Servizi di assistenza e cura a domicilio proposta nel messaggio del Consiglio di Stato: "per quanto concerne la casistica da noi seguita la necessità di tutte le figure professionali enumerata dal decreto legislativo del Consiglio di Stato è una realtà. Dall'esperienza acquisita possiamo affermare che l'attuale organizzazione del mantenimento a domicilio soffre di gravi lacune."

La maggioranza della Commissione sanitaria non ha purtroppo voluto tenere in conto queste prese di posizioni provenienti da associazioni di professionisti che operano sul territorio in ambito Spitex: così facendo la Commissione sanitaria ha proceduto tramite il suo controprogetto a un impoverimento sostanziale della nuova legge sui Servizi d'assistenza e cura a domicilio proposta dal Consiglio di Stato. Il controprogetto elimina buona parte delle novità presentate dal testo governativo, senza peraltro proporre vere e proprie alternative: il controprogetto si appiattisce invece sulla realtà attuale dei Consorzi d'aiuto domiciliare e infermieristico, che i professionisti definiscono insufficiente e lacunosa. In questo senso il rapporto di maggioranza vara una legge conservatrice e ha obbligato la minoranza della Commissione ad elaborare il presente rapporto di minoranza e un testo di legge conforme, che attualizza e valorizza i contenuti innovativi e progressisti del messaggio del Consiglio di Stato del 1994.

CAPITOLO 3

3.1. Il testo di legge sull'assistenza e cura a domicilio conforme all'iniziativa popolare del 1991

La nostra minoranza sostiene il testo conforme all'iniziativa popolare per il promovimento delle cure extraospedaliere e dei servizi a domicilio, che è stato elaborato dalla Commissione sanitaria in base alle nostre indicazioni ed è stato sostanzialmente avallato dagli iniziativaisti.

Per ragioni di procedura formale il testo conforme di legge è allegato al rapporto di maggioranza, che invita a respingerlo preferendogli il proprio controprogetto.

Le 4 principali caratteristiche del testo conforme di legge sono le seguenti:

1. Esso sviluppa i contenuti dell'iniziativa popolare e del messaggio del Consiglio di Stato per quanto riguarda il potenziamento e la riorganizzazione dell'assistenza e cura a domicilio, proponendo una visione volta verso il futuro, che permetta di garantire maggiore qualità di vita a malati e anziani e che permetta nel contempo una stabilizzazione e una riduzione dei costi della salute causati dalle strutture stazionarie (ospedali, case per anziani e istituti sociali);
2. Esso riprende i contenuti dell'iniziativa parlamentare Donadini in merito alla ripartizione dei costi tra Cantone e Comuni nel sistema sanitario ticinese e le indicazioni del Consiglio di Stato in merito alla necessità per i SACD di adeguare la loro forma istituzionale per ottenere i sussidi federali dell'art. 101bis LAVS (sussidi peraltro che rischiano di essere aboliti prossimamente);
3. Esso accoglie alcune soluzioni volte a garantire un maggior coinvolgimento dei Comuni rispetto al testo di legge del messaggio governativo;
4. Esso contiene una serie di modifiche formali al messaggio (sistematica in particolare) elaborate dalla Commissione sanitaria.

3.2. Differenze principali tra testo di legge conforme e controprogetto

TITOLO I - PARTE GENERALE

Articoli 1-6

Obiettivi chiari dei servizi d'assistenza e cura a domicilio

Rimandiamo sostanzialmente al commento del messaggio del Consiglio di Stato (pag. 99 e segg.), dato che rispetto al testo proposto dal Governo il testo conforme e il controprogetto non si distanziano molto.

Tuttavia vi sono alcune differenze di contenuto da segnalare nel testo conforme di legge, che lo rendono più completo rispetto agli obiettivi del servizio d'assistenza e cura a domicilio:

- L'art. 2 include tra i beneficiari dei servizi anche ai casi con difficoltà familiari, psichiche e sociali: si tratta di un punto importante, perché già oggi i servizi intervengono per aiutare casi psichici e sociali, mentre la formulazione del testo di maggioranza è pericolosamente restrittiva, in quanto limita l'intervento dei servizi ai casi con "oggettive difficoltà socio-familiari";
- L'art. 3 include tra le prestazioni di assistenza e cura a domicilio anche l'attivazione delle risorse disponibili sul territorio (lett. e) e l'educazione e la prevenzione sanitaria (lett. f), riprendendo così un postulato importante degli iniziativaisti nell'ottica di una riduzione degli interventi e dei costi della salute. Sul primo punto riteniamo importante che il personale dei servizi possa "attivare" le risorse disponibili per gli utenti: la formulazione della maggioranza è restrittiva perché parla solamente di "informazione" da parte del personale dei servizi in direzione degli utenti. Riguardo

al secondo punto la maggioranza obietta che la nostra lettera f) è inutile poiché riprenderebbe quanto già previsto dalla legge sanitaria, che tuttavia non parla esplicitamente dei servizi territoriali: noi riteniamo invece che i servizi d'assistenza e cura a domicilio debbano diventare il fulcro dell'educazione e prevenzione sanitaria per ampie fasce di popolazione con le quali sono quotidianamente a contatto, visto anche che dispongono di personale qualificato per svolgere tale compito (in particolare le infermiere specializzate in salute pubblica);

- L'art. 6 definisce il volontario in modo chiaro e logico (e non tautologico come fa il testo di maggioranza), come "la persona che, liberamente e spontaneamente, secondo modalità individuali o tramite un'associazione, presta ai beneficiari assistenza e cura a domicilio, senza ricavarne alcun profitto".

Articoli 7 e 10

Competenze chiare e flessibili al Consiglio di Stato

L'art. 7 cpv. 2 lett. d) e l'art. 10 sono estremamente importanti per comprendere la differenza tra i due testi.

In questi due articoli il testo conforme di legge conferisce al Consiglio di Stato la competenza decisionale:

- in merito alla forma istituzionale dei servizi d'assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio;
- in merito alla definizione del comprensorio d'attività dei servizi (vedi art. 17 del testo del messaggio del Consiglio di Stato e art. 9 del controprogetto).

Si prevede in tal modo un meccanismo istituzionale flessibile e rapido, che permetta di adattare in tempi ridotti le strutture giuridiche e organizzative degli enti d'assistenza e cura a domicilio attivi sul territorio, nell'interesse degli utenti e delle finanze pubbliche. L'attribuzione di tale competenza decisionale al Consiglio di Stato risponde all'indicazione del superamento dei Consorzi richiesta dall'iniziativa popolare e alla possibile evoluzione delle condizioni poste dalla Confederazione per l'erogazione di sussidi in base all'art. 101bis LAVS.

Si precisa che al cpv. 2 dell'art. 7:

- lett. g): il testo conforme affida al Consiglio di Stato la decisione sulla promozione, sul sussidiamento e sulla gestione (quale comune o ente fa cosa) in merito ai servizi o programmi, supplementari o specifici, e affida poi ai comuni e agli enti, se lo desiderano, il compito di organizzare tali servizi o programmi. Non vi è quindi alcun rischio di conflitti di competenze o doppioni, visto che il Consiglio di Stato decide avendo una visione complessiva sulla situazione di questi servizi o programmi;

- lett. h): il verbo "assicura" del testo conforme non va inteso come un'ingerenza, ma bensì come un sostegno del Cantone alla formazione del personale dei servizi e dei volontari che vi operano, come richiesto dall'iniziativa popolare.

Articolo 7 cpv. 4

Nessuna delega in bianco a terzi

Il testo conforme conferisce al Consiglio di Stato la competenza di coordinare l'attività dei servizi d'assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio.

Contrariamente al controprogetto (art. 7 cpv. 4), vista la complessità del sistema sociosanitario, non riteniamo opportuna una delega di simile fondamentale competenza a enti terzi (corporativi privati o di diritto pubblico), soprattutto nell'attuale momento storico caratterizzato da una forte tensione nel settore della salute, settore nel quale lo Spitex fa figura di parente povero. In ogni caso riteniamo che una delega di simile portata debba essere semmai decisa dal Gran Consiglio in conoscenza di causa e non possa essere delegata per legge al Consiglio di Stato: ciò sarebbe una garanzia da un lato per i Comuni e dall'altro per i cittadini, che non si vedrebbero scippati del diritto di referendum sull'eventuale modifica decisa dal Gran Consiglio.

Articolo 8

Competenze ragionevoli ai Comuni

Il testo conforme chiarisce in modo ragionevole le competenze dei Comuni ed è speculare all'art. 7 (competenze del Cantone).

Esso permette in particolare ai Comuni ticinesi di dare il loro contributo alla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio (che definisce i livelli quantitativi e qualitativi dello Spitex), di esprimersi sugli aspetti istituzionali dei servizi d'assistenza e cura a domicilio e di organizzare servizi complementari specifici.

Articolo 9

Base legale chiara agli enti riconosciuti

L'art. 9 del testo conforme colma una lacuna, sia rispetto al testo del Consiglio di Stato, sia rispetto al controprogetto: esso conferisce la base legale agli enti riconosciuti dal Cantone, che gestiscono i servizi d'assistenza e cura a domicilio e i servizi d'appoggio, e permette loro di partecipare alla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio e alla sperimentazione di nuovi progetti.

Il testo conforme prevede per gli enti riconosciuti (all'art. 39 cpv. 2) il diritto di ricorso contro la pianificazione cantonale in materia d'assistenza e cura a domicilio.

TITOLO II - CARATTERISTICHE E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Articolo 11 cpv. 1 e 2

Servizi come associazioni e cooperative di diritto privato

Per quanto riguarda la forma istituzionale degli enti riconosciuti che gestiscono i servizi d'assistenza e cura a domicilio il testo conforme di legge si distanzia sia dalla soluzione del messaggio del Consiglio di Stato, sia dalla soluzione del controprogetto, prevedendo la sola forma giuridica di diritto privato (associazione o cooperativa), formata da una maggioranza di persone fisiche.

La nostra esigenza primaria è di democratizzare i servizi, facendo partecipare la popolazione a queste strutture sanitarie territoriali, come avviene peraltro nella maggior parte delle strutture Spitex nella Svizzera interna.

Questo mutamento istituzionale permette di ottemperare ai disposti dell' autorità federale per il versamento dei sussidi in base all' art. 101bis LAVS, come richiesto dal Consiglio di Stato alla Commissione sanitaria con lettera del 21 gennaio 1997.

Con l' impostazione chiara data dal nostro rapporto all' art. 11 evidentemente si semplifica tutta la legge, perché cadono tutti i riferimenti ai servizi consortili e comunali d' assistenza e cura a domicilio e d' appoggio: le disposizioni transitorie e finali della legge precisano i tempi e le modalità di trasformazione di tali strutture giuridiche nella forma istituzionale associativa e cooperativa.

L' art. 11 dà una risposta anche all' esigenza di superamento dei consorzi formulata dall' iniziativa popolare del 1991.

Articolo 11 cpv. 3

Convenzionamento sicuro dei servizi

Il testo conforme offre una soluzione flessibile, che evita contraddizioni con la pianificazione cantonale: in effetti la stipulazione delle convenzioni con i servizi è di competenza del Consiglio di Stato, naturalmente dopo aver sentito i Comuni e i servizi del comprensorio. Ai Comuni, oltre al diritto di essere sentiti e al diritto di ricorso, sarà possibile partecipare all' elaborazione della convenzione tramite l' adeguata rappresentanza comunale prevista negli enti riconosciuti che gestiscono i servizi d' assistenza e cura a domicilio e i servizi d' appoggio (art. 11 cpv. 2).

Articolo 12

Razionalizzazione dei servizi e pianificazione

L' art. 12 (requisiti particolari) del testo conforme corrisponde all' art. 11 cpv. 1 lett. a) e b) del controprogetto: esso aggiunge però l' obbligo per i servizi di partecipare attivamente alla pianificazione cantonale e di associarsi per razionalizzare le loro attività (es. aspetti amministrativi e informatici, corsi di aggiornamento per il personale, ecc.).

Articolo 13

Rappresentanza del Cantone

L' art. 13 del testo conforme (rappresentanza del Cantone) corrisponde all' art. 14 del controprogetto: esso estende però la possibilità di rappresentanza del Cantone ai servizi d' appoggio. La rappresentanza del Cantone serve ad orientare gli enti sussidiati in caso di bisogno e a tutelare gli interessi degli utenti e dei cittadini in caso di problemi.

Articolo 15

Ratifica delle convenzioni tra SACD e altri enti

L' art. 15 del testo conforme (convenzioni con altri enti) rispecchia l' art. 16 del controprogetto, ma precisa nuovamente che il Consiglio di Stato deve ratificare le convenzioni tra SACD e altri enti (art. 7 cpv. 2 lett. c): anche qui si tratta di garantire gli interessi degli utenti e dei cittadini da parte dell' autorità cantonale, che dispone di una visione complessiva del campo sanitario e della pianificazione in materia d' assistenza e cura a domicilio.

Articoli 16-20

Un'organizzazione chiara per un potenziamento dei SACD in tutte le zone del Cantone.

Per quanto riguarda la struttura funzionale dei servizi d' assistenza e cura a domicilio le differenze tra il testo conforme e il controprogetto sono importanti: il testo conforme riprende i contenuti precisi e vincolanti del messaggio del Consiglio di Stato, che risponde a richieste precise dell' iniziativa popolare, volta ad assicurare il potenziamento qualitativo e quantitativo dell' assistenza e cura a domicilio. Solamente in tal modo si può garantire che qualcosa cambi veramente nei servizi d' assistenza e cura a domicilio in tutte le regioni del Cantone e che la presente legge non si risolva quindi con un cambiamento di facciata, che propone la codificazione di quanto esistente.

In particolare è il testo conforme di legge indica che:

1. art. 16: occorre prevedere un responsabile qualificato alla testa della Direzione dei Servizi, nominato previo concorso e dopo ratifica del Governo: come già scritto al capitolo 2 del presente rapporto riteniamo sufficienti 2 direttori per i servizi d' assistenza e cura a domicilio dell' intero Cantone, uno per il Sopraceneri e l' altro per il Sottoceneri;
2. art. 17: le zone d' intervento dei SACD devono essere costituite a partire da una popolazione di 15'000 abitanti circa, in base alle caratteristiche topografiche e alla presenza di servizi sanitari e d' appoggio (cpv. 2): sono tutte indicazioni lasciate cadere dal testo di maggioranza;
3. art. 18: sono definite in modo completo l' unità operativa nella zona d' intervento e le figure professionali dell' équipe polyvalente dei SACD: le professioni che devono far parte dell' équipe polyvalente sono almeno sette (infermiera, aiuto familiare, ausiliaria, assistente sociale, fisioterapista, ergoterapista, medico fiduciario) e possono essere esercitate, sia a tempo parziale, sia con mandato di diritto privato remunerato in base alle prestazioni nel caso del medico fiduciario. Per quanto riguarda il fisioterapista (e anche l' ergoterapista) sottolineiamo che le case per anziani hanno assunto quasi tutte personale dipendente per ragioni di costo e di qualità del lavoro con gli ospiti. Buona è anche l' esperienza di istituti sociali e di case per anziani con i medici fiduciari (assunti con mandato), che servono a valutare le situazioni problematiche e a stabilire relazioni allo stesso livello con altri medici e a supervisionare altri operatori sanitari in caso di necessità. Infine l' assistente sociale dovrebbe essere un punto di riferimento dell' équipe per tutti gli aspetti sociali: se è vero che alcuni Comuni hanno istituito tale figura, in particolare per gli anziani, essa è comunque lungi dall' esistere ovunque. La presenza dell' assistente sociale nell' équipe dei servizi d' assistenza e cura a domicilio permetterà di dare un aiuto importante e rapido agli utenti in difficoltà.

Il controprogetto della Commissione sanitaria (vedi art. 19) ha eliminato dal testo di legge che descrive l' équipe polyvalente le figure del fisioterapista, dell' ergoterapista, del medico fiduciario e dell' assistente sociale, cedendo a

pressioni conservatrici e risparmiatrici: così facendo ha eliminato parte delle fondamenta per la costruzione di un servizio d'assistenza e cura a domicilio di buon livello in tutte le regioni del Cantone;

4. art. 19: il testo conforme prevede un capogruppo dell' équipe polivalente, che svolge anche il ruolo di figura di coordinamento tra SPITEX e SPITIN, analogamente alla legge sugli ospedali pubblici (nuovo art. 11 cpv. 9) e alla legge sull'assistenza sociopsichiatrica (nuovo art. 16 cpv. 3). L'omissione nel controprogetto (vedi art. 20) di queste figure di coordinamento tra strutture territoriali e strutture istituzionali - con motivazioni finanziarie innanzitutto - è un segnale grave e pericoloso in un momento in cui nella sanità si tratta di lavorare in modo sempre più rapido, efficace e coordinato per ridurre i costi della salute senza intaccare la qualità del servizio fornito all'utente;

5. art. 20: il testo conforme di legge riprende nella sostanza le indicazioni del Governo, precisando che il personale dell' équipe polivalente deve essere sentito nelle decisioni sulla presa a carico dell'utente: questo articolo deve suggerire una modalità di lavoro orizzontale e partecipativa, un'esigenza fortemente avvertita dal personale dei servizi territoriali, che gode per la natura stessa del suo lavoro di una forte autonomia operativa e prova di regola un forte senso di responsabilità nei confronti dell'utenza. L'art. 21 del controprogetto ha purtroppo lasciato cadere questa indicazione importante;

6. art. 21: infine si precisa che i SACD devono coinvolgere i volontari ove possibile e compatibile con la qualità dell'intervento: si tratta di un postulato importante dell'iniziativa ripreso anche dal controprogetto (art. 22).

TITOLO III - FINANZIAMENTO E SUSSIDI

Art. 25

Nessuno scopo di lucro per gli enti sussidiati

Il testo di legge conforme precisa che i sussidi per le spese d'esercizio dei servizi d'assistenza e cura a domicilio e per i servizi d'appoggio, i sussidi per servizi specifici, i sussidi per le spese d'investimento e i sussidi per casi particolari possono essere versati dal Cantone solamente ad enti senza scopo di lucro.

Articolo 27

Contributi ragionevoli da parte degli utenti

Il testo conforme non riprende i cpv. 3 e 4 dell'art. 28 del testo di maggioranza, che tende alla copertura completa dei costi delle prestazioni da parte degli utenti con redditi elevati e del diritto di regresso sui parenti degli utenti.

Rileviamo infatti che l'ATAD (Associazione ticinese dei servizi d'aiuto domiciliare) si oppone nelle sue osservazioni del 16 settembre 1996 (sub art. 11) a far coprire il 100% dei costi delle prestazioni agli utenti con redditi alti, ritenendolo ingiusto: il cpv. 3 dell'art. 28 del controprogetto è assurdo anche rispetto a tante altre prestazioni sanitarie fornite dallo Stato.

Puramente declamatorio è il cpv. 4 dell'art. 28 del controprogetto, che enuncia il diritto di regresso sui parenti, perché è un principio già contenuto nel Codice civile svizzero, che è peraltro di difficile applicazione pratica per i servizi territoriali (la sua applicazione sistematica implicherebbe infatti costi legali non indifferenti per raggiungere risultati non sempre certi).

Il cpv. 3 art. 27 del testo conforme (che corrisponde al cpv. 5 del controprogetto) migliora la formulazione delle prestazioni gratuite a favore delle madri e in favore di bimbi in età prescolastica (attualmente già fornite gratuitamente dai Consorzi profilattici e materni): il testo è simile a quello del messaggio del Governo (art. 11). Con il termine "assistenza igienica" non si comprende - lo precisiamo a scanso di equivoci - le prestazioni svolte da aiuto familiari e ausiliarie per la pulizia dell'abitazione di madri e gestanti: pertanto simili prestazioni sarebbero fatturate dai servizi sulla base del reddito e della sostanza dell'utente.

Articolo 28

Verifica completa dei bilanci e preventivi dei servizi

Riteniamo che la formulazione del testo conforme tuteli meglio l'interesse pubblico, del Cantone, dei Comuni e dei contribuenti, perché conformemente alla prassi sinora in vigore nel settore sussidiato permette allo Stato una verifica completa dei conti degli enti sussidiati: riteniamo pericoloso limitare il potere di verifica contabile del Cantone alla parte attività sussidiata come propone l'art. 29 cpv. 1 del controprogetto.

TITOLO IV - RIMEDI DI DIRITTO

Articolo 39

Ricorso contro la pianificazione

Nel testo conforme si indica il Gran Consiglio (come nell'art. 39 del controprogetto) quale istanza di ricorso contro la pianificazione: abbiamo scartato il Consiglio di Stato (perché elabora già la pianificazione) e il Tribunale cantonale amministrativo (perché non adatto a valutare politicamente i ricorsi). Tuttavia a differenza della maggioranza della Commissione sanitaria nel nostro testo precisiamo che i ricorsi contro la pianificazione non possono avere effetto sospensivo, per evidente necessità di tutelare l'interesse pubblico e l'interesse degli utenti, che non potrebbero vedersi bloccati i servizi e l'erogazione di prestazioni per un ricorso la cui evasione da parte del Parlamento richiederebbe parecchio tempo. In secondo luogo segnaliamo che il testo conforme prevede esplicitamente il diritto di ricorso contro la pianificazione anche agli enti riconosciuti.

Articolo 40

Ricorso contro le decisioni del Dipartimento e degli enti

Per quanto riguarda l'art. 40 il testo conforme si distanzia dal controprogetto (art. 41) per quanto riguarda il carattere definitivo delle decisioni cantonali su ricorso: riteniamo che il cittadino-utente abbia diritto di adire il Tribunale cantonale amministrativo in caso di contestazioni importanti con i servizi o con l'amministrazione cantonale, ad

esempio sulla presa a carico o sulle tariffe che gli vengono applicate. Questo tutelerà maggiormente i diritti degli utenti dei servizi di assistenza e cura a domicilio.

CAPITOLO 4

4.1. Conclusioni: Spitex parente povero o Spitex da potenziare? La scelta tra controprogetto e testo conforme

In sintesi affermiamo che il controprogetto della maggioranza della Commissione sanitaria si è allontanato in maniera marcata e inaccettabile dai contenuti dell' iniziativa popolare e dal messaggio del Consiglio di Stato: esso propone una visione "povera" dell' assistenza e cura a domicilio, che da anni gli operatori del settore, consci dei bisogni della popolazione, cercano di superare e che il Governo aveva pure cercato di superare (anche per motivi economici, perché investire nei servizi d' assistenza e cura a domicilio significa spendere meno in futuro nei servizi istituzionali). Siamo fortemente preoccupati dall' impostazione riduttiva data al controprogetto e crediamo che se questa dovesse essere accettata dal Gran Consiglio non si renderebbe servizio alla popolazione anziana, ai malati, ai disabili e alle famiglie di questo Cantone; inoltre si avrebbero anche a medio termine conseguenze finanziarie negative per l' intero Cantone, poiché verrebbe rallentato il riorientamento della spesa sanitaria dalle strutture istituzionali a quelle territoriali. Il presente rapporto sostiene il testo conforme di legge sull'assistenza e cura a domicilio, che abbiamo commentato nel dettaglio nel capitolo 3.

Questo testo di legge conforme all' iniziativa popolare permette a differenza del controprogetto di raggiungere 3 obiettivi fondamentali:

1. il potenziamento qualitativo e quantitativo dei servizi d' assistenza e cura a domicilio in tutto il Cantone nell' interesse dell' utenza e con lo scopo di riorientare la spesa sanitaria cantonale (vedi art. 16-23 del testo conforme): si tratta di un obiettivo che il controprogetto non consegue, poiché non entra sufficientemente in materia nella riorganizzazione dei servizi d' aiuto domiciliare (art. 17-24 del controprogetto);
2. il coordinamento tra Spitex e Spitin, ossia tra servizi territoriali e servizi istituzionali (vedi art. 20 del testo conforme, vedi modifiche art. 9 della legge ospedaliera e art. 16 della legge sociopsichiatrica): si tratta di un obiettivo lasciato cadere in maniera un poco semplicistica da parte del controprogetto (vedi art. 20 del controprogetto e mancate modifiche della legge ospedaliera e legge sociopsichiatrica);
3. il superamento dei Consorzi di aiuto domiciliare, da più parti definiti farraginosi e complessi (vedi art. 11 del testo conforme): si tratta di un obiettivo non perseguito in maniera chiara dal controprogetto, tanto è vero che quest' ultimo li prevede ancora tra le forme istituzionali possibili per i Servizi d' assistenza e cura a domicilio (vedi art. 11-13 del controprogetto).

4.2. Emendamenti al controprogetto di legge sull'assistenza e cura a domicilio

Il nostro rapporto propone all' attenzione del Gran Consiglio 10 emendamenti al controprogetto della maggioranza, ritenendo che essi potrebbero contribuire a raggiungere almeno i primi due obiettivi citati prima, ossia il potenziamento qualitativo e quantitativo dello SPITEX e il coordinamento tra SPITEX e strutture istituzionali. Verosimilmente la loro accettazione permetterebbe di evitare una votazione popolare per la scelta tra il testo di legge conforme all' iniziativa popolare e il controprogetto della maggioranza della Commissione sanitaria.

Gli emendamenti - ripresi dal testo conforme di legge sull'assistenza e cura a domicilio - si limitano agli aspetti che toccano più direttamente il cittadino-utente (lasciando quindi da parte gli aspetti istituzionali) e li riassumiamo qui succintamente essendo già stati ampiamente commentati nel capitolo 3:

1. Allargamento della cerchia dei beneficiari ai casi psichici e sociali in genere (art. 2 cpv. 1);
2. Allargamento delle prestazioni dei servizi all' attivazione delle risorse disponibili e all' educazione e alla prevenzione sanitaria (art. 3 cpv. 2 lett. e) ed f);
3. Definizione delle zone d' intervento dei servizi d' assistenza e cura a domicilio in base a criteri oggettivi (art. 18 cpv. 1 e 2);
4. Definizione completa delle figure professionali dell' unità operativa, ossia infermiera, aiuto familiare, ausiliaria dell' assistenza a domicilio, assistente sociale, fisioterapista, ergoterapista, medico fiduciario (art. 19 cpv. 1);
5. Chiarimento del ruolo e delle responsabilità del capogruppo dell' équipe polivalente, con particolare riferimento al coordinamento con i servizi istituzionali e all' inquadramento dei volontari (art. 20 cpv. 1-3);
6. Possibilità di sussidiare unicamente persone giuridiche senza scopo di lucro (art. 26);
7. Stralcio della possibilità di fatturare agli utenti contributi pari al costo della prestazione (art. 28 cpv. 3);
8. Stralcio della menzione del diritto di regresso dei servizi sui parenti, già contenuto nel Codice civile svizzero (art. 28 cpv. 4);
9. Inserimento nell' art. 9 della legge ospedaliera di una figura incaricata di coordinare ospedali e Spitex;
10. Inserimento nell' art. 16 della legge sociopsichiatrica di una figura incaricata di coordinare servizi sociopsichiatrici e Spitex.

* * * * *

Con queste considerazioni invitiamo il Gran Consiglio ad accogliere i 10 emendamenti allegati al nostro rapporto, qualora non dovesse accettare il testo di legge conforme all' iniziativa popolare per il promovimento delle cure extraospedaliere e dei servizi di aiuto a domicilio.

Per la minoranza della Commissione speciale sanitaria:

Marina Carobbio Guscetti e Raoul Ghisletta, relatori

Fausto Beretta-Piccoli

EMENDAMENTI AL CONTROPROGETTO DI LEGGE SULL'ASSISTENZA E CURA A DOMICILIO

Articolo 2 cpv. 1

1 La persona o la comunità domestica per un suo membro possono ricevere assistenza e cura a domicilio per malattia, infortunio, handicap, maternità, vecchiaia, difficoltà familiari, psichiche e sociali.

Articolo 3 cpv. 2

2 In particolare sono considerate prestazioni di assistenza e cura a domicilio:

- a) le cure medico-terapeutiche;
- b) le cure di base;
- c) gli aiuti di economia domestica;
- d) la consulenza igienica, sanitaria e sociale;
- e) l'informazione e l'attivazione delle risorse disponibili sul territorio;
- f) l'educazione e la prevenzione sanitaria.

Articolo 18

1 Di regola il comprensorio di ogni servizio d'assistenza e cura a domicilio è suddiviso, secondo la pianificazione cantonale, in zone d'intervento in base ai seguenti criteri indicativi:

- popolazione di ca. 15'000 persone;
- particolarità topografiche e distanze utili per una gestione razionale del servizio;
- presenza di servizi d'appoggio e strutture sociosanitarie.

2 Ogni zona d'intervento è gestita da un'unità operativa, che è dotata di una sede; la zona può essere dotata di sottosedi gestite dall'unità operativa se la situazione geografica, demografica o la morbilità locale lo richiedono.

Articolo 19 cpv. 1

1 L'unità operativa è costituita da un'équipe polivalente composta almeno dai seguenti operatori, che collaborano tra di loro: infermiere/a, aiuto familiare, ausiliario/a a domicilio, assistente sociale, fisioterapista, ergoterapista, medico fiduciario/a.

Nell'ambito della pianificazione cantonale il Consiglio di Stato può aggiornare la composizione dell'équipe in caso di bisogno.

Articolo 20

1 L'équipe polivalente è diretta da un capogruppo, che supervisiona e coordina gli interventi degli operatori per garantire efficacia ed efficienza all'unità operativa.

2 Il capogruppo è responsabile della collaborazione tra l'unità operativa e le autorità comunali e cantonali, i servizi d'appoggio, gli istituti e gli ospedali, i servizi dell'OSC, l'ufficio sociale cantonale e gli altri enti attivi nell'assistenza e cura a domicilio.

3 Egli è pure responsabile dei mandati conferiti dall'unità operativa ai volontari, della sorveglianza del loro operato e della loro istruzione.

Articolo 26 cpv. 1

1 In base alla presente legge possono essere concessi unicamente sussidi a persone giuridiche senza scopo di lucro, se si eccettuano gli aiuti diretti versati alle persone fisiche.

Articolo 28 cpv. 3 e 4

3 Stralcio.

4 Stralcio.

MODIFICA DI ALTRE LEGGI

III.

Legge sugli ospedali pubblici del 20 dicembre 1982

Art. 11 cpv. 9 (nuovo)

Qualifica degli ospedali

9 Ogni ospedale regionale o di zona designa al suo interno un responsabile, che mantiene i contatti con gli istituti, i servizi d'assistenza e cura a domicilio, i servizi d'appoggio, i servizi dell'OSC, l'ufficio sociale cantonale e gli enti privati attivi nel settore.

VI.

Legge sull'assistenza sociopsichiatrica del 26 gennaio 1983

Art. 16 cpv. 3 (nuovo)

VI. Unità terapeutiche riabilitative (UTR)

3 Ogni UTR designa al suo interno un responsabile che mantiene i contatti con gli ospedali, gli istituti, i servizi d'assistenza e cura a domicilio, i servizi d'appoggio, l'ufficio sociale cantonale e gli enti privati attivi nel settore.