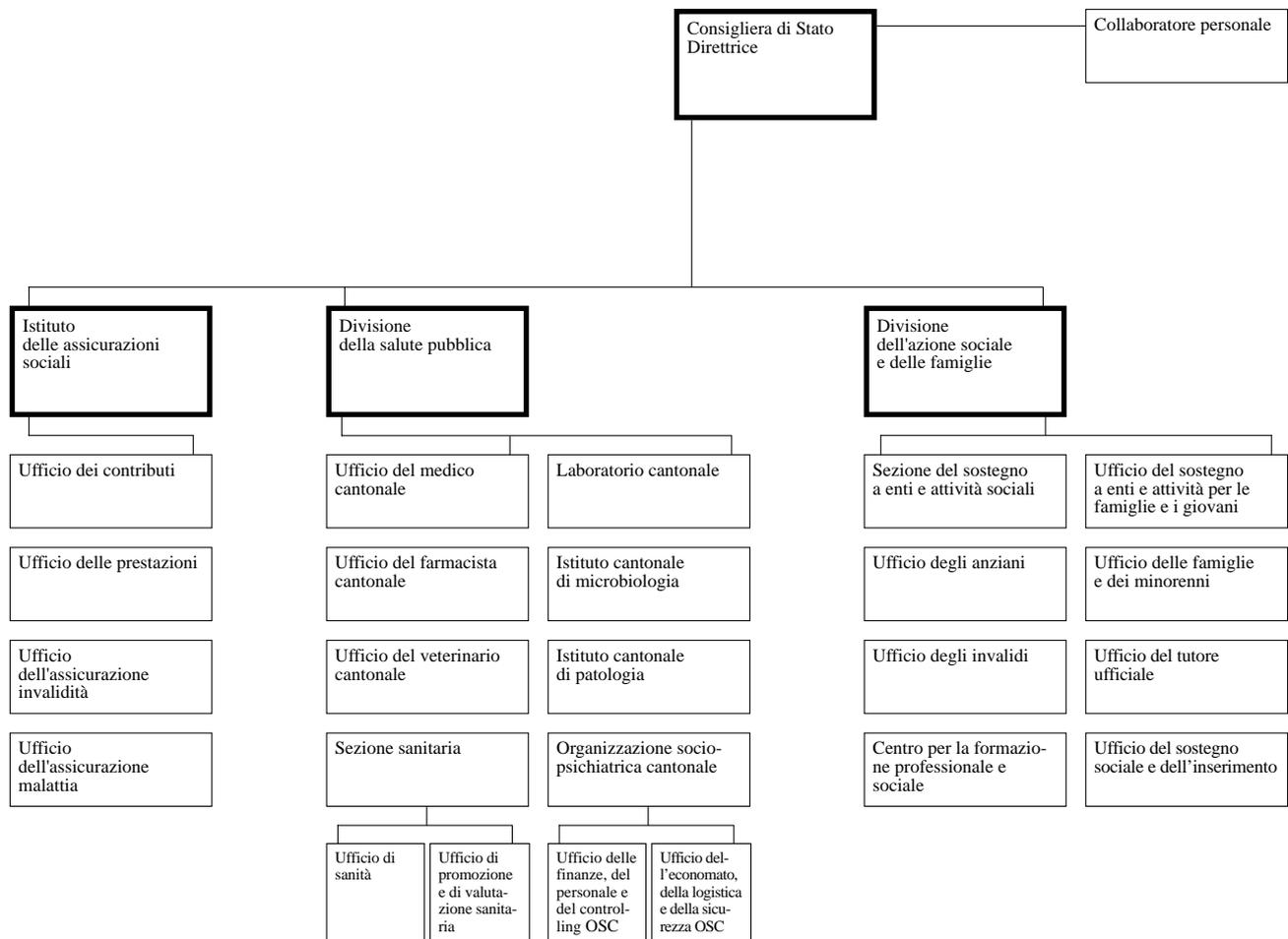


## 4. Dipartimento della sanità e della socialità



### 4.1 Considerazioni generali

L'attività svolta dal Dipartimento della sanità e della socialità nel 2006 è stata impostata secondo il programma d'azione stabilito con le misure dell'obiettivo salute e benessere (n. 8) del secondo aggiornamento delle Linee Direttive per il periodo 2004-2007 del novembre 2005.

Obiettivo principale di questo programma è contribuire allo **sviluppo sostenibile**, un principio che sta alla base della strategia a lungo termine del Cantone, stabilita dal Consiglio di Stato nel Rapporto degli indirizzi, dicembre 2003.

Nell'ambito delle sue competenze, le principali azioni del Dipartimento in questa legislatura sono state tre.

Innanzitutto l'attuazione di una **promozione e di una protezione della salute tramite un intervento multisettoriale**: le decisioni delle politiche non sanitarie devono essere compatibili con la salute dei cittadini.

Poi la promozione di **nuove forme di sicurezza sociale**, quale risposta alla flessibilizzazione del mercato del lavoro. Si tratta di elaborare misure in grado di mutualizzare soluzioni per problemi quali la ricerca di lavoro, l'aggiornamento professionale, la prevenzione delle patologie, l'insufficiente copertura assicurativa, la cura dei figli.

Infine, il sostegno ad **una politica familiare globale**. Le famiglie sono profondamente mutate: dimensione, forme, grado di stabilità. Si tratta di attuare una politica che sappia coordinare i diversi tipi di misure (regole, servizi, prestazioni che incidono sul tempo, qualità e risorse finanziarie) al fine di promuovere il benessere delle famiglie e dei loro membri.

Evidentemente per affrontare i bisogni, accanto alle azioni di natura preventiva, è indispensabile intervenire anche con **misure di tipo riparatorio**: strutture e servizi sanitari e sociali, prestazioni individuali reali oppure finanziarie.

A questo livello, per contribuire a rendere possibile il necessario, i tipi di misure principali sono due: dimensionamento dell'**offerta secondo i bisogni, razionalizzazione**.

Per quanto riguarda **le strutture e i servizi sanitari e sociali** si tratta innanzitutto delle pianificazioni attuate per i diversi settori: ospedali, attrezzature mediche, servizi autoambulanze, moratoria operatori sanitari, case per anziani, istituti per invalidi, servizi di assistenza e cura a domicilio e servizi d'appoggio, istituti sociali, asili nido, centri residenziali e antenne per tossicodipendenti.

Alle pianificazioni dei singoli settori si abbina poi il loro coordinamento. È, infatti, importante favorire il collocamento nella struttura o nel servizio più appropriato. In questo senso si è cercato di beneficiare delle risorse umane disponibili nella società civile privilegiando, rispetto alle soluzioni stazionarie, da una parte i servizi d'assistenza e di cura a domicilio, d'altra parte gli affidamenti familiari.

Infine per le strutture e i servizi, quale misura di razionalizzazione, va menzionato che dal 1° gennaio 2006 - dopo una fase di sperimentazione e di valutazione e in base al Decreto del Consiglio di Stato del 19 ottobre 2005 - sono state introdotte in modo generalizzato le nuove modalità di finanziamento basate sui contratti di prestazione.

Le misure di dimensionamento dell'offerta secondo i bisogni e di razionalizzazione sono state promosse pure per tutte **le prestazioni dirette alle persone**, tramite il Progetto "Intervento sociale". Questo progetto, di carattere globale e interdipartimentale ha due obiettivi principali: il coordinamento delle **prestazioni finanziarie** di complemento (contributi agli individui) e il coordinamento delle **prestazioni reali** (informazione, consulenza, sostegno, accompagnamento e inserimento degli individui).

Con il Progetto "Intervento sociale", ora disciplinato tramite la Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali del 5 giugno 2000 (Laps), si sono voluti mirare i contributi (sussidi cassa malati, assegni familiari, indennità straordinarie di disoccupazione, assegni di studio e tirocinio, sussidi riqualifica professionale e assistenza) secondo il bisogno delle persone economicamente più deboli, evitando i doppioni.

Per quanto concerne le prestazioni reali (non finanziarie) agli individui, due sono le aree principali d'intervento: da una parte l'orientamento, l'inserimento e il collocamento professionale tramite una struttura di coordinamento che coinvolge i servizi competenti (DSS, DFE, DECS); d'altra parte le famiglie e i minorenni, in conformità con una riorganizzazione amministrativa che ha accompagnato la messa in vigore della Legge per le famiglie (Lfam).

Il Gran Consiglio ha accolto l'8 maggio 2006 il Messaggio 5723 del 25 ottobre 2005 per la Modifica della Laps. Il Messaggio sul pacchetto di misure per il riequilibrio delle finanze cantonali, infatti, prevedeva sia la revisione della Laps, sia un adeguamento degli aspetti organizzativi nell'ambito del progetto di legge sulla regionalizzazione delle agenzie AVS (si richiama il messaggio 5659 del 10 giugno 2005, punto 8.1.18). Con la revisione della Laps approvata nel 2006 si è inteso razionalizzare l'impiego delle risorse eco-

nomiche di intervento alla luce dell'esperienza dei primi due anni di applicazione della legge. La maggior parte delle modifiche era volta ad integrare nella legge (o eventualmente nel regolamento d'applicazione, sulla scorta di una delega) le direttive emanate dal 2003 ad oggi. Il tema della regionalizzazione delle agenzie AVS sarà invece trattato separatamente tramite un apposito messaggio: in questo messaggio verranno approfonditi gli aspetti organizzativi, come previsto dalle linee direttive (si veda l'obiettivo n. 8 scheda n. 7 del primo aggiornamento delle LD).

Nel 2006 vi sono state due decisioni riguardanti misure di contenimento adottate con il Pacchetto di misure per il riequilibrio delle finanze cantonali, rispettivamente con il Preventivo 2006, e rilevanti a livello finanziario per il DSS. Il 12 marzo 2006 è stato accolto in votazione popolare il referendum promosso contro la limitazione allo 0,52% della crescita 2006 e 2007 dei contributi cantonali versati ad enti, istituti, associazioni, fondazioni e aziende autonome (sugli effetti si veda la risoluzione del Consiglio di Stato del 30 agosto 2006). Inoltre, il 23 ottobre 2006 il Tribunale cantonale delle assicurazioni ha accolto i ricorsi contro la riduzione dei sussidi ai premi LAMal.

Nel corso del 2006, si è poi acuitizzato il problema degli assicurati con sospensione di prestazioni LAMal a causa della morosità nel pagamento dei premi assicurativi e a fine febbraio 2007 gli assicurati morosi in Ticino risultano essere circa 8.000. Il Gran Consiglio, nella seduta del 29 gennaio 2007, ha discusso il Messaggio 5810 del 5 luglio 2006 sulla Modifica della legge cantonale d'applicazione della legge federale sull'assicurazione contro le malattie del 26 giugno 1997 (LCAMal). Il Parlamento ha modificato la proposta governativa, ha limitato la durata della norma al periodo 2006-2008 e ha chiesto al Governo di presentare entro i primi mesi del 2008 un rinnovo o meno di queste disposizioni o un loro diverso assetto. In data 27 marzo 2007, il Consiglio di Stato ha poi comunicato di non dare la propria adesione alla soluzione decisa dal Gran Consiglio.

Un'altra importante decisione, riguardante le pianificazioni settoriali sociosanitarie, è stata presa dal Gran Consiglio il 7 novembre 2006 con l'approvazione del Messaggio 5745 del 25 gennaio 2006, licenziato a seguito all'adozione di un'iniziativa parlamentare generica della Commissione della legislazione. Questa modifica della Legge sulle competenze pianificatorie del Gran Consiglio ha conferito al Parlamento la facoltà di approvare - e non più solo discutere - oltre alla Pianificazione LAMal pure la Pianificazione dell'assistenza e cura a domicilio (LACD) e la Pianificazione dell'assistenza sociopsichiatrica (LASP).

#### 4.1.1 La politica sociale

##### *Politica delle famiglie e dei minorenni (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 1)*

Rapporto sugli indirizzi e Linee direttive mettono le famiglie al centro del progetto sociale per il Ticino del futuro. Il consolidamento della Legge sugli assegni familiari (LAF) e la Legge per le famiglie del 15 settembre 2003 (Lfam) sono la base per promuovere una politica moderna di compensazione degli oneri delle famiglie con figli, di sostegno delle funzioni essenziali delle famiglie e di protezione dei minorenni.

Nell'applicazione della LAF, con il 2006 è entrata in vigore la possibilità di un rimborso della spesa di collocamento dei figli, una delle misure d'appoggio previste dalla Legge famiglie per permettere ai genitori di conciliare vita professionale e vita familiare. È considerata spesa di collocamento dei figli quella che il genitore o i genitori devono sostenere per affidare i figli, durante l'esercizio di un'attività lucrativa, alla cura di terzi presso un nido dell'infanzia oppure una famiglia diurna. Il rimborso massimo è di 7.- fr. orari, 770.- fr. mensili e 7.800.- fr. annui.

Nel corso del 2006 si è pure provveduto alla valutazione della LAF richiesta per fine 2006 dal Gran Consiglio il 26.06.2002 in occasione dell'approvazione della prima revisione della legge. La valutazione, in parte svolta con il supporto della SUPSI, è stata sottoposta al Parlamento il 27 febbraio 2007 con il Messaggio 5891. È stata analizzata la situazione dei 3.029 beneficiari (per il 71,8% donne) a fine 2005 d'assegni integrativi e assegni di prima infanzia. Oltre ad una valutazione dei costi, era stata richiesta una stima dei trasferimenti di spesa dal sistema dell'assistenza sociale. Prima di questo studio, la stima del trasferimento dall'assistenza era pari al 40% della spesa per l'assegno integrativo. È invece emerso che i parametri calcolati si distanziano in modo significativo dall'ipotesi finora applicata e pertanto v'era una sottostima del trasferimento di spesa, che in realtà dovrebbe verosimilmente situarsi attorno al 60%. Il Parlamento aveva pure chiesto come rendere la legge ugualmente efficace per le famiglie numerose e quelle meno numerose. L'analisi mostra che sono due le variabili che influenzano l'efficacia degli assegni: il reddito iniziale e il numero di figli. Solo l'assegno di prima infanzia permette il raggiungimento del minimo vitale per la famiglia, per le economie domestiche con figli sotto i 3 anni. Tuttavia, il dispositivo degli assegni mirava, oltre ad evitare che un figlio fosse causa di povertà, a fare in modo che le famiglie con figli non dovessero fare ricorso a prestazioni assistenziali. Non tutte le famiglie beneficiarie d'assegno integrativo raggiungono, dopo il suo versamento, il minimo vitale e vi sono tipologie familiari (famiglie monoparentali) non così favorite. A causa del dispositivo d'erogazione degli assegni (un figlio = un assegno), le famiglie con più figli hanno un reddito disponibile mediamente più elevato. Dopo alcuni anni d'esperienza sui due nuovi assegni (integrativo e di prima infanzia) si potrebbe adeguare il dispositivo in un'ottica di nuova politica familiare, permettendo a tutte le famiglie con figli di raggiungere un minimo vitale per il sostentamento dell'intero nucleo familiare, ciò che costituirebbe una sorta di "bonus educativo" per chi alleva i propri figli. L'introduzione di un "bonus per famiglie monoparentali", non così favorite dal dispositivo attuale, può rappresentare un'altra soluzione da approfondire. L'entrata in vigore definitiva della Legge famiglie è avvenuta il 1° gennaio 2006, in base al nuovo Regolamento del 20 dicembre 2005. Gli indirizzi legislativi sono stati resi operativi attraverso una riorganizzazione amministrativa della Divisione dell'azione sociale e delle famiglie, un miglior coordinamento, un Osservatorio della politica familiare, l'appoggio ad attività complementari alle famiglie e ad attività d'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.

Nell'estate 2006, i Comuni sono stati informati sulle possibilità di sostenere direttamente le attività presenti sul territorio e destinate a favorire le prestazioni familiari. Il nuovo meccanismo di finanziamento previsto dalla Lfam, infatti, consente ai Comuni di stornare a questo scopo "di promozione" parte del contributo comunale dovuto al Cantone per le attività cosiddette "di protezione".

È inoltre stato allestito il sito "Infofamiglie", piattaforma informativa sulle prestazioni pubbliche e private a favore delle famiglie, destinato sia agli operatori del settore sia alle famiglie stesse. Il sito sarà aperto nel corso del 2007.

#### *La politica degli anziani (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 2)*

L'accresciuta longevità comporta la necessità di rispondere ai bisogni della componente più fragile degli anziani, favorendo al contempo una buona qualità di vita per tutti gli anziani.

È stato trasmesso dal Consiglio di Stato al Gran Consiglio nel settembre 2006 il Rapporto di pianificazione 2006-2009 della Legge sull'assistenza e la cura a domicilio (LACD), basato sul Rapporto di valutazione del primo quadriennio dall'entrata in vigore della LACD, presentato nel novembre 2005. Ambedue i rapporti sono tuttora al vaglio della

Commissione sanitaria. Obiettivi prioritari restano lo sviluppo dell'assistenza e cura a domicilio (valorizzazione della solidarietà familiare tramite aiuti diretti al mantenimento a domicilio; coordinamento dei servizi e delle strutture d'assistenza, cura e riabilitazione) e della capacità d'accoglienza nelle case per anziani, in accordo con la pianificazione ospedaliera.

Con il Messaggio 5826 del 29 agosto 2006, il Consiglio di Stato ha aderito a vari atti parlamentari 2005-2006 che chiedevano di sottoporre tutti i servizi del settore dell'assistenza e cura a domicilio ad un'autorizzazione di polizia sanitaria, oltre all'esistente regime di vigilanza. È lecito attendersi un vantaggio sulla trasparenza del sistema sanitario in generale e sul funzionamento dei servizi d'assistenza e cura a domicilio in particolare. Con l'adozione della norma, infatti, anche i servizi privati dovranno fornire le statistiche sanitarie richieste dallo Stato in base alla LSan, come già fanno quelli sussidiati.

La generalizzazione dei contratti di prestazione per gli istituti per anziani è avvenuta con il 1° gennaio 2006. Nel corso dell'anno sono poi stati condotti i lavori per l'aggiornamento della Pianificazione degli istituti per anziani fino al 2010. L'aggiornamento sarà ultimato nella primavera 2007.

Al fine di meglio esaminare la questione della demenza senile e delle risposte da immaginare per il futuro, è stata impostata la verifica dell'adeguatezza degli attuali Centri Diurni terapeutici, che nell'ambito della rete socio-sanitaria rivestono un ruolo importante nella presa a carico dei pazienti dementi a domicilio.

#### *Integrazione degli invalidi (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 3)*

Il Cantone continua a impegnarsi a favore dell'integrazione sociale e professionale dei disabili per tradurre in concrete opportunità i loro diritti, sanciti dalla nuova legge federale in materia. Al disabile minorenne occorre garantire pari opportunità. Ai minorenni che presentano deficienze funzionali tali da necessitare il ricorso a prestazioni d'assistenza e cura altamente qualificate, occorre riservare ambienti di vita sostitutivi di famiglia e scuola, capaci pure di erogare terapie specialistiche. Inoltre, occorre prevenire il ricorso alle rendite AI quando il problema è l'esclusione dal mercato del lavoro, mentre per i casi di handicap si devono valorizzare gli aiuti diretti al mantenimento a domicilio, il supporto dei servizi d'assistenza e cura a domicilio e dei servizi d'appoggio, e mantenere un'adeguata capacità d'accoglienza in strutture ambulatoriali e istituti.

Proseguono i lavori d'adattamento della nostra legislazione e organizzazione in vista della nuova perequazione finanziaria, prevista per il 2008 e che comprende il trasferimento ai Cantoni delle competenze e degli oneri in materia di strutture collettive per invalidi (istituti, laboratori, centri diurni). Il Cantone provvederà allo sviluppo indispensabile delle strutture, per i minorenni d'intesa con il DECS e per gli invalidi adulti secondo gli indirizzi della pianificazione triennale 2004-2006, accolta dall'UFAS (Ufficio federale delle assicurazioni sociali).

Si sono conclusi a fine 2006, come da programma, i previsti lavori di ristrutturazione necessari presso il Centro di formazione professionale e sociale di Gerra Piano per l'inserimento di un Centro di accertamento professionale (CAP). Il CAP ha iniziato l'attività sulla base del relativo contratto di prestazione, sottoscritto con l'UFAS, che prevede 60 accertamenti all'anno.

Con l'introduzione generalizzata dei contratti di prestazione, è stata abrogata la norma della copertura del disavanzo d'esercizio degli enti sussidiati, sostituita dal contributo globale. Per gli enti che non soggiacciono al contratto di prestazione il finanziamento avviene ora con il contributo fisso.

#### *Promozione dell'inserimento professionale di categorie a rischio elevato di esclusione dal mercato del lavoro (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 4)*

Nel 2006 il numero medio di disoccupati (7.260) è rimasto stabile rispetto al 2005 (+0,6%). A fine anno sono più numerose, invece, le persone che esauriscono il diritto alle

indennità di disoccupazione. Un'indagine sulle persone che hanno esaurito i diritti alla disoccupazione nel 2005 (1.980 persone) ha stabilito che, nel giugno 2006, 28% di loro riceveva prestazioni assistenziali.

L'andamento della disoccupazione (dal 2001 al 2006 è aumentata dell'85%) e il numero elevato d'assicurati che esauriscono il diritto all'indennità sono due dei fattori che spiegano l'aumento importante dei beneficiari di prestazioni assistenziali nel 2006 e negli anni precedenti, dopo il 2001. Attualmente si assiste ad un rallentamento della crescita, ma non (ancora) ad un'inversione di tendenza. Molti altri fattori determinano la crescita del ricorso all'assistenza, come documentato da uno studio apparso nel numero di dicembre 2006 della rivista dell'Ufficio cantonale di statistica "Dati".

Nell'ambito dell'instaurata collaborazione settoriale con il Dipartimento di scienze aziendali e sociali (DSAS) della SUPSI, oltre ai lavori preparatori per un Conto sociale cantonale, è stato analizzato l'aumento delle spese assistenziali negli ultimi anni. Lo studio, le cui prime risultanze sono state presentate a fine febbraio 2007, relativizza il ruolo del numero dei beneficiari quale causa principale dell'aumento delle spese sociali e indica l'aumento del fabbisogno riconosciuto e la crescita della durata di permanenza in assistenza quali fattori principali.

Le condizioni del mercato del lavoro accentuano la concorrenza fra cercatori d'impiego, aumentando i rischi di compromissione della salute e delle capacità lavorative e, di fatto, la tendenza a ricorrere alle prestazioni dell'assicurazione invalidità. Ne conseguono un rischio d'esclusione sociale e un'accresciuta pressione sui servizi.

Ad inizio 2007, la Sezione sanitaria ha rassegnato un'analisi per il Cantone Ticino degli effetti della disoccupazione sullo stato di salute, basata sugli indicatori di salute di un campione di disoccupati.

Per far fronte ai rischi d'esclusione, 349 utenti del sostegno sociale hanno potuto usufruire nel 2006 di misure attive nella forma di programmi d'inserimento professionale (PIP) ai sensi della Legge sull'assistenza, contro 313 l'anno precedente (i nuovi contratti stipulati nel 2006 sono stati 291, contro 98 nel 2005).

Dal settembre 2006 è in vigore una convenzione tra la Divisione dell'azione sociale e delle famiglie e la Fondazione "Integrazione Per Tutti (IPT)", che già collabora con la Sezione del lavoro. Obiettivo è il collocamento a tempo indeterminato d'utenti il cui inserimento professionale risulta essere difficile.

È proseguita la collaborazione con la Sezione del lavoro per valutare le capacità lavorative degli utenti provenienti dalla disoccupazione. Gli Uffici regionali di collocamento sono chiamati ad esprimere un preavviso sulle caratteristiche dell'utente prima che sia organizzato un PIP. Continua inoltre la collaborazione con due consulenti esterni (psicologo e assistente sociale), che hanno il compito di allestire un rapporto personalizzato sulla situazione economica-familiare e sulla capacità/motivazione d'utenti problematici a beneficiare di "misure attive".

#### *Assicurazione invalidità (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 5)*

L'assicurazione invalidità (AI) è, dal profilo legislativo, di competenza federale, ma i Cantoni assumono un ruolo importante e propositivo nell'applicarla. Nell'assicurazione invalidità le misure d'inserimento devono prevalere sulle rendite e i consulenti in integrazione professionale hanno consentito di realizzare una rete d'aziende disposte a collaborare nella reintegrazione. L'intervento sul territorio va migliorato e potenziato, usufruendo soprattutto dei collocatori e sensibilizzando un numero 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.

I cambiamenti del mondo del lavoro e la precarietà economica e sociale sono assorbiti

dall'assicurazione invalidità. Per la valutazione delle patologie invalidanti di natura psichica, nel 2006 è stata preparata la costituzione di una Fondazione di diritto privato - approvata con risoluzione governativa del 7 dicembre 2005 e costituita il 5 febbraio 2007 - che si occuperà dell'attività peritale in campo psichiatrico per l'Ufficio cantonale AI. L'obiettivo è di migliorare la qualità e la tempestività delle perizie alfine di contenere le prestazioni assicurative così che la funzione dell'AI non sia stravolta né trasformata in ammortizzatore sociale della disoccupazione. L'iniziativa rappresenta una prima svizzera che ha suscitato l'interesse dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, il quale ha designato un proprio rappresentante all'interno del consiglio direttivo (si veda 4.2).

*Partecipazione al premio dell'assicurazione contro le malattie (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 6)*

La LAMal poggia sulla modalità di finanziamento del contributo unico: un premio fisso, uguale per tutti, a dipendenza della categoria d'assicurato e di cassa malattia. Al fine di rendere più solidale, in funzione della capacità economica, questa modalità di finanziamento, la legge prevede una prestazione sociale particolare: la partecipazione al premio dell'assicurazione contro le malattie (PPAM). La definizione e l'applicazione delle prestazioni è compito dei Cantoni e, per motivi pragmatici, quasi tutti i Cantoni fanno capo al criterio fiscale del reddito imponibile cantonale.

Il criterio fiscale, ancorché di facile applicazione, non permette tuttavia un'erogazione appropriata ed equa delle prestazioni sociali secondo i bisogni. Una distorsione che in Ticino si è ulteriormente acuita a seguito dei recenti pacchetti di sgravi fiscali. D'altra parte il criterio sociale del reddito disponibile, se permette un'azione maggiormente mirata e quindi equa verso il cittadino, comporterebbe però un aggravio amministrativo molto rilevante. La soluzione deve pertanto combinare il criterio del reddito disponibile, accertato in modo più semplice, con dei parametri specifici all'assicurazione malattia.

Il passaggio dal criterio fiscale del reddito imponibile cantonale a quello sociale del reddito disponibile, per la PPAM, rappresenta una misura importante della revisione dei compiti dello Stato. Nel corso del 2006 il Dipartimento ha proseguito l'esame per l'individuazione dei nuovi criteri. Considerato che la Nuova perequazione fra i Cantoni (NPC) avrà delle ripercussioni rilevanti è tuttavia necessario attendere che la Confederazione approvi definitivamente le regole della NPC e fornisca ai Cantoni indicazioni precise sui criteri di finanziamento e sulle relative ripercussioni (si tratta di diverse decine di milioni di franchi). Pertanto la nuova normativa cantonale potrà essere elaborata e presentata solo dopo l'approvazione definitiva della NPC.

Va ricordato che il popolo svizzero ha respinto l'11 marzo 2007 l'iniziativa per l'istituzione di una cassa malattia federale unica con premi basati in funzione del reddito, la cui accettazione avrebbe reso superato il nuovo modello di riduzione del premio.

D'altra parte, in data 21 marzo 2007, il Tribunale Federale ha respinto il ricorso contro il decreto del 30 gennaio 2007 del Gran Consiglio che ha dichiarato irricevibile l'Iniziativa popolare generica 23.11.2001 "per la costituzione di una Cassa malati cantonale per la gente".

*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 (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 7)*

Con il 2006 è stato ultimato il passaggio ai nuovi sistemi di finanziamento: contratti di prestazione associati a contributi globali. Il sistema del contratto di prestazione, inteso come insieme di competenze e di strumenti di gestione attraverso i quali ottenere una migliore valutazione dell'impiego delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi è stato portato complessivamente ad un livello di realizzazione più che sufficiente.

Nei settori sociosanitari (istituti per anziani, invalidi, minorenni, servizi d'assistenza e cura a domicilio), con il 2006 si è generalizzata - in base alla decisione governativa del 19.10.2005 - l'introduzione dei contratti di prestazione.

È inoltre stato valutato positivamente il primo quadriennio d'applicazione del contratto di prestazione tra lo Stato e l'Ente ospedaliero cantonale (EOC, si veda Messaggio 5844 del 3 ottobre 2006). Il contratto di prestazione è stato rinnovato per i centri residenziali per tossicodipendenti ed è stato introdotto anche per le antenne per tossicodipendenti.

Per l'OSC, il Gran Consiglio, approvando il 18 settembre 2006 il Messaggio 5800 del 31 maggio 2006 per la creazione di quattro Unità Amministrative Autonome pilota, l'ha inserita fra le unità che sperimenteranno dal 2007 le nuove modalità di gestione dell'UAA.

#### 4.1.2 La politica sanitaria

##### *Riorientamento dell'offerta e dei consumi sanitari (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 8)*

I margini di manovra a livello cantonale per incidere sull'offerta sanitaria, contenendo i costi e favorendo un uso razionale delle risorse sul territorio, dipendono essenzialmente dagli strumenti giuridici offerti dalla LAMal e in particolare:

- dalla pianificazione delle strutture di cura residenziali e ospedaliere;
- dagli strumenti previsti nella revisione in atto che, se approvati, daranno la possibilità al cantone di riorientare e definire meglio l'offerta dei fornitori ambulatoriali - in collaborazione con gli assicuratori malattia - nonché di promuovere le reti di cura (*Managed Care*).

Durante il 2006 sono proseguiti i lavori di messa in atto della Pianificazione ospedaliera LAMal (art. 39), il cui progetto per la prima volta non è stato solo discusso bensì approvato dal Gran Consiglio con Decreto legislativo del 29.12.2005.

Contro la decisione parlamentare del 29.11.2005 erano stati inoltrati due ricorsi al Consiglio federale, di cui uno è stato nel frattempo ritirato (si veda al punto 4.3.1).

Inoltre, è proseguito l'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 (4.3.2.2).

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 ha dunque continuato la sua opera di sensibilizzazione per un consumo più adeguato di prestazioni sanitarie, quale misura di contenimento dei costi sanitari. Infine, proseguono le azioni culturali e informative sui fattori che determinano una buona salute al fine di permettere scelte consapevoli e una migliore autogestione della salute. Per questi aspetti si rimanda ai punti 4.3.1 e 4.3.2.1.

##### *Carta sanitaria (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 9)*

Nel giugno 2006 si è conclusa con successo la prima tappa del progetto, nella quale è stato sperimentato l'utilizzo della Carta sanitaria presso operatori sanitari nella regione urbana di Lugano. La sperimentazione ha evidenziato vantaggi e criticità delle nuove tecnologie di gestione dell'informazione e della comunicazione (ICT) per pazienti e operatori sanitari (si vedano i punti 4.3.1 e 4.3.3).

##### *Una politica sanitaria fondata sui determinanti della salute (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 10)*

Un sistema sanitario di buona qualità, equamente accessibile e finanziariamente sostenibile è un obiettivo essenziale della politica sanitaria. Tuttavia il dibattito pubblico troppo spesso è ristretto all'aumento dei costi, promosso da incentivi economici inflazionistici nonché da attese della popolazione nei confronti dell'efficacia dei servizi medico-sanitari che superano la realtà dell'evidenza scientifica.

Una politica sanitaria moderna deve considerare che l'ambiente, la condizione socioeconomica, il grado di integrazione sociale, il livello di istruzione influenzano lo stato di salute di una popolazione più delle cure sanitarie che hanno essenzialmente un obiettivo, anche se importante, di tipo "riparatore". Occorre quindi assicurare condizioni di vita favorevoli alla promozione e al mantenimento dello stato di salute: azione che richiede la collaborazione e l'attenzione di tutti i settori per le conseguenze che nuove leggi o decisioni possono avere sulla salute della popolazione.

Sono proseguiti i lavori per l'introduzione presso l'Amministrazione cantonale, a titolo sperimentale, della procedura di "valutazione d'impatto sulla salute delle politiche sanitarie" (VIS). La Commissione-VIS è stata attivata, si è sperimentata la procedura e si è iniziato a produrre quadri di riferimento e strumenti per la selezione delle politiche da valutare. I dipartimenti hanno risposto alle sollecitazioni fornendo informazioni e contributi di qualità. Nel 2007 sarà rassegnato un rapporto sulla fattibilità dell'introduzione dello strumento.

Per una descrizione delle diverse azioni promosse di carattere multisettoriale si rimanda ai punti 4.3.1 e in particolare 4.3.2.1.

#### *Lavoro e benessere socio-sanitario (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 11)*

Il lavoro e le condizioni in cui esso è svolto influenzano il benessere individuale e familiare definendo lo statuto della persona e la sua integrazione sociale. Il lavoro costituisce un determinante fondamentale del benessere sanitario.

Oltre ai già noti infortuni e malattie professionali, emergono "nuovi rischi" che peggiorano la qualità di vita, aumentano il consumo di prestazioni sanitarie e le manifestazioni patologiche, in particolare di natura psichica. Il cattivo stato di salute, determinato dalle nuove condizioni di lavoro (precarietà, stress), l'assenteismo e la perdita di produttività costano al sistema sanitario e a quello produttivo nazionali da 1,5 a 2,5 miliardi di franchi all'anno. Per contrastare tale tendenza, sulla base delle analisi condotte sulla relazione lavoro-salute e disoccupazione-salute, presso l'OSC è stato avviato un Laboratorio sulle patologie del lavoro con l'obiettivo di esaminare le caratteristiche dei disturbi di origine lavorativa e proporre interventi preventivi, curativi e di reinserimento sociale. Nel corso del 2007 sarà rassegnato un primo rapporto in merito.

#### *Promozione della salute mentale (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 12)*

La salute mentale della popolazione può essere considerata lo specchio del funzionamento della società. Numerosi studi internazionali mostrano come il 25-30 % della popolazione soffre di disturbi psichici che necessitano di trattamento ambulatoriale o ospedaliero. Una parte di questi sono curati con buoni risultati, altri evolvono verso una cronicità ed una incapacità lavorativa e di guadagno permanente. I costi aumentano, in particolare nel settore dell'assicurazione invalidità.

D'altra parte una buona parte dei disturbi psichici appare più precocemente di quanto avveniva in passato e quindi le misure di intervento tempestivo da parte degli specialisti assumono una grande importanza. Gli strumenti terapeutici della psichiatria contribuiscono al miglioramento della salute mentale. Non si può però delegare unicamente alla psichiatria la promozione della salute mentale. La prevenzione, gli interventi precoci, la riabilitazione e il reinserimento sociale necessitano di una rete di intervento che si basa sul contributo degli "specialisti" (servizi ed istituti sociali, scuola, lavoro, medici di famiglia, case per anziani, ecc.), dei pazienti e dei familiari. L'obiettivo è quello di evitare una medicalizzazione generalizzata delle situazioni di disagio.

Nella seduta del 29 gennaio 2007, il Parlamento ha, per la prima volta, non solo discusso bensì approvato la pianificazione LASP 2005-2008.

Due sono gli obiettivi principali di questo programma d'azione. Da una parte la risposta ai bisogni emergenti a seguito del disagio giovanile, della precarizzazione del lavoro e

dell'aumento della popolazione anziana. D'altra parte la promozione di Centri di competenza da affiancare al modello della psichiatria di settore sviluppato negli ultimi 20 anni. Con questo strumento si vuole assicurare la capacità di interventi specialistici nei diversi ambiti preventivi, clinici, riabilitativi, di formazione e di conoscenza scientifica (si vedano 4.3.1 e 4.3.9).

Come segnalato sopra per la scheda 5, nel 2006 è stata preparata la costituzione della Fondazione che si occupa dell'attività peritale in campo psichiatrico per l'Ufficio cantonale AI.

#### *Dipendenze e salute (Obiettivo n. 8 - Scheda n. 13)*

Occorre sviluppare e adattare la politica dei quattro pilastri (prevenzione, terapia/reinserimento, riduzione del danno, controllo/repressione) a tutte le forme di dipendenza (alcol, tabacco, sostanze stupefacenti, gioco patologico), anche perché i meccanismi neurobiologici alla base della dipendenza sono uguali per le sostanze legali come per quelle illegali. Può pertanto verificarsi una dipendenza da sostanze legali (tabacco, alcool, ecc.) o illegali (stupefacenti) così come da determinati comportamenti (gioco, alimentazione, ecc.).

A fine 2006, a livello nazionale, il Parlamento ha approvato la modifica della Legge federale sugli stupefacenti, riprendendo di fatto tutte le misure proposte dal Consiglio Federale nel 2001, escluse quelle sulla canapa. Sulla canapa, infatti, pende un'iniziativa popolare e le Camere devono ancor decidere se presentare un controprogetto.

Si segnala che il Cantone è stato, assieme all'Ufficio federale di sanità pubblica e alle Commissioni federali preposte, promotore della 1° Accademia estiva sulle dipendenze, tenutasi nell'agosto 2006 al Monte Verità.

I principali obiettivi della politica cantonale nel campo delle dipendenze sono tre:

- diminuire tra i giovani il consumo di tabacco, alcol e di altre sostanze psico-attive;
- ridurre gli effetti negativi del consumo di sostanze che possono dare dipendenza quali il tabacco, l'alcol e le altre droghe;
- sviluppare un programma adeguato di formazione e di intervento per chi si occupa di prevenzione, terapia e consulenza nel campo della dipendenza patologica dal gioco.

Il nuovo Piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie per il periodo 2005-2008, approvato dal Governo nel marzo 2006, è all'esame del Parlamento. Nel frattempo, con i primi mesi del 2007 presso le Antenne sono entrati in funzione due Centri di competenza interdisciplinare per la tossicodipendenza, in una delle sedi del Sopraceneri e in una del Sottoceneri. Le Antenne, oltre alle prestazioni tradizionali (accoglienza e consulenza, lavoro di prossimità) possono ora tramite un medico psichiatra consulente prescrivere e gestire terapie sostitutive e/o psicofarmaci per persone in una situazione psicosociale problematica (livello di cura 1 e 2).

Il 12 marzo 2006, in votazione popolare il Ticino ha accettato la modifica della Legge sugli esercizi pubblici che ha introdotto il divieto generale di fumo. La norma entrerà in vigore il 12 aprile 2007 e il suo effetto sarà monitorato tramite uno studio impostato durante il 2006.

Per il programma delle singole azioni promosse nel 2006 si rimanda ai punti 4.3.2.1 e 4.3.2.2.

## **4.2 Istituto delle assicurazioni sociali (IAS)**

4.T1-23

A livello legislativo non vi sono state grosse novità per la sicurezza sociale svizzera e ticinese di competenza dell'IAS. Vanno comunque citate la legge federale sul partenariato, la modifica della procedura contenziosa nell'AI, l'entrata in vigore del rimborso della spesa di collocamento del figlio prevista dalla legge cantonale sugli assegni familiari e la modifica della legge cantonale di applicazione della LAMal a seguito delle novità introdotte in sede federale per la riduzione dei premi degli assicurati minorenni. La valutazio-

ne della legge sugli assegni di famiglia merita pure di essere considerata.

Le novità più importanti interesseranno soprattutto gli anni 2008 e 2009, con, in particolare, la 5a revisione AI in caso di sua accettazione popolare, la nuova legge sul lavoro nero, il nuovo numero di sicurezza sociale, la nuova legge federale sugli assegni familiari, l'applicazione della tassa sul CO2 ed eventualmente l'11a revisione dell'AVS.

L'IAS è quindi stato impegnato, dal profilo gestionale ed organizzativo, a rispondere a queste necessità come pure ad altre più puntuali, segnatamente nell'ambito contributivo per quanto attiene la tassazione delle persone indipendenti e di quelle senza attività lucrativa, in quello delle prestazioni AVS con la riorganizzazione del servizio rendite ed indennità, in quello della collaborazione interistituzionale e con i datori di lavoro per l'AI, in quello degli assegni familiari con l'assorbimento da parte della cassa cantonale di alcune casse professionali ed in quello della riduzione dei premi e degli assicurati sospesi ed insolventi.

### **Rimborso della spesa di collocamento del figlio (RiSC)**

#### **In generale**

La spesa di collocamento del figlio è una delle misure d'appoggio, previste dalla Legge famiglia (L-fam) per permettere ai genitori di conciliare vita professionale e vita familiare. E' considerata spesa di collocamento del figlio quella che il genitore o i genitori devono sostenere per affidare il figlio alla cura di terzi, durante l'esercizio di un'attività lucrativa, segnatamente presso un nido dell'infanzia autorizzato e riconosciuto conformemente alla L-fam oppure presso una famiglia diurna riconosciuta ai sensi della L-fam.

#### **Definizione di attività lucrativa**

E' considerata attività lucrativa ogni genere di attività professionale remunerata, salariata o indipendente, ai sensi della Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia ed i superstiti (LAVS).

Sono equiparate ad un'attività lucrativa professionale:

- a) la partecipazione a provvedimenti inerenti al mercato del lavoro ai sensi della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'insolvenza (LADI);
- b) la partecipazione a provvedimenti di ordine professionale ai sensi della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità (LAI);
- c) la partecipazione a programmi di inserimento professionale ai sensi della Legge sull'assistenza sociale (LAS).

#### **Importo massimo rimborsabile**

La spesa di collocamento rimborsata è definita dalla L-fam fino ai seguenti importi massimi:

importo orario	fr.	7.-
importo mensile	fr.	770.-
importo annuale	fr.	7.800.-

Nella spesa di collocamento rimborsata non sono comprese le spese per il vitto (già considerate nella soglia Laps).

#### **Beneficiari e determinazione del diritto**

Hanno diritto al rimborso della spesa di collocamento i genitori che beneficiano di un assegno integrativo o di prima infanzia e che adempiono le condizioni legali ed economiche per ottenere un assegno di prima infanzia, oppure i genitori che non beneficiano di un assegno integrativo o di prima infanzia e che adempiono le condizioni legali, ma non le condizioni economiche, per ottenere un assegno di prima infanzia, per la parte di spesa che supera il loro reddito disponibile.

Le condizioni alle quali il richiedente deve adempiere, possono essere suddivise in due categorie:

1. requisiti legali = condizioni generali per poter richiedere l'assegno di prima infanzia (domicilio, coabitazione con il figlio, e, con deroga, età massima del figlio);
2. requisiti finanziari = reddito disponibile residuale ai sensi Laps.

Per il calcolo è determinante la situazione economica del/i genitore/i riferita al mese di collocamento del figlio presso terzi e per il quale è richiesto il rimborso della relativa spesa.

L'unità di riferimento (UR), il Reddito disponibile residuale (RDR) e la Lacuna di reddito (LDR), considerati per la determinazione del diritto al rimborso della spesa di collocamento, sono definiti dalla Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps).

#### **Limite di età del/i figlio/i**

La spesa di collocamento può essere riconosciuta fino all'accesso del figlio alla scuola dell'infanzia, ma al massimo fino all'anno in cui il figlio compie i quattro anni se egli non ha potuto oggettivamente accedere alla scuola dell'infanzia in precedenza.

Limite massimo: fine del mese d'agosto dell'anno in cui il figlio compie i quattro anni di età.

#### **Richiesta: procedura**

La richiesta di rimborso della spesa di collocamento deve essere presentata alla Cassa cantonale per gli assegni familiari, entro tre mesi dalla data d'emissione della fattura per il collocamento, compilando l'apposito formulario che dovrà essere corredato dalla necessaria documentazione che permetta l'accertamento:

- a) dell'unità di riferimento
- b) del reddito disponibile residuale
- c) del diritto alla spesa di collocamento.

Il richiedente comunica ogni cambiamento della situazione personale o economica di ogni membro della sua unità di riferimento, per ogni mese per il quale richiede il rimborso della spesa di collocamento, rispetto all'ultimo mese per il quale ha ricevuto il rimborso.

#### **Competenza**

Il rimborso della spesa di collocamento del figlio compete alla Cassa cantonale per gli assegni famigliari.

#### **Novità riguardanti l'assicurazione contro l'invalidità**

##### **Modifica della procedura a partire dal 1° luglio 2006**

Con l'entrata in vigore (1° gennaio 2003) della Legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), è stata uniformata la procedura nell'ambito delle assicurazioni sociali. La conseguenza è stata l'introduzione per tutte le assicurazioni sociali federali che prevedono l'applicazione della LPGA, compresa l'assicurazione invalidità, della procedura di opposizione.

A seguito di questo cambiamento, gli Uffici AI della Svizzera si sono visti aumentare in modo esponenziale le contestazioni sulle proprie decisioni. Solo nel 2005, l'Ufficio AI del Cantone Ticino, ad esempio, ha ricevuto quasi 1.000 opposizioni.

Questa situazione ha avuto come conseguenza un forte aumento del lavoro e dei ritardi nell'emissione delle decisioni definitive.

Questo problema è stato riscontrato a livello svizzero ed ha portato alla decisione da parte della Confederazione di semplificare la procedura nell'ambito dell'assicurazione invali-

dità, abrogando l'opposizione ed introducendo il preavviso come proposta di decisione all'assicurato, che ha trenta giorni di tempo per inoltrare le proprie osservazioni. Questa facoltà è data anche a tutti gli altri assicuratori coinvolti dalla decisione nei loro obblighi di versare prestazioni. Anch'essi avranno il diritto di essere sentiti entro 30 giorni a decorrere dal preavviso. Questa modalità, valida a partire dal 1° luglio 2006 e che rispecchia in parte quella in vigore precedentemente all'entrata in vigore della LPGA, ha diversi vantaggi:

- si tratta di una procedura più informale e quindi più vicina all'assicurato rispetto a quella di opposizione. Infatti le osservazioni non devono rispettare presupposti formali imposti dalla legge;
- se l'assicurato lascia trascorrere i trenta giorni senza far valere alcuna eccezione contro il nostro preavviso, mantiene comunque la facoltà di inoltrare ricorso presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni;
- la decisione definitiva dell'ufficio AI, pur contemplando la valutazione sulle eventuali osservazioni, è strutturata in modo più semplice rispetto alla decisione su opposizione;
- per tutti questi motivi si può constatare un'accelerazione della procedura decisionale.

Da quando è entrata in vigore la nuova procedura l'ufficio AI del Cantone Ticino ha ricevuto osservazioni per 363 casi e ne ha liquidati, tramite decisioni definitive, 272.

### **Costituzione della Fondazione centro peritale**

Negli ultimi anni si è constatato un importante aumento delle domande di rendita a causa di patologie psichiche. Nell'ultimo anno hanno sfiorato il 40%. Questo ci ha causato un'importante esigenza nell'ambito delle perizie psichiatriche.

Purtroppo il Cantone Ticino, come d'altronde numerosi cantoni svizzeri, riscontra difficoltà nel trovare medici psichiatri che conoscano le esigenze di valutazione nell'ottica della medicina assicurativa.

Per questi tipi di malattie la tempestività di intervento da parte dell'assicurazione invalidità è prioritario, perché esiste il rischio di cronicizzare la situazione rendendo molto difficile il rientro nel mondo del lavoro. Attualmente il periodo di attesa affinché un assicurato venga convocato per la visita peritale è troppo lungo (si parla di parecchi mesi).

Non esiste inoltre un'unità di dottrina in questa categoria della medicina, pertanto ci si trova molto spesso di fronte a valutazioni diverse a dipendenza del medico che ha effettuato la perizia. Una necessità, voluta anche dall'UFAS, è quella di creare un'uniformità in questo campo.

Si ritiene che la creazione di un centro di competenza possa risolvere le numerose diversità di giudizio e garantire una certa celerità nella valutazione dei casi.

Nell'ultimo anno in particolare, si è potuto concretizzare il progetto con l'adesione dell'UFAS, di cui un rappresentante farà parte del Consiglio di fondazione.

### **Prestazioni complementari AVS/AI**

L'evoluzione nell'anno 2006 del numero e degli importi versati ai beneficiari di prestazioni complementari AVS/AI (PC) conferma la tendenza delineatesi nel corso degli ultimi anni, in particolare dagli anni 2001 e 2002.

La spesa per le PC ha raggiunto nel 2006 i 188,3 mio. L'aumento della spesa delle PC corrisponde a 57,9 mio nel periodo 2000-2006; il suo tasso di crescita del 44,4% supera quello del 25,5% relativo all'aumento del numero dei beneficiari di PC AVS/AI.

La spesa per le PC AI è aumentata in modo importante: la percentuale rappresenta il 103,7% nel periodo 2000-2006; l'aumento della somma versata di 39,5 mio è nettamente più elevato rispetto a quello della spesa delle PC AVS che corrisponde al 19,9% per un importo di 18,4 mio nel medesimo periodo.

La spesa PC relativa ai rimborsi delle spese per malattia ed invalidità (prestazione in natura) cresce in misura maggiore rispetto a quella per la garanzia del fabbisogno. Per le PC AI l'aumento di 4,6 mio rappresenta il 121,3% nel periodo 2000-2006. Per le PC AVS l'aumento di 6,2 mio è più vigoroso e rappresenta il 73,7% nel medesimo periodo; inoltre, questa componente di spesa è passata dal 9,2% dei costi per le PC AVS dell'anno 2000 al 13,3% del 2006.

La descritta evoluzione delle PC in Ticino non differisce da quanto si è verificato a livello svizzero, ad eccezione di qualche piccola differenza nei tassi di crescita degli importi versati e del numero dei beneficiari. L'aumento della spesa per le PC AI, la crescita maggiore della componente spese per malattia ed invalidità, il continuo e costante aumento del numero dei beneficiari di prestazioni complementari (anche se più moderato per le PC AVS) sono delle dinamiche acquisite.

Le ragioni di tale evoluzione sono molteplici e rappresentano la somma di diversi fenomeni: la maggiore dipendenza dall'aiuto di terzi a seguito dell'invecchiamento della popolazione, la crescita della spesa sanitaria, la crescita del numero dei beneficiari di rendita AI riscontrata negli scorsi anni, la povertà pensionistica quale conseguenza della precarizzazione del mercato del lavoro e del campo di applicazione limitato della previdenza professionale.

Anche le riforme legislative che interessano le PC (per esempio la 4a revisione della legge federale sull'invalidità in vigore dal 1. gennaio 2004 con la soppressione delle rendite complete al coniuge per i nuovi beneficiari di rendita AI, l'estensione del diritto all'accesso alle PC pure ai beneficiari di quarti di rendita AI), i cambiamenti nell'applicazione della LAI, con la concessione di un maggior numero di rendite parziali (alla quale va aggiunta la nuova frazione del  $\frac{3}{4}$  di rendita AI dal 1.01.2004), le modifiche avvenute nell'ambito dell'assicurazione contro la disoccupazione, con la riduzione da 520 a 400 del numero di indennità giornaliere, sono ulteriori elementi da considerare.

Le PC garantiscono dei redditi di complemento alle persone anziane, superstiti ed invalide e sono l'ultimo baluardo in caso di necessità. A questo proposito l'evoluzione generale del quadro macro-economico e sociale, con la disoccupazione apparsa dopo la crisi del 2001 e l'aumento della disoccupazione di lunga durata, i profondi cambiamenti dei modi di produzione e d'organizzazione del lavoro (aumento del lavoro a tempo parziale, crescita del lavoro precario ed irregolare, aumento dei "working poor") condiziona il sistema di sicurezza sociale, rappresentato dalle assicurazioni sociali e dall'assistenza sociale, a cui appartengono le prestazioni complementari all'AVS e all'AI.

### 4.3 Divisione della salute pubblica (DSP)

#### 4.3.1 Introduzione

##### *Promozione e protezione della salute*

A livello strategico si ricorda l'introduzione, a titolo sperimentale, presso l'Amministrazione cantonale, della **procedura di "valutazione d'impatto sulla salute delle politiche sanitarie" (VIS)**. La Commissione interdipartimentale VIS, attivata all'inizio del 2006, ha avviato l'allestimento di quadri di riferimento e di strumenti di lavoro per la selezione delle politiche interessate. I dipartimenti hanno collaborato positivamente fornendo informazioni e contributi di qualità. Sempre per la VIS è stata creata la piattaforma svizzera a cui partecipano la Fondazione per la promozione della salute e i Cantoni Ginevra e Jura. Per l'approccio intersettoriale si segnalano pure i lavori del Gruppo di lavoro interdipartimentale sullo sviluppo sostenibile (GruSSTi) volti a coinvolgere gli enti locali e l'Associazione dei consumatori della svizzera italiana, come pure quelli del Gruppo operativo Salute&Ambiente (GOS&A) concernenti gli inquinamenti estivi e invernali. Il program-

ma d'attività di questo organo interdipartimentale, dopo tre anni d'attività, ha raggiunto un apprezzato livello operativo.

Per quanto riguarda la prevenzione resta di grande attualità il pericolo di **pandemia d'influenza aviaria**. Nonostante non sia più stata tra le priorità dei mezzi di comunicazione, la sua espansione è continuata. Alla fine dell'anno il Consiglio di Stato ha approvato le raccomandazioni presentate nel rapporto elaborato dall'apposito Gruppo di lavoro interdipartimentale. In particolare è stata autorizzata l'elaborazione di un piano cantonale di pandemia che dovrà essere disponibile entro i primi mesi del 2008.

Per la promozione della salute e la prevenzione in generale si rimanda al punto 4.3.2.1.

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

- **Coordinamento dell'offerta sanitaria.** A livello federale i lavori di **revisione della LAMal** riguardanti le modalità di finanziamento degli ospedali, avviati già parecchi anni fa, non hanno registrato significativi avanzamenti. La modifica dovrebbe comunque essere approvata dal Parlamento federale nel corso del 2007. Le ultime informazioni confermano che le sue conseguenze finanziarie per il Canton Ticino sarebbero molto serie: la stima di una spesa supplementare di 90 mio. di franchi non è stata sovvertita.

Il nuovo **DL concernente la moratoria sui fornitori (art. 55a LAMal)** per il periodo 4.07.2005-3.07.2008, presentato dal Governo con il Messaggio n. 5699 del 27.09.2005, è stato approvato dal Gran Consiglio il 10.05.2006 in base al Rapporto del 9 marzo 2006. Nella sostanza questa nuova base legale, messa in vigore retroattivamente con pubblicazione del 4.07.2006, conferma la proposta governativa.

**Aggiornamento della Pianificazione ospedaliera art. 39 LAMal.** Contro il Decreto legislativo del 29 novembre 2005 avevano ricorso al Consiglio federale in data 30.12.2005 la Clinica Santa Rita S.A., Sonvico (per il non riconoscimento della Clinica psichiatrica Casa Alabardia di S. Nazzaro) e in data 13.01.2006 la Humaine Clinica Sementina S.A. Il Dipartimento ha assicurato tempestivamente il suo supporto per le osservazioni del Consiglio di Stato: risposta del 6.02.2006, rispettivamente del 21.02.2006. Nonostante secondo l'art. 53 cpv. 3 LAMal il Consiglio federale è tenuto a evadere i ricorsi entro 4 mesi, prorogabili al massimo di ulteriori 4 mesi quando sussistono motivi gravi, a fine 2006 i due ricorsi erano ancora pendenti. Di conseguenza non è stato possibile mettere in vigore l'aggiornamento della pianificazione. Nel frattempo in data 15.01.2007 la Humaine Clinica Sementina S.A., che ha cessato volontariamente la sua attività il 1.11.2006, ha ritirato il ricorso amministrativo, mentre per la Clinica Alabardia, sollecitato dal Consiglio di Stato, in data 5.02.2007, il Dipartimento federale di giustizia e polizia ha comunicato che la decisione del Consiglio federale è prevista entro la primavera 2007.

Sempre a livello di coordinamento dell'offerta sanitaria nel corso del 2006 la Commissione sanitaria del Parlamento, con il supporto del Dipartimento, ha esaminato l'**aggiornamento della Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008** presentata dal Consiglio di Stato l'8.11.2005. Finora la pianificazione veniva solo discussa dal Parlamento. A seguito del Messaggio del 25.01.2006 concernente la Legge sulle competenze pianificatorie del Gran Consiglio, la modifica, approvata il 7.11.2006 ed entrata in vigore il 1. gennaio 2007, ha attribuito la competenza di decidere la pianificazione al Gran Consiglio. Il Parlamento ha pertanto stabilito di completare il Rapporto di Pianificazione con un Decreto legislativo semplice da approvare. Ciò che è poi avvenuto in data 29.01.2007 in base ai Rapporti di maggioranza e di minoranza dell'11.01.2007. La novità della procedura ha comunque posto un problema d'interpretazione della decisione. Pertanto il Consiglio di Stato ha dovuto incaricare la Consulenza giuridica di verificare le conseguenze formali e materiali che derivano dal Decreto legislativo del 29.01.2007.

**Il Piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie per il periodo 2005-**

**2008**, presentato dal Gruppo esperti alla fine del 2005, è stato approvato il 7.03.2006 dal Consiglio di Stato ed è stato trasmesso al Gran Consiglio per la discussione generale. Il Piano fissa le linee generali di sviluppo della politica del Cantone nel settore delle tossicomanie per il quadriennio 2005-2008, con riferimento alla politica nazionale dei quattro pilastri: prevenzione, terapia, riduzione del danno e repressione. L'auspicio che emerge da questo documento è quello che si possa passare in modo graduale da una politica centrata sulle sostanze illegali a una politica delle sostanze psicoattive e delle dipendenze in generale. Attualmente è ancora all'esame della Commissione sanitaria.

- **Coordinamento operativo ed incentivi per cure appropriate.** A fine giugno 2006 è terminata la prima tappa del **progetto Rete sanitaria**, nel corso della quale è stato sperimentato l'utilizzo della Carta sanitaria in alcuni studi medici, strutture ospedaliere, farmacie, servizi di assistenza e cure a domicilio e autoambulanze della regione urbana di Lugano. L'obiettivo perseguito, di natura culturale, è stato ampiamente raggiunto. I 18 mesi trascorsi hanno evidenziato i vantaggi e le criticità dell'impiego delle nuove tecnologie di gestione dell'informazione e della comunicazione (ICT) per pazienti e operatori sanitari. In modo particolare è stata sottolineata la necessità di proporre delle soluzioni funzionali, ossia in grado di rispondere al meglio ai bisogni di condivisione delle informazioni degli operatori sanitari. Per altri dettagli si rimanda al punto 4.3.3.
- **Misure di razionalizzazione.** L'introduzione della nuova modalità di finanziamento tramite **contratto di prestazione** costituisce la misura principale. Per quanto riguarda gli ospedali pubblici la sua applicazione, iniziata nel 2002, è ormai consolidata. Ulteriori perfezionamenti dipenderanno dalle direttive che dovranno essere stabilite a livello federale. Si pensa in particolare agli indicatori per il controllo della qualità delle prestazioni e al nuovo modello di contabilità armonizzata (denominato REKOLE) che dovrebbe permettere il confronto dei costi (benchmarking) a livello nazionale per le strutture stazionarie acute con attività sanitarie analoghe.

Dal 2004 il contratto di prestazione è pure stato introdotto per i centri residenziali per tossicomani, mentre per i servizi ambulatoriali (Antenna Icaro dell'Associazione Comunità familiare e In grado - ex Antenna Alice - della Fondazione STCA) l'introduzione è avvenuta con il 2006. Infine nel 2006 si è conclusa la preparazione di questo strumento per l'OSC in vista della sua trasformazione in Unità Amministrativa Autonoma. Per l'OSC il contratto sarà applicato a titolo di prova nel 2007, mentre sarà introdotto definitivamente a partire dal 1.01.2008 con la messa in vigore del nuovo statuto.

#### *Vigilanza e valutazione sanitaria*

Per l'attività operativa si rimanda ai punti da 4.3.2 a 4.3.6. L'impegno dovuto a casi riguardanti operatori sanitari, come negli scorsi anni, continua ad essere sostenuto.

A livello legislativo si evidenzia che il progetto di nuova **Legge sui cani**, dopo essere stato sospeso dal Consiglio di Stato, in attesa di conoscere le misure della Confederazione, è stato inviato in consultazione alle cerchie ed agli enti interessati il 9 maggio 2006 ed è poi stato presentato dal Consiglio di Stato con il Messaggio n. 5847 del 10 ottobre 2006. L'obiettivo principale è di ridurre il rischio rappresentato da cani aggressivi. Tra le innovazioni più significative vi sono: l'obbligo generalizzato di tenere i cani al guinzaglio nei luoghi frequentati dal pubblico; la trasformazione dell'imposta sui cani in tassa al fine di vincolare queste risorse alla messa in atto delle varie disposizioni della legge; l'introduzione di corsi obbligatori per alcune categorie di cani; la centralizzazione delle competenze presso l'Ufficio del veterinario cantonale in materia di misure concernenti i cani pericolosi; l'obbligo per i proprietari di cani di avere un'assicurazione responsabilità civile.

Da parte sua il Consiglio federale, malgrado le iniziali promesse di una regolamentazione completa e incisiva a livello nazionale entro la fine del mese di gennaio 2006, si è finora limitato ad emanare misure puntuali nel quadro dell'Ordinanza sulla protezione degli ani-

mali del 27 maggio 1981 (OPAn). Si veda ad esempio l'obbligo di notifica dei casi di morsicatura all'autorità cantonale con conseguente accertamento e adozione delle misure necessarie, introdotto il 12.04.2006 e in vigore dal 2.05.2006 (artt. 34a e 34b OPAn). Altre misure sono previste nel disegno di revisione totale dell'OPAn, posto in consultazione il 12.07.2006, in particolare l'obbligo di corsi per tutti i nuovi detentori di cani.

#### *Fornitori di prestazioni sanitarie appartenenti alla Divisione*

E' proseguita l'introduzione sistematica presso tutti gli istituti dell'**accreditamento** per ottenere il certificato di qualità. Per le strutture sanitarie si tratta ormai di una condizione obbligatoria. Alla fine del 2006 risultavano già accreditati: l'Ispettorato dei medicinali dell'Ufficio del farmacista cantonale, il Laboratorio cantonale, l'Istituto cantonale di microbiologia, il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro a Casvegno e i 4 Centri diurni dell'OSC. Mentre per la Clinica psichiatrica cantonale e per l'Istituto cantonale di patologia di Locarno l'operazione è stata avviata lo scorso mese di ottobre e si concluderà nel 2008.

### 4.3.2 Sezione sanitaria

#### 4.3.2.1 Legge sanitaria

Innanzitutto si ricorda l'abrogazione dell'art. 52 cpv. 4 della Legge sanitaria concernente la possibilità di obbligare gli esercizi pubblici a disporre di un'adeguata ventilazione per contenere gli effetti nocivi del fumo della combustione del tabacco o di altre sostanze. Questa modifica è la conseguenza dell'entrata in vigore il 12 aprile 2006 della modifica 12 ottobre 2005 della Legge sugli esercizi pubblici che prevede all'art. 57 il **divieto di fumare all'interno degli esercizi pubblici**.

Da segnalare pure l'**ancoramento nella Legge sanitaria (art. 47 e 47a nuovo) delle cure dentarie erogate agli allievi tramite il Servizio dentario scolastico** a seguito dell'Iniziativa parlamentare del 15.12.2005, in base al controprogetto presentato con il Rapporto 7.04.2005. Nonostante l'opposizione del Consiglio di Stato (Messaggio 5694 del 14.09.2005), la modifica è stata presentata a tre riprese. Una prima volta con il Rapporto a febbraio 2006 poi rinviato alla Commissione nella seduta del 20 marzo 2006. Una seconda volta con il Rapporto complementare del 23.11.2006 approvato dal Gran Consiglio nella seduta dell'11.12.2006 non ottenendo però l'adesione del Consiglio di Stato (19.12.2006). La terza volta nella seduta del 29 gennaio 2007 è poi stato definitivamente approvato in seconda lettura.

Da ultimo, a seguito del Messaggio n. 5690 del 6.09.2005 e dei relativi Rapporti dell'8.06.2006, si indica che il 15 dicembre 2006 sono entrate in vigore la modifica della Legge sanitaria del 16 ottobre 2006 (artt. 22 cpv. 4 nuovo e 26) e quella del Codice di procedura penale con le quali è stata adeguata la legislazione cantonale agli artt. 118-120 del Codice penale svizzero del 2.06.2002 in materia di interruzione di gravidanza (il cosiddetto regime dei termini). Il Regolamento del 27.03.2007 che disciplina la nuova procedura è entrato in vigore il 30.03.2007.

#### *Promozione e valutazione sanitaria*

- **Intervento multisettoriale:** salute, ambiente, sviluppo sostenibile.
- Valutazione d'impatto sulla salute delle politiche sanitarie (VIS): si è sperimentata la procedura e nel 2007 sarà rassegnato un rapporto sulla sua fattibilità. Si è avviato il progetto di Piattaforma svizzera con la Fondazione per la promozione della salute (PSS) e i Cantoni GE e JU: creazione di [www.impactsante.ch](http://www.impactsante.ch) e 1° Conferenza svizzera sulla VIS (Lugano, 6 dicembre 2006).
- Collaborazione multisettoriale: il Gruppo di lavoro interdipartimentale sullo sviluppo sostenibile (GruSSTi), allargato ai 5 dipartimenti, si prefigge una valutazione delle politi-

che pubbliche. Collaborazione con Agenda 21 Locale Ticino per la promozione a livello comunale (giornata del 14 settembre 2006 per gli enti locali). Collaborazione con l'Ufficio cantonale di statistica per gli indicatori della sostenibilità delle politiche pubbliche.

– Progetti intersettoriali:

*Sul territorio con il DT:*

Gruppo operativo salute & ambiente ([www.ti.ch/gosa](http://www.ti.ch/gosa)): smog estivo (ozono, canicola) e invernale (PM10), pubblicità sulle misure (tramite riviste e Comuni).

Rete infoAmianto ([reteinfoamianto@ti.ch](mailto:reteinfoamianto@ti.ch)): con la Sezione della logistica: corso di formazione per i gestori degli immobili dello Stato, con la Econs SA e Coproject: capitolato per i proprietari che intendono risanare i loro stabili.

Amianto: lavori per produrre procedure per evitare situazioni pericolose, che coinvolgano addetti del settore edile.

*Nella scuola con il DECS:*

Uso del cellulare: progetto per campagne informative destinate a ragazzi e genitori, che coinvolgerà vari dipartimenti.

Mobilità lenta: sostegno al progetto Pedibus/Meglio a piedi con DECS, DI e GMT-SI.

Obesità: prevenzione nella scuola elementare con la medicina scolastica.

Educazione alimentare: partecipazione tramite Fourchette Verte ai progetti delle scuole medie di Mendrisio e Biasca.

*Sul lavoro con il DFE:*

“salute dei 50 e +”: partecipazione al programma intercantonale tramite l'Organo di coordinamento per la sicurezza sul posto di lavoro (OC-SSL) nell'amministrazione pubblica (conduzione DFE, in collaborazione con DSS).

Con le associazioni:

Sostegno alla produzione di schede sull'alimentazione dell'ACSI.

Diffusione della cultura dell'alimentazione equilibrata in collaborazione con Fourchette Verte.

Programma PIPAD'ES: mandato per momenti di sensibilizzazione dei bambini alla prevenzione degli incidenti domestici nelle scuole dell'infanzia; animazione nei supermercati (progetto pilota Cubo).

Progetto intercantonale PIPAD'ES: convenzione con GE e VD per la conduzione della formazione degli operatori socio-sanitari e dell'informazione del pubblico.

Progetto PIPA: mandato per materiale informativo sulla prevenzione delle cadute degli anziani; sensibilizzazione a livello regionale (Convegno, Bellinzona, 18-19 maggio 2006); elaborazione dei dati delle strutture per anziani.

• **Diritti pazienti/Accesso alle cure**

– Diritti dei bambini (Convenzione ONU): promozione nella scuola (con l'appoggio di ASPI e Pro Juventute), in collaborazione con l'ASP di Locarno, che cura la formazione dei docenti.

– Diagnosi precoce del cancro al seno: elaborazione di un'informazione corretta, in collaborazione con EUROPA DONNA, l'Ufficio del medico cantonale, l'EOC e il centro di senologia. Parallelamente, si è affrontata l'applicazione degli standard UE per quest'esame radiologico.

– Partecipazione al progetto svizzero “migesplus” sul materiale sulla salute destinato ai migranti.

– Promozione della rete ticinese per la collaborazione ai progetti “Regions for Health Network” dell'OMS.

– Pubblicazioni destinate a pubblici mirati (anziani, bambini, adolescenti) su tematiche diverse (incidenti, alimentazione, consumo di sostanze)

**• Benessere e disagio**

- Su [www.ti.ch/infogiovani](http://www.ti.ch/infogiovani) l'Ufficio promozione e valutazione sanitaria cura le pagine dedicate alla salute: sessualità e affettività, alimentazione e movimento, dipendenze, ecc.
- Prosegue l'attività del gruppo "Parlatevi con noi" che offre giornate d'animazione nelle scuole medie.
- Forum per la promozione della salute nella scuola: ha allestito delle linee guida per l'educazione sessuale per l'elaborazione di programmi destinati soprattutto alla scuola media.
- Sostegno e coinvolgimento nella produzione di pubblicazioni - Diario scolastico 2006-2007 redatto con DECS e Radix.
- Prevenzione dell'alcolismo e del tabagismo coinvolgendo altri dipartimenti (DI e DECS in primis). È stato elaborato un regolamento per l'accesso al Fondo alcol che permetterà l'attribuzione di mandati specifici.
- Consumo di sostanze in ambito sportivo: sensibilizzazione delle società e federazioni sportive, ora come progetto "Cool and Clean", coordinato da Swiss Olympic e dall'Ufficio federale dello sport.
- Promozione della salute in carcere: progetto concluso all'inizio del 2006. Prosegue la formazione del personale di custodia.

**• Conoscenza e valutazione**

- Pubblicazione dell'inchiesta ISPA-OMS su salute e comportamenti a 11-15 anni e dell'inchiesta SMASH sulla salute a 16-20 anni con articoli sulla rivista DATI dell'USTAT e su Scuola Ticinese.
- Effetti della disoccupazione sullo stato di salute: studio dei determinanti socioeconomici, sulla base di un'indagine presso gli utenti degli UCR.
- Inchiesta sulla salute degli svizzeri 2002-2006: elaborazione dei dati dei Ticinesi dai 15 anni. Collaborazione a "*Exploitation intercantonale des données pour la Suisse Romande et le Tessin*" (OBSAN su mandato CRASS).
- Articolo sulla salute dei Ticinesi sulla rivista DATI dell'USTAT, a partire dall'Inchiesta svizzera sulla salute 2002.
- Elaborazione di schede sulla salute dei ticinesi tramite dati da varie indagini (ISS, SMASH, ISPA, banche dati federali). Le schede forniscono una panoramica per la popolazione dagli 11 anni e saranno regolarmente aggiornate.
- Analisi del sondaggio per l'analisi statistica-epidemiologica dei determinanti socio-ambientali della salute e realizzazione di schede informative.
- Il progetto ti InfoDoc si è concretizzato attraverso una banca dati on-line dei progetti di promozione della salute realizzati e di NewSalute, newsletter elettronica trimestrale. A conclusione del progetto si è tenuta la giornata *Documentare per comunicare*.
- È stato ristrutturato il sito web dell'Ufficio, rivisto nella struttura e nei testi. Il sito è concepito per valorizzare le attività e comprende una sezione "Statistica" con una serie d'indicatori sanitari dello stato di salute dei Ticinesi.
- Università estiva in amministrazione e gestione dei servizi sanitari: 15° edizione al Centro "Monte Verità" ad Ascona.
- Dal 1996 al 2006 la Sezione sanitaria ha svolto su mandato della Direzione dello Sviluppo e della Cooperazione (DSC) del Dipartimento Federale degli Affari Esteri (DFAE), progetti di formazione dei servizi sanitari in Romania, Bulgaria, Albania e Repubblica Moldavia. In 10 anni sono stati svolti 12 progetti integralmente finanziati dalla Confederazione.

Una descrizione delle attività si troverà (dal 2007) su [www.ti.ch/salute](http://www.ti.ch/salute). La Sezione ha inoltre confermato le attività nel campo dell'insegnamento, della formazione e della **documentazione**. Numerose pubblicazioni e collaborazioni a livello federale, intercantonale e con l'estero.

### *Salute pubblica*

Per quanto riguarda il **Servizio dentario scolastico** si rimanda alle indicazioni riportate sopra relative alla modifica della Legge sanitaria a seguito dell'Iniziativa parlamentare del 15.12.2003.

**Comitato etico.** L'attività di ricerca clinica nel Cantone Ticino resta importante **■**. Il numero di studi sottoposti al Comitato etico cantonale da parte dei ricercatori operanti nelle strutture ospedaliere, nei centri di ricerca privati e presso gli studi medici si è confermato a livello degli anni precedenti **■**. 4.T90  
4.T91

Per dare una risposta concreta al peggioramento delle condizioni quadro della ricerca clinica intervenuto in Svizzera negli ultimi anni, in particolare dopo l'adozione della Legge federale sui medicinali, si è rafforzata l'attività del segretariato. L'obiettivo è quello di migliorare il servizio ai ricercatori e all'industria che promuove gli studi clinici, accelerando e semplificando le pratiche e, in definitiva, garantire al nostro Cantone maggiore competitività in questo settore, per noi di grande importanza sanitaria ed economica.

Il Comitato ha fatto pressione per far correggere in un modo accettabile per tutti la clausola del contratto assicurativo modello, elaborato a livello nazionale, che escludeva dalla copertura tutti i danni personali prevedibili secondo lo stato delle scienze mediche (vedi rendiconto 2005).

Il Ministero Pubblico ha decretato un non luogo a procedere per la denuncia penale per truffa presentata nel 2001 dal Consiglio di Stato su sollecitazione del Comitato etico nei confronti della ditta farmaceutica Bayer. Il Procuratore Pubblico ha confermato integralmente i fatti contestati, riconoscendo la legittimità delle obiezioni sollevate, ma ha altresì stabilito che questi fatti non permettono di concludere che la Bayer si sia resa autrice di truffa. Di conseguenza, diventa indispensabile introdurre degli strumenti che obblighino l'industria farmaceutica a divulgare informazioni essenziali sul piano medico.

La Confederazione ha posto in consultazione l'avamprogetto di una disposizione costituzionale e di una legge federale sulla ricerca sull'essere umano. Il Comitato etico ha salutato favorevolmente l'intento di creare una base legale uniforme ed armonizzata per ogni ricerca nel campo della salute, ponendo così rimedio all'attuale frammentazione. Ha tuttavia respinto il progetto elaborato, rilevando che non riesce a trovare il corretto e auspicabile equilibrio tra la tutela delle persone partecipanti alla ricerca e gli interessi dei ricercatori, i quali troppo spesso prevalgono sulla dignità umana e sulla libertà personale. In questo senso, non si può accettare la prevista trasformazione dei comitati etici in semplici commissioni amministrative deputate alla verifica formale e all'approvazione dei progetti di ricerca, eliminando qualsivoglia valutazione di tipo etico.

A livello svizzero si partecipa attivamente alle diverse iniziative di coordinamento delle commissioni di etica.

Per il resto nel 2006 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, suolo e abitato, polizia mortuaria); Centro Regionale di Farmacovigilanza per la svizzera italiana presso l'Ospedale Regionale di Lugano; Fondo alcol; Commissione di vigilanza sanitaria). I dati relativi alle loro attività sono a disposizione.

### *Vigilanza arti sanitarie*

L'effettivo al 31.12.2006 degli **operatori sanitari autorizzati** all'esercizio indipendente delle professioni sanitarie **■** conferma la tendenza ad un costante incremento. A fine anno gli **istituti di cura** erano: 15 acuti; 2 (3) riabilitativi; 1 lunga media degenza; 4 psichiatrici; 68 per anziani; 7 (8) convalescenziari e termali. **Medicamenti:** si veda il punto 4.3.4. I **Laboratori di analisi mediche** privati sono 15. 4.T89

#### 4.3.2.2 Altre normative settoriali

##### *Legge assicurazione malattie (LAMal)*

La Sezione ha assicurato il supporto tecnico e amministrativo sia per l'applicazione del 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*

La Commissione consultiva preposta a preavvisare al Consiglio di Stato le domande d'autorizzazione (nel 2006 ne sono state inoltrate 7) si è riunita 4 volte. L'anno è stato caratterizzato dalla preparazione di una serie di documentazioni al ricorso contro la non autorizzazione della sostituzione di una TAC presso uno studio medico. Con decisione del 31.10.2006 il TRAM ha accolto il ricorso. Da segnalare pure l'esame della richiesta della Clinica Luganese per la dotazione di una nuova apparecchiatura di radioterapia. L'autorizzazione non è stata concessa. Il ricorso contro questa decisione è ancora pendente al TRAM.

Inoltre sono stati dati pareri positivi per 3 sostituzioni di apparecchiature e 1 sala operatoria. Le altre domande a fine anno erano ancora in esame.

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

L'attività di vigilanza e sussidiamento del Servizio nel 2006 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.** A livello nazionale e internazionale assistiamo a un calo dei collocamenti in comunità a medio e a lungo termine, questo fenomeno è visibile anche nel nostro Cantone dove le giornate di cura finanziate con il contratto di prestazione nel 2006 sono ulteriormente diminuite a 15.141 (17.271 nel 2004; 15.828 nel 2005). L'importo globale dei contratti di prestazione, versato nel 2006, è di conseguenza diminuito leggermente a 4,8 milioni (4,7 nel 2004; 4,9 nel 2005). A fine anno ha terminato la sua attività Casa Shalom dell'Associazione Teen Challenge, con sede a Orselina. Da diversi anni Casa Shalom, che ospitava in prevalenza ospiti confederati e uno o due ospiti ticinesi, incontrava difficoltà con il tasso di occupazione.

Nel corso del 2006 sono iniziate le trattative per l'apertura a Lugano e a Locarno di un Centro di competenza multidisciplinare per la presa a carico di pazienti problematici non più gestibili dagli studi medici privati e bisognosi di un aiuto psico-sociale con la possibilità di prescrizione e somministrazione di metadone. Tutto ciò è sfociato in un progetto concreto che prenderà avvio nella primavera del 2007. Questa nuova offerta a livello ambulatoriale sarà gestita dall'Associazione Comunità familiare e dalla Fondazione STCA (Ingrado) e usufruirà della collaborazione dell'Organizzazione socio-psichiatrica cantonale che assicurerà l'inquadramento, la formazione e la supervisione del personale medico e paramedico.

**Prevenzione.** Nel corso del 2006 si è assistito a un calo di tensione e di attenzione sui principali temi riguardante il consumo di droghe e in genere delle sostanze psicoattive. Ciò è spiegabile in gran parte con il venir meno della pressione mediatica che aveva caratterizzato la realtà cantonale a partire dal 2000 in seguito all'emergenza canapa e alla susseguente operazione indoor. Tuttavia il lavoro di prevenzione è continuato, sicuramente con maggiore tranquillità e con la possibilità di approfondire maggiormente gli aspetti più urgenti. Sono proseguite le azioni volte a rafforzare le conoscenze sulle principali sostanze psicoattive soprattutto quelle maggiormente in uso tra i giovani (canapa e alcol).

Anche sul tabacco sono state intensificate le azioni volte a dissuadere i giovani dall'iniziare a fumare e si conta molto sull'introduzione del divieto di fumare nei locali chiusi per diminuire ulteriormente l'attrattività del fumo presso i più giovani.

Per quanto riguarda la riduzione del danno, si è intensificata l'informazione alle persone tossicodipendenti affinché adottino misure di prevenzione contro le infezioni HIV e le epatiti. Parimenti si sono organizzate formazioni specifiche per operatori che possono entrare in contatto con persone a rischio di sieropositività.

Nel mese di agosto si è tenuta ad Ascona per la prima volta l'Accademia estiva sulle dipendenze, una manifestazione di livello nazionale e internazionale (alcol, tabacco e droga). L'idea è quella di riproporre questo momento ogni due anni.

**Centri residenziali e servizi ambulatoriali (Antenne):** il numero delle persone dipendenti, con garanzia di pagamento da parte dello Stato, prese a carico dal settore residenziale nel 2006 è in forte diminuzione: 201 nel 2001; 156 nel 2002; 137 nel 2003, 157 nel 2004, 140 nel 2005 e 114 nel 2006. I nuovi collocamenti (garanzie emesse nell'anno) sono diminuiti sia in Ticino, sia nelle Comunità fuori Cantone e all'estero: rispettivamente da 95 nel 1999 a 57 (59) nel 2006 e da 26 nel 1999 a 0 (8) nel 2006. Per quanto riguarda il montante versato ai centri residenziali, nel 2006 si registra una spesa complessiva di fr. 5.501.094,30 di cui fr. 455.415.- per collocamenti fuori Cantone di anni precedenti (2005: 6.609.614.-) che si riferisce a un totale di 16.694 giornate di cura nel 2006 (2005: 22.341). Per la casistica 2006 delle Antenne si rinvia all'allegato statistico **T**. Il sussidio d'esercizio 2005 (determinato nel 2006) a questi servizi sociali è stato di fr. 1.328.981,65 (1.338.177,55).

4.T88

#### 4.3.3 Ufficio del medico cantonale (UMC)

##### **Malattie trasmissibili (legge federale epidemie):**

Accanto alle usuali attività di monitoraggio sulle malattie trasmissibili e d'intervento in caso di malattie contagiose, l'accento è stato messo sui lavori preparatori in vista di un piano cantonale di pandemia. Un apposito gruppo nominato dal Consiglio di Stato, gli ha sottoposto in novembre un rapporto: le raccomandazioni sono state tutte adottate.

**Vigilanza sanitaria e qualità (legge sanitaria):** la sostituzione dell'Infermiere cantonale ha un poco rallentato i lavori. Ciò nonostante 23 ispezioni, di cui 3 non annunciate, sono state eseguite **T**. Il monitoraggio dell'esperienza pilota con i reparti ad alto contenuto sanitario (nelle case per anziani), così come le ispezioni iniziali dei nuovi servizi spitex, hanno affiancato la crescente attività di consulenza per gli istituti di cura. Un'attenzione particolare è stata portata allo studio dei criteri di qualità dei servizi spitex, in collaborazione con la Divisione dell'azione sociale e delle famiglie.

4.T92

**Ospedalizzazioni fuori Cantone (LAMal):** nel 2006 sono state analizzate 1.895 garanzie di pagamento, di queste il 68% è stato accolto (n = 1.282) **T**. Il 96% delle garanzie rilasciate (n = 1.225) concerne ospedalizzazioni per affezioni somatiche acute, il 2% (n = 30) per affezioni psichiatriche ed il 2% (n = 27) per prestazioni di riabilitazione.

4.T93

**Servizio di medicina scolastica (legge sanitaria):** nelle scuole medie è proseguita l'attività di prevenzione delle dipendenze, nelle scuole comunali si è ampliato il progetto dedicato alla promozione di un'alimentazione equilibrata e del movimento, con 3 nuovi istituti. La valutazione mostra un generale apprezzamento del progetto. Aggiornate le raccomandazioni per la gestione delle infezioni invasive da meningococco nelle scuole. Misurata la copertura vaccinale della popolazione a 24-36 mesi, all'inizio e alla fine della scolarità scolarità **T**. Si nota una tendenza alla diminuzione della copertura vaccinale. Garantita la visita medica obbligatoria agli apprendisti.

4.T94

**Tossicodipendenze (legge federale stupefacenti):** stabile il numero di tossicodipendenti in cura sostitutiva **T**. Il progetto AMTiTox ha dato i risultati sperati: fissata la nascita di

4.T95

due centri di competenza multidisciplinari sul territorio (Ingrado e Icaro). Ben frequentata la giornata di formazione interdisciplinare in settembre, dedicata al rapporto tra neuroscienza e lavoro sul terreno.

**Salute riproduttiva (CPS e LPMA):** lieve aumento delle interruzioni rispetto all'anno precedente e progressione del metodo farmacologico (n=348) rispetto a quello chirurgico (n=260). Sul medio termine il numero totale rimane costante, mentre rispetto agli anni novanta si conferma una diminuzione **T**. Rilasciate complessivamente 10 autorizzazioni a medici che praticano la medicina della procreazione.

4.T96

**Progetto rete sanitaria:** conclusione a giugno del progetto di carta sanitaria nel Luganese (fase 1a) e consegna del rapporto di valutazione. Dopo la fase di "entrata in materia" gli attori chiedono soluzioni funzionali. Sostegno convinto di tutti gli attori coinvolti, con l'eccezione dell'OMCT, il cui Comitato esprime scetticismo su utilità e utilizzo. I medici coinvolti continuano comunque a collaborare e rinnovano il contratto. Da luglio fase 1b, dedicata alla verifica preliminare di quattro servizi in rete: notifiche di ammissione e dimissione del paziente con invio del rapporto breve, tele-radiologia, tele-laboratorio e gestione elettronica delle garanzie di pagamento per le ospedalizzazioni in Ticino e fuori cantone. L'introduzione della tessera d'assicurato federale scivola dal 2008 al 2009, mentre il piano di strategia nazionale e-Health è stato sottoposto con successo al Consiglio federale.

Si assiste alla trasformazione di Rete sanitaria da progetto a processo.

**Medicina del personale (LORD):**

Deciso lo scorporamento di quest'attività dall'Ufficio e il suo trasferimento presso la Sezione delle risorse umane (DFE), condizione indispensabile per l'avvio della riforma della gestione delle assenze del personale, per un periodo di prova di tre anni.

#### 4.3.4 Ufficio del farmacista cantonale (UFC)

Nel tentativo di incentivare l'uso dei medicinali generici, e quindi di contribuire al contenimento dei costi della salute, il Consiglio Federale ha deciso di aumentare al 20% la quota parte a carico del paziente in caso di acquisto dei medicinali originali. La norma ha effettivamente fatto esplodere il mercato dei generici, ma è risultata di difficile interpretazione e attuazione pratica, per cui è stato necessario intervenire a più riprese presso i diversi partner coinvolti per garantirne un'applicazione corretta e coerente e ridurre il rischio di errori pericolosi per i pazienti. Si è approfittato dell'occasione per chiedere nuovamente alla Confederazione, come già fatto in precedenti occasioni, di abbandonare simili complicati approcci, in favore di misure assai più semplici sul piano amministrativo, segnatamente l'obbligo di abbassare d'ufficio del 30% il prezzo degli originali in occasione del riesame dei prezzi alla scadenza del brevetto, sopprimendo il premio all'innovazione. Tale disposizione contribuirebbe in modo più marcato al contenimento dei costi. Infatti esplicherebbe i suoi effetti immediatamente e indipendentemente dall'esistenza sul mercato di un generico, senza bisogno di influenzare con incentivi discutibili i differenti attori del mercato, ovvero i medici (prescrizione), i farmacisti (dispensazione) e pazienti (acquisto). Considerato che il 75% della spesa farmaceutica è determinato da medicinali nuovi e ancora protetti da brevetto, è prima di tutto indispensabile introdurre nella legislazione federale dei meccanismi di controllo del prezzo per i medicinali di cui non esiste nessun generico. Una migliore applicazione da parte delle Autorità federali delle disposizioni previste dalla LAMal in fatto di paragoni con i prezzi all'estero è pure necessaria, in particolare per quanto riguarda i prezzi di fabbrica.

La **vigilanza sul mercato dei medicinali** resta una delle attività centrali dell'ufficio; il numero delle aziende autorizzate sottoposte a controllo è rimasto sostanzialmente stabile (vedi allegato statistico, **T**).

4.T97, 99

L'Istituto federale di Metrologia e Accreditamento (METAS) ha confermato l'accreditamento per le ispezioni a industrie farmaceutiche e a grossisti di medicinali attribuito nel 2005 all'ispettorato dei medicinali, che di conseguenza ha ora ottenuto il riconoscimento formale di Swissmedic. L'accreditamento costituisce una delle premesse per l'accettazione all'estero dei medicinali fabbricati in Ticino e quindi, oltre a garantire la qualità di fabbricanti, distributori e prodotti, contribuisce al buon andamento di un settore molto importante dell'economia cantonale.

Sono regolarmente continuati i controlli a campione sia nelle farmacie, sia negli altri negozi che vendono medicinali.

Sono stati iniziati complessivamente 81 procedimenti per sospetta infrazione alle norme della Legge sanitaria, della Legge federale sui medicinali e i dispositivi medici, della Legge federale sugli stupefacenti e delle altre normative, la cui applicazione compete all'ufficio. I dettagli sono riportati nell'allegato statistico. Si è intervenuti nei confronti di una ulteriore farmacia di corrispondenza della Svizzera tedesca, siccome stava acquisendo dei pazienti in Ticino mediante accordi economici non compatibili con la legge sanitaria cantonale conclusi con alcuni medici locali. Ci sono stati i primi casi di coinvolgimento di farmacisti in suicidi assistiti: le condizioni etiche e giuridiche da rispettare nella consegna ai pazienti delle dosi mortali di pentobarbitale dovranno essere discusse con la categoria, alla luce delle raccomandazioni dell'Accademia svizzera delle scienze mediche, dei pareri della Commissione nazionale di etica e della giurisprudenza del Tribunale federale.

La **vigilanza sui medicinali** (dettagli vedi **T** dell'allegato statistico) ha visto in primo piano il medicamento Roaccutane, destinato al trattamento delle forme gravi di acne, sospettato di causare gravi problemi psichici, in particolare depressione e suicidio. Trattandosi di un medicamento molto utilizzato, soprattutto presso le popolazioni giovanili, è stato dato mandato al Centro regionale di farmacovigilanza di intraprendere uno studio retrospettivo presso i dermatologi e gli psichiatri del Cantone. 4.T98

Sul terreno l'**applicazione della legge federale sui medicinali** sta lentamente migliorando, grazie anche alla giurisprudenza che ha iniziato ad arrivare dai tribunali. In particolare, è nettamente migliorata la collaborazione con alcuni servizi dell'Istituto federale dei medicinali (Swissmedic). Sono state concordate bilateralmente delle procedure per gli interventi di controllo del mercato non programmabili e per l'adozione di provvedimenti d'urgenza. A questo proposito si osserva come l'organizzazione del Cantone Ticino sia particolarmente vantaggiosa, disponendo di un Farmacista cantonale che agisce nell'ambito della legge sanitaria e nei settori di competenza cantonale della legge federale sui medicinali nonché di un Ispettorato che interviene nei settori di competenza federale della legge federale sui medicinali, per conto di Swissmedic. Questo permette di affrontare in modo efficace le diverse situazioni.

La collaborazione con Swissmedic permane problematica nel settore degli studi clinici. L'ufficio ha continuato a lavorare alla ricerca di interventi correttivi per migliorare la situazione, in stretta collaborazione con il Comitato etico cantonale, i Cantoni universitari e l'Accademia svizzera delle scienze mediche. E' stato sollecitato l'intervento del Consiglio Federale per tentare di fare revocare o perlomeno attenuare l'applicazione nei confronti della Svizzera di una decisione adottata dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), che ha introdotto condizioni molto restrittive per l'accettazione nell'ambito di una procedura di omologazione in Italia degli studi clinici di bioequivalenza eseguiti in Paesi non facenti parte dell'EEA. Tale decisione è molto critica per la piazza di ricerca svizzera e in particolare per le aziende ticinesi specializzate proprio nell'esecuzione di simili studi clinici per clientela italiana.

Ci si è espressi criticamente a due riprese a proposito della regolamentazione prevista per il trasporto internazionale di stupefacenti e sostanze psicotrope (tranquillanti e sonniferi) da parte dei viaggiatori malati, quale conseguenza dell'associazione della Svizzera alla normativa di Schengen. Una simile procedura avrebbe prodotto un aumento inaccettabile del lavoro amministrativo e finito paradossalmente con il rendere più difficoltosi i viaggi all'interno dell'Europa. In seconda lettura Swissmedic ha proposto, invece del certificato ufficiale obbligatorio, l'introduzione di un'autocertificazione facoltativa firmata dal medico.

Nella realtà farmaceutica del Cantone non si sono registrati particolari cambiamenti, sia in termini numerici, sia per tipologia delle attività svolte.

La Confederazione ha disdetto con effetto al 1.1.2006 tutte le convenzioni fra gli assicuratori malattia svizzeri e Campione d'Italia, siccome non compatibili con l'Accordo sulla libera circolazione delle persone. E' dunque stato necessario ricercare una soluzione che consentisse alla farmacia di Campione d'Italia di approvvigionarsi di medicinali italiani, evitando nel contempo il rischio di una loro successiva e abusiva immissione sul commercio in Svizzera.

Sono continuati i preparativi per affrontare un'eventuale pandemia d'influenza; in merito non si può evitare di rilevare come per gli aspetti farmaceutici i diversi servizi della Confederazione abbiano spesso fornito ai Cantoni indicazioni non chiare. Il Ticino ha dato la sua adesione di principio a tutte le iniziative volte a gestire queste problematiche in modo uniforme a livello svizzero. Tuttavia, in assenza di soluzioni chiare e praticabili, si è ritenuto di mantenere in via transitoria il piano cantonale per la fabbricazione e la distribuzione al personale sanitario dei medicinali antivirali del 2005.

Le **forniture all'OSC** di medicinali e materiale sanitario si sono assestate a Fr. 1.053.850.-; l'evoluzione dal 2003 in poi è illustrata nella **T** dell'allegato statistico. Per la CPC si registra una lieve diminuzione della media dei consumi per giornata di cura, che ammonta ora a Fr. 12,08, mentre per il CARL (Fr. 10,93) c'è stato un aumento del 10% determinato dall'introduzione di un nuovo farmaco. Il costo medio per caso ammonta a Fr. 483.-, con una nuova, sensibile riduzione rispetto agli ultimi anni (2005: Fr. 550.-). Questi risultati sono una volta di più molto positivi, siccome in netta controtendenza ormai da alcuni anni rispetto all'evoluzione generale delle spese per medicinali osservabile nel settore ospedaliero.

4.T101

#### 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 2006 sono riassunti nella **T**.

4.T49

Nel 2006 ha fatto la sua prima apparizione in Svizzera il temuto ceppo H5N1 dell'influenza aviaria. Tutti i casi riguardavano uccelli selvatici e si sono concentrati nella regione del Lago di Costanza. Nel quadro dei controlli degli uccelli rinvenuti morti sul territorio cantonale sono stati sottoposti ad esame virologico 23 esemplari di uccelli selvatici di varie specie, tutti risultati negativi. Questa azione è stata svolta in stretta collaborazione con l'Ufficio caccia e pesca.

Nella primavera 2006 l'Ufficio federale di veterinaria ha predisposto un monitoraggio della fauna selvatica nella zona delle Bolle di Magadino, al quale l'ufficio ha prestato una intensa collaborazione. Nel periodo aprile-maggio 2006 sono stati esaminati 233 uccelli migratori, risultati tutti negativi. La cattura degli uccelli, la determinazione delle specie e l'invio dei campioni al laboratorio di analisi sono stati effettuati dalla Fondazione Bolle di Magadino.

Grandi energie sono state profuse nella messa a punto dei piani operativi d'intervento in caso d'apparizione di **malattie altamente contagiose**. Questo lavoro ha visto impegnati, oltre all'Ufficio del veterinario cantonale, la Sezione del militare e della protezione della popolazione e, a livello operativo, tutti gli enti di pronto intervento. Il 20 marzo 2006 è stata organizzata un'esercitazione pratica sulle rive del lago Maggiore (Tenero) per simulare un caso di influenza aviaria negli uccelli acquatici. Una seconda esercitazione si è svolta il 28 settembre 2006 a Semione allo scopo di esercitare lo spegnimento di un focolaio di afta epizootica.

I greggi sottoposti ad esame sierologico nei confronti dell'**artrite-encefalite caprina** (CAE) sono stati 96, per un totale di 1.767 capi. 5 animali (+1) animali appartenenti a 3 effettivi diversi (-1) sono risultati sieropositivi. I dettagli sull'esito dei controlli sono precisati nella **T**.

4.T50

Per quanto riguarda le altre epizootie riportate nella tabella sinottica non vi sono note di rilievo rispetto alla casistica degli anni precedenti.

### *Igiene delle carni*

Nella **T** sono riportati i dati relativi alle macellazioni professionali e i risultati dell'ispezione delle carni.

4.T51

### *Ispezioni*

I controlli veterinari nel settore della produzione animale si riferiscono alla legislazione sulla protezione degli animali, sulle epizootie, sui farmaci veterinari. I risultati dei controlli sono riassunti della tabella seguente.

Settore	Conformità	2005	2006	%
Protezione animali da reddito	conforme	12	22	32
	non conforme	44	46	68
	<b>totale</b>	<b>56</b>	<b>68</b>	<b>100</b>
Sanità animale; traffico degli animali	conforme	17	9	28
	non conforme	45	23	72
	<b>totale</b>	<b>62</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
Controlli bovine da latte	conforme	12	3	60
	non conforme	2	2	40
	<b>totale</b>	<b>14</b>	<b>5</b>	<b>100</b>
Legislazione sui farmaci veterinari	conforme	24	3	14
	non conforme	17	18	86
	<b>totale</b>	<b>41</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Purtroppo anche nel 2006 si sono verificati casi d'infrazione alla legislazione federale in materia di **protezione degli animali**. Le infrazioni più numerose riguardavano l'assenza di una mangiatoia coperta e la mancanza di un ricovero all'esterno, la cura degli zoccoli negli equini, lacune nell'approvvigionamento di acqua e foraggio, la mancanza di lettiera nella zona di riposo, recinzioni inadeguate (filo spinato), insufficiente illuminazione all'interno delle stalle, le dimensioni delle poste nei bovini e la tenuta di vitelli in box singoli, non più permessa. In un caso si è resa necessaria la misura più estrema, ossia la confisca di tutto l'effettivo (oltre 140 animali delle specie bovina, suina, caprina). Alcuni proprietari di bestiame da reddito si sono visti infliggere il divieto di tenuta previsto dall'art. 24 della Legge federale sulla protezione degli animali. La stessa misura ha toccato, anche se solo in un caso, un proprietario di cani.

Il numero di controlli riguardanti la protezione degli animali da reddito ha subito una diminuzione rispetto agli anni precedenti in quanto le aziende al beneficio di contributi diretti devono sottostare alle ispezioni di organismi di controllo privati certificati (nel nostro cantone il principale ente di controllo è la Agrispea SA), che devono attestare la

loro conformità per poter beneficiare degli aiuti dello Stato. I controlli esperiti dall'Ufficio del veterinario cantonale riguardano principalmente tenute problematiche, ciò che spiega l'elevato tasso di non conformità (80%). L'Ufficio si è pure occupato del preavviso di una cinquantina di domande per la costruzione di stalle e ricoveri per animali di varie specie.

L'elevato numero di non conformità registrato nel settore dei **farmaci veterinari** è dovuto in larga misura (75%) ad inadempienze nella registrazione dei trattamenti veterinari.

Anche nel 2006 si è confermata l'importanza del problema riguardante i **cani pericolosi**. Le attese disposizioni della Confederazione non sono state emanate e il Governo ticinese, dopo aver consultato le cerchie interessate, ha sottoposto al Gran Consiglio un progetto di nuova Legge sui cani.

Nell'ambito dei controlli per quanto riguarda gli **animali da compagnia e selvatici**, sono stati eseguiti 5 controlli in tenute professionali (commerci ed esposizioni). È stata pure autorizzata l'attività di due nuovi centri di cura per uccelli di piccole dimensioni e di due nuovi commerci di animali.

Sono state rilasciate 10 nuove autorizzazioni per la tenuta non professionale di **animali selvatici** (19 nel 2005, 14 nel 2004, 37 nel 2003) di cui 4 per la tenuta di furetti e 4 di rettili non velenosi. Le autorizzazioni rinnovate nel corso del 2006 sono state 9, mentre in altri 4 casi (tra i quali un commercio di animali) il titolare ha cessato l'attività.

Sono inoltre state autorizzate 13 **esposizioni** riguardanti animali da compagnia o selvatici. Il DSS, su preavviso della speciale Commissione di vigilanza, ha rilasciato 2 autorizzazioni (11 nel 2005) per l'esecuzione di **esperimenti su animali**. È stato autorizzato l'utilizzo di 190 topi e 4 suini. La commissione ha inoltre espletato un controllo presso stabulari di aziende farmaceutiche.

#### *Diversi*

Nel corso dell'anno sono state rinnovate 24 patenti di negozianti di bestiame.

Complessivamente nel 2006 sono state raccolte nei vari centri di consegna regionali delle carcasse oltre 500 tonnellate di scarti di origine animale. Questi scarti sono poi stati inceneriti.

#### 4.3.6 Laboratorio cantonale (LC)

Gli indicatori dell'attività, sia analitica che ispettiva, del Laboratorio cantonale sono rimasti in sostanza invariati , nonostante nel corso dell'anno 2006 si sia svolta un'estesa e capillare attività formativa e di riqualifica professionale (generata dall'ossequio delle condizioni poste dall'accreditamento alle norme di qualità ISO 17020) e si siano adeguate, per necessità, la strategia e le tecniche ispettive ai nuovi disposti di legge entrati in vigore il 1.1.2006 per rendere il diritto svizzero equivalente a quello EU.

4.T74, 75

Sul fronte delle risorse umane, tutti i collaboratori scientifici così come tutto il corpo ispettivo hanno dovuto sottostare ad una formazione e riqualifica professionale approfondita e dettata dalla nuova legislazione entrata in vigore il 1.1.2006. Sono stati organizzati seminari e corsi di diversa durata volti ad introdurre sistematicamente i principi delle Buone Pratiche di Igiene (GHP) e dell'HACCP nei propri curriculum. Per garantire una certa flessibilità e soluzioni alternative in momenti di crisi, sono stati inoltre formati come prelevatori di campioni e come controllori anche alcuni laboratoristi impiegati di solito in attività analitiche. Alcuni di questi corsi sono stati organizzati in collaborazione con il Dipartimento di scienze alimentari della Scuola universitaria professionale di Sion e sono stati aperti anche a rappresentanti dell'industria alimentare. Obiettivi di questa apertura sono -da un lato- una promozione di una visione armonizzata della legislazione (fra controllore e controllato) e -dall'altro- un contributo al miglioramento generale della

qualità del prodotto ticinese in un mercato sempre più globalizzato e competitivo. La valutazione di queste iniziative ha mostrato un grado di soddisfazione molto elevato fra i partecipanti, ragione per la quale si intende ripetere l'esperienza a medio termine.

L'attività analitica ufficiale risulta diminuita nel settore delle acque potabili (da 908 a 268 campioni) poiché i 754 campioni prelevati nell'ambito di una capillare campagna di caratterizzazione di tutte le fonti di approvvigionamento idrico del Cantone non sono contabilizzati nelle statistiche di quest'anno; alcune analisi, come il tenore di uranio eseguito presso i laboratori dell'Ufficio federale della sanità -UFSP- a Berna, non sono infatti terminate. Sempre sul fronte analitico vale la pena sottolineare l'inizio di una campagna cantonale della misurazione del radon in ambienti abitativi: per ragioni logistiche e organizzative la campagna si estenderà su 5 anni (2005-2010) toccando ogni anno regioni diverse del territorio. Nel 2006 è toccato alla Regione di Lugano Città (7.060 campioni).

Sul fronte ispettivo, con le conoscenze acquisite in questo anno di transizione da parte del personale si è cominciato ad operare seguendo il concetto di "attività di controllo basta sul rischio". Nel corso del 2006 sono state valutate 850 attività (delle circa 5.000 registrate), trovandone 97 (11,5%) in uno stato insufficiente o inaccettabile ①.

4.T76

La strategia e le tecniche ispettive conformate ai nuovi disposti di legge entrati in vigore il 1.1.2006 per rendere il diritto svizzero equivalente a quello EU generano un impegno, in risorse e temporale, chiaramente superiore a quello passato. Si ribadisce quindi quanto affermato nel rendiconto dello scorso anno e cioè che il personale a disposizione per l'esecuzione di ispezioni è numericamente al limite del necessario: una sua eventuale riduzione non permetterà di garantire il soddisfacimento degli obblighi di legge, a scapito della sicurezza dei prodotti sul mercato. In particolare, una diminuzione dell'effettivo dedicato alle ispezioni non permetterà di raggiungere la frequenza minima ritenuta ideale (almeno un'ispezione all'anno in un'azienda ad alto rischio, almeno una ogni quattro anni in un'azienda a basso rischio).

Nel dicembre 2006, a seguito delle modifiche di legge avvenute, è stato sciolto il Servizio di ispezione e consulenza lattiero-casearia (SICL): parte dei compiti ispettivi derivanti (quelli legati a tutto il settore della trasformazione del latte) sono stati assunti dal Laboratorio cantonale. In quest'ottica il Laboratorio eredita compiti di grande impegno e importanza per l'economia cantonale (ca. 220 aziende).

Per meglio far fronte all'entrata in vigore di un nuovo pacchetto legislativo nel settore dei prodotti chimici, che annovera ora una ventina di diverse ordinanze esecutive trasversali ai settori sanità e ambiente, il Laboratorio cantonale, con i colleghi della Sezione protezione aria acqua e suolo (SPAAS) del Dipartimento del territorio (DT), ha promosso l'unificazione di quei servizi che della tematica si sono occupati in passato. È stata formulata all'intenzione del Governo una nuova strategia che dovrebbe venir valutata nel corso della primavera 2007. Si ribadisce infine che l'attività di controllo delle derrate alimentari da parte del Laboratorio cantonale è gratuita sancendo infatti la Legge federale sulle derrate alimentari che la Confederazione ed i Cantoni assumono le spese d'esecuzione della stessa nel loro ambito di competenza e che emolumenti possono essere riscossi solo per controlli che hanno provocato contestazioni.

*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/laboratorio](http://www.ti.ch/laboratorio)) il "Rapporto d'esercizio 2006" redatto per conto dell'Ufficio federale della sanità pubblica.*

#### 4.3.7 Istituto cantonale di microbiologia (ICM)

##### **Attività analitica (Natura e quantità di analisi effettuate)**

All'inizio del 2006 l'ICM ha ricevuto ufficialmente l'accreditamento ISO/IEC 17025 E ISO 15189. La procedura inerente il riconoscimento secondo queste norme comprendente la preparazione dei documenti e le visite ispettive è stata portata a termine fine 2005.

La **T** riassume l'attività analitica svolta nel corso del 2006 nei diversi reparti, sui 51.896 materiali clinici pervenuti all'Istituto sono state effettuate 80.975 analisi. Si tratta di un aumento di 2.468 analisi rispetto all'esercizio 2005, uguale al 3,14% e si reputa che il servizio in questi anni abbia raggiunto l'optimum analitico che riesce ad assorbire con il numero di collaboratori e dei vani logistici dei quali dispone.

4.T77

Nei primi 6 mesi dell'anno è stato messo a punto un nuovo test, il QUANTIFERON-TB GOLD per il depistaggio dell'infezione latente della tubercolosi. Il test, introdotto come analisi di routine, si basa sulla quantificazione di gamma Interferone prodotto dopo stimolazione immunitaria del paziente con antigeni specifici che simulano le proteine di *Mycobacterium tuberculosis*.

A partire dalla fine di febbraio 2006 l'ICM si è dotato di nuove apparecchiature per la determinazione della carica virale di epatite B, epatite C (HCV) e HIV. Questo potenziamento è stato necessario in quanto il laboratorio è classificato quale laboratorio di conferma per HIV e deve rispondere alle esigenze dello studio coorte svizzero per HIV e HCV. La commissione peritale laboratorio e diagnostica HIV/AIDS dell'Ufficio Federale della Salute Pubblica ha deciso per gli apparecchi AmpliPrep/Taqman che permettono una notevole automatizzazione sia dell'estrazione che dell'amplificazione degli acidi nucleici. Queste nuove tecniche riducono drasticamente le variazioni dovute alle manipolazioni manuali durante l'estrazione degli acidi nucleici, aumentano la sensibilità nella determinazione della carica virale contribuendo ad una sempre maggiore accuratezza del risultato emesso. L'analisi quantitativa di questi patogeni è particolarmente importante per valutare l'andamento di una terapia antivirale.

Va pure rilevato l'andamento generale attuale del lavoro microbiologico che risulta sempre più automatizzato e tecnicizzato. La tendenza è quella di rendere il lavoro dipendente da attrezzature sofisticate, in particolare legate ai metodi di biologia molecolare.

#### **Mandati peritali e programmi particolari**

L'Ufficio Federale della Salute Pubblica ha rinnovato all'Istituto il mandato come Centro Nazionale di Referenza per la *Legionella* per i prossimi 2 anni. Nel **T** è riportata l'evoluzione della prestazione nel comparto clinico e ambientale per la messa in evidenza della *Legionella*. Va pure segnalata la prosecuzione del programma avviato negli anni scorsi inerente il grado di contaminazione da *Legionella* delle torri di raffreddamento.

4.T78

Il Laboratorio Regionale Sud per la biosicurezza atto allo svolgimento di indagini del tipo bioterrorismo ha effettuato analisi di buste inviate per posta contenenti polvere sospetta di racchiudere spore di *Bacillus anthracis* provenienti dal Cantone Ticino e dal Canton Svitto. Inoltre sono stati sviluppati e validati i metodi per l'analisi del vaiolo e per *Francisella tularensis*. Il Laboratorio ora è pienamente operativo ed integrato nell'attività diagnostica.

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

Il Direttore ed il Direttore aggiunto hanno proseguito la loro attività d'insegnamento all'Università di Ginevra in qualità di professori di microbiologia rispettivamente 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. Sono state terminate due tesi di ricerca all'Università di Ginevra mediante lavori svolti in istituto ed inoltre, per l'ottenimento della laurea breve, sono da segnalare tre diplomi rispettivamente nell'Università dell'Insubria, di Milano e di Parma.

Sempre a livello universitario sono continuati i corsi sottoforma di stage: Hydrobiologie et écologie alpine microbienne, Diplôme d'études approfondies en microbiologie et parasitologie (DEA), Master d'études supérieures en sciences naturelles de l'environnement

(MESSNE), e École doctorale en microbiologie del “Triangle Azur” (Università di Ginevra, Losanna e Neuchâtel).

Questi insegnamenti di microbiologia pratica e teorica sono stati dispensati presso i laboratori del Centro di biologia alpina di Piora, infrastruttura gestita dalle Università di Ginevra e di Zurigo e dal nostro istituto e della cui Fondazione il direttore è presidente. Nel quadro del Programma Nazionale di Ricerca del Fondo Nazionale PNR-49 sono stati portati a termine due programmi con la relativa consegna del Rapporto conclusivo.

#### 4.3.8 Istituto cantonale di patologia (ICP)

L'attività dell'ICP nel corso del 2006 è incrementata ulteriormente. Si è assistito ad un aumento del numero di pazienti per i quali sono state eseguite delle analisi come pure ad un notevole ampliamento dell'offerta diagnostica nel campo della biologia molecolare. La collaborazione con ospedali dell'Ente Ospedaliero Cantonale e cliniche private è stata migliorata e sostenuta dalla partecipazione di medici patologi a numerosi colloqui interdisciplinari. Sono stati inoltre organizzati numerosi corsi di aggiornamento con partecipazione di medici specialisti operanti sul territorio cantonale. L'impegno di membri dell'ICP in attività didattiche presso scuole cantonali del ramo sanitario si è intensificato. In particolare è stato creato un nuovo corso di immunoistochimica di una settimana presso la Scuola di tecnici per analisi biomediche a Locarno. Il costante impegno dei medici patologi ha permesso infine di mantenere le collaborazioni con gruppi di lavoro svizzeri sulle patologie pediatriche, epatiche, polmonari, ematologiche, dei tessuti molli e della mammella. Si sono intensificate le relazioni con strutture della vicina Lombardia, quali l'Istituto dei Tumori di Milano e si sono mantenute le collaborazioni scientifiche e di insegnamento con atenei svizzeri e italiani. Oltre a sviluppare studi scientifici all'interno dell'ICP ottenendo fondi di finanziamento dalla Lega Svizzera contro il cancro (Oncosuisse), i collaboratori dell'Istituto hanno sostenuto attivamente progetti dell'Istituto di Ricerca Biomedica e dell'Istituto di Oncologia della Svizzera Italiana. Infine si segnala che l'ICP ha iniziato i lavori necessari per un accreditamento dell'Istituto previsto per il 2008.

##### *Anatomia patologica (biopsie, necropsie)*

L'attività quotidiana riguardante la diagnostica istopatologica ha visto un incremento dei pazienti e ha raggiunto quota 20.788 rispetto ai 20.295 dell'anno precedente. Sono pure sensibilmente aumentate rispetto agli anni precedenti le prestazioni del laboratorio di istopatologia quantificabili nel numero di blocchi di paraffina (prelievi) e tagli istologici allestiti nonché dal numero di analisi immunoistochimiche **①**. Questi dati attestano che, grazie all'impegno di tutti i collaboratori e alla riorganizzazione dei flussi di lavoro, è stato possibile aumentare il carico di lavoro dell'Istituto nel corso degli ultimi tre anni di circa il 30%, senza peraltro assunzione di nuovo personale. Il numero di interventi necroscopici è costante. Per la casistica riguardante le malattie tumorali ci riferiamo ai dati forniti dal registro dei tumori.

4.T85, 87

##### *Registro cantonale dei tumori*

Nel 2006 è proseguita la partecipazione attiva del Registro presso commissioni, gruppi di lavoro e riunioni a livelli ticinesi, quali la ReteinfoAmianto, Gruppo Salute e Ambiente, Centro cantonale di Senologia, Gruppo interdipartimentale di Statistica Sanitaria, valutazione dell'impatto del Radon. Prosegue la buona collaborazione con l'Ente ospedaliero cantonale, lo IOSI e le cliniche private ticinesi, con partecipazione a colloqui interdisciplinari, formazione e approfondimenti tematici. A livello nazionale prosegue l'impegno di segretario presso l'Associazione svizzera registri tumori (ASRT) e la partecipazione collaborativa con l'Istituto Svizzero di Ricerca Applicata sul Cancro. A livello internazio-

nale il Registro è impegnato nell'European Network of Cancer Registries, International Association of Cancer Registries e nel Gruppo di registrazione ed epidemiologia latino, attività queste coordinate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

E' stata completata la pubblicazione dei dati registrati per il periodo 1996-2004. La pagina web, rivista e adeguata, rimane la principale piattaforma divulgativa dei dati e risultati. Si sono evase sempre piu' numerose richieste di consulenza relative a lavori per pubblicazioni scientifiche, a corsi di formazione e giornate di aggiornamento in ambito sanitario/oncologico, a supporti per dottorandi e a dipartimenti governativi e giornalisti.

Nel corso del 2006 sono stati aperti 2.581 nuovi dossier di pazienti affetti da malattie neoplastiche, corrispondenti ad un totale di 154.860 indicatori codificati, ed è stata seguita e aggiornata l'evoluzione della malattia di 14.515 pazienti ①. 78.512 gli atti medici considerati, dei quali 18.760 analizzati e ritenuti nei dettagli. La banca dispone attualmente di una casistica di 31.191 tumori. Tutti i particolari della produzione sono consultabili presso il sito web [www.ti.ch/tumori](http://www.ti.ch/tumori).

4.T81, 82

#### *Citopatologia clinica (prevenzione e diagnosi citologica del cancro)*

Il centro citologico ha proceduto a **127.400** (142.548) ① analisi mediche per un numero complessivo di **31.850** (35.637) pazienti. Gli esami destinati alla prevenzione del cancro dell'utero sono stati **28.561** (32.091) ed hanno mostrato in **1.365** (1.289) casi di cellule atipiche, potenzialmente capaci di evolvere verso un cancro oppure espressione di un tumore già manifesto. Le analisi non ginecologiche sono state **3.302** (3.546) suddivise in **1.881** (1.691) casi di citologia esfoliativa ① e in **1.421** (1.855) ago-aspirato di diversi organi ①. Le attività di consulenza e di collaborazione hanno riguardato gli ospedali: Civico ed Italiano di Lugano, Beata Vergine di Mendrisio, La Carità di Locarno per i quali il primario di citologia ha eseguito circa **1.065** (1.391) ago-aspirazioni di diversi organi. Analoga attività è stata svolta presso la sede di Locarno e di Lugano.

4.T86

4.T83

4.T84

Esami speciali : virus HPV **869** (673); recettori ormonali **0** (0); immunocitochimica **67** (58); citometria di flusso **36** (66); Fish **2** (12), DNA **2**.

#### *Laboratorio di patologia sperimentale*

Nel 2006 gli studi finanziati dal Fondo Nazionale Svizzero e dalla Fondazione San Salvatore sono proseguiti producendo ulteriori risultati. L'attività del sistema nervoso simpatico nella pelle può in alcuni stati infiammatori regolare la produzione di interferone-beta ed il reclutamento di cellule dendritiche di tipo plasmacitoide. Siccome a questo tipo di cellule è stata imputata una funzione patogena in malattie come la psoriasi, noi pensiamo di averne rilevato un possibile meccanismo. Inoltre l'interferone-beta viene attualmente usato come farmaco anti-tumorale e anti-virale. La conoscenza di un meccanismo che ne regola la produzione endogena potrebbe quindi avere una valenza terapeutica. Lo studio sulla regolazione adrenergica di vaccini antitumorali si è completato con la descrizione dei meccanismi molecolari alla base degli effetti osservati.

Il laboratorio ha ospitato e ospita temporaneamente studenti per stage scientifici autofinanziati.

#### 4.3.9 Organizzazione sociopsichiatrica cantonale (OSC)

Fra i principali argomenti che hanno caratterizzato l'attività dell'OSC nel 2006 si citano:

- L'esame, da parte della Commissione speciale sanitaria del Gran Consiglio, della **Pianificazione sociopsichiatrica cantonale 2005-2008**, poi votata all'inizio del 2007 in virtù della nuova base legale sulle pianificazioni settoriali.
- Il proseguimento delle pratiche per la costituzione della **Fondazione "Centro peritale per le assicurazioni sociali"**.

- L'evoluzione della collaborazione con le Antenne Ingrado e Icaro per l'istituzione di **Centri di competenza interdisciplinare per la tossicodipendenza** come previsto dal piano cantonale degli interventi nel campo delle tossicomanie 2005-2008. Le Antenne, oltre alle prestazioni tradizionali (accoglienza e consulenza, lavoro di prossimità) potranno ora prescrivere e gestire terapie sostitutive e/o psicofarmaci per persone in una situazione psico-sociale problematica (livello di cura 1 e 2).
- L'inserimento dell'OSC, da parte del Gran Consiglio, tra le 4 unità del progetto pilota per le **Unità amministrative autonome (UAA)** che funzioneranno sulla base di mandati di prestazione e budget globale.
- **La riorganizzazione dei servizi SPS e SMP dei Settori Sopra e Sottoceneri**, con la riduzione dei capiservizio da 4 a 2, già attuata per il SPS e parzialmente per il SMP (solo Sottoceneri), al fine di garantire un migliore coordinamento e unità di dottrina fra i diversi servizi; la nomina, sempre in quest'ottica, di un solo medico aggiunto responsabile dei 3 Centri psico-educativi (CPE), coadiuvato da 3 coordinatori psicologici/pedagogici, uno per sede.
- L'inizio dell'implementazione di un sistema di **gestione della qualità ISO 9001:2000 per la Clinica psichiatrica cantonale (CPC)**, in applicazione di quanto previsto dalla LAMal e dalla sua Ordinanza (articoli 58 risp. 77), come già attuato con il certificato UFAS/AI 2000 nell'anno 2003 per il Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL) e per i Centri diurni (CD).
- La ricerca di una **nuova sede per il CPE del Sopraceneri**, individuata in spazi attualmente liberi presso il Centro di formazione professionale e sociale di Gerra Piano.
- La continuazione delle **ristrutturazioni nel quartiere di Casvegno/Mendrisio** con la riapertura del rinnovato padiglione Edera, con 37 posti letto e la definitiva chiusura di Villa Margherita, stabile che dopo i lavori di ripristino, sarà assegnato alla Scuola cantonale per operatori sociali (SCOS). Con inizio maggio è stato finalmente possibile trasferire la produzione per la ristorazione nella nuova cucina. Sono parimenti iniziati i lavori per la trasformazione dei Servizi centrali in abitazione, laboratori protetti e piccola cucina di appoggio alla mensa, lavori che termineranno nel corso del 2007.
- La collaborazione del SPS di Lugano con la Fondazione Sirio per l'apertura dell'omonima casa a Breganzona, che risponde al problema dell'abitazione di persone in situazione di disagio sociale o socio-psichiatrico dimesse dalla Clinica psichiatrica cantonale o seguite dai Servizi territoriali della rete sociale cantonale o comunale.
- A partire dal 1. gennaio 2006, grazie alla collaborazione con il Centro Sistemi Informativi, è stato messo in produzione con successo il **nuovo sistema informatico SAP**. Il progetto ha permesso di integrare nel sistema anche la cartella di cura informatizzata che è stata implementata negli ultimi anni in tutti i Servizi OSC. Il nuovo sistema informatico SAP prevede la gestione integrata della contabilità finanziaria, di quella analitica nonché della fatturazione delle prestazioni.

Per quanto concerne l'attività svolta, nel 2006 l'OSC si è occupata complessivamente di 8.298 utenti (8.719 nel 2005), dei quali 1.888 minorenni (1.884) e 6.410 adulti (6.835) **T**. La **Clinica psichiatrica cantonale (CPC)** ha registrato, rispetto al 2005, un leggero incremento del numero delle giornate di degenza (49.174, comprese 288 giornate per ospedale di giorno e 89 per ospedale di notte, rispetto alle 48.487 del 2005). Le persone assistite sono state 1.044, per un totale di 1.458 casi (una persona può essere ricoverata più volte nel corso dell'anno, esclusi i congedi di breve durata che sono considerati continuazione della cura), di cui 24 per assistenza per ospedale di giorno e di notte. L'occupazione media è stata del 96,2%, con una degenza media di 33 giorni per caso. Nel corso dell'anno medici e psicologi CPC hanno fornito anche 1.381 consulenze e prestazioni extra CPC, delle quali 560 ad ospiti del CARL nell'ambito della stretta collaborazione fra le 2 istituzioni di Casvegno.

4.T52-73

Il **Centro abitativo, ricreativo e di lavoro (CARL)** ha avuto in cura 122 ospiti per 37.924 giornate di presenza e 1.719 riserve letti (quindi complessivamente 39.643). Nel corso del 2006 è stata chiusa definitivamente l'obsoleta struttura di Villa Margherita e con il trasferimento dei pazienti in Pineta il CARL dispone ora, con Villa Alta e Villa Ortensia, di spazi moderni e conformi a quanto previsto dalla sua funzione come stabilito con il Messaggio 4541 del 12 giugno 1996. Il numero dei letti, che era di 105 all'inizio di gennaio, è di 115 a fine dicembre. L'occupazione si è sempre mantenuta a livelli molto elevati e prossimi al 100% (99,6% calcolata su una media di 109 letti durante l'anno). La degenza media per ospite è stata di 325 giorni.

Come imposto dall'Ente certificatore del Sistema di gestione della qualità, il 6 maggio ha avuto luogo l'audit di certificazione del secondo triennio che completa l'audit di sorveglianza annuale. Il rapporto stilato dall'Unità di certificazione degli Istituti sociali e sociosanitari della SUPSI (UCISS) e il rilascio del relativo "Certificato UFAS/AI" valido fino al 5 maggio 2009, hanno confermato la validità e la coerenza del sistema di gestione della qualità implementato al CARL per soddisfare le 19 condizioni poste dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS).

Nei 117 posti di lavoro dei **laboratori protetti** hanno trovato opportunità lavorativa 275 utenti, dei quali 78 ospiti del CARL, 94 della CPC e 103 provenienti dall'esterno.

Il **Centro documentazione**, sulla base dei questionari di entrata/uscita e/o decorso compilati dai curanti, ha svolto come di consueto il suo compito di raccolta, informatizzazione e analisi dei dati concernenti la casistica che si è rivolta all'OSC, con l'obiettivo di ottenere informazioni quantitative sulla morbilità psichiatrica per le valutazioni epidemiologiche e per la pianificazione delle strutture. Per quanto concerne la verifica della qualità per la CPC, la valutazione della soddisfazione dei pazienti è avvenuta tramite il questionario Perception of care (Poc 18), in uso anche in diverse cliniche psichiatriche svizzere. I risultati hanno mostrato globalmente un buon livello di soddisfazione, soprattutto riguardo alle relazioni con i curanti.

Da segnalare pure nel 2006 uno studio presso tutto il personale attivo a Casvegno in merito alle opinioni e soddisfazioni professionali. Globalmente è risultato un livello di soddisfazione abbastanza elevato, seppure con differenze significative tra le varie categorie professionali.

Un'altra indagine è stata eseguita presso i medici richiedenti prestazioni al Servizio di psichiatria e psicologia medica (SPPM) che interviene presso gli ospedali dell'EOC. Anche in questo ambito è emersa soddisfazione per la competenza e preparazione degli operatori e per la qualità delle informazioni ricevute.

Ottima la **collaborazione con l'OBV** sia a livello di cura somatica che di analisi di laboratorio per gli ospiti CPC/CARL.

L'**attività dei Servizi ambulatoriali per adulti e minorenni** ha registrato rispetto al 2005 stabilità nel settore per i minorenni (1.888 utenti contro 1.884 per i SMP e 87 contro 78 per i CPE) e una diminuzione del numero degli utenti per quanto concerne gli adulti (5.244 rispetto ai 5.746 del 2005). Finalmente, dopo anni di continuo e preoccupante aumento del numero di persone che richiedeva cure e assistenza presso i nostri servizi, salutiamo con un certo ottimismo questo miglioramento, che certo non è assoluto in quanto è anche possibile che l'apertura di alcuni studi medici psichiatrici privati, fra cui medici già dell'OSC, abbia determinato, almeno parzialmente, un trasferimento d'utenti dal settore pubblico a quello privato.

Sempre ben frequentati per contro i Centri diurni, a dimostrazione che l'OSC, quale servizio pubblico, svolge egregiamente il suo compito con una casistica che solitamente è quella più complessa e impegnativa, dimostrato anche dal fatto che il numero di ore di assistenza è rimasto analogo all'anno precedente, quindi con una maggior presa a carico per ogni utente.

La **Commissione giuridica LASP** ha esaminato nel 2006 137 ricorsi (erano 113 nel 2005, quindi con un aumento del 20% circa), tutti evasi salvo 4 ancora pendenti al 31 dicembre 2006. Nel merito del motivo si segnala che nel 2006 sono stati presentati ricorsi non solamente contro le decisioni di ricovero e contro le misure di contenzione, ma anche contro i provvedimenti terapeutici, in particolare la somministrazione di taluni farmaci. In applicazione dell'art. 43 LASP, per garantire agli utenti la completa applicazione dei loro diritti, a tutte le procedure ed incontri con i pazienti ha partecipato anche la rappresentante della Fondazione Svizzera Pro Mente Sana.

**Finanziariamente** la spesa complessiva è stata di fr. 57,6 mio (fr. 56,6 mio nel 2005) e gli introiti di fr. 31,7 mio (fr. 31,6 mio nel 2005), con un fabbisogno a carico del Cantone di fr. 25,9 mio (fr. 25 mio nel 2005).

La maggior spesa rispetto al consuntivo 2005 è dovuta principalmente ai premi dell'Assicurazione infortuni in base alla decisione del Tribunale amministrativo (rimborso una tantum premi SUVA e adeguamento premi 2006 per totali fr. 0,65 mio), e a maggiori oneri per altre spese (energia, medicinali).

Per quanto concerne i ricavi segnaliamo maggiori entrate per rette di degenza, sovvenzioni AI e vendita di pasti ad istituti sociali, entrate che hanno permesso di coprire quasi totalmente la diminuzione dei ricavi dei servizi ambulatoriali causate dalla revisione del valore del punto TARMED (da 0,83 a 0,75) e per la quale già lo scorso anno avevamo restituito a santésuisse fr. 1,3 mio complessivamente per gli anni 2004 e 2005.

#### **4.4 Divisione dell'azione sociale e delle famiglie**

##### **4.4.1 Contratti di prestazione: il primo anno della loro generalizzazione**

Tra dicembre 2005 e febbraio 2006 sono stati conclusi 88 contratti di prestazione (49 nel settore anziani, 26 nel settore invalidi, 7 nel settore famiglie e minorenni e 6 nel settore assistenza e cura a domicilio) e sono stati determinati e decisi 36 contributi fissi (25 nel settore assistenza e cura a domicilio e 11 nel settore invalidi). L'importo complessivo dei contributi globali (associati ai contratti di prestazione) e dei contributi fissi è stato di circa 166,5 milioni di franchi; a questa cifra occorre aggiungere circa 5,8 milioni versati agli istituti e ai servizi sussidiati nel corso del mese di ottobre, sulla base della risoluzione del Consiglio di Stato del 30 agosto 2006, quale supplemento per compensare le conseguenze sulle retribuzioni del personale dell'abrogazione del decreto legislativo sulla limitazione dei sussidi del 27 settembre 2005. I numeri di cui sopra corrispondono alla totalità degli istituti e servizi che con l'esercizio 2006 dovevano beneficiare del contributo globale o fisso; è stato quindi pienamente raggiunto l'obiettivo della generalizzazione del nuovo sistema di finanziamento, come ordinato dal Consiglio di Stato con il decreto del 19 ottobre 2005. Nel corso dell'anno, l'attività specialmente connessa con i contratti di prestazione si è sviluppata su due direttrici:

1. la gestione dei contratti in vigore;
2. l'ulteriore sviluppo e perfezionamento del nuovo sistema.

Rispetto al primo punto, possiamo affermare che lo strumento - così come sviluppato nel corso dei quattro anni di progetto - si è rivelato alla prova dei fatti adeguato alla generalizzazione, per cui non ha dato particolari problemi di gestione. L'analisi dei rapporti intermedi degli istituti e dei servizi, pervenuti ai competenti uffici nel corso del mese di ottobre, ha complessivamente dato l'indicazione che si poteva procedere al rinnovo dei contratti per il 2007 con modifiche marginali rispetto al modello 2006.

Riguardo al secondo punto, le attività principali portate a termine nel corso dell'anno sono state:

- la conclusione del Progetto d'introduzione del sistema RAI-NH in tutti gli istituti per

anziani autorizzati del Cantone. Esso consente la valutazione dell'anziano sulla base di una scheda multidimensionale, dalla quale sono derivate le diverse funzioni del sistema: identificazione dei problemi e definizione del piano di cura; pianificazione e realizzazione delle cure; elaborazione di indicatori di qualità tesi a misurare l'esito delle prestazioni; definizione di gruppi iso-risorse ai fini della fatturazione alle casse malati, e della differenziazione del sussidio dell'ente pubblico in base ai livelli di bisogno di cura e assistenza degli utenti. Quest'ultima funzione del sistema verrà sperimentata nel corso del 2007, con l'obiettivo di renderla operativa dal 2008;

- la definizione dei costi standard delle prestazioni erogate dagli istituti per invalidi adulti e dai centri educativi per minorenni. Nel complesso e laborioso campo di attività della standardizzazione dei costi, si è così arrivati a coprire quasi la totalità degli istituti e servizi contrattualizzati (praticamente rimane scoperto solo il sotto-settore invalidi minorenni: obiettivo 2007).

#### 4.4.2 Innovazioni legislative cantonali nel campo di competenza della DASF

- Il Decreto del Consiglio di Stato del 19 ottobre 2005 che ordina l'entrata in vigore generalizzata dei contratti di prestazione è entrato in vigore il 01.01.06.
- La Legge sul sostegno alle attività delle famiglie e di protezione dei minorenni (Legge per le famiglie, Lfam) del 15 settembre 2003 è entrata in vigore nella sua totalità il 01.01.06. Alla stessa data è entrato in vigore il suo Regolamento.
- Il Regolamento d'applicazione della Legge sull'organizzazione e la procedura in materia di tutele e curatele dell'8 marzo 2003, del 29.11.00, è stato modificato il 13 ottobre 2006. Una modifica importante è quella dell'art. 10, che attribuisce la funzione di autorità di vigilanza delle tutele ai sensi del CCS non più alla Sezione degli enti locali ma all'Ufficio di vigilanza sulle tutele. Altre modifiche riguardano la definizione dei circondari a seguito delle aggregazioni comunali (art. 1) e la nuova denominazione del Dipartimento (DSS invece di DOS: art. 14).
- La Legge sull'armonizzazione e il coordinamento delle prestazioni sociali (Laps) ha subito due importanti cambiamenti il 20 giugno 2006, entrati in vigore il 1° ottobre 2006, con le necessarie modifiche del suo Regolamento. I principali cambiamenti riguardano l'unità di riferimento e la decorrenza delle prestazioni. Dell'unità di riferimento (economia domestica ai sensi della Laps) fa ormai parte anche il partner stabilmente convivente, e non solo se ha figli in comune, come sino ad ora. Secondo il Regolamento, la convivenza è considerata stabile se dura da almeno 6 mesi. La decorrenza delle prestazioni è ora regolata nel modo seguente: il diritto al pagamento delle prestazioni sociali decorrere dal primo giorno del mese successivo il deposito della domanda e se sono adempite le condizioni legali cui esso è subordinato.
- La Legge sull'assistenza sociale (Las) è stata adeguata alle modifiche della Laps. Alla stessa data, la Las è stata modificata anche all'art. 22 (nuovo punto 4 della lett. a) e nuova lettera c): la prima modifica stabilisce che le entrate e le parti di sostanza, mobiliare e immobiliare, alle quale il richiedente l'assistenza ha rinunciato, non vengono computate (rimane riservato l'avvio di una procedura di recupero nei confronti di chi ha beneficiato della donazione); la seconda modifica precisa che la spesa per l'alloggio è costituita dalla somma della pigione e delle spese accessorie effettive, entro il massimo previsto dall'art. 9 della Laps.

#### 4.4.3 Innovazioni organizzative e logistiche della DAS

Con l'entrata in vigore generalizzata dei contratti di prestazione e del nuovo sistema di finanziamento, nel 2006 si è anche ridefinita formalmente la funzione dei collaboratori precedentemente indicati come "revisori": "controllori di gestione". I collaboratori sono stati preparati alla nuova funzione durante il lungo periodo di preparazione e sperimentazione

dei contratti di prestazione, grazie alla frequenza di diversi moduli di formazione e alla partecipazione attiva ai gruppi di lavoro che hanno messo a punto la nuova metodologia.

Anche i collaboratori dell'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento hanno visto la loro funzione ridefinita, rinominata e riqualificata: da "segretario ispettore" a "operatore socio-amministrativo". La funzione combina le competenze amministrative necessarie a stabilire il reddito disponibile residuale dei richiedenti e l'entità delle prestazioni e ad assicurare la loro erogazione, con le competenze sociali necessarie a svolgere la funzione di consulenza a favore degli utenti.

Con la messa in vigore della nuova Legge per le famiglie, l'Ufficio del sostegno a enti e attività per le famiglie e i giovani (già Ufficio dei giovani, della maternità e dell'infanzia) non è più inserito nella Sezione del sostegno a enti e attività sociali, ma dipende direttamente dalla Direzione della Divisione - ribattezzata "dell'azione sociale e delle famiglie" - che è stata potenziata con un "capo staff" coordinatore del settore famiglie e minorenni. Parallelamente, l'Ufficio del sostegno sociale è stato ridefinito (e parzialmente, riorientato): si chiama ora Ufficio delle famiglie e dei minorenni.

#### 4.4.4 Sviluppo sociale e priorità di intervento

- *Disoccupazione ed esclusione.* Nel 2006 il numero medio di disoccupati (7.260) è rimasto stabile rispetto al 2005 (+0,6%). A fine anno sono più numerose, invece, le persone che esauriscono il diritto alle indennità di disoccupazione. Nel mese di novembre del 2006 sono state 182 (155 nel novembre 2005): di queste, in gennaio 2007 solo 20% ha ritrovato un impiego (tasso migliore di quello di un anno fa: 17%). In media mensile, negli ultimi 12 mesi i casi di esaurimento del diritto sono stati 163, contro 170 del 2005. Un'indagine sulle persone che hanno esaurito i diritti alla disoccupazione nel 2005 (1.980 persone) ha stabilito che, nel giugno 2006, 28% di loro riceveva prestazioni assistenziali (dunque, 554 persone!). L'andamento della disoccupazione (dal 2001 al 2006 è aumentata dell'85%) e il numero elevato di assicurati che esauriscono il diritto alle indennità sono due dei fattori che spiegano l'aumento importante dei beneficiari di prestazioni assistenziali nel 2006 e negli anni precedenti, dopo il 2001. Molti altri fattori determinano la crescita del ricorso all'assistenza, come documentato da uno studio apparso nel numero di dicembre 2006 della rivista dell'Ufficio cantonale di statistica "Dati". Sono stati presi in considerazione 26 indicatori delle tendenze che riguardano il reddito disponibile delle economie domestiche, la congiuntura economica, l'evoluzione dell'occupazione, quella della disoccupazione, l'evoluzione delle condizioni di salute, di fattori sociali, demografici e territoriali (ad esempio divorzi, famiglie monoparentali, giovani senza formazione post-obbligatoria, stranieri, concentrazione urbana). Ebbene, dopo il 2001, 19 indicatori su 26 sono evoluti in modo tale da accrescere la domanda e l'erogazione di prestazioni assistenziali; uno solo (a parità di condizioni) avrebbe portato una riduzione tendenziale dei beneficiari di prestazioni, mentre 6 fattori sembrano essere stati sostanzialmente neutri. Dal dicembre 2005 al dicembre 2006, il numero di "unità di riferimento" (UR: economie domestiche ai sensi della Laps) che ricevono prestazioni assistenziali (ordinarie e/o speciali) è aumentato del 6,1%. Nei 12 mesi precedenti (dicembre 2004-dicembre 2005) l'aumento era stato addirittura del 16,3%. Si assiste quindi ad un rallentamento della crescita, ma non (ancora) ad un'inversione di tendenza. Nel corso del 2006, 4.250 UR hanno ricevuto almeno una prestazione, contro poco meno di 4.000 nel 2005. Nel mese di dicembre, le circa 2.750 UR beneficiarie comprendevano in tutto 4.200 persone. Altri dati sono presentati nel rendiconto dell'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento e nell'allegato statistico. Per far fronte ai rischi d'esclusione, nell'anno in rassegna, 349 utenti del sostegno sociale hanno potuto usufruire di "misure attive" nella forma di programmi d'inserimento professionale (Pip) ai sensi della Legge sull'assistenza, contro 313 l'anno

precedente (i nuovi contratti stipulati nel 2006 sono stati 291, contro 98 nel 2005). I programmi d'inserimento, e il loro esito, riflettono la grande difficoltà delle persone a beneficio del sostegno sociale di 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 psico-sociale e sanitaria, scarsa formazione, marginalità). Un altro studio pubblicato in "Dati" dicembre 2006, segnala che solo il 17% dei casi d'assistenza chiusi fra il febbraio 2003 e il settembre 2006 è dovuto alla ripresa di un'attività lavorativa. Nemmeno l'esito dei Pip è soddisfacente dal punto di vista del collocamento in un posto di lavoro "normale". Un'analisi svolta dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento ha stabilito che, a fine gennaio 2006, solo il 15% di chi ha terminato un Pip nel 2004 ha un lavoro retribuito. Poiché i programmi sono concepiti in modo tale che - se non viene raggiunto l'obiettivo principale del collocamento - si riacquistano almeno i diritti all'indennità di disoccupazione e alle misure attive degli uffici di collocamento, il bilancio del sostegno sociale ne risulta alleggerito: il 58% di chi ha terminato un Pip nel 2004, nel gennaio 2006 non riceve più prestazioni assistenziali.

- *Giovani in rottura, protezione dei minorenni e politica per le famiglie.* Un fenomeno sociale emergente che preoccupa molto e sollecita in misura rilevante i servizi sociali, ma anche i servizi scolastici, la Magistratura dei minorenni, le Commissioni tutorie e la polizia, è quello del "disagio giovanile", dei giovani "in rottura" con il mondo degli adulti: famiglia, formazione, lavoro, regole di convivenza. Ne risulta che una componente minoritaria ma significativa dei giovani si trova simultaneamente in condizione di "vittima" e di agente attivo di "malessere sociale" (comportamenti devianti e anche violenti). Sovente, un giovane che cresce in un ambiente familiare a sociale non consono al suo sviluppo equilibrato esprime poi il proprio disagio attraverso atti e comportamenti di autolesionismo (ad esempio dipendenza da sostanze) e/o di aggressività verso cose e persone (bullismo, microcriminalità...). L'aumento della precarietà familiare provoca situazioni in cui i giovani vivono abbandonati a loro stessi, allo sbando, senza punti di riferimento. Giovani adulti che hanno subito sconfitte nell'ambito della formazione e del primo inserimento nel mondo del lavoro si ritrovano addirittura già dipendenti dalle prestazioni assistenziali: sono oltre 400, nel dicembre 2006, i giovani adulti (meno di trent'anni) titolari di prestazioni assistenziali. I casi di minorenni o giovani adulti "problematici" a livello psicosociale sono di difficile gestione anche per i servizi preposti, in particolare per i Centri educativi per minorenni. Occorre dunque innovare nella rete della protezione sociale dei minorenni e creare nuove opportunità per far fronte alle situazioni critiche dei giovani adulti a rischio d'esclusione. Alcuni progetti innovativi di lavoro sociale di prossimità sono già operativi, come l'ormai consolidato Servizio di Accompagnamento Educativo (SAE) e la nuova équipe di educatori Adoc della Fondazione Amilcare lanciata nel 2006, entrambe per minorenni; per i giovani adulti e altri "esclusi" sono in funzione da qualche tempo due centri d'accoglienza: la Home di Breganzona della Fondazione Sirio e la Casa Astra del Movimento dei senza voce. Nel 2006, la Divisione dell'azione sociale e delle famiglie ha promosso un workshop di due giorni di operatori dei servizi sociali e psicosociali, della scuola, delle commissioni tutorie, della Magistratura dei minorenni e della polizia, da cui sono scaturite nuove idee ora al vaglio del Consiglio di Stato. Infine, ricordiamo che il 2006 è stato un anno importante per il settore della protezione dei minorenni e del sostegno alle attività delle famiglie anche perché, il primo gennaio, è entrata in vigore la nuova Legge per le famiglie, adottata il 15 settembre 2003.
- *Finanziamento delle prestazioni sociali.* Questo tema ha costituito anche nel 2006 una priorità d'intervento per la Divisione. I contratti di prestazione, il cui scopo va ben al di là

della dimensione finanziaria, si sono rivelati uno strumento utile tramite il quale gli enti interessati e l'amministrazione hanno potuto identificare margini di razionalizzazione e attuare modalità di contenimento della spesa che non hanno pregiudicato né il volume, né la qualità delle prestazioni necessarie.

#### 4.4.5 Rendiconto delle unità amministrative

##### 4.4.5.1 Sezione del sostegno a enti e attività sociali

*Coordinamento.* La Sezione ha coordinato le attività nei settori dell'assistenza e cura a domicilio, degli anziani, degli invalidi. Per la gestione corrente dei tre settori, massima priorità è stata riservata all'introduzione del finanziamento degli enti e servizi sussidiati tramite contributi fissi e contributi globali, questi ultimi associati a contratti di prestazione. *Gestione investimenti.* Per il nuovo Centro di accertamento professionale inserito nel Centro di formazione professionale e sociale di Gerra Piano, la Sezione ha seguito i lavori di ristrutturazione dell'ala dell'edificio con i laboratori.

Per gli enti sussidiati, la Sezione, in collaborazione con gli uffici competenti, ha valutato le richieste di contributi, elaborato i progetti di Messaggi del Consiglio di Stato al Parlamento, accompagnato i committenti nella realizzazione dei progetti presentati e accolti dal Parlamento.

*Consiglio degli anziani.* La Sezione ha sostenuto la messa in atto del Consiglio degli anziani, quale organo consultivo del Consiglio di Stato in materia di politica degli anziani, nel suo primo anno di attività.

*Istanza di compensazione.* L'istanza di compensazione ha gestito fr. 116.045.295,45 (ultimi dati completi 2005) di flussi finanziari fra Cantone e Comuni da una parte, case per anziani, servizi di assistenza e cura a domicilio e servizi d'appoggio dall'altra. Con l'entrata in vigore dei contratti di prestazione e dei contributi fissi sono state modificate tempistiche e modalità di calcolo degli importi richiesti e degli acconti versati. Nel 2006 sono state effettuate le chiusure della gestione 2005 in base al sistema di finanziamento prevalente basato sul riconoscimento del disavanzo di esercizio. Informazioni più dettagliate sono espone nei punti successivi, che riguardano i singoli settori.

##### 4.4.5.1.1 Assistenza e cura a domicilio

- *Valutazione.* Il Rapporto di valutazione del primo quadriennio d'applicazione della legge sull'assistenza e cura a domicilio entrata in vigore nel 2000, elaborato dalla SUPSI nel 2005, è tuttora al vaglio della Commissione speciale sanitaria.
- *Pianificazione.* E' pure stato sottoposto alla Commissione sanitaria il Rapporto di pianificazione per il periodo 2006-2009, che ha coinvolto gli enti interessati. Esso prevede un sentiero di sviluppo, per il periodo indicato, che comporta una crescita reale del 3,5% all'anno delle ore di prestazione erogate dai servizi di assistenza e cura a domicilio, e del 2% all'anno per i servizi d'appoggio e di volontariato.
- *Servizi di assistenza e cura a domicilio (Sacd) ①.* La modifica della Convenzione con gli assicuratori malattia è in vigore dal 1° luglio 2006. Le prestazioni di cura a carico dell'assicurazione di base sono suddivise in due gruppi: cure in situazioni semplici e cure in situazioni complesse. In uno specifico allegato sono state definite le figure professionali abilitate a erogare le cure: quelle complesse possono essere erogate da infermieri e solo in parte da operatori sociosanitari, mentre le cure semplici possono essere delegate ad altre figure professionali meno qualificate.

In settembre, in sintonia con quanto espresso nella relativa Ordinanza federale, è iniziato il corso di riqualificazione professionale delle aiuto familiari per l'acquisizione del titolo di operatore sociosanitario (OSS). Il corso si svolge in tempo di lavoro ed il suo finanziamento è stato assicurato con un supplemento al contributo stabilito nel contratto di prestazione.

Analogamente a quanto fatto per le case per anziani, e in risposta alle prescrizioni inerenti alla qualità contenute nell'articolo 77 dell'Assicurazione malattie (OAMal) del 27 giugno 1995, è stato finanziato il progetto d'introduzione dello strumento di valutazione dei bisogni degli utenti RAI-HC (formazione del personale e rispettivo modulo informatico). Il progetto è stato esteso anche ai servizi privati interessati ad adottare lo strumento.

Il gruppo di lavoro che ha affrontato la questione del coordinamento fra i SACD e gli ospedali ha ultimato l'allestimento di un formulario per la trasmissione delle informazioni sui pazienti, che sarà sperimentato dall'EOC all'inizio del 2007. Nell'ambito della riflessione sul ruolo del servizio di consulenza materna e pediatrica, la SUPSI/SSFS ha sviluppato una ricerca, conclusa nel gennaio 2007 e trasmessa alle parti interessate. Le infermiere consulenti, in collaborazione con l'UFaG, hanno svolto nel 2006 un progetto pilota di consulenza agli asili nido.

In collaborazione con il servizio giuridico del DSS, è stato allestito un modello di foglio informativo per l'utenza dei SACD.

La SSEAS ha tenuto incontri regolari con le Direzioni dei SACD, per affrontare numerose questioni che necessitavano unità d'intenti fra i servizi.

- *Servizi di appoggio.* Dal 1° gennaio i servizi sono sussidiati tramite contributo fisso. Il nuovo metodo di finanziamento ha portato a riflessioni sui parametri di finanziamento. In particolare per i servizi di trasporto, sono stati raccolti i dati per un'analisi dei possibili scenari di collaborazione. L'Associazione Mendrisiotto Anziani, che si occupa di trasporti di persone anziane, è stata sussidiata per la prima volta.
- *Aiuti diretti al mantenimento a domicilio* ①. Il numero dei beneficiari, dopo il forte aumento degli scorsi anni, si è stabilizzato. L'importo versato a favore dei beneficiari invalidi permane più ridotto per effetto delle misure previste dalla LAI e dalla LPC. È stata modificata e pubblicata la direttiva concernente il sussidio per il mantenimento a domicilio, in modo da adottare il criterio di calcolo valido per le prestazioni complementari nel caso di soggiorno di breve durata fuori Cantone.

4.T29

#### 4.4.5.1.2 Ufficio degli anziani ①

4.T28

- *Pianificazione.* Conformemente a quanto indicato nel Rapporto di pianificazione 2000/2010, è stato elaborato un aggiornamento delle stime del fabbisogno di posti letto in case per anziani medicalizzate, tramite il centro di Competenza del servizio cantonale di ricerca e d'informazione statistica (SCRIS) del canton Vaud. Esso ha consegnato un rapporto che estende al 2015-2020 l'orizzonte temporale delle prospettive riguardanti le persone che necessitano di un collocamento in casa per anziani. L'aggiornamento della pianificazione è ancora in corso.
- *Convenzioni tariffali.* È stata aggiornata la Convenzione tariffale con gli assicuratori malattia (Santésuisse). Si è ottenuto per gli istituti medicalizzati un aumento ripartito su due anni, 2007 e 2008. Rimane per contro immutata la Convenzione sottoscritta con gli istituti di Cevio, Sonvico, Arzo e Castelrotto per finanziare i 60 posti distribuiti nei quattro reparti definiti ad "alto contenuto sanitario" inseriti negli istituti citati.
- *Investimenti.* Per quanto riguarda la gestione degli investimenti, nel settore delle case per anziani, si distinguono diversi tipi d'intervento. Nell'intento di concretizzare quel supplemento di posti letto la cui necessità è comprovata dalla pianificazione per il periodo 2000-2010, è stata assicurata la collaborazione agli enti promotori per i seguenti progetti: casa Consortile di Claro; Casa Montesano di Orselina; Casa Alto Vedeggio di Mezzovico; Residenza Gemmo di Lugano; Centro sociosanitario di Cevio; Opera Charitas di Sonvico, Il Parlamento ha accolto la richiesta per la concessione di un contributo a fondo perso per la ristrutturazione e l'ampliamento della Casa Fondazione San Donato d'Intragna e Fondazione Beato L. Guanella di Castel San Pietro. Ha inoltre concesso dei contributi a fondo perso per l'esecuzione di lavori di ristrutturazione (attrezzature di sicurezza) nella casa

per anziani di Paradiso e nella casa comunale di Chiasso.

Sono stati erogati i contributi accordati alle seguenti iniziative concluse nel corso dell'anno, ed a quelle ancora in corso:

- opere concluse nel 2006: Casa anziani Greina, Bellinzona; Residenza La Piazzetta di Lugano-Loreto.
- opere di ristrutturazione ancora in corso: lavori di manutenzione straordinaria (sicurezza anti-incendio, installazioni igieniche e sanitarie) degli istituti sociali di Lugano (Casa Serena; Residenza Gemmo; Residenza al Castagneto); della Casa al Pagnolo di Sorengo; della Casa Solarium di Gondola dell'istituto Fondazione Riziero Rezzonico Lugano;

*Breve commento ai dati finanziari 2005 contenuti nell'allegato statistico*

Nel 2005 (ultimi dati disponibili) si osserva un numero costante di posti rispetto all'anno precedente, poiché i lavori di ampliamento delle case per anziani di Lugano Loreto e della Cooperativa Greina a Bellinzona erano ancora in corso. Crescono sensibilmente i costi medi giornalieri, a causa della creazione dei reparti ad alto contenuto sanitario. Sono però cresciuti anche i ricavi totali e per giornata, mantenendo in questo modo costante il disavanzo d'esercizio: fr. 79.- per giornata.

*Strumento di valutazione:* Nel quadro delle misure tese a garantire la qualità delle cure è continuato il progetto (che ha coinvolto tutti gli istituti sussidiati e non) di introduzione dello strumento multidimensionale di valutazione dei bisogni dell'utente RAI-NH, con la formazione a tale scopo degli operatori sanitari.

#### 4.4.5.1.3 Ufficio degli invalidi ①

4.T32, 33

La strategia cantonale dell'integrazione sociale e professionale delle persone con handicap offre interventi mirati al bisogno dei singoli. Aiuti finanziari e servizi d'appoggio al mantenimento a domicilio permettono di assecondare le persone che desiderano vivere autonomamente a casa propria. L'assistenza e la cura in centri diurni ed istituti è garantita da strutture con un elevato livello di qualità.

Il 2006 chiude il periodo di pianificazione delle strutture per invalidi adulti 04-06, annoverando la creazione di 86 nuovi posti in case e centri diurni e 43 presso laboratori.

Ai minorenni affetti da invalidità, da malattie congenite o sopravvenute, è offerta la possibilità di frequentare strutture scolastiche adeguate, di ricevere prestazioni di assistenza, cura e terapie specializzate, e di disporre di ambienti abitativi idonei ai loro bisogni.

È entrata in vigore nel 2006 la nuova Legge per le famiglie, del 15 settembre 2003: essa rappresenta il nuovo riferimento legislativo per gli aspetti finanziari ed organizzativi attinenti alle strutture che accolgono minorenni con handicap. Tuttavia, alcuni aspetti saranno disciplinati ancora dalla legislazione previgente, almeno sino al 2008. Tra questi: le procedure di affidamento a terzi, l'anticipo delle rette e dei compensi, l'assunzione da parte dello stato dei costi di mantenimento eccedenti le capacità finanziarie dei genitori.

Dopo tre anni di esperienze pilota, le strutture che accolgono adulti e minorenni con handicap vengono finanziate tutte tramite contratti di prestazione e contributi globali. Non mancano le difficoltà nell'applicare il nuovo sistema di finanziamento ad un settore caratterizzato da un'importante eterogeneità; pertanto, prosegue l'impegno di alcuni gruppi di lavoro per affinare il modello applicato.

Proseguono i lavori di adattamento della nostra legislazione e organizzazione all'entrata in vigore della nuova ripartizione dei compiti fra Confederazione e cantoni (gruppi di

lavoro cantonali e intercantionali). A livello cantonale, l'attenzione è rivolta agli aspetti legislativi ed organizzativi. I gruppi intercantionali sono invece maggiormente chiamati ad affrontare aspetti legati ai rapporti fra Cantoni, con particolare attenzione alle nuove disposizioni federali.

Si ricorda infine la crescente attività di coordinamento e mediazione offerta dall'ufficio invalidi, dietro richiesta degli enti interessati, dei servizi collocanti o di utenti e familiari. L'apposito servizio si occupa di ammissioni "problematiche", di mediazione in situazioni particolari (contrastanti tra strutture ed utenti o loro familiari, fra direzioni di strutture e operatori, fra servizi collocanti e strutture). Una consulenza è pure offerta ai cittadini sulle prestazioni offerte dalle strutture, sui posti disponibili, sull'orientamento verso soluzioni maggiormente confacenti al bisogno esposto, con particolare riferimento alle procedure di autorizzazione di collocamento fuori cantone, ai sensi della specifica convenzione intercantionale. Queste attività riguardano una settantina di casi all'anno.

*Breve commento ai dati finanziari 2005 contenuti nell'allegato statistico T (Capacità ricettive e dati finanziari (in fr.) degli istituti per invalidi adulti sussidiati, dal 1999)* 4.T32

Lo sviluppo di maggiori sinergie ed economie di scala, attraverso il potenziamento mirato dell'offerta esistente ed il contenimento dei costi a diversi livelli, permettono di confermare la stabilità del costo giornaliero osservata a partire dal 2001.

L'aumento dell'offerta in termini di posti e giornate impone un adeguamento dei costi totali che vengono bilanciati, ma non interamente, da un adeguamento delle entrate: ne consegue un aumento dell'1.9% del disavanzo d'esercizio.

Il sussidio UFAS 2005 riportato nella tabella si basa sulla stima utilizzata al momento dell'allestimento dei preventivi. Ritenuta l'importante evoluzione osservata a consuntivo 2004, è possibile che tale tendenza si riproduca anche sul consuntivo 2005, generando una riduzione dell'importo stimato a carico del cantone.

*Breve commento ai dati finanziari 2005 contenuti nell'allegato statistico T (Capacità ricettive e dati finanziari (in fr.) degli istituti per invalidi minorenni sussidiati, dal 1999)* 4.T33

Nonostante l'aumento delle giornate di presenza, grazie al contenimento dei costi richiesto alle strutture, anche nel 2005 prosegue la riduzione dei costi totali e giornalieri, osservata a partire dal 2004. Anche il disavanzo, da quell'anno, diminuisce. Il sussidio federale di gestione 2005 tiene conto di un adeguamento del coefficiente di ponderazione delle giornate di presenza, a causa di una maggiore dipendenza degli ospiti accolti. Si assiste dunque ad un leggero aumento del sussidio giornaliero erogato dalla Confederazione. L'erogazione avviene solo per le giornate comprese nel calendario scolastico, benché alcuni ospiti rimangano in Istituto anche per parte delle vacanze.

#### 4.4.5.1.4 Centro per la formazione professionale e sociale (CFPS) di Gerra Piano

Nel 2006 si sono svolti e conclusi a fine anno, come da programma, i previsti lavori di ristrutturazione necessari sia per l'insediamento del nuovo "Centro di accertamento professionale" (CAP), sia per il risanamento energetico della struttura (comparto sud). Il "Centro di accertamento professionale" (CAP) ha iniziato l'attività sulla base del relativo contratto di prestazione, sottoscritto con l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, che prevede 60 accertamenti all'anno.

Per quanto riguarda la formazione, 10 gli utenti che hanno terminato la (ri)formazione nei

seguenti settori: commercio (2); economia familiare (4), informatica (1), meccanica (3). 11 utenti hanno continuato la (ri)formazione presso un altro datore di lavoro. Durante l'anno sono stati organizzati 75 periodi di stages di approfondimento o di collocamento all'esterno del CFPS. All'attenzione dei vari uffici AI sono stati redatti 102 rapporti. Sono stati effettuati 43 colloqui d'ammissione.

#### 4.4.5.2 Ufficio del sostegno a enti e attività per le famiglie e i giovani

##### *Giovani*

4.T34

- Il 5 ottobre 2006 l'Ufficio del sostegno a enti e attività per le famiglie e i giovani (UFaG), sentito il parere della Commissione per la gioventù, decide di attribuire il compito di organizzare il settimo Consiglio cantonale dei giovani, per l'anno 2006/2007, congiuntamente alle Associazioni CEMEA e Comunità familiare. Per garantire il segretariato del settimo Consiglio cantonale dei giovani, le due associazioni hanno assunto un operatore sociale al 25%.
- Nasce il progetto per dare continuità alla "Carta delle politiche giovanili", frutto della collaborazione tra alcuni enti attivi nel settore, la Commissione cantonale per la gioventù e l'UFaG. L'obiettivo del nuovo supporto è di realizzare uno strumento pratico, agile, facilmente consultabile, che dia delle indicazioni concrete su come realizzare i progetti di politica giovanile sul territorio cantonale e su come tramutare delle idee, dei sogni individuali o collettivi in progetti realizzabili.
- Riconoscimento di due nuovi Centri di attività giovanile: Centro giovanile Valle di Blenio e Centro giovani di Curio. Complessivamente i Centri di attività giovanile riconosciuti e in esercizio sul suolo cantonale, a fine dicembre, sono dieci, visto che, nel corso del 2006, hanno cessato di operare i Centri giovanili di Agno, Bellinzona e Quinto.
- Ampliamento del sito cantonale dedicato ai giovani accessibile su Internet: [www.ti.ch/Infogiovani](http://www.ti.ch/Infogiovani) con la creazione di un nuovo capitolo informativo nato dalla collaborazione con la Divisione della Cultura e degli Studi Universitari (DECS) denominato "Giovani e cinema" e creato per avvicinare intelligentemente i giovani alla settima arte e quale strumento utile per genitori, educatori, docenti e animatori.

##### *Famiglie e minorenni*

4.T35, 36

- Riesame del riconoscimento federale dei Centri educativi riconosciuti in base alla Legge federale sulle pene e le misure da parte dell'Ufficio federale di giustizia e polizia in collaborazione con l'UFaG.
- Con l'adozione del Regolamento di applicazione della Lfam, entrato in vigore, con la Legge, il primo gennaio 2006, sono stati messi a punto, in collaborazione con la Divisione e l'UFaM, alcuni progetti per rendere operativi i contenuti del Regolamento:
  - Diversi progetti riguardano i Centri educativi minorili (CEM): il progetto rette, che stabilisce nuove regole di partecipazione delle famiglie ai costi dei collocamenti; il progetto che disciplina le modalità di affidamento dei minorenni; l'adozione di una griglia per determinare i motivi dell'affidamento dei minorenni presso i CEM e i motivi della loro dimissione; l'adozione di una tabella con i prezzi standard ai fini della determinazione dei contratti di prestazione; l'elaborazione di un programma di gestione informatica del personale e dell'utenza dei CEM, in funzione da inizio 2007, che consente la creazione di una piattaforma comune per la segnalazione dei posti liberi, e di quelli occupati, facilitando il collocamento, come pure la disponibilità in tempo reale dei dati necessari alla pianificazione federale.
  - Definizione del numero dei posti di protezione (50) presso i nidi riconosciuti ai sensi della LMI.
  - Elaborazione di uno strumentario inteso a strutturare i contenuti di riferimento per il rilascio dell'autorizzazione, per l'erogazione dei sussidi e per l'esercizio della vigilanza.

za nell'ambito dei nidi dell'infanzia e dei centri di attività extrascolastiche. Elementi centrali del nuovo approccio sono la revisione della modulistica per l'autorizzazione dei nidi dell'infanzia e per la concessione di sussidi, e un progetto di introduzione della Carta dei Servizi nei nidi d'infanzia e nei centri d'attività extra-scolastiche, che verrà sviluppato nel 2007.

- Sviluppo della fase transitoria che interessa i nidi dell'infanzia riconosciuti ai sensi della LMI con la soppressione dei criteri selettivi che determinavano l'accessibilità ai nidi. In ambito finanziario, si segnala la diminuzione del sussidio all'85% degli stipendi riconosciuti (precedentemente 100%, obiettivo 40%). A fine dicembre 2006, i Nidi dell'infanzia riconosciuti secondo la Lfam erano 33 per un numero complessivo di 737 posti, ossia + 21% rispetto ai dati di fine 2005 **T**. La diffusione capillare dei nidi d'infanzia su tutto il territorio è positiva, come pure l'emersione di tutta una serie di nuovi progetti (formazione per genitori, centri di attività extrascolastiche, ecc.). È però necessario anche un miglioramento della qualità delle prestazioni erogate, ottenibile con la promozione di formazioni mirate alle esigenze dei nuovi servizi. L'elaborazione e la prossima adozione di una Carta dei Servizi dei nidi dell'infanzia costituisce un primo passo.
- Elaborazione delle modalità di gestione dei flussi finanziari fra Cantone e Comuni ai sensi della Lfam e comunicazione preliminare ai Comuni dell'impatto finanziario per l'esercizio 2007.
- Adozione delle nuove modalità di finanziamento previste dalla Lfam per i Punti di incontro, le Famiglie diurne e le Case di accoglienza delle donne.
- Prime decisioni di autorizzazione e di sussidiamento dei centri di attività extrascolastiche (4) e dei centri di socializzazione (1).
- Sviluppo del progetto Infofamiglie sui servizi e le prestazioni Lfam.
- Inizio delle prime fasi di realizzazione del progetto "I diritti dei giovani".

4.T37

#### *Colonie* **T**

4.T38

- Continuazione dei lavori della Commissione cantonale per le colonie di vacanza e visite durante lo svolgimento dei turni estivi di vacanza per comprendere bisogni e problemi del settore.
- Realizzazione del contratto di prestazione con l'associazione CEMEA per quanto attiene alla formazione dei monitori, alla consulenza agli enti e all'informazione alle famiglie e alla popolazione.
- Perfezionamento del sistema concernente il calcolo dei contributi per le colonie speciali ed integrate.

#### 4.4.5.3 Ufficio delle famiglie e dei minorenni (UFaM)

L'anno in rassegna è stato caratterizzato dall'entrata in vigore della Legge per le famiglie che ha comportato alcuni primi cambiamenti dell'attività assicurata dall'UFaM. In particolare citiamo:

- l'adozione di nuovi strumenti di gestione delle segnalazioni effettuate all'UFaM ed applicati in via sperimentale durante la seconda metà dell'anno;
- lo sviluppo delle nuove procedure per gli affidamenti familiari che prevedono la realizzazione di un "Progetto educativo" per ogni singolo affidamento, la stipulazione di una "Convenzione di affidamento" fra la famiglia affidataria e la famiglia naturale, l'accompagnamento della famiglia naturale ai Comuni e agli Sportelli LAPS da parte degli assistenti sociali UFaM per determinare la partecipazione finanziaria delle famiglie naturali alla copertura del compenso versato alle famiglie affidatarie dall'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento (USSI);
- la prima fase di sperimentazione del protocollo adottato dal Consiglio di Stato per la gestione degli allievi che risultano di difficile gestione nelle scuole. Esso prevede un con-

tatto preliminare del Servizio di sostegno pedagogico (SSP) con l'UFaM per l'esame complessivo della situazione e per l'attivazione eventuale delle risorse, delle misure e delle strutture sociali esterne alla scuola per fronteggiare i bisogni rilevati;

- le prime fasi di riorientamento delle prestazioni per assecondare quanto previsto dalla Legge per le famiglie (Lfam), ossia: da ufficio di "servizio sociale di base" a ufficio di "servizio di sostegno e di protezione delle famiglie e dei minorenni", con progressivo abbandono dei casi estranei alla Lfam, a meno che per quegli utenti non vi siano alternative.

A fronte dei cambiamenti avviati durante l'anno in rassegna, da un profilo quantitativo il numero complessivo delle situazioni trattate dall'Ufficio nel corso dell'anno è diminuito di ca. il 13%. Una variazione media che coinvolge in modo diverso le sedi operative regionali di Mendrisio, Bellinzona, Lugano, Locarno e Biasca **T**. Ciò risulta determinato in particolare dal progressivo abbandono del lavoro effettuato con utenti estranei alle problematiche Lfam, composta da persone adulte sole, da coppie senza figli, da congiunti adulti. Va rilevato che più della metà dei casi trattati nel corso del 2006 è stata aperta nel 2006. Si tratta di 975 nuove segnalazioni su un totale di 1.739 situazioni trattate. Ciò costituisce un aumento di 7 punti percentuali rispetto all'anno precedente: dal 49% del 2005 al 56% nel 2006. Delle nuove situazioni aperte nel 2006, 55,2% risultano ancora aperte a fine anno: è un indicatore della complessità crescente dei casi; un ulteriore indizio è che sono in aumento le situazioni in cui si interviene su segnalazione delle autorità (casi in genere molto complessi): da 434 del 2004, a 458 del 2005, a 505 del 2006 (+ 14%) **T**.

4.T39

4.T41

*Aiuto alle vittime di reati.* Il numero delle vittime di reati alle quali è stato offerto un servizio di sostegno e aiuto è leggermente diminuito (- 6,6 %). In particolare sono diminuite le donne, mentre aumentano i minorenni (+10 unità, pari a +5%). Il numero dei reati si avvicina progressivamente al numero delle vittime in quanto si tende a considerare il reato prevalente. Per quanto riguarda la fonte delle segnalazioni, si rileva l'aumento degli interventi degli avvocati che patrocinano le vittime; in diminuzione invece le situazioni segnalate da enti e servizi sociali pubblici e privati. La residenza delle vittime resta invariata nella sua distribuzione territoriale.

#### 4.4.5.4 Ufficio del tutore ufficiale

Nel corso del 2006, all'interno dell'Ufficio vi è da segnalare innanzitutto la sostituzione del funzionario dirigente. Al posto dell'avv. Reto Medici, nominato nel maggio 2006 nuovo Magistrato dei minorenni, è subentrato, nel novembre 2006, l'avv. Andrea Caldeleri.

Nell'anno in questione, l'Ufficio del tutore ufficiale si è occupato di 266 minorenni e di 353 persone maggiorenti. Nel 2006, il numero di mandati di rappresentanza di persone adulte è aumentato di 3, mentre quello a favore di minori è diminuito di 21. Se per i maggiorenti si tratta di una variazione annuale normale, la diminuzione dei casi di minorenni è da ricondurre in particolare ad un calo del numero di richiedenti l'asilo minorenni non accompagnati, nonché ad una passeggera diminuzione del numero di minori che beneficiano di una tutela, ma unicamente in vista di adozione. L'abbassamento del numero totale di casi (18) è riconducibile quindi principalmente a questi due settori, che sono tra i meno impegnativi da gestire. L'aumento dei casi totali aperti nel corso del 2006 per rapporto al 2005 (+ 4) e la sempre crescente difficoltà nella chiusura degli stessi (- 15 per rapporto al 2005 e - 60 per rapporto al 2004) dimostrano invece gli evidenti ostacoli che l'Ufficio incontra nell'intento di ridurre il numero di casi per tutore, così da poter assicurare un servizio ancora migliore ai pupilli.

Le **T** allegate illustrano nei dettagli, con riferimento allo specifico articolo del Codice Civile Svizzero, le misure assegnate all'Ufficio del Tutore ufficiale. Si può facilmente notare che, alla fine dell'anno, le situazioni che maggiormente occupavano l'Ufficio era-

4.T25, 26

no le tutele volontarie a favore di maggiorenni (174), le curatele educative (102), le tutele per adulti infermi o deboli di mente (78) e le tutele per minori che non si trovano sotto autorità parentale (75). Vi è inoltre da evidenziare che i casi per i quali le commissioni tutorie regionali fanno capo all'Ufficio del tutore ufficiale sono sempre più difficili sia dal profilo della gestione pratica, sia dal punto di vista della gestione emotiva: casi di minorenni e maggiorenni con gravi e complicate difficoltà personali, relazionali e d'integrazione sociale.

Nel corso dell'anno, l'Ufficio ha pure continuato a prestare numerose consulenze alle commissioni tutorie regionali, ai tutori volontari, ai servizi sociali, alle autorità scolastiche ed ai cittadini. E' inoltre stata assicurata la collaborazione con il Delegato alla formazione per gli Enti locali, e con altri enti privati: sono state erogate 15 ore di insegnamento a favore di tutori volontari privati.

Il patrimonio amministrato dall'Ufficio (attivi e passivi) è passato dal 1996 al 2006 da franchi 22.753.635,82 a 20.334.242,73. Questa variazione dipende comunque molto dalla situazione individuale dei pupilli. Il denaro viene collocato a interesse soprattutto presso la Banca dello Stato. Per quanto riguarda le operazioni contabili, nel 2006 sono leggermente aumentate: nel 2004: 48.649; nel 2005: 48.462; nel 2006: 49.073.

Per quanto attiene alle adozioni, l'Ufficio del tutore ufficiale svolge diverse mansioni: indagine sociale per determinare l'idoneità a diventare genitore adottivo; rilascio delle autorizzazioni per domande d'adozione internazionali in applicazione della Convenzione dell'Aia (CAA); rilascio delle autorizzazioni per domande d'adozione internazionali senza l'applicazione della CAA; autorità di vigilanza sulle famiglie adottanti; sostegno alle coppie affilanti; consulenza alle persone adottate per la ricerca delle loro origini; rilascio di indicazioni generali per le adozioni a distanza (padrinati). L'Ufficio si impegna inoltre nell'organizzazione di corsi di preparazione all'adozione.

La **T** illustra l'andamento dei casi di affidamento preadottivo e la provenienza dei bambini: malgrado nel 2006 i casi accolti siano diminuiti rispetto agli ultimi anni, le richieste di affidamento preadottivo sono rimaste abbastanza stabili. Negli ultimi 10 anni (dal 1996 all'anno in rassegna), 420 bambini sono stati accolti, di cui 101 dall'Europa (13 dalla Svizzera), 64 dall'Africa (37 dall'Etiopia), 91 dall'America e 164 dall'Asia (di cui 106 dalla Thailandia).

4.T27

#### 4.4.5.5. Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento

Durante l'anno 2006 sono state inoltrate 1.799 nuove domande di assistenza (media mensile 150) di cui 1.440 (80%) sfociate in una decisione positiva. Si constata una leggera flessione nei confronti dell'anno precedente (1.840 domande in tutto, media mensile 153, 1.470 decisioni favorevoli).

In dicembre 2006 risultavano 2.752 Unità di riferimento (UR) con diritto a prestazioni finanziarie per un totale di 4.210 persone (+ 158 UR rispettivamente + 202 persone nei confronti di dicembre 2005). Gli svizzeri sono il 62% e gli stranieri il 38% (percentuali uguali a quelle del 2005). Come nel 2005, poco meno del 70% delle UR con prestazioni è formato da una sola persona. Fra i titolari del diritto, coloro che dispongono di un lavoro, anche precario, sono solo 11,6% (comunque più dello scorso anno, quando erano 10,1%). 435 titolari hanno meno di trent'anni (454 un anno fa) **T**.

4.T24

*Misure attive.* Nel corso del 2006 sono stati promossi 291 nuovi programmi di inserimento professionale (PIP), il triplo che nel 2005. Parecchi hanno avuto durata solo semestrale (con il semestre successivo dedicato all'intensa collaborazione con gli Uffici regionali di collocamento allo scopo di ottenere un inserimento nel mercato del lavoro ordinario); altri hanno avuto una durata annuale, che permette di poter ripristinare il diritto alle indennità di disoccupazione, nel caso non fosse possibile il rientro in un'attività lavorativa.

Dal mese di settembre 2006, è in vigore una convenzione sottoscritta dalla Divisione dell'azione sociale e delle famiglie con la Fondazione "Integrazione Per Tutti (IPT)", fondazione che già collabora con la Sezione del lavoro. Obiettivo di questa cooperazione è il collocamento fisso e a tempo indeterminato di utenti il cui inserimento professionale risulta essere difficile a causa di problemi di salute fisica, psichica e mentale.

E' pure proseguita la collaborazione con la Sezione del lavoro allo scopo di valutare le capacità lavorative degli utenti provenienti dalla disoccupazione. In quest'ambito gli Uffici regionali di collocamento sono chiamati ad esprimere un preavviso sulle caratteristiche dell'utente prima che l'USSI organizzi un PIP.

Prosegue pure la collaborazione con due consulenti esterni (uno psicologo ed un'assistente sociale). Nel corso del 2006 sono stati segnalati loro 360 nominativi (15 nominativi al mese per consulente). Questi operatori hanno il compito di allestire un rapporto personalizzato sulla situazione economica-familiare e sulla capacità/motivazione di utenti problematici a beneficiare di "misure attive".

*Anticipo e ricupero alimenti.* Dopo la riduzione - dovuta all'introduzione, a decorrere dal 1° gennaio 2005, del nuovo cpv. 2 all'art. 10 del Regolamento concernente l'anticipo e l'incasso degli alimenti per i figli minorenni (che limita l'erogazione della prestazione ad un periodo massimo di 60 mesi) - il numero dei beneficiari è di poco mutato. Infatti, a dicembre 2006 lo Stato anticipava la pensione alimentare a 653 famiglie (non persone) contro 620 in dicembre 2005.

Nel corso dell'anno 2006 sono state presentate 275 nuove domande di anticipo (255 nel 2002, 274 nel 2003, 252 nel 2004, 228 nel 2005); emerge un importante aumento nei confronti dello scorso anno (+ 20%) dopo che si era constatata una diminuzione.

Per poter incrementare le azioni di ricupero, la Divisione dell'azione sociale e delle famiglie e l'Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento hanno valutato la possibilità di demandare ad una società d'incasso esterna la procedura di ricupero di crediti per i quali l'azione promossa dall'apposito servizio dell'USSI è sfociata nel rilascio di un attestato di carenza di beni, o per i quali il ricupero è di difficile attuazione per le particolari condizioni finanziarie dell'obbligato. Il mandato di prestazione sarà stipulato all'inizio del 2007. L'Ufficio si concentrerà sulle operazioni d'incasso inerenti alle pratiche in cui vi è ancora erogazione dell'anticipo della pensione alimentare.

*Richiedenti l'asilo e persone ammesse provvisoriamente.* Nel corso del 2006 le nuove domande a livello svizzero sono aumentate del 3,4% (10.400 contro 10.061 nel 2005). Al Cantone Ticino, in considerazione della chiave di ripartizione attualmente in vigore, sono stati attribuiti 302 nuovi richiedenti l'asilo.

Tenuto conto della diminuzione dei nuovi arrivi nel corso degli ultimi anni, il Dipartimento della sanità e della socialità, cui spetta l'accoglienza, e il Dipartimento delle istituzioni, competente per la procedura, hanno precisato le modalità del soggiorno di questi ospiti.

I Centri (alloggi collettivi gestiti dalla Croce Rossa di Lugano) accolgono temporaneamente i richiedenti l'asilo in procedura e le persone ammesse provvisoriamente, che sono stati attribuiti dai Centri federali di registrazione al Cantone. Le persone ammesse provvisoriamente e i richiedenti l'asilo la cui procedura si prolunga saranno collocati in appartamenti individuali (come sino ad ora). La novità è che i richiedenti che si trovassero in appartamenti e ai quali fosse intimata una decisione negativa con l'assegnazione di un termine di partenza definitivo dovranno rientrare nei Centri accoglieranno, affinché si possa predisporre più facilmente la loro partenza. Il Gruppo di lavoro dei rappresentanti del DSS e del DI e degli enti partner (Croce Rossa Svizzera Sezione del Luganese e Soccorso operaio svizzero) regola i trasferimenti dai Centri agli appartamenti e viceversa.

Va precisato che la capacità ricettiva dei Centri collettivi è stata ridimensionata nel corso

del 2006 a seguito della chiusura di alcuni appartamenti siti nello stabile di Chiasso. Alla fine di dicembre 2006, nei Centri risultavano ospitate 313 persone, negli appartamenti 949, totale 1.262.

#### *Servizio dell'abitazione*

La promozione dell'alloggio da parte della Confederazione e del Cantone - in base alla Legge federale che promuove la costruzione di abitazioni e l'accesso alla loro proprietà del 4 ottobre 1974, e alla Legge cantonale sull'abitazione del 22 ottobre 1985 - è terminata il 31 dicembre 2001.

Il versamento degli aiuti ricorrenti per gli impegni assunti e tuttora operanti è ammontato, nel 2006, a 25,1 milioni di franchi (15,2 milioni a carico della Confederazione e 9,9 milioni a carico del Cantone) ①.

4.T48

L'effettivo delle abitazioni sussidiate (con sussidio federale o cantonale) ammonta complessivamente a 7.841 unità (7.869 nel 2005), di cui 5.032 in locazione (5.040) e 2.809 in proprietà (2.829) ①.

4.T46, 47

Le abitazioni con (solo o anche) sussidio cantonale, nel 2006, sono 5.121 (4.168 abitazioni affittate e 953 in proprietà) ①.

4.T45, 46

I sussidi pagati nel 2006 per favorire il miglioramento delle condizioni di abitazione nelle regioni di montagna, conformemente alla Legge federale 20 marzo 1970 e al Decreto legislativo del 29 marzo 1972, ammontano a fr. 319.488.- (fr. 154.873.- a carico della Confederazione e fr. 164.615.- a carico del Cantone). Le abitazioni sussidiate nell'ambito di quest'azione sono 6 ①.

4.T48

La Legge federale sulla promozione dell'alloggio (LPrA) del 21 marzo 2003 è sempre limitata agli aiuti indiretti. Con l'adozione del programma di sgravio delle finanze federali 2003, i mutui federali diretti sono infatti stati sospesi fino alla fine del 2008. In relazione con la pianificazione finanziaria e il preventivo 2008, il Consiglio federale deciderà se i mutui sospesi potranno essere sbloccati.

