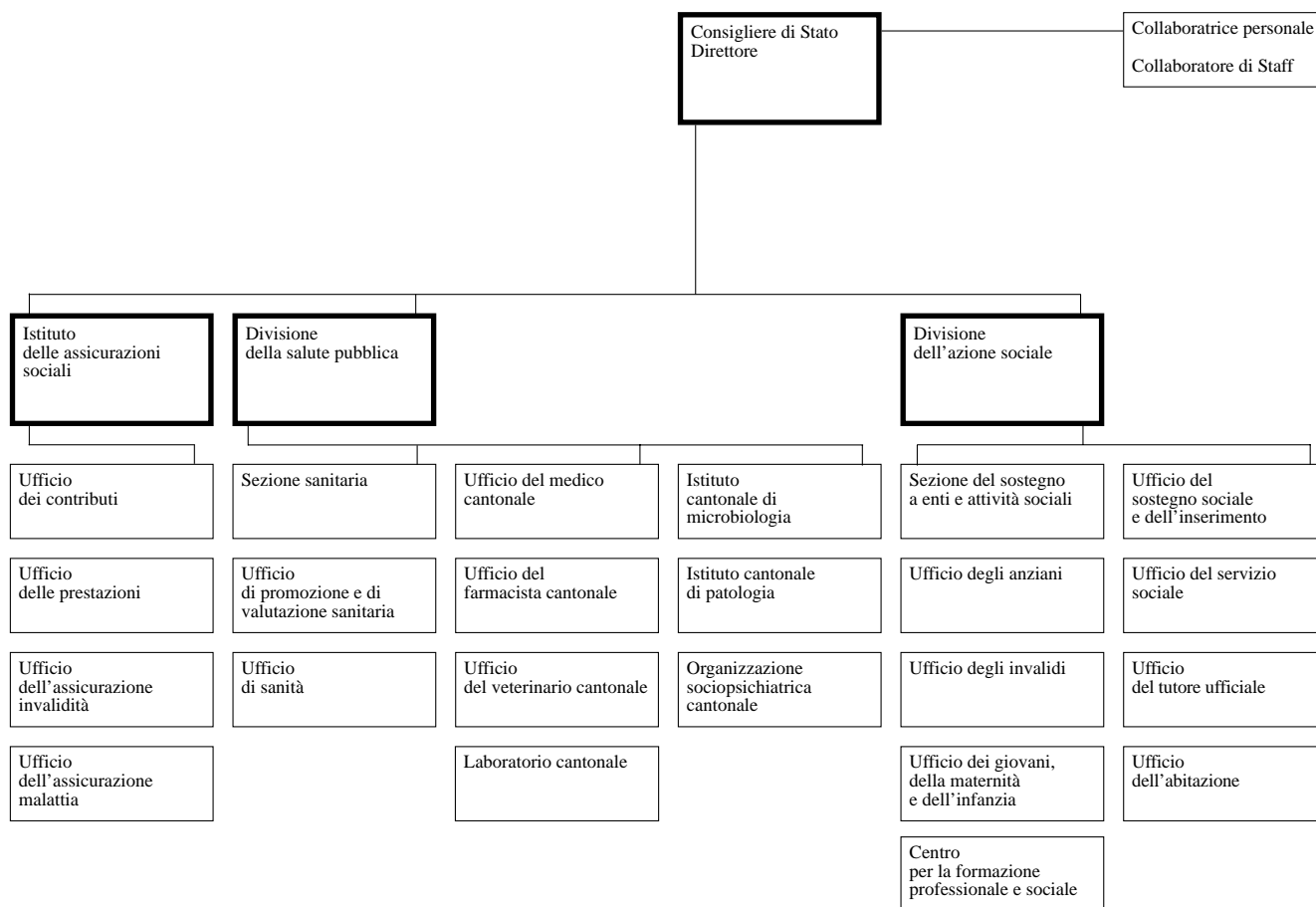


4. Dipartimento della sanità e della socialità



4.1 Considerazioni generali

Il 2003, primo anno della nuova legislatura, è stato dedicato al riesame degli obiettivi dipartimentali: il programma d'azione che ne è scaturito è riassunto nelle schede allegate alle Linee direttive 2004-2007 e riproposto in questa sintesi dipartimentale.

Le misure proposte dal DSS connotano una linea di continuità rispetto alla politica della legislatura precedente, tesa a modernizzare le garanzie sociali attraverso una socialità rinnovata rispetto ai bisogni, ai nuovi modi di lavorare e di vivere e a una sanità confrontata con il crescente aumento dei costi. Continuità che significa innanzitutto progettualità.

Le misure che il DSS propone per la legislatura in corso si inseriscono nella dimensione sociale del modello di sviluppo sostenibile proposto nel Rapporto degli indirizzi. Anche queste misure, pur avendo una preponderante attinenza al settore della socialità e della sanità - quindi un carattere dipartimentale - non possono, infatti, essere disgiunte da una visione più globale e da un approccio interdipartimentale, enunciati nelle Linee direttive.

A livello nazionale si evidenzia che il "modello ticinese" della politica familiare è stato presentato dalla Consigliere di Stato avv. Patrizia Pesenti in occasione dell'assemblea annuale tenuta a Lugano nell'ottobre 2003 dalla Conferenza dei direttori cantonali delle opere sociali.

In ambito sanitario, nel corso del 2003 si è concluso il progetto "Politica nazionale svizzera della sanità" - avviato nel 1999 e presieduto dalla Consigliere di Stato avv. Patrizia Pesenti - che intendeva definire a livello nazionale delle misure di cooperazione nel settore della sanità pubblica e favorire la creazione di una struttura politica di coordinamento tra i Cantoni e la Confederazione. L'annuale Sessione di lavoro dei partecipanti al progetto ha avuto luogo nel settembre 2003 sul tema "Condizioni di lavoro e salute: verso strategie condivise e concertate".

Da inizio 2004, in base alla Convenzione del 15.12.2003 tra la Confederazione e i Cantoni, il progetto di Politica nazionale della sanità è stato convertito in una piattaforma stabile di dialogo e concertazione in materia di salute pubblica tra Confederazione e Cantoni. Il primo incontro avrà luogo a fine aprile 2004.

Infine, nella seduta plenaria del 4.12.2003, la Conferenza dei direttori cantonali della sanità ha nominato la Consigliere di Stato avv. Patrizia Pesenti quale Presidente della Commissione CDS per l'attuazione LAMal, a partire dal 1° gennaio 2004.

4.1.1 La politica sociale

Politica delle famiglie e dei minorenni (4.2, 4.4.3 e 4.4.6.1.3)

Rapporto degli indirizzi e Linee direttive mettono le famiglie al centro del progetto sociale per il Ticino del futuro. L'intervento dello Stato, che deve porre le premesse per promuovere l'autonomia e la qualità di vita delle famiglie, sarà sussidiario e complementare a quello della società civile. Si tratta di rendere operativi i nuovi indirizzi della Legge per le famiglie votata nel settembre 2003 dal Parlamento. Questi indirizzi promuoveranno il sostegno alle famiglie - per esempio di fronte alla necessità di conciliare lavoro e famiglie - e attualizzeranno la protezione dei minorenni; parallelamente le famiglie con redditi modesti potranno far capo agli assegni familiari di complemento.

I nuovi indirizzi della Lfam saranno resi operativi attraverso una riorganizzazione amministrativa, un migliore coordinamento, un Osservatorio della politica familiare, l'appoggio ad attività complementari alla famiglia e ad attività di incontro e socializzazione, lo sviluppo di progetti per l'accesso all'informazione, alla formazione, alla prevenzione e alla consulenza, la riorganizzazione dei provvedimenti di protezione e dei flussi di finanziamento del Cantone e dei Comuni.

La politica degli anziani (4.4.5, 4.4.6.1 e 4.3.1)

Per favorire l'autonomia, assicurare qualità di vita agli anni in più, valorizzare la partecipazione degli anziani alla vita sociale, alleviare i disagi di chi potrebbe trovarsi in difficoltà, occorrerà continuare a sviluppare la rete di servizi e di strutture, ricercando risposte differenziate a bisogni diversi che si presentano in varie fasi, in particolare quando l'autonomia viene meno.

Obiettivi prioritari sono lo sviluppo dei servizi d'assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio, lo sviluppo della capacità d'accoglienza nelle case per anziani (coordinato con la pianificazione ospedaliera) e il contenimento dei costi d'investimento. La nuova Pianificazione degli istituti per anziani fino al 2010 è stata adottata dal Consiglio di Stato nel gennaio 2004. Nel decennio in corso dovranno essere creati 500 posti supplementari in case per anziani, mentre per la fine del 2006 si verificherà l'andamento dell'offerta e della domanda, anche tramite una banca dati.

Integrazione degli invalidi (4.2, 4.4.5, 4.4.6.1 e 4.4.6.1.2)

Il nostro Cantone ha fatto molto a favore della loro integrazione sociale e professionale. La realtà è in mutamento: occorre prevenire il ricorso alle rendite AI quando il problema è l'esclusione dal mercato del lavoro; per i casi di handicap, occorre valorizzare l'aiuto

diretto al mantenimento a domicilio, il supporto dei servizi di assistenza e cura a domicilio e dei servizi di appoggio, e mantenere un'adeguata capacità di accoglienza negli istituti, nei laboratori protetti e nei centri diurni.

Prosegue il ritiro della Confederazione dal settore delle strutture per invalidi, che sarà di competenza esclusivamente cantonale a partire dal 2007. Il Cantone provvederà allo sviluppo indispensabile della capacità di accoglienza negli istituti, laboratori protetti e centri diurni secondo gli indirizzi della pianificazione triennale 2004-2006 per invalidi adulti (del maggio 2003, poi accolta dall'UFAS) e d'intesa con il DECS per il settore dei minorenni.

Fra i prossimi passi, lo sviluppo di modelli di abitazione protetta per gli invalidi meno dipendenti - soluzione che combina il principio dell'autonomia, dell'integrazione sociale, della necessaria presa a carico parziale - e la creazione, presso il Centro di formazione professionale e sociale di Gerra Piano, di un Centro di accertamento professionale (CAP) della Svizzera italiana, finanziato dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS).

Promozione dell'inserimento professionale di categorie a rischio elevato di esclusione dal mercato del lavoro (4.4.5, 4.4.6.4)

Nel 2003 il numero medio di disoccupati (6.308) è aumentato di 1.173 unità rispetto al 2002 (+23%). Da notare che è entrata in vigore la riduzione della durata del versamento d'indennità di disoccupazione.

Le condizioni del mercato del lavoro rischiano di accentuare ulteriormente la concorrenza fra cercatori d'impiego e parallelamente aumentano i rischi di compromissione della salute (soprattutto psichica) e delle capacità lavorative. Ne consegue l'esigenza di soluzioni mirate a sostenere il reinserimento professionale dei disoccupati di lunga durata, delle persone con scarsa formazione, delle persone in situazioni personali e sociali precarie, delle persone con problemi di salute e invalidità parziale. Si intendono quindi percorrere due vie. Da una parte, il coordinamento dei servizi di inserimento, orientamento e collocamento nell'ambito del progetto promosso dal SECO e dall'UFAS e coordinato in Ticino dalla Divisione dell'azione sociale. D'altra parte, la verifica di una possibile collaborazione con la Fondazione "Intégration pour tous", già attiva in Romandia. La Fondazione, con il sostegno del settore privato e pubblico, offre una prestazione globale: bilancio socio-professionale, stage in azienda, formazione, collocamento fisso o temporaneo, accompagnamento sul posto di lavoro.

Assicurazione invalidità (4.2)

La Legge federale sull'assicurazione invalidità (LAI) è entrata in vigore nel 1960. Nel corso degli anni, ci si è trovati di fronte alla necessità di migliorare l'attività dell'assicurazione invalidità.

La competenza è federale, ma il Cantone ha compiti di carattere esecutivo. Il ricupero, nella misura del possibile, delle potenzialità della persona rimane prioritario rispetto al versamento di una rendita, grazie a un percorso di reinserimento professionale. E' già attiva una rete di aziende disposte a collaborare nella reintegrazione delle persone che hanno richiesto una prestazione AI. L'intervento sul territorio va comunque ancora migliorato, sensibilizzando un numero ancora maggiore di datori di lavoro.

Il medico riveste un ruolo importante nell'accertamento dell'invalidità e l'attività intrapresa dal servizio medico regionale dell'AI, soprattutto con gli incontri informativi e formativi, con le varie categorie di operatori sanitari va consolidata.

Affrontare i problemi sociali correlati con un danno alla salute che spingono una persona ad annunciarsi all'assicurazione invalidità, necessita un approccio più globale e meno settoriale e quindi una buona collaborazione tra enti e servizi. Ciò interessa, in una regione transfrontaliera con molti lavoratori frontalieri, pure gli istituti italiani competenti.

Regionalizzazione delle agenzie comunali della cassa cantonale di compensazione AVS/AI/IPG (4.2 e 4.4.1)

Attività e struttura delle agenzie comunali AVS devono essere modernizzate e adeguate ai tempi: è necessario rivedere le mansioni delle agenzie e ridurre il loro numero. Lo scopo è di migliorare il servizio al cittadino, come è stato fatto con l'apertura di sportelli regionali per le prestazioni sociali coordinate e armonizzate di natura finanziaria.

Le nuove agenzie regionali AVS contempleranno e assorbiranno l'organizzazione degli sportelli regionali attuati nell'ambito della Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (LAPS), entrata in vigore il 1° febbraio 2003. Le domande delle prestazioni sociali, infatti, sono ora presentate tramite tredici sportelli regionali, collegati via Internet agli Uffici cantonali responsabili e con il coordinamento di un apposito servizio creato all'interno dell'Istituto delle assicurazioni sociali.

Il Ticino potrà dunque usufruire di agenzie regionali competenti in materia di sicurezza sociale.

Integrazione della parità tra donne e uomini e della prospettiva di genere nelle politiche sanitarie e sociali (4.2, 4.3, 4.4)

Con l'attività dei servizi sociali e sanitari esistenti sul territorio è possibile lottare più efficacemente - come auspicato dal "Piano d'azione della Svizzera per la parità fra donna e uomo" - contro le discriminazioni indirette che si ripercuotono sulle donne: lotta contro la povertà, prevenzione e promozione della salute, prevenzione e lotta contro ogni forma di violenza, sostegno alla famiglia e compatibilità fra responsabilità familiari e attività professionali.

Prioritaria è una sensibilizzazione del personale di tutto il settore socio-sanitario verso una maggiore attenzione sulla realtà femminile.

Il Dipartimento ha promosso la verifica dell'integrazione della parità nelle politiche dipartimentali e un gruppo di lavoro ha elaborato il rapporto "Parità fra donna e uomo nella sanità e nella socialità", presentato nell'agosto 2003.

Innovazione e contrattualizzazione del sostegno al volontariato e a istituti e servizi di organizzazioni private senza scopo di lucro, di Comuni e enti autonomi di diritto pubblico (4.3.1 e 4.4.2)

Prosegue il passaggio ai nuovi sistemi di finanziamento basati sul contratto di prestazione associato a un contributo globale versato dal Cantone.

L'Ente ospedaliero cantonale è stato il primo ente coinvolto. Il contratto sarà ora esteso al soccorso pre-ospedaliero, ai centri residenziali e alle antenne per tossicodipendenti, così come alle unità per le quali si prevede lo statuto di Unità amministrativa autonoma (UAA), in particolare l'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC).

Nei settori degli istituti per anziani, invalidi, minorenni e dei servizi di assistenza e cure a domicilio, i lavori stanno procedendo come da programma: formazione rivolta ai collaboratori degli istituti e ai collaboratori dell'amministrazione, sviluppo e sperimentazione degli strumenti tecnici di supporto alla contrattualizzazione e graduale introduzione del nuovo strumento di finanziamento tramite la stipulazione di contratti di prestazione pilota.

A fine anno, sono stati rinnovati tutti i primi 10 contratti pilota stipulati per il 2003 e si conferma l'obiettivo di generalizzare entro il 2006 il nuovo sistema di finanziamento a tutto il settore socio-sanitario.

4.1.2 La politica sanitaria

Nell'ambito della salute e benessere, lo Stato è chiamato non solo a mantenere il suo impegno verso le componenti più fragili della comunità ma anche a rispondere alle nuove emergenze.

Una politica sanitaria equa ed efficace (4.3.1 e 4.3.2.1)

La presenza di un buon sistema sanitario, accessibile a tutti sulla base di criteri di equità costituisce solo uno dei tasselli della politica sanitaria. La salute di una persona dipende non tanto dal consumo di prestazioni sanitarie, ma da fattori quali le condizioni di lavoro, il grado di integrazione sociale, l'ambiente, ecc. Offrire alle persone pari opportunità di fronte alla salute richiede innanzitutto di agire sui determinanti non sanitari della salute.

Nella sanità il nostro Cantone sta sviluppando una politica fondata su quattro pilastri:

- la promozione della salute,
- la protezione della salute,
- il ripristino della salute,
- il contenimento dei costi sanitari

Attualmente nel dibattito politico l'ultimo pilastro è quello predominante. Una politica sanitaria moderna deve però essere caratterizzata da un approccio multisettoriale.

Offrire alle persone pari opportunità significa orientare l'azione verso una riduzione delle disuguaglianze in termini di qualità e di durata della vita, agendo sui determinanti. I 21 obiettivi dell'OMS per la regione europea, adattati dalla Società svizzera di salute pubblica alla cultura sanitaria e alla politica svizzera, rappresentano il "fil rouge" che guiderà la politica sanitaria cantonale.

Intervento di valutazione delle politiche pubbliche per la salvaguardia della salute dei cittadini (4.3.2.1)

Nel quadro di un'azione concertata, in vista di uno sviluppo sostenibile, sono proseguiti i lavori per l'introduzione presso l'Amministrazione cantonale della procedura di "valutazione d'impatto sulla salute delle politiche sanitarie" (HIA), tramite la quale valutare l'impatto potenziale sulla salute dei cittadini delle diverse politiche settoriali.

Inoltre, si mira a sviluppare ulteriormente collaborazioni specifiche, nel quadro delle politiche pubbliche, al fine di migliorare la qualità di vita dei gruppi di popolazione più a rischio (giovani/e senza formazione, famiglie monoparentali, ultracinquantenni espulsi dal mercato del lavoro, anziani isolati, stranieri non integrati). In particolare, s'intende procedere al monitoraggio dell'impatto sulla salute dei problemi ambientali più sentiti, promuovendo un programma di collaborazioni con i dipartimenti interessati.

Lavoro e benessere socio-sanitario (4.3.2.1)

Il lavoro costituisce un determinante fondamentale del benessere sanitario, definendo in modo preponderante lo statuto sociale della persona e conseguentemente la sua integrazione in un sistema sociale. In funzione delle sue forme o della sua assenza il lavoro può avere effetti nocivi diretti o indiretti sulla salute. Emergono in particolare i cosiddetti "nuovi rischi" legati alle nuove forme di lavoro ed emergono nuove patologie, in particolare di natura psichica. La frammentazione temporanea e contrattuale del lavoro causa nuove forme di povertà a cui il ritorno della disoccupazione aggiunge costi crescenti a carico, in particolare, delle assicurazioni sociali.

Per contrastare tale tendenza saranno promosse ricerche sulla relazione lavoro-salute per orientare l'intervento e promuovere la protezione assicurativa e l'adozione di misure di salvaguardia della salute dei lavoratori, coinvolgendo i datori di lavoro e le organizzazioni dei lavoratori. È stato allestito un rapporto sui dati dei sondaggi "salute e lavoro". Si tratta di conoscere il fenomeno della precarietà e del suo impatto sulla salute e il ruolo del lavoro come grande integratore sociale. Inoltre, è prevista la realizzazione di un laboratorio sulle patologie del lavoro, che potrà analizzare le caratteristiche dei disturbi di origine lavorativa e attuare interventi preventivi, curativi e di reinserimento sociale.

Promozione della salute mentale (4.3.9)

La salute mentale della popolazione può essere considerata lo specchio del funzionamento della società. Si tratta di prevenire la caduta in patologie di carattere psichico promuovendo benessere e condizioni di vita equilibrate, anche perché una parte dei disturbi psichici evolve verso una cronicità e una incapacità lavorativa e di guadagno permanente.

Per migliorare l'intervento si ritiene necessario rivedere l'organizzazione nella presa a carico degli utenti. In particolare, si avverte la necessità di creare dei "centri di competenza" intersettoriali per i differenti quadri psicopatologici, per la prevenzione e per la presa a carico terapeutica all'interno dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale. Il personale curante potrà così approfondire le proprie competenze specifiche in differenti ambiti clinici e si potranno migliorare le prese a carico dei pazienti per favorirne la reintegrazione sociale e la qualità di vita.

Politica nel campo delle dipendenze (4.3.2.1, 4.3.2.2 e 4.3.3)

L'azione dello Stato deve basarsi sui quattro pilastri federali: prevenzione, terapia, riduzione del danno e repressione. Occorre sviluppare ed adattare questa politica a tutte le forme di dipendenza (alcol, tabacco, sostanze stupefacenti, gioco patologico). La realtà delle dipendenze è in costante cambiamento e deve essere accuratamente monitorata per conoscere il fenomeno nella sua portata reale e definire le risposte più adeguate. La ricerca scientifica ha permesso di comprendere che i meccanismi neurobiologici alla base della dipendenza sono uguali per le sostanze legali come per quelle illegali. Il concetto di dipendenza include pertanto la dipendenza da sostanze legali (tabacco, alcool, ecc.), la dipendenza da sostanze illegali (stupefacenti) e la dipendenza da determinati comportamenti (gioco, alimentazione, ecc.).

Particolare attenzione dev'essere riservata all'intervento preventivo nella scuola. Assieme al DECS è stato realizzato e diffuso il documento "Consumo e abuso di sostanze che creano dipendenza. Compiti e responsabilità della scuola. Proposte di intervento nelle sedi scolastiche".

Politica pubblica per un consumo adeguato e consapevole di cure sanitarie (4.3.1 e 4.3.2.1)

Il settore sanitario è caratterizzato dall'asimmetria informativa tra domanda e offerta di prestazioni, nonché da incentivi economici inflazionistici che impediscono l'autoregolazione del mercato. Il Dipartimento continuerà dunque la sua opera di sensibilizzazione per un consumo più adeguato di prestazioni sanitarie, quale misura di contenimento dei costi sanitari.

Occorre promuovere un'appropriata azione culturale e informativa della società civile intesa a ricondurre le attese verso l'efficacia del settore sanitario alla realtà dell'evidenza scientifica, al fine di permettere scelte informate e consapevoli ed una migliore autogestione della salute, nonché una sensibilizzazione sul ruolo dei determinanti di quest'ultima.

Tramite sondaggi, sono state valutate più campagne promosse dal Dipartimento sulla salute dei ticinesi, sui determinanti della salute e sui bisogni d'informazione sanitaria: Sondaggio/base-line, Sondaggi problemi socio-eco-ambientali, Sondaggio valutazione campagna 144 e Valutazione accesso equo all'informazione.

Riorientamento dell'offerta sanitaria (4.3.1 e 4.3.2.2)

Il Dipartimento continua la sua azione di pianificazione del settore sanitario, per un contenimento dei costi e per un uso razionale delle risorse sul territorio. Si mira a riorientare l'offerta ospedaliera acuta verso (a) i bisogni emergenti legati all'invecchiamento della popolazione, (b) il contenimento delle prestazioni inappropriate, in particolare chirurgiche ed invasive, e (c) il raggruppamento delle casistiche secondo criteri di promozione della

qualità delle prestazioni e della sicurezza per gli utenti ("reti" di cura, managed care). Proseguirà l'opera di adeguamento alle risorse disponibili della diffusione dell'alta tecnologia, in particolare di quella che genera costi elevati a carico dell'assicurazione di base nonché di quella di difficile verifica dell'indicazione medica. Inoltre, l'attività degli istituti ospedalieri acuti sarà indirizzata tramite mandati di prestazione orientati anche al volume di prestazioni offerte e non solo alla disponibilità di servizi e reparti specialistici. Fra i principali progetti conclusi o in corso per il 2003, si evidenziano l'aggiornamento della pianificazione ospedaliera LAMal (art. 39) e il Decreto legislativo concernente l'applicazione dell'art. 55 cpv. 1 LAMal (moratoria per il numero di fornitori autorizzati ad esercitare a carico della LAMal).

Coordinamento della rete sanitaria (4.3.3)

Questa politica sta entrando nella fase operativa con la sperimentazione della carta sanitaria nella zona urbana di Lugano. Vi parteciperà una prima cerchia di pazienti e operatori sanitari volontari per valutare le difficoltà insite nell'utilizzo della stessa carta e per creare le premesse per lo sviluppo della e-san a tutto il Cantone. La condivisione in rete delle informazioni concernenti il paziente e il sistema sanitario mira a ridurre la frammentazione, migliorandone l'efficienza, incrementandone la sicurezza e la qualità delle cure offerte. La messa in rete degli operatori sanitari è prevista in più tappe.

4.2 Istituto delle assicurazioni sociali (IAS)

4.T1-21

L'anno 2003 è stato caratterizzato, a livello cantonale, dall'entrata in vigore della prima revisione della Legge sugli assegni di famiglia e della Legge sull'armonizzazione e sul coordinamento delle prestazioni sociali (entrate in vigore rispettivamente il 1° gennaio ed il 1° febbraio), di cui abbiamo parlato in modo approfondito nel rendiconto dello scorso anno.

A livello federale segnaliamo l'entrata in vigore, il 1° gennaio, della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, a cui dedichiamo un capitolo di approfondimento), che ha comportato un intenso lavoro di adeguamento delle procedure e di formazione del personale. La procedura di opposizione ha certamente aumentato il carico di lavoro.

Per quanto riguarda l'Ufficio cantonale AI, i lavori si sono concentrati sulla preparazione dell'entrata in vigore della 4a revisione della Legge, i cui contenuti vengono spiegati in un apposito capitolo.

Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali

Scopo

La legislazione federale in materia di assicurazioni sociali consiste in numerose leggi specifiche. Con l'entrata in vigore della LPGA tali leggi si trovano riunite sotto un unico tetto. Le disposizioni della LPGA mirano in primo luogo a uniformare le procedure sinora disciplinate in maniera divergente nelle diverse assicurazioni sociali.

La LPGA introduce anche alcune innovazioni ed estende agli altri settori l'applicazione di regolamentazioni finora vigenti solo in singoli settori. La LPGA ha reso necessari l'emanazione di una nuova ordinanza d'esecuzione e l'adeguamento di tutta una serie di ordinanze esistenti nei diversi rami delle assicurazioni sociali.

Qui di seguito si illustrano nel dettaglio due importanti innovazioni nell'ambito del 1° pilastro.

Procedura di opposizione

L'introduzione generalizzata della procedura di opposizione costituisce un aspetto cruciale della LPGA. Tale innovazione è ispirata alla procedura di opposizione già conosciuta

nell'ambito dell'assicurazione malattie, dell'assicurazione contro gli infortuni e dell'assicurazione militare.

Contro le decisioni concernenti contributi o prestazioni che vengono prese da una cassa di compensazione AVS, da un ufficio AI o da un organo di esecuzione PC si può fare opposizione, entro 30 giorni, presso lo stesso servizio che le ha notificate. Le persone interessate dalla decisione possono scegliere se inoltrare l'opposizione in forma scritta o presentarsi personalmente al servizio che ha preso la decisione e fare opposizione in forma orale. Si può interporre ricorso al tribunale delle assicurazioni competente soltanto contro le decisioni su opposizione.

L'introduzione generalizzata della procedura di opposizione porterà in primo luogo a uno sgravio dei tribunali, in quanto una parte consistente delle controversie potrà già essere risolta durante tale procedura.

Interessi di mora nell'ambito delle prestazioni

Con la LPGA viene introdotto anche l'obbligo di pagare interessi di mora sulle prestazioni. Contrariamente al settore dei contributi, nell'ambito delle prestazioni tale obbligo vigeva solo a titolo eccezionale. Le persone che al momento di chiedere prestazioni si sono pienamente attenute all'obbligo di collaborare riceveranno d'ora in poi interessi di mora se tra la nascita del diritto e il pagamento delle prestazioni trascorrono più di 24 mesi. Se una persona si annuncia con ritardo, il diritto agli interessi di mora prende tuttavia inizio al più presto 12 mesi dopo la presentazione della domanda. Questo nuovo disciplinamento relativo agli interessi di mora acquisisce una rilevanza pratica soprattutto nell'ambito dell'AI.

Grazie a questa nuova regolamentazione si intende migliorare la posizione giuridica delle persone assicurate che, pur essendosi comportate correttamente dal profilo procedurale, devono attendere un periodo sproporzionato prima di ricevere le prestazioni cui hanno diritto. Gli interessi di mora fungeranno da compensazione per il danno venutosi a creare in seguito al ritardo nel pagamento. Se la persona assicurata ha già ricevuto anticipi da terzi, non vengono concessi interessi di mora su crediti di compensazione da parte di terzi o di altri assicuratori sociali.

4a revisione della Legge sull'assicurazione per l'invalidità (LAI)

La legge sull'assicurazione invalidità (LAI) è entrata in vigore nel 1960. Dalla sua introduzione vi sono state diverse revisioni legislative. Una delle più importanti è stata la 3a revisione che ha permesso la creazione degli Uffici AI cantonali. Malgrado i numerosi cambiamenti, il legislatore non ha mai trascurato il principio fondamentale della legge: **la (re)integrazione prevale sulla rendita.**

Quindi, fintanto che l'attuazione di provvedimenti reintegrativi permette all'assicurato di recuperare in buona parte la capacità di guadagno, la questione della rendita non entra in linea di conto.

Nel corso degli anni, grazie all'esperienza, ci si è trovati di fronte alla necessità di migliorare l'attività dell'assicurazione invalidità, apportando numerose modifiche nella legge, contenute nella 4a revisione.

Numerosi sono gli obiettivi di questa revisione: il consolidamento finanziario, l'adattamento delle prestazioni e il rafforzamento delle possibilità di indagine, d'intervento e d'informazione.

Il consolidamento finanziario

Alla fine del 2002 il debito dell'assicurazione invalidità ammontava a circa fr. 4,5 miliardi. L'urgente necessità di un consolidamento finanziario, ha costretto il legislatore ad apporre modifiche nel ramo delle prestazioni.

In tal senso uno dei provvedimenti adottati è stato quello di sopprimere il diritto alla rendita completiva, assegnata ai coniugi di beneficiari di rendita AI (corrispondente al 30% della rendita versata all'avente diritto), salvo che a loro volta non abbiano diritto ad una rendita AVS o AI. Oggi non vi è più tale diritto, eccezion fatta per coloro che già beneficiano della prestazione, che costituisce quindi un diritto acquisito.

La mezza rendita per i casi di rigore ha seguito la stessa sorte. Le persone con un grado di invalidità pari almeno al 40% ma inferiore al 50%, e che si trovavano in condizioni economiche difficili, potevano vedersi riconoscere il diritto ad una mezza rendita per i casi di rigore.

Tuttavia anche in questo caso non si è voluto svantaggiare gli assicurati beneficiari di questa prestazione, dandogli la possibilità di chiedere le prestazioni complementari. Solo nel caso in cui queste ultime non possano essere erogate, perché le condizioni non erano realizzate nel corso del dicembre 2003 (ossia il mese precedente l'entrata in vigore della revisione), la mezza rendita per i casi di rigore continuerà ad essere versata.

Adattamento delle prestazioni

Come già detto, per l'assicurazione invalidità la reintegrazione professionale riveste un'importanza vitale. A tale scopo la legge ha previsto un potenziamento delle possibilità di intervento in questo settore, grazie all'introduzione dell'aiuto al collocamento attivo, qualora la ricerca di un posto di lavoro fosse reso difficile dallo stato di salute dell'assicurato. L'Ufficio AI ha provveduto in tal senso a potenziare il servizio dell'integrazione professionale, assumendo collaboratori responsabili del collocamento degli assicurati.

Una prestazione che ha subito una radicale modifica è il calcolo delle indennità giornaliera. Infatti il nuovo sistema, che coincide con quello vigente nella LAINF, prevede che l'indennità di base corrisponda all'80% dell'ultimo salario (salario determinante secondo l'AVS) percepito prima dell'invalidità.

La necessità di un adeguamento più mirato delle prestazioni ha portato inoltre ad un affinamento della graduazione delle rendite, introducendo i $\frac{3}{4}$ di rendita. D'ora in avanti, il quarto di rendita è dato a coloro che hanno un grado di invalidità di almeno il 40%, la mezza rendita di almeno il 50%, dei $\frac{3}{4}$ di rendita di almeno il 60% e della rendita intera di almeno il 70%. Per le rendite già in corso prima dell'entrata in vigore della nuova legge, si effettueranno gli adeguamenti dopo aver provveduto ad una verifica.

Un'altra modifica importante concerne l'introduzione di un assegno per grandi invalidi (AGI) unificato, che ingloba gli assegni per grandi invalidi, il sussidio per minorenni grandi invalidi e l'assistenza per le cure a domicilio, previsti nella legge precedente. Questo significa che, a partire dal 2004, l'assegno per grandi invalidi può essere erogato non solo agli assicurati adulti, ma anche ai minorenni grandi invalidi. Per questi ultimi sono stabiliti inoltre due supplementi: il contributo alle spese di pensione e il supplemento per le cure intensive.

Il riferimento alla rendita massima dell'AVS come base di calcolo dell'AGI ha comportato un raddoppio dell'importo per gli assicurati che soggiornano al proprio domicilio. Per quanto concerne le persone che alloggiano in un istituto, invece, l'importo dell'AGI viene dimezzato.

Rafforzamento delle possibilità di indagine, di intervento e di informazione

L'introduzione dei Servizi medici regionali (SMR) degli Uffici AI, ha favorito il rafforzamento delle possibilità di indagine.

La precedente legislazione vietava ai medici degli uffici AI di procedere direttamente agli esami sugli assicurati. Con l'attuazione dei progetti pilota SMR nel 2001, a cui anche il Ticino (unitamente al Cantone dei Grigioni) ha preso parte, l'ordinanza ha concesso una deroga ai cantoni che facevano parte della fase di studio.

Vista l'esperienza positiva, il legislatore ha deciso di introdurre definitivamente a livello

nazionale la nuova struttura, chiedendo agli uffici di creare e organizzare gli SMR entro la fine del 2004.

La nuova legge raccomanda inoltre alla Confederazione (art. 68ter LAI) e agli Uffici cantonali AI (art. 68 OAI) di intensificare l'informazione, oltre che nell'ambito delle prestazioni, anche in quello della procedura.

4.3 Divisione della salute pubblica (DSP)

4.3.1 Introduzione

Promozione e protezione della salute

Il riconoscimento dello sviluppo sostenibile nel nuovo Rapporto sugli indirizzi del 2 dicembre 2003, quale principio di base della politica cantonale a lunga scadenza è sicuramente una premessa decisiva per l'attuazione di un programma di azioni coerenti e coordinate di promozione e protezione della salute. Infatti con questo principio si vuole evitare uno sviluppo quantitativo unilaterale e limitato nel tempo, ma soprattutto si vuole favorire uno sviluppo qualitativo e continuo favorendo un equilibrio tra capacità economica, solidarietà sociale e rispetto dell'ambiente.

Sempre di più oggi si riconosce che la salute e il benessere della persona dipendono innanzitutto da fattori come l'ambiente fisico e l'ambiente socio-economico in cui vivono le persone. Le decisioni nei settori dell'ambiente, dell'economia, del lavoro, dell'istruzione, dei trasporti possono influire sulla salute e l'incidenza delle malattie. Per queste ragioni la promozione e la protezione della salute devono basarsi su un intervento multisettoriale, devono fare in modo che le decisioni delle politiche non sanitarie siano compatibili con la salute dei cittadini.

È su queste premesse che è stato impostato il Programma di promozione e valutazione sanitaria attuato dalla Sezione sanitaria nel 2003, di cui si presenta una sintesi al punto 4.3.2.1.

Garanzia di un accesso a un sistema di qualità, economicamente sostenibile

- **Coordinamento dell'offerta sanitaria.** A seguito dell'Ordinanza federale del 3 luglio 2002 che limita il numero di fornitori di prestazione ammessi ad esercitare la propria attività a carico dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie (OFL), in data 18 giugno 2003 il Consiglio di Stato ha presentato un Messaggio con relativo **Decreto legislativo concernente l'applicazione dell'art. 55 cpv. 1 della LAMal per il periodo dal 4 luglio 2002 al 3 luglio 2005**. Va infatti ricordato che l'esecuzione dell'OFL è di competenza dei Cantoni. La proposta del Consiglio di Stato prevedeva di sottoporre alla moratoria le seguenti categorie di fornitori di prestazioni: medici, dentisti, farmacisti, fisioterapisti e laboratori. Inoltre al fine di disciplinare le autorizzazioni si proponeva l'allestimento di una lista d'attesa in cui sarebbe risultato determinante il criterio cronologico della domanda d'autorizzazione. Il disegno di Decreto legislativo, esaminato dalla Commissione speciale sanitaria (si veda Rapporto del 27 novembre 2003) è poi stato approvato dal Gran Consiglio il 15 dicembre 2003 ed è entrato in vigore il 13 febbraio 2004. Tale normativa limita la moratoria ai soli medici. Inoltre mantiene l'allestimento della lista solo a titolo indicativo. Mentre per principio, tenuto conto che attualmente il contingente di medici soddisfa la soglia fissata dall'allegato dell'OFL, determinante per l'autorizzazione diventa la ripresa dello studio di un fornitore attivo. A livello federale la limitazione del numero dei fornitori di prestazione è stata nuovamente affrontata nell'ambito della **2.a Revisione della LAMal** dalle Camere federali. Si trattava della proposta di togliere l'obbligo di contrarre da parte degli assicuratori. Tale proposta per il momento è comunque decaduta, siccome la proposta di 2.a Revisione LAMal è stata definitivamente respinta dalle Camere federali nel dicembre del 2003. Di conseguenza sono pure state respinte le altre modifi-

che avrebbero imposto al Cantone un aumento di oneri molto elevato, segnatamente: l'obbligo di partecipare al finanziamento delle cliniche private e il rafforzamento dei sussidi al fine di contenere l'incidenza dei premi assicurazione malattia entro una determinata quota del reddito dell'assicurato. Va tuttavia segnalato subito che tali misure, in particolare quella del finanziamento delle cliniche private, non sono state abbandonate. Il Dipartimento federale degli interni intende riproporle già nel corso del 2004 tramite nuovi disegni legislativi, per cui i relativi effetti finanziari sul Cantone per il momento sono solo ritardati. Sempre a livello federale va poi ricordato che per contenere i premi dell'assicurazione malattia, è stata aumentata la partecipazione diretta dei pazienti ai costi delle loro cure tramite la modifica delle franchigie (obbligatoria e opzionale).

L'obiettivo principale e più impegnativo a livello cantonale è stata l'elaborazione del progetto di **aggiornamento della pianificazione ospedaliera art. 39 LAMal**, come previsto dal Consiglio federale nella sua decisione del 3.06.2000. I lavori dell'apposita Commissione composta dai rappresentanti dei diversi settori della sanità del Cantone alla fine dell'anno erano a buon punto, il relativo Rapporto dovrebbe poter essere consegnato al Consiglio di Stato nella primavera del 2004. Anche per questa nuova tappa si prevede un contenimento dell'offerta stazionaria acuta (art. 39 cpv. 1) per circa 200 posti letto tramite chiusure o conversioni di istituti e con riduzioni di posti letto nei singoli istituti. Nel contempo si prevede pure un aggiornamento dei mandati di prestazione. Con queste proposte la densità di posti letto acuti in Ticino dovrebbe coincidere con la densità media dei Cantoni svizzeri: 6 posti letto per mille abitanti, ultimo dato disponibile 2001. Il Rapporto aggiornerà pure la lista degli ospedali acuti riconosciuti per le degenze fuori Cantone e la pianificazione delle case di cura (art. 39 cpv. 3), in particolare case per anziani (verrà ripresa la pianificazione di lungo termine presentata nel 2003) e istituti per invalidi medicalizzati (sulla base del rapporto di pianificazione 2004-2006 del maggio 2003). Le indicazioni su questi ultimi aspetti sono riportate al punto 4.4.5.

- **Coordinamento operativo ed incentivi per cure appropriate.** Si evidenzia il progetto della Carta sanitaria sviluppato dall'Ufficio del medico cantonale in collaborazione con i principali attori sanitari: si rimanda ai punti 4.1.2 e 4.3.3.
- **Misure di razionalizzazione.** Da rilevare l'attività dell'Unità dei contratti di prestazione presso la Sezione sanitaria concernente la progettazione e la gestione delle nuove modalità di finanziamento dell'Ente ospedaliero cantonale, dell'Organizzazione sociopsichiatrica cantonale, del settore delle dipendenze e degli enti autolettiga. Per l'EOC oltre alla gestione del contratto (in cui dal 1.07.2003 è stata inclusa anche la Clinica di Novaggio) si segnala l'affinamento dello strumento in vista della revisione del contratto quadro fine 2005: modalità contratti in altri Cantoni; "benchmarking" con ospedali altri Cantoni tramite Ufficio federale statistica. Per contro i limiti attuali della convenzione quadro tra H+ e santésuisse non hanno permesso passi significativi nella promozione della qualità. Per l'OSC al fine di permettere il passaggio a Unità amministrativa autonoma, sono stati elaborati in collaborazione con i Servizi centrali dell'Organizzazione i principali strumenti per l'introduzione e la gestione del finanziamento tramite accordo di prestazione (si veda punto 4.3.9). Nel campo delle dipendenze si è partecipato all'elaborazione del modello di contratto promosso dalla Confederazione sia per il settore stazionario (Centri residenziali), sia per il settore ambulatoriale (Antenne). L'introduzione dipenderà dalle relative decisioni dell'UFAS. Da ultimo per le autoambulanze, con il supporto di un apposito Gruppo di lavoro, composto da rappresentanti del Cantone e dei Servizi, sono stati elaborati i primi strumenti del contratto: nuovo piano contabile uniforme e schema contabilità analitica.

Vigilanza e valutazione sanitaria

A livello normativo, si segnala il Regolamento sui naturopati (si veda punto 4.3.2). Mentre a livello operativo si evidenzia l'attività del nuovo Centro Regionale di Farmacovigilanza

del Canton Ticino ubicato presso l'Ospedale Regionale di Lugano, inserito, a seguito della nuova Legge federale sugli agenti terapeutici, nella rete svizzera di farmacovigilanza dal 1.07.2002. Si sottolinea che grazie alla collaborazione di tutti gli operatori sanitari sono stati raggiunti gli obiettivi fissati da Swissmedic. In particolare nel 2003 le segnalazioni di reazioni avverse legate all'uso di farmaci sono state 258. A sua volta il Centro ha avviato una significativa attività di consulenza (risposto a 122 consulti sulla farmacoterapia) di informazione (pubblicazioni) studi (organizzazione di un simposio) e di formazione. Per l'attività di vigilanza in generale assicurata dai vari servizi si rimanda ai punti da 4.3.2 a 4.3.6. Per il Dipartimento da rilevare un impegno accresciuto dovuto a casi riguardanti operatori sanitari, segnatamente medici, a seguito di eventi con risvolti penali.

Fornitori di prestazioni sanitarie appartenenti alla Divisione

Di rilievo la conclusione del trasferimento all'inizio dell'anno, nella nuova sede di Bellinzona, del Laboratorio Cantonale e dell'Istituto cantonale di microbiologia. E' poi seguita: l'inaugurazione ufficiale del 17 marzo 2003 con la partecipazione delle autorità politica cantonale e comunale e dell'Ufficio federale della sanità pubblica, la diffusione di apposite pubblicazioni sull'attività degli Istituti e nel corso del mese di maggio una serie di giornate di porte aperte per il pubblico (si vedano i punti 4.3.6 e 4.3.7). L'insediamento dei due Istituti a Bellinzona rappresenta poi una nuova importante tappa della creazione di un polo delle scienze biologiche a Bellinzona. In questo contesto da segnalare che il 29 settembre è stata creata la Fondazione per la ricerca sulle malattie virali. L'obiettivo è di costituire un polo di ricerca di qualità nel campo delle malattie virali. Si vogliono rafforzare le attività di ricerca clinica, di diagnostica e di laboratorio, attualmente svolte presso l'Istituto cantonale di microbiologia e presso i servizi dell'Ospedale regionale di Lugano (nel campo del virus dell'epatite C e del virus dell'immunodeficienza umana-HIV). Il Laboratorio di ricerca della Fondazione, almeno nella prima fase, sarà ubicato presso la sede dell'ICM. L'attività della Fondazione avrà il pregio di favorire la creazione di nuovi posti di lavoro in Ticino e ricadute significative per le società farmaceutiche. Per l'attività dei fornitori di prestazioni sanitarie della Divisione si rimanda ai punti 4.3.7, 4.3.8 e 4.3.9.

4.3.2 Sezione sanitaria

4.3.2.1 Legge sanitaria

A livello normativo è stata conclusa la preparazione del Regolamento concernente l'esame per l'ottenimento dell'autorizzazione d'esercizio quale terapeuta complementare. Approvato il 17 febbraio 2004 è poi stato messo in vigore il 1. marzo 2004 con le relative norme della modifica della Legge sanitaria del 19.12.2000, che erano rimaste in sospeso.

Promozione e valutazione sanitaria

Per quanto riguarda il Programma di promozione e valutazione sanitaria, nel 2003, sono state lanciate iniziative nei quattro settori del programma d'intervento.

- **Intervento multisetoriale:** salute, ambiente, sviluppo sostenibile.

Sono proseguiti i lavori per l'introduzione presso l'Amministrazione cantonale della procedura di "valutazione d'impatto sulla salute delle politiche sanitarie" (HIA) che verrà presentata al Consiglio di Stato all'inizio del 2004. La partecipazione al Gruppo di lavoro interdipartimentale sullo sviluppo sostenibile (GruSSTi) dovrebbe permettere di proporre una valutazione delle politiche pubbliche dal punto di vista di tale sviluppo. Al fine di coordinare le politiche pubbliche a favore della protezione e della promozione della salute, sono stati promossi in collaborazione con altri Dipartimenti e con enti esterni, in parti-

colare con la Fondazione Promozione Salute Svizzera, diversi progetti multisettoriali, segnatamente:

- la promozione dell'attività fisica in un ambiente sociale e fisico favorevole alla salute, attraverso la mobilità lenta (Progetto "Vivi la tua città" a Locarno e primi contatti con il progetto "Mendrisio a passo coi tempi");
- collaborazione con Agenda 21 Locale Ticino per la promozione dello sviluppo sostenibile a livello comunale;
- promozione della salute nel mondo del lavoro: quattro seminari aperti al pubblico (con il DFE e la SUPSI);
- partecipazione all'organo di coordinamento della sicurezza sul posto di lavoro nell'Amministrazione pubblica (con il DFE);
- gestione della rete informativa sui problemi dell'amianto in Ticino (reteinfoamianto@ti.ch);
- educazione ad un sana alimentazione nelle scuole primarie attraverso la produzione di materiale informativo (con il DECS);
- organizzazione di due sessioni del Forum della promozione della salute nella scuola (con il DECS).

● Diritti pazienti/Accesso alle cure

- salute e immigrazione: diverse azioni a favore di un accesso più adeguato alle cure (con RADIX Svizzera Italiana);
- proseguimento della campagna mediatica "riconoscimento precoce dei sintomi dell'infarto" per diminuire la gravità delle conseguenze dell'infarto in Ticino;
- partecipazione ai progetti del Club'74 (OSC) per l'integrazione delle persone con handicap psichico nella società;
- varie attività e pubblicazioni destinate a pubblici mirati (anziani, bambini, adolescenti) su tematiche diverse (incidenti, alimentazione, consumo di sostanze).

● Benessere e disagio

- realizzazione e diffusione del documento "Consumo e abuso di sostanze che creano dipendenza. Compiti e responsabilità della scuola. Proposte di intervento nelle sedi scolastiche, con il DECS;
- disagio giovanile: "Riduzione del rischio", programma di informazione e di sensibilizzazione sul consumo di sostanze psicoattive;
- benessere: diverse azioni di sensibilizzazione di bambini, ragazzi, genitori, docenti sui temi sociali, i problemi del mondo attuale (disagio, esclusione, rispetto, sviluppo sostenibile, determinanti della salute), i rapporti genitori-figli, la promozione della salute nelle scuole, i conflitti (Parlatevi con noi);
- preparazione e validazione del sito Infogiovani destinato all'informazione generale e specifica e all'incontro con gli/le adolescenti;
- Diario scolastico 2003-2004 sul tema dell'indifferenza;
- violenza: Rete prevenzione del suicidio, prevenzione nel carcere;
- prevenzione dell'alcolismo e del tabagismo attraverso azioni originali (anche a livello legislativo) che hanno coinvolto altri dipartimenti (DI e DECS in primis).

● Conoscenza e valutazione

- valutazione delle campagne (sondaggi sulla salute dei ticinesi, sui determinanti della salute e sui bisogni d'informazione sanitaria: "Sondaggio/base-line", "Sondaggi problemi socio-eco-ambientali", "Sondaggio valutazione campagna 144", "Valutazione accesso equo all'informazione");

- organizzazione a Lugano della conferenza internazionale CALASS'03 sulla variabilità nella sanità;
- elaborazione dei dati dell'inchiesta quadriennale ISPA-OMS sulla salute e sui comportamenti dei giovani da 11 a 15 anni;
- preparazione di un rapporto sui dati dei sondaggi "salute e lavoro": destinato a conoscere il fenomeno della precarietà e del suo impatto sulla salute e il ruolo del lavoro come grande integratore sociale.
- Inchiesta SMASH-02 a livello svizzero: destinata a fotografare lo stato di salute attuale dei giovani, confrontandolo con quello di altri paesi e nel tempo.
- Inchiesta sulla salute degli svizzeri 2002-2003: elaborazione dei dati sulla salute e sui comportamenti dei Ticinesi dai 15 anni in poi.

Una descrizione più completa è a disposizione.

Accanto a questi progetti la Sezione ha confermato la sua attività nel campo dell'insegnamento, della formazione e della documentazione. E' stato organizzato il tredicesimo corso di gestione e amministrazione dei servizi sanitari al Monte Verità di Ascona. Pure numerose le pubblicazioni e le collaborazioni anche a livello federale, intercantonale e con l'estero. Da evidenziare: la collaborazione nel WHO Regions for Health Network e il mandato della DDC/DFAE per la formazione di responsabili del settore sanitario in Romania e Bulgaria.

Salute pubblica

Nell'ambito del Preventivo 2004 il Consiglio di Stato, a seguito della difficile situazione finanziaria, ha deciso di ridurre i crediti (-1.2 mio. di franchi) a favore del **Servizio dentario scolastico** a partire dall'anno 2004/2005. Di conseguenza con l'apposita Commissione e l'Ordine dei dentisti si elaborerà un piano di riduzione dell'attività.

Per il **Comitato etico** la problematica della copertura assicurativa ha continuato a rappresentare l'aspetto più critico e dispendioso dell'esame di uno studio clinico. Purtroppo le competenti autorità federali hanno respinto la richiesta proveniente dai comitati etici, primo fra tutti quello ticinese, di allestire un catalogo dei requisiti minimi che le polizze assicurative devono soddisfare. La situazione è confusa e rischia di togliere attrattività alla Svizzera come luogo di ricerca. Il comitato etico cantonale ritiene che la riduzione del numero di studi sottoposti in Ticino (123 nel 2003 contro 167 nel 2001) sia almeno in parte da attribuire a questa situazione. Ha pertanto elaborato autonomamente una linea guida e sta lavorando per introdurla a livello svizzero con il consenso degli altri comitati etici.

Nel corso dell'anno è stato attivato sul sito WEB del Comitato etico il repertorio delle sperimentazioni cliniche approvate a partire dal 1. gennaio 2002, nel rispetto delle normative sulla protezione dei dati.

Per il resto nel 2003 è continuata regolarmente l'attività di coordinamento e di vigilanza di tutti i servizi: medici scolastici; servizio dentario scolastico; azione accertamento difetti visivi nelle scuole; esame audiometrico; ispettorato d'igiene (costruzione con un continuo aumento delle domande, suolo e abitato, polizia mortuaria); il Fondo alcol; il Comitato etico; la Commissione di vigilanza sanitaria. I dati relativi alle loro attività sono a disposizione.

Vigilanza arti sanitarie

L'effettivo al 31.12.2003 degli **operatori sanitari** autorizzati all'esercizio indipendente delle professioni sanitarie ❶ conferma la tendenza ad un costante incremento. Questo vale anche per i medici, nonostante l'entrata in vigore il 4.07.2002 della moratoria prevista dall'art. 55° LAMal. Al riguardo va tuttavia ricordato che a seguito delle nuove disposizioni l'autorizzazione all'esercizio indipendente non conferisce automaticamente il diritto ad esercitare a carico della LAMal.

A fine anno gli **istituti di cura** erano: 16 acuti; 3 riabilitativi; 4 lunga media degenza; 4 psichiatrici; 65 per anziani; 7 convalescenziari e terminali. **Medicamenti**: si veda il punto 4.3.4. I **Laboratori di analisi mediche** privati sono 13 (14).

4.3.2.2 Altre normative settoriali

Legge assicurazione malattie (LAMal)

La Sezione ha assicurato il supporto tecnico e amministrativo sia per i lavori di aggiornamento della pianificazione ospedaliera art. 39, sia per l'elaborazione del progetto di Decreto legislativo concernente la moratoria sui fornitori (art. 55 cpv. 1), sia per le consultazioni sulla seconda revisione LAMal.

Decreto legislativo concernente la pianificazione delle attrezzature medico-tecniche di diagnosi o di cura

Dopo l'avvio alla fine del 2001, la Commissione consultiva preposta a preavvisare al Consiglio di Stato le domande d'autorizzazione ha proseguito positivamente anche nel 2003 la sua attività.

A livello legislativo la Commissione sanitaria del Gran Consiglio ha approfondito la proposta di modifica del Decreto, presentata con il Messaggio del 5.11.2002. A tale scopo ha sentito a più riprese i responsabili del Dipartimento.

Legge sul servizio pre-ospedaliero di soccorso e trasporto sanitario (Legge autoambulanze)

A partire dal 1. gennaio 2003 sono entrati in vigore la Legge autoambulanze del 26.06.2001 e il relativo Regolamento del 3 dicembre 2002.

A seguito della disdetta della convenzione concernente le tariffe per i trasporti da parte degli assicuratori e considerato che tra le parti non è stato trovato un accordo, dopo aver emanato una tariffa provvisoria attualmente ancora in vigore, il Consiglio di Stato il 18 giugno 2003 ha emanato una tariffa definitiva. Contro tale tariffa è stato inoltrato ricorso il 20 agosto 2003 al Consiglio Federale da parte di santésuisse Ticino.

L'attività di vigilanza e sussidiamento dei Servizi è proseguita regolarmente con la collaborazione della Federazione cantonale ticinese dei servizi autoambulanza. I relativi dati sono a disposizione.

Legge d'applicazione della Legge federale sugli stupefacenti

Interventi nel campo delle dipendenze: nel corso del 2003 i Centri residenziali per i quali lo Stato accorda la garanzia ai collocamenti hanno tutti ottenuto il certificato di qualità nel campo della cura delle dipendenze (QuaThéDa). Nel frattempo è continuata la procedura di rilascio dell'autorizzazione che ha subito diversi rallentamenti a causa delle esigenze poste dall'implementazione del nuovo sistema di finanziamento federale. Alla fine del 2003 il Ticino ha dato la sua adesione a questo sistema, ciò dovrebbe consentire di contenere i costi a carico del Cantone fino all'entrata in vigore della nuova perequazione finanziaria. Per i servizi ambulatoriali, la Confederazione ha rimandato al 2008 la certificazione.

L'istituto di ricerca sulle dipendenze (ISF di Zurigo) ha consegnato il rapporto sui bisogni di terapia nel settore della presa carico di persone dipendenti da eroina. Il documento dà diverse indicazioni sull'evoluzione auspicabile della presa a carico ambulatoriale al fine di poter garantire nuove prestazioni terapeutiche qualora se ne presentasse l'esigenza.

Si sono avviati progetti di prevenzione secondaria con il finanziamento di determinate attività di "Spazioado", struttura destinata ad accogliere adolescenti alla ricerca di una motivazione e spesso confrontati anche con un uso intenso di sostanze psicoattive.

Prevenzione: è continuata la sensibilizzazione della popolazione, in modo particolare di quella giovanile, sul tema del consumo di alcol. In questa stessa prospettiva si è sostenuta direttamente l'azione informativa sul tema della canapa.

E' stato avviato nella seconda metà dell'anno il progetto "Laola" di sensibilizzazione sul tema del consumo di sostanze in ambito sportivo.

A queste azioni a vasto raggio, vanno poi aggiunte le attività gestite in proprio o con altri enti nel campo della prevenzione del disagio (animazioni in classe, formazione di docenti, genitori, animatori, ecc.).

Centri residenziali e Servizi ambulatoriali (Antenne): il numero delle persone dipendenti prese a carico dal settore residenziale nel 2003 è ulteriormente diminuito. L'evoluzione è la seguente: 106 nel 1991; 199 nel 1998; 196 nel 1999; 186 nel 2000; 201 nel 2001; 156 nel 2002 e 137 nel 2003. Per quanto riguarda il montante versato ai centri residenziali, nel 2003 si registra una spesa complessiva di fr. 4.666.939.- (2002: 4.895.882.-), che si riferisce a un totale di 21.211 giornate di cura nel 2003 (2002: 26.177). Il costo per giornata di cura assunto dallo Stato è aumentato in media di fr. 33.- (da fr. 187,03 nel 2002 a fr. 220,03 nel 2003) in conseguenza di mancati versamenti federali. Per la casistica 2003 delle Antenne si rinvia all'allegato statistico **T**. Il sussidio d'esercizio 2002 (determinato nel 2003) a questi servizi sociali è stato di fr. 1.311.566,05. 4.T83

4.3.3 Ufficio del medico cantonale (UMC)

Progetto rete sanitaria: approvata dal Gran Consiglio la seconda parte del credito di 2,25 mio proposto nel 1999, ha preso avvio la fase di preparazione del progetto pilota della Carta sanitaria ticinese nella regione urbana di Lugano. Nel 2003 il progetto ha ottenuto due riconoscimenti importanti sul piano nazionale (award 2003 e-HealthCare et Prix du service publique). L'Ufficio federale per la formazione professionale e per le tecnologie ha inoltre concesso un credito di 250.000.- franchi, per il carattere innovatore del progetto. Questi riconoscimenti sottolineano l'importanza del progetto e premiano il lavoro svolto dallo Stato in partenariato con i principali attori sanitari del Cantone.

Settore vigilanza sulla qualità: la vigilanza sugli istituti di cura acuti e cronici e sulla qualità delle cure è stata oggetto nel 2003 di verifica e ristrutturazione. E' stata definita la missione, sono state esplicitate le basi concettuali del lavoro e le modalità operative. Per il settore delle case per anziani è già stata emanata un'apposita direttiva concernente i requisiti essenziali di qualità. Parimenti è stato definito un nuovo modello di reparto di casa per anziani, il "*reparto ad alto contenuto sanitario*", di cui si sta sperimentandone il funzionamento presso l'ex ospedale di Cevio e presso l'ex clinica Santa Lucia. L'avvio di questo settore ha permesso di iniziare il lavoro di standardizzazione delle autorizzazioni d'esercizio per gli istituti di cura e della loro armonizzazione con la pianificazione LAMal.

Settore Hospext: con il 2003 la gestione delle garanzie di pagamento per ospedalizzazioni extracantonali (art. 41,3 LaMal) è passata dall'EOC a questo ufficio. Delle 2.059 richieste esaminate, 1.378 sono state approvate (67%), mentre 597 respinte (29%). 84 non sono state esaminate (4%) perché concernenti istituti privati. Il 57 % delle domande di garanzia (n = 1.169) sono riferite a ricoveri nei seguenti ospedali universitari o centrali: Zurigo, Berna, Ginevra, Losanna, Lucerna. Le domande di garanzia si possono suddividere in quattro macrocategorie: chirurgia 54 % (n = 1.112), medicina interna 30 % (n = 614), ginecologia/ostetricia 5 % (n = 111) ed altro (segnatamente psichiatria e riabilitazione) 11 % (n = 222).

Settore medicina del personale: per le cause delle assenze per malattia dei dipendenti si osserva l'aumento costante dei disturbi della salute mentale, sono circa il 50% delle assenze superiori a 30 giorni. E' allo studio un progetto di riforma della gestione delle assenze che coinvolge la sezione delle risorse umane DFE e la sezione amministrativa DECS.

Settore medicina fiduciaria: regolare l'opera di consulenza in favore dei servizi dell'amministrazione cantonale: Sezione della circolazione, Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento, Sezione dei permessi e dell'immigrazione, Sezione sanitaria, per citare i maggiori.

La riforma del servizio dei medici delegati non ha invece ancora potuto essere conclusa.

Settore malattie infettive: due eventi epidemici mondiali hanno caratterizzato il 2003. L'emergenza della SARS (Sindrome respiratoria acuta severa) durante primavera e estate, e l'influenza aviaria H5N1 (influenza dei polli) in inverno. Entrambe le emergenze hanno richiesto un importante intervento organizzativo e informativo. Parallelamente a queste emergenze è continuata regolarmente l'attività di vigilanza sulle malattie trasmissibili.

Servizio di medicina scolastica: nel 2003 si è concluso il primo quadriennio di attività dei medici scolastici secondo il Regolamento 1999. Nuovi medici sono stati nominati per il quadriennio 2003/2007. Obiettivo del primo anno scolastico (2003/04) è stato quello di "conoscere il mondo della scuola ed evidenziare i bisogni in materia di salute". L'analisi dei dati sulla copertura vaccinale ha permesso per la prima volta nel nostro Cantone di conoscere la situazione dalla nascita al termine della scolarità obbligatoria (vedere ④). Sono proseguite la promozione della vaccinazione contro l'epatite B in tutte le scuole medie del Cantone e la visita medica obbligatoria agli apprendisti.

4T85

Settore tossicodipendenze: lo studio epidemiologico del 2000 è proseguito. 766 pazienti erano in cura sostitutiva il 31.12.2003, curati da 121 medici autorizzati. Il numero di pazienti è rimasto stabile negli ultimi sei anni, con una leggera tendenza verso la diminuzione (vedere ④). I risultati dello studio sono stati presentati a medici, farmacisti e operatori socio-educativi durante i due corsi d'aggiornamento, entrambi dedicati alle nuove raccomandazioni federali in materie di trattamenti sostitutivi. Diversi risultati sono stati presentati alla Riunione annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia a Bologna (ottobre 2003). Il progetto MeTiTox si è concluso in novembre 2003. Un nuovo progetto triennale mirato a rafforzare la messa in rete dei differenti attori sociosanitari, in particolare la psichiatria pubblica, è un fase di elaborazione (AMTiTox).

4.T86

Settore dell'interruzione della gravidanza e della medicina della procreazione: la modifica del codice penale svizzero in materia d'interruzione di gravidanza ha esplicitato tutti i suoi effetti nel 2003. Il numero delle interruzione di gravidanza è stabile da 15 anni. ④

4.T87

La medicina della procreazione è stata oggetto di verifiche intercantionali, per quanto concerne le modalità ispettive. La nuova normativa italiana, entrata in vigore a fine 2003, può creare un afflusso di pazienti dalla Lombardia al nostro Cantone.

Servizio sanitario di confine: proseguita con piena soddisfazione la collaborazione con la Croce Rossa Svizzera, alla quale il Medico cantonale ha delegato la gestione delle vaccinazioni iniziali dei richiedenti l'asilo e dei rifugiati.

4.3.4 Ufficio del farmacista cantonale (UFC)

L'annata in rassegna è stata caratterizzata dalle conseguenze relative all'entrata in vigore, il 1. gennaio 2002, della Legge federale sugli agenti terapeutici (LATer) e dalle disposizioni contenute nelle relative Ordinanze d'applicazione. Parte di quest'ultime sono state oggetto di una nuova procedura di consultazione del Dipartimento federale dell'interno. Il nuovo ordinamento farmaceutico federale non è tuttavia completo: mancano in particolare le ordinanze relative ai prodotti di medicina complementare e quelle dei farmaci fabbricati nelle farmacie ospedaliere e dell'esercito. Il perfetto funzionamento del nuovo Istituto federale dei medicamenti (Swissmedic) non è ancora ultimato.

Medicamenti

● Consumo e prezzi dei medicamenti

Come figura dall'Allegato statistico le spese farmaceutiche a carico dell'assicurazione malattia aumentano costantemente in Svizzera di circa 200-300 milioni di franchi all'anno. Nel 2002 detto consumo è ammontato a 3,7 miliardi. Si constata parimenti che da alcuni anni il numero di imballaggi venduti è praticamente costante. Ciò significa che si ricorre

sempre più all'utilizzazione di farmaci innovativi, in genere più efficaci ma anche più costosi. Questa tendenza è legata anche al fatto che per alcune patologie pesanti sono stati fortunatamente introdotti dei nuovi medicinali per i quali oltretutto non si disponeva ancora di prodotti particolarmente efficaci. L'uso di generici, malgrado gli incentivi contemplati dalla legislazione assicurativa, risulta modesto e non permette di conseguire i risparmi che erano stati prospettati dall'UFAS. Siccome ciò è legato primariamente all'utilizzo di farmaci innovativi l'Ufficio è intervenuto nuovamente presso l'Ufficio federale della protezione intellettuale. Medici e farmacisti dovrebbero collaborare maggiormente a tal riguardo, sia in ambito ambulatoriale, sia presso gli istituti di cura (case per anziani, ecc.).

Per ciò che attiene le condizioni d'acquisto degli ospedali, si segnala la presa di posizione della Commissione della concorrenza (COMCO) in sintonia con la posizione della Sorveglianza dei Prezzi. Pure Swissmedic e l'UFAS hanno ora adottato una posizione favorevole. Tutti questi interventi hanno portato progressivamente le industrie farmaceutiche a concedere di nuovo degli sconti agli ospedali: la situazione non è tuttavia ancora del tutto normalizzata.

L'Allegato statistico illustra la spesa farmaceutica dei ticinesi a carico dell'assicurazione malattia (+30% rispetto alla media svizzera). **T**

4.T88

- **Medicamenti non omologati da Swissmedic**

Le nuove disposizioni della LATer venendo interpretate da Swissmedic in maniera molto restrittiva per l'utilizzo di medicinali non omologati in Svizzera, il Dipartimento era intervenuto per sollecitare delle procedure meno burocratiche per i nostri medici ed i nostri farmacisti, ciò al fine di non penalizzare i pazienti. Il secondo pacchetto di Ordinanze messo in consultazione sembra venire in contro a questa richiesta.

- **Stupefacenti e prodotti dopanti**

L'Ufficio è stato sollecitato dal Ministero e dal Governo per numerosi interventi intesi a debellare le coltivazioni e le vendite di canapa risultate in contrasto con le disposizioni della Legge federale sugli stupefacenti.

Farmacie

Vi è stata un'apertura di una farmacia (per il momento non autorizzata a lavorare a carico dell'assicurazione malattia a seguito della Moratoria federale per i fornitori di prestazioni sanitarie). Si assiste per contro al fenomeno di traslocare delle farmacie preesistenti in zone più commerciali. L'attività d'ispezioni è continuata ed ha portato ad 11 controlli. Siccome non vi è uniformità nel sistema di qualità delle farmacie si è sollecitato l'Ordine dei farmacisti a programmare degli ulteriori corsi di perfezionamento intesi a migliorare questa situazione.

Laboratori d'analisi mediche

L'adozione di un Regolamento d'applicazione della Legge sanitaria per fissare i criteri di qualità di queste strutture è ormai un'esigenza manifesta. Sull'esempio di altri Cantoni il Dipartimento ha allestito un progetto a tal riguardo, regolamento che tra l'altro recepisce i principali criteri di qualità contemplati dalla legislazione assicurativa e dalla norme dell'associazione dei laboratori d'analisi mediche.

L'Allegato statistico illustra le spese dei nostri assicurati per esami di laboratorio (circa il 70% in più rispetto alla media svizzera). **T**

4.T88

Industrie farmaceutiche e grossisti

La LATer fissa i criteri di qualità per questo genere di strutture e prescrive delle ispezioni di verifica per le norme di fabbricazione e di distribuzione. L'attività ispettiva dell'Ispettorato è stata quindi intensa ed ha portato a 55 ispezioni. Si nota un positivo adeguamento ai moderni ed esigenti standard di qualità, ciò che risponde tra l'altro alle esigenze delle

nostre società per la loro attività d'esportazione. L'Ispettorato lavora in collaborazione con Swissmedic e con altri ispettorati regionali, ciò al fine di uniformare a livello svizzero le procedure ed i requisiti.

Il numero di industrie chimico-farmaceutiche è rimasto sostanzialmente costante (24: una è stata chiusa, una è in procinto di iniziare la propria attività) mentre è aumentato quello delle società di grossisti (114). Figurano fra queste strutture delle società che si occupano di analisi, di sviluppo e di studi clinici di medicinali. Si è assistito alla creazione da parte di società commerciali di strutture per la fabbricazione e il controllo di farmaci. Nel corso dell'annata un importante gruppo internazionale ha creato in Ticino una società di biotecnologia.

Un ulteriore impulso allo sviluppo di queste attività chimico-farmaceutiche si avrà probabilmente con l'accordo di mutuo riconoscimento del sistema ispettivo fra Swissmedic e gli USA. La Società svizzera dell'industria chimica (SSIC) ha elaborato un nuovo Codice Farmaceutico in sostituzione di quelli precedenti del 1991 e del 1995: entrerà in vigore il 1. gennaio 2004. Il nuovo codice si prefigge di lottare contro gli abusi.

4.3.5 Ufficio del veterinario cantonale (UVC)

Prevenzione e lotta contro le epizootie

I casi di malattia notificati dai veterinari ufficiali e dagli ispettori degli apicoltori nel 2003 sono riassunti nella **1**.

4.T45

Sono stati sottoposti ad esame sierologico nei confronti dell'**artrite-encefalite caprina (CAE)** 155 greggi, per un totale di 3.386 capi. Soltanto due capi sono risultati sieropositivi, a conferma del fatto che il risanamento può essere considerato portato a termine con successo. A partire dal 2004 sarà possibile diminuire ulteriormente il numero di effettivi controllati annualmente. I dettagli sull'esito dei controlli sono precisati nella **1**.

4.T46

I greggi ovicaprini nei quali si sono verificati casi di aborto enzootico da **clamidia** sono stati 5. I veterinari di controllo hanno predisposto trattamenti con antibiotici per interrompere il ciclo di infezione e predisposto vaccinazioni.

Sempre in greggi di ovicaprini sono stati registrati 13 casi di **listeriosi**. La malattia si manifesta con disturbi del sistema nervoso, tremori, spasmi, apatia. Spesso la somministrazione di antibiotici non permette di influenzare in modo significativo il decorso della malattia e il tasso di mortalità rimane elevato.

Le indagini sierologiche predisposte dall'Ufficio federale di veterinaria su un campione rappresentativo di effettivi, concernenti la **leucosi bovina**, la **brucellosi ovicaprina** e la **malattia di Aujeszky**, hanno permesso di confermare lo stato di esenzione nei confronti di queste malattie.

In una bovina affetta da gravi sintomi clinici è stata diagnosticata la **febbre catarrale maligna**, una malattia virale incurabile, generalmente mortale, ma fortunatamente rara. Vista la prognosi infausta, l'animale è stato sottoposto ad eutanasia. La FCM non si trasmette alle persone.

In Ticino nel 2003 è iniziato il programma di risanamento nei confronti della **polmonite enzootica (EP)** e dell'**actinobacilloso suino (APP)**. Si tratta di due malattie infettive che colpiscono unicamente i suini e causano patologie all'apparato respiratorio. Il programma ha coinvolto 173 effettivi.

Protezione degli animali

Nell'ambito degli **animali da reddito** sono state effettuate 254 ispezioni. In 90 casi (35%) è stata riscontrata una situazione di totale conformità, mentre nei rimanenti 164 casi (65%) è stato rilevato almeno un parametro non conforme. Va rilevato che i parametri valutati sono molto numerosi e che nel 62 % delle 164 ispezioni con contestazioni

sono stati rilevati al massimo 2 parametri non conformi.

Nell'ambito degli **animali da compagnia** sono stati controllati 12 canili e 4 commerci per animali. In 2 occasioni è stato revocata l'autorizzazione, in un caso per gravi infrazioni alla legislazione sulla protezione degli animali. Sono state rilasciate 37 nuove autorizzazioni per la tenuta non professionale di **animali selvatici**: 24 per la tenuta di furetti (61%), 7 di uccelli esotici o selvatici, 6 di rettili non velenosi.

È inoltre stata autorizzata l'attività di un nuovo commercio per animali e di 4 **esposizioni**. Le autorizzazioni rinnovate nel corso del 2003 sono state 31, mentre in altri due casi il titolare ha cessato l'attività.

Il DSS, su preavviso della speciale Commissione di vigilanza, ha rilasciato 8 autorizzazioni per l'esecuzione di **esperimenti su animali**. È stato autorizzato l'utilizzo di 11.350 topi e 27.000 ratti.

Controlli produzione animale

Si tratta di controlli pianificati dall'Ufficio federale di veterinaria per verificare il rispetto di varie normative sanitarie nella tenuta di animali da reddito (traffico degli animali, igiene del latte, trattamenti con farmaci). Su 338 ispezioni effettuate in 101 aziende, 148 (44%) hanno permesso di attestare la totale conformità, mentre nelle rimanenti 190 (56%) è stato rilevato almeno un parametro non conforme.

Igiene delle carni

Nella **■** sono riportati i dati relativi alle macellazioni professionali e i risultati dell'ispezione delle carni. 4.T47

Diversi

Nel corso dell'anno sono state rinnovate 29 patenti di negozianti di bestiame. Due negozianti si sono visti ritirare la patente a tempo indeterminato in seguito a gravi infrazioni commesse nel traffico degli animali.

I dati principali relativi alle casse d'assicurazione del bestiame bovino e minuto sono riassunti nella **■**. Dal prossimo anno i dati relativi a questo settore saranno disponibili presso la Sezione agricoltura, e ciò in seguito all'entrata in vigore della nuova Legge sull'agricoltura che ha trasferito al DFE la competenza in materia di assicurazione del bestiame. 4.T44

4.3.6 Laboratorio cantonale (LC)

Nei primi mesi del 2003 i collaboratori del LC sono stati impegnati nei lavori di preparazione del trasloco, di insediamento e di riavvio delle attività nella nuova sede di Bellinzona, inaugurata ufficialmente il 17 marzo. In quell'occasione è stato presentato e distribuito un opuscolo - interamente redatto dalla nostra équipe - destinato a illustrare al pubblico, attraverso le nostre attività, le varie problematiche concernenti la sicurezza e l'"onestà" delle derrate alimentari e degli oggetti d'uso.

Se da un lato il trasferimento nella nuova sede ha prodotto motivazione e una nuova voglia di fare nel personale dell'Istituto, dall'altro ha inevitabilmente comportato un calo momentaneo della produttività di taluni reparti.

Le numerose campagne effettuate non hanno peraltro evidenziato situazioni di particolare gravità, risultando pertanto facilmente sanabili. Una novità derivante dagli accordi bilaterali sono state le segnalazioni di importazioni nel nostro Cantone di partite di alimenti "a rischio" pervenuteci dall' Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) tramite il Rapid Alert System for Food and Feed dell'UE. Queste segnalazioni hanno comportato, oltre ad interventi urgenti, l'intimazione di misure cautelative e in un caso l'emissione di una messa in guardia pubblica dei consumatori.

Ispettorati

Oltre agli interventi nell'ambito del sistema Rapid Alert europeo di cui sopra, nel corso dell'anno non vi sono state situazioni inattese o campagne ispettive concertate a livello nazionale, come era invece accaduto nel 2002. L'attività, oltre alla sistemazione del casellario nei nuovi spazi, si è quindi concentrata sui controlli di routine con risultati soddisfacenti. **T**

4.T74

L'effetto del periodo del trasloco sul numero delle ispezioni e come su quello dei campioni prelevati risulta in modo evidente dalla lettura dal grafico **T**: per le prime è infatti stato dell'8,5% e per i secondi del 14,5%.

4.T70

Reparti analitici

Con i nuovi spazi il LC ha inoltre potuto dotarsi di ulteriori e modernissimi equipaggiamenti scientifici, in particolare di un sistema HPLC-MS-MS che permette il dosaggio dei metaboliti di antibiotici nelle derrate d'origine animale e di un apparecchio JCP-OES che, sui campioni d'acqua, permette quello simultaneo di una sessantina di elementi chimici. Si è inoltre potuto allestire ed equipaggiare un nuovo reparto "Radioattività" nel quale si può procedere alla misura dell'attività dei radionuclidi sulle derrate alimentari e su campioni ambientali. La necessità di disporre di un simile laboratorio al sud delle Alpi era da anni auspicata da vari uffici federali ed in particolare dal Ufficio federale della sanità pubblica. Sebbene la messa a punto operativa di questi sistemi abbia richiesto notevole impegno anche in ore lavorative, il numero di campioni analizzati dai reparti analitici ha potuto essere mantenuto sui livelli dell'anno precedente **T**.

4.T71-73

Per indicazioni di dettaglio sull'attività svolta e sulle risultanze delle indagini del Laboratorio cantonale, da fine aprile è disponibile anche in rete (www.ti.ch/DSS/DSP/LC/) il "Rapporto d'esercizio 2003" redatto per conto dell'Ufficio federale della sanità pubblica.

4.3.7 Istituto cantonale di microbiologia (ICM)

Il 17 marzo 2003 ha avuto luogo l'inaugurazione ufficiale del nuovo stabile in Via Mirasole a Bellinzona. A questa manifestazione sono poi seguite tre giornate di porte aperte durante il mese di maggio con una folta partecipazione di pubblico. La nuova sede risulta confacente ai bisogni d'analisi microbiologiche richiesti per lo svolgimento del mandato istituzionale.

Attività analitica (Natura e quantità di analisi effettuate)

Le analisi microbiologiche effettuate nel corso dell'anno 2003 sono riassunte nella **T**. Quantitativamente il numero di analisi effettuate in batteriologia è aumentato di ca. 4.000 unità. Qualitativamente una maggiore utilizzazione della biologia molecolare per la diagnosi delle malattie infettive ha portato ad un'ulteriore differenziazione rendendo l'analisi più mirata.

4.T75

Per quel che concerne la sierologia/virologia, il numero delle analisi è diminuito nel 2003 in quanto non vi è più stata la situazione eccezionale e temporanea del 2002 (analisi appaltate all'ICM da un laboratorio privato durante la fase d'avvio). Inoltre, all'inizio del 2002 (gennaio-febbraio), si è verificata una pressione da parte dell'EOC per recuperare nei suoi laboratori alcune analisi, pressione poi in parte contenuta dopo una trattativa che ha evidenziato l'aspetto specialistico della microbiologia svolta dall'ICM. La diminuzione delle analisi è stata tuttavia compensata a livello del fatturato dalla diversificazione dell'offerta. Infatti nel 2003 sono state introdotte nuove analisi che fanno capo a recenti tecniche di biologia molecolare (RT-PCR), come la ricerca rapida di CMV, EBV, enterovirus, e l'identificazione batterica dal genoma.

Mandati peritali e programmi particolari

L'ICM ha rinnovato il contratto per tre anni con l'Ufficio Federale della Salute Pubblica quale Centro Nazionale di Riferenza per la Legionella. Nel grafico 4.T76 è riportata l'evoluzione delle prestazioni analitiche in questo campo a partire dal 1997. Il numero di analisi effettuate è in netto aumento in quanto la *legionellosi* costituisce un problema di salute pubblica che diventa sempre più importante nei paesi industrializzati.

Nel 2003 l'ICM ha partecipato all'organizzazione di due importanti congressi europei.

- In maggio, con la collaborazione dell'Ufficio federale della sanità pubblica, si è svolta a Bellinzona la 18.ma conferenza annuale della European Working Group sulle infezioni da *Legionella* (EWGLI).
- In settembre, per la Society for Vector Ecology (Società per l'ecologia dei vettori di malattie infettive) è stata organizzata a Bellinzona la 14th Conferenza Europea sui vettori.

Nel settembre 2003 è stata costituita a Bellinzona la Fondazione per la Ricerca sulle Malattie Virali (FORMVI), con lo scopo di sviluppare nella Svizzera italiana un polo di ricerca nel campo delle malattie virali. La FORMVI collaborerà strettamente con l'ICM, dove è stata ubicata.

Insegnamento e collaborazione universitaria; ricerche di dottorato e lavori di diploma; corsi e specializzazioni

Il Direttore ed il Direttore aggiunto hanno continuato la loro attività d'insegnamento all'Università di Ginevra in qualità di professori di microbiologia alla Facoltà di Scienze ed alla Facoltà di Medicina, ed in qualità di professori a contratto presso la Facoltà di Medicina dell'Università dell'Insubria di Varese. Altri mandati d'insegnamento sono stati assicurati dal Direttore per le Università di Milano, Neuchâtel, al Politecnico Federale di Losanna e all'USI (Accademia di Architettura).

Presso l'ICM sono stati terminati diversi lavori di dottorato: due dottorati (4) e sono in corso 6 tesi.

Da segnalare la prosecuzione dei corsi sottoforma di stage: hydrobiologie microbienne, Diplôme d'études approfondies (DEA) en microbiologie et parasitologie, Diplôme d'études supérieures en sciences naturelles de l'environnement (DESSNE), processus microbiologiques des eaux de surface.

Sono continuate le ricerche nel quadro del Fondo Nazionale del programma PNR-49 inerente la diffusione di antibiotici nell'acqua e la relativa selezione di batteri resistenti e dei determinanti genetici della resistenza batterica agli antibiotici.

Sempre sul piano accademico all'ICM è stata assegnata la Scuola dottorale in Microbiologia nell'ambito della collaborazione universitaria tra Ginevra, Losanna e Neuchâtel denominata "Triangle Azur".

4.3.8 Istituto cantonale di patologia (ICP)

L'Istituto ha mantenuto il suo statuto di centro di categoria A, ossia di riconoscimento alla stessa stregua di un servizio universitario per la formazione di specialisti in patologia anatomica, di medici assistenti e di studenti. Ciò è stato possibile grazie alle qualifiche dei suoi operatori, ai corsi di perfezionamento che quotidianamente si svolgono, grazie al numero di casi sottoposti ad esame e alla qualità delle prestazioni e alla dotazione di moderne infrastrutture di laboratorio e di informatica.

Si è collaborato a livello cantonale, nazionale ed internazionale in diversi settori, in modo particolare in quelli che riguardano le patologie delle linfoghiandole, del fegato, dei polmoni, dei tessuti di sostegno, della cute e della mammella. Si sottolineano i rapporti proficui con l'Istituto oncologico della Svizzera italiana, in particolare per ciò che attiene alle

malattie ematologiche. Nuova la partecipazione a sedute in ambiti ospedalieri (EOC, Clinica S. Anna Lugano) per approfondimenti a scopo terapeutico di problematiche riguardanti i pazienti tumorali.

E' continuato l'insegnamento da parte di membri dell'Istituto presso l'Università in subrica di Varese (patologia anatomica, biologia) e presso l'Università di Berna dove il capo servizio ha pure mantenuto la direzione di un laboratorio di ricerca.

La lista delle pubblicazioni scientifiche e i dettagli tecnici sono ottenibili presso la Direzione dell'Istituto.

Registro cantonale dei tumori

Ha introdotto nuovi sistemi di codifica delle malattie tumorali (ICD-O-III, OMS) e stadiazione (TNM 6) come pure alcune nuove variabili finalizzate ad una migliore armonizzazione con i dati nazionali ed internazionali. Questi approfondimenti sono requisito necessario per l'ottenimento di contributi federali d'esercizio. Il responsabile del Registro è stato chiamato alla carica di segretario presso l'Associazione svizzera registri tumori (ASRT). E' stata possibile la pubblicazione dei dati registrati nel periodo 1996-1999, dati disponibili anche su Internet dove è stata pure progettata una pagina che fungerà da piattaforma per la pubblicazione locale dei risultati degli studi, delle loro elaborazioni e delle collaborazioni. Si sono evase 43 richieste di consulenza relative a lavori per pubblicazioni scientifiche, relative a corsi di formazione e giornate di aggiornamento di medici nonché per supporti a dottorandi e a dipartimenti governativi.

Nel corso del 2003 sono stati notificati 1.814 nuovi casi e seguiti complessivamente 10.146 pazienti tumorali. La banca dispone attualmente di una casistica di 15.071 unità.

Anatomia patologica (biopsie, necropsie)

Nell'ambito dell'attività quotidiana si sono analizzati per incarico di medici di base, di ospedali pubblici e privati campioni tissutali riferiti a 17.523 (17.125) pazienti e a corpi esanimi che hanno comportato un numero complessivo di 67.133 (63.893) valutazioni istologiche **T**. Si sono evidenziati 1.865 (1.761) nuovi casi di cancro **T** con una quota del 53,9% (54,1%) per i maschi. I limiti di età si sono situati tra 2 e 99 (4 e 98) anni, mentre l'età media degli ammalati per questo tipo di patologie è risultata essere al momento della diagnosi di 67,98 (67,13) anni. Le metastasi/recidive di neoplasie sono state 681 (690), mentre i tumori diagnosticati nella loro fase iniziale sono risultati 178 (182). Si è intervenuti per diagnosi in urgenza durante operazioni chirurgiche in 249 (281) casi. Per incarico di ospedali e di privati si è proceduto a 80 (92) esami necroscopici di cui 35 (45) concernenti feti.

4.T81, 78

Medicina legale

Il servizio ha effettuato 56 autopsie forensi, 74 ispezioni esterne dei corpi e 64 sopralluoghi. La suddivisione per natura della morte ha rilevato 43 suicidi, 35 accidenti, 20 morti naturali, 2 omicidi e 30 casi non specificabili **T**.

4.T77

E' stato sperimentato durante 6 mesi un picchetto per interventi 24 ore su 24 al fine di verificare una più ampia collaborazione con il Magistero pubblico e i servizi di Polizia scientifica.

Citopatologia clinica (prevenzione e diagnosi citologica del cancro)

Il Centro citologico ha proceduto a 151.580 (112.122) analisi mediche per un numero complessivo di 37.895 (37.374) pazienti **T**. Gli esami destinati alla prevenzione del cancro dell'utero sono stati 34.120 (35.915) ed hanno mostrato in 1.293 (1.894) casi cellule atipiche, potenzialmente capaci di evolvere verso un cancro oppure espressione di un tumore conclamato. Le analisi non ginecologiche sono state 3.775 (3.969) suddivise in

4.T82

2.030 (2.105) casi di citologia esfoliativa ① e in 1.745 (1.864) agoaspirati da diversi organi ① eseguiti quasi nella loro totalità dal primario di citopatologia. Le attività di consulenza e di collaborazione hanno riguardato gli ospedali: Civico di Lugano, San Giovanni di Bellinzona, Beata Vergine di Mendrisio, La Carità di Locarno, Clinica S. Anna di Lugano e Clinica S. Chiara di Locarno. Analoga attività è stata svolta presso la sede di Locarno e di Lugano. Esami speciali: ricerca HPV 822 (828); recettori ormonali 204 (200); immunocitochimica 150 (142); citometria di flusso 100 (90).

4.T79

4.T80

Laboratorio di patologia sperimentale

Ha eseguito analisi di biologia molecolare per il servizio diagnostico di istopatologia, soprattutto in casi di malattie tumorali del sistema linfatico (ricerca della monoclonalità). L'attività di ricerca, finanziata in parte dal Fondo nazionale svizzero, ha prodotto buoni risultati in particolare nel campo delle risposte immunologiche che potrebbero avere risvolti per ulteriori studi fisiopatologici e applicazioni sull'uomo.

Il laboratorio ha ospitato studenti e studiosi per stages di ricerca autofinanziati con conseguimento di tesi di laurea presso l'Università dell'Insubria di Varese e con sviluppo di due lavori di dottorato di ricerca in collaborazione con l'Università di Friburgo.

4.3.9 Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC)

Gli argomenti principali che hanno contraddistinto l'attività del 2003 sono i seguenti:

- l'allestimento di uno studio di fattibilità per la trasformazione dell'OSC in una Unità amministrativa autonoma (UAA);
- la certificazione, da parte della UCSS/SUPSI, del sistema di qualità per il CARL e Centri diurni;
- l'allestimento di una bozza di accordo di prestazione tra lo Stato del Cantone Ticino e l'OSC nonché lo studio per l'introduzione di un nuovo modello di contabilità analitica.
- la preparazione e la formazione del personale per l'introduzione dal 1. gennaio 2004 del nuovo tariffario TARMED per tutte le prestazioni ambulatoriali dell'OSC, con il relativo adattamento della cartella di cura per permettere la raccolta dei dati ;
- in collaborazione con il Centro sistemi informativi, uno studio di fattibilità per l'introduzione di un nuovo sistema informatico integrato per la contabilità finanziaria, analitica e per il controllo di gestione che integri contemporaneamente il progetto già in corso di implementazione della cartella di cura informatizzata;
- l'apertura, dopo riattazione, del Padiglione Quadrifoglio, con 64 posti letto e la relativa chiusura del Padiglione Adorna che sarà sottoposto a lavori di ammodernamento;
- il trasloco del Centro psico-educativo di Lugano da Viganello alla sede di Via Brentani;
- l'acquisto dello stabile Luganetto a Viganello per la Direzione del Settore Sottoceneri OSC e i Servizi ambulatoriali SPS e SMP. Saranno pure ubicati gli uffici del Servizio sociale cantonale e dell'Ufficio giovani, maternità e infanzia. L'edificio sarà risistemato e sarà agibile presumibilmente nel 2005;
- la destinazione di un appartamento (5 posti letto) di Villa Alta per la riabilitazione dei giovani ai primi segnali di scompensi psicotici, misura decisa in collaborazione con l'Ufficio AI;
- le nuove convenzioni con l'OBV (medicina generale) e con l'EOLAB (analisi di laboratorio).

Per quanto concerne l'attività svolta, nel 2003 l'OSC si è occupata complessivamente di 7.885 utenti (7.689 nel 2002), dei quali 1.760 minorenni (1.801) e 6.125 adulti (5.888). ①

4.T48-69

La Clinica psichiatrica cantonale (CPC) ha registrato, rispetto al 2002, una leggera flessione del numero delle giornate di degenza (50.943 rispetto alle 52.232 del 2002), ma l'occupazione media dei 140 posti letto autorizzati dalla pianificazione LAMal è sempre

stata altissima (99,69%) ed ha causato notevoli disagi al momento dei ricoveri, non solo per la ricerca di un posto libero, ma anche per una adeguata sistemazione coabitativa corrispondente alle esigenze patologiche dei pazienti. La degenza media per caso ammesso è stata di 34,9 giorni; 956 è stato il numero delle persone ospitate per un totale di 1.317 ammissioni (una medesima persona può avere più ricoveri nel corso dell'anno).

Il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) ha avuto in cura 109 ospiti, con 35.236 giornate di presenza e 1.022 riserve letto (totale 36.258). L'occupazione media è stata del 94,61% e la degenza media per ospite è stata di 333 giorni.

Molto positivo si è dimostrato il primo anno di funzionamento della nuova struttura di Villa Alta che, con l'organizzazione dei 30 letti suddivisi in 6 appartamenti, permette alla degenza una apprezzata connotazione famigliare.

I Laboratori protetti, con i 117 posti di lavoro riconosciuti dalla Pianificazione AI, hanno offerto possibilità lavorative a 507 utenti, dei quali 66 residenti nelle Unità abitative del CARL, 331 pazienti della CPC e 110 provenienti dall'esterno.

L'assistenza somatica agli ospiti CPC e CARL è stata assicurata da 2 Capiclinica (0,5 unità) dell'OBV, ospedale presso il quale vengono effettuati anche tutti gli esami di laboratorio.

Di nuovo incrementata l'attività presso i **Servizi psico-sociali (SPS)** per adulti e il **Servizio di psichiatria e di psicologia medica (SPPM)**. Quest'ultimo ha svolto un importante compito di formazione e supervisione al personale curante degli ospedali dell'EOC, come pure ai medici generalisti attivi sul territorio.

Stabili per contro gli utenti seguiti dai **Servizi medico-psicologici (SMP)** per minorenni, mentre sono aumentati (da 72 a 82) i bambini seguiti dai **Centri psico-educativi (CPE)**.

Il Centro documentazione e ricerca ha adempiuto al suo compito di raccolta e analisi dei dati concernenti la casistica degli utenti OSC ai fini epidemiologici e pianificatori. Inoltre è continuata la valutazione della soddisfazione dei pazienti attraverso il questionario POC 18, questionario utilizzato anche in parecchie cliniche psichiatriche svizzere; sono pure in corso indagini sulla misurazione della soddisfazione presso il CARL e i Centri diurni nonché verifiche di qualità con i Servizi minorili SMP e CPE.

Pure intensa è stata l'attività della **Commissione giuridica LASP**, chiamata a pronunciarsi su 124 ricorsi contro l'internamento coatto. Come già nel passato, più che le sentenze (16) sono stati privilegiati gli stralci (108), a testimonianza dell'importanza conciliativa e terapeutica di questa Commissione che stabilisce per tutti in modo vincolante i tempi e le modalità di permanenza dell'assistito nell'istituto di cura.

Finanziariamente, con una spesa di fr. 54,9 milioni e un introito di fr. 29,5 milioni, il fabbisogno a carico del Cantone è risultato di fr. 25,4 milioni.

Rispetto al consuntivo 2002 si registra una maggior spesa di fr. 0,6 milioni, risultante da maggiori oneri alla voce "spese per il personale" di fr. 1,72 milioni dovuti principalmente all'adeguamento degli effettivi autorizzati dal Consiglio di Stato nel 2002, controbilanciato da maggiori entrate per fr. 0,95 milioni e da una minor uscita di fr. 0,16 milioni alla voce "altre spese".

4.4 Divisione dell'azione sociale (DAS)

4.4.1 Amministrazione 2000

Il Progetto "Intervento sociale" si è concluso il primo di febbraio 2003 con l'entrata in vigore della Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps). È stato attivato il nuovo sistema informativo e la nuova organizzazione, la cui concezione realizzazione ha assorbito la gran parte dell'impegno del Progetto intervento sociale. In sintesi: le domande delle prestazioni sociali armonizzate dalla Laps vengono

ora presentate tramite tredici sportelli regionali, collegati via Internet agli Uffici cantonali responsabili, con il coordinamento di un apposito servizio creato all'interno dell'Istituto delle assicurazioni sociali).

Nei mesi successivi alla conclusione del Progetto, la DAS e le sue unità coinvolte hanno ancora collaborato al perfezionamento ed al miglioramento del nuovo sistema, a livello informatico e organizzativo.

Nell'ambito delle prestazioni reali (non finanziarie), è stata attivata una struttura di coordinamento nell'ambito delle misure di orientamento, inserimento e collocamento professionale, che coinvolge La Sezione del lavoro, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità, l'Ufficio dell'orientamento scolastico e professionale e, per la DAS, l'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento, l'Ufficio degli invalidi e il Centro di formazione professionale e sociale. Inoltre, nel mese di novembre 2003 è stato rinnovato, con alcuni adattamenti, il protocollo di collaborazione fra Servizio psico-sociale e Ufficio del servizio sociale per la presa a carico sociale dei pazienti seguiti dalla psichiatria privata.

Nel mese di maggio 2003 un rapporto conclusivo sul Progetto è stato consegnato alla Direzione del Dipartimento che, nel mese di luglio 2003, ha invitato gli uffici/servizi coinvolti ad un incontro di bilancio. Da settembre 2003 una sintesi del rapporto, con alcuni scenari per l'ulteriore sviluppo del coordinamento dei servizi che operano nel settore dei minorenni e della famiglia, è a disposizione del Consiglio di Stato.

4.4.2 Progetto "Contratti di prestazione"

Il Progetto è avanzato nel corso del 2003 su diverse direttrici, seguendo il tracciato definito nella fase di pianificazione e descritto nel relativo rapporto (DSS/DAS, "Concetto di dettaglio del progetto", Bellinzona, giugno 2002).

- *Contrattualizzazione.* Si è proceduto al monitoraggio e al controllo dei primi 10 contratti pilota stipulati per il 2003. Alla fine dell'anno tutti i contratti sono stati rinnovati, affinando il metodo di calcolo del contributo globale sulla base della sia pur limitata esperienza maturata. Un aumento del numero dei contratti pilota è previsto per l'esercizio 2005, in vista della generalizzazione del nuovo sistema di finanziamento a partire dal 1. gennaio 2006.
- *Prestazioni e strumenti di rilevazione dei bisogni di cura e assistenza.* È stata definita la struttura di base comune del catalogo dei servizi e delle prestazioni, sono state individuate le prestazioni che saranno oggetto dei contratti e sono iniziati i lavori di definizione dei cataloghi settoriali (anziani, invalidi, assistenza e cura a domicilio e giovani, maternità e infanzia). Per quanto riguarda gli strumenti di rilevazione del carico sanitario, assistenziale e riabilitativo nei singoli istituti, indispensabili per poter differenziare il finanziamento in base alla tipologia dell'utenza, si stanno sviluppando delle soluzioni specifiche che tengano conto delle peculiarità settoriali. Nei settori anziani e assistenza e cura a domicilio è stato avviato il sotto-progetto per l'introduzione del RAI (strumento ampiamente riconosciuto e diffuso a livello nazionale e internazionale), nel settore invalidi ci si è orientati verso lo strumento dell'OMS denominato ICF, mentre nel settore giovani, maternità e infanzia è stato attivato un gruppo di lavoro ad hoc con l'obiettivo di elaborare e sperimentare un nuovo strumento per la ponderazione delle giornate di occupazione sulla base dei livelli di disagio dei giovani utenti.
- *Contabilità analitica.* Relativamente a tutti e quattro i settori che costituiscono l'ambito operativo del progetto sono stati individuati o definiti i modelli di riferimento. La sperimentazione è iniziata nei settori anziani e assistenza e cura a domicilio. Nel corso del 2004 tutti i modelli verranno testati per verificarne il funzionamento sul piano tecnico-informatico e per affinare i parametri di imputazione dei costi ai centri di costo
- *Indicatori, qualità, controlling.* Relativamente ai contratti pilota sono stati definiti gli indicatori/obiettivi di qualità per ognuno dei 10 istituti contrattualizzati e le prime disposizioni

inerenti il controlling. È stato definito lo schema di percorso per lo sviluppo di un sistema di controllo e valutazione della qualità e, parallelamente alla definizione delle prestazioni, si stanno individuando i fattori che si ritiene risultino determinanti per la qualità delle stesse, dai quali ricavare gli indicatori. Sempre al fine di definire un set di indicatori di qualità per il monitoraggio dell'attività degli istituti, si è proceduto alla raccolta e alla sistematizzazione dei requisiti e degli standard minimi vigenti per l'ottenimento e il mantenimento dell'autorizzazione all'esercizio, rispettivamente per il riconoscimento ai fini del sussidiamento. In quest'area del progetto è stato inoltre portato a termine, in collaborazione con l'Ufficio del medico cantonale, il compito di aggiornare i criteri essenziali di qualità validi per gli istituti di cura per persone anziane. Le nuove prescrizioni, sotto forma di Direttiva del medico cantonale, sono in vigore dal 19 dicembre 2003 (BU n. 51/2003).

- *Soluzioni economiche, strutturali e culturali.* Su questo versante si è lavorato su due direttrici: 1. individuazione di possibili soluzioni orientate al miglioramento economico; 2. promozione di un più accentuato orientamento ai risultati, facendo leva sull'intervento formativo. Rispetto alla prima direttrice, si sta man mano affinando il metodo per la determinazione del contributo globale con l'obiettivo di definire dei costi standard settoriali per ogni singola prestazione. Inoltre, è stato avviato il lavoro tendente a focalizzare le possibili vie di razionalizzazione sul piano dei costi e di incremento sul piano dei ricavi. Per quanto riguarda la formazione, è stata portata a termine la prima fase del corso denominato "Logiche e strumenti di management dei servizi socio-sanitari", comprendente 7 moduli per un totale di 13,5 giornate, indirizzato ai 42 partecipanti ai team di progetto. È stata inoltre programmata la seconda fase del corso, che verrà realizzata nel biennio 2004 -2005 e che sarà indirizzata ai direttori e ai quadri intermedi degli Enti che non hanno partecipato alla prima fase e ai collaboratori dell'Amministrazione che saranno confrontati direttamente con i nuovi strumenti tecnici di gestione e controllo.

4.4.3 Innovazioni legislative cantonali nel campo di competenza della DAS

- La Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali, del 5 giugno 2000, riveduta il 26 giugno 2002, è entrata in vigore il 1° febbraio 2003.
- La Legge sull'assistenza sociale dell'8 marzo 1971 è stata riveduta il 3 dicembre 2002 ed è entrata in vigore il 1° febbraio 2003.
- La medesima legge è stata di nuovo riveduta il 18 dicembre 2003: la modifica, scaduti i termini di referendum, entra in vigore retroattivamente al 1° gennaio 2004.
- Il nuovo Regolamento sull'assistenza sociale è stato adottato il 18 febbraio 2003 e un "errata corrige" dell'art. 20 è stata adottata il 25 febbraio 2003.
- Il Regolamento concernente l'anticipo e l'incasso degli alimenti per i figli minorenni del 18 maggio 1988 è stato modificato l'11 novembre 2003.
- Il Regolamento concernente l'inserimento sociale e professionale del 22 marzo 1995 è stato modificato l'11 novembre 2003.
- La Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni è stata adottata dal Gran Consiglio il 15 settembre 2003;
- Il terzo aggiornamento delle Direttive concernenti gli asili nido del 1° ottobre 2003;
- L'adozione delle Direttive concernenti i contributi alle colonie di vacanza riconosciute nel 2003 del 22 maggio 2003.

4.4.4 Innovazioni organizzative della DAS

- Con la messa in vigore, il 1° febbraio 2003, della Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps), l'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento lavora in rete con 13 sportelli regionali presso i quali l'utente inoltra le domande di pre-

stazioni assistenziali, e con il Servizio centrale delle prestazioni sociali (SCPS, creato in seno all'Istituto delle assicurazioni sociali) che coordina la gestione delle prestazioni sociali soggette alla Laps (con l'eccezione di due delle tre prestazioni per la formazione e del sussidio ai premi dell'assicurazione malattia se questo non riguarda beneficiari di altre prestazioni Laps). Il lavoro in rete fa capo al nuovo software GIPS (gestione informatizzata delle prestazioni sociali).

- È stata avviata la riflessione sull'eventuale riorganizzazione della Sezione di sostegno a enti e attività sociali, da attuare entro la messa in vigore generalizzata (prevista per l'esercizio 2006) dei contratti di prestazione, associati ad un contributo globale, e dei contributi fissi, cioè delle nuove modalità di gestione dell'erogazione di sussidi a enti, fondazioni, associazioni che operano in ambito sociale.
- Benché le basi legali formali che propugnano questo approccio non siano ancora state adottate, la Divisione ha avviato al suo interno la sperimentazione della "direzione per obiettivi". I suoi servizi hanno definito gli obiettivi 2003 a favore dei loro utenti; gli obiettivi di miglioramento delle loro proprie modalità operative; in parte, hanno tradotto questi obiettivi in obiettivi d'impegno (lavoro e aggiornamento professionale) di ogni collaboratore. La gestione per obiettivi (attività ricorrente e progetti) è intesa come la determinazione e la verifica di programmi annuali di attività associati ai risultati attesi e agli indicatori per misurarne il raggiungimento.

4.4.5 Sviluppo sociale e priorità di intervento

- *Disoccupazione ed esclusione.* Nel 2003 il numero medio di disoccupati (6.308), è aumentato di 1.173 unità rispetto al 2002 (+23%). Il numero di coloro che, di mese in mese, esauriscono il diritto alle indennità di disoccupazione ha conosciuto un'impennata verso la metà dell'anno, a causa della riduzione legale della durata del versamento di indennità di disoccupazione. Nel mese di novembre del 2003, sono state 177 le persone che hanno esaurito il diritto alle indennità: di queste, in gennaio solo il 14% aveva ritrovato un impiego. In media, negli ultimi 12 mesi i casi di esaurimento del diritto sono stati 156 al mese, contro 109 del 2002. L'andamento della disoccupazione e il maggior numero di assicurati che esaurisce il diritto alle indennità si ripercuote solo parzialmente sull'evoluzione degli utenti di prestazioni assistenziali. I dati sui casi d'assistenza vengono ora prodotti tramite il nuovo sistema informativo (e il Datawarehouse collegato) con cui vengono inoltrate e gestite le domande di prestazioni assistenziali e di altre prestazioni regolate dalla nuova Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps), entrata in vigore il 01.02.03. I dati sono ancora provvisori e incompleti e non più direttamente confrontabili con quelli degli scorsi anni. Non sembra tuttavia che vi sia stata, nel 2003, una particolare esplosione di casi d'assistenza: a fin dicembre, 1.800 famiglie con 3.000 persone circa (meno dell'1% della popolazione residente in Ticino) sono a beneficio di sostegno sociale (assistenza). Nell'anno in rassegna, 359 utenti del sostegno sociale hanno potuto usufruire di "misure attive" nella forma di contratti d'inserimento professionale ai sensi della Legge sull'assistenza, contro 354 l'anno precedente (i nuovi contratti stipulati nel 2003 sono stati 221, contro 196 nel 2002). L'aumento dei programmi d'inserimento riflette la grande difficoltà delle persone a beneficio del sostegno sociale a trovare uno sbocco lavorativo nel mercato del lavoro "ordinario", direttamente o tramite gli uffici di collocamento: a causa della congiuntura, delle caratteristiche strutturali del mercato del lavoro e, sovente, anche delle loro caratteristiche personali (fragilità psicosociale e sanitaria, scarsa formazione, marginalità). L'esito di questi programmi di inserimento non è però del tutto soddisfacente: circa il 12% dei partecipanti interrompe l'occupazione temporanea per malattia o incapacità di adeguarsi ad un normale ritmo di lavoro (un risultato non negativo rispetto agli anni precedenti), ma solo poco più del 3% la inter-

rompe invece per un motivo positivo, cioè perché riesce ad ottenere un impiego "normale" (non sussidiato). Comunque, oltre l'80% porta a termine il programma di lavoro temporaneo e, perlomeno, riacquista i diritti all'indennità di disoccupazione e alle misure attive degli uffici di collocamento, alleggerendo così il bilancio del sostegno sociale.

- *Pianificazione degli istituti per anziani.* Nel corso del 2003 è stata elaborata una pianificazione di lungo termine (fino al 2010) della capacità d'accoglienza degli Istituti medicalizzati per anziani, adottata dal Consiglio di Stato in gennaio 2004. Il Consiglio di Stato ha scelto la variante di pianificazione che valorizza maggiormente la presa a carico degli anziani "dipendenti" tramite l'assistenza e cura a domicilio, i servizi d'appoggio e i soggiorni solo temporanei in Istituti per anziani: nel decennio in corso dovranno essere creati circa 500 posti supplementari in case per anziani. Per la fine del 2006 si verificherà l'andamento dell'offerta e della domanda, anche tramite una banca dati che dovrebbe permettere di confrontare, regione per regione, la domanda (richieste di ammissione temporanea o duratura in case per anziani), soddisfatta e non, e l'andamento dei posti liberi (se ce ne fossero).
- *Pianificazione dello sviluppo di strutture per invalidi adulti 2004-2006.* Conformemente alle esigenze della divisione dell'assicurazione invalidità dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (l'UFAS, cofinanziatore, con il Cantone, di istituti e laboratori per invalidi) è stata effettuata una previsione del fabbisogno e una pianificazione dell'adeguamento dell'offerta alla crescita della domanda. Il rapporto finale (maggio 2003) è stato accolto dall'UFAS, che lo ha ritenuto convincente. La stima tendenziale del bisogno 2004-2006 prevede la creazione di 61 nuovi posti in case per invalidi; 29 nuovi posti in centri diurni; 79 nuovi posti in laboratori. In tutto: 169 nuovi posti da realizzare entro la fine del 2006. L'aumento del bisogno è particolarmente per gli invalidi psichici (+19,6%). L'attuazione di questa pianificazione è tuttavia parzialmente minacciata dalla restrizione dei crediti accordati dall'AI per il finanziamento dei posti esistenti e di quelli da creare: l'UFAS autorizza un aumento di 129 posti (anziché dei 169 che pur considera conformi al bisogno) e accorda circa 3,5 milioni di franchi per il loro finanziamento.
- *Finanziamento delle prestazioni sociali.* Nella seconda metà del 2003 (preparazione Preventivo 2004 e pianificazione finanziaria 2004-2007) il tema della copertura finanziaria delle politiche mirate a offrire risposte adeguate alla domanda crescente di strutture e servizi sociali ha assunto una grande priorità, che occuperà la Divisione anche nel 2004.

4.4.6 Rendiconto delle unità amministrative

4.4.6.1 Sezione del sostegno a enti e attività sociali

La Sezione che coordina tre Uffici, oltre al Centro di formazione per invalidi di Gerra Piano, ha assicurato la gestione del settore dell'assistenza e cura a domicilio e dell'istanza di compensazione, che regola i flussi dei contributi cantonali e comunali agli enti sociali. Nell'ambito del rinnovo del sistema dei sussidi sono stati sottoscritti contratti di prestazione-pilota nei diversi settori. Hanno aderito a questa fase gli Istituti sociali della città di Lugano (4 case per anziani, e l'istituto per minorenni casa Primavera), la Fondazione casa per anziani di Giubiasco, la Fondazione la Fonte (per il settore invalidi adulti), Comunità familiare (per il settore dei foyers-casi sociali), l'Associazione assistenza e cura a domicilio del Locarnese. I funzionari della Sezione, unitamente al personale degli istituti sussidiati (Direzioni e quadri intermedi) hanno seguito una formazione, organizzata con l'Istituto di microeconomia ed economia pubblica (Mecop) dell'USI, finalizzata all'adozione dei contratti di prestazione.

Per il Centro di formazione di Gerra Piano è stato perfezionato, con l'Ufficio federale assicurazione invalidità, il progetto di nuovo "Centro di accertamento professionale".

Assistenza e cura a domicilio **T**

4.T27

Pianificazione

I Servizi di assistenza e cura a domicilio ed i servizi di appoggio hanno proseguito il loro potenziamento in base al sentiero di sviluppo indicato nel rapporto complementare sulla pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio, settembre 2002, tuttora al vaglio della Commissione sanitaria.

Servizi di assistenza e cura a domicilio (Sacd)

È stata avviata e conclusa la raccolta dati dell'inchiesta di valutazione della soddisfazione degli utenti e dell'impatto della Lacd sulla salute. Essa ha coinvolto i cittadini-utenti che utilizzano i servizi di assistenza e cura a domicilio, i familiari (persone di riferimento del nucleo familiare), i servizi di appoggio e i beneficiari del sussidio cantonale per il mantenimento a domicilio. Scopo dell'inchiesta è di capire se le prestazioni offerte soddisfano le persone e le loro famiglie e contribuiscono al miglioramento della qualità di vita. La scelta della campionatura e la distribuzione del formulario é stata effettuata tramite Sacd e Servizi d'appoggio presenti sul territorio. Tutta la procedura e la raccolta dei dati é avvenuta seguendo le indicazioni date dall'Ufficio della protezione dei dati. Pure l'analisi dei dati raccolti avviene assicurando l'anonimato. L'inchiesta ha coinvolto circa 4.000 persone. Le risposte sono state 1.200 tra utenti e persone di fiducia.

E' pure proseguita, non senza difficoltà, l'ammodernamento del sistema informatico dei Sacd, sia per i compiti di gestione del personale e contabile, sia in vista dell'adozione dello strumento di valutazione multidimensionale dei bisogni dell'utente e di coordinamento degli interventi (TI-Docc/Rai-Home Care).

Servizi di appoggio

Al fine di migliorare il coordinamento tra enti che erogano analoghe prestazioni e che sono stati organizzati in "famiglie", è stato approfondito l'aspetto della organizzazione dei trasporti in vista di una maggiore integrazione tra i vari servizi. Sempre per valutare la conformità dei servizi di appoggio ai requisiti di Legge e il grado di copertura, per la famiglia Servizi per ammalati, è stato perfezionato un audit con Hospice e l'Associazione Triangolo. Questo ha dato modo di indicare limiti e lacune dei due servizi, e a evidenziare le loro potenzialità e le possibilità di lavoro in comune (formazione, raccolta dati).

Aiuti diretti

Con la modifica dell'art. 4 della Legge invalidità (in applicazione di una sentenza del Tribunale delle assicurazioni sociali) è venuto meno il diritto, del minore handicappato di usufruire di un assegno supplementare per le spese di assistenza e cura. La deputata Carobbio, ha inoltrato una mozione, accolta dal Parlamento, intesa a compensare la soppressione dell'assegno federale estendendo l'aiuto diretto anche ai minorenni. Le richieste per minorenni sono state 19 che si sono aggiunte alle oltre 460 erogate a persone invalide adulte e anziani invalidi.

4.4.6.1.1 Ufficio degli anziani **T**

4.T25

Nell'ambito del sostegno agli enti gestori di Istituti per anziani segnaliamo:

- la continuazione delle importanti opere di ristrutturazione delle case anziani S. Giuseppe a Tesserete, della Casa Solarium di Gordola e Beltramonto di Ascona;
- la conclusione dei lavori di ristrutturazione degli Istituti Bianca Maria di Cadro, della Casa La Quercia di Acquarossa, dell'Opera Don Guanella Capolago;
- l'inizio dei lavori di ristrutturazione presso l'Istituto La Quiete di Mendrisio;
- il perfezionamento della gestione congiunta del centro sociale di Russo e dell'istituto per anziani di Loco;

- l'attuazione della riconversione dell'ospedale di zona Cevio in centro socio sanitario e la definizione della trasformazione della clinica S. Lucia in struttura per anziani lungo degenti e per soggiorni temporanei;
- il riconoscimento dell'istituto Beato Guanella di Castel S. Pietro.

4.4.6.1.2 Ufficio degli invalidi **T**

4.T28

Il 2003 è stato l'anno Europeo per dell'integrazione delle persone con handicap. L'Ufficio, in collaborazione agli enti che operano nel settore e con gli stessi portatori di handicap, ha promosso una campagna di sensibilizzazione che si è estesa su tutto l'arco dell'anno. Numerose sono state le manifestazioni e le occasioni di incontro per rendere più coscienti i normo-dotati delle difficoltà quotidiane dei portatori di handicap.

Invalidi adulti

Conformemente a quanto richiesto dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, le strutture per invalidi adulti hanno ottenuto la certificazione di qualità.

In sintonia con la pianificazione settoriale 2001-2003, sono state realizzate le seguenti iniziative:

- l'inoltro del progetto per l'acquisto e la ristrutturazione della nuova sede della Fondazione Casa Faro di Maggia;
 - l'attivazione e la graduale occupazione del reparto invalidi presso il centro sociosanitario di Cevio;
 - l'attivazione di nuovi appartamenti protetti presso la Fondazione San Pietro Canisio di Riva San Vitale;
 - il potenziamento, in collaborazione con le FFS, del laboratorio Appunti di Bellinzona, gestito dalla Fondazione Diamante di Lugano;
 - la ristrutturazione e l'entrata in esercizio del Foyer "Casa Ninfea" di Lugano, l'attivazione del nuovo laboratorio agricolo di Cureglia, l'ampliamento dell'attività del laboratorio di gastronomia a Caslano, gestiti dalla Fondazione OTAF di Sorengo.
- È stata attuata la riconversione di alcuni laboratori occupazionali in centri diurni, in base alle definizioni cantonali e federali delle missioni assegnate alle diverse strutture. I "laboratori occupazionali" sono stati aboliti poiché gli utenti che li frequentano hanno un'autonomia insufficiente per rispondere ai requisiti di produzione. I parametri di finanziamento federali e cantonali (rapporto di presa a carico, copertura dei costi di produzione) sono stati aggiornati di conseguenza.
- A seguito del pacchetto di risparmio deciso dal Consiglio Federale, l'Ufas ha introdotto importanti modifiche del sistema di sussidiamento. Con le misure di contenimento, i contratti di prestazione stipulati con enti che gestiscono laboratori protetti e che scadono nel corrente anno non saranno rinnovati. Inoltre, il sussidio federale 2004 sarà erogato sulla base del contributo assegnato nell'anno 2000 (+ rincaro).
- Ai Cantoni è stato concesso l'inoltro di domande (entro fine novembre 2003) per ricevere un supplemento al sussidio previsto, limitatamente alle istituzioni che hanno subito un notevole aggravamento della casistica. La richiesta allestita dal Ticino stima la necessità di un sussidio federale supplementare di circa 4.9 milioni di franchi.
- Nell'ambito del progetto InterReg, di studio di un nuovo strumento multidimensionale di valutazione dell'utenza è stata avviata una nuova fase di sperimentazione presso alcune strutture coinvolte nella formazione preliminare.

Invalidi minorenni **T**

4.T29

Il settore degli invalidi minorenni denota un aumento importante dei costi a carico del Cantone, nonostante la stabilità del numero di ospiti presi a carico. Le ragioni che causano la lievitazione dei costi sono:

- il peggioramento delle condizioni psico-fisiche dei minorenni residenti, affetti da invalidità e/o malattie congenite che richiedono un'assistenza e cura sanitaria continue. Per gli istituti ciò comporta una presa a carico più intensa in ore ed in unità di personale;
- data la gravità dei casi familiari non sono in grado di gestire autonomamente queste situazioni e sono costretti a far capo alle risorse delle istituzioni;
- il trasferimento dei docenti delle scuole speciali dal Decs agli istituti sussidiati aumenta il disavanzo a carico del DSS;
- la partenza di personale religioso e la conseguente assunzione di professionisti comporta oneri per gli Istituti.

È in corso la raccolta dati in vista dell'allestimento della pianificazione del settore degli invalidi minorenni. I lavori saranno fatti in collaborazione con le direzioni delle 6 strutture coinvolte e con la competente unità amministrativa del DECS.

4.4.6.1.3 Ufficio dei giovani, della maternità e dell'infanzia

Giovani ①

4.T30

Nell'ambito del sostegno alle attività giovanili segnaliamo in particolare:

- l'allestimento del Messaggio che accompagna l'introduzione di un nuovo articolo concernente il riconoscimento del Forum cantonale dei giovani nella Legge sul sostegno e il coordinamento delle attività giovanili (Legge giovani) del 2 ottobre 1996;
- la conclusione della fase sperimentale triennale del progetto denominato "Forum cantonale dei giovani". Con il 2004 l'attività istituzionale sarà garantita dalla Sezione della Svizzera italiana di Pro Juventute e l'attività organizzativa verrà assicurata da un comitato di giovani nominati dall'assemblea del Forum cantonale dei giovani lo scorso settembre 2003. Il prossimo Forum cantonale dei giovani è previsto per la primavera 2004;
- il riconoscimento del Centro di attività giovanili denominato "La Colonia" situato presso l'omonimo stabile in prossimità del Liceo a Mendrisio;
- il rinnovo dell'accordo di collaborazione stipulato tramite convenzione con la Sezione della Svizzera italiana di Pro Juventute, che assume il compito di diffusione delle quattro pubblicazioni di "Infogiovani" allestite dall'Ufficio dei giovani, della maternità e dell'infanzia, ossia gli opuscoli: "Info-Colonie di vacanza", "Info-Compagno di viaggio", "Info-Pulmini", "Info-Non solo sci".

Maternità, infanzia, fanciullezza e adolescenza

L'anno in rassegna è stato caratterizzato in particolare:

- dall'approvazione del Gran Consiglio lo scorso 15 settembre 2003 della Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie - Lfam) - in sostituzione della vigente Legge 15 gennaio 1963 per la protezione della maternità, dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza - e dall'inizio dei lavori preparatori alla sua applicazione;
- dal terzo aggiornamento delle Direttive concernenti gli asili nido (in applicazione dell'Ordinanza federale sull'accoglimento di minori a scopo di affiliazione e di adozione del 19 ottobre 1977) che disciplinano il rilascio dell'autorizzazione per l'esercizio dell'attività di accoglienza di minorenni dai 0 ai 3 anni, effettuato lo scorso 1° ottobre 2003 allo scopo di consentire il riconoscimento del lavoro svolto dagli stagiaires. A fine dicembre 2003 gli Asili nido autorizzati erano 25 per un numero complessivo di 464 posti;
- dal rilascio dei primi preavvisi cantonali all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali concernenti gli aiuti finanziari per la custodia di bambini negli asili nido, disciplinati dalla Legge federale sugli aiuti finanziari per la custodia complementare alla famiglia entrata in vigore lo scorso 1° febbraio 2003.

La **T** riporta i dati relativi ai collocamenti effettuati dai servizi sociali e dalle Commissioni tutorie regionali presso gli istituti sociali nell'esercizio 2002, mentre la **T** riporta i dati relativi ai collocamenti effettuati presso gli asili nido riconosciuti e sussidiati dallo Stato nell'anno 2002.

4T31

4.T32

Colonie **T**

4.T33

Per ciò che concerne le colonie estive di vacanza disciplinate dall'omonima legge, segnaliamo nell'esercizio 2003 l'applicazione del nuovo sistema di sussidiamento determinato dalle normative previste dalla Legge sull'introduzione dei nuovi sistemi di sussidiamento a enti, istituti, associazioni, fondazioni e aziende autonome nei settori di competenza del Dipartimento delle opere sociali del 5 giugno 2001. Nel 2003 alle colonie di vacanza riconosciute è stato deciso in sede di preventivo il contributo fisso per giornata di presenza/ospite commisurato alle prestazioni fornite da ogni singola colonia di vacanza.

4.4.6.1.4 Centro per la formazione professionale e sociale (CFPS) a Gerra Piano

All'attenzione dei vari uffici AI sono stati redatti 168 rapporti.

Sono stati effettuati 68 colloqui d'ammissione.

Durante l'anno sono stati organizzati 45 periodi di stages di approfondimento o di collocamento all'esterno del CFPS. 7 utenti hanno terminato la (ri)formazione, nei seguenti settori: meccanica (3), orologeria (1), economia familiare (3). 8 utenti hanno continuato la (ri)formazione presso un altro datore di lavoro.

4.4.6.2 Ufficio del servizio sociale

Negli ultimi 5 anni l'aumento dei casi trattati è stato del 26,5% **T** avvicinandosi in modo preoccupante alla soglia massima accettabile in rapporto alle risorse umane disponibili. Fra le cause che spiegano il maggiore ricorso ai servizi sociali, annoveriamo la precarietà economica di numerosi individui e famiglie e le sempre più crescenti difficoltà relazionali fra i vari membri del medesimo nucleo familiare. Fra le problematiche emergenti rileviamo i numerosi rimpatri (nel 2003: 43 casi) di cittadini e intere famiglie emigrati in passato in particolare nei paesi del sud America.

4.T34, 35

Per quanto riguarda l'accesso ai servizi **T** incrementano le segnalazioni su indicazione di altri enti o servizi; ciò corrisponde all'estensione degli accordi di collaborazione e dell'intervento di rete, quali strumenti di lavoro sempre più diffusi fra gli operatori dei diversi servizi sociali.

4.T36

Nel corso dell'anno sono iniziati i lavori interni di riorganizzazione e preparazione all'entrata in vigore della nuova legge per le famiglie.

Nell'ambito dell'aiuto alle vittime di reati, si segnala che a partire dal 2003 vengono rilevati i dati relativi a tutti i casi trattati, e non unicamente i nuovi casi segnalati nel corso dell'anno di competenza (2003 = 319) **T**.

4.T39

A seguito di alcune modifiche della legge federale per l'aiuto alle vittime di reati, si è dato avvio alle conseguenti modifiche giuridiche, procedurali e organizzative di competenza cantonale.

4.4.6.3 Ufficio del tutore ufficiale

Nell'anno in rassegna l'Ufficio del tutore ufficiale ha assunto la rappresentanza di 371 persone maggiorenne (11,5% del totale di adulti soggetti a curatela o tutela in Ticino, dati 2002) e di 349 persone minorenni (17,5%). Il numero dei mandati di rappresentanza di persone adulte è invariato nel 2003, mentre quello a favore di minorenni è aumentato di 16. L'assunzione di 187 mandati nuovi e la chiusura di 171 mandati nel corso dell'anno mostra il lavoro dell'ufficio per valorizzare l'assunzione di mandati da parte di tutrici e tutori privati, in virtù del principio di sussidiarietà. In particolare, sono state assunte 18

nuove curatele educative a favore di bambini che hanno comportato un importante lavoro in rete. Le **1** illustrano dettagliatamente il tipo di situazioni che danno luogo all'intervento del Tutore ufficiale. Si conferma inoltre che nel corso dell'anno in rassegna, l'Ufficio ha pure effettuato numerose consulenze a tutori privati, alle commissioni tutorie regionali, ai servizi sociali, alle autorità scolastiche ed ai cittadini.

4.T22, 23

Il patrimonio amministrato (attivi e passivi) è passato dal 1996 al 2003 da fr. 22.753.635,82 a fr. 21.452.273,99 a fr. 18.460.850,79 a fr. 19.604.022,32 a fr. 19.478.289,42 a fr. 30.285.672,92 a fr. 20.860.720,74 a fr. 21.480.193,56. Questa variazione dipende molto dalla situazione individuale dei nostri utenti. Le operazioni contabili sono invece in leggero aumento; nel 1998: 44.636; nel 1999: 45.428; nel 2000: 43.473, nel 2001: 45.902, nel 2002: 48.801, nel 2003: 49.180 a conferma di una maggiore presa a carico per questi pupilli.

L'intervento dell'Ufficio del tutore ufficiale si caratterizza oltre che per il mandato d'autorità, per la funzione di coordinatore della rete degli operatori socio-sanitari che interviene a favore del pupillo. In concreto, all'Ufficio vengono attribuite le situazioni più complesse e difficili. Nel corso dell'anno siamo inoltre stati confrontati con un aumento delle aggressioni verbali e fisiche, che hanno avuto come apice la presentazione di una querela da parte nostra per le minacce e vie di fatto nei nostri confronti da un utente e, in un'altra fattispecie, la condanna da parte della Pretura penale di un curatelato a seguito di una nostra denuncia del 2002.

L'Ufficio del tutore ufficiale opera nel campo delle adozioni in diversi modi: autorità di vigilanza sulle famiglie adottanti; autorità di rilascio delle autorizzazioni di collocamento; svolgimento dell'indagine sociale per determinare l'idoneità a diventare genitore adottivo; rilascio delle autorizzazioni provvisorie per l'affidamento di un minore in vista d'adozione; autorizzazione definitive, sostegno alle famiglie affilianti. La **1** illustra l'andamento dei casi di affidamento preadottivo e la provenienza dei bambini: i bambini affidati sono passati da 34 a 42 a 49 a 30 a 48 a 25 a 43 a 46 fra il 1996 ed il 2003; dal 1991 all'anno in rassegna, 506 bambini sono stati accolti, di cui 130 dall'Europa (22 dalla Svizzera), 40 dall'Africa, 141 dall'Asia (72 dalla Thailandia) e 195 dall'America.

4.T24

4.4.6.4 Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento

Il 1° febbraio 2003 sono entrate in vigore la nuova Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps) e importanti modifiche della Legge sull'assistenza sociale (LAS).

La prestazione assistenziale è ora chiaramente sussidiaria: viene erogata solo se le altre prestazioni previste dalla Laps come prioritarie (partecipazione al premio dell'assicurazione contro le malattie, assegno complementare di perfezionamento e riqualifica professionale, indennità straordinarie di disoccupazione per indipendenti, assegno integrativo per i figli e assegno di prima infanzia) non permettono di coprire il fabbisogno minimo vitale dell'economia domestica di riferimento, secondo le direttive emanate dalla Conferenza svizzera dell'azione sociale (COSAS), raccomandate dalla Conferenza dei direttori delle opere sociali a tutti i Cantoni e fatte proprie dal Dipartimento della sanità e della socialità. Per l'applicazione della nuova legge si fa capo al nuovo software GIPS (Gestione informatizzata delle prestazioni sociali) collegato, per le elaborazioni statistiche, con un "Datawarehouse" gestito dal Centro sistemi informativi del Cantone. Tuttavia, nel primo anno di utilizzo del nuovo sistema informativo, l'alimentazione della banca dati e del "Datawarehouse", avvenuta solo progressivamente, non permette di disporre di dati statistici completi e rappresentativi, affidabili, confrontabili con quelli degli anni precedenti. Il nuovo sistema permetterà nei prossimi anni (anche grazie al progetto SOSTAT dell'ufficio federale di statistica), di ottenere nuove informazioni sui beneficiari del sostegno sociale, confrontabili con quelle degli altri Cantoni, utili ai fini della valutazione dell'efficacia della politiche pubbliche in

questi ambiti, nonché base per pianificare gli sviluppi di queste politiche.

Possiamo dire che, in dicembre 2003, ci sono in Ticino, in cifra tonda, 1.800 economie domestiche, con 3.000 persone, che ricevono una prestazione assistenziale: meno dell'1% della popolazione totale residente.

Sono esclusi da questa statistica, i contributi versati dall'Ufficio del sostegno sociale per il collocamento di minorenni presso famiglie affidatarie, come pure i cittadini di origine ticinese beneficiari di prestazioni assistenziali in altri cantoni o in paesi ove vigono convenzioni d'aiuto reciproco con la Svizzera (Germania e Francia): ma si tratta di poche decine e di casi. Sono compresi i beneficiari della misura di anticipo degli alimenti (non versati dal debitore) per i figli minorenni solo nella misura in cui si tratta di persone che devono ricorrere alle prestazioni assistenziali (è la minoranza di chi beneficia dell'anticipo alimenti). Le caratteristiche anagrafiche e sociali di queste persone saranno oggetto di analisi una volta perfezionati i moduli statistici del sistema informativo. Per quest'anno, si rinuncia quindi a pubblicare tabelle statistiche.

Possiamo però dire, basandoci su dati parziali, che alcune caratteristiche dei richiedenti delle prestazioni assistenziali (non dell'assieme dei beneficiari, che è formato dai richiedenti, dai figli e dai congiunti) sono le seguenti:

- sono donne e uomini in misura analoga;
 - sono di nazionalità svizzera per circa 2/3 dei casi;
 - appartengono a economie domestiche di una sola persona nei 2/3 dei casi;
 - meno di 1/5 sono sposate;
 - vivono al proprio domicilio nel 95% dei casi;
 - meno del 2% è proprietario dell'abitazione che occupa;
 - pochissime hanno oltre 65 anni di età;
 - circa la metà è alla ricerca di un posto di lavoro (a tempo pieno o parziale): negli altri casi, a parte i relativamente pochi che hanno già un impiego, l'età, l'onere familiare (figli, altri parenti da curare) o le condizioni di salute impediscono di proporsi sul mercato del lavoro.
- *Misure attive.* Abbiamo presentato il bilancio di queste misure nel 2003 al capitolo 4.4.5. Aggiungiamo che, benché la quota di collocamento nel mercato del lavoro ordinario sia modesta, per quell'80% di persone che concludono il periodo completo di lavoro temporaneo offerto da Comuni e altri enti pubblici e privati senza scopo di lucro la situazione economica e sociale è comunque migliore: hanno ritrovato un ritmo di organizzazione della giornata e di capacità di lavoro che, sovente, avevano perso; hanno riconquistato il diritto alle prestazioni (finanziarie, di consulenza, di formazione, di collocamento) sulla base della Legge federale sulla disoccupazione.
- *Anticipo e recupero alimenti.* A fine dicembre, l'Ufficio anticipava la pensione alimentare 1.172 casi di figli minorenni (1.141 nel 2002, 1.048 nel 2001).
Le procedure di recupero attivate nei confronti degli obbligati assommano, a fine anno, a 2.630 (2.472 nel 2002, 2.361 nel 2001).
 - *Richiedenti l'asilo e persone ammesse provvisoriamente.* Per l'assieme della Svizzera, da gennaio a dicembre 2003, 20.806 persone hanno presentato domanda d'asilo: 20,4% in meno che nel 2002 (5.319 unità in meno).
Conformemente alla chiave di ripartizione in vigore, al Cantone Ticino sono state attribuite 791 persone (- 219 rispetto al 2002).
Nel Cantone sono operativi 13 Centri di accoglienza gestiti dalla Croce Rossa Svizzera Sezione del Luganese; sono in grado di ospitare circa 800 persone. Vengono accolti in questi centri i richiedenti l'asilo e le persone ammesse provvisoriamente assegnati al Ticino dopo le prime verifiche effettuate in uno dei 4 Centri federali di registrazione, tra cui quello di Chiasso. Durante il soggiorno in questi centri, è la Croce Rossa che assicura il minimo di sostentamento agli ospiti, sulla base delle risorse che riceve dall'Ufficio fede-

rale dei rifugiati tramite l'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento.

Questo Ufficio si occupa direttamente del versamento di prestazioni assistenziali ai richiedenti l'asilo e ammessi provvisoriamente (sempre sulla base delle risorse messe a disposizione dalla Confederazione) nel successivo periodo: quando le persone in attesa di decisione o ammesse provvisoriamente sono autorizzate a prendere in affitto un alloggio individuale (appartamenti gestiti dal Soccorso Operaio Svizzero, che assicura anche la consulenza sociale agli ospiti degli appartamenti). A fine dicembre 2003, 650 persone erano ospitate nei Centri collettivi e circa 700 in appartamenti.

4.4.6.5 Ufficio dell'abitazione

L'azione di promozione della Confederazione in base alla Legge federale che promuove la costruzione di abitazioni e l'accesso alla loro proprietà del 4.10.1974 e alla Legge sull'abitazione del 22.10.1985 è terminata il 31.12.2001.

L'azione continua nei suoi effetti di versamento degli aiuti ricorrenti per gli impegni assunti.

L'effettivo di abitazioni sussidiate alla fine del 2003 era di 5.381 unità, 197 in meno che alla fine del 2002 **T**.

4.T40

Nel 2003, nel Cantone sono stati erogati 33,7 milioni di franchi per attuare la politica federale e cantonale dell'alloggio; 20,7 milioni a carico della Confederazione e 13,0 a carico del Cantone **T**.

4.T43