

2547 R

OPERE SOCIALI

RAPPORTO

della Commissione della gestione

sul messaggio 15 settembre 1981 concernente la richiesta di un credito di fr. 470'000.- per l'esecuzione di opere supplementari della I e II tappa di edificazione della Casa per anziani di Giubiasco

del 29 aprile 1982

In occasione della presentazione di un rapporto per un credito di fr. 470'000.- per opere supplementari presso la Casa per anziani di Giubiasco, la Commissione della gestione ha voluto approfondire il problema dell'assistenza e della cura dei nostri anziani. Pertanto il relatore ha tentato di trattare questo importantissimo ma altrettanto complesso aspetto sociale esperendo una serie di inchieste presso istituti e servizi e valendoci delle considerazioni e delle proposte operative pubblicate dal "Gruppo di lavoro assistenza ospedaliera ed extra ospedaliera agli anziani" costituito il 3 aprile 1979 dal Dipartimento delle opere sociali. Inoltre si è fatto tesoro di una recentissima inchiesta sulla popolazione con oltre 65 anni di età, commissionata ad un gruppo di specialisti sanitari dal Rotary Club di Varese. Evidentemente le valutazioni devono essere prese con la dovuta cautela in quanto mancano studi e indagini riguardanti lo stato di salute e le condizioni psico-fisiche della nostra popolazione anziana. Quindi i risultati ottenuti e le percentuali soprattutto per i cronici e per i non autosufficienti, sono da considerarsi indicativi in quanto si è stati costretti a riferirsi per i nostri calcoli alle risultanze emerse dall'inchiesta di Varese, condotta dal primario di geriatria dell'Ospedale di Circolo di Varese. Perché sono stati presi i dati di Varese per valutare le nostre percentuali sulla popolazione anziana bisognosa di cure accentuate? Intanto perché le autorità sanitarie della città di Varese risultano a nostra conoscenza le sole, e non soltanto in Italia, ad avere esperito una indagine conoscitiva per misurare il grado di autonomia funzionale (socio-psicologica-sanitaria) in cui vengono a trovarsi le persone anziane, a seguito di questo preciso stato di vita. Inoltre Varese, e il Cantone Ticino, hanno all'incirca le medesime percentuali di popolazione con oltre 65 anni di età che superano entrambe largamente le medie nazionali.

Evoluzione della popolazione anziana ticinese

per questa inchiesta dobbiamo riferirci ai dati ottenuti presso l'Ufficio cantonale di statistica che riguardano il censimento per l'anno 1978; per contro non sono ancora noti i risultati per le classi di età del censimento per il 1980. Un fatto è però certo: la nostra popolazione sta invecchiando e l'età media è passata da 35,2 anni nel 1970 a 36,5 anni nel 1978. Questo fenomeno d'invecchiamento è in atto da alcuni decenni ed è stato sottolineato a più riprese nelle pubblicazioni sull'andamento

demografico cantonale.

Riportiamo una tabella inerente agli indici di invecchiamento ripresa da un rapporto dell'Ufficio ricerche economiche.

Indici di invecchiamento della popolazione ticinese 1900/1978

Indici	1900	1910	1920	1930	1941	1950	1960	1970	1978
1)	11,9	11,3	11,6	12,3	14,9	16,6	17,5	17,9	19,2
2)	68,2	69,4	66,2	63,8	60,1	56,3	55,2	57,5	55,8
3)	0,30	0,28	0,31	0,38	0,53	0,61	0,65	0,6	0,64
4)	0,20	0,23	0,14	-0,01	-0,11	-0,15	-0,22	-0,16	-0,21

- 1) Rapporto percentuale tra le persone di più di 60 anni e la popolazione totale. Un tasso superiore al 12% indica una popolazione invecchiata.
- 2) Rapporto percentuale tra le persone di meno di 40 anni e la popolazione totale. Se questo rapporto è inferiore al 60% l'invecchiamento è preoccupante.
- 3) Rapporto tra le persone di più di 60 anni e quelle di meno di 20 anni. Il suo valore non dovrebbe oltrepassare 0,5.
- 4) E' l'indice di Billeter che mette in relazione la ripartizione di tre generazioni di una popolazione: i bambini fino a 14 anni, le persone da 15 a 49 anni e quelle di più di 50 anni.

E' dato dalla formula: $I = (P_{0-14} - P_{50+}) / P_{15-49}$

Se è negativo la popolazione sta invecchiando.

Sulla base di questi indici si può facilmente dedurre come già a partire dal 1930/1940 nel nostro Cantone i più anziani tendessero ad assumere sempre maggiore importanza rispetto alle altre classi d'età; è però solo a partire dal 1950 che questo fenomeno d'invecchiamento assume proporzioni preoccupanti. Se ai dati già critici del 1970, aggiungiamo quelli relativi al 1978, constatiamo un ulteriore peggioramento della situazione visibile, del resto, anche nelle variazioni percentuali delle singole classi quinquennali riportate nella tabella che segue:

Ripartizione della popolazione residente in classi quinquennali
d'età nel 1970 e 1978 e variazione percentuale

gruppi di età	1970	1978	Aumento %
0 - 4	18.778	14.569	- 22,4
5 - 9	18.816	19.245	2,3
10 - 14	15.695	21.131	34,6
15 - 19	15.227	17.757	16,6
20 - 24	16.854	16.634	- 1,3
25 - 29	19.232	18.376	- 4,5
30 - 34	18.872	20.960	11,1
35 - 39	17.723	20.488	15,6
40 - 44	16.129	19.124	18,6
45 - 49	15.765	17.045	8,1
50 - 54	13.087	15.704	20,0
55 - 59	15.304	14.749	- 3,6
60 - 64	13.675	12.772	- 6,6
65 - 69	11.205	13.712	22,4
70 - 74	8.512	10.858	27,6
75 - 79	5.644	7.492	32,7
80 - 84	3.243	4.202	29,6
85 - 89	1.291	1.785	38,3
90 +	406	599	47,5
Totale	245.458	267.202	8,9

Da questa tabella si evidenzia la forte diminuzione delle classi 0-5 anni, per contro aumenti molto marcati, anche se riferiti a effettivi ridotti, in particolare alla popolazione con più di 85 anni. Questi dati devono farci riflettere in quanto l'invecchiamento della popolazione è uno dei fattori che contribuisce in modo determinante ad incrementare la spesa pubblica nel settore dei servizi sociali e sanitari.

Bisogna pertanto rivedere tutta l'impostazione per l'assistenza e la cura degli anziani allo scopo di migliorare e di razionalizzare l'uso delle nostre limitate risorse attraverso chiare scelte d'intervento.

Vale la pena di riprendere alcune considerazioni formulate nel rapporto-inchiesta di Varese in quanto denunciano una situazione comune a tutti i paesi europei:

"Il rapporto fra risorse utilizzate e prestazioni non è rigido e nel settore vi sono ampi spazi di recupero di efficienza.

Ma spesso le cause di una situazione caratterizzata dall'espansione della spesa senza che vi sia un miglioramento degli interventi sanitari sulla salute dei cittadini derivano dall'inefficienza dell'azione sanitaria.

Quest'ultima dipende spesso dalla discordanza fra bisogni reali, domande di prestazioni, strutturazione dell'offerta dei servizi.

Si hanno perciò degli interventi inutili o inefficaci perchè non rispondono alle reali necessità dei cittadini; a questo si somma una dispersione delle risorse impropriamente finalizzate a bisogni non reali o comunque meno rilevanti rispetto ad altri di prioritaria importanza.

Uno degli obiettivi da raggiungere per migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema è perciò quello di disporre di informazioni adeguate sui reali bisogni dei cittadini. Solo partendo da queste conoscenze diventa possibile esprimere delle valutazioni sulla conseguenza tra il bisogno reale e il tipo e la quantità di prestazioni erogate e dei servizi disposti, in modo da introdurre dei miglioramenti in sede di programmazione e di gestione degli interventi. L'obiettivo di questa ricerca è quello di analizzare il bisogno sanitario e assistenziale degli anziani, e risponde perciò alle esigenze attuali emergenti nel settore della riforma dei servizi sanitari e sociali del nostro Paese.

Gli scopi principali della ricerca sono:

1. valutare le condizioni di vita o di salute degli anziani e dare una dimensione dei disagi maggiori e dei bisogni di assistenza prioritari (cura della persona e assistenza considerevole, assistenza relativa in alcuni lavori domestici e attività usuali, ecc.);
2. una volta individuati i gradi di necessità e di disagio, la domanda sull'aiuto ricevuto (da familiari, parenti, amici, vicini, ecc.) permette di valutare se la solidarietà sociale che si crea intorno all'anziano risponde ai bisogni emergenti e quale è il grado di bisogno non soddisfatto.

La politica dei servizi sociali e sanitari deve tener conto di alcune variabili che riguardano oltre alla dimensione del bisogno, i vincoli posti dalla legislazione e la disponibilità di risorse (servizi esistenti, possibilità reali di attivarne di nuovi, ecc.), anche le preferenze e la domanda degli utenti ..."

Questa la citazione del rapporto della città di Varese che, a nostro giudizio, definisce chiaramente gli obiettivi della politica sociale e sanitaria per affrontare, senza sprechi di personale e di mezzi, i bisogni più urgenti della nostra popolazione anziana.

Nuovi orientamenti nella politica di assistenza agli anziani

Nei paesi europei che vantano una tradizione e che da molti anni hanno attuato una politica concreta di assistenza accentuata nei confronti di questa popolazione si attua preliminarmente la distinzione fra anziani sani e anziani malati.

L'orientamento comune è quello di cercare di mantenere gli anziani il più possibile nelle loro abitazioni, sia per ragioni economiche che per ragioni psicologiche. L'anziano può continuare a vivere nel suo vecchio alloggio, se questo è idoneo; in caso contrario, si provvede alla costruzione di abitazioni speciali che rispondano ai bisogni di queste categorie di cittadini.

Gli alloggi vengono costruiti nelle vicinanze dei centri commerciali, possibilmente in zone verdi, e sono concepiti in modo da elimi-

nare le barriere architettoniche per preservare l'indipendenza dell'anziano e prolungare la permanenza autonoma al proprio domicilio. La Francia, per esempio, destina per legge il 5% dell'edilizia popolare per questo genere di abitazioni.

Esistono poi come da noi le case "protette" che comprendono gruppi di alloggi individuali, inseriti nelle abitazioni per tutti, con la supervisione di un tutore.

Per le chiamate in caso di necessità, ogni alloggio è collegato con quello del sorvegliante (tutore) per mezzo di un campanello o citofono. Sono previste anche sale comuni quali la biblioteca e a volte persino il ristorante.

Parallelamente e a sostegno della politica degli alloggi, viene potenziata l'assistenza domiciliare medico-sociale che accresce la possibilità dell'anziano di rimanere nel proprio domicilio. Nei paesi scandinavi l'assistenza domiciliare è molto praticata, ma molto dispendiosa per lo Stato che la finanzia interamente. In Norvegia e in Danimarca esiste attualmente la tendenza a decentralizzare questo servizio per contenere le spese di funzionamento e per cercare di ottenere una maggiore efficacia e continuità negli interventi. In Svezia oltre all'assistenza di tipo statale esistono i "Samartiani", organizzazione nata nel 1920 e specializzata proprio in questo tipo di assistenza. Essi si curano delle faccende di casa, fanno la spesa e cercano di risollevare psicologicamente l'anziano. Sempre in Svezia è molto attiva la Croce Rossa, le cui visite domiciliari hanno lo scopo preciso di tenere compagnia all'anziano, e di risolvere i suoi problemi più immediati.

In Francia sono attivi i "Bureaux de l'aide sociale", presieduti dai Sindaci dei vari comuni. Molto spesso l'assistenza domiciliare è svolta da assistenti sociali o da "benevoles" (volontari di estrazione borghese benestante).

Nella maggior parte dei paesi europei l'assistenza domiciliare medica, che è costante, è affiancata dall'invio periodico dell'anziano all'ospedale diurno, per le cure terapeutiche particolari. Se la sistemazione in famiglia non è stata possibile, si fornisce all'anziano sano e autosufficiente una sistemazione indipendente, in case di riposo costituite da singoli appartamenti, da camere individuali o per coniugi, con sale di soggiorno e da pranzo in comune.

Queste case di appartamenti sono diffuse in tutti i paesi europei. Purtroppo anche quando sono perfette dal punto di vista strutturale, esse rivelano spesso carenze di altro genere, difficilmente colmabili.

Basti pensare a quanto aleatoria rimanga la condizione di autosufficienza per persone che di regola superano gli 80 anni di età.

Per quanto concerne l'aiuto agli anziani malati, si fa una distinzione tra anziani con affezioni acute da ricoverare in appositi reparti geriatrici ed anziani con malattie di lunga durata da ospitare in istituti a strutture differenziate.

Il cronicario come concepito in passato viene sostituito dalle nuove case per anziani meglio attrezzate per le cure infermieristiche e riabilitative.

Con questi nuovi criteri d'intervento si consegue oltre ad una migliore assistenza anche una riduzione dei costi per la minor durata di degenza dell'anziano presso un istituto ospedaliero.

Negli ultimi decenni il numero delle malattie cardiovascolari, cerebrovascolari e delle psicosi senili hanno registrato un aumento impressionante.

Significativo a questo proposito il fatto ormai accertato che "dal 25 al 30% delle persone superanti i 65 anni presentano disturbi psichici: il 3-4% di queste rappresentano il gruppo con demenze senili o con sclerosi cerebrali; dall'8 al 15% sono affette da neurosi, da reazioni abnormi o disturbi di personalità; dal 5 al 10% hanno disturbi lievi difficilmente scindibili dal normale stato di persona molto anziana".

Queste persone in passato venivano curate presso gli istituti neuropsichiatrici, mentre attualmente esiste la tendenza a trattare questi casi a livello ambulatoriale, anzi la maggior parte di questi anziani viene affidata a istituti con funzione polivalente, purchè questi siano attrezzati per prestare le cure del caso e dispongano di infermieri psichiatrici.

Esiste poi il problema del personale qualificato. La scarsità dello stesso rappresenta un grosso ostacolo per la realizzazione dei programmi di sviluppo dei servizi di assistenza e di cura alle persone anziane.

Oltre alla mancanza numerica, le istituzioni devono affrontare l'assillo di sempre nuove sostituzioni per dimissioni dovute al genere di lavoro, oltremodo demoralizzante e che richiede una grande forza morale.

Il costo dell'assistenza geriatrica ospedaliera è in genere meno elevato che negli altri reparti. In senso assoluto è molto elevato nei paesi scandinavi, più modesto negli altri paesi, minimo nei paesi dell'Europa dell'est.

I finanziamenti molto spesso sono sostenuti dalle banche, sotto forma di finanziamento privilegiato destinato a scopi sociali.

In Gran Bretagna sono stati istituiti i primi servizi sociali aperti, con ottimi risultati. Tutto questo ha portato ad una riduzione notevole del numero dei letti che nel 1958 era di 483'083 e già nel 1968 si era ridotto a 464'902. In Inghilterra gli anziani usufruiscono gratuitamente delle prestazioni medico-assistenziali, come d'altronde il resto della popolazione. L'assistenza domiciliare, che è considerata cura preventiva, viene svolta dal medico generico, dal visitatore sanitario e dall'infermiera domiciliare.

L'anziano, pur potendo usufruire di qualsiasi servizio ospedaliero, può contare, a livello di ospedale di distretto, su speciali unità geriatriche con personale qualificato per trattare la fase clinico-sociale della prevenzione e del recupero. Con questo sistema il periodo medio di degenza in reparti geriatrici e cronici è caduto da 272 giorni nel 1962 a 112 giorni nel 1972. Anche negli ospedali locali sono previsti letti per anziani che richiedono una più lunga degenza. L'ospedale diurno e il Centro diurno completano la parte dei servizi assistenziali di tipo ospedaliero. Entrambi perseguono lo scopo di stimolare l'anziano a vivere nella collettività, nonostante la sua infermità e invalidità.

Le amministrazioni locali organizzano direttamente o per mezzo di associazioni volontarie tutti i servizi sociali necessari alla popolazione anziana.

Per ciò che riguarda il problema dell'alloggio per l'anziano, vale il discorso già fatto per gli altri paesi europei, precisando comunque che in Gran Bretagna questi tipi di intervento sono stati realizzati prima che altrove e con una certa continuità.

Il problema dell'assistenza all'anziano nella realtà ticinese

Nel messaggio del Consiglio di Stato concernente la concessione di sussidi per la costruzione di case di riposo per persone anziane licenziato il 2 agosto 1962 si legge:

"Le persone anziane sole e bisognose di cure trovano accoglienza, nel nostro Cantone, in 31 ricoveri od ospedali alla cui creazione lo Stato non ha dato sinora nessun appoggio.

Molto spesso la nascita del ricovero ha avuto origine da un lascito fatto da un privato a un Comune, a una Parrocchia o a un Ordine religioso.

Le spese di funzionamento di questi istituti sono state coperte in parte dal pagamento delle rette, assicurato direttamente dai ricoverati o dai loro familiari, o dal Servizio cantonale della pubblica assistenza, per le persone anziane in condizioni economiche disagiate".....

Con questa dichiarazione ufficiale si riconosce la troppa lunga rinuncia del nostro Stato ad intervenire in un settore sociale di capitale importanza.

Infatti soltanto nella seduta del 10 luglio 1963 il Gran Consiglio approvava il decreto legislativo che prevedeva il sussidio per la costruzione di case di riposo riconoscendo formalmente il dovere dello Stato di intervenire nel settore dell'assistenza alla popolazione anziana.

Questo decreto legislativo ha permesso l'ammodernamento di 5 istituti e la creazione di due nuove case di riposo.

Non solo: finalmente si è dato avvio ad una serie di iniziative e di studi per approfondire il problema alla luce delle esperienze in atto in Europa e negli altri Cantoni.

Il Servizio di aiuto domiciliare su basi consortili comunali ha inizio nel 1969.

Nel 1970 si ha la prima pubblicazione di uno studio di pianificazione cantonale regionale sulle Case per anziani, seguita nel 1972 e 1973 da due altri studi sempre in merito a queste strutture istituzionali.

Il 25 giugno 1973 il Gran Consiglio, dopo un lungo dibattito, approvava con 57 voti favorevoli nessun contrario e 3 astenuti la nuova legge concernente il promovimento, il coordinamento e il sussidiamento delle attività sociali a favore delle persone anziane. Le differenze sostanziali nei confronti del decreto legge del 1963 si possono così riassumere:

a) Lo Stato promuove e coordina direttamente le attività sociali a favore delle persone anziane nell'ambito della pianificazione cantonale in materia:

- 1) con iniziative proprie;
- 2) con la concessione di sussidi agli enti di diritto pubblico e di diritto privato che attuano tali attività nel quadro della presente legge.

In particolare sussidia sino ad un massimo del 70% la costruzione, la ricostruzione, l'ampliamento e l'ammodernamento, l'acquisto dei terreni, l'acquisto delle attrezzature e dell'arredamento degli istituti.

Per garantire il regolare ed efficiente funzionamento, è previsto un sussidio ricorrente di gestione per giornata di degenza

da un minimo di 2.-- sino ad un massimo di 10.-- franchi, esteso in seguito sino ad un massimo di franchi 35.-- per giornata di degenza per le persone non autosufficienti;

- b) lo Stato sussidia sino ad un massimo del 50% le spese di istituzione e di gestione dei servizi ambulatoriali e domiciliari di assistenza specialistica, di aiuto infermieristico, terapeutico, ricreativo e domestico. Il sussidio per questa attività può essere concesso sino ad un massimo del 75% quando i servizi dipendono da Comuni o Consorzi di debole capacità finanziaria o ridotta densità demografica;
- c) lo Stato sussidia le spese di perfezionamento e di formazione del personale.

Nel gennaio 1975, con l'entrata in vigore dell'art. 101 bis della Legge federale AVS, anche la Confederazione interviene in aggiunta ai sussidi cantonali per la costruzione degli istituti con un contributo del 25 - 27% dei costi sussidiabili, escluso l'acquisto dei terreni.

Sono pure al beneficio dei sussidi federali altre strutture quali i centri diurni, ecc.

Il nostro Cantone prevede pure il sussidiamento di reparti geriatrici negli ospedali d'interesse pubblico, sia per quanto riguarda la costruzione sia per quanto riguarda la gestione (DL 19 dicembre 1963).

Sussidi e strutture a disposizione dei nostri anziani

Iniziamo questa valutazione con una premessa che riteniamo essenziale e nel medesimo tempo confortante: circa il 90% della popolazione con oltre 65 anni è composta da anziani sani e in generale autosufficienti.

Questo dato di fatto consente di poter affermare che la stragrande maggioranza delle persone anziane possono tranquillamente vivere nel proprio domicilio con il sostegno eventuale dei servizi di aiuto domiciliare.

Pertanto la nostra attenzione e l'impegno dello Stato deve essere indirizzato verso il potenziamento e la razionalità di questo servizio di aiuto domiciliare, il solo in grado di limitare i costi di intervento e soprattutto in grado di poter mantenere il più possibile l'anziano nel proprio ambiente e con il conforto delle proprie abitudini.

La necessità di sostenere, di istituire e di potenziare le organizzazioni di aiuto domiciliare è ormai universalmente riconosciuta. Non ci stancheremo mai di ripetere che nessuna istituzione, per quanto perfetta possa essere, riesce a sostituire il bisogno di autonomia e il senso di indipendenza insito nella natura umana. D'altra parte attualmente lo Stato è confrontato con moltissimi problemi, alcuni dei quali richiedono interventi drastici e immediati e, pertanto, non deve disperdere le proprie risorse in interventi non strettamente necessari, comunque meno importanti di altri. In questa visione dobbiamo seriamente valutare se già oggi il nostro Cantone non disponga dei posti letto necessari per curare o assistere quella minoranza della popolazione anziana inferma o, al limite, non più autosufficiente.

Prima di addentrarci in questa ardua problematica, vediamo come è attualmente strutturato il servizio di aiuto domiciliare.

Servizio di aiuto domiciliare

Nel Ticino grazie alla Legge per la protezione della maternità e dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza del 1963 il servizio di aiuto domiciliare ha preso avvio nel 1969 occupandosi in particolare di prestare aiuto alle famiglie con figli, in caso di assenza, malattia o morte della madre. Successivamente e in virtù della Legge a favore degli anziani del 1973 si è esteso pure a favore delle persone anziane.

Attualmente il servizio di aiuto domiciliare è articolato in 3 Consorzi comunali (Lugano e dintorni, Bellinzona e Valli, Locarnese). I Comuni consorziati o convenzionati sono circa 180 e rappresentano una popolazione di circa 260'000 abitanti.

Il personale a disposizione ammonta a 35 infermieri e 49 ausiliari. Come si può immediatamente constatare, le disponibilità di personale non sono adeguate alle richieste di aiuto ed alle necessità del servizio.

Da una seria valutazione, frutto di un interessantissimo documento licenziato da un Gruppo di lavoro che si è chinato sull'assistenza ospedaliera ed extra ospedaliera riguardante gli anziani, su incarico del DOS, vengono opportunamente formulate le seguenti proposte:

"Applicando i parametri di fabbisogno sopra descritti per il periodo successivo al 1980 e in vista di un'estensione dell'attività a tutta la popolazione del Cantone si quantifica per i tre consorzi esistenti la seguente esigenza di potenziamento del personale:

Consorzi	No. ab.	Personale infermieristico aiuto familiari					
		fabbi- sogno	esisten- te	deficit arroton- dato	fabbi- sogno	esisten- te	deficit arroton- dato
Lugano e dintorni + Campione	151'539	51	24	27	101	31½	70
Bellinzona e Valli	65'713	22	6½	16	44	8½	35
Locarnese	58'054	19	4	15	38	8½	30
TOTALE	275'306	92	34½	58	183	48½	135

Lo stesso Gruppo presieduto dal capo della Sezione sanitaria lic. rer. pol. Gianfranco Domenighetti nelle proposte operative per il settore del servizio di aiuto domiciliare così si esprime:

"Proposte operative"

- A. Nel formulare le proposte dobbiamo premettere che, specie per le zone rurali, non si è potuto verificare nella pratica la precisa riferibilità dei parametri di fabbisogno del personale alle esigenze della popolazione; tuttavia se da una parte si considera che esistono ancora nelle valli risorse di aiuto nel vicinato, dall'altra va segnalato che proprio nelle valli il personale paramedico dovrà essere impegnato in una più intensa attività di dépistage e, possibilmente, di prevenzione con periodici controlli della salute degli anziani.
- Il programma di sviluppo dei servizi di aiuto domiciliare si articola, a nostro avviso, in due fasi: la prima di immediata realizzazione e la seconda di attuazione a medio termine.

La prima fase richiede di:

- a) svolgere a livello cantonale, d'intesa con gli enti consortili, un'azione di informazione e sensibilizzazione presso i comuni non ancora consorziati affinché l'attività di aiuto domiciliare sia in termini brevi estesa a tutta la popolazione del Cantone con particolare riguardo a quella delle Valli superiori;
- b) reperire e impegnare immediatamente personale paramedico disponibile per interventi anche a tempo limitato in modo che al consorzio di tutti i comuni corrisponda l'immediato inizio delle prestazioni infermieristiche;
- c) attivare, in particolare nelle regioni meno servite, la disponibilità di giovani per una formazione infermieristica, di assistente geriatrico e di aiuto familiare;
- d) potenziare la possibilità di formazione presso le scuole sanitarie e attivare la creazione del centro di formazione per operatori sociali, affinché sia possibile istituire cicli regolari di qualificazione delle aiuto familiari.

La seconda fase richiede:

- a) la costituzione in tutte le zone periferiche di équipes (personale infermieristico + aiuto familiari), le quali, inserite nell'ambito locale, possono conoscere in modo più approfondito i bisogni della popolazione anziana e collaborare attivamente con i medici, i comuni, i servizi sociali pubblici e privati, gli istituti per anziani e altre strutture per dare adeguata soluzione ai loro problemi.
- L'attività delle équipes distaccate dovrà essere organizzata in modo da assicurare sempre un razionale impiego di personale e poter provvedere alle sostituzioni nei periodi di malattia, vacanze, ecc.
- Le équipes periferiche dovranno disporre di alcuni locali per piccolo ufficio, riunioni, deposito di materiale;

- b) l'istituzione di un picchetto funzionante, almeno presso le sedi centrali dei consorzi, il sabato e nei giorni festivi, in modo che, in caso di necessità, possano essere fornite prestazioni urgenti da parte del personale sanitario o da parte di aiuto familiari;
- c) lo sviluppo della collaborazione con infermiere private per facilitare il reperimento di possibilità di assistenza notturna alle persone anziane che ne dovessero aver bisogno;
- d) l'accentuazione per periodo limitato di prestazioni agli anziani assistiti in famiglia, in caso di assenza dei loro congiunti.

Riteniamo importante sottolineare che all'attuazione del programma sopra esposto vanno dedicati il massimo impegno e il massimo sforzo finanziario da parte del Cantone e dei comuni; va ricordato al riguardo che risorse insufficienti in questo campo, oltre che limitare la possibilità dell'anziano di continuare a vivere al proprio domicilio, creano inevitabilmente un incremento del bisogno di strutture istituzionali, molto più onerose negli investimenti e nella gestione corrente"

Per concludere sul capitolo "Servizio aiuto domiciliare" vogliamo testualmente riportare le osservazioni della collega Ersilia Fos-
sati sull'attività del Consorzio Lugano e Dintorni.

..."I Comuni consorziati sono 117 e comprendono tutto il Sottoce-
neri, tranne Cimadara, Arogno, Coldrerio, Cabbio. Sono raggrup-
pati in un unico Consorzio amministrativo per diminuire le spe-
se di amministrazione.

La sede principale è a Lugano con 2 sottosedì, una nell'Alto
Malcantone e a Mendrisio. Il personale impegnato è di circa un
centinaio e comprende: infermieri di salute pubblica e diploma-
ti, assistenti geriatrici, aiuto domiciliari diplomate e ausi-
liarie.

Il costo per caso all'anno si aggira circa sui fr. 1'500.--,
mentre per persona, in un Istituto, bisogna calcolare una spesa
di circa fr. 19'000.-- annuali. Gli ospedali licenziano i mala-
ti subito dopo la fase acuta e noi curiamo i pazienti a domici-
lio anche dal punto di vista infermieristico.

Fino ad oggi i Comuni hanno pagato fr. 7.50 per abitante. Il
sussidio cantonale si basava sul 52% dei costi netti. I pazien-
ti contribuiscono secondo il loro imponibile, quelli sotto i
fr. 6'000.-- non pagano niente. Le Casse Malati pagano per ca-
teterismi, infusioni, punture di vario genere".

Ospedale diurno e Centri diurni

L'ospedale diurno e i Centri diurni rappresentano per l'anziano
una ulteriore concessione per continuare a vivere nella collettivi-
tà, nonostante la sua infermità e invalidità.

Permette inoltre ai figli assenti dal proprio domicilio per ragioni
di lavoro di poter riavere alla sera il proprio o i propri genitori.
Questi centri servono inoltre a combattere gli effetti demoralizzan-
ti derivanti dall'abbandono dell'attività lavorativa e dal dissolvi-
mento della famiglia, dal venir meno di altri stimoli sociali, dal
sentimento di inutilità, elementi questi che si riflettono sulle

condizioni psico-fisiche dell'anziano e che a breve termine facilitano le possibilità di deterioramento dello stato di salute.

Come si presenta la situazione nel Cantone

In questo settore istituzionale siamo quasi completamente assenti. Infatti non abbiamo nessun ospedale diurno. I centri diurni socio-ricreativi si limitano a due: Canobbio e Massagno realizzati su iniziativa dei rispettivi Comuni.

A nostro giudizio un centro di attività ricreativa diurna integrata da una struttura terapeutica sarebbe un'esperienza che varrebbe la pena di provare.

Il vecchio fabbricato dell'Ospedale Civico di Lugano, previa un'adeguata ristrutturazione, rappresenta l'occasione ideale per l'istituzione di un ospedale diurno, con il risultato di colmare in parte la lacuna rappresentata dalla mancanza di posti-letto per i cronici nel Luganese.

Reparti di geriatria negli ospedali pubblici

La Commissione federale per i problemi delle persone anziane auspica nel rapporto pubblicato nel settembre 1979 la creazione di reparti di geriatria negli ospedali di una certa importanza.

Viene inoltre precisato che la "geriatria non è una sottodivisione, quanto una concezione nuova e complementare della medicina interna. Una tale evoluzione è da considerarsi assolutamente indispensabile e necessita dell'appoggio di tutti".

Già ora negli ospedali acuti vengono ospitate persone anziane, ma tuttavia unicamente per la fase acuta. Nella maggior parte dei casi esse vengono dimesse in condizioni precarie e senza tener conto delle loro possibilità di poter disporre in seguito di un'assistenza e di cure riabilitative.

Ne consegue che, soprattutto nel campo degli interventi acuti per curare la popolazione della terza età, manchiamo di strutture adeguate, di personale e di servizi adeguati.

Questo fatto negativo è ancora più evidente nei reparti di medicina interna degli ospedali periferici a causa della carenza o assoluta mancanza di servizi riabilitativi (logopedia, fisio ed ergoterapia).

L'inchiesta medica di Varese evidenzia che nel 1980 il 20 % circa della popolazione con oltre 65 anni di età è stata ricoverata in ospedale.

In Svizzera, nel 1978, su un totale di 27'503 pazienti registrato dalla statistica medica VESKA negli ospedali di interesse pubblico, il 23% (6'251) è rappresentato da pazienti di età superiore ai 65 anni. La degenza media totale è di 14,5 giorni, mentre è di 24,2 giorni per i pazienti al di sopra dei 65 anni.

Situazione attuale nel Cantone

Con il 1° novembre 1981 il Nuovo Ospedale Civico di Lugano si è dotato di un reparto di geriatria ubicato al nono piano, che dispone di 10 posti letto.

Si tratta della prima esperienza cantonale nel campo delicato della geriatria. Il reparto viene diretto dal Dr. Franco Tanzi.

Esso rimane attualmente il solo reparto di geriatria in attività nel nostro Cantone.

Il Gruppo operativo costituito in data 3 aprile 1979 dal Dipartimento delle opere sociali in merito ai reparti geriatrici formula le seguenti proposte.

Proposte operative

- A. In base alla dotazione di ospedali, cliniche e case di cura esistenti in ogni singola regione proponiamo che il fabbisogno teorico calcolato alla cifra 5.3 sia modificato come segue:

Mendrisiotto

Una unità di cura di 24 posti-letto poiché nella regione non esistono altri istituti di cura attrezzati per la presa a carico di parte della casistica geriatrica.

Luganese

Proponiamo l'istituzione di due unità di cura di 24 posti-letto poiché l'Ospedale Malcantonese di Castelrotto sarà ristrutturato come istituto per malati cronici, lungodegenti e convalescenti con servizi di ergo e fisioterapia.

Locarnese e Vallemaggia

Una unità di cura di 24 posti-letto considerata la ristrutturazione dell'Ospedale di Cevio in cronicario e convalescenziario dotato di servizi di fisio ed ergoterapia, nonché la funzione svolta dalla Clinica Hildebrand quale istituto per cure riabilitative.

Bellinzonese, Riviera, Blenio e Leventina

Proponiamo una unità di cura di 24 posti-letto in considerazione della disponibilità presso l'Ospedale di Acquarossa di strutture destinate prevalentemente alla cura e alla riabilitazione degli anziani.

Inoltre l'Ospedale Santa Croce sarà ristrutturato in istituto per ammalati cronici, lungodegenti e convalescenti e dotato di servizi di fisio ed ergoterapia.

- B. L'ubicazione ottimale di questi reparti è presso ospedali acuti per cure generali. Infatti essi necessiteranno, oltre ai servizi già descritti (fisio ed ergoterapia), delle installazioni medicotecniche già esistenti in tali istituti (laboratorio d'analisi, radiologia, diagnostica funzionale, ecc.) come pure la disponibilità dei medici specialisti ospedalieri per consulti. Le unità di cura dovrebbero essere ubicate:

Mendrisiotto

Presso l'Ospedale della Beata Vergine di Mendrisio. Il reparto geriatrico potrebbe essere ubicato nel nuovo Ospedale oppure, previa verifica dell'idoneità, nel vecchio Ospedale convenientemente ristrutturato. Se ubicato nella nuova costruzione il reparto potrebbe essere operante nel 1987, se nel vecchio ospedale attorno al 1989.

Luganese

Presso il nuovo e il vecchio Ospedale Civico di Lugano. Vista l'impossibilità pratica di inserire 48 letti geriatrici nel Nuovo Ospedale Civico (NOCL) il reparto dovrebbe essere suddiviso in due unità di cura di 24 posti-letto, di cui una nel NOCL e l'altra nel vecchio Ospedale. L'unità di cura presso il NOCL dovrebbe essere principalmente destinata all'accertamento diagnostico, mentre quella sita nel vecchio OCL ospiterebbe di preferenza pazienti nella seconda fase del trattamento riabilitativo (fisio e ergoterapia, logopedia, da prevedere pure in questa struttura). Considerato che gli spazi da occupare nel NOCL sono già attualmente disponibili, è auspicata la sollecita realizzazione di tale reparto (1981, al più tardi 1982).

Per quanto concerne il reparto da inserire nel vecchio OCL una previsione non è possibile perché il Municipio di Lugano non ha ancora preso una decisione definitiva circa la destinazione dello stabile.

Locarnese e Vallemaggia

Presso l'Ospedale la Carità di Locarno. La futura ristrutturazione di tutto il complesso ospedaliero, approvata dal Gran Consiglio il 4 febbraio 1980, comprende già la creazione del reparto di geriatria con un totale di 24 letti. Tale reparto potrebbe essere funzionante a lavori ultimati, presumibilmente nel 1986.

Bellinzonese, Riviera, Blenio e Leventina

Presso l'Ospedale San Giovanni di Bellinzona. Anche in questo caso il reparto di geriatria dovrebbe essere inserito nell'esistente complesso ospedaliero, usufruendo di una parte dei letti che attualmente l'ospedale dispone in sovrappiù. Il reparto di geriatria potrebbe essere disponibile verso la fine degli anni '80.

- C. I quattro reparti geriatrici dovrebbero essere diretti da primari specialisti preferibilmente in medicina interna o medicina generale e con esperienza pratica nel campo della geriatria. Essi potranno essere assunti, a seconda del numero di posti-letto del reparto, a tempo pieno o a tempo parziale. In una fase transitoria la responsabilità della conduzione del reparto potrà anche essere affidata, a seconda delle situazioni, a medici ospedalieri specialisti già operanti nel reparto di medicina interna. Agli stessi medici dovrebbe essere contemporaneamente affidata la direzione dei centri diurni per trattamenti riabilitativi indicati al capitolo 7, poiché queste strutture sono strettamente legate ai reparti geriatrici.

Problemi a livello assicurativo

Gli ospedali di interesse pubblico con reparto geriatrico dovranno concordare con la Federazione Ticinese delle casse malati la tariffa forfetaria applicabile ai degenti in questo reparto. E' possibile che venga fissata una tariffa differenziata per il primo periodo di degenza (cure particolarmente intense e costose) e per la cura successiva.

Problemi a livello legislativo

Non esistono problemi particolari in quanto questi reparti possono essere creati e gestiti in base alla legge concernente il coordinamento e il sussidiamento degli ospedali di interesse pubblico del 19 dicembre 1963.

La Commissione della gestione si riserva di valutare queste proposte dopo le osservazioni del Consiglio di Stato.

Istituti per anziani con strutture differenziate

Le case di riposo, malgrado le molte proposte e le lunghe diatribe sul problema della "de-istituzionalizzazione" dei servizi sociali, rimangono con gli ospedali, per il momento, le sole strutture in grado di affrontare con una certa continuità il problema della cura e dell'assistenza alla nostra popolazione anziana.

Coloro che sono stati coinvolti con i problemi degli anziani sanno quanto sia ardua la ricerca di una sistemazione per una persona anziana bisognosa di cure particolari al di fuori dell'ambito familiare.

Per contro nel nostro Cantone non esiste alcuna difficoltà di ospitazione in istituto per l'anziano autosufficiente.

Questo fatto difficilmente giustificabile dal profilo delle necessità sociali, trova spiegazione nell'impostazione storica dell'assistenza alle persone della terza età.

Infatti, come abbiamo potuto dimostrare attraverso un atto ufficiale, fino al 1963 lo Stato si era completamente disinteressato del problema degli anziani, demandando all'iniziativa privata i propri doveri di carattere sociale.

Per contro va riconosciuta a quest'ultima un'apertura ad un senso di solidarietà che certamente onora il Ticino e la sua gente.

Il fatto di avere istituito senza aiuti pubblici 31 case di riposo e, in momenti particolarmente difficili per la povertà economica del nostro Cantone, attesta la consapevolezza e la generosità di tutta la nostra popolazione di voler affrontare e risolvere questo delicato aspetto sociale.

Non si poteva pertanto pretendere che queste iniziative spontanee dovessero tener conto delle necessità di ordine pianificatorio o regionale.

Queste istituzioni nascevano e si sviluppavano grazie alla munificenza di persone particolarmente attente ai bisogni della collettività, non ultima all'apertura sociale di alcuni ordini religiosi cristianamente votati alla cura e all'assistenza delle persone più bisognose.

Tutte queste case di riposo erano e sono ancora oggi scarsamente medicalizzate in quanto strutturate e volute per ospitare anziani nullatenenti obbligati al ricovero per mancanza di mezzi propri di sostentamento.

Il diritto alla rendita per la vecchiaia ha in parte modificato questa prerogativa. Infatti mentre le richieste di ospitazione un tempo provenivano soltanto dai ceti non abbienti, attualmente le domande interessano tutti gli strati sociali.

Anche la sede il più delle volte corrisponde alla villa o alla casa di abitazione dei fondatori che veniva utilizzata quale ricovero senza grandi trasformazioni. In queste strutture il personale, in

gran parte religioso, é chiamato a svolgere un duro e difficile lavoro in condizioni tutt'altro che ideali.

Evidentemente in questi ultimi vent'anni molte cose sono migliorate, grazie anche agli aiuti concessi dallo Stato. Nonostante questi progressi, molti problemi rimangono da risolvere ed altri ancora si sono affacciati in maniera a volte esplosiva.

Il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumentata presenza di ultraottantenni hanno chiamato tutte le case per anziani a risolvere problemi e compiti molto più impegnativi di quelli di un tempo.

La medicina ha fatto progressi enormi allungando sensibilmente la nostra vita, ma l'uomo non può fare miracoli né arrestare il proprio decadimento psico-fisico.

Anche la chirurgia con le nuove tecniche d'intervento riesce a mantenere in vita persone che in passato sarebbero certamente morte. Ma in quali condizioni? Non certamente in modo da permettere le cure riabilitative, o soltanto le cure nel proprio ambito familiare. Nella realtà ticinese rimangono ancora gli istituti per anziani i soli in grado di porre rimedio a situazioni famigliari drammatiche, ospitando in via definitiva questi casi che richiedono un'assistenza totale e diuturna.

Un altro aspetto importante deve farci riflettere: l'età media dei ricoverati supera attualmente gli 80 anni. Aumentando l'età, si accentuano le probabilità di dipendenza a seguito di infermità congenite all'età.

Le infermità più ricorrenti contro le quali il personale infermieristico é chiamato ad intervenire sono: disorientamento, spazio temporale, incontinenza sfinteriale, deambulazione e alimentazione non autonoma, bronchite cronica, insufficienza respiratoria, problemi motori in seguito a incidenti circolatori e cerebrali, arteriosclerosi cerebrale, insufficienza renale, infarti, decubiti, ecc.

Un quadro impressionante di necessità che troppi ancora ignorano, anche perché da quando esiste l'umanità, ci si é sempre rifiutati di vedere le cose che possono farci male per poi gridare allo scandalo quando si viene direttamente o indirettamente coinvolti.

Pertanto é indispensabile affrontare alla radice tutta la problematica delle case per anziani, alla luce delle nuove necessità, tenendo conto naturalmente delle strutture esistenti, che a giudizio degli operatori del settore, già oggi sarebbero in grado, tenuto conto dei posti-letto esistenti, di ovviare in parte al gravissimo problema dell'assistenza ai cronici ed ai non autosufficienti.

Intanto bisognerebbe conoscere il numero dei cronici e dei non autosufficienti. Come abbiamo precedentemente rilevato da noi contrariamente a quanto é stato fatto a Varese, non esiste un'indagine valutativa sullo stato di salute della nostra popolazione anziana. Indicativamente possiamo basarci sui dati emersi a Varese per quanto attiene alle percentuali sui cronici e sui non autosufficienti. Orbene i cronici risultano a Varese il 12% e i non autosufficienti il 4,36% della popolazione con oltre 65 anni.

Prendendo queste medie e considerando che la nostra popolazione con più di 65 anni era nel 1978 di 38'648 si ottiene:

cronici: 4'637

non autosufficienti: 1'685

Considerando che attualmente sono in attività nel nostro Cantone 44 istituti che ospitano o curano persone anziane e che dispongono

complessivamente di 2'563 posti-letto possiamo azzardare un calcolo per distretto delle attuali disponibilità in rapporto alle necessità di ospitazione per i non autosufficienti.

Rapporto popolazione/posti-letto (per distretto)

Distretto di Mendrisio	5'679	369	248
Distretto di Lugano	15'488	567	675
Distretto di Locarno	8'194	850	357
Distretto di Vallemaggia	707	204	31
Distretto di Bellinzona	4'704	307	205
Distretto di Riviera	1'120	60	49
Distretto di Blenio	1'175	93	51
Distretto di Leventina	1'581	113	69
Totali	38'648	2'563	1'685

Da questo rapporto "ideale" popolazione/posti-letto per persone anziane bisognose di cure si può ancora una volta rilevare la mancanza di coordinazione nella distribuzione dei posti-letto per regioni o distretti.

Infatti mentre manchiamo di posti-letto nel distretto di Lugano, abbiamo una eccedenza impressionante nella Vallemaggia e nel Locarnese.

Altra considerazione: secondo questa nostra tabella i posti letto nel nostro Cantone complessivamente superano largamente i bisogni di ricovero per i nostri anziani malati.

Sorge spontanea una domanda: come mai nel Ticino l'ospitazione delle persone anziane non autosufficienti rappresenta un problema quasi impossibile da risolvere?

La risposta è semplice in quanto la quasi totalità degli istituti in attività sia per carenze strutturali sia per scarsità di personale, preferisce occuparsi degli anziani relativamente auto sufficienti in quanto impegnano molto meno e generalmente non creano problemi.

Pertanto vengono a mancare le premesse e gli indirizzi più recenti della geriatria che vuole giustamente che lo Stato non si occupi degli anziani sani, ma che risolva nel limite delle proprie disponibilità la cura e l'assistenza delle persone malate.

Quali sono nella nostra realtà ticinese le possibilità per lo Stato di modificare i criteri di accettazione degli ospiti nelle case per anziani?

A nostro giudizio è necessario soprattutto un'azione di convincimento in quanto le possibilità d'intervento dell'Autorità sono oltremodo limitate.

Non dobbiamo dimenticare che la stragrande maggioranza degli istituti in attività nel nostro Cantone sono di proprietà privata e non vogliono nemmeno ricevere sussidi per non essere controllati dallo Stato.

Per contro attraverso i criteri di sussidiamento lo Stato può e deve influenzare le scelte ed i criteri di accettazione degli ospiti, mantenendo e semmai aumentando gli aiuti ed i sussidi nei confronti di quegli istituti che si occupano dei cronici e dei non autosufficienti, sussidiando le iniziative volte a trasformare le attuali case di riposo in istituti con strutture differenziate.

Questa politica può già essere attuata nei 16 istituti o reparti ospedalieri sussidiati dallo Stato e che si occupano di anziani. Esiste inoltre l'esigenza di un potenziamento formativo delle scuole sanitarie cantonali e dei corsi per l'istruzione del personale ausiliario in quanto queste modifiche sostanziali impongono nuovi compiti che richiedono un numero sempre maggiore di personale qualificato.

Situazione cantonale e prospettive nel settore istituti

Istituti per anziani

<u>Istituti in attività:</u>	<u>Posti-letto</u>
1. Casa Serena Lugano	129
2. Luogo Pio Rezzonico Lugano	28
3. Cà Rezzonico Lugano	40
4. Casa appartamenti per anziani, Soc. Coop. Lugano-Loreto	26
5. Casa Bianca Maria Cadro	28
6. Istituto S. Maria, Crocifisso di Savosa	80
7. Istituto S. Giuseppe Tesserete	68
8. Casa appartamenti per anziani del Comune di Tesserete	33
9. Ospedale Ricovero Malcantonese Castelletto	29
10. Istituto Caccia Rusca Morcote	106
11. Casa appartamenti per anziani del Comune di Chiasso	46
12. Istituto Leopoldo Torriani, Mendrisio	33
13. Istituto La Quietè Mendrisio	47
14. Istituto S. Filomena Stabio	49
15. Istituto Missionarie Sacro Cuore Rancate	32
16. Istituto Don Guanella Castel S. Pietro	37
17. Istituto Luigi Rossi Capolago	56
18. Istituto San Rocco Morbio Inferiore	69
19. Casa Mariotti Bellinzona	24
20. Istituto Paganini Rê Bellinzona	113
21. Casa appartamenti per anziani Bellinzona	50
22. Casa per anziani dello Stato Giubiasco	86
IIa tappa (appartamenti per anziani)	34
23. Casa per anziani del Comune di Biasca	60
24. Ospedale Ricovero Bleniese Acquarossa	93
25. Ospedale Ricovero Distrettuale Faido	20
26. Ospedale Ricovero S. Croce Faido	93
27. Istituto S. Carlo Locarno	120
28. Casa Volonterio Locarno	12
29. Diakonissenheim Locarno	16
30. Casa di cura Fondazione G. Varini Orselina	85
31. Casa di riposo evangelica Montesano Orselina	42
32. Casa Vendramini Orselina	9
33. Sacra Famiglia Loco	40
34. Istituto Solarium Gordola	126
35. Istituto 5 Fonti S. Nazzaro	138
36. Ospedale Ricovero S. Donato Intragna	50
37. Casa di riposo Carmelo S. Teresa Brione s/Minusio (destinata soltanto alle religiose)	80
38. Casa Beltramonto Ascona	55
39. Casa S. Giorgio Brissago	41

	<u>posti-letto</u>
40. Istituto Don Guanella Maggia	107
41. Ospedale Ricovero Distrettuale di Vallemaggia Cevio	25
42. Piccola Casa della Divina Provvidenza Gordevio	72

<u>Istituti in costruzione</u>	<u>posti-letto</u>
Casa di riposo + casa d'appartamenti del Comune di Balerna	55
Ricovero Immacolata Roveredo GR	57
* Casa d'appartamenti Patriziato di Losone	36

* inizio attività mese di maggio

Istituti allo studio (progetto preliminare o definitivo)

Fondazione Tusculum Arogno	18
Comune di Lugano 2a casa di riposo	43
Casa di cura, Ospedale Castelrotto	50
Casa di riposo Consorzio Malcantone	55
Casa di riposo, Consorzio Alto Vedeggio Mezzovico	55
Cantone, sedime Torriani Mendrisio	70
Consorzio Collina d'Oro Montagnola	60
Centro sociale Russo	40

Iniziative annunciate

Consorzio Comuni, zona Comano
 Casa per anziani Comune di Viganello
 Consorzio Comuni zona Sementina
 Consorzio Comuni, zona Paradiso
 Consorzio Comuni, zona Gravesano
 Mendrisio, iniziativa Ronchetti
 Comune Sonvico
 Comune Pregassona
 Comune Rancate

Problemi finanziari, costi di gestione, rette

Questo capitolo merita la massima attenzione per tutta una serie di incidenze, non ultima la possibilità o meno di poter continuare nelle attività a favore delle persone anziane.

I costi di gestione tendono ad aumentare non soltanto per motivi inflazionistici, ma soprattutto per il costante aumento degli ospiti bisognosi di cure particolari.

Un altro motivo che incrementa i costi di cura è l'aumento continuo dell'età media degli ospiti delle case. La media generale per la Casa di Giubiasco per l'anno 1981 risulta di 80 anni (età media uomini 78, età media donne 81), per la Casa di Morcote l'età media raggiunge gli 81 anni (uomini 79,5, donne 83,5).

Il costo effettivo per giornata di presenza, nei singoli istituti sussidiati dallo Stato, calcolato in base ai dati di consuntivo per il 1980 era il seguente:

San Carlo Locarno	fr. 56.-- giornalieri
Caccia Rusca Morcote	fr. 49.-- giornalieri
Fondazione Varini Orselina	fr. 108.-- giornalieri

La Quiete Mendrisio	fr. 37.--	giornalieri
Casa Serena Lugano	fr. 48.--	giornalieri
Casa anziani Giubiasco	fr. 54.--	giornalieri
Casa anziani Bellinzona	fr. 24.--	giornalieri
San Giorgio Brissago	fr. 43.--	giornalieri
Casa anziani Biasca	fr. 58.--	giornalieri
S. Maria Ausiliatrice Acquarossa	fr. 73.--	giornalieri
Ricovero distrettuale Faido	fr. 30.--	giornalieri
Ricovero distrettuale Cevio	fr. 42.--	giornalieri
Ricovero Malcantonese Castelrotto	fr. 37.--	giornalieri
Casa appartamenti Tesserete	fr. 530.--	mensili
Casa appartamenti Chiasso	fr. 530.--	mensili

Per il 1981 abbiamo i costi per giornata di presenza di Giubiasco e di Morcote.

Per Giubiasco, senza calcolare gli interessi, il costo è aumentato a fr. 56,47, mentre con gli interessi si arriva ad un costo giornaliero di fr. 68.--.

Per Morcote sempre nel 1981 si spende per i non autosufficienti fr. 78,39 al giorno e per i non cronici fr. 51,43; la media pro capite per giornata di degenza risulta di fr. 59,91.

Per comprendere questo notevole incremento dei costi ci sembra indicativa la tabella statistica circa la situazione ospiti / personale per la Casa di Giubiasco:

a) ospiti

ANNO	Presenze al 31.12		Età me- dia	Cronici		Giornate compless. di pre- senza	M O V I M E N T O						
	U.	D.		Tot.	N.		%	Decessi			Nuove Dimis- sioni attese		
								U.	D.	Tot.			
1976	26	53	79	77	13	16	20'647	3	1	4	50	5	42
1977	28	53	81	78	17	21	29'062	3	3	6	14	5	23
1978	32	53	85	79	21	25	30'300	3	8	11	17	2	15
1979	30	52	82	79	23	28	30'904	3	5	8	7	2	31
1980	29	53	82	81	27	31	30'506	6	9	15	15	-	45
1981	28	53	81	80	-	-	29'562	4	4	8	12	5	49

b) personale

ANNO	DIPENDENTI		Rapporto		Assenze p.		Media		Allievi SCAG	
	Totale complessivo n.	sulla base del pieno tempo n.	fra persona- le/ospiti	1 /	malattia giornate compless.	2	pro person.	3	n.	Totale mesi
1976	25	18		1 / 4.38	114	6	3	6		
1977	28	24		1 / 3.37	196	8	10	29		
1978	33	27		1 / 3.14	345	12	13	27½2		
1979	42	30		1 / 2.87	239½2	8	9	25		
1980	43	31		1 / 2.77	407½2	13	13	49		

Retta differenziata

A partire dal 1 settembre 1981 è stato introdotto nel Cantone un sistema di rette differenziate per consentire il pagamento delle spese di ospitazione secondo le disponibilità finanziarie di ogni singolo anziano.

La retta minima è stata fissata dal DOS in via transitoria in fr. 30.--.

Questa innovazione che riteniamo equa, rappresenta un contributo finanziario tutt'altro che indifferente per le finanze degli istituti sussidiati.

Per la Casa di Giubiasco le previsioni di miglioramento si possono così desumere:

... "1'80% degli ospiti presenti al 31.12.1981, ossia 65 persone su 81 paga la retta minima. Ne consegue che soli il 20%, ossia 16 persone su 81 pagano una retta differenziata superiore, a dipendenza della loro migliore situazione finanziaria. Tradotta detta situazione in cifre abbiamo una maggiore entrata annuale dovuta all'applicazione di rette differenziate di fr. 96'915.--.

In pratica, si può dire che il maggiore introito così ottenuto corrisponde a un aumento di fr. 3,28 per ogni giornata di presenza di tutti gli ospiti."

La retta massima prelevata a Giubiasco nel 1981 è stata fissata in fr. 66.--.

Infine esiste anche il problema degli anziani che per la limitatezza dei propri mezzi finanziari sono costretti a richiedere l'aiuto del Servizio cantonale di assistenza sociale. La percentuale di questi ultimi oscilla tra il 30 e il 40% di tutte le persone ospitate.

Il Servizio cantonale di assistenza concede alle amministrazioni una retta di fr. 35.-- per i non autosufficienti e fr. 30.-- per gli autosufficienti.

Queste rette, inadeguate ai reali costi di esercizio venivano sopportate grazie al sussidio ricorrente previsto per giornate di degenza.

Se questo sussidio venisse ridotto come alle proposte del Consiglio di Stato si costringerebbero le Case a discriminare le scelte di ospitazione a tutto svantaggio dei ceti meno abbienti della nostra popolazione.

Anche se l'Assistenza pubblica riconosce ad alcuni istituti medicalizzati rette leggermente superiori, il problema rimane in quanto questi istituti registrano dei costi sensibilmente superiori.

Osservazioni conclusive

Nell'anno dedicato all'anziano la Commissione della gestione attraverso queste considerazioni e osservazioni ha voluto dimostrare di essere particolarmente attenta ai problemi della terza età.

In particolare ha voluto inquadrare una serie di problematiche che non possono tutte venir risolte in tempi brevi, ma che necessitano di ulteriori verifiche per giungere ad ottenere una razionalità di interventi senza sprechi di mezzi e di personale.

Ci rendiamo perfettamente conto di non aver potuto trattare tutti gli aspetti con la dovuta attenzione e competenza; d'altra parte il nostro compito non è quello di prospettare delle scelte, ma semmai quello di dare il nostro modesto contributo, magari di esperienza,

come in questo caso, a coloro che sono chiamati a proporre delle decisioni che sappiamo quanto mai delicate e complesse.
La Commissione della gestione si attende dal Consiglio di Stato uno studio e un programma completi sul problema degli anziani nel Cantone Ticino.

La conoscenza, attraverso un approfondimento di tutta la materia certamente servirà quando in futuro saremo chiamati ad assumere le nostre responsabilità nel settore degli anziani.

Per concludere alcune parole sulla richiesta di un credito di fr. 470'000.-- per l'esecuzione di opere supplementari concernenti la Casa per anziani di Giubiasco.

Le opere nuove non previste ma realizzate nella prima tappa di edificazione comprendono:

1. Protezione contro il fuoco	fr. 113'240.--
2. Generatore	fr. 102'000.--
3. Vasca da bagno medica	fr. 19'500.--
4. Formazione di due porte automatiche	fr. 22'000.--
5. Guardaroba supplementare	fr. 15'000.--
6. Tettoia per biciclette e ciclomotori	fr. 5'000.--
7. Onorari e spese secondarie	fr. 49'260.--
<u>totale prima tappa</u>	<u>fr. 326'000.--</u>

Interventi nella seconda tappa:

1. Protezione contro il fuoco	fr. 29'600.--
2. Maggior costo impianto di riscaldamento	fr. 81'800.--
3. Onorari e spese secondarie seconda tappa	fr. 24'600.--
<u>totale seconda tappa</u>	<u>fr. 136'000.--</u>

TOTALE GENERALE DELLE OPERE SUPPLEMENTARI	<u>fr. 462'000.--</u>
--	------------------------------

Quasi tutte queste opere sono state imposte a seguito di nuove normative tecniche volute dalla Confederazione e dal Cantone, per ragioni di sicurezza contro il fuoco, per necessità di risparmio energetico, ma soprattutto per facilitare l'inserimento delle persone invalide.

Per la realizzazione di queste opere è previsto un sussidio federale AVS nella misura del 27,5% dei costi ritenuti sussidiabili, così come attribuito per la realizzazione della II tappa con decisione del 16 agosto 1977 dell'UFAS.

La spesa supplementare di fr. 470'000.-- non è prevista nel piano finanziario dello Stato e pertanto sarà dedotta da uno dei settori di investimento del Dipartimento delle opere sociali, tenuto conto del sussidio federale del 27,5% a diminuzione dell'onere. L'ammontare globale degli investimenti del Dipartimento non verrà così aumentato.

Si propone pertanto al Gran Consiglio l'accettazione del Messaggio del Consiglio di Stato e del relativo legislativo.

Per la Commissione della gestione:

Paolo Poma, relatore

Baggi - Bottani A. - Bottani G. -

Buffi - Camponovo - Cavadini Adriano -

Chiesa - Fontana - Genardini -

Giovannini - Grandi - Krähenbühl M. -

Martinelli - Riva - Salvioni - Storelli